

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE  
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA  
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
DURANTE EL PERÍODO 2020-2024**

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. Ruiz José Chura Alanoca**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA – PERÚ**

**2025**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES  
CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE  
EL PERÍODO 2020 - 2024

TESIS

Presentada por:

Bach. RUIZ JOSÉ CHURA ALANOCA

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por UNANIMIDAD ante el siguiente jurado:

  
Dr. Claudio Willbert Ramírez Atencio

PRESIDENTE

  
Dr. Eddy Richard Vicente Choque

MIEMBRO

  
Méd. Karina Liseth Montecinos Godinez

MIEMBRO

  
Mgr. José Alberto Revilla Urquiza

ASESOR

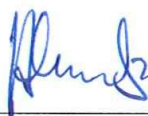
## CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **José Alberto Revilla Urquiza** en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 13571-2025-FACS-UNJBG de la tesis de investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERÍODO 2020 - 2024**. Presentado por el Bachiller **RUIZ JOSÉ CHURA ALANOCA**, con código de matrícula 2018-123008, para optar el Título Profesional de MÉDICO CIRUJANO.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, la tesis presenta un **porcentaje de similitud del 3%**, dentro del nivel permitido, **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** de la presente tesis, la cual está de acuerdo con el nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención del título profesional.

Tacna, 30 de octubre 2025



Mgr. José Alberto Revilla Urquiza  
CMP: 019943 – RNE: 012758



Ruiz José Chura Alanoca  
DNI: 74909475



## **DEDICATORIA**

*A mis padres, por inculcarme la importancia del trabajo, la integridad y la constancia; por ser mi respaldo y mi motivación en las situaciones más desafiantes.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios, por bendecirme con salud, fortaleza y la sabiduría necesaria para culminar este camino.*

*Al Dr. José Alberto Revilla Urquizo, por compartir su valioso conocimiento, guiarme con dedicación y motivarme para lograr la culminación exitosa de esta investigación.*

*A mi familia, por su amor sin reservas, su confianza indiscutible y por ser mi mayor ejemplo de perseverancia, honestidad y entrega.*

*A mis colegas, por su apoyo constante y por estar ahí con palabras de consuelo en los instantes más adversos.*

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
ÍNDICE .....	vi
ÍNDICE DE TABLAS .....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	x
RESUMEN .....	xiv
ABSTRACT .....	xv
CAPÍTULO I .....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	5
1.2.1. Problema general .....	5
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN .....	5
1.4. OBJETIVOS .....	8
1.4.1. Objetivo general .....	8
1.4.2. Objetivos específicos .....	8
CAPÍTULO II .....	9
MARCO TEÓRICO .....	9
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	9
2.1.1. A nivel internacional .....	9
2.1.2. A nivel nacional .....	13
2.1.3. A nivel local .....	15
2.2. BASES TEÓRICAS .....	15
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	24
CAPÍTULO III .....	26
MARCO METODOLÓGICO .....	26
3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	26
3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	26

3.2.1.	Población.....	26
3.2.2.	Criterios de selección .....	26
3.3.	VARIABLES .....	27
3.2.3.	Identificación de Variables.....	27
3.2.4.	Operacionalización de las variables .....	28
3.4.	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	31
3.4.1.	Técnicas .....	31
3.4.2.	Instrumentos.....	31
3.5.	ACCIONES Y ACTIVIDADES .....	32
3.6.	TRATAMIENTO DE DATOS .....	33
3.7.	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
	CAPÍTULO IV.....	34
	DE LOS RESULTADOS.....	34
4.1.	RESULTADOS .....	34
4.2.	DISCUSIÓN .....	80
	CONCLUSIONES .....	113
	RECOMENDACIONES.....	114
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
	ANEXOS .....	128
	ANEXO 1: .....	129
	ANEXO 2: .....	131
	ANEXO 3: .....	133

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°01</b>	Características sociodemográficas de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	48
<b>Tabla N°02</b>	Distribución geográfica de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	55
<b>Tabla N°03</b>	Distribución de edad de diagnóstico por sexo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	59
<b>Tabla N°04</b>	Tiempo de enfermedad de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	63
<b>Tabla N°05</b>	Antecedente familiar de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	65
<b>Tabla N°06</b>	Comorbilidad de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	67
<b>Tabla N°07</b>	Antecedente de intento suicida de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	70
<b>Tabla N°08</b>	Tipo de terapia en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	72

<b>Tabla N°09</b>	Farmacoterapia en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	74
<b>Tabla N°10</b>	Otros fármacos prescritos según comorbilidades en pacientes diagnosticados con esquizofrenia que recibieron atención del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	77
<b>Tabla N°11</b>	Características de la hospitalización en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	79
<b>Tabla N°12</b>	Síntomas positivos de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	83
<b>Tabla N°13</b>	Síntomas negativos de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	86
<b>Tabla N°14</b>	Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) al ingreso y al alta de la hospitalización, con prueba de normalidad (Kolgomorov-Smirnov)	88

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N°01</b>	Diagrama de cajas para edad de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	50
<b>Gráfico N°02</b>	Distribución por sexo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	51
<b>Gráfico N°03</b>	Distribución por estado civil de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	52
<b>Gráfico N°04</b>	Distribución por grado de instrucción de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	53
<b>Gráfico N°05</b>	Distribución por ocupación de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	54
<b>Gráfico N°06</b>	Distribución por provincia de nacimiento en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	57
<b>Gráfico N°07</b>	Distribución por distrito de procedencia en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	58
<b>Gráfico N°08</b>	Distribución por edad de diagnóstico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	61

<b>Gráfico N°09</b>	Distribución de edad de diagnóstico por sexo en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	62
<b>Gráfico N°10</b>	Distribución de casos por tiempo de enfermedad en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	64
<b>Gráfico N°11</b>	Antecedente familiar de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	66
<b>Gráfico N°12</b>	Distribución por comorbilidad de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	69
<b>Gráfico N°13</b>	Antecedente de intento suicida en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	71
<b>Gráfico N°14</b>	Tipo de terapia en pacientes diagnosticados con esquizofrenia atendidos del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	73
<b>Gráfico N°15</b>	Fármacos prescritos en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	76

<b>Gráfico N°16</b>	Gráfico de barras acumuladas de fármacos adicionales prescritos según comorbilidades en pacientes con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024	78
<b>Gráfico N°17</b>	Número de hospitalizaciones de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	81
<b>Gráfico N°18</b>	Tiempo promedio de hospitalización de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	82
<b>Gráfico N°19</b>	Distribución de síntomas positivos de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	85
<b>Gráfico N°20</b>	Distribución de síntomas negativos de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	87
<b>Gráfico N°21</b>	Diagrama de cajas para puntuación PANSS-POSITIVO al ingreso y al alta de la hospitalización pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	90
<b>Gráfico N°22</b>	Diagrama de cajas para puntuación PANSS-NEGATIVO al ingreso y al alta de la hospitalización pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024	91

**Gráfico N°23** Diagrama de cajas para puntuación PANSS-GENERAL al ingreso y al alta de la hospitalización en pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue, 2020 al 2024 92

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los aspectos clínicos y epidemiológicos de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2020 y 2024. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal con 149 pacientes diagnosticados de esquizofrenia en el Hospital Hipólito Unanue - Tacna. **Resultados:** La edad promedio fue de 33,6 años; el 56,4% eran varones, el 91,3% estaban solteros y el 63,8% se encontraban sin empleo. La educación secundaria fue la más común entre los participantes (55,7%), y el diagnóstico se dio con mayor frecuencia en el rango de edad de 18 a 23 años, particularmente en hombres. El 63,1% vivía en áreas urbanas y el 24,2% contaba con antecedentes familiares de la enfermedad. Se detectaron comorbilidades en el 33,6% de los casos, sobre todo trastornos mentales (depresión y consumo de sustancias). El 8,7% de los casos tuvo un antecedente de intento suicida. La politerapia fue la más común (77,2%), y se utilizó con frecuencia flufenazina y levomepromazina entre los antipsicóticos típicos, así como clozapina y risperidona entre los atípicos. En promedio, los pacientes reportaron 2.5 ingresos hospitalarios, con estancias de alrededor de 23 días. Los síntomas positivos, que incluían las ideas delirantes de daño y las complejas alucinaciones auditivas, fueron los más comunes; en cambio, los síntomas negativos (anhedonia y abulia) tuvieron un impacto sobre un tercio de la muestra. La evaluación con la escala PANSS mostró una disminución importante de los síntomas positivos y en menor medida de los negativos y generales al momento del alta. **Conclusiones:** Los hallazgos describen un perfil social y clínico que se distingue por la aparición precoz de la enfermedad, el predominio masculino, el estar desempleado y ser soltero, además de tener numerosas hospitalizaciones frecuentes y politerapia. A pesar de que se ha demostrado la efectividad terapéutica, los síntomas negativos continúan representando un desafío clínico para el tratamiento integral de la esquizofrenia.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, Perfil epidemiológico. (DeCs/MesH).

## ABSTRACT

**Objective:** Identify the clinical and epidemiological aspects of patients with schizophrenia treated at the Hipólito Unanue Hospital of Tacna between 2020 and 2024. **Methods:** A descriptive, cross-sectional study was conducted with 149 patients diagnosed with schizophrenia at Hipólito Unanue Hospital – Tacna. **Results:** The average age was 33.6 years; 56.4% were male, 91.3% were single, and 63.8% were unemployed. Secondary education was the most common among participants (55.7%), and the diagnosis occurred most frequently in the 18-23 age range, particularly in men. 63.1% lived in urban areas, and 24.2% had a family history of the disease. Comorbidities were detected in 33.6% of cases, especially mental disorders (depression and substance use). A total of 8.7% of cases had a history of suicide attempt. Combination therapy was the most common (77.2%), with fluphenazine and levomepromazine frequently used among typical antipsychotics, and clozapine and risperidone among atypical antipsychotics. On average, patients reported 2.5 hospital admissions, with stays of approximately 23 days. Positive symptoms, including delusional ideas of harm and complex auditory hallucinations, were the most common; in contrast, negative symptoms (anhedonia and abulia) affected a third of the sample. Assessment with the PANSS scale showed a significant decrease in positive symptoms and, to a lesser extent, in negative and general symptoms at discharge. **Conclusions:** The findings describe a social and clinical profile characterized by early onset of the disease, male predominance, unemployment and single status, as well as frequent hospitalizations and combination therapy. Despite proven therapeutic effectiveness, negative symptoms continue to represent a clinical challenge for the comprehensive treatment of schizophrenia.

**Keywords:** Schizophrenia, Epidemiological profile. (DeCs/MeSH)

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia constituye uno de los padecimientos psiquiátricos más complejos y discapacitantes, caracterizado por una alteración profunda de la percepción de la realidad, pensamiento desorganizado y manifestaciones clínicas heterogéneas que impactan significativamente en el funcionamiento psicosocial del individuo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que repercute a cerca de 24 millones de individuos, con una prevalencia del 0.3% al 0.7%, siendo más frecuente en varones jóvenes. En el contexto peruano, los estudios epidemiológicos sobre este trastorno son limitados, particularmente en regiones fuera de Lima, lo que dificulta la implementación de estrategias sanitarias adaptadas a realidades locales.

El Hospital Hipólito Unanue de Tacna, atiende anualmente a un número significativo de pacientes con esquizofrenia, muchos de ellos provenientes de diversas provincias de la región. Sin embargo, hasta la fecha no se han realizado investigaciones que detallen el perfil clínico-epidemiológico de esta población, a pesar de que dicha información es fundamental para optimizar los recursos terapéuticos, diseñar programas de intervención temprana y mejorar el pronóstico de los afectados.

El objetivo de este estudio es abordar esa laguna a través de una revisión exhaustiva de las variables sociodemográficas, clínicas, patrones de tratamiento y evolución hospitalaria de los pacientes diagnosticados entre 2020 y 2024. Los resultados no solo permitirán compararlos con la evidencia internacional, sino que también proporcionarán información para (1) identificar

grupos prioritarios, (2) evaluar si los protocolos terapéuticos actuales se ajustan a los estándares internacionales, y (3) orientar las políticas públicas de salud mental en la población de Tacna.

En un escenario pospandémico donde los trastornos mentales han experimentado un incremento sustancial a nivel mundial, este estudio adquiere especial relevancia al ofrecer información actualizada sobre la carga asistencial de la esquizofrenia en una región estratégica del Perú, de esta manera, contribuyendo a la toma de decisiones fundamentadas en pruebas locales.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave y crónica que representa uno de los mayores desafíos para la salud pública mundial. Afecta a unos 23,6 millones de personas en todo el mundo, con una prevalencia estimada del 1% (1,2). En Latinoamérica la esquizofrenia tiene una prevalencia que varía entre 0.7% y 1.2%, siendo una importante causa de discapacidad, deterioro funcional y altos costos en salud por concepto de tratamiento y atención a pacientes. (3) En Perú, en el año 2023 se atendieron 85 497 pacientes con esquizofrenia, 49 055 hombres y 36 442 mujeres; el inicio de la enfermedad se da entre los 15 y 25 años. (4) En Tacna no se cuenta con información actualizada y localizada sobre la epidemiología, características clínicas y factores relacionados con la esquizofrenia, lo que impide a las autoridades de salud formular e implementar estrategias efectivas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento apropiado.

Como principal centro de referencia en salud, el Hospital Hipólito Unanue de Tacna sirve a una población heterogénea y en crecimiento. Sin embargo, no existen estudios recientes sobre pacientes con esquizofrenia en esta institución que aborden de manera integral sus características clínico-epidemiológicas. Esta falta de información dificulta la planificación y asignación eficaz de recursos, lo que podría dar lugar a que los pacientes recibieran una atención inadecuada o inapropiada.

Adicionalmente, la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 ha dificultado de manera considerable la atención en salud mental, al generar un incremento del estrés psicológico, la reducción del contacto social y la interrupción en la continuidad de los tratamientos. Esta situación ha tenido un efecto generalizado y profundo en varias áreas de la rutina diaria, así como en las dinámicas organizacionales de las personas, incluyendo casi todos los sectores económicos y sociales a nivel mundial.(5–7) Estos factores podrían haber influido significativamente a la inestabilidad mental y a la desregulación emocional, lo que ha impactado procesos esenciales como el procesamiento de recompensas. Como resultado, se han notado cambios en la afectividad, tanto en individuos con antecedentes psiquiátricos como en los que tienen diagnósticos recientes; sin embargo, la falta de información a nivel local impide calcular con precisión la dimensión de este impacto.(7)

La esquizofrenia tiene implicaciones sociales y económicas, además de clínicas. Las personas con este trastorno experimentan con frecuencia exclusión social, estigmatización y dificultades de integración laboral, lo que empeora sus circunstancias y aumenta su carga a nivel familiar y comunitario.(8) En un escenario como el de Tacna, donde los recursos económicos y de salud mental son escasos, es fundamental contar con información precisa que permita determinar factores de riesgo, comorbilidades y necesidades de la población. Esto favorecería el uso de intervenciones multidisciplinarias e integradas que optimicen el pronóstico y mejoren la calidad de vida.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿Qué rasgos clínicos y epidemiológicos presentan los pacientes con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2024?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

Se considera que la esquizofrenia implica un serio trastorno mental que impacta en la interpretación de la realidad, el razonamiento, las emociones y la conducta de aquellos que la sufren. De acuerdo con la OMS, esta afección impacta a alrededor de 24 millones de individuos a nivel global, constituyendo un reto considerable para los sistemas sanitarios públicos debido a su carácter crónico, complejo y el efecto considerable que ejerce en los estándares de vida, en sus familias y en la comunidad en general. En el marco de Perú, particularmente en la región de Tacna, la esquizofrenia emerge como un asunto de salud pública que requiere atención de urgencia, debido a la falta de investigaciones locales que investiguen sus rasgos clínicos y epidemiológicos.

El Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en su papel de principal centro sanitario de la región, brinda atención a una población variada y en constante expansión, lo que lo hace un lugar perfecto para estudiar la prevalencia, los caracteres clínicos y los aspectos epidemiológicos vinculados a la esquizofrenia. Sin embargo, la ausencia de información precisa y actualizada acerca de esta enfermedad en la región restringe la habilidad de las autoridades de salud para elaborar e instaurar estrategias de prevención, detección precoz y tratamiento apropiado. Esta falta de datos dificulta la organización y distribución eficaz de recursos, lo que puede resultar en un cuidado deficiente o inadecuado para los pacientes.

Además, la esquizofrenia no solo causa repercusiones clínicas, sino que también tiene consecuencias en el contexto social y económico.

Los individuos con este trastorno a menudo experimentan estigmatización, marginación social y problemas para incorporarse al mundo laboral, lo que empeora su condición y eleva la presión tanto en su familia como en la comunidad. En un escenario como el de Tacna, donde los recursos financieros y de salud mental son escasos, resulta esencial disponer de datos exactos que permitan facilitar la determinación de factores de riesgo, las comorbilidades más comunes y las necesidades particulares de este grupo de personas. Esto permitiría llevar a cabo intervenciones completas y multidisciplinarias que optimicen el pronóstico y calidad de vida.

Por otro lado, la pandemia pasada ha impactado de manera notable la estabilidad mental de la población global, registrándose un incremento en la prevalencia de trastornos psiquiátricos, entre ellos la esquizofrenia. Este suceso podría haber empeorado las circunstancias de los pacientes con esquizofrenia en Tacna, a través de la interrupción de sus terapias, el aumento del estrés psicosocial o la ausencia de accesibilidad a atención de salud mental durante los periodos de reclusión. No obstante, no existen datos locales que posibiliten medir este impacto ni elaborar estrategias de mitigación.

En este contexto, es completamente justificado llevar a cabo una investigación que examine los caracteres clínicos y epidemiológicos de pacientes con esquizofrenia. Este análisis no solo aportará a cubrir un vacío de saber en la región, sino que también brindará datos valiosos para la toma de iniciativas dentro del ámbito de la salud pública, optimización de los servicios de salud mental y elaboración de políticas que apoyen la inclusión y el bienestar de los individuos afectados por este trastorno. Además, los hallazgos de este estudio podrían actuar como fundamento para futuros estudios que investiguen elementos más concretos de la esquizofrenia en situaciones parecidas, aportando de esta manera al progreso del saber científico en la salud mental.

Para concluir, la investigación sugerida es pertinente y esencial, pues facilitará una mejor comprensión de la situación de los pacientes con esquizofrenia en Tacna, detectará campos de mejora en la atención sanitaria y establecerá los cimientos para intervenciones más eficaces y justas. No solo favorecerá a los pacientes y sus familias, sino que también generará un efecto beneficioso en la sociedad en general, al disminuir el peso vinculado a este trastorno y fomentar un cuidado más humano y fundamentado en pruebas.

Por tal motivo, se efectuó la presente investigación.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo general**

Identificar el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2024.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- a) Describir los antecedentes clínicos y las comorbilidades presentes en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2024.
- b) Describir los patrones de tratamiento y de hospitalización en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2024.
- c) Describir la sintomatología en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2024.
- d) Determinar la frecuencia de uso de la escala de síndrome positivo y negativo (PANSS) en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2024.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Se hizo una búsqueda de en base de datos indexada como Google Scholar, PubMed y repositorios de Tesis peruanos que constituyen los siguientes:

##### 2.1.1. A nivel internacional

**Demirel H, et al.** (9), llevaron a cabo en 2024 una investigación retrospectiva observacional en 130 pacientes atendidos en la clínica ambulatoria de trastornos psicóticos del Hospital de la Facultad de Medicina de la Universidad de Selçuk, con la intención de evaluar las rasgos clínicos y sociodemográficos en pacientes que habían sido hospitalizados al menos una vez durante su tratamiento. La mayoría de los pacientes eran hombres (60%) y mujeres (40%), con una edad promedio de  $40,8 \pm 12,0$  años. Aproximadamente el 50% de los pacientes ( $n = 53$ , 40,8%) habían finalizado su educación primaria. En cuanto al tratamiento, 73 pacientes (59,2%) recibían medicación antipsicótica de acción prolongada, mientras que 100 (76,9%) utilizaban antipsicóticos orales, de los cuales 63 tomaban clozapina y 22 la usaban como monoterapia. El tiempo promedio de la psicosis no tratada ( $n = 90$ ) se situó en  $15,8 \pm 32,1$  meses, y la cantidad media de hospitalizaciones se situó en  $3,4 \pm 2,5$ . Adicionalmente, 15 pacientes (11,5%) vivían en viviendas de personas mayores. La cantidad de internaciones fue notablemente mayor en los pacientes que fueron sometidos tratamiento de acción extendida ( $3,8 \pm 2,9$ ) en contraste con aquellos que solo recibieron tratamiento oral

( $2,7 \pm 1,6$ ) ( $p = 0,004$ ). Sin embargo, no se detectaron variaciones importantes en el número de internaciones al contrastar a los pacientes por la administración de clozapina ( $p > 0,05$ ). Los autores concluyeron que el alto número de hospitalizaciones en pacientes con tratamiento de acción prolongada podría deberse a que este tipo de tratamiento en su país se inicia principalmente en etapas avanzadas de la enfermedad, y subrayaron la importancia de llevar a cabo investigaciones con muestras más vastas para identificar parámetros predictivos que ayuden a prevenir episodios psicóticos y reducir las hospitalizaciones.

**Rindayati R, et al.** (10) llevaron a cabo en 2024 un estudio cuantitativo empleando un método descriptivo, con un grupo de 319 pacientes como muestra. La información fue recolectada a través de un método de muestreo deliberado, la fuente de datos se extrajo de los registros médicos del Hospital Mental Menur, Surabaya, durante el periodo de enero a marzo de 2023. El promedio de edad de los pacientes es de 25 a 44 años con un valor medio (2,78), los más jóvenes son de 25 a 44 años (37,6%), con un porcentaje muy inferior para aquellos mayores de 65 años (4,4%), hubo más hombres (63,3%) que mujeres, la mayoría no tenía trabajo (77,1%), la mayoría de los pacientes poseían bachillerato o educación equivalente (36,7%) y el 68,0% no estaba casado. Conclusiones: Los pacientes con esquizofrenia suelen ser adultos, hombres, no empleados, con educación secundaria y sin pareja. La detección de rasgos relevantes se emplea como datos esenciales en el tratamiento inicial del paciente.

**Mirabal-Requena J, y col.** (11) llevaron a cabo en 2022 una investigación descriptiva en una muestra constituida por 64 pacientes del Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spíritus (2018-2022) con la finalidad de establecer la caracterización del adulto con esquizofrenia hospitalizado. El 62,5% fue de sexo masculino, con un 51,57% de independencia física mínima dependiente. El estudio reveló

que todos los participantes mostraban problemas en su cognición, sobresaliendo la desorganización del pensamiento y el embotamiento emocional con un 100 y un 87,69% respectivamente, siendo el grado de rehabilitación altamente predominante el cuatro con un valor de 29,23%. Para concluir, una correcta descripción de los pacientes con esquizofrenia que están recluidos en el Hospital Psiquiátrico Docente Provincial de Sancti Spíritus promueve el trabajo centrado en promover las interacciones sociales mediante medidas que mejoran su condición de salud. Si se cuenta con una adecuada rehabilitación integral, uno de cada siete pacientes con esquizofrenia podría lograr una recuperación funcional.

**Burygina L, et al.** (12), llevaron a cabo en 2020 un análisis del estudio continuo de historiales médicos de 4 708 pacientes, de entre 14 a 77 años, con diagnóstico reciente de esquizofrenia, que acudieron a dispensarios psiconeurológicos de Moscú, con la finalidad de evaluar la dinámica de las características clínico-epidemiológicas y sociodemográficas en una muestra continua de pacientes con esquizofrenia de reciente diagnóstico en 2013-2017. El diagnóstico predominante fue la esquizofrenia paranoide (76,1%). La edad media al momento del diagnóstico fue de  $36,9 \pm 13,7$  años. El 57% de los casos se diagnosticaron entre los 14 y 39 años, predominando los hombres (61%) frente a las mujeres (39%). En edades avanzadas, la proporción se invirtió, con más mujeres diagnosticadas (65,9%) que hombres (34,1%), al comparar ambos grupos el coeficiente de Pearson tuvo un valor alto ( $\chi^2 = 4124$ ;  $p < 0,01$ ) lo que indica la confiabilidad y significancia estadística de las diferencias identificadas. El 83,7% de los pacientes se encontraba en edad laboral (46,7% hombres y 37% mujeres), pero se evidenció un alto porcentaje de desempleo (65,1%). La mayoría eran solteros (57,4%). En el momento del estudio, el 44,4% recibía tratamiento farmacológico en forma de monoterapia, tanto con un antipsicótico típico (21,5%) o atípico (22,9%), mientras la politerapia, con 2 o más antipsicóticos típicos,

atípicos o una combinación de estos representaba el 27,5%, solo un 28,1% no recibía manejo con neurolépticos. El 75,5% acudió a consulta externa durante el último año, con un promedio de  $7,9 \pm 5,4$  visitas. Al mismo tiempo, la mayoría (86,1%) de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en 2017 continuó visitando a su psiquiatra local, mientras que los pacientes diagnosticados en 2013 acudieron al consultorio externo solo en el 64,7% de los casos. En conclusión, desde sus primeras fases, la enfermedad se relacionó con una discapacidad considerable y una reducción en el rendimiento en el trabajo. Adicionalmente, el incumplimiento de la terapia se incrementó con el transcurso de la enfermedad. Finalmente, se notó un incremento en la eficacia del servicio de psiquiatría ambulatoria, manifestado en la creciente regularidad de visitas y internaciones parciales o totales.

**León-Castro C, y col.** (13), realizó a cabo en 2023 una investigación de tipo transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo en 208 pacientes diagnosticados con esquizofrenia que fueron atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021. Se evidenció que el sexo más prevalente es el femenino (53%). El grupo de edad con mayor prevalencia se encuentra entre los pacientes de más de 55 años (35,58%). Se identificaron comorbilidades psiquiátricas en el 48,56% de los pacientes, siendo los trastornos de ansiedad los más sobresalientes en el 25,96% de ellos. Las alucinaciones fueron las manifestaciones clínicas más comunes (85%), siendo las auditivas las más destacadas (60,23%). Se detectaron delirios en el 50% de los pacientes, siendo el paranoide el más común (77,88%). Se detectó desorganización en más de la mitad de los pacientes (60,1%). Se identificaron síntomas negativos en (50%). Concluyendo que, durante el periodo 2019-2021, la prevalencia de esquizofrenia en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo se situó en el 14.8%.

### 2.1.2. A nivel nacional

**Quispe-Francia R** (14), llevó a cabo en 2023 una investigación de tipo observacional, cuantitativo y transversal en 400 pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi a partir del 2019 hasta el 2020, con la finalidad de describir los rasgos de la esquizofrenia. Los resultados revelaron que la mayoría del sexo masculino (56%) fue de edad media de  $41 \pm 14$  años. El 63% de los pacientes carecía de empleo, mientras que el 83% residía en soltería. En relación con las comorbilidades, presentaron problemas de consumo de alcohol (15.5%), consumo de tabaco (11%), hipertensión arterial (7.5%), diabetes (12%), dislipidemia (20%) y familiares diagnosticados con esquizofrenia (10%). La esquizofrenia paranoide fue la forma clínica más común (88%), con un periodo medio de 20 años para la progresión de la enfermedad. En promedio, fueron hospitalizados una vez en su vida, con una duración promedio de hospitalización de 26 días, y habían ingresado tres veces al servicio de emergencia a lo largo de su vida. El estudio concluyó que la esquizofrenia paranoide fue la forma clínica más común, y que todos los pacientes de la muestra habían sido hospitalizados al menos una vez y habían acudido tres veces a emergencia. Adicionalmente, 1 de cada 5 pacientes mostró dislipidemia, mientras que 1 de cada 10 presentó alcoholismo, tabaquismo, hipertensión arterial o diabetes. El grupo de 18 - 30 años tenía mayor prevalencia de alcoholismo y tabaquismo, en contraste con la hipertensión y diabetes que fueron más comunes entre 60 - 80 años; la dislipidemia predominó en el grupo de 31 - 50 años.

**Mallaupoma-Orellana M** (15), realizó en 2021 una investigación descriptiva, observacional, de diseño no experimental y transversal, en 115 pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el año 2019, con el objetivo de establecer el análisis epidemiológico de estos pacientes. Los hallazgos

indicaron que, en términos epidemiológicos, predominaron una edad media de  $34.93 \pm 12.16$  años, un estado civil sin pareja (68.7%), un trabajo sin empleo (60%), el género masculino (59.1%), la madre como cuidadora principal (51.3%), una edad entre 15 a 30 años (47.83%), secundaria inconclusa (36.5%) y Huancayo como lugar de procedencia (3%). En términos clínicos, el tiempo de hospitalización en promedio fue de  $25.15 \pm 15.48$  días, siendo la esquizofrenia paranoide el subtipo más frecuente (53.9%), alucinaciones (41.7%), historial de deserción del tratamiento (38.3%) y delirios (13.1%). Con respecto al tratamiento, la duración media era de 10 años, predominando la politerapia (72.2%), en la que los medicamentos más empleados fueron biperideno, risperidona y haloperidol con 20%, 19.1% y 18.3% respectivamente, mientras que la monoterapia constituyó el 27.8%. Determinándose que el perfil epidemiológico se distingue por ser pacientes con diagnóstico de esquizofrenia jóvenes adultos, mayormente varones, solteros, de Huancayo, secundaria inconclusa y sin trabajo; con esquizofrenia de subtipo paranoide y síntomas positivos las alucinaciones, son tratados con varios antipsicóticos durante varios años y cuentan con un cuidador principal, usualmente la madre.

**González-García G** (16), efectuó en 2019 una investigación con el propósito de reconocer los rasgos clínicos y epidemiológicos en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, desde 2008 a 2018. La investigación se realizó con un enfoque epidemiológico descriptivo y de diseño no experimental, contando con la inclusión de 435 pacientes que se encontraban dentro de los parámetros de inclusión. Los hallazgos indicaron una incidencia de 0.9 y una prevalencia mundial de 3.6. El 52.0% de los casos perteneció a los hombres y el 48.0% a las mujeres, siendo el intervalo de edad más destacado en ambos géneros el de 21 hasta 40 años. El 80.9% de los pacientes pertenece a áreas urbanas, y únicamente el 32.8% tenía historial familiar de la enfermedad. Se dio de alta a todos los pacientes con vida. En cuanto a la clínica, el 40.0% experimentó

alucinaciones, la esquizofrenia paranoide representó el 69.9%, y la comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial (16.7%). Las conclusiones establecieron que la presencia de alucinaciones fue el rasgo clínico más destacado (40,0%), ideas delirantes (24,0%), incidencia de 0.9 y prevalencia de 3.6 por cada 1 000 pacientes. La enfermedad se observó con mayor frecuencia en hombres de entre 21 y 40 años, originarios de áreas urbanas, diagnosticados con esquizofrenia paranoide y, en algunos casos, junto con hipertensión.

### **2.1.3. A nivel local**

En el estudio bibliográfico, no se hallaron estudios previos que aborden los rasgos clínico-epidemiológicos de individuos con esquizofrenia en el contexto local.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Definición de esquizofrenia**

Inicialmente, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin definió, basándose en sus observaciones clínicas y experiencia, un grupo de trastornos mentales que denominó "procesos de degeneración psíquica". Estos se caracterizaban por un rápido deterioro mental, posteriormente identificado como "*demencia praecox*", e incluían tres síndromes principales: el síndrome catatónico (definido por actividad motora voluntaria tensa), el síndrome hebefrénico (con un curso deteriorante distintivo, marcado por conductas inapropiadas y síntomas psicóticos positivos mínimos) y la demencia paranoide (presencia de alucinaciones y delirios).

Posteriormente, el psiquiatra suizo Eugen Bleuler revisó este concepto, argumentando que la "*demencia praecox*" no estaba relacionada ni con la demencia ni con la precocidad, sino que su

característica principal era la división del funcionamiento psíquico. Por ello, Bleuler introdujo el término "esquizofrenia" (derivado de "*schizein*", que significa división, y "*phren*", que se refiere al "alma").(17) La esquizofrenia es reconocida como una de las causas más relevantes de discapacidad a escala mundial, y su manejo requiere un enfoque multidisciplinario que combine tratamiento farmacológico, intervenciones psicosociales y apoyo comunitario.(18)

### **2.2.2. Epidemiología**

La esquizofrenia se considera un serio trastorno mental severo que impacta a por lo menos el 1% de la población global, situándose entre las 10 causas de discapacidad a nivel global.(19,20) Se observó un considerable incremento en la prevalencia total de esquizofrenia (14.2 hasta 23.6 millones), la incidencia (941,000 hasta 1.3 millones) y en años de vida ajustados por discapacidad (de 9.1 a 15.1 millones), con aumentos del 65%, 37% y 65%, respectivamente. La relación hombres/mujeres en la carga de la esquizofrenia ha permanecido estable en 1.1 para la población general en los últimos 30 años, aunque se nota una reducción en grupos de mayor edad (con una prevalencia cruda más elevada en mujeres > 65 años, a causa de una edad de inicio más temprana en hombres y una esperanza de vida más elevada en ellas). No obstante, en comparación con las mujeres, los hombres suelen tener un comienzo más temprano, un funcionamiento prematuro más deficiente, síntomas negativos más severos y una mayor incidencia de consumo excesivo de alcohol y sustancias.(19,21)

La esquizofrenia no se manifiesta inicialmente con psicosis, sino con un marcado deterioro en el funcionamiento social y cognitivo. La psicosis esquizofrénica tiende a manifestarse con más frecuencia durante las dos y tres décadas de vida, durante la adolescencia avanzada y la etapa de adultez precoz. Estudios han demostrado que adultos que

desarrollaron esquizofrenia ya presentaban déficits en medidas intelectuales evaluadas durante la adolescencia, alrededor de los 16 y 17 años.(19) En América Latina, se estima que la prevalencia para la esquizofrenia oscila entre el 0.7% y el 1.2% (3), generando un impacto enorme en la calidad de vida de los pacientes y en sus familiares. En el Perú, los datos epidemiológicos específicos son escasos, particularmente en regiones como Tacna, donde no se dispone de estudios recientes que analicen la carga de esta enfermedad. La esquizofrenia suele manifestarse con mayor frecuencia en adultos jóvenes, entre 15-35 años, afectando por igual a varones y mujeres, aunque en los hombres tiende a presentarse de manera más temprana y con síntomas más severos.(21)

### **2.2.3. Fisiopatología**

La esquizofrenia es un trastorno multifactorial cuya causa exacta aún no se ha esclarecido por completo. Según la nueva síntesis etiológica de la esquizofrenia, una interacción relacionada con el genotipo del sujeto, la infección por microorganismos y el estrés crónico, desencadena la enfermedad, con la neuroinflamación y la disbiosis intestinal actuando como mediadores en este proceso.(3,22) Estudios de neuroimagen han revelado alteraciones en la estructura y actividad del cerebro, tales como la disminución del volumen en la corteza prefrontal y el hipocampo, además de desbalances en los sistemas de neurotransmisores, en particular en la dopamina y el glutamato.(23)

La hipótesis asociada a la actividad dopaminérgica, un importante neurotransmisor monoamínico del cerebro y desempeña funciones esenciales en las funciones superiores del cerebro, sugiere una sobrecarga de actividad en las vías mesolímbicas está vinculado a los síntomas positivos, mientras que una disminución en las vías mesocorticales se asocia con los síntomas negativos y cognitivos.(24,25)

La hipótesis asociada a la actividad glutaminérgica, el principal neurotransmisor excitador del sistema nervioso central, surge por la posibilidad de replicar brevemente los síntomas positivos (p. ej., delirios, alucinaciones), síntomas negativos (retirada social y embotamiento del afecto), así como algunos de los déficits cognitivos presentes en la esquizofrenia, mediante el antagonismo de receptores de NMDA (NMDA-R) de las neuronas GABAérgicas, por sustancias como la fenciclidina (PCP) y la ketamina, reduciendo su efecto inhibitor sobre las neuronas piramidales glutamatérgicas en la corteza, lo que conduce en última instancia a una liberación excesiva de glutamato presináptico, especialmente en las áreas corticales frontales. (23)

Diversos estudios han documentado el impacto directo de la infección por COVID-19 en la aparición de trastornos psiquiátricos, atribuible a mecanismos biológicos que pueden favorecer la génesis o la exacerbación de síntomas mentales.(7,26) El SARS-CoV-2 presenta un marcado neurotropismo, evidenciado en su capacidad de afectar las células microgliales y la vasculatura cerebral, generando fenómenos trombóticos en los vasos de menor calibre. La presencia del virus en el sistema nervioso central desencadena una respuesta inflamatoria caracterizada por una regulación positiva de las interleucinas proinflamatorias, lo que induce un estado de neuroinflamación crónica. Dicho proceso se asocia con fenómenos de inmunosenescencia vinculados al envejecimiento y con daño tisular progresivo. Estas alteraciones podrían modificar regiones cerebrales clave, favoreciendo la aparición o progresión de trastornos psiquiátricos. (27)

#### **2.2.4. Factores de riesgo**

La esquizofrenia es un trastorno de origen multifactorial, y su desarrollo se debe a la interacción de factores sociales y ambientales con vulnerabilidades biológicas.

Entre los factores biológicos se encuentran la predisposición genética (como antecedentes familiares de esquizofrenia [con un riesgo de desarrollarlo en aquellos con familiares de 1° grado de 9%](28) y o trastornos psiquiátricos (29) y mutaciones raras en genes específicos [SETD1A, CUL1, XPO7, GRIA3, GRIN2A y RB1CC1](30,31) que han demostrado tener un impacto sustancial en la susceptibilidad a desarrollar esquizofrenia presentando odd ratios superiores a diez, lo que evidencia un incremento notable en el riesgo relativo) complicaciones prenatales y perinatales (como infecciones maternas por *Toxoplasma gondii* (32), hipoxia neonatal y bajo peso al nacer), consumo de drogas psicoactivas (especialmente cannabis durante la adolescencia) y alteraciones en el desarrollo y la neurotransmisión.

Por otro lado, los factores ambientales y sociales incluyen la vida en entornos urbanos, la migración, el estrés crónico, el aislamiento social, experiencias traumáticas en la infancia y adversidades tanto en la niñez como en la adultez.(3,17,33) Además, estos factores psicosociales tienen un impacto significativo en la aparición y el agravamiento de la enfermedad.(34)

### **2.2.5. Manifestaciones clínicas**

El psiquiatra alemán Kurt Schneider identificó un grupo de síntomas clave conocidos como síntomas de primer rango o síntomas positivos, los cuales no suelen manifestarse en personas sin esquizofrenia. La presencia de estos síntomas puede ser un fuerte indicador de la enfermedad e incluye la aparición de ideas, percepciones o comportamientos exagerados, como alucinaciones (especialmente auditivas), delirios (creencias falsas y persistentes), lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico. En cambio, los síntomas de segundo rango, también conocidos como síntomas negativos, se distinguen por la reducción o pérdida de funciones habituales. Incluyen el

aplanamiento emocional, alogia, anhedonia, abulia y el aislamiento social.(8,24,35) Estos síntomas son predominantes, duraderos y clínicamente relevantes en hasta el 60% de los pacientes,(24) además, suelen ser más difíciles de tratar y afectan significativamente la calidad de vida y funcionalidad del paciente.(17,36) La investigación en torno a los síntomas negativos ha identificado al menos cinco manifestaciones principales: afecto embotado, alogia, abulia, aislamiento social y anhedonia. Dichos síntomas pueden organizarse en dos subdimensiones fundamentales: disminución de la expresión y avolición/apatía. En este sentido, toda evaluación cuyo objetivo sea cuantificar los síntomas negativos en ensayos clínicos debería considerar, como mínimo, estas dos subdimensiones y, de manera ideal, tomar en cuenta estos cinco síntomas.(24) Así mismo, muchos pacientes experimentan síntomas cognitivos, tales como dificultades en la concentración, memoria de trabajo y tareas ejecutivas, lo que impacta negativamente en su desempeño social y laboral. (3,17,29)

La Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) fue una de las pioneras en incluir un análisis de los síntomas negativos, el cual se fundamentó en la Brief Psychiatric Rating Scale. Se considera un examen “gold standard” para evaluar la gravedad de los síntomas y el seguimiento de la respuesta al tratamiento.(28) A pesar de que tiene una subescala de síntomas negativos, los análisis factoriales posteriores han revelado que la escala de síntomas negativos del PANSS no es óptima para recoger dichos síntomas. Estos análisis de los componentes principales han revelado que ciertos síntomas de la subescala de síntomas negativos no están agrupados con otros síntomas negativos en el mismo factor, lo que ocasiona una menor varianza capturada. Sin embargo, una mejora estadística reciente para potenciar la capacidad del PANSS para capturar dimensiones de síntomas independientes de la esquizofrenia es el *uncorrelated PANSS score matrix* (UPSM) desarrollado para eliminar las intercorrelaciones dentro de los factores PANSS. (24)

### **2.2.6. Diagnóstico**

Los sistemas de clasificación diagnóstica fueron creados para simplificar la investigación acerca las causas y tratamientos de las enfermedades, además de orientar la toma de decisiones clínicas. Sin embargo, en el caso de la esquizofrenia, la gran variabilidad en su presentación fenotípica, la discontinuidad en sus características diagnósticas, la evolución de la enfermedad y las diferencias en la respuesta al tratamiento, junto con la alta presencia de trastornos comórbidos, limitan la utilidad y aplicabilidad de los sistemas diagnósticos actuales en la práctica clínica.(37) Aunque las versiones más recientes del DSM-5-TR (20,38) y la CIE-11 (39) han sido desarrolladas para mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, no logran reflejar de manera precisa la naturaleza biológica y fisiopatológica de la esquizofrenia, ni su heterogeneidad fenotípica y clínica.

Además, existen diferencias en los criterios de duración mínima de los síntomas entre ambos sistemas: la CIE-11 establece un período de al menos 1 mes, con la intención de promover un tratamiento temprano que mejore el pronóstico del paciente, mientras que el DSM-5 y el DSM-5-TR requieren que los signos del trastorno persistan por al menos seis meses. En cambio, uno de los modelos etiológicos más relevantes de la esquizofrenia propone que la enfermedad es el producto final de trastornos en el neurodesarrollo que podrían haber comenzado años antes de su manifestación. Desde esta perspectiva, se plantea la posibilidad de un espectro esquizofrénico en lugar de una dicotomía entre presencia y ausencia de la enfermedad.(17,40) Sin embargo, las clasificaciones actuales presentan diversas limitaciones, ya que, al centrarse en síntomas y signos clínicos, no incorporan factores etiológicos, marcadores del neurodesarrollo, predisposición genética, estados de vulnerabilidad subumbrales (como la esquizotaxia) u otros aspectos que se encuentran en investigación.(41)

Un área de interés en la investigación sobre la esquizofrenia es la detección de biomarcadores fiables que permitan calcular el riesgo de desarrollar la enfermedad y/o predecir su evolución clínica. Estos biomarcadores pueden medirse en el cerebro, el líquido cefalorraquídeo (LCR) o la sangre. Para su búsqueda, se han empleado diversas técnicas, incluyendo análisis genéticos, epigenéticos, neuroquímicos, neurofisiológicos, metabolómicos, proteómicos, histopatológicos y estudios de neuroimagen. Entre los posibles biomarcadores identificados se encuentran la adiponectina, la IgA antigliadina, el ácido araquidónico, el cortisol, el folato y la vitamina B6, cuyos niveles séricos han mostrado una disminución significativa en pacientes con esquizofrenia. Asimismo, se ha notado una disminución significativa en la oxitocina, la cual está implicada en la regulación de varios síntomas de la enfermedad. Por otro lado, se han reportado aumentos en la reacción de la superóxido dismutasa y el malondialdehído, así como en los niveles del factor de crecimiento nervioso. Además, se ha encontrado una mayor seropositividad al anticuerpo del receptor NMDA y un incremento en la concentración del receptor soluble de interleucina 2 (IL-2).(33)

### **2.2.7. Manejo**

Si bien los medicamentos antipsicóticos resultan efectivos para tratar los síntomas psicóticos positivos de la esquizofrenia, su eficacia es reducida en relación a otros síntomas propios de la enfermedad, como los síntomas negativos y cognitivos.(42) La farmacoterapia contemporánea se fundamenta mayoritariamente en el bloqueo del receptor de dopamina-D2. Sin embargo, este enfoque suele presentar una eficacia restringida y una tolerabilidad deficiente en muchos pacientes. Estas restricciones subrayan la necesidad de profundizar en el entendimiento de la etiología de la esquizofrenia, con la finalidad de crear nuevas tácticas terapéuticas más eficaces.(43)

Cada vez más, los progresos en la investigación del riesgo genético de la esquizofrenia se dirigen al desarrollo cerebral, en particular durante las primeras fases del neurodesarrollo. Se plantea que alteraciones en estos procesos tempranos pueden desviar el desarrollo normal del cerebro y, en consecuencia, dar lugar a la manifestación clínica de la enfermedad. Los investigadores sugieren que el riesgo genético asociado a la esquizofrenia es dinámico y depende del contexto, con efectos que varían en el tiempo y el espacio a lo largo del continuo del neurodesarrollo. La identificación y el uso de marcadores genéticos de riesgo, junto con información funcional derivada de estos, podrían contribuir a optimizar las estrategias terapéuticas, permitiendo intervenir mucho antes de la aparición de la psicosis. En este sentido, en lugar de enfocarse en el tratamiento durante la adolescencia o la adultez, la aplicación de principios de predicción y prevención en las etapas pre, perinatal y neonatal podría ser más acorde con la biología de la esquizofrenia. Este enfoque permitiría abordar las alteraciones tempranas que afectan la trayectoria normal del neurodesarrollo y, potencialmente, prevenir la progresión de la enfermedad.(44).

#### **2.2.8. Pronóstico**

En el análisis de investigaciones prospectivas de seguimiento en esquizofrenia con un periodo de 20 años o más, se reporta que solo el 24,2% de los pacientes alcanzó el nivel de “recuperado”; el 35,5% presentó un resultado “bueno o mejor” (incluyendo la recuperación); y el 59,7% obtuvo un resultado “moderado o mejor” (que engloba las categorías “bueno o mejor” y “recuperado”). La recuperación es, por tanto, posible; sin embargo, la esquizofrenia continúa siendo un trastorno mental grave y complejo, con cambios limitados en su pronóstico a pesar de más de un siglo de investigación y esfuerzos por optimizar su tratamiento.(45)

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Alucinación:** Visión, sonido, aroma, sabor o tacto que un individuo considera que es genuino, pero no lo es. Las alucinaciones tienden a ser el resultado de una alteración del sistema nervioso, diversos fármacos o trastornos mentales.(46)
- **Idea delirante:** Se define como una creencia fija y falsa. A pesar de que el delirio puede ocurrir al final de la vida, numerosos episodios de delirio son provocados por medicamentos o por falta de hidratación y pueden ser reversibles. (46)
- **Esquizofrenia de inicio en la infancia:** Variante en la cual se manifiestan los primeros síntomas psicóticos antes de los 13 años. (47,48)
- **Esquizofrenia de inicio precoz:** Variante en la cual se manifiestan los primeros síntomas psicóticos entre los 13 y los 17 años. (47,48)
- **Esquizofrenia de inicio en la edad adulta:** Variante en la cual se manifiestan los primeros síntomas psicóticos a los 18 años o después. (48)
- **Aplanamiento afectivo:** También conocido como embotamiento emocional, es un signo destacado de la esquizofrenia, que se manifiesta en tener problemas para manifestar sus sentimientos, lo que se distingue por una reducción en la expresión facial, los gestos expresivos y las expresiones vocales en respuesta a los estímulos que les generan emociones.(35,46)
- **Aislamiento social:** Se caracteriza por una tendencia a alejarse del ambiente interpersonal, lo que se refleja en la disminución o limitación sustancial de la frecuencia, diversidad y calidad de las interacciones sociales.(49)
- **Abulia:** Definición empleada para caracterizar la ausencia de motivación dirigidas a iniciar o completar un objetivo en contraste con la conducta anterior.(46)

- **Anhedonia:** Se define comunmente como la incapacidad de experimentar disfrute o placer en actividades que usualmente serían agradables.(46,50)
- **Alogia:** Se define como una disminución en el volumen o el contenido del discurso. No solo es cuestión de silencio o reserva, sino de ausencia de espontaneidad y una reducción en la cantidad de información comunicada. (46)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Observacional, descriptivo y retrospectivo.

#### **3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

##### **3.2.1. Población**

La población se compone de todos los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tratados en el departamento de salud mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020-2024.

##### **3.2.2. Criterios de selección**

###### **a) Criterios de inclusión:**

- Pacientes hospitalizados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna desde enero de 2020 hasta diciembre de 2024.
- Pacientes con Esquizofrenia confirmada como diagnóstico principal o secundario en la historia clínica.
- Pacientes cuyas historias clínicas contengan información completa y accesible para el estudio.

###### **b) Criterios de exclusión:**

- Pacientes con diagnóstico no confirmado o con trastornos psiquiátricos diferentes a la esquizofrenia.
- Pacientes cuyas historias clínicas carezcan de información relevante para el estudio.

### **3.3. VARIABLES**

#### **3.2.3. Identificación de Variables**

##### a) Perfil sociodemográfico

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Fecha de nacimiento
- Lugar de nacimiento
- Distrito de procedencia

##### b) Antecedentes clínicos

- Tiempo de enfermedad
- Antecedentes familiares
- Antecedentes de intento suicida
- Comorbilidad

##### c) Características clínicas

- Síntomas Positivos: Delusión, Alucinación, Conducta desorganizada
- Síntomas Negativos: Aplanamiento afectivo, Apatía, Alogia, Anhedonia
- Escala clínica PANSS

##### d) Tratamiento

- Características farmacológicas
- Farmacoterapia
- Tipo de medicamento
- Número de hospitalizaciones
- Estancia hospitalaria

### 3.2.4. Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Características sociodemográficas</b>	Sexo	Femenino/Masculino	Nominal
	Edad	Valores numéricos	Razón
	Estado civil	Soltero Casado Divorciado Viudo	Nominal
	Grado de instrucción	Sín instrucción Primaria Secundaria Técnico superior Superior	Nominal
	Ocupación	Desempleado Estudiante Empleado independiente Empleado dependiente	Nominal
	Lugar de nacimiento	Departamento / Provincia	Nominal
	Distrito de procedencia	Tacna Gregorio Albarracín Alto de la Alianza Ciudad Nueva Pocollay Calana Palca Los Palos Otros	Nominal

<b>Antecedentes</b>	Tiempo de enfermedad	0 – 5 años 6 – 10 años 11 – 15 años 16 – 20 años 21 – 25 años 26 – 30 años 31 – 35 años 36 – 40 años	Nominal
	Antecedente familiar de esquizofrenia	No / Sí	Nominal
	Antecedente de intento suicida	No / Sí	Nominal
	Comorbilidad	No / Sí	Nominal
<b>Clínica</b>	Síntomas	Positivos: – Ideas delirantes – Alucinaciones – Conducta desorganizada – Lenguaje desorganizado Negativos: – Aplanamiento afectivo – Alogia – Abulia – Anhedonia Aislamiento social	Nominal
	PANSS	– PANSS-Positivo – PANSS-Negativo – PANSS-General	Ordinal

<b>Tratamiento</b>	Número de hospitalizaciones	1 vez 2 veces 3 veces > 3 veces	Nominal
	Duración de hospitalización	1-7 días 8-14 días 15-30 días >30 días	Nominal
	Farmacoterapia	Monoterapia Politerapia	Nominal
	Tipo de medicamento	Antipsicótico típico Antipsicótico atípico Otros fármacos	Nominal

**Fuente:** Elaboración propia

### **3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

#### **3.4.1. Técnicas**

Se utilizó el análisis documental de las historias clínicas mediante el empleo de fichas de recolección de datos para documentar la información.

Tras la autorización del Comité de Ética, se obtuvo la lista de pacientes con esquizofrenia proporcionada por el Servicio de Salud Mental del hospital. Posteriormente, los datos recopilados se organizaron en tablas y se representaron gráficamente para su debida interpretación.

#### **3.4.2. Instrumentos**

En esta investigación, el instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos, a su vez se efectuó una evaluación mediante juicio de expertos, médicos psiquiatras del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, para validar la ficha, quienes revisaron la pertinencia y claridad de los ítems, emitiendo sus observaciones y sugerencias respectivas, las cuales fueron incorporadas en la versión final del instrumento.

Esta consta de cuatro componentes principales: La primera parte documentaba los datos sociodemográficos, incluyendo edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, distrito de procedencia. En la segunda parte se incluyeron tiempo de enfermedad, antecedentes médicos, como el antecedente de familiar con esquizofrenia, antecedente de intento suicida y comorbilidades. En la tercera sección se registraron las características clínicas, como los síntomas y la escala PANSS. En la cuarta sección se registraron el número de hospitalizaciones, la duración de hospitalización, la farmacoterapia y el tipo de fármaco.

### **3.5. ACCIONES Y ACTIVIDADES**

Para la ejecución del estudio, se realizaron las siguientes acciones y actividad:

#### **1. Aprobación y licencias**

- Elaboración del protocolo de estudio y su exposición ante el Comité de Ética en Investigación del hospital.
- Adquisición del permiso para acceder a los registros clínicos.

#### **2. Determinar la población de investigación**

- Petición y análisis del listado de pacientes internados en el Servicio de Salud Mental.
- Implementación de los criterios de inclusión y exclusión en la elección de pacientes.

#### **3. Recopilación de información**

- Exploración de los historiales clínicos.
- Obtención de información pertinente.
- Documentación de los datos en una base de registros organizada.

#### **4. Procesamiento y análisis de datos**

- Organización de los datos en una hoja de cálculo y software estadístico.
- Verificación y depuración de la información para evitar inconsistencias.

#### **5. Elaboración del informe final**

- Interpretación de los resultados obtenidos.
- Redacción de los hallazgos y conclusiones.
- Presentación del informe final de tesis.

#### **6. Manejo y análisis de datos**

- Organización de la información en un tablero de cálculo y programas estadísticos.
- Comprobación y depuración de la información para prevenir irregularidades.

## **7. Elaboración del informe final de resultados**

- Interpretación de los resultados conseguidos.
- Preparación de los descubrimientos y conclusiones.
- Presentación del reporte final de la tesis.

### **3.6. TRATAMIENTO DE DATOS**

Los datos recopilados durante el estudio fueron registrados y almacenados en una base de datos cuidadosamente estructurada, en la cual se asignaron códigos a las diversas variables epidemiológicas y clínicas de cada individuo participante en la investigación. Posteriormente, se procedió a realizar una exhaustiva limpieza de los datos con el fin de identificar y subsanar posibles errores, suprimir registros duplicados y desechar aquellas entradas incompletas que no se ajustaran a los criterios de inclusión establecidos previamente.

Después de llevar a cabo una exhaustiva revisión de la base de datos, se procedió a realizar un detallado análisis descriptivo de las variables presentes en la misma, empleando tanto frecuencias absolutas como relativas para los datos de naturaleza categórica, así como medidas de tendencia central y dispersión para los datos de índole cuantitativa.

### **3.7. ASPECTOS ÉTICOS**

Se solicitó la aprobación del protocolo de investigación al comité de ética del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. La información recopilada preservó la privacidad y evitó información identificativa de los pacientes, para lo cual se les otorgó un código numérico al momento de su incorporación. Esta investigación se rige por las directrices de Helsinki para la investigación en individuos humanos.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

En el presente estudio se investigaron en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, quienes recibieron atención en el Departamento de Salud Mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2020 y 2024.

#### **4.1. RESULTADOS**

De un total de 207 pacientes con esquizofrenia correspondientes a los años 2020-2024, se eliminaron historias clínicas no encontradas (aquellas que fueron extraviadas), historias clínicas incompletas (aquellas que no cuentan con los datos suficientes para el estudio), diagnóstico diferente (aquellas que fueron clasificados erróneamente con el diagnóstico de esquizofrenia, sin embargo al realizarse la revisión no se encontró dicho diagnóstico).

Tras este proceso, se obtuvieron 149 historias clínicas de pacientes con esquizofrenia que contienen los datos suficientes para el estudio.

A continuación, se describen los resultados obtenidos.

**TABLA N° 01**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES**  
**DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL**  
**HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024**

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>EDAD (años)</b>	33,60 ± 10,82	RIC: 26 – 40
<b>SEXO</b>		
MASCULINO	84	56,38%
FEMENINO	65	43,62%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
SOLTERO	136	91,28%
CASADO	9	6,04%
VIUDO	2	1,34%
DIVORCIADO	2	1,34%
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
SIN INSTRUCCIÓN	7	4,70%
PRIMARIA	35	23,49%
SECUNDARIA	83	55,70%
TÉCNICO SUPERIOR	12	8,05%
SUPERIOR	12	8,05%
<b>OCUPACIÓN</b>		
DESEMPLEADO	95	63,76%
EMPLEADO INDEPENDIENTE	26	17,45%
EMPLEADO DEPENDIENTE	17	11,41%
ESTUDIANTE	11	7,38%
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

## **INTERPRETACIÓN:**

Se observa en la Tabla N°01, en cuanto a los rasgos sociodemográficos de los 149 pacientes con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, la edad promedio fue de  $33,60 \pm 10,82$  años, con un rango intercuartílico (RIC) de 26 a 40 años, lo que indica que la mayoría de los casos se concentran en la adultez temprana y media.

En términos de distribución por sexo, predominaron los pacientes masculinos (56,38%) sobre los femeninos (43,62%), patrón consistente con estudios epidemiológicos previos que evidencian una mayor prevalencia de esquizofrenia en hombres y un inicio más temprano del trastorno en este grupo.

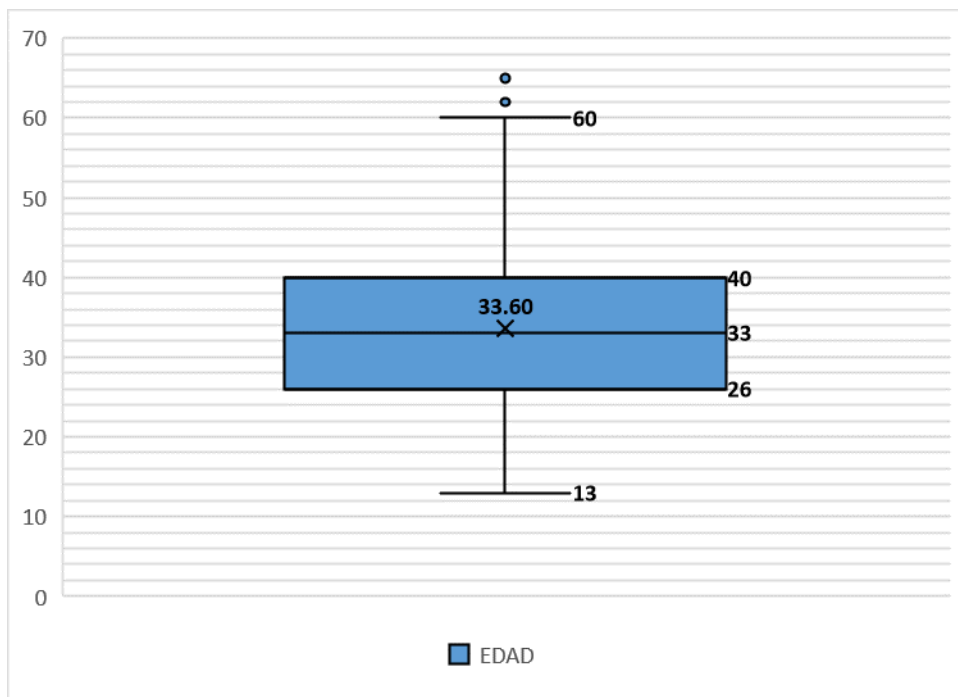
En cuanto al estado civil, se observó un claro predominio de personas solteras (91,28%), seguido de casados (6,04%), divorciados (1,34%), viudos (1,34%), lo cual puede estar relacionado tanto con la edad como con las dificultades que implica la enfermedad para el establecimiento de vínculos afectivos estables y relaciones de pareja duraderas.

Respecto al nivel educativo, la mayoría alcanzó el nivel secundario (55,70%), seguido por primaria (23,49%), mientras que solo un pequeño porcentaje accedió a educación superior o técnica (ambos con 8,05%), y un 4,70% no tuvo instrucción formal.

Finalmente, la situación ocupacional mostró que un 63,76% se encontraba desempleado, un 17,45% correspondía a empleados independientes, un 11,41% corresponde a empleados dependientes y un 7,38% a estudiantes.

### GRÁFICO N° 01

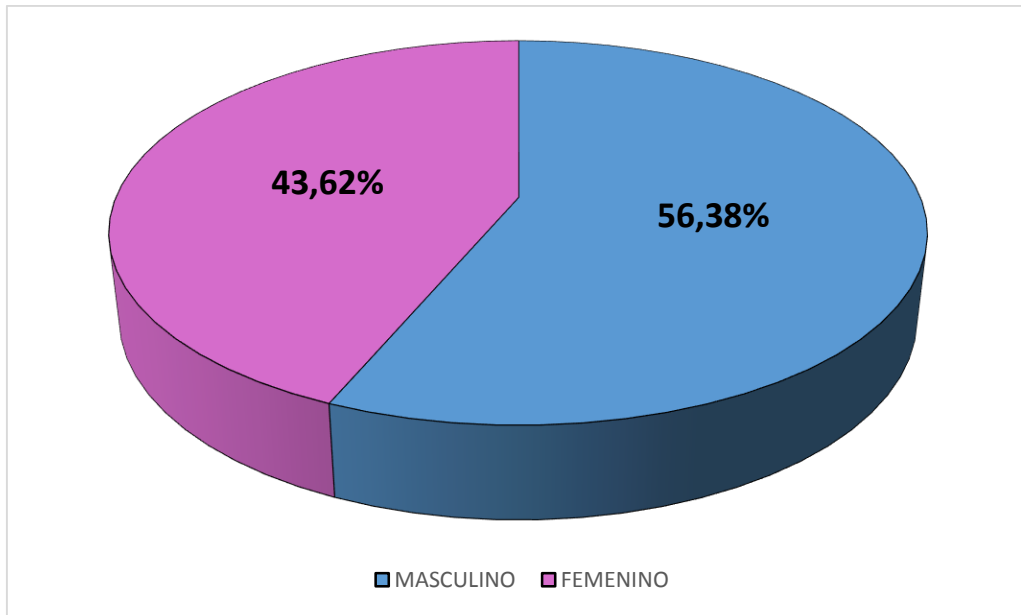
#### DIAGRAMA DE CAJAS PARA EDAD DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°011

## GRÁFICO N° 02

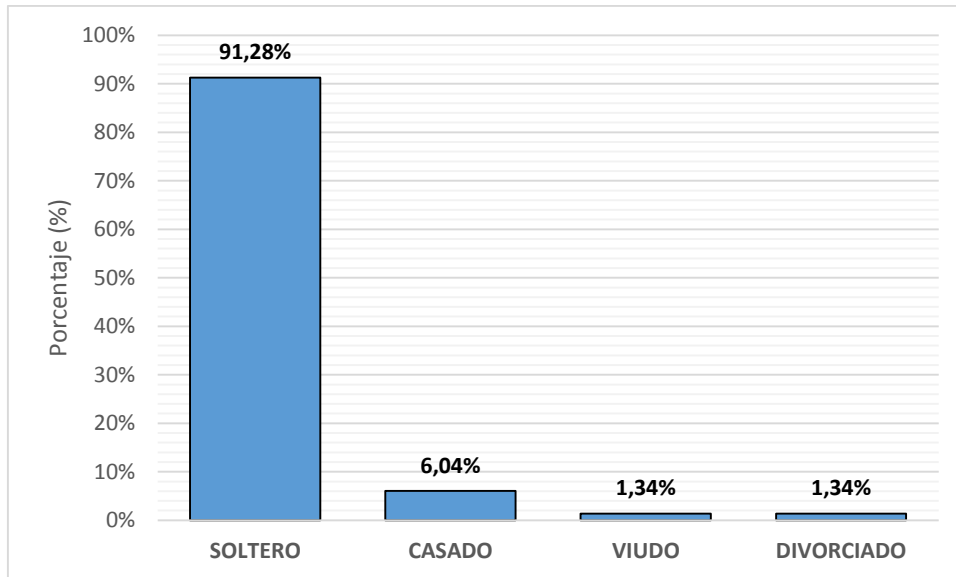
### DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°01

### GRÁFICO N° 03

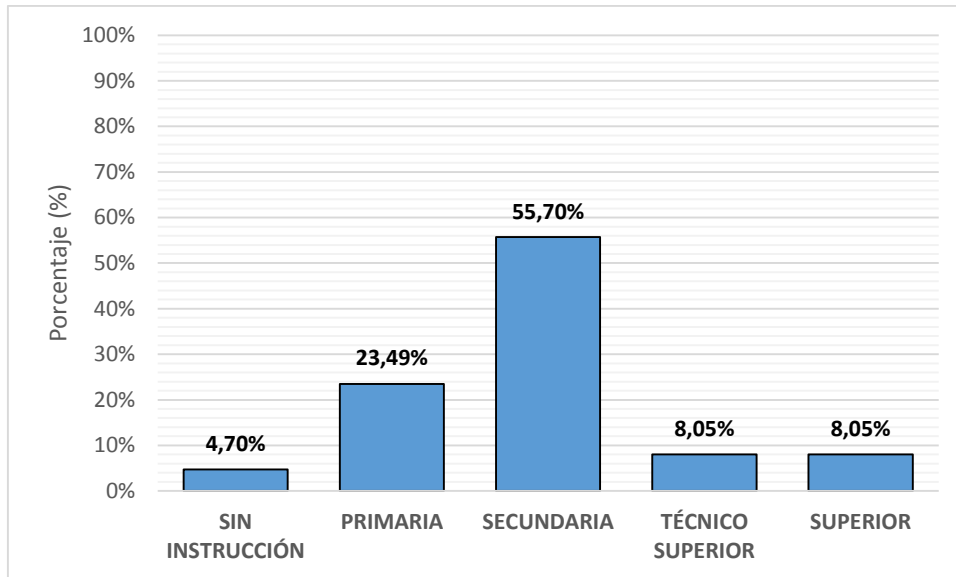
#### DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°01

### GRÁFICO N° 04

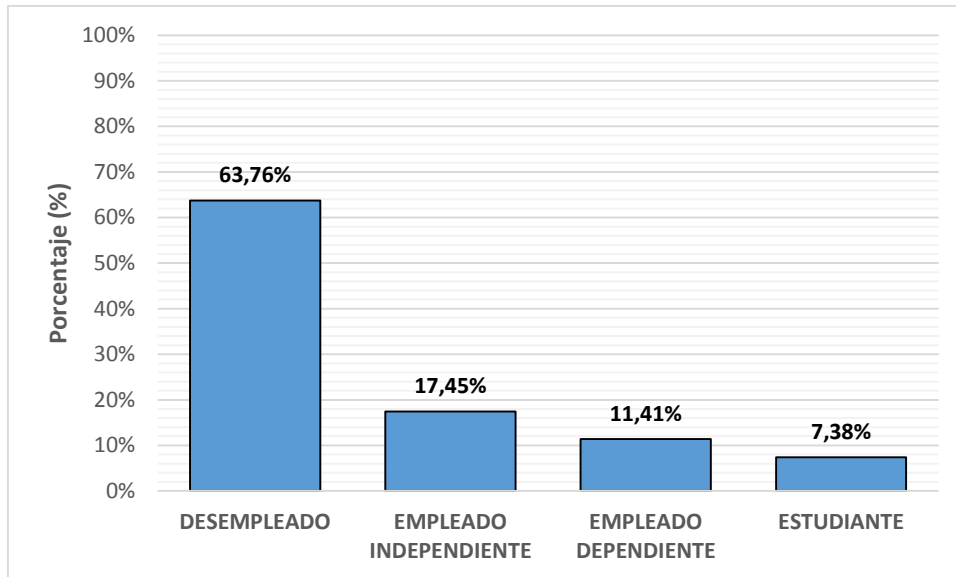
#### DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°01

### GRÁFICO N° 05

#### DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°01

**TABLA N° 02**

**DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS  
CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,  
2020 AL 2024**

<b>DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>PROVINCIA DE NACIMIENTO</b>		
TACNA	94	63,09%
JORGE BASADRE GROHMANN	3	2,01%
CANDARAVE	2	1,34%
TARATA	1	0,67%
OTRO	49	32,89%
<b>DISTRITO DE PROCEDENCIA</b>		
TACNA	46	30,87%
GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA	44	29,53%
ALTO DE LA ALIANZA	21	14,09%
CIUDAD NUEVA	15	10,07%
LOS PALOS	6	4,03%
POCOLLAY	5	3,36%
SAMA	3	2,01%
CALANA	1	0,67%
PALCA	1	0,67%
OTRO	7	4,70%
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

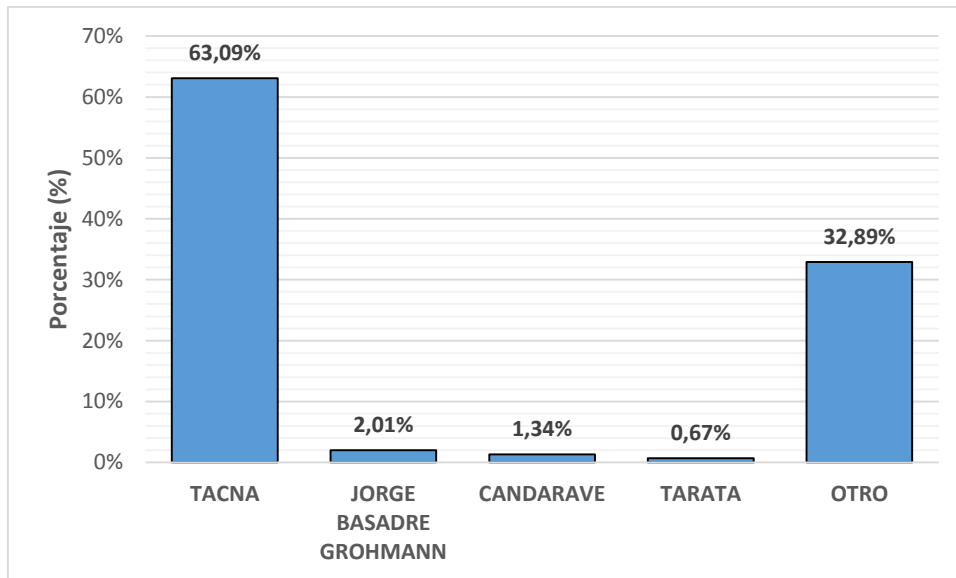
## **INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°02, se observa que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia procedían de la región de Tacna, siendo la provincia de nacimiento más frecuente la provincia de Tacna con 94 pacientes (63,09%), seguida a gran distancia por Jorge Basadre Grohmann (2,01%), Candarave (1,34%) y Tarata (0,67%). Un 32,89% reportó haber nacido fuera de la región, lo que indica una presencia importante de pacientes migrantes o procedentes de otras zonas del país.

Respecto al distrito de procedencia, la mayor concentración se encuentra en distritos urbanos del área metropolitana de Tacna, principalmente en Tacna (30,87%) y Gregorio Albarracín Lanchipa (29,53%), seguidos por Alto de la Alianza (14,09%) y Ciudad Nueva (10,07%). Distritos periféricos o rurales como Los Palos (4,03%), Pocollay (3,36%), Sama (2,01%), Palca (0,67%) y Calana (0,67%) tuvieron una representación considerablemente menor.

### GRÁFICO N° 06

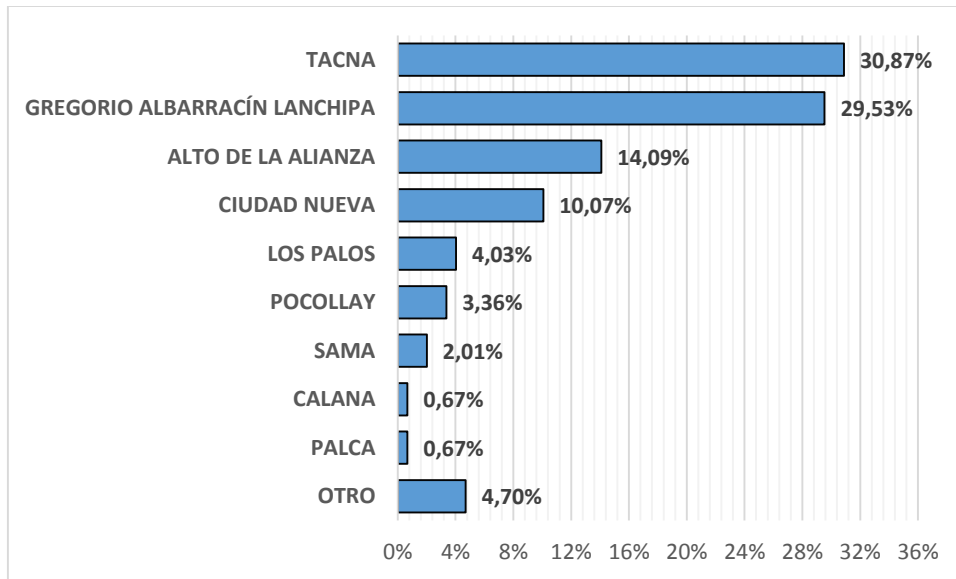
#### DISTRIBUCIÓN POR PROVINCIA DE NACIMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°02

### GRÁFICO N° 07

#### DISTRIBUCIÓN POR DISTRITO DE PROCEDENCIA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°02

**TABLA N° 03****DISTRIBUCIÓN DE EDAD DE DIAGNÓSTICO POR SEXO EN PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,  
2020 AL 2024**

EDAD DE DIAGNÓSTICO	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
EDAD	N	%	N	%	N	%
< 13 AÑOS	3	4,62%	1	1,19%	4	2,68%
13 – 17 AÑOS	9	13,85%	19	22,62%	28	18,79%
18 – 23 AÑOS	15	23,08%	36	42,86%	51	34,23%
24 – 29 AÑOS	16	24,62%	17	20,24%	33	22,15%
30 – 35 AÑOS	12	18,46%	6	7,14%	18	12,08%
36 – 40 AÑOS	9	13,85%	2	2,38%	11	7,38%
> 40 AÑOS	1	1,54%	3	3,57%	4	2,68%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>43,62%</b>	<b>84</b>	<b>56,38%</b>	<b>149</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

**INTERPRETACIÓN:**

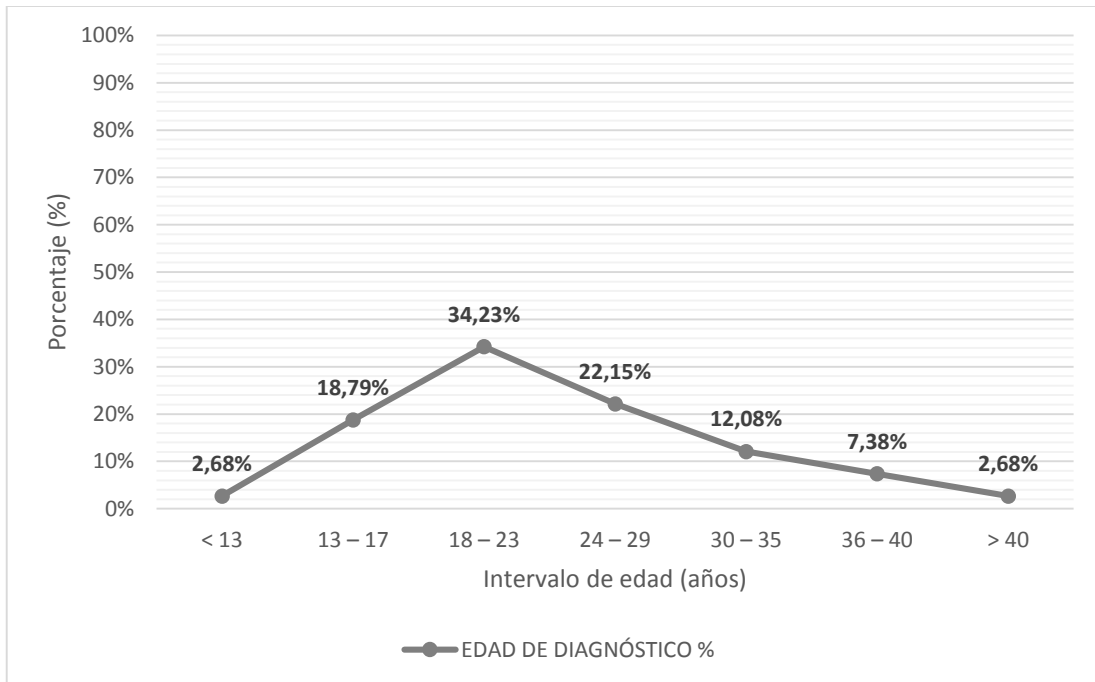
En la Tabla N°03, se evidencia la distribución por edad de diagnóstico en los 149 pacientes con esquizofrenia, se observa que el grupo etario más frecuente fue el de 18 a 23 años, concentrando el 34,23% de los diagnósticos, seguido por los rangos de 24 a 29 años (22,15%), de 13 a 17 años (18,79%), de 30 a 35 años (12,08%), de 36 a 40 años (7,38%), de menos de 13 años y más de 40 años con un 2,68% para ambos.

Al desagregar los datos por sexo, se evidencia que el diagnóstico en varones ocurre más tempranamente: el 42,86% fue diagnosticado entre los 18 y 23 años, el 22,62% entre los 13 y 17 años, mientras que en mujeres la distribución es más dispersa, siendo el grupo de 24 a 29 años el más frecuente (24,62%), seguido por el de 18 a 23 años (23,08%) y el de 30 a 35 años

(18,46%). Destaca además que el diagnóstico en menores de 13 años, aunque poco común (2,68% del total), fue mayor en mujeres (4,62%) que en hombres (1,19%).

### GRÁFICO N° 08

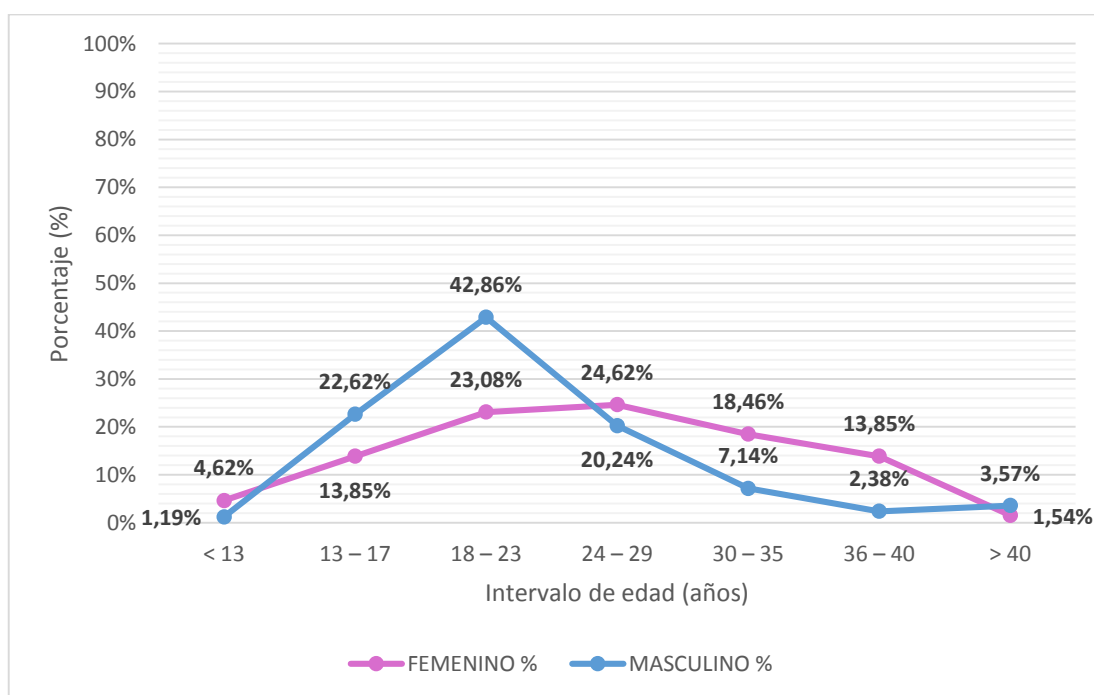
#### DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE DIAGNÓSTICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°03

### GRÁFICO N° 09

## DISTRIBUCIÓN DE EDAD DE DIAGNÓSTICO POR SEXO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°03

**TABLA N° 04**

**TIEMPO DE ENFERMEDAD DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON  
ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,  
2020 AL 2024**

<b>TIEMPO DE ENFERMEDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0 – 5 años	65	43.62%
6 – 10 años	30	20.13%
11 – 15 años	22	14.77%
16 – 20 años	16	10.74%
21 – 25 años	5	3.36%
26 – 30 años	8	5.37%
31 – 35 años	1	0.67%
36 – 40 años	2	1.34%
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

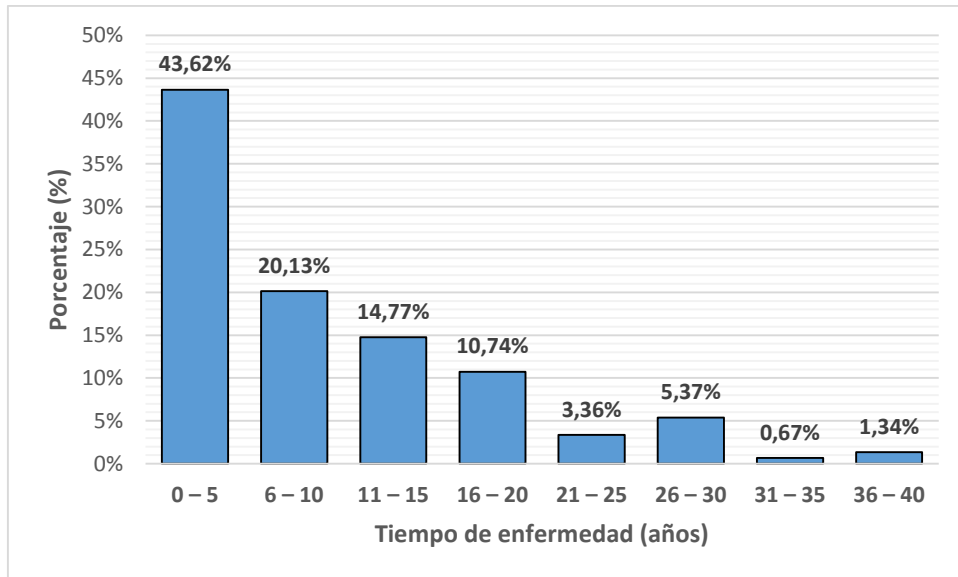
**INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°04, se evidencia que la mayoría de los casos, el 43,62% del total, corresponde a personas con una duración de enfermedad de entre 0 y 5 años. Los siguientes son los grupos de 6 a 10 años, que tienen un porcentaje del 20,13 %, y los de 11 a 15 años, con un 14,77 %.

El 10,74% de los pacientes tienen una evolución de 16 a 20 años; el 3,36% y el 5,37% cuentan con un tiempo de evolución de 21 a 25 años y de 26 a 30 años, respectivamente. En última instancia, los grupos de mayores edades —36 a 40 años (1,34%) y 31 a 35 años (0,67%)— tienen frecuencias mucho más bajas.

### GRÁFICO N° 10

#### DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR TIEMPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°04

**TABLA N° 05**

**ANTECEDENTE FAMILIAR DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON  
ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,  
2020 AL 2024**

<b>ANTECEDENTE FAMILIAR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
NO	113	75,84%
SÍ	36	24,16%
FAMILIAR DE 1° GRADO	11	7,38%
FAMILIAR DE 2° GRADO	9	6,04%
FAMILIAR DE 3° GRADO	11	7,38%
FAMILIAR DE 4° GRADO	10	6,71%

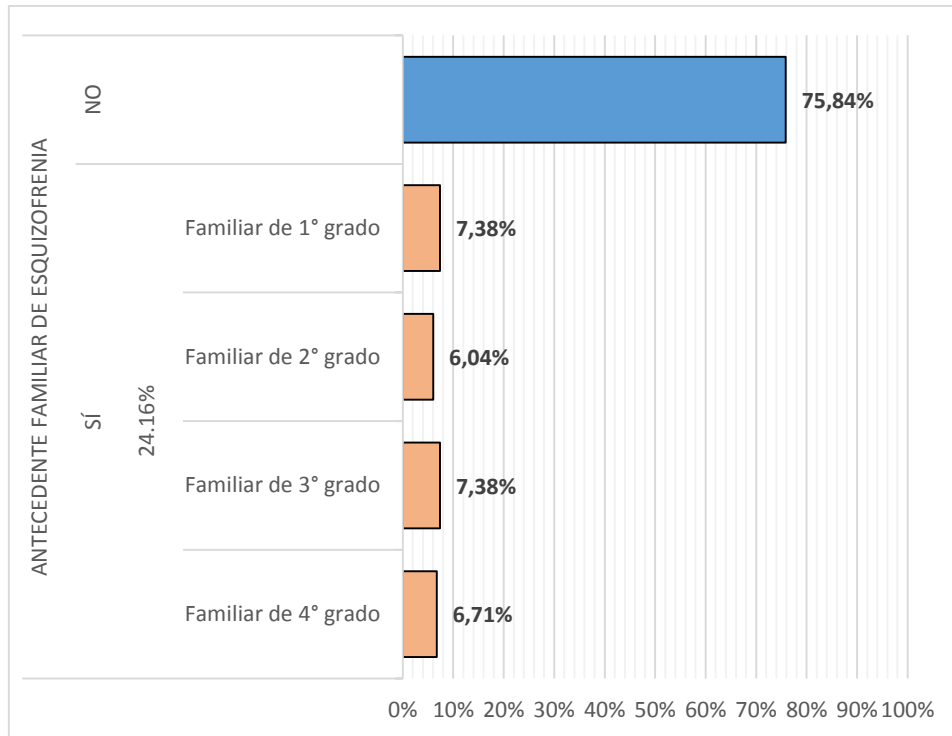
**Fuente:** Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

**INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°05, respecto a los antecedentes familiares, únicamente el 24.16% de los pacientes presenta al menos un familiar con esquizofrenia, entre aquellos con antecedentes, los vínculos consanguíneos estuvieron distribuidos de manera relativamente uniforme, con predominio de familiares de primer grado (7,38%) y tercer grado (7,38%), seguidos por familiares de cuarto grado (6,71%) y segundo grado (6,04%).

### GRÁFICO N° 11

#### ANTECEDENTE FAMILIAR DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°05

**TABLA N° 06**  
**COMORBILIDAD DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON**  
**ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,**  
**2020 AL 2024**

<b>COMORBILIDAD</b>	<b>N = 149</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
NO	99	66,44%
SÍ	61	33,56%
<b>TRASTORNOS MENTALES</b>	<b>39</b>	<b>26,17%</b>
DEPRESIÓN	13	8,72%
CONSUMO DE SUSTANCIAS	12	8,05%
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	6	4,03%
ANSIEDAD	5	3,36%
ALCOHOLISMO	2	1,34%
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	1	0,67%
<b>TRASTORNOS MÉDICOS</b>	<b>22</b>	<b>14,77%</b>
DIABETES MELLITUS TIPO 2	10	6,71%
HIPOTIROIDISMO	5	3,36%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2	1,34%
TUBERCULOSIS	2	1,34%
EPILEPSIA	1	0,67%
HIPERTIROIDISMO	1	0,67%
ENFERMEDAD DE ADDISON	1	0,67%

**Fuente:** Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

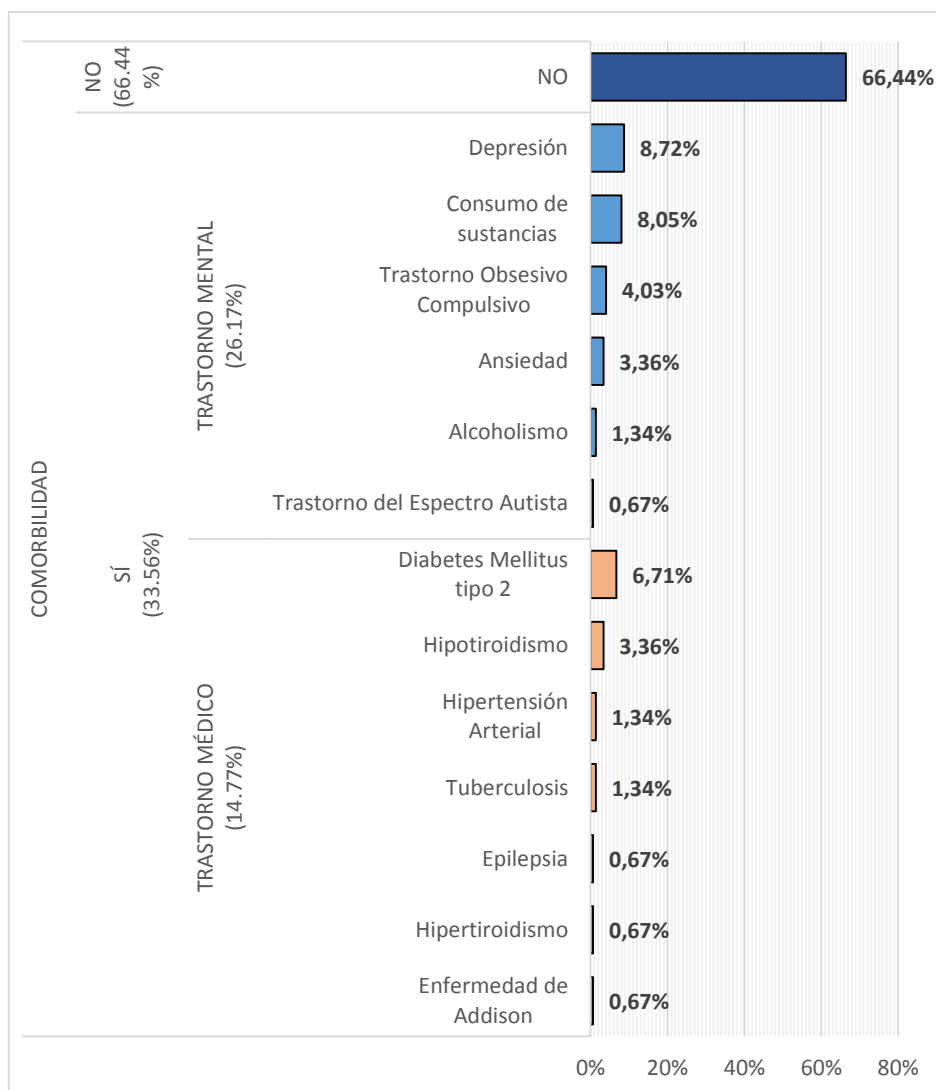
## **INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°06, se presenta la cantidad de pacientes con esquizofrenia que presentan al menos una comorbilidad asociada del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020 – 2024. Se registraron un total de 50 pacientes que presentan alguna comorbilidad, lo cual representa un 33.56% de la población estudiada.

Dentro de las comorbilidades son más frecuentes los trastornos mentales (23,49%), los diagnósticos más frecuentes fueron la depresión (8,72%) y el consumo de sustancias (8,05%), seguidos por el trastorno obsesivo compulsivo (4,03%) y la ansiedad (3,36%), mientras que el alcoholismo y el trastorno del espectro autista se registraron en menor proporción (1,34% y 0,67%). Por otro lado, en los trastornos médicos (44,00%), la diabetes mellitus tipo 2 representó el 6,71% de los casos, seguida por el hipotiroidismo (3,36%), la hipertensión arterial y la tuberculosis (1,34% cada una), y en menor medida la epilepsia, el hipertiroidismo y la enfermedad de Addison (0,67%). Estos resultados muestran que, aunque no todos los pacientes presentaron comorbilidades, existe una proporción significativa de casos en los que la esquizofrenia se acompaña de otros trastornos, en su mayoría psiquiátricos.

## GRÁFICO N° 12

### DISTRIBUCIÓN POR COMORBILIDAD DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°06

**TABLA N° 07**

**ANTECEDENTE DE INTENTO SUICIDA DE PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024**

<b>ANTECEDENTE DE INTENTO SUICIDA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
NO	136	91,28%
SÍ	13	8,72%
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>100,00%</b>

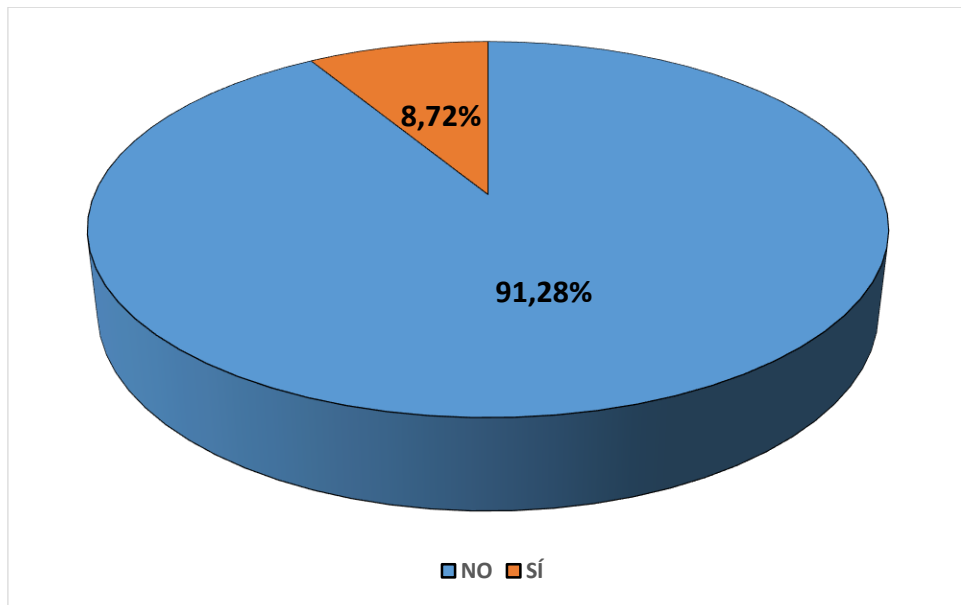
**Fuente:** Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

**INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°07 se describe el antecedente de intento suicida, evidenciándose que el 8.72% de los pacientes con esquizofrenia presentaron al menos un episodio de intento suicida.

**GRÁFICO N° 13**

**ANTECEDENTE DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS  
CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,  
2020 AL 2024**



**Fuente:** Tabla N°07

**TABLA N° 08**

**TIPO DE TERAPIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON  
ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,  
2020 AL 2024**

TIPO DE TERAPIA	ANTIPSIKÓTICO TÍPICO		ANTIPSIKÓTICO ATÍPICO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
MONOTERAPIA	8	8,99%	26	20,16%	34	22,82%
POLITERAPIA	81	91,01%	103	79,84%	115	77,18%
<b>TOTAL</b>		100%		100%	149	100%

**Fuente:** Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

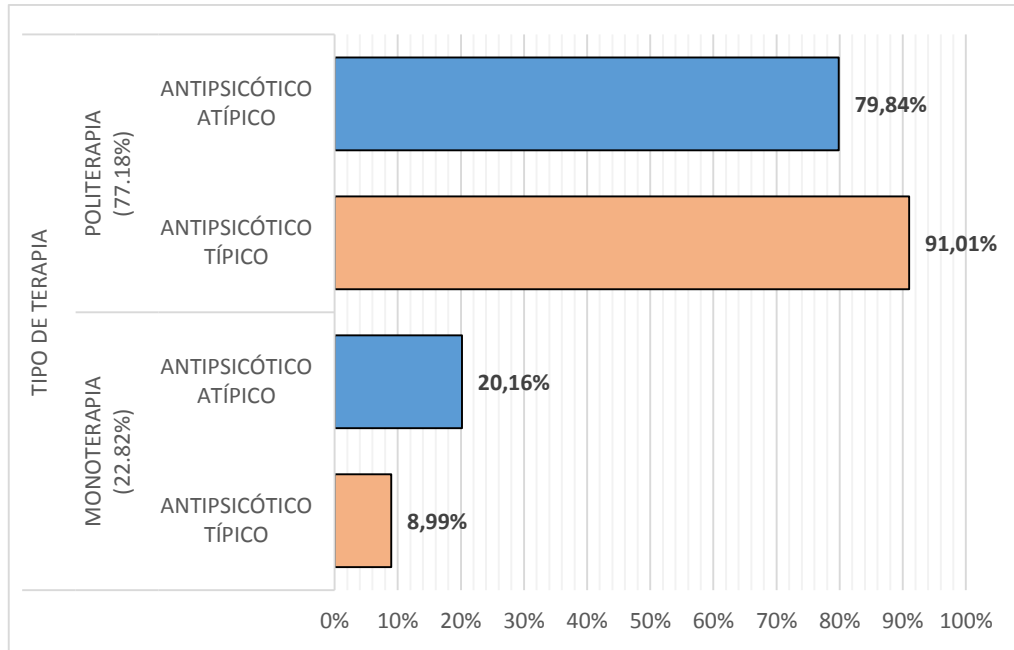
**INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°08, se evidencia una marcada preferencia por la politerapia, que fue utilizada en el 77,18% del total de casos (115 pacientes), mientras que la monoterapia se aplicó únicamente en el 22,82% (34 pacientes). Al desagregar por tipo de antipsicótico, se observa que entre los pacientes que recibieron antipsicóticos típicos, la gran mayoría lo hizo dentro de un esquema de politerapia (91,01%), siendo la monoterapia una opción minoritaria (8,99%).

De forma similar, los antipsicóticos atípicos también fueron más frecuentemente prescritos en combinación con otros fármacos (79,84%), en comparación con su uso como único tratamiento (20,16%).

### GRÁFICO N° 14

#### TIPO DE TERAPIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°08

**TABLA N° 09**  
**FARMACOTERAPIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON**  
**ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,**  
**2020 AL 2024**

<b>FÁRMACO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS</b>		
DECANOATO DE FLUFANEZINA	48	32,21%
LEVOMEPRIMAZINA	32	21,48%
DECANOATO DE HALOPERIDOL	27	18,12%
HALOPERIDOL VÍA ORAL	3	2,01%
<b>ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS</b>		
RISPERIDONA	81	54,36%
CLOZAPINA	29	19,46%
OLANZAPINA	15	10,07%
QUETIAPINA	6	4,03%
AMISULPRIDE	1	0,67%
ARIPIPRAZOL	1	0,67%
<b>OTROS FÁRMACOS</b>		
CLONAZEPAM	26	17,45%
BIPERIDENO	16	10,74%
ÁCIDO VALPROICO	12	8,05%
SERTRALINA	10	6,71%
FLUOXETINA	10	6,71%

**Fuente:** Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

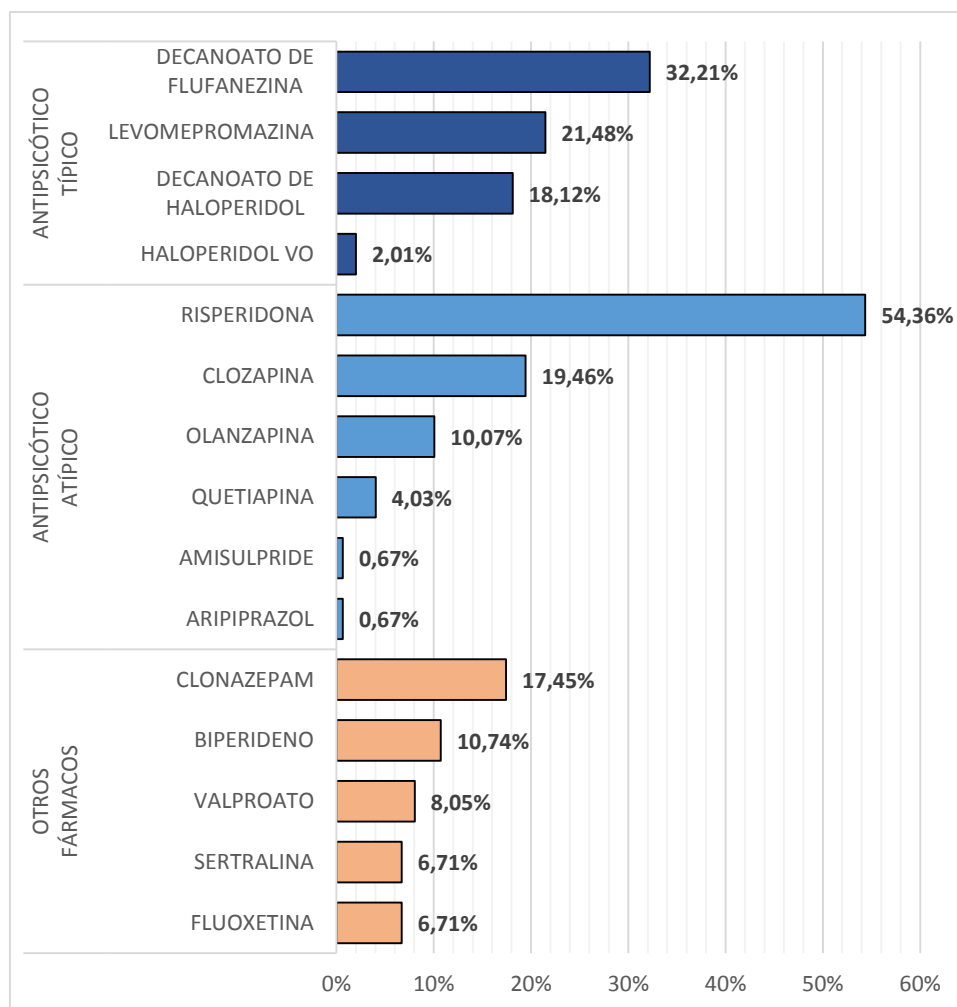
## **INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°09, se evidencia un patrón mixto en el uso de antipsicóticos, donde los fármacos típicos aún mantienen una presencia importante, destacando la flufenazina (32,21%) y la levomepromazina (21,48%), probablemente por su eficacia en el control de síntomas agudos y su accesibilidad en el contexto hospitalario. El haloperidol, en su presentación de decanoato de haloperidol (18,12%), parece tener un papel clave en el manejo de episodios psicóticos agudos, mientras que su uso por vía oral (2,01%) es mucho más limitado. Entre estos últimos, la risperidona (54,36%) es el fármaco más prescrito, seguido de la clozapina (19,46%), olanzapina (10,07%), quetiapina (4,03%) y otros atípicos como aripiprazol y amisulprida (ambos con 0,67%) muestran una presencia menor, posiblemente relacionada con factores como el costo o la disponibilidad en el hospital.

Asimismo, se evidencia el empleo de otros medicamentos como clonazepam (17,45%), ácido valproico (8,05%) sertralina (6,71%) y fluoxetina (6,71%).

### GRÁFICO N° 15

## ANTIPSIÓTICOS TÍPICOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°09

**TABLA N° 10**

**OTROS FARMACOS PRESCRITOS SEGÚN COMORBILIDADES EN  
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024**

	CLONAZEPAM		BIPERIDENO		VALPROATO		SERTRALINA		FLUOXETINA	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DEPRESIÓN	6	4,03%	0	0,0%	2	1,34%	1	0,67%	3	2,01%
ANSIEDAD	1	0,67%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
CONSUMO DE SUSTANCIAS	1	0,67%	1	0,0%	4	2,68%	1	0,67%	0	0,0%
CONSUMO DE ALCOHOL	1	0,67%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	0	0,0%	1	0,67%	0	0,0%	1	0,67%	2	1,34%
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,00%	0	0,0%

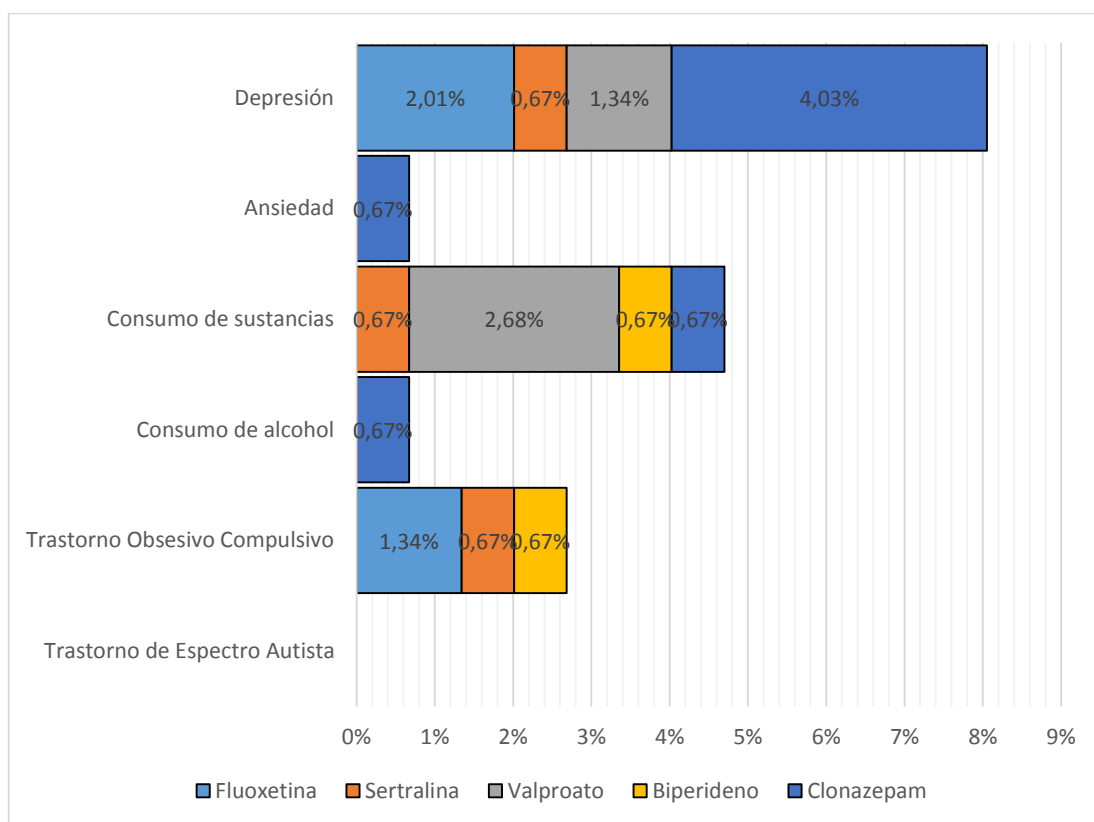
**Fuente:** Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

**INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°10, se observó que la prescripción de fármacos adicionales vinculados a comorbilidades en pacientes con esquizofrenia fue poco frecuente, con proporciones siempre  $\leq 4\%$ . En depresión se emplearon principalmente clonazepam (4,03%), fluoxetina (2,01%), valproato (1,34%) y sertralina (0,67%); para ansiedad solo se registró clonazepam (0,67%); en consumo de sustancias destacó valproato (2,68%), además de clonazepam, sertralina y biperideno (0,67% cada uno), mientras que en consumo de alcohol únicamente se prescribió clonazepam (0,67%). En TOC se identificó fluoxetina (1,34%), sertralina (0,67%) y biperideno (0,67%).

### GRÁFICO N° 16

#### GRÁFICO DE BARRAS ACUMULADAS DE FÁRMACOS ADICIONALES PRESCRITOS SEGÚN COMORBILIDADES EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020-2024



**TABLA N° 11**

**CARACTERÍSTICAS DE LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024**

<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES</b>	2,46 ± 2,46	RIC: 1 – 3
1 VEZ	65	44,30%
2 VECES	43	28,19%
3 VECES	15	10,07%
>3 VECES	26	17,45%
<b>TIEMPO PROMEDIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>	23,13 ± 16,23	RIC: 15,00 – 27,75
1 – 7 DÍAS	9	6,04%
8 – 14 DÍAS	21	14,09%
15 – 30 DÍAS	87	58,39%
> 30 DÍAS	32	21,48%
<b>TOTAL</b>	149	100,00%

**Fuente:** Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

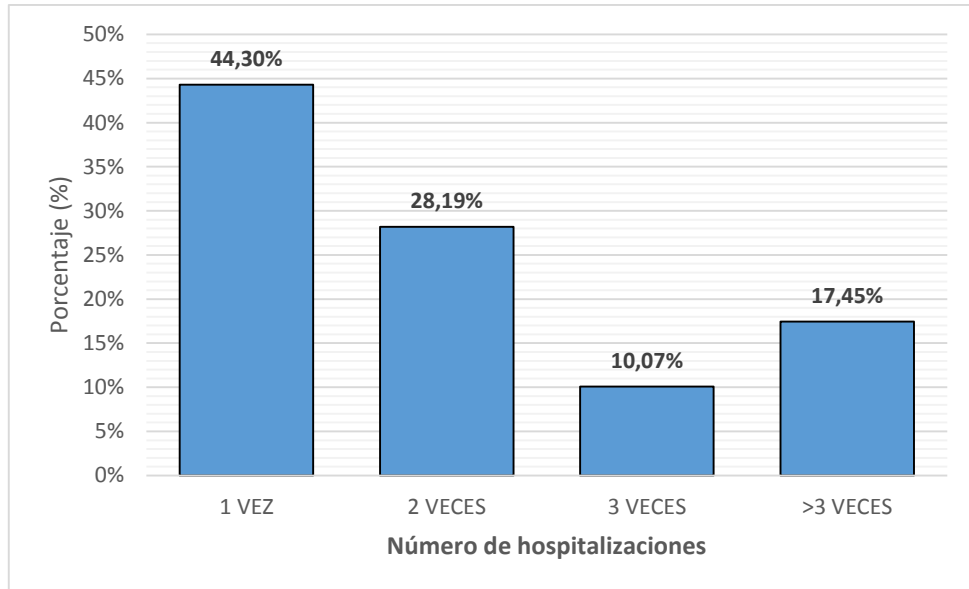
**INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°11, se observó que los pacientes con esquizofrenia presentaron en promedio  $2,46 \pm 2,46$  hospitalizaciones, con un rango intercuartílico (RIC) de 1 a 3, lo que indica una tendencia hacia la recurrencia en la necesidad de hospitalización psiquiátrica. El 44,30% de los pacientes había sido hospitalizado solo una vez, mientras que el 28,19% había tenido dos ingresos, el 10,07% tres, y un 17,45% más de tres hospitalizaciones, lo que refleja que al menos un tercio de los casos presenta una evolución clínica más compleja o con frecuentes descompensaciones.

Respecto a la duración promedio de las hospitalizaciones, se encontró una media de  $23,13 \pm 16,23$  días (RIC: 15 a 27,75 días), siendo la mayoría de los ingresos de entre 15 y 30 días (58,39%), seguido por estancias mayores a 30 días (21,48%), lo que evidencia la necesidad de internamientos prolongados para estabilización clínica. Solo una minoría de pacientes tuvo estancias breves de hasta 7 días (6,04%) o entre 8 y 14 días (14,09%).

### GRÁFICO N° 17

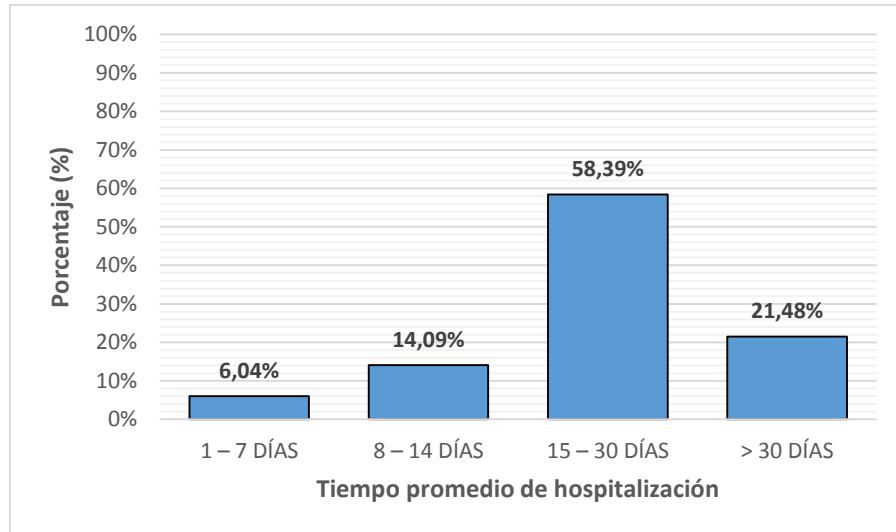
#### NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°11

### GRÁFICO N° 18

#### TIEMPO PROMEDIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°11

**TABLA N° 12**

**SÍNTOMAS POSITIVOS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON  
ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,  
2020 AL 2024**

<b>CLÍNICA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	<b>IDEAS DELIRANTES</b>	
NO	46	30,87%
SÍ	103	69,13%
IDEAS DELIRANTES DE DAÑO	57	38,26%
IDEAS DELIRANTES MÍSTICA	38	25,50%
IDEAS DELIRANTES DE PERJURIO	16	10,74%
IDEAS DELIRANTES DE REFERENCIA	10	6,71%
IDEAS DELIRANTES DE PERSECUCIÓN	7	4,70%
OTRAS IDEAS DELIRANTES	6	4,03%
<b>ALUCINACIONES</b>		
NO	58	38,93%
SÍ	91	61,07%
ALUCINACIONES AUDITIVAS COMPLEJAS	89	59,73%
ALUCINACIONES VISUALES COMPLEJAS	24	16,11%
OTRAS ALUCINACIONES	2	1,34%
<b>LENGUAJE DESORGANIZADO</b>		
NO	120	80,54%
SÍ	29	19,46%
<b>CONDUCTA DESORGANIZADA</b>		
NO	107	71,81%
SÍ	42	29,19%
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>100,00%</b>

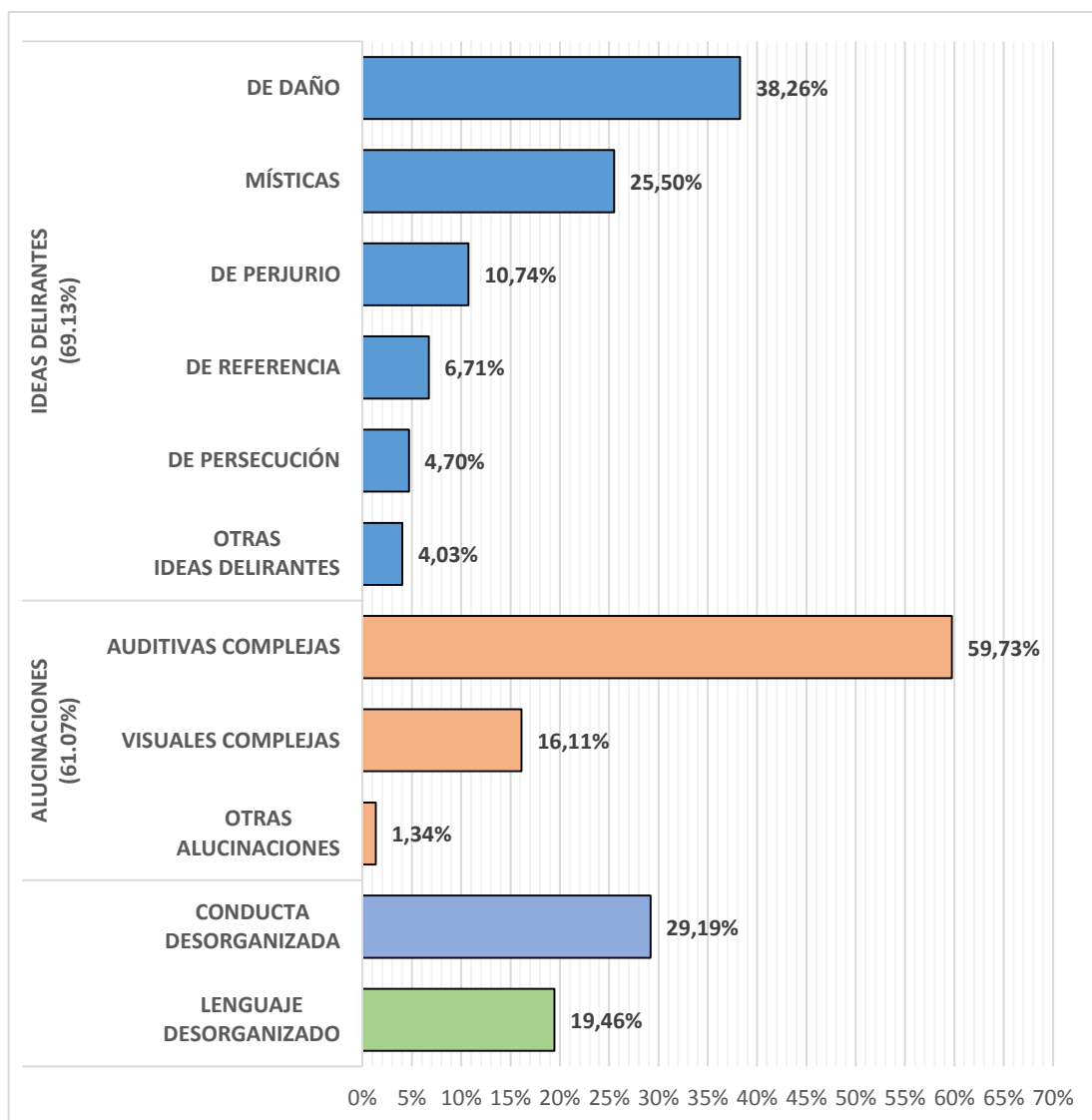
**Fuente:** Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

## **INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°12, se observó una alta prevalencia de síntomas positivos en la muestra de pacientes con esquizofrenia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. El 69,13% de los pacientes presentaron ideas delirantes, siendo de entre estas las más frecuentes las ideas delirantes de daño (38,26%) y las ideas delirantes místicas (25,50%), seguidos en menor proporción por ideas delirantes de perjurio (10,74%), de referencia (6,71%), de persecución (4,70%) y otros tipos (4,03%). En cuanto a las alucinaciones, el 61,07% de los pacientes las presentó, predominando entre estas ampliamente las alucinaciones auditivas complejas (59,73%), consideradas el tipo más característico del trastorno, mientras que las alucinaciones visuales complejas (16,11%) fueron menos frecuentes y otras alucinaciones fueron poco reportadas (1,34%). Por otro lado, el lenguaje desorganizado fue identificado en el 19,46% de los pacientes, mientras que la conducta desorganizada se observó en el 28,19%, ambas manifestaciones más relacionadas con subtipos desorganizados o estados psicóticos agudos.

### GRÁFICO N° 19

#### DISTRIBUCIÓN DE SÍNTOMAS POSITIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°12

**TABLA N° 13**

**SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON  
ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,  
2020 AL 2024**

CLÍNICA		
	N	%
<b>SÍNTOMAS NEGATIVOS</b>		
NO	103	69,13%
SÍ	46	30,87%
ANHEDONIA	28	18,79%
ABULIA	25	16,78%
AISLAMIENTO SOCIAL	23	15,44%
APLANAMIENTO AFECTIVO	20	13,42%
ALOGIA	17	11,41%
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>100,00%</b>

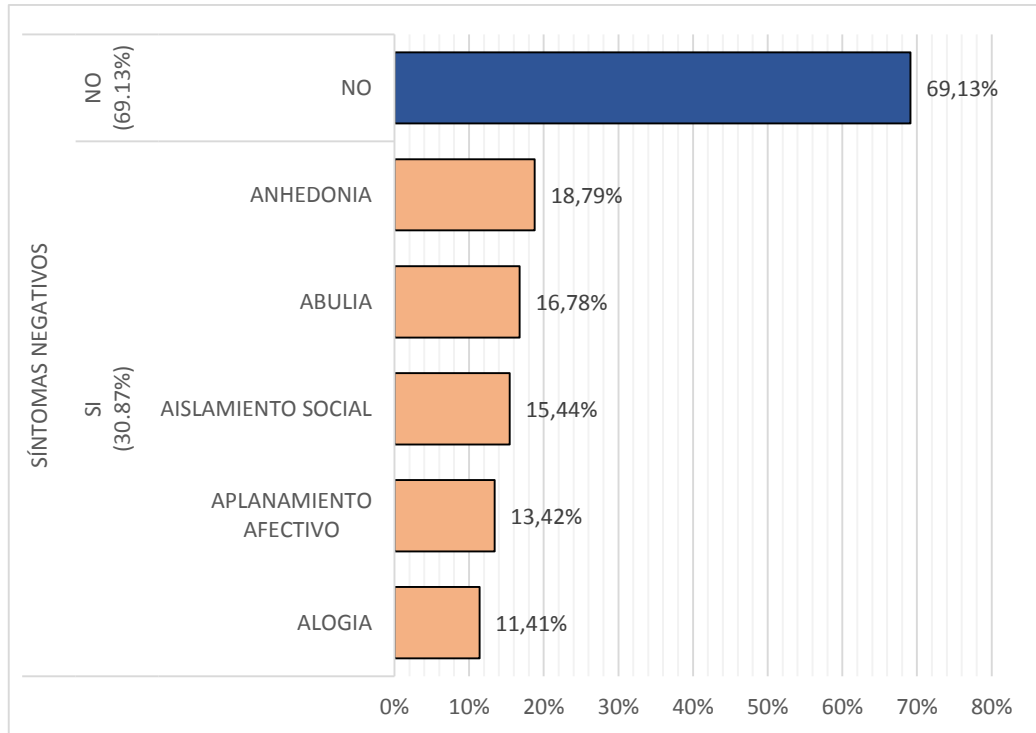
**Fuente:** Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

**INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°13, en cuanto a los síntomas negativos, se identificaron en el 30,87% de los pacientes, siendo los más frecuentes la anhedonia (18,79%) y la abulia (16,78%), seguidos del aislamiento social (15,44%), aplanamiento afectivo (13,42%) y la alogia (11,41%). La presencia de estos síntomas negativos, aunque menos frecuente que los positivos, reviste gran importancia clínica debido a su asociación con deterioro funcional, pobre respuesta al tratamiento y peor pronóstico a largo plazo. Estos resultados subrayan la necesidad de intervenciones terapéuticas integrales que aborden no solo la descompensación psicótica, sino también los déficits afectivos, motivacionales y cognitivos que afectan la funcionalidad del paciente.

## GRÁFICO N° 20

### DISTRIBUCIÓN DE SÍNTOMAS NEGATIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°13

TABLA N° 14

ESCALA DEL SÍNDROME POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS) AL INGRESO Y AL ALTA DE LA HOSPITALIZACIÓN, CON PRUEBA DE NORMALIDAD (KOLGOMOROV-SMIRNOV)

ESCALA DEL SÍNDROME POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)		$\bar{x}$	Prueba Kolgomorov-Smirnov
<b>NO</b>	84 (56,38%)		
	<b>PANSS – POSITIVO</b>		
	AL INGRESO	22,26 ± 7,25	< 0,001
	AL ALTA	15,03 ± 5,35	0,006
<b>SÍ</b>	65 (43,62%)		
	<b>PANSS – NEGATIVO</b>		
	AL INGRESO	23,40 ± 10,12	0,025
	AL ALTA	19,91 ± 7,92	0,020
<b>PANSS – GENERAL</b>			
	AL INGRESO	39,31 ± 16,31	0,011
	AL ALTA	32,38 ± 13,27	< 0,001

Fuente: Datos recolectados de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue, 2020-2024.

H<sub>0</sub>: Los datos siguen una distribución normal.

H<sub>1</sub>: Los datos no siguen una distribución normal.

**INTERPRETACIÓN:**

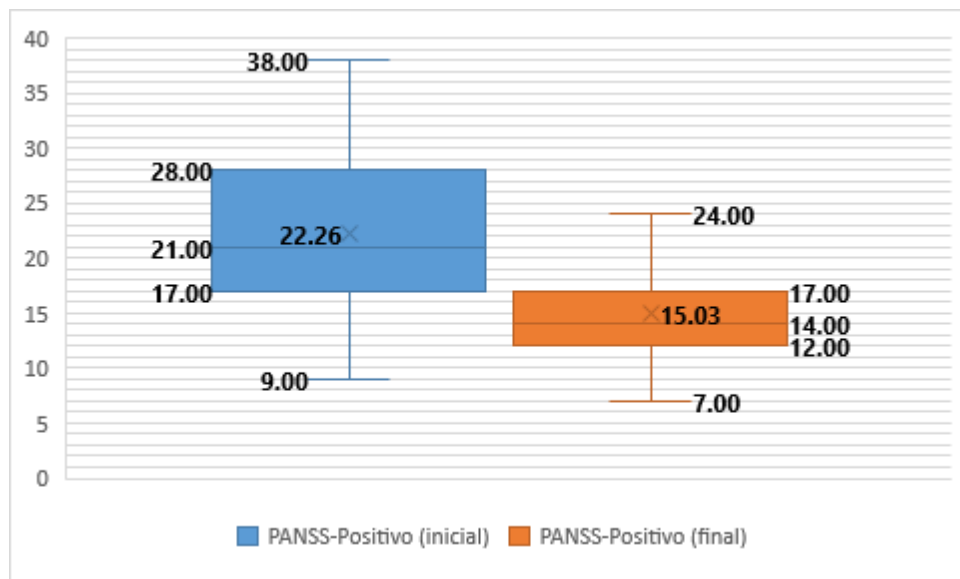
En la Tabla N°14, en un total de 65 pacientes (43,62%) evaluados con la escala PANSS, se observa que en la dimensión PANSS-Positivo, la puntuación media al ingreso fue de 22,26 ± 7,25 con un rango intercuartílico de 16,50 a 28,00, mientras que al alta la media fue de 15,03 ± 5,35 con un rango intercuartíl de 11,50 a 17,00. La prueba de Kolmogórov-Smirnov evidenció valores de significancia < 0,05 tanto al ingreso (< 0,001) como al alta (0,006), lo que indicó ausencia de normalidad en la distribución.

En la dimensión PANSS-Negativo, la media al ingreso fue de  $23,40 \pm 10,12$  con un rango intercuartílico de 13,50 a 29,00, y al alta la media fue de  $19,91 \pm 7,92$  con un rango intercuartíl de 13,00 a 25,50. De igual manera, la prueba K-S resultó significativa en ambos momentos ( $p = 0,025$  y  $p = 0,020$ , respectivamente), lo que también llevó a rechazar la normalidad de los datos.

Finalmente, en la dimensión PANSS-General la media al ingreso fue de  $39,31 \pm 16,31$  con un rango intercuartílico de 23,00 a 50,50, mientras que al alta la media fue de  $32,38 \pm 13,27$  con un rango intercuartíl de 20,00 a 42,50. En este caso, los valores de la prueba K-S fueron igualmente significativos ( $p = 0,011$  al ingreso y  $p < 0,001$  al alta), confirmando que las distribuciones no siguen un patrón normal.

## GRÁFICO N° 21

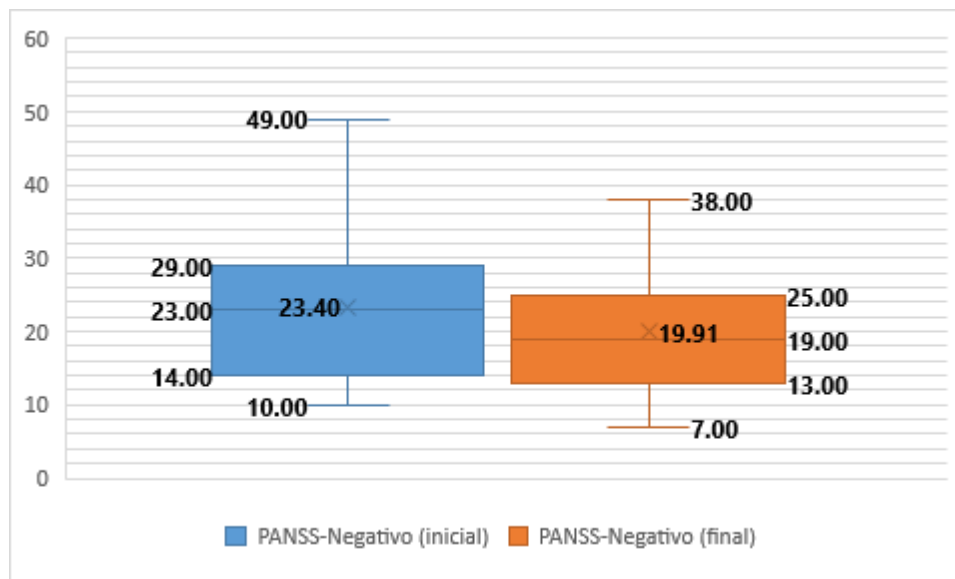
### DIAGRAMA DE CAJAS PARA PUNTUACIÓN PANSS-POSITIVO AL INGRESO Y AL ALTA DE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°14

## GRÁFICO N° 22

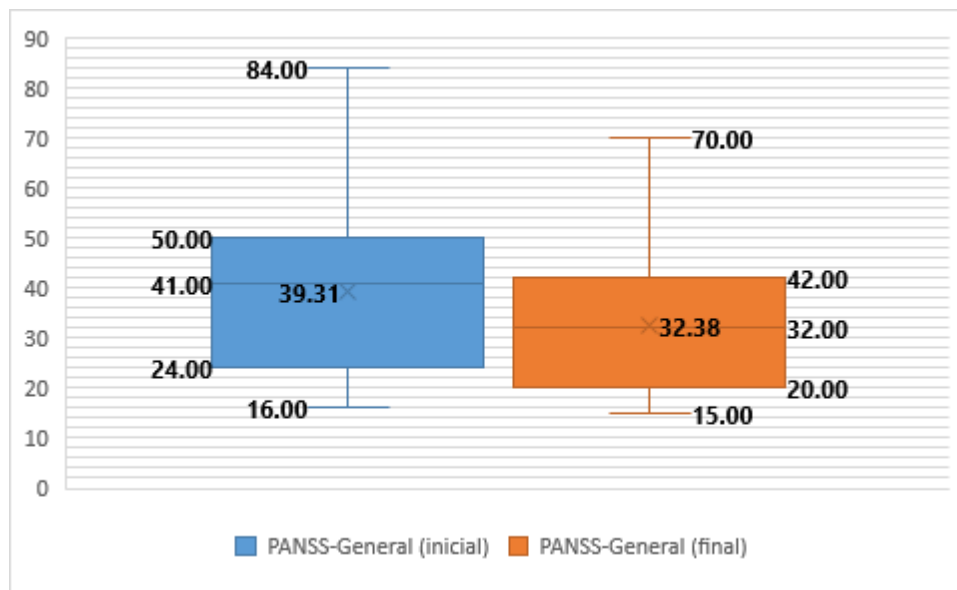
### DIAGRAMA DE CAJAS PARA PUNTUACIÓN PANSS-NEGATIVO AL INGRESO Y AL ALTA DE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°14

### GRÁFICO N° 23

#### DIAGRAMA DE CAJAS PARA Puntuación PANSS-GENERAL AL INGRESO Y AL ALTA DE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2020 AL 2024



Fuente: Tabla N°14

## 4.2. DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación aportan de forma importante a la caracterización sociodemográfica y clínica de un grupo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Hipólito Unanue, ubicado en Tacna. De este modo, se logra no solo detectar perfiles que son comparables con los documentados en la literatura internacional, sino también identificar características particulares que responden a las especificidades del contexto regional. El entendimiento del fenómeno en situaciones de atención pública se ve enriquecido por esta doble perspectiva, que combina la convergencia con las tendencias mundiales y el reconocimiento de sutilezas locales.

Los hallazgos del estudio revelan que la muestra tiene una edad promedio de  $33,6 \pm 10,82$  años, lo cual señala que la población analizada está mayoritariamente concentrada en la adultez temprana; esto concuerda con las etapas del ciclo vital en las que la esquizofrenia tiende a aparecer con mayor frecuencia.

A nivel internacional, Demirel et al. (9) registraron una edad promedio de  $40,8 \pm 12,0$  años en una muestra de 130 pacientes que fueron tratados en el Hospital de la Facultad de Medicina de la Universidad Selçuk, ubicado en Konya, Turquía. Este valor, que supera en casi diez años al de nuestra muestra, sugiere que en otros contextos los individuos pueden ser detectados con más retraso o más tarde desde el punto de vista diagnóstico, lo cual podría tener un impacto en el perfil etario de las investigaciones internacionales.

Rindayati R et al. (10), en el Menur Mental Hospital, Indonesia, encontraron una edad promedio  $33,6 \pm 17,9$  años en una muestra de 319 pacientes.

Burygina LA et al. (12), en el Hospital Clínico Psiquiátrico Alexéiev (Rusia), hallaron que la edad promedio era de  $36,9 \pm 13,7$  años en una población de 4708 pacientes.

León-Castro CA (13), en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (Ecuador), determinó que la edad promedio era de  $47,2 \pm 12,2$  años en una muestra de 208 pacientes.

A nivel nacional, Quispe-Francia RE (14), en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (Lima), reportó una edad media de  $41 \pm 14$  años entre 400 pacientes.

Mallaupoma-Orellana (15), reportó  $34,93 \pm 12,16$  años en 115 pacientes del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión (Huancayo). El valor de Mallaupoma-Orellana es bastante similar al nuestro, pero con un poco más de dispersión (una desviación estándar algo mayor). Estos contrastes entre investigaciones nacionales podrían deberse a elementos como las rutas de acceso al sistema sanitario, criterios de inclusión, patrones demográficos locales o variaciones en la gravedad del caso en el momento de ingreso.

En la literatura científica, la esquizofrenia suele presentarse en la adolescencia tardía o los primeros años de la adultez, según se menciona en la literatura científica. Un estudio reciente que examina el componente genético del inicio (onset) indica que la esquizofrenia generalmente empieza en la adolescencia tardía o durante los primeros años de los 20, a pesar de que los síntomas prodrómicos pueden aparecer varios años antes del diagnóstico. (51)

Asimismo, investigaciones acerca de la edad a la que empiezan las alteraciones mentales en general indican que numerosos trastornos psiquiátricos tienen su comienzo en la juventud y que el trastorno esquizofrénico generalmente se manifiesta a una edad temprana (meta-análisis globales).(52) Se ha comprobado también que una edad más temprana al inicio puede estar vinculada con resultados clínicos menos favorables, un mayor número de ingresos hospitalarios y menor funcionalidad social (aunque estos efectos son pequeños).(53) Por otra parte, las investigaciones más recientes muestran que los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano pueden experimentar síntomas negativos más graves u otros biomarcadores distintos. (54) Si se contrastan nuestros hallazgos con los antecedentes nacionales e

internacionales y con la literatura especializada, se puede observar que el rango de edad de la muestra tacneña analizada es un poco más bajo que el de algunas investigaciones internacionales (Demirel et al.) y similar al de algunos estudios nacionales (Mallaupoma-Orellana MM). Esto indica que en Tacna es posible que los pacientes sean captados en una fase bastante temprana, lo cual podría ser un indicativo de que el acceso al sistema de salud es más rápido o de que hay menos retraso en el diagnóstico local. Factores como los culturales, socioeconómicos, geográficos o metodológicos (sesgos de selección, criterios diagnósticos, naturaleza de la institución) podrían haber influido en la diferencia con valores más elevados en otras investigaciones.

Por otro lado, la literatura indica que el comienzo temprano de la esquizofrenia tiene implicancias pronósticas: cuando comienza a una edad más temprana, se relaciona con un periodo de enfermedad más largo, con tasas de recaída más altas, con más hospitalizaciones y con un deterioro funcional (aunque esta última asociación es moderada). (53,54) En esta línea, el promedio de 33,6 años en este grupo podría indicar que un gran número de pacientes está siendo diagnosticado en una etapa intermedia —no tan temprana como los casos iniciados durante la adolescencia—, lo cual permite oportunidades de intervención antes de que se produzca un deterioro más significativo.

En conclusión, la población local estudiada parece ser más joven que la de otros contextos, tanto a nivel nacional como internacional, según lo observado. Esto puede deberse a que la muestra abarca pacientes en seguimiento activo en servicios de salud mental, mientras que otras investigaciones incluyen un porcentaje mayor de enfermos crónicos o con una evolución más prolongada. La importancia de este descubrimiento se debe a que los pacientes adultos jóvenes, por estar en fases productivas y con mucha actividad social, afrontan impactos más significativos en relación a su integración social, su rendimiento laboral y su carga familiar.

Respecto al estudio, se halló que la distribución por edad durante el diagnóstico era mayor entre los 18 y los 23 años (34,23%), seguido del rango entre 24 – 29 años (22,15%), lo cual señala una tendencia de diagnóstico precoz, con más de un tercio de los casos descubiertos en este intervalo de juventud temprana.

A nivel internacional, Burygina LA et al. (12), en el Hospital Clínico Psiquiátrico Alexéiev (Rusia), constataron una mayoría del diagnóstico entre las personas de 30 a 34 años (16,5%) dentro de un grupo de 4 708 pacientes. Este descubrimiento se aparta del pico más reciente que hallamos en nuestra investigación, lo cual podría indicar diferencias demográficas, geográficas o relacionadas con el acceso al diagnóstico.

A nivel nacional, Quispe-Francia RE (14), en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (Lima), encontró una tasa del 28% de diagnósticos en pacientes con edades entre los 18 y los 30 años, lo cual se aproxima más al rango que fue identificado.

Vargas-Hemeryth EM (55), en el Hospital Iquitos «César Garayar García» (Loreto), reportó un 33,7% en el rango etario de 21 a 25 años, lo cual respalda la inclinación local hacia diagnósticos precoces.

Se afirma en la literatura científica que la esquizofrenia empieza, o que su primer episodio psicótico tiene lugar, principalmente durante la adolescencia tardía y la temprana adultez. (2) Según Zhan N et al. (51), la edad media de comienzo para hombres es alrededor de los 21 a 25 años, y para mujeres entre los 25 y los 30 años. Asimismo, otras investigaciones epidemiológicas más antiguas corroboraban que la mayor parte de los diagnósticos se agrupan en jóvenes adultos o adolescentes mayores (de 16 a 20 años). (56)

Al comparar los resultados con los antecedentes nacionales e internacionales, se nota que, aunque hay investigaciones internacionales (como la de Burygina LA et al.) que indican un pico de diagnóstico más tardío, las cifras nacionales (Vargas-Hemeryth; Quispe-Francia) concuerdan más estrechamente con el descubrimiento de una mayor frecuencia de diagnóstico

temprano en personas entre 18 y 25 años. Esto indica que el contexto local promueve una detección más precoz, o por lo menos que los casos jóvenes no se ignoran. Las diferencias en la estructura de los sistemas sanitarios, el retraso en el acceso, las disparidades culturales en cuanto al reconocimiento del trastorno psicótico y la conciencia social pueden ser los motivos de las discrepancias entre países.

Sin embargo, vale la pena mencionar que existen diferencias también en la literatura. A pesar de que numerosos estudios respaldan el inicio temprano de la esquizofrenia, existen importantes variaciones relacionadas con aspectos como la velocidad del diagnóstico, los síntomas iniciales (prodrómicos) que pueden no ser detectados, el acceso al sistema de salud y las metodologías empleadas para recolectar datos. Todos estos factores pueden distorsionar los rangos de edad reportados.

En resumen, los descubrimientos confirman que la esquizofrenia suele aparecer en la juventud. Esto representa desafíos significativos para los sistemas de salud, ya que ocurre durante etapas de alta vulnerabilidad en lo académico, social y laboral. Asimismo, demuestran que es necesario potenciar los programas de detección e intervención temprana, particularmente dirigidos a la población joven, con el objetivo de reducir el impacto funcional y clínico en el mediano y largo plazo.

En lo que respecta al estudio, se estableció un patrón diferenciado según el sexo, lo cual es importante para caracterizar la esquizofrenia desde una perspectiva clínica y epidemiológica. El grupo de edad de 18 a 23 años (42,86%) presentó un inicio más temprano y una concentración diagnóstica más alta en los hombres. En cambio, las mujeres presentaron una distribución más equilibrada, siendo su punto máximo en el rango de 24 a 29 años (24,62%).

A nivel internacional, Burygina LA et al. (12), en el Hospital Clínico Psiquiátrico Alexéiev (Rusia), encontraron que en los varones, la mayor proporción de diagnósticos (20,4%) estaba entre las edades de 25 a 29 años; mientras que para las mujeres, esta misma proporción se encontraba entre los

30 y 34 años (13,9%). Estos resultados muestran una tendencia parecida a la nuestra: los hombres tienen un diagnóstico más precoz que las mujeres, aunque sus rangos de edad son algo más altos.

Este fenómeno ha sido ampliamente vinculado con la compleja interacción de diversos elementos neurobiológicos y hormonales en la extensa literatura científica disponible, destacando especialmente el papel modulador de los estrógenos en este proceso. (3,57,58) Investigaciones científicas más recientes sugieren que los estrógenos tienen la habilidad de regular la actividad dopaminérgica en el organismo, brindar protección contra el estrés oxidativo y funcionar como potentes antioxidantes naturales. (59)

Asimismo, se informa que los hombres suelen tener una aparición entre los veinte y mediados de esta edad, mientras que en las mujeres el punto máximo suele ocurrir entre finales de la tercera década o principios de la cuarta. Numerosos autores también reportaron que, luego de los 40 años, las mujeres experimentan un segundo pico de aparición más reducido. (60)

Este hallazgo coincide con la evidencia científica acumulada, que indica que en los hombres la esquizofrenia empieza mayoritariamente de manera temprana (entre los 18 y 25 años) y en las mujeres más tarde (entre los 25 y 35 años), presentando una evolución menos abrupta con respecto a la incidencia. Los estudios también revelan que esta disparidad en la edad de comienzo entre géneros tiende a mantenerse incluso después de controlar por factores como el tipo de diagnóstico (DSM o ICD), la historia familiar, el contexto socioeconómico o geográfico. (60,61)

Se ha reportado de forma continua acerca de esta conducta diferencial en investigaciones a nivel mundial, donde la relación entre la edad y el sexo de inicio sigue siendo constante, aunque las edades tienden a ser ligeramente más altas que las que se registraron en nuestra investigación. No solo los factores biológicos, como las hormonas sexuales, pueden influir en la distribución etaria observada; también los psicosociales —estigma, expectativas de género,

diferencias en la demanda de atención médica— y los retrasos en el diagnóstico, que pueden ser diferentes según el sexo.

En resumen, los resultados confirman que existen diferencias entre sexos en cuanto a los patrones de comienzo de la esquizofrenia: en hombres se diagnostica más temprano y con mayor frecuencia entre los 18 y los 23 años; en las mujeres, por el contrario, se diagnostica más tarde, alcanzando su punto máximo entre los 24 y los 29 años en nuestra población. Este patrón tiene repercusiones prácticas: destaca la necesidad de crear tácticas específicas para hombres y mujeres con el fin de realizar un diagnóstico precoz, ajustar los servicios a las necesidades particulares de hombres jóvenes y mujeres en sus veinte años, y tener en cuenta intervenciones hormonales o de otro tipo que integren la biología sexual.

Respecto al estudio, los datos revelaron que la mayoría de la muestra era de sexo masculino (56,38%). Esto sugiere que los hombres constituyen un grupo mayoritario entre las personas diagnosticadas con esquizofrenia en esta población, lo cual podría tener efectos en cuanto a factores socioculturales, vías de acceso al diagnóstico, identificación de síntomas y riesgo biológico.

A nivel internacional, Demirel HR et al. (9), en el Selçuk University Faculty of Medicine Hospital, Konya (Turquía), registraron que un 60% de los casos eran hombres.

Burygina LA et al. (12), realizaron su estudio en el Hospital Clínico Psiquiátrico Alexéiev (Rusia) en el cual la población masculina representó cerca del 61%.

Mirabal-Requena JC (11), en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Sancti Spíritus (Cuba) documentó un 62,5% de varones.

Rindayati R et al. (10), en el Menur Mental Hospital, Indonesia, encontraron que el 63,3% de la muestra estaba constituida por hombres.

A nivel nacional, Quispe-Francia et al. (14), en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima, mostró una proporción del 56% de hombres..

Mallaupoma-Orellana MM (15), en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión (Huancayo), detectaron que el 59,1% de los pacientes eran hombres.

Gonzales-García GM (16), en el Hospital Belén de Trujillo, determinó que el sexo masculino representaba el 52,0%.

Rivera-Colca HM (62), en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud Huancayo, identificó al 62,2% de los pacientes como hombres.

En contraste, Vásquez-Pasco A (63), en el “Hospital Central FAP comandante Médico Juan Benavides Dorich” (Lima), se observó un predominio de mujeres (59,2%).

En la literatura científica más reciente se encuentran descubrimientos parecidos. En una investigación acerca de las diferencias de género en parámetros clínicos y bioquímicos entre los pacientes hospitalizados por esquizofrenia, Esposito CM et al. (64) halló que el 58,0% del total eran hombres frente a un 42,0% de mujeres, con una muestra de 555 individuos.

Esta cifra se asemeja mucho a las que se ha reportado (aproximadamente 55-63%) a nivel nacional e internacional y respalda la noción de que en numerosas muestras clínicas los hombres predominan. En otro estudio más amplio, tanto nacional como internacional, realizado en América Latina se encontró que los hombres representan la mayoría de los pacientes con esquizofrenia, aunque esto varía por país, edad y tipo de servicio sanitario. (65)

Una coincidencia que se repite en contextos diversos —cubanos, rusos, indonesios, peruanos y turcos— es que los hombres aparecen con más frecuencia, lo cual indica un patrón bastante sólido. Esto puede ser causado por varios factores a la vez, incluyendo determinantes biológicos (como

vulnerabilidades hormonales y neurodesarrollo), psicosociales (la identificación de los síntomas, las expectativas de comportamiento y el rango de atención que se demanda según el género) y estructurales (el acceso a servicios de salud mental, las diferencias entre géneros al buscar ayuda y los estigmas asociados al género). La excepción en la mujer, que se observa en el estudio de Vásquez-Pasco A, también señala que el sexo femenino no está libre de variabilidad contextual. Esto implica que elementos locales o metodológicos tienen la capacidad de revertir la tendencia en algunas poblaciones.

En conclusión, estos hallazgos corroboran que en numerosas poblaciones se presenta un predominio del sexo masculino en los diagnósticos de esquizofrenia. Este hecho tiene consecuencias significativas en la planificación de los servicios de salud mental, pues subraya la importancia de contar con estrategias que tengan en cuenta el género, tanto para detectar como para tratar, además de investigar las razones detrás de esa disparidad (biológicas, sociodemográficas y culturales). Además, destaca la relevancia de analizar las escasas excepciones (por ejemplo, el estudio que halló una mayoría femenina) para comprender qué elementos pueden modificar o disminuir esta supremacía masculina.

Se constató una predominancia significativa de pacientes solteros (91.28%), un porcentaje que es particularmente alto cuando se compara con otros reportes en la literatura. Una posible razón de esta disparidad es que el presente estudio solamente tomó en cuenta cuatro categorías de estado civil (soltero, casado, viudo y divorciado), según la clasificación de la RENIEC, dejando fuera el estatus de "conviviente" u otras opciones que tal vez hubieran disminuido el porcentaje registrado en la categoría de solteros.

A nivel internacional, Burygina LA et al. (12), en el Hospital Clínico Psiquiátrico Alexéiev (Rusia), se observó que el 57.4% de los pacientes eran solteros.

De manera similar, Rindayati R et al. (10), en el Menur Mental Hospital (Indonesia), registraron que el 68% de los individuos eran solteros.

En el ámbito nacional, Mallaupoma-Orellana MM (15), en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión (Huancayo), reportó un 68.7% de pacientes solteros.

Rivera-Colca HM (62), en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud Huancayo, informó una proporción del 75.7%.

Quispe-Francia RE (14), en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (Lima), reportó que el 83% de los pacientes eran solteros.

Estos hallazgos fortalecen la idea de que la esquizofrenia tiene un efecto significativo en la capacidad de formar relaciones emocionales estables y prolongadas. La alta tasa de solteros podría tener su origen en dos elementos: el estigma social al que se enfrentan los pacientes y las complicaciones en las destrezas sociales y comunicacionales relacionadas con el trastorno. Además, es importante tener en cuenta factores socioculturales locales, como la dependencia económica, la estructura familiar más amplia y el menor valor asignado al matrimonio como elemento social en ciertos escenarios.

En resumen, los hallazgos de esta investigación corroboran que en la población con esquizofrenia existe una inclinación hacia la prevalencia de pacientes solteros. Esto pone de manifiesto la necesidad de políticas que intervengan a nivel psicosocial y que traten integralmente no solo los síntomas clínicos, sino también el mejoramiento de las redes sociales y la inclusión social.

Este hallazgo podría ser visto como una manifestación de la influencia invasiva que la esquizofrenia ejerce en la formación de relaciones afectivas estables. Esto apoya la idea de que los impedimentos comunicacionales, el estigma social y la disminución de habilidades para relacionarse con otras personas son obstáculos significativos para establecer conexiones matrimoniales o románticas en este grupo. La elevada proporción observada en la muestra local también podría estar influenciada por situaciones culturales y sociales particulares, como el papel de la dependencia económica, la

estructura familiar ampliada o una valoración reducida del matrimonio como condición social en ciertos grupos demográficos.

Respecto al grado de instrucción, los resultados de esta investigación indicaron que la mayoría de los pacientes habían terminado la secundaria (55.70%). Este hallazgo enfatiza la conexión entre el desarrollo de la educación y la esquizofrenia, dado que esta enfermedad tiende a aparecer en un periodo crucial del proceso de formación académica.

A nivel internacional, Demirel HR et al. (9), en el Selçuk University Faculty of Medicine Hospital (Konya, Turquía), reportaron que el 40.8% de los pacientes había completado únicamente la educación primaria.

De manera distinta, Rindayati R et al. (10), en el Menur Mental Hospital (Indonesia), documentaron que el 36.7% de los pacientes contaba con estudios de bachillerato o nivel equivalente.

En el ámbito nacional, Quispe-Francia RE (14), en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (Lima), halló que el 42.5% de los pacientes había concluido la educación secundaria.

De manera similar, Mallaupoma-Orellana MM (15), en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión (Huancayo), identificó que el 36.5% de los pacientes culminaron el mismo nivel educativo.

Estos resultados son consistentes con la literatura científica reciente, que demuestra que los individuos con esquizofrenia tienen un nivel de educación inferior al de la población general. Un metaanálisis realizado por Crossley et al. (66) confirmaron en su estudio que los pacientes presentan, en promedio, 1.6 años menos de educación formal en comparación con la población sana, lo cual evidencia un significativo retraso acumulado a lo largo de su trayectoria educativa. Además, investigaciones en Asia y Europa han resaltado que la baja educación puede ser un factor de riesgo o una consecuencia del comienzo precoz de la enfermedad, lo que limita las oportunidades para seguir con estudios superiores. (67) En la misma línea,

estudios recientes apuntan que la relación entre esquizofrenia y educación varía según el género; los datos sugieren que las mujeres estarían más protegidas del abandono precoz de la escuela en comparación con los hombres.

Los contrastes entre contextos pueden deberse a una variedad de factores. En primer lugar, es importante destacar que la disponibilidad de acceso a la educación secundaria puede presentar disparidades significativas dependiendo de la ubicación geográfica y las políticas educativas implementadas en cada región y nación. La cobertura educativa en Perú ha crecido en décadas recientes, y este crecimiento podría ser la razón por la que el número de jóvenes que terminan la secundaria ha aumentado, lo cual podría explicar el porcentaje más elevado en nuestra muestra. Por otro lado, en países que tienen una educación formal de acceso limitado en regiones rurales o sistemas educativos fragmentados, es más común hallar un mayor número de pacientes con únicamente la educación primaria. Por otro lado, se ha notado que los niveles de educación más bajos están relacionados con un riesgo más alto de sufrir trastornos mentales, como la esquizofrenia, y de comportamientos autolesivos. Esto refuerza la importancia del nivel educativo como determinante social de la salud mental. (68) Asimismo, investigaciones de cohortes en Noruega han indicado que las personas con esquizofrenia poseen no solo un nivel educativo más bajo, sino también una mayor probabilidad de morir prematuramente. (69)

La fase en que se presenta la enfermedad es otro elemento significativo. La esquizofrenia generalmente comienza durante la adolescencia o en la temprana adultez, lo cual ocurre al mismo tiempo que se termina el nivel secundario. Es factible que los pacientes consigan terminar este nivel educativo antes de que los síntomas se vuelvan incapacitantes en situaciones con un mayor apoyo familiar y comunitario, mientras que, en contextos con menos soporte, la deserción escolar ocurre más pronto.

En conjunto, estos hallazgos indican que la escolaridad de los individuos con esquizofrenia no es solamente determinada por la edad en que comienzan los síntomas, que interrumpen el camino académico, sino también por elementos económicos y sociales que restringen las posibilidades de ingresar a estudios superiores. La aparición temprana del trastorno, así como las disparidades sociales que afectan el progreso académico en contextos locales, se reflejan en la elevada proporción de pacientes con secundaria completa o incompleta que se observa en esta investigación. Por esta razón, se hace más urgente la implementación de programas de reinserción educativa y estrategias de soporte psicosocial que estén ajustadas a este grupo poblacional, con el objetivo de reducir el impacto funcional y social, y así favorezcan la continuidad educativa de los pacientes, con intervenciones que reduzcan el impacto del trastorno en la trayectoria académica.

Respecto a la situación laboral, el desempleo fue lo más frecuente en esta muestra (63,76%), lo que demuestra que en este grupo poblacional los pacientes con esquizofrenia tienen una gran exclusión del mercado de trabajo.

A nivel internacional, Burygina LA et al. (12), en el Hospital Clínico Psiquiátrico Alexéiev (Rusia), reportaron un 65,1% de desempleo entre sus pacientes.

Rindayati R et al. (10), en el Menur Mental Hospital (Indonesia), documentaron un aún mayor porcentaje, con 77,1% de los pacientes desempleados.

A nivel nacional, Mallaupoma-Orellana MM (15), en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión (Huancayo), identificó un 60% de desempleo en su muestra.

Quispe-Francia RE (14), en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima, reportó un 63% de pacientes desempleados.

En estudios recientes, se ha demostrado que las tasas de desempleo son constantemente elevadas entre los individuos con esquizofrenia. Jauhar S et al. (3), *The Lancet*, el cual informa que el 70% de los pacientes no tiene empleo. Lin D et al. (70), descubrieron en Estados Unidos que el 69% de los pacientes con esquizofrenia están desempleados, lo cual es uno de los resultados sociales del trastorno. En una investigación de cohorte, Majuri T et al. (71) encontraron que individuos con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos presentan índices bajos de empleo estable desde la temprana adultez hasta la mediana edad, siendo del 79% en el caso masculino y del 73% en el femenino.

Dado que la esquizofrenia interfiere con las habilidades sociales, cognitivas y motivacionales necesarias para conseguir y mantener un trabajo, esta coincidencia con la evidencia del mundo real refuerza la influencia de la esquizofrenia en la funcionalidad laboral. Estos patrones, aparte de su dimensión clínica, muestran limitaciones sociales y estructurales: la ausencia de apoyos vocacionales, obstáculos económicos y para acceder a servicios especializados, así como estigmas. Se genera un círculo vicioso en el que el desempleo acarrea dependencia de la familia, falta de recursos económicos y marginación social a largo plazo.

Estos patrones de la sociedad, como una tasa de desempleo elevada junto con la prevalencia de soltería y un nivel educativo bajo, entre otras cosas, evidencian la compleja interrelación entre los factores sociales que afectan la salud y las secuelas clínicas de la esquizofrenia. La autonomía, la formulación de proyectos vitales y la implicación activa en la sociedad se ven directamente impactadas por el estado de las habilidades cognitivas, sociales y motivacionales.

En conclusión, los resultados corroboran que en la población analizada con esquizofrenia el desempleo es una característica clave, lo que requiere políticas de salud mental más allá del tratamiento con medicamentos. Son necesarias acciones integrales: rehabilitación vocacional, programas de

inclusión en el trabajo, apoyo psicosocial, disminución del estigma y optimizaciones estructurales que posibiliten a estas personas entrar de manera productiva al campo laboral.

Los datos demográficos indicaron que la mayoría de los pacientes atendidos eran de la provincia de Tacna (63.09%), seguida en frecuencia por aquellos nacidos en otras provincias (32.89%) no pertenecientes al departamento de Tacna. Esto concuerda con lo que se ha observado en investigaciones previas, las cuales señalan una mayor concentración de casos en la provincia donde se ubica el hospital estudiado.

A nivel nacional, Mallaupoma-Orellana MM (15), en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión (Huancayo-Junín), informó de entre las provincias del departamento de Junin destacaba Huancayo con un 19.1% de sus pacientes originarios de esta zona, seguida de la provincia de El Tambo (16.5%). Sin embargo, aquellos originarios de otras provincias constituían el 23.5%.

Este descubrimiento tiene importancia en la literatura si se toma en cuenta que se han identificado la movilidad poblacional y la migración como elementos de riesgo para el surgimiento de esquizofrenia y psicosis. (3,17,72).

Un metaanálisis reciente de Henssler et al. (73) reveló que los migrantes de primera y segunda generación tienen un riesgo mucho mayor de padecer psicosis en comparación con la gente nativa, lo que respalda la hipótesis de que los desplazamientos geográficos influyen en el surgimiento de estas patologías.

En el contexto peruano, la PERU MIGRANT Study ha evidenciado que la migración interna desde áreas rurales hacia entornos urbanos se correlaciona con variaciones en la salud mental y en la prevalencia de trastornos comunes. Este fenómeno sugiere que la centralización de los servicios de salud mental en capitales regionales, como Tacna, podría estar atrayendo a pacientes de diversas provincias en busca de atención especializada. (74)

No obstante, en este caso se observó una distribución más dispersa, con una notable representación de otras provincias. Esto demuestra que existen diferencias en la composición demográfica y en el nivel de centralización de los servicios de salud mental en cada región. En resumen, la combinación de factores locales y migratorios enfatiza la importancia de analizar los patrones geográficos de esquizofrenia no únicamente desde el punto de vista clínico, sino también a través de determinantes sociales y estructurales asociados con la movilidad poblacional.

Se detectó una fuerte concentración en los distritos urbanos al analizar en profundidad el distrito de origen: Los cuatro distritos que, al sumarse, conforman el 84,56% de la muestra total son: Ciudad Nueva (10,07%), Alto de la Alianza (14,09%), Gregorio Albarracín Lanchipa (29,53%) y Tacna (30,87%).

A nivel internacional, Benabides-Portilla M, et al. (75), en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (Colombia), informaron que el 98% de los pacientes provenían de la zona urbana (IC95% 97.3-99.4%) y que el 76,6% vivía en Cali.

A nivel nacional, Mallaupoma-Orellana MM (15), en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión (Huancayo-Junín), informó que el 66.9% de la población procedía de la zona urbana (Distritos de Huancayo, El Tambo y Chilca), seguido del 24.4% procedente de otros distritos no pertenecientes a la provincia de Huancayo.

González-García GM (16), en el Hospital Belén de Trujillo, observó que un 80,9% de los pacientes procedían de áreas urbanas, lo cual respalda la concepción de que la urbanización es una variable fundamental para identificar y tratar clínicamente la esquizofrenia.

Este hecho es significativo si se tiene en cuenta que investigaciones recientes indican una relación evidente entre urbanicidad (vivir en zonas urbanas, con alta densidad de población) y un riesgo más elevado de psicosis o esquizofrenia. Un estudio danés con cohortes poblacionales, por ejemplo, encontró que el riesgo de esquizofrenia está fuertemente influido por factores

de contexto urbano, a pesar de tener en cuenta las variables individuales. También observó que vivir en una ciudad o urbanizarse durante la niñez tiene un impacto significativo en la prevalencia del trastorno. (76) Una revisión reciente acerca de la urbanización y la psicosis (del 2019 al 2023) reveló que elementos como la densidad demográfica, la segmentación social, el empobrecimiento económico y la escasez de áreas verdes en entornos urbanos están relacionados de manera independiente con una mayor ocurrencia de episodios psicóticos y con el diagnóstico de psicosis. (77)

No obstante, es importante destacar que un 32,89% de los pacientes de la muestra eran de otras provincias. Esto confirma que el Hospital Hipólito Unanue opera como centro de referencia a nivel regional. La muestra puede estar determinada, por un lado, porque es más fácil para las personas que viven en distritos próximos ir al hospital y, por otro lado, porque los recursos de salud mental especializados tienden a estar ubicados en áreas urbanas, lo cual propicia el desplazamiento de la población para recibir atención.

La mayor parte de los casos que se ha atendido proviene de zonas urbanas con una elevada densidad poblacional, donde hay una proximidad mayor a los servicios y la tasa de detección diagnóstica es más alta. Este patrón espacial lo señala. Aunque la esquizofrenia podría parecer más prevalente en estas áreas, es posible que el servicio se encuentre insuficiente en lugares remotos o rurales, lo cual provocaría diagnósticos tardíos o subdiagnósticos.

En conclusión, los descubrimientos muestran una fuerte urbanización en la población de pacientes con esquizofrenia en el grupo estudiado. Esto evidencia que es necesario tener en cuenta variables migratorias y geográficas al realizar diagnósticos, así como descentralizar las habilidades de atención de salud mental para disminuir las barreras de acceso en provincias diferentes a la del distrito hospitalario.

En cuanto al estudio, los resultados muestran que la mayoría de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia tienen un periodo de enfermedad de entre 0 y 5 años (43,62 %), seguido por aquellos con una duración de 6 a 10

años (20,13 %) y de 11 a 15 años (14,77 %). Los periodos de evolución más largos (entre 16 y 20 años, con un 10.74%; entre 21 y 25 años, con un 3.36%; entre 26 y 30 años, con un 5.37%; y los que superan las tres décadas, con un total del 1.01%) tienen una frecuencia considerablemente menor. Esta distribución indica que, en el ámbito hospitalario local, gran parte de los pacientes está en etapas más bien tempranas del curso clínico de la esquizofrenia, lo cual tiene consecuencias significativas en cuanto al pronóstico y a la respuesta terapéutica.

A nivel internacional, de-Winter et al. (78), analizó la evolución de los síntomas de pacientes agrupados según el tiempo que llevan padeciendo la enfermedad: menos de 2 años, entre 2 y 5 años, entre 5 y 10 años y más de 10 años. Los investigadores confirmaron que los grupos con menos tiempo de evolución presentaban mejoras clínicas y una disminución en síntomas positivos de forma notable, lo que destaca la importancia clínica de detectar y tratar el trastorno desde etapas tempranas.

En la literatura científica especializada, estudios recientes han reforzado el concepto de que la duración de la enfermedad es un factor clave para determinar cómo responde el paciente al tratamiento y cuál es su nivel funcional. Investigaciones multicéntricas recientes han revelado que una duración más corta de la esquizofrenia está relacionada con una capacidad de remisión sintomática superior, un pronóstico más optimista y una mayor adherencia a los tratamientos; en contraste, el desarrollo prolongado de esta enfermedad se asocia con resistencia a los medicamentos, deterioro cognitivo y discapacidad social incrementada..(79)

El contraste entre estos resultados y los que se han obtenido en la investigación actual sugiere que el grupo de personas evaluadas tiene un perfil esencialmente de corta evolución, lo que podría indicar una detección a tiempo y un acceso más rápido a los servicios de salud mental. En este marco, la proporción más baja de casos con evolución prolongada indica que la carga hospitalaria se concentra sobre todo en los pacientes recientes o bajo

seguimiento activo, y no tanto en los pacientes crónicos institucionalizados. Esta cualidad brinda una ocasión estratégica para robustecer las tácticas de prevención de recaídas, la psicoeducación familiar y los programas de intervención temprana.

El hecho de que la mayoría de los casos se presenten en etapas tempranas de evolución, tal como se puede apreciar en la distribución del tiempo de enfermedad, pone de relieve lo importante que es establecer políticas para el cuidado temprano y programas integrales de seguimiento clínico, los cuales hacen posible cambiar el desarrollo funcional y social de la esquizofrenia en los habitantes de Tacna.

Respecto a los antecedentes familiares, se determinó que el 24.16% de los pacientes tenía algún familiar diagnosticado con esquizofrenia; eran más comunes aquellos parientes de primer y tercer grado, con un 7.38% cada uno.

A nivel nacional, Gonzales-García GM (16), en el Hospital Belén de Trujillo, encontró que el 32.8% de los pacientes tenía antecedentes familiares de la enfermedad a nivel nacional. Aunque no siempre sea universal en las poblaciones que se atienden en servicios especializados, estos números demuestran que la historia de la familia es un marcador clínico importante.

La literatura internacional confirma que, cuando un familiar de primer grado está afectado, el riesgo de padecer esquizofrenia aumenta notablemente. Este riesgo disminuye gradualmente en los parientes de segundo y tercer grado, variando entre el 2% y el 6%, dependiendo del grado de parentesco; es decir, hasta un 9% en comparación con el 1% registrado en la población general. Agerbo E et al. (80) descubrieron que tener antecedentes de esquizofrenia o psicosis en la familia incrementa significativamente el riesgo de sufrir esquizofrenia (OR 4.18, IC 95% 2.57 - 6.79), en comparación con aquellos que no tienen dicha historia familiar.

Estudios recientes acerca de la arquitectura genética de la enfermedad afirman que la esquizofrenia tiene una alta heredabilidad, con estimaciones poblacionales que oscilan entre el 60 y el 80% en investigaciones genómicas

extensas, como los GWAS y las variantes poco frecuentes; sin embargo, no todos los individuos con un alto riesgo genético tienen familiares diagnosticados. (3,17,28,81–83)

No obstante, este elevado valor poblacional no quiere decir que todos los pacientes tengan familiares diagnosticados, sino que la variabilidad entre individuos en cuanto a la propensión a desarrollar esquizofrenia se debe en gran medida a factores genéticos. (84,85)

La diferencia aparente entre la alta heredabilidad calculada y la frecuencia comparativamente baja de antecedentes familiares observada en esta investigación puede deberse a diversos elementos. Entre ellos, es importante la penetrancia incompleta de los genes implicados, el subdiagnóstico en familiares como resultado del escaso acceso a servicios especializados y la función moduladora de factores psicosociales y medioambientales, por ejemplo, el estrés crónico, las complicaciones obstétricas o el consumo de sustancias.

Por ende, la naturaleza multifactorial de la esquizofrenia justifica la supuesta discrepancia entre las tasas de heredabilidad reportadas en los estudios y la escasa prevalencia de antecedentes familiares en el grupo. Esta diferencia puede explicarse a partir de la interacción entre los genes y el ambiente (que incluye lo que se ingiere, las dificultades en el embarazo o el estrés psicosocial), la penetrancia incompleta de los genes implicados y la posibilidad de sesgos en los informes durante la recolección de antecedentes familiares. Así pues, aunque no sea suficiente para explicar la complejidad del fenómeno por sí solo, estos resultados ponen de manifiesto la importancia de tener en cuenta los antecedentes familiares como un factor clínico que contribuye a determinar quiénes son las personas con riesgo. Esto apoya la promoción de investigaciones epigenéticas y genéticas en entornos locales, así como la implementación de estrategias preventivas centradas en familias con antecedentes, todo ello en el contexto de programas integrales para la salud mental.

La discrepancia entre lo que la literatura especializada estima sobre la heredabilidad y lo que se observa en esta investigación en cuanto a antecedentes familiares puede explicarse por diversos factores. Algunas de las restricciones que destacan son las propias del registro clínico, el riesgo de subdiagnóstico en los familiares —sobre todo cuando es limitado el acceso a servicios especializados en salud mental— y la manera en que los factores perinatales, neurobiológicos y ambientales influyen en cómo se presenta fenotípicamente la esquizofrenia. Estos componentes resaltan la complejidad y el carácter multifactorial del trastorno, en el cual las variables contextuales y las experiencias individuales que inciden sobre la vulnerabilidad de cada persona se vinculan de manera dinámica con los factores genéticos, a pesar de que estos últimos tengan una gran incidencia.

En este contexto, es fundamental tener una historia clínica familiar completa en términos clínicos. No solo se usa como herramienta para hacer diagnósticos más precisos, sino también como estrategia de prevención centrada en la identificación temprana de individuos que estén en riesgo alto de sufrir la enfermedad. Si se aplicara esta práctica de manera sistemática en los servicios de salud mental, no solo la evaluación clínica mejoraría, sino que además contribuiría a establecer bases de datos más robustas para investigaciones futuras sobre genética y epidemiología. Asimismo, el diseño sistemático de la información familiar podría facilitar la implementación de programas de asesoramiento genético e intervenciones psicoeducativas para las familias. Esto fomentaría una perspectiva integral que trasciende el cuidado individual, enfocándose en la prevención y el fortalecimiento de las redes solidarias.

En lo que respecta al estudio de las comorbilidades, se encontró que un 33,56% de los pacientes con esquizofrenia tenía por lo menos una condición adicional; las comorbilidades psiquiátricas fueron más frecuentes (26,17%) que las médicas (14,77%). En el ámbito psiquiátrico, la depresión (8,72%) fue la más común, después del consumo de sustancias (8,05%), trastorno obsesivo-compulsivo (4,03%) y ansiedad (3,36%). La diabetes mellitus tipo 2 (6,71%), la

hipertensión arterial y la tuberculosis (1,34% cada una) y el hipotiroidismo (3,36%) fueron las comorbilidades médicas más frecuentes; en cambio, el hipertiroidismo y la epilepsia se encontraron en menor proporción (0,67% cada una).

A nivel internacional, León-Castro CA (13), en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (Ecuador), reveló que la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica fue del 48,56%, siendo la ansiedad (25,96%) el trastorno más común, y la depresión (16,82%) el segundo.

A nivel nacional, Quispe-Francia RE (14), en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima, detalló que los diagnósticos psiquiátricos son los más comunes. Específicamente, mencionó que el alcoholismo (15,5%) es la comorbilidad más prevalente después de la hipertensión arterial (7,5%).

Gonzales-García GM (16), en el Hospital Belen (Trujillo), señalaron una tendencia opuesta: un porcentaje más elevado de comorbilidades médicas, siendo la más frecuente la hipertensión arterial (16,7%), después la diabetes mellitus (12,7%).

La coexistencia significativa de condiciones psiquiátricas y médicas en pacientes con esquizofrenia es corroborada por la literatura más actual. Por ejemplo, un metaanálisis de estudios observacionales calculó que el 28,6% (IC 95%: 25,3-32,2%) de los pacientes con esquizofrenia padecen depresión comórbida. (86) En una cohorte poblacional de Taiwán, se encontró que los enfermos de esquizofrenia tenían un riesgo mucho más alto de padecer diabetes tipo 2 si eran tratados con antipsicóticos en comparación con el grupo control; este hallazgo respalda tus datos médicos comórbidos (DM2). (87) En términos más generales, los estudios de revisión sistemática y metaanálisis recientes indican que el 41,3% de los individuos con esquizofrenia en todo el mundo (a pesar de la gran heterogeneidad existente) se ven afectados por el síndrome metabólico.(88)

Estos resultados fortalecen la noción de que las comorbilidades psiquiátricas tienden a empeorar el curso clínico de la esquizofrenia, ya que contribuyen con carga emocional, obstaculizan la adherencia terapéutica y disminuyen la funcionalidad. Además, es probable que las afecciones médicas, en particular las metabólicas como el síndrome metabólico y la diabetes, se deban tanto a los efectos secundarios de algunos antipsicóticos como a estilos de vida menos saludables, una actividad física limitada y factores sociales negativos.

Sin embargo, deben tenerse en cuenta las limitaciones: los porcentajes locales pueden no coincidir a la perfección con los resultados internacionales; los métodos de registro de comorbilidades son muy diversos entre investigaciones —cuánto estudian enfermedades médicas en relación con psiquiátricas, cómo definen comorbilidad, si revisan el historial clínico o se basan en autoinformes—, lo que podría dar lugar a sesgos. Además, con frecuencia no se registran de manera completa los trastornos psiquiátricos leves o prodrómicos.

Por lo tanto, estas conclusiones enfatizan la importancia de aplicar un enfoque integral en el tratamiento clínico de la esquizofrenia, que no solo incluya la gestión de los síntomas psicóticos sino también la identificación temprana y el manejo proactivo de comorbilidades psiquiátricas y médicas. Esto tiene consecuencias en la mejora de la calidad de vida, en la reducción de problemas y en el establecimiento de políticas sobre salud mental que incorporen el seguimiento metabólico, los programas integrados de salud física y el apoyo psicosocial constante.

Sobre el estudio, los resultados mostraron que el 8,72% de los pacientes había intentado suicidarse antes, lo que revela una tasa importante pero menor que la observada en numerosos estudios internacionales, sobre todo si se toman en cuenta elementos de riesgo como la comorbilidad depresiva o una baja adherencia al tratamiento.

A nivel internacional, Lu L et al. (89) realizaron un meta-análisis a nivel global en el que recopilaron 35 investigaciones con un total de 16,747 individuos diagnosticados con esquizofrenia y hallaron que la tasa de intentos suicidas durante toda la vida es del 26,8% (IC 95%: 22,1 - 31,9%).

Koubaa et al. (90), Hospital of Psychiatry (Maarruecos), mediante un estudio trasnversal entre 304 pacientes hospitalizados con esquizofrenia, se informó que el 21,4% de los 304 pacientes hospitalizados con esquizofrenia habían intentado suicidarse previamente.

A nivel nacional, Vargas Hemeryth EM (55), en el Hospital Iquitos «César Garayar García», Loreto, informó que el 25,2% de los pacientes con esquizofrenia había intentado suicidarse.

Se ha notado en la literatura científica más nueva que los rangos de prevalencia de intentos suicidas en personas con esquizofrenia son muy diversos entre las investigaciones internacionales, variando aproximadamente entre el 18-55%, según el diseño del estudio (hospitalario o comunitario), la nación y la técnica de evaluación. (89,91–96)

Al analizar estos resultados, se puede ver que el valor observado en esta investigación (8,72%) es considerablemente inferior al de varios estudios internacionales. Una combinación de factores puede dar cuenta de esta discrepancia: el uso de métodos distintos para recoger los datos (ya sea que se use autoinforme o historia clínica, y si la pregunta sobre el antecedente es estructurada), un subregistro o negación por estigmas, una duración más corta del seguimiento o una severidad clínica menor en la muestra. El dato nacional de Vargas Hemeryth EM (25,2%) indica que la frecuencia podría ser mayor en circunstancias parecidas en el país, así que las conclusiones de esta investigación también podrían explicarse por variaciones locales en cuanto a reporte o percepción.

Este descubrimiento subraya la importancia de incluir valoraciones sistemáticas del riesgo suicida en la práctica clínica, a pesar de que la prevalencia de intentos previos de suicidio es más baja que en muchas series

internacionales; incluso las tasas menores tienen consecuencias clínicas cruciales para prevenirlo.

Los resultados del estudio mostraron que en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna la politerapia es el tratamiento más común, con un 77,18% de los pacientes bajo al menos dos antipsicóticos; la monoterapia se empleó solamente en el 22,82% de los casos. Este patrón indica una tendencia clínica local de optar por combinaciones farmacológicas en vez de tratamientos individuales.

A nivel internacional, Burygina LA et al. (12), en el Hospital Clínico Psiquiátrico Alexéiev (Rusia), reportaron la preferencia inversa: 44,4% de los pacientes recibieron monoterapia y 27,5%, politerapia. Esto muestra que en ciertas situaciones el tratamiento estándar todavía se orienta hacia la utilización de un solo agente antipsicótico antes de mezclar medicamentos.

A nivel nacional, Mallaupoma-Orellana MM (15), en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión (Huancayo), encontró una prevalencia del 72,2% de politerapia, lo que es consistente en gran parte con la práctica predominante detectada en Tacna y sugiere que la politerapia es un tratamiento común para la esquizofrenia en algunos hospitales de Perú.

A pesar de que muchas guías clínicas optan por la monoterapia como primera línea, el uso de politerapia sigue presente en una buena parte de pacientes, sobre todo en los que tienen síntomas residuales, comorbilidades psiquiátricas, resistencia al tratamiento o escasa respuesta inicial. En la literatura científica se está llegando a un acuerdo cada vez más amplio respecto a esto. Lawrence C et al. (97) llevaron a cabo un análisis sistemático en el año 2024, en el que examinaron investigaciones que comparaban la politerapia con la monoterapia a dosis estándar, desglosando su eficacia, tolerancia y funcionalidad. El estudio reveló que aproximadamente el 25% de los pacientes de ciertos grupos utilizan la politerapia.

Taipale H et al. (98), utilizando el registro nacional de atención hospitalaria de Finlandia, se determinó que en numerosos períodos de

tratamiento la politerapia a dosis elevadas tenía un riesgo inferior de hospitalización debido a problemas físicos en comparación con la monoterapia a dosis equivalentes. Por su parte, Korkmaz SA et al. (99) en cambio, llevaron a cabo una comparación entre la politerapia y la monoterapia en pacientes que presentaban trastornos del espectro esquizofrénico y que iban a urgencias; no encontraron distinciones importantes entre ambos grupos en cuanto a los sucesos de agitación/agresión, las visitas de urgencia o las tasas de rehospitalización..

Al contrastar estos resultados con los locales, se observa que la politerapia en Tacna (77,18%) es más alta que en gran parte de las situaciones internacionales. Esto podría deberse a elementos locales como protocolos clínicos, acceso a medicamentos, mayor gravedad de los casos o coexistencia de comorbilidades psiquiátricas que requieren tratamientos adicionales. La semejanza con la investigación de Huancayo (Mallaupoma-Orellana, 72,2%) respalda que esta práctica no es privativa de Tacna; podría ser una tendencia en ciertas áreas del Perú. En esta línea, la politerapia puede ser interpretada como una respuesta a la necesidad de conseguir una mayor efectividad clínica, tratar síntomas refractarios o gestionar comorbilidades psiquiátricas, aunque las guías internacionales sugieren que se aplique la monoterapia como el primer tratamiento. (72)

Para concluir, los resultados resaltan el papel principal de la politerapia en la práctica clínica local. Esto pone de relieve la necesidad de revisar las guías terapéuticas nacionales para asegurar un uso apropiado, con una evaluación precisa del balance entre riesgo y beneficio y un seguimiento clínico adecuado.

Respecto a la investigación, los resultados indican que en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna se prefiere claramente el uso de antipsicóticos atípicos combinados con típicos. La risperidona es el fármaco más empleado (54,36%), seguido del decanoato de flufenazina (32,21%), la levomepromazina (21,48%), la clozapina (19,46%, sobre todo en pacientes que no responden al

tratamiento) y, por último, aunque en menor medida, el decanoato de haloperidol (18,12%). Esta tendencia indica que los médicos locales eligen tratamientos con múltiples medicamentos, posiblemente en situaciones complejas que necesiten un manejo intensivo.

A nivel internacional, Benavides-Portilla M (75), en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia, informó sobre la utilización de biperideno (15%), levomepromazina (14%) y clozapina (18%), lo cual muestra un parecido parcial con los patrones de uso que se han visto en este estudio.

Wang J et al. (100) constató que los antipsicóticos atípicos se usaron en casi todos los casos (aproximadamente el 98,8%) a través de un registro de 41 hospitales psiquiátricos terciarios en China, siendo la risperidona (35,1%), la olanzapina (31,3%) y la clozapina (24,6%) los más comunes.

A nivel nacional, Mallaupoma-Orellana MM (15), en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión (Huancayo), informó que se usó Haloperidol (18,3%), Risperidona (19,1%) y Biperideno (20,0%), lo cual tiene cierta semejanza con los patrones de consumo que se encontraron en esta investigación.

Aunque la literatura científica indica que numerosas guías clínicas fomentan la monoterapia como táctica de primera línea, principalmente debido al perfil de los efectos secundarios de los antipsicóticos típicos, en la práctica clínica se observa un uso significativo de tratamientos combinados. La politerapia es frecuente en hospitales y en la salud mental comunitaria, según investigaciones recientes. Aunque clozapina es efectiva para la esquizofrenia resistente, generalmente no se usa lo suficiente o se combina con otros fármacos cuando se utiliza. (97,101)

La prevalencia de la risperidona como medicina más utilizada respalda el patrón global de antipsicóticos atípicos predominantes en numerosas áreas, al cotejar los datos con estos antecedentes. Que los antipsicóticos típicos, como el haloperidol y el decanoato de flufenazina, tengan valores altos indica que en Tacna todavía se depende de estas alternativas, posiblemente por la

disponibilidad, el precio, la experiencia clínica o las preferencias locales. El empleo de clozapina en cerca del veinte por ciento de la muestra es significativo, pues numerosas series internacionales reportan porcentajes más bajos a causa de obstáculos como el monitoreo, los riesgos y el acceso.

Estos hallazgos respaldan que a nivel local se emplea una estrategia farmacoterapéutica compleja, en la que la politerapia y el uso combinado de fármacos típicos y atípicos son predominantes. Esto requiere pensar en cómo adaptar las guías nacionales a las condiciones locales, equilibrando la eficacia, la tolerabilidad y el acceso.

Respecto al estudio, los resultados muestran que la muestra tuvo un promedio de  $2,46 \pm 2,46$  ingresos por paciente; sin embargo, el 43.62% tuvo un solo ingreso y el 56.38% necesitó dos o más hospitalizaciones, lo cual pone de manifiesto una clara tendencia a la rehospitalización habitual en esta población.

A nivel internacional, Demirel HR et al. (9) en el Selçuk University Faculty of Medicine Hospital, Konya (Turquía), informaron que la media de hospitalizaciones fue de  $3,4 \pm 2,5$  veces.

A nivel nacional Quispe-Francia RE (14), en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima) se registró que la media de hospitalizaciones fue de  $1 \pm 1,06$ .

En el presente estudio, por otro lado, se encontró que la duración media de la hospitalización fue  $23,13 \pm 16,23$  días; con una mayor frecuencia de hospitalizaciones entre 15 – 30 días (58,39%), seguida de más de 30 días (21,48%), 8 – 14 días (14,09%) y 1 – 7 días (6,04%).

A nivel nacional, Mallaupoma-Orellana MM (15) en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión (Huancayo), reportó un promedio de  $25,15 \pm 15,48$  días.

Quispe-Francia RE (14) , en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (Lima), reportó que la media fue de  $26 \pm 51,24$  días.

La reciente literatura confirma que en los servicios psiquiátricos son comunes las readmisiones y la duración extendida de las estancias, y que una variedad de factores influye sobre ellas: la presencia de síntomas persistentes o conductas desafiantes tras el alta, la admisión involuntaria, la escasa adherencia al tratamiento ambulatorio, una red comunitaria de soporte insuficiente y la inestabilidad socioeconómica son algunos de los predictores más consistentes de rehospitización. (102,103) La falta de un seguimiento sistemático después del alta y los déficits en la atención comunitaria para la rehabilitación incrementan las posibilidades de reingresos, al igual que la acumulación de factores psicosociales (como vivir en una vivienda insegura, estar desempleado o tener comorbilidad debido al consumo de sustancias), según investigaciones multicéntricas y revisiones recientes. (103,104)

Comparando los datos poblacionales del departamento de salud mental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna con las referencias mencionadas, se puede notar que la recurrencia de hospitalizaciones es un fenómeno extendido debido a que en contextos como el turco (Demirel) se registra una media mayor de ingresos. Por otro lado, el promedio más bajo observado en ciertos centros limeños podría mostrar variaciones en los criterios para ingresar, en la capacidad para atender a pacientes ambulatorios o en las prácticas de gestión (atención temprana, mayor uso de programas comunitarios, etc.). Asimismo, la extensión de la estancia hospitalaria en este estudio puede deberse a la gravedad clínica de los casos tratados o a las restricciones logísticas para emitir altas seguras, un fenómeno que ha sido registrado en la literatura como factor de estancias prolongadas.

En resumen, estos descubrimientos señalan que la hospitalización no es un evento aislado en la población analizada, sino que se repite y tiene una duración importante. Esto enfatiza la necesidad de reforzar los servicios comunitarios, poner en marcha programas de continuidad del cuidado después del alta (que incluyan el cumplimiento farmacológico, el manejo de comorbilidades y el respaldo psicosocial) y desarrollar intervenciones enfocadas en los factores predictivos de reingreso. La implementación de estas

acciones debería ayudar a disminuir la duración y la frecuencia de las hospitalizaciones, lo que mejoraría el pronóstico funcional y la calidad de vida de los individuos con esquizofrenia. (105)

En cuanto a la sintomatología que prevalece, se observó que los síntomas positivos, especialmente las alucinaciones (61,1%) y los delirios (69,13%), son los más frecuentes. En el caso de los delirios, sobresalieron los delirios de carácter místico o religioso (25,50%) y de daño o persecución (38,26%), mientras que las alucinaciones auditivas fueron las más habituales (59,73%).

A nivel internacional, Leon-Castro CA (13) en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, Ecuador, reporta que las ideas delirantes (50%) fueron las siguientes más comunes después de las alucinaciones (85%).

A nivel nacional, Mallaupoma-Orellana MM (15), en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión (Huancayo), encontró que el 41.7% de los casos presentaban alucinaciones y el 13.1% ideas delirantes.

Gonzales-García GM (16), en el Hospital Belén de Trujillo, se detectó que las alucinaciones ocurrían con mayor frecuencia (40,0%), seguidas por las ideas delirantes (24,0%).

Vásquez-Pasco A (63) en el “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” (Lima), identificó que el 48,5% de los pacientes presentaron ideas delirantes y el 36,9%, alucinaciones.

La literatura científica más actual muestra que los delirios de persecución y las alucinaciones auditivas son manifestaciones fundamentales de la gama de síntomas positivos que se dan en la esquizofrenia. Ghanem M et al. (106), investigaron las diferencias en la prevalencia de síntomas positivos entre culturas distintas, como las alucinaciones auditivas, que son las más reportadas en todas ellas.

Se aprecia una frecuencia elevada de síntomas positivos al comparar los resultados con datos previos a nivel nacional e internacional, y es posible que varios elementos estén vinculados con las discrepancias en la proporción de delirios o alucinaciones entre estudios: criterios diagnósticos diferentes, métodos de evaluación clínica distintos, el momento del contacto con el sistema sanitario (qué tan pronto acude el paciente al hospital) y factores culturales que pueden influir tanto en el contenido como en la interpretación de los delirios y las alucinaciones (por ejemplo, interpretaciones religiosas o místicas en determinados contextos).

Estos descubrimientos demuestran con claridad que los síntomas positivos —en particular las ideas delirantes de daño y las alucinaciones auditivas— son el eje central de la presentación clínica de la esquizofrenia en la población, y subrayan lo importante que es hacer una evaluación fenomenológica que tome en cuenta los matices culturales, con el fin de perfeccionar el diagnóstico, el tratamiento y la comprensión clínica de esta enfermedad.

Respecto al estudio, los resultados mostraron que el 30,87% de las veces se presentaron síntomas negativos. La anhedonia (18,79%) fue la más común, seguida de la abulia (16,78%), el aislamiento social (15,44%), el aplanamiento afectivo (13,42%) y la alogia (11,41%).

A nivel internacional, Mirabal-Requena JC, (11) en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Sancti Spíritus (Cuba), detectó que el 87,69% de las situaciones presentaban un aplanamiento afectivo.

Leon-Castro CA (13), en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (Ecuador), encontró que los síntomas negativos estaban presentes en el 50% de su muestra.

Según la literatura científica más reciente, en numerosas muestras clínicas, los pacientes con esquizofrenia presentan síntomas negativos en al menos el 60% de los casos, sobre todo si se incluyen investigaciones extensas que analizan atención ambulatoria o primeros episodios. (46)

La investigación revela, al comparar, que los síntomas negativos tienen una prevalencia significativamente más baja que los de estudios internacionales. Esto podría deberse a factores como la utilización de instrumentos para la evaluación clínica con variabilidad; el infravaloramiento de sintomatologías más sutiles en comparación con las manifestaciones positivas más evidentes, que relegan las negativas; o las limitaciones en el registro sistemático durante el ejercicio hospitalario.

A pesar de que la proporción de síntomas negativos en esta población es inferior a la registrada en numerosas series internacionales, se debe enfatizar la relevancia de perfeccionar el reconocimiento de estos síntomas, ya que tienen un efecto determinante sobre el funcionamiento, la calidad de vida y el pronóstico a largo plazo en pacientes con esquizofrenia.

En relación con la evaluación clínica mediante la escala PANSS, se evidenció una disminución consistente en las tres dimensiones evaluadas entre el ingreso y el alta hospitalaria, lo cual constituye un indicador objetivo de mejoría clínica global en la población analizada. La reducción más pronunciada se observó en la dimensión de síntomas positivos, con un descenso de la media de 22,26 a 15,03, acompañado de un estrechamiento del rango intercuartílico, lo que sugiere no solo una mejoría significativa sino también una mayor homogeneidad en la respuesta al tratamiento. En contraste, la dimensión de síntomas negativos mostró un cambio de menor magnitud, con una reducción de 23,40 a 19,91, lo que es consistente con la reconocida resistencia de estos síntomas a los abordajes farmacológicos convencionales. Por su parte, la subescala general descendió de 39,31 a 32,38, reflejando una disminución sustancial en el puntaje total y contribuyendo al perfil de mejoría global.

En conjunto, estos datos reafirman la efectividad del tratamiento y la hospitalización en el control de los síntomas positivos, los cuales responden mejor a la farmacoterapia antipsicótica. Pero la respuesta más limitada en los síntomas negativos deja claro que se necesitan estrategias complementarias

(programas de rehabilitación cognitiva, intervenciones psicosociales, enfoques integrativos) para conseguir una mejoría más equilibrada en todas las áreas del cuadro clínico.

## **CONCLUSIONES**

### **Primera**

Los pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2020 y 2024 son predominantemente adultos jóvenes, varones, solteros y con estudios de nivel secundario; el desempleo es la principal situación laboral.

### **Segunda**

La mayoría presenta un tiempo de enfermedad menor a cinco años y antecedentes familiares del trastorno. Las comorbilidades más frecuentes corresponden a trastornos mentales, especialmente depresión y consumo de sustancias.

### **Tercera**

El tratamiento se basa mayormente en la politerapia, con uso predominante de antipsicóticos típicos como flufenazina y levomepromazina, y atípicos como clozapina y risperidona. Gran parte de los pacientes requirió hospitalizaciones reiteradas y de duración intermedia para lograr estabilización clínica.

### **Cuarta**

Predominan los síntomas positivos, principalmente alucinaciones auditivas e ideas delirantes, junto con síntomas negativos asociados a la afectividad y la motivación.

### **Quinta**

La escala PANSS mejoró clínicamente al alta en todas sus dimensiones, lo que apoya su validez como instrumento de monitorización terapéutica en esquizofrenia.

## **RECOMENDACIONES**

### **Primera**

La Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) se debería de utilizar de manera sistemática en todos los pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia, ya que garantiza una evaluación objetiva y comparable de la evolución de los síntomas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schizophrenia [Internet]. [citado 10 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Li X, Wei N, Song J, Liu J, Yuan J, Song R, et al. The global burden of schizophrenia and the impact of urbanization during 1990-2019: An analysis of the global burden of disease study 2019. *Environ Res.* 1 de septiembre de 2023;232:116305.
3. Jauhar S, Johnstone M, McKenna P. Schizophrenia. *The Lancet.* 29 de enero de 2022;399(10323):473-86.
4. Establecimientos de salud del Minsa atendieron más de 85 000 casos de esquizofrenia [Internet]. [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/968553-establecimientos-de-salud-del-minsa-atendieron-mas-de-85-000-casos-de-esquizofrenia>
5. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. Perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Enero - Junio 2019. *The Lancet Psychiatry.* septiembre de 2020;7(9):813-24.
6. Troyer E, Kohn J, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav Immun.* julio de 2020;87:34-9.
7. Villanueva D, Young L, Villanueva D, Young L. Frecuencia de trastornos mentales y sus características sociodemográficas en pacientes con COVID-19 ingresados en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana. *Anales de la Facultad de Medicina.* diciembre de 2023;84(4):391-8.
8. Correll C, Schooler N. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *NDT.* febrero de 2020;16:519-34.

9. Demirel H, Yıldız E, İspir S, Aydın M. Evaluation of clinical and sociodemographic characteristics of hospitalised patients with schizophrenia spectrum disorder. *European Psychiatry*. 2024/08/27 ed. 2024;67(S1):S730-1.
10. Rindayati R, Nasir A, Kurniawan Y, Iswatun I, Harianto S, Sofiatun S, et al. Identification of characteristics of Schizophrenia patients in Mental Hospital. *Journal of Vocational Nursing*. 31 de octubre de 2024;5(2):91-6.
11. Mirabal-Requena J, Alvarez-Escobar B, Concepción-Pacheco J, Naranjo-Hernández Y, Mirabal-Requena J, Alvarez-Escobar B, et al. Caracterización de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Sancti Spíritus. *Arch méd Camagüey*. 23 de diciembre de 2022;27:e9365.
12. Burygina L, Golubev S, Drykina L. Clinical-epidemiological and social-demographic characteristics of patients newly diagnosed with schizophrenia in 2013—2017. *Z nevroi psikiatr im SS Korsakova*. 2020;120(6):37.
13. León Castro C, Ramón García A. Prevalencia de esquizofrenia en los pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021. 29 de septiembre de 2023 [citado 9 de agosto de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/22319>
14. Quispe-Francia R. Caracterización de pacientes con esquizofrenia en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi en el año 2019-2020 [Internet]. [Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi]: Universidad de San Martín de Porres; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/12762>
15. Mallaupoma-Orellana M. Perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Enero - Junio 2019 [Internet]. [Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión]:

- Universidad Peruana Los Andes; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/2361>
16. González-García G. Características Clínico Epidemiológicas de la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, 2008-2018 [Internet]. [Hospital Belén de Trujillo]: Universidad Cesar Vallejo; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/34650>
  17. Orsolini L, Pompili S, Volpe U. Schizophrenia: A Narrative Review of Etiopathogenetic, Diagnostic and Treatment Aspects. *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(17).
  18. McCutcheon R, Reis Marques T, Howes O. Schizophrenia—An Overview. *JAMA Psychiatry*. 1 de febrero de 2020;77(2):201.
  19. Psychiatrist.com [Internet]. [citado 22 de febrero de 2025]. La Epidemiología y la Carga Global de la Esquizofrenia. Disponible en: <https://www.psychiatrist.com/jcp/epidemiology-global-burden-schizophrenia/>
  20. APA. Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision [Internet]. 2024 [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm>
  21. Solmi M, Seitidis G, Mavridis D, Correll , Dragioti E, Guimond S, et al. Incidence, prevalence, and global burden of schizophrenia - data, with critical appraisal, from the Global Burden of Disease (GBD) 2019. *Molecular Psychiatry*. 1 de diciembre de 2023;28(12):5319-27.
  22. Rantala M, Luoto S, Borráz-León J, Krams I. Schizophrenia: The new etiological synthesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 1 de noviembre de 2022;142:104894.
  23. Kruse A, Bustillo JR. Glutamatergic dysfunction in Schizophrenia. *Transl Psychiatry*. 3 de diciembre de 2022;12(1):500.
  24. Marder S, Umbricht D. Negative symptoms in schizophrenia: Newly emerging measurements, pathways, and treatments. *Schizophrenia Research*. 1 de agosto de 2023;258:71-7.

25. Xu H, Yang F. The interplay of dopamine metabolism abnormalities and mitochondrial defects in the pathogenesis of schizophrenia. *Transl Psychiatry*. 7 de noviembre de 2022;12(1):464.
26. Kowalski K, Misiak B. Schizophrenia and the COVID-19 pandemic: A narrative review from the biomedical perspective. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*. 1 de abril de 2025;18(2):141-8.
27. Troyer E, Kohn J, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav Immun*. julio de 2020;87:34-9.
28. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia [Internet]. Lima (PE): INSM; 2025. Report No.: Resolución Directoral N.º 35-2025-DG-INSM-HD-HN. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7714799/6527846-doc-tec-protocolo-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-esquizofrenia-en-adultos-y-adultos-mayores-en-el-insm-hd-hn.pdf?v=1741025860>
29. Luvsannyam E, Jain M, Pormento M, Siddiqui H, Balagtas A, Emuze B, et al. Neurobiology of Schizophrenia: A Comprehensive Review. *Cureus*. 8 de abril de 2022;14(4):e23959.
30. Nakamura T, Takata A. The molecular pathology of schizophrenia: an overview of existing knowledge and new directions for future research. *Mol Psychiatry*. mayo de 2023;28(5):1868-89.
31. Trubetskoy V, Pardiñas A, Qi T, Panagiotaropoulou G, Awasthi S, Bigdeli T, et al. Mapping genomic loci implicates genes and synaptic biology in schizophrenia. *Nature*. 21 de abril de 2022;604(7906):502-8.
32. Cheslack-Postava K, Brown A. Prenatal infection and schizophrenia: A decade of further progress. *Schizophrenia Research*. 1 de septiembre de 2022;247:7-15.
33. Fišar Z. Biological hypotheses, risk factors, and biomarkers of schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 10 de enero de 2023;120:110626.

34. Rantala M, Luoto S, Borráz-León J, Krams I. Schizophrenia: The new etiological synthesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 1 de noviembre de 2022;142:104894.
35. Raugh I, Luther L, Bartolomeo L, Gupta T, Ristanovic I, Pelletier-Baldelli A, et al. Negative Symptom Inventory-Self-Report (NSI-SR): Initial development and validation. *Schizophrenia Research*. 2023;256:79-87.
36. Mosolov S, Yaltonskaya P. Primary and Secondary Negative Symptoms in Schizophrenia. *Front Psychiatry*. 3 de enero de 2022;12:766692.
37. Gordon J, Morris S, Avenevoli S. A framework for integration of dimensional and diagnostic approaches to the diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1 de abril de 2022;242:98-101.
38. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 [Internet]. 5th ed. VA, USA: American Psychiatric Association: Arlington; 2023. 1-53 p. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/getmedia/2ed086b0-ec88-42ec-aa0e-f442e4af74e6/APA-DSM5TR-Update-September-2024.pdf>
39. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#405565289>
40. Valle R. La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2020;13(2):95-104.
41. Carpenter WT. Schizophrenia: A view of immediate future. *Schizoph Res*. abril de 2022;242:15-6.
42. Henkel N, Wu X, O'Donovan S, Devine E, Jiron J, Rowland L, et al. Schizophrenia: a disorder of broken brain bioenergetics. *Molecular Psychiatry*. 1 de mayo de 2022;27(5):2393-404.
43. Howes O, Bukala B, Beck K. Schizophrenia: from neurochemistry to circuits, symptoms and treatments. *Nature Reviews Neurology*. 1 de enero de 2024;20(1):22-35.

44. Birnbaum R, Weinberger D. The Genesis of Schizophrenia: An Origin Story. *AJP*. junio de 2024;181(6):482-92.
45. Molstrom I, Nordgaard J, Urfer-Parnas A, Handest R, Berge J, Henriksen M. The prognosis of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis with meta-regression of 20-year follow-up studies. *Schizophrenia Research*. diciembre de 2022;250:152-63.
46. Fischer B, Buchanan R. Schizophrenia in adults: Clinical features, assessment, and diagnosis. *UpToDate* [Internet]. 14 de marzo de 2025; Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-in-adults-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
47. Correll C, Arango C, Fagerlund B, Galderisi S, Kas M, Leucht S. Identification and treatment of individuals with childhood-onset and early-onset schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*. mayo de 2024;82:57-71.
48. Skehan B, Dvir Y. Schizophrenia in children and adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate* [Internet]. 26 de junio de 2024; Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-in-children-and-adolescents-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
49. Farina E, Assaf M, Corbera S, Chen C. Factors Related to Passive Social Withdrawal and Active Social Avoidance in Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 1 de julio de 2022;210(7):490-6.
50. Serretti A. Anhedonia and Depressive Disorders. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 31 de agosto de 2023;21(3):401-9.
51. Zhan N, Sham P, So H, Lui S. The genetic basis of onset age in schizophrenia: evidence and models. *Front Genet*. 27 de junio de 2023;14:1163361.
52. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. enero de 2022;27(1):281-95.

53. Immonen J, Jääskeläinen E, Korpela H, Miettunen J. Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry*. diciembre de 2017;11(6):453-60.
54. Wang K, Liu S, Huang D, Guan X, Chen N, Xiu M, et al. Onset age moderates the associations between neutrophil-to-lymphocyte ratio and clinical symptoms in first-episode patients with schizophrenia. *Schizophr*. 19 de noviembre de 2024;10(1):110.
55. Vargas-Hemeryth E. Prevalencia y características epidemiológicas de esquizofrenia en el Hospital Iquitos «César Garayar García», periodo 2010 - 2014 [Internet]. [Hospital Iquitos «César Garayar García»]: Universidad Científica del Perú; 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.14503/2075>
56. Rotshtein V. [Schizophrenia: age at disease onset]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2014;114(12):23-30.
57. Ng B, Martinez S, Koh S, Tohen M, Gangwisch J. Chapter 1. Epidemiology. En: *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Schizophrenia* [Internet]. American Psychiatric Association Publishing; 2020 [citado 25 de septiembre de 2025]. p. 1-11. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.books.9781615379194.lg01>
58. Fischer B, Buchanan R. Schizophrenia in adults: Epidemiology and pathogenesis. *UpToDate* [Internet]. 16 de abril de 2025; Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis>
59. Mu E, Gurvich C, Kulkarni J. Estrogen and psychosis — a review and future directions. *Arch Womens Ment Health*. 2024;27(6):877-85.
60. Giordano G, Bucci P, Mucci A, Pezzella P, Galderisi S. Gender Differences in Clinical and Psychosocial Features Among Persons With Schizophrenia: A Mini Review. *Front Psychiatry* [Internet]. 22 de diciembre de 2021 [citado 28 de septiembre de 2025];12. Disponible en:

<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.789179/full>

61. Eranti S, MacCabe J, Bundy H, Murray R. Gender difference in age at onset of schizophrenia: a meta-analysis. *Psychol Med.* enero de 2013;43(1):155-67.
62. Rivera-Colca H. Prevalencia de la esquizofrenia en la unidad de hospitalización psiquiatría del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud Huancayo – periodo 2017 [Internet]. [Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé]: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2018. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12894/4363>
63. Pasco A. Características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años en el “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich”- miraflores en el año 2017. 2018;62.
64. Esposito C, De Cagna F, Caldiroli A, Capuzzi E, Ceresa A, Di Paolo M, et al. Gender differences in clinical and biochemical parameters among patients hospitalized for schizophrenia: towards precision medicine. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1 de agosto de 2024;274(5):1093-103.
65. Caqueo-Urizar A, Fond G, Urzúa A, Boyer L. Gender differences in schizophrenia: A multicentric study from three Latin-America countries. *Psychiatry Res.* agosto de 2018;266:65-71.
66. Crossley N, Alliende L, Czepielewski L, Aceituno D, Castañeda C, Diaz C, et al. The enduring gap in educational attainment in schizophrenia according to the past 50 years of published research: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* julio de 2022;9(7):565-73.
67. Luo Y, Pang L, Zhao Y, Guo C, Zhang L, Zheng X. Gender difference in the association between education and schizophrenia in Chinese adults. *BMC Psychiatry.* 12 de junio de 2020;20(1):296.
68. Li B, Allebeck P, Burstöm B, Danielsson A, Degenhardt L, Eikemo TA, et al. Educational level and the risk of mental disorders, substance use disorders and self-harm in different age-groups: A cohort study covering

- 1,6 million subjects in the Stockholm region. *Int J Methods Psychiatr Res.* 17 de febrero de 2023;32(4):e1964.
69. Tesli M, Degerud E, Plana-Ripoll O, Gustavson K, Torvik F, Ystrom E, et al. Educational attainment and mortality in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* mayo de 2022;145(5):481-93.
70. Lin D, Kim H, Wada K, Aboumrad M, Powell E, Zwain G, et al. Unemployment, homelessness, and other societal outcomes in patients with schizophrenia: a real-world retrospective cohort study of the United States Veterans Health Administration database. *BMC Psychiatry.* 8 de julio de 2022;22(1):458.
71. Majuri T, Alakokkare A, Haapea M, Nordström T, Miettunen J, Jääskeläinen E, et al. Employment trajectories until midlife in schizophrenia and other psychoses: the Northern Finland Birth Cohort 1966. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 de enero de 2023;58(1):65-76.
72. Manassa H, Abid R. Schizophrenia. *StatPearls [Internet] [Internet].* 23 de febrero de 2024; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>
73. Henssler J, Brandt L, Müller M, Liu S, Montag C, Sterzer P, et al. Migration and schizophrenia: meta-analysis and explanatory framework. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* abril de 2020;270(3):325-35.
74. Loret de Mola C, Stanojevic S, Ruiz P, Gilman R, Smeeth L, Miranda JJ. The effect of rural-to-urban migration on social capital and common mental disorders: PERU MIGRANT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* junio de 2012;47(6):967-73.
75. Benavides-Portilla M, Beitia-Cardona P, Osorio-Ospina C. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. *Revista Investig Salud Univ Boyacá.* 1 de diciembre de 2016;3(2):146-60.

76. Pedersen C, Antonsen S, Timmermann A, Pedersen M, Ejlskov L, Horsdal H, et al. Urban-Rural Differences in Schizophrenia Risk: Multilevel Survival Analyses of Individual- and Neighborhood-Level Indicators, Urbanicity and Population Density in a Danish National Cohort Study. *Schizophr Bull Open*. enero de 2022;3(1):sgab056.
77. Grover S, Varadharajan N, Venu S. Urbanization and psychosis: an update of recent evidence. *Curr Opin Psychiatry*. 1 de mayo de 2024;37(3):191-201.
78. de Winter L, Vermeulen J, Couwenbergh C, van Weeghel J, Hasson-Ohayon I, Mulder C, et al. Short- and long-term changes in symptom dimensions among patients with schizophrenia spectrum disorders and different durations of illness: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 1 de agosto de 2023;164:416-39.
79. Effects of Long-Acting Injectable Paliperidone Palmitate on Clinical and Functional Outcomes in Patients With Schizophrenia Based on Illness Duration [Internet]. [citado 21 de octubre de 2025]. Disponible en: [https://www.psychiatrist.com/jcp/effects-of-lai-paliperidone-based-on-illness-duration/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.psychiatrist.com/jcp/effects-of-lai-paliperidone-based-on-illness-duration/?utm_source=chatgpt.com)
80. Agerbo E, Sullivan P, Vilhjálmsón B, Pedersen C, Mors O, Børghlum A, et al. Polygenic Risk Score, Parental Socioeconomic Status, Family History of Psychiatric Disorders, and the Risk for Schizophrenia: A Danish Population-Based Study and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 de julio de 2015;72(7):635-41.
81. Schmitt A, Falkai P, Papiol S. Neurodevelopmental disturbances in schizophrenia: evidence from genetic and environmental factors. *J Neural Transm*. 1 de marzo de 2023;130(3):195-205.
82. Sullivan P, Yao S, Hjerling-Leffler J. Schizophrenia genomics: genetic complexity and functional insights. *Nat Rev Neurosci*. septiembre de 2024;25(9):611-24.
83. Legge S, Santoro ML, Periyasamy S, Okewole A, Arsalan A, Kowalec K. Genetic architecture of schizophrenia: a review of major advancements. *Psychol Med*. octubre de 2021;51(13):2168-77.

84. Hilker R, Helenius D, Fagerlund B, Skytthe A, Christensen K, Werge TM, et al. Heritability of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Based on the Nationwide Danish Twin Register. *Biological Psychiatry*. 15 de marzo de 2018;83(6):492-8.
85. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*. 1 de febrero de 2022;9(2):137-50.
86. Li W, Yang Y, An F, Zhang L, Ungvari G, Jackson T, et al. Prevalence of comorbid depression in schizophrenia: A meta-analysis of observational studies. *J Affect Disord*. 1 de agosto de 2020;273:524-31.
87. Fang Y, Lee W, Lin C, Cheah Y, Hsieh H, Chen C, et al. Association of antipsychotic drugs on type 2 diabetes mellitus risk in patients with schizophrenia: a population-based cohort and in vitro glucose homeostasis-related gene expression study. *BMC Psychiatry*. 30 de octubre de 2024;24(1):751.
88. Salari N, Maghami N, Ammari T, Mosafer H, Abdullahi R, Rasoulpoor S, et al. Global Prevalence of Metabolic Syndrome in Schizophrenia Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Prev (2022)*. diciembre de 2024;45(6):973-86.
89. Lu L, Dong M, Zhang L, Zhu X, Ungvari G, Ng C, et al. Prevalence of suicide attempts in individuals with schizophrenia: a meta-analysis of observational studies. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 7 de junio de 2019;29:e39.
90. Koubaa I, Aden M, Barrimi M. Prevalence and factors associated with suicide attempts among Moroccan patients with schizophrenia: cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*. junio de 2023;85(6):2528.
91. Sher L, Kahn R. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina*. julio de 2019;55(7):361.

92. Shenoy S, Prahara S. Risk factors associated with suicide attempts in patients with schizophrenia: an observational study from South India. *Middle East Curr Psychiatry*. diciembre de 2023;30(1):1-9.
93. Ayalew M, Defar S, Reta Y. Suicide Behavior and Its Predictors in Patients with Schizophrenia in Ethiopia. *Schizophrenia Research and Treatment*. 2021;2021(1):6662765.
94. Lyu J, Zhang J, Hennessy D. Characteristics and Risk Factors for Suicide in People with Schizophrenia in Comparison to Those without Schizophrenia. *Psychiatry Research*. 1 de octubre de 2021;304:114166.
95. Álvarez A, Guàrdia A, González-Rodríguez A, Betriu M, Palao D, Monreal J, et al. A systematic review and meta-analysis of suicidality in psychotic disorders: Stratified analyses by psychotic subtypes, clinical setting and geographical region. *Neurosci Biobehav Rev*. diciembre de 2022;143:104964.
96. Onger L, Kariuki S, Nyawira M, Schubart C, Tjink JK, Newton CRJC, et al. Suicidal attempts and ideations in Kenyan adults with psychotic disorders: An observational study of frequency and associated risk factors. *Front Psychiatry [Internet]*. 19 de enero de 2023 [citado 29 de septiembre de 2025];13. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2022.1085201/full>
97. Lawrence C, Roberts C, Galides C, Chamberlain S, Hou R. Antipsychotic polypharmacy and high-dose antipsychotic therapy compared to antipsychotic monotherapy at standard doses in schizophrenia - a systematic review. *J Psychopharmacol*. febrero de 2025;39(2):132-40.
98. Taipale H, Tanskanen A, Tiihonen J. Safety of Antipsychotic Polypharmacy Versus Monotherapy in a Nationwide Cohort of 61,889 Patients With Schizophrenia. *AJP*. mayo de 2023;180(5):377-85.
99. Korkmaz Ş, Koca E, Yilmaz Ö, Özbek T, Güçlü M, Kizgin S. Real-World Evidence of Antipsychotic Monotherapy Versus Polypharmacy in the

- Treatment of Schizophrenia Spectrum Disorders. *J Clin Psychopharmacol*. 1 de junio de 2024;44(3):250-7.
100. Wang J, Jiang F, Zhang Y, Cotes R, Yang Y, Liu Z, et al. Patterns of antipsychotic prescriptions in patients with schizophrenia in China: A national survey. *Asian J Psychiatr*. agosto de 2021;62:102742.
  101. Shangraw K, Schmutz C, Dowdle T, Kelley R, Porter C, Reynolds M, et al. Medical, Psychiatric, and Sociodemographic Predictors of Clozapine Initiation at an Academic Medical Center. *PRCP*. septiembre de 2024;6(3):104-11.
  102. Virtanen M, Peutere L, Härmä M, Ropponen A. Factors associated with readmissions in psychiatric inpatient care: a prospective cohort study based on hospital registers. *BMC Psychiatry*. 25 de octubre de 2024;24:734.
  103. Owusu E, Oluwasina F, Nkire N, Lawal M, Agyapong V. Readmission of Patients to Acute Psychiatric Hospitals: Influential Factors and Interventions to Reduce Psychiatric Readmission Rates. *Healthcare (Basel)*. 19 de septiembre de 2022;10(9):1808.
  104. Rivelli A, Fitzpatrick V, Nelson M, Laubmeier K, Zeni C, Mylavarapu S. Real-world predictors of relapse in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder in a large health system. *Schizophr*. 29 de febrero de 2024;10(1):28.
  105. Florentin S, Neumark Y, Roe D, Rosca P, Keller S, Amir N, et al. The relationship between community-based psychiatric rehabilitation pathways and re-hospitalization trajectories: A three-decade follow-up. *Psychiatry Research*. 1 de diciembre de 2024;342:116216.
  106. Ghanem M, Evangeli-Dawson C, Georgiades A. The role of culture on the phenomenology of hallucinations and delusions, explanatory models, and help-seeking attitudes: A narrative review. *Early Intervention in Psychiatry*. 2023;17(9):843-63.

# **ANEXOS**

# ANEXO 1:

## COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



**HHUT**  
HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA

Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

**EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.**

Por Resolución Directoral N°270-2024-ETARRHH-OEGDRRHH-DRS.T/GOB.REG.TACNA, otorga

### CREDECIAL

Del Proyecto de Investigación:

<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERÍODO 2020-2024</b>	<b>CÓDIGO</b>
	<b>19-CIÉI-HHUT-2025</b>

Autoría (es):

**RUIZ JOSÉ CHURA ALANOCA**

Dictamen otorgado por: **MÉD. GERSON ROBERTO GÓMEZ ZAPANA**, Miembro activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular  Suplente

Según Resolución Directoral N°295-2024-UADI-DIREC-EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Que puede ejecutarse: SI  NO

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos SI  NO

Vulnera derechos SI  NO

Aplicará Instrumentos:

Pacientes

Personal

Otros  Historias Clínicas

Consentimiento informado:

Verbal SI  NO  Escrito SI  NO  Pertinente SI  NO

Impacto Ambiental Positivo  Negativo

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI  NO  Cumple con los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado

y en consecuencia SI  NO  Otorga la Aprobación, por intermedio del Comité

Institucional de Ética en Investigación



**MÉD. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE**  
Director Ejecutivo  
Hospital Hipólito Unanue Tacna

Se expide el presente documento el día 12 de marzo del 2025

Válido hasta el día 12 de marzo del 2026

*[Signature]*

**MG. IRMA VILLAR AGURTO**  
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación  
Hospital Hipólito Unanue Tacna



INFORME DE ÉTICA 0033

Tacna 07 de Marzo 2025.

Sr.

**Dr. Eddy Vicente Choque**

Director Ejecutivo

Hospital Hipólito Unanue de Tacna

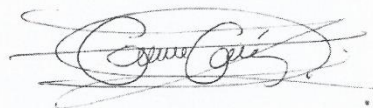
Presente. –

**ASUNTO:** Informe de evaluación de Proyecto de Tesis.

Mediante el presente me dirijo a Usted para expresar mi cordial saludo y a la vez hacerle llegar el informe de evaluación del proyecto de Tesis denominado **“CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2020 - 2024”** Presentado por el Est. Ruiz José Chura Alanoca. Luego de revisar detalladamente el proyecto se han llegado a las siguientes conclusiones:

**CONCLUSIONES:**

La Investigación No presenta ninguna falta a la ética Por lo tanto: Se recomienda:  
Aprobar la credencial del presente estudio.



**Méd. Gerson Roberto Gómez Zapana**  
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación  
Hospital Hipólito Unanue de Tacna

## ANEXO 2:

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

#### I. Datos generales del paciente

- **Sexo:** \_\_\_\_\_
- **Edad:** \_\_\_\_\_
- **Estado Civil:**
  - Soltero (a)
  - Casado (a)
  - Divorciado (a)
  - Viudo (a)
- **Grado de Instrucción:** \_\_\_\_\_
- **Ocupación:** \_\_\_\_\_

#### II. Perfil Epidemiológico

- **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_
- **Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_
- **Distrito de procedencia:** \_\_\_\_\_
- **Año de diagnóstico:** \_\_\_\_\_

#### III. Perfil Clínico

- **Antecedente familiar de Esquizofrenia**
  - No
  - Familiar de 1er grado (Padre, madre hijos)
  - Familiar de 2do grado (Abuelos, nietos, hermanos)
  - Familiar de 3er grado (Bisabuelos, bisnietos, tíos, sobrinos)
  - Familiar de 4to grado (Primos, tíos abuelos, sobrinos nietos)
- **Comorbilidad:**
  - No
  - Trastorno Mental: \_\_\_\_\_
  - Trastorno Médico: \_\_\_\_\_
- **Antecedente de intento suicida**
  - No
  - Si
- **Número de hospitalizaciones:** \_\_\_\_\_
- **Tiempo de hospitalización:** \_\_\_\_\_
- **Tratamiento farmacológico:**
  - Monoterapia
  - Politerapia

- **Medicamento:**
  - Antipsicótico típico: \_\_\_\_\_
  - Antipsicótico atípico: \_\_\_\_\_
  - Otro
  
- **Síntomas:**

<input type="checkbox"/> Ideas delirantes: _____	<input type="checkbox"/> Aplanamiento afectivo
<input type="checkbox"/> Alucinaciones: _____	<input type="checkbox"/> Alogia
<input type="checkbox"/> Lenguaje desorganizado	<input type="checkbox"/> Apatía
<input type="checkbox"/> Conducta desorganizada	<input type="checkbox"/> Anhedonia
  
- **PANSS-Positivo:** Al ingreso: \_\_\_\_\_ Al alta: \_\_\_\_\_
- **PANSS-Negativo:** Al ingreso: \_\_\_\_\_ Al alta: \_\_\_\_\_
- **PANSS-General:** Al ingreso: \_\_\_\_\_ Al alta: \_\_\_\_\_

## ANEXO 3:



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

PROYECTO DE TESIS

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERÍODO 2020-2024"

AUTOR(a): Ruiz José Chura Alanoca

DENOMINACIÓN DEL INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos.

### I. DATOS GENERALES

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO EVALUADOR: Petra Diana Jara Muñoz.
- 1.2. DNI: 70697360
- 1.3. CARGA E INSTITUCION DONDE LABORA: Médico Psiquiatra - Hospital Hipólito Unanue - Tacna

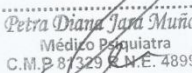
### II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					X
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad suficiente.					X
PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				X	
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico- científico.					X
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					X

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

90%

  
 Petra Diana Jara Muñoz  
 Médico Psiquiatra  
 C.M.P. 87329 R.N.E. 48990

FIRMA DEL EXPERTO  
DNI: 70697360



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

PROYECTO DE TESIS

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERÍODO 2020-2024"

AUTOR(a): Ruiz José Chura Alanoca

DENOMINACIÓN DEL INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos.

I. DATOS GENERALES

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO EVALUADOR: VICTOR VIDANGOS CARDENAS
- 1.2. DNI: 42252587
- 1.3. CARGA E INSTITUCION DONDE LABORA: PSIQUISTAS DE HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA.

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					X
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad suficiente.					X
PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico- científico.					X
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					X

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

95%

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

VICTOR HUGO VIDANGOS CARDENAS  
MÉDICO PSIQUIATRA  
C.M.P. N° 8381 S.M.E. N° 50295

FIRMA DEL EXPERTO

DNI:



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

PROYECTO DE TESIS

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERÍODO 2020-2024"

AUTOR(a): Ruiz José Chura Alanoca

DENOMINACIÓN DEL INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos.

I. DATOS GENERALES

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO EVALUADOR: Guzmán Oliveira, Wilson Rael
- 1.2. DNI: 00790168
- 1.3. CARGA E INSTITUCION DONDE LABORA: Medico Psiquiatra Hospital Hipólito Unanue

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					✓
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				✓	
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					✓
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					✓
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad suficiente.					✓
PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				✓	
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico- científico.					✓
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					✓
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					✓
APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					✓

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

\_\_\_\_\_

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

90!

Gobierno Regional de Tacna  
 Hospital Hipólito Unanue de Tacna  
 WILSON RAUL GUZMAN OLIVERA  
 MÉD. PSIQUIATRA  
 Cw/2 38155 R.N.E. 30332  
 FIRMA DEL EXPERTO  
 DNI: 0079 6168