

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**Grado de deterioro funcional en pacientes esquizofrénicos paranoides
atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo,
Chiclayo, Perú 2019 -2020**

Para Optar el Título de Profesional de Médico Cirujano

Bach. Mendoza Fernandez, Jordy

Bach. Muguerza Huaman, Jhon

Asesor:

Dr. Patazca Ulfe, Julio Enrique

Lambayeque, 2020

APROBADO POR:

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke, positioned above a solid black horizontal line.

Dr. JUAN JOSE CRUZ VENEGAS
Presidente

A handwritten signature in blue ink, featuring a large, stylized 'J' and 'C' followed by several loops, positioned above a solid black horizontal line.

**Dr. JULIO CESAR
VILLANUEVA ANGELES**
Secretario

A handwritten signature in blue ink, with a large 'N' and 'R' and several loops, positioned above a solid black horizontal line.

**Dr. NESTOR RODRIGUEZ
ALAYO**
Vocal

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large 'J' and 'P' followed by a few loops, positioned above a solid black horizontal line.

Dr. JULIO PATAZCA ULFE
Asesor

Lambayeque, marzo 2020

ACTA DE SUSTENTACION



ACTA 014-2020-VI-FMH.

Siendo los 2.29 p.m. del día 13 de Marzo del 2020, se reunieron en el aula N°01 de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque los miembros del Jurado Evaluador designados por Decreto N°136-2018-VI-FMH de fecha Noviembre 12 del 2018 integrado por los siguientes Docentes:

Dr. Juan José Cruz Vargas	Presidente
Dr. Julio Cesar Villanueva Angulo	Secretario
Dr. Hector Elias Portillo Jacobs	Vocal
Dr. Hector Manuel Rodriguez Alayo	Suplente

Con la finalidad de evaluar y calificar la Tesis Titulada "Comoda de Difusión Funcional en Pacientes Esquizofrénicos Pacientes atendidos en el Hospital Almirante Aguirre Campo Chiclayo Perú- 2019-2020, sustentada por la Bachiller Mendez Fernando José y Muruzaga Hermano Jairo Tomando como asesor al Dr. Julio Enrique Patasco Uña.

Realizado la sustentación y abuelta, las preguntas y aceptadas las sugerencias y recomendaciones al Excmo. el Jurado realiza las calificaciones otorgando el puntaje de 88 pts en la escala centesimal y 18 pts en la escala Vigesimal nivel muy bueno.

En consecuencia los señores juristas en su calidad de miembros del Jurado de Calificación de conformidad con la Ley N°27122, el Decreto de la UPRG y reglamento de la Universidad de Lambayeque a la Facultad de Medicina Humana.

Siendo las 3³⁰ p.m. se por concluido el acto de sustentación dando conformidad el Jurado con sus firmas respectivas.
El suplente acepta el cargo de Vocal.



Dr. Juan José Cruz Vargas

Dr. Julio Cesar Villanueva Angulo

Dr. Hector M. Rodriguez Alayo

PRESIDENTE

SECRETARIO

V. SUPLENTE

* El Suplente Hector Manuel Rodriguez Alayo.

DECLARACIÓN JURADA

Nosotros Bach. Mendoza Fernández Jordy y Bach. Muguerza Huamán Jhon investigadores principales y Dr. Julio Patazca Ulfe asesor del trabajo de investigación “GRADO DE DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS PARANOIDES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, CHICLAYO, PERU 2019 -2020”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Qué pueda conducir a la anulación del título emitido como consecuencia de este informe.

Bach. MENDOZA FERNANDEZ JORDY
Investigador principal

Bach. MUGUERZA HUAMAN JHON
Investigador principal



Dr. JULIO PATAZCA ULFE
Asesor

Lambayeque marzo del 2020

DEDICATORIA

- ❖ Para mis padres María Soledad Fernández Ramos y Edwin Mendoza Suxe por su apoyo, consejos, comprensión y amor. Me han dado todo lo que soy para conseguir mis objetivos.
- ❖ A mi hija Lindsay Christine Mendoza Becerra porque es la razón de ser, testigo de luchas cotidianas en busca de un mejor futuro, reflejado en la culminación de este trabajo.
- ❖ A mi abuelita Mery Suxe Montero, aunque ya no está presente, siempre estuvo y estará en mis pensamientos.

JORDY MENDOZA

- ❖ Para mis padres Roy Muguerza Ventura y Emilia Isabel Huamán Adrianzén por su apoyo, consejos, comprensión y amor. Me han dado todo lo que soy para conseguir mis objetivos.
- ❖ A mi hijo Jhon Ethan Alejandro Muguerza Saldaña porque es la razón de ser, testigo de luchas cotidianas en busca de un mejor futuro, reflejado en la culminación de este trabajo.
- ❖ A mis hermanos por el apoyo en todos estos años, y a mi abuela Juana Ventura Díaz, que me enseñó que lo mejor en la vida es la familia

JHON MUGUERZA

AGRADECIMIENTOS

- ❖ Agradecemos a Dios por protegernos siempre y darnos fuerzas para superar dificultades en esta fase de nuestra vida.
- ❖ Al Dr. Julio Patazca Ulfe, Asesor del presente trabajo por su apoyo en el proceso de la investigación.
- ❖ A nuestros maestros de la Facultad de Medicina Humana, que han formado parte de nuestra vida profesional y lograr metas propuestas, por sus conocimientos, consejos y motivación.

Muchas gracias y que Dios los bendiga.

JORDY MENDOZA
JHON MUGUERZA

INDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCION	11
Formulación del problema.....	12
<i>Objetivo General</i>	12
<i>Objetivos Específicos</i>	12
CAPITULO I. DISEÑO TEÓRICO	13
1.1. BASE TEÓRICA.....	13
1.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	14
1.3. CLÍNICA.....	15
1.4. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	18
1.5. CLASIFICACION	19
1.6. VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA.	20
1.7. ANTECEDENTES	21
CAPITULO II. METODOS Y MATERIALES	23
1. DISEÑO DE INVESTIGACION:	23
2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	23
3. POBLACION Y MUESTRA.....	23
3.1. Población.	23
3.2. Muestra.....	23
AJUSTE DE MUESTRA	24
Los criterios de inclusión fueron:	25
Los criterios de exclusión fueron:.....	25
4.- INSTRUMENTO Y TECNICA PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	25
4.1. Instrumento de recolección de datos.....	25
4.2. Técnica de recolección de datos	26
7.- ANALISIS ESTADISTICOS DE LOS DATOS.....	26
III.- RESULTADOS.....	27
IV.- DISCUSION	32
PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS PACIENTES.....	32
GRADOS DE DETERIORO FUNCIONAL EN ESQUIZOFRENICOS.....	34
V.- CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES.....	39
VI.- REFERENCIASBIBLIOGRAFICAS.....	40
ANEXOS	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de las características epidemiológicas de los pacientes con esquizofrenia paranoide. Hospital AAA. Es Salud –Chiclayo 2020	27
Tabla 2 Relación entre el deterioro funcional general y según dimensiones con los años de enfermedad de pacientes con esquizofrenia paranoide. Hospital AAA–Chiclayo 2020.	29
Tabla 3. Relación entre el deterioro funcional según edad, sexo y grado de instrucción enfermedad	30
Tabla 4. Relación entre el deterioro funcional general y por dimensiones con el número de recaídas	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Grados de deterioro funcional general de pacientes con esquizofrenia paranoide. HNAAA, Es Salud, Chiclayo 2020 (n=83 pacientes).....	28
Figura 2 Grados de deterioro funcional según dimensiones en pacientes con esquizofrenia. HNAAA, Es Salud, Chiclayo 2020. (n=83 pacientes).....	28

**GRADO DE DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS
PARANOIDES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA
ASENJO, CHICLAYO, PERU 2019 -2020**

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar los grados del deterioro funcional en pacientes esquizofrénicos paranoides con la finalidad aportar al conocimiento de la salud mental.

Mediante un estudio descriptivo, transversal en 83 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide atendidos en consulta externa del hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo septiembre 1999 febrero 2020, previo consentimiento informado, se aplicó la escala FAST (Functioning Assessment Short Test) alfa de Cronbach de 0.9 de consistencia interna. Evalúa mediante 24 ítems y 6 áreas específicas de funcionamiento: Autonomía, Funcionamiento Laboral, Funcionamiento Cognitivo Finanzas, Relaciones Interpersonales, Ocio; con escala de valoración: muy deteriorado (55-72), bastante deterioro (37-54), poco deterioro (19-36) y ningún deterioro (0-18).

Los grados de deterioro de esquizofrenia según las dimensiones de funcionalidad, se determinó que el grado muy deteriorado solo está presente en las dimensiones de funcionamiento laboral (6%), seguido autonomía (2.4%). La dimensión de funcionamiento laboral presenta mayor frecuencia del grado de bastante deteriorado (48.2%), seguido de la dimensión de autonomía (41%) y las relaciones interpersonales (37.3%). Al relacionar los grados de deterioro funcional general con los años de enfermedad de los pacientes con esquizofrenia paranoide, se encontró asociación significativa ($p<0.05$). Al relacionar las dimensiones de funcionalidad, solo se encontró que existe asociación con las dimensiones de autonomía y cognitiva ($p<0.05$). Existe solo asociación entre el número de recaídas por año y el deterioro funcional para la dimensión de autonomía.

Se concluye que los grados del deterioro funcional en pacientes esquizofrénicos paranoides son alarmantes en la institución y periodo de estudio.

Palabras Clave: Esquizofrenia, deterioro funcional

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the degrees of functional impairment in paranoid schizophrenic patients in order to contribute to the knowledge of mental health.

Through a descriptive, cross-sectional study in 83 patients diagnosed with paranoid schizophrenia treated in an outpatient clinic at the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital September 1999 January 2020, prior informed consent, the scale was applied FAST (Functioning Assessment Short Test) Cronbach's alpha Cronbach's alpha of 0.9 internal consistency. Evaluate through 24 items and 6 specific areas of operation: Autonomy, Labor Operation, Cognitive Functioning Finance, Interpersonal Relations, Leisure; with rating scale: no deterioration (0-18), little deterioration (19-36), quite deterioration (37-54) and very deteriorated (55-72).

The degrees of deterioration of schizophrenia according to the dimensions of functionality, it was determined that the degree of deterioration is only present in the dimensions of work performance (6%), followed by autonomy (2.4%). The work performance dimension has a higher frequency of the degree of quite deteriorated (48.2%), followed by the dimension of autonomy (41%) and interpersonal relationships (37.3%). By relating the degrees of general functional impairment with the years of illness of patients with paranoid schizophrenia, significant association was found ($p < 0.05$). By relating the dimensions of functionality, it was only found that there is an association with the dimensions of autonomy and cognitive ($p < 0.05$).

It is concluded that the degrees of functional impairment in paranoid schizophrenic patients are alarming in the institution and study period.

Keywords: Schizophrenia, functional impairment.

INTRODUCCION

La esquizofrenia es el trastorno más enigmático y trágico que tratan los psiquiatras, y quizás también el más devastador. Es una de las principales causas de discapacidad entre los adultos jóvenes. Se manifiesta en la juventud, por lo que, a diferencia de los pacientes con cáncer o enfermedades cardíacas, los pacientes esquizofrénicos viven muchos años después del inicio de la enfermedad y continúan padeciendo sus efectos sin poder llevar una vida completamente normal (asistencia a la escuela y al trabajo, tener un grupo de amigos íntimos, casarse o tener hijos)³.

La esquizofrenia tiene un profundo impacto en la persona y puede ser considerada una adversidad significativa en la vida. Los individuos que desarrollan esquizofrenia tienen cada uno su propia y única combinación de síntomas y experiencias, el patrón exacto de que se verá influido por sus circunstancias particulares ^{4,5}.

Diversos estudios han demostrado su preocupación por valorar el grado de funcionamiento del paciente con esquizofrenia, siendo el estudio de Gonzales y col que validan la Escala Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST) comparándola con la Escala de Strauss-Carpenter en pacientes con primer episodio psicótico, demostró tener fuertes propiedades psicométricas, constituyéndose en un instrumento válido para su uso en la práctica clínica y ensayos clínicos¹¹. Este hallazgo fue corroborado por Zortéa y col.¹², Adriane R y col. Miriam L. Osorio M. y col.,¹⁴. Concluyendo que la prueba FAST mostró fuertes propiedades psicométricas, usada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, mide la validez y confiabilidad, además, es un instrumento corto y simple administrado que es fácil de aplicar y requiere solo un corto período de tiempo para su aplicación.¹³

Debido a que los pacientes esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y violación de sus derechos humanos. Según Keefe y col., casi todos los pacientes con esquizofrenia muestran en alguna medida una declinación del nivel esperado de función neurocognitiva, repercutiendo en su desenvolvimiento personal, social y familiar⁸. Además, los niveles de funcionamiento de las personas con trastornos psicóticos muestran dificultades a través de múltiples dominios, tales como la vida independiente, las

relaciones interpersonales, los logros profesionales y educativos, disfrute de recreo y la actividad sexual¹⁰.

Debido a que la esquizofrenia es tratable mediante la farmacoterapia y el apoyo psicosocial⁷. Pero la identificación temprana del deterioro en el funcionamiento beneficiará las estrategias de rehabilitación dirigidas a la población afectada. En el Perú, esta repercusión no ha sido evaluada en forma amplia. Estas dificultades son comunes en muchos de los pacientes, y pueden continuar por períodos prolongados dando como resultado una sostenida discapacidad, con el sufrimiento personal y familiar, y los costos indirectos a la sociedad que conlleva⁹.

Formulación del problema

¿Cuál es el grado más frecuente de deterioro funcional en pacientes esquizofrénicos paranoides atendidos en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo?

Objetivo General

Evaluar los grados del deterioro funcional en pacientes esquizofrénicos paranoides atendidos en consulta externa en el hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Objetivos Específicos

- a) Determinar los grados de variación del deterioro funcional general y por dimensiones en paciente esquizofrénicos paranoides, en relación con los años de enfermedad.
- b) Asociar el deterioro funcional según edad, sexo y grado de instrucción.
- c) Relacionar entre el deterioro funcional general y por dimensiones con el número de recaídas por año.
- d) Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con esquizofrenia paranoide.

CAPITULO I. DISEÑO TEÓRICO

1.1.BASE TEÓRICA

La enfermedad mental constituye un problema de salud de primera magnitud, tanto por su elevada incidencia como por el impacto y desestructuración que sufren el propio enfermo y su familia, especialmente si se trata de personas que sufren un trastorno mental grave¹.

Las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de 40% a 60% de muerte prematura mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), y al suicidio. A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes ².

Se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios ⁶. La esquizofrenia, comprende el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, el término psicótico se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. En el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias, psicótico se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología¹⁵.

En el DSM-5, esquizofrenia se define con base en un grupo de síntomas característicos, como alucinaciones, delirios o síntomas negativos (es decir, aplanamiento afectivo, alogia, abulia); deterioro en las relaciones sociales, laborales o interpersonales; y signos continuos de la alteración durante un mínimo de seis meses.¹⁶⁻¹⁷

La OMS define esquizofrenia, como un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, que se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios.

Es el trastorno psicótico más común que se caracteriza por una pérdida de contacto con la realidad. El término psicosis es amplio y con mayor frecuencia se refiere a tener paranoia, alucinaciones auditivas, delirios o todos estos síntomas. Uno por ciento de la población sufre de esquizofrenia. La esquizofrenia es una enfermedad crónica, un trastorno que se caracteriza por el aumento de la discapacidad social y profesional que comienza en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana y tiende a continuar durante toda la vida.

Aunque se habla de la esquizofrenia como si fuera una sola enfermedad, probablemente comprende un grupo de trastornos con etiologías heterogéneas, y esto incluye a pacientes cuyas presentaciones clínicas, respuesta al tratamiento y evolución de la enfermedad son distintos. El trastorno suele empezar antes de los 25 años de edad, persiste durante toda la vida y afecta a personas de todas las clases sociales. Debido al desconocimiento general de esta afección, tanto los pacientes como sus familias suelen recibir una mala atención y sufrir ostracismo social, por la ignorancia generalizada sobre este trastorno²⁷.

1.2.EPIDEMIOLOGÍA

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Las cifras de estudios del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud-OMS, señalan que, dentro de las diez primeras causas de discapacidad entre los 15 y 44 años de edad, el 50% se relaciona con problemas de salud mental, entre los que se encuentran la depresión unipolar, el uso nocivo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar.⁷

La prevalencia mundial de esquizofrenia es de alrededor de 0.5 a 1%. La esquizofrenia puede presentarse a cualquier edad, pero la edad del primer episodio psicótico suele ser de 18 a 25 años en varones y 21 a 30 años en mujeres. Los pacientes con esquizofrenia tienden a no casarse y es menos probable que tengan hijos que quienes no padecen el trastorno. Las personas con esquizofrenia están en mayor riesgo de conducta suicida. Alrededor de un tercio intentan suicidarse, y 1 de cada 10 por último lo logran.¹⁹

La esquizofrenia de inicio en la infancia cuando los síntomas reúnen los criterios para esquizofrenia y han comenzado antes de los 13 años – es un trastorno muy poco frecuente, con una prevalencia de menos de 1/10.000.²⁹

Según estimación del El Hospital Guillermo Almenara del Seguro Social de Salud (EsSalud), el 1.5% de peruanos son afectados por esta patología, es decir 480 mil pacientes a nivel nacional padecen de algún tipo de psicosis, que incluye a la esquizofrenia, y muchos de ellos no reciben el tratamiento clínico temprano, por lo que pueden terminar siendo una carga para la familia.²⁸

Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas. La media de edad de inicio para los hombres es de 18 años y para las mujeres es de 25 años.

Entre los factores de riesgo de suicidio están sexo masculino, edad menor de 30 años, desempleo, evolución crónica, depresión previa, trata miento anterior para la depresión, antecedente de abuso de sustancias y alta hospitalaria reciente¹⁶. En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.²⁶

1.3.CLÍNICA

Los signos y síntomas son variables e incluyen cambios en la percepción, la emoción, la cognición, el pensamiento y el comportamiento. La expresión de

estas manifestaciones es diferente en cada paciente y varía con el tiempo, pero el efecto de la enfermedad siempre es grave y, normalmente, prolongado.²⁷

Los síntomas han sido clasificados en categorías positivas y negativas. Los síntomas positivos incluyen alucinaciones, delirios y lenguaje desorganizado; estos síntomas parecen estar relacionados al aumento de la actividad dopaminérgica (D2) en la región mesolímbica, y todos los pacientes tienen al menos uno o dos de estos síntomas para cumplir con los criterios para el diagnóstico. A menudo hay un componente de paranoia involucrado. También pueden tener un comportamiento desorganizado, falta de capacidad de respuesta emocional / cognitiva, o ambas. Los síntomas negativos incluyen disminución sociabilidad, afecto restringido y pobreza del habla; estos síntomas parecen estar relacionados a la disminución de la actividad D2 en el sistema mesocortical. El nivel de funcionamiento es notablemente inferior al anterior a la aparición de los síntomas, que debe durar al menos 6 meses en alguna forma ²⁵.

Mediante análisis de factores, los investigadores han identificado de forma repetida tres dimensiones en la esquizofrenia: psicótica, negativa y desorganización.¹⁶⁻¹⁷

Dimensión psicótica

Se refiere a alucinaciones y delirios, dos síntomas “psicóticos” clásicos que reflejan la confusión de un paciente acerca de la pérdida de los límites entre él mismo y el mundo externo. Las alucinaciones son percepciones experimentadas sin un estímulo externo a los órganos de los sentidos y tienen calidad similar a la de una percepción verdadera; suelen informar alucinaciones auditivas, visuales, táctiles, gustativas u olfativas o alguna combinación de ellas.¹⁶

Dimensión negativa

El DSM-5 enumera dos síntomas negativos como característicos de la esquizofrenia: expresión emocional disminuida y abulia. Otros síntomas negativos comunes en la esquizofrenia son alogia y anhedonia. Estos síntomas se describen enseguida:

- **La expresión emocional disminuida (aplanamiento o embotamiento afectivos)** es un decremento de la intensidad de la expresión y la respuesta

emocionales. Se manifiesta por expresión facial fija, disminución de los movimientos espontáneos, pobreza de gestos expresivos, escaso contacto visual, falta de inflexiones de voz y habla lenta.

- **La abulia** es la pérdida de la capacidad de iniciar conductas dirigidas a objetivos y de ejecutarlas hasta completarlas. Los pacientes lucen inertes y desmotivados.
- **La alogia** se caracteriza por disminución de la cantidad de habla espontánea o tendencia a producir habla vacía o empobrecida en contenido cuando la cantidad es adecuada.
- **La anhedonia es la incapacidad de experimentar placer.** Los pacientes suelen describir desde el punto de vista emocional que se sienten vacíos e incapaces de disfrutar actividades que antes les daban placer, como hacer deporte o visitar a familiares o amigos.¹⁶

Dimensión de desorganización

La dimensión de desorganización se refiere a habla desorganizada, conducta desorganizada o extravagante, y afectividad inapropiada. Muchos pacientes con esquizofrenia tienen diversos tipos de comportamiento motor y social desorganizado, otro aspecto de esta dimensión. Entre las conductas motoras anómalas están:

- **Estupor catatónico:** el paciente está inmóvil, mudo y arreactivo, aunque del todo consciente.
- **Excitación catatónica:** tiene actividad motora descontrolada y sin objeto. A veces asume posturas extravagantes o incómodas (p. ej., en cuclillas) y las mantiene por largos periodos.
- **Estereotipia:** realiza un movimiento repetitivo y no encaminado a un objetivo, como balancearse de adelante atrás.
- **Gestos:** ejecuta actividades encaminadas a objetivos, que son extrañas en aspecto o contenido, como hacer muecas.
- **Ecopraxia:** imita movimientos y gestos de otra persona.
- **Obediencia automática:** obedece instrucciones simples a la manera de un robot.
- **Negativismo:** se rehúsa a seguir instrucciones simples sin causa evidente.

El comportamiento desorganizado es común en pacientes con esquizofrenia, en particular cuando la enfermedad avanza. Los pacientes descuidan su propia persona, se vuelven desordenados o desaseados, y usan ropa sucia o inapropiada. No prestan atención a sus alrededores, de modo que se rodean de hacinamiento y desorden. A veces adquieren otras conductas extrañas que contravienen las convenciones sociales, como buscar en los contenedores de basura o gritar obscenidades. Muchas de las personas de la calle en la actualidad tienen esquizofrenia.¹⁸

La afectividad inapropiada es otro componente de la dimensión desorganizada. Es posible que la persona sonría de manera inapropiada cuando habla de temas neutros o tristes, o deje escapar risitas sin causa aparente.

1.4.EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

La esquizofrenia suele comenzar con una fase prodrómica a la mitad o el final del segundo decenio de vida, y se caracteriza por cambios sutiles en el funcionamiento emocional, cognitivo y social. A esto sigue una fase activa, durante la cual se desarrollan síntomas psicóticos. En muchos pacientes transcurren hasta dos años antes de que los síntomas se hagan lo suficiente perturbadores para consultar a un psiquiatra. Los síntomas psicóticos suelen reaccionar bien al tratamiento antipsicótico, pero problemas ya en marcha como embotamiento emocional o comportamiento extraño tienden a persistir cuando la persona pasa a una fase residual. Tienden a ocurrir exacerbaciones agudas de tiempo en tiempo, aunque el paciente continúe bajo medicación.

Informar el diagnóstico al paciente y su familia puede ser muy difícil. La primera pregunta que harán tiene que ver con lo que el futuro depara. Si bien siempre es difícil tener certeza en cualquier caso específico, a muchos médicos se les enseñó la “regla de los tercios”: alrededor de un tercio de los pacientes a quienes se les diagnostica esquizofrenia por primera vez tendrán un pronóstico favorable, con síntomas mínimos y ligeros deterioros en cognición y funcionamiento social; un tercio tendrán un desenlace desfavorable, con persistencia de síntomas psicóticos, síntomas negativos prominentes, y deterioro psicosocial significativo; y un tercio tendrán un pronóstico en un punto intermedio. La

esquizofrenia tiene pronóstico variable. De hecho, los estudios de seguimiento muestran que en el desenlace influyen una variedad de características. Entre ellas, el IQ es uno de los predictores más fuertes del desenlace, y edad de inicio, sexo, gravedad y tipo de síntomas iniciales y anomalías estructurales encefálicas también tienen valor predictivo.

Estudios transculturales revelan que en países menos desarrollados los pacientes tienden a un mejor pronóstico que en los más desarrollados. Los individuos con esquizofrenia suelen ser mejor aceptados en las sociedades menos desarrolladas, tienen menos demandas externas (p. ej., trabajo, escuela), y es más probable que sean atendidos por familiares.¹⁷

1.5. CLASIFICACION

Una buena clasificación médica debe crear grupos que sean clínicamente y pronósticamente significativos basados, ya sea sobre descripción sintomatológica, curso o especulación causal. Una de las clasificaciones más de moda en este momento, corresponde a la de Esquizofrenia del DSM-IV que a continuación se detalla:

- **Tipo desorganizado.** Los rasgos esenciales de este tipo son desorganización del habla y del comportamiento, afecto aplanado o inapropiado. También puede haber risas y comportamientos tontos que no son congruentes con el contenido del discurso.
- **Tipo Catatónico.** Constituyen rasgos esenciales, un trastorno psicomotor marcado que comprende inmovilidad motora, o actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. La inmovilidad motora se puede expresar como catalepsia (flexibilidad cética) o estupor.
- **Tipo paranoide.** El rasgo esencial de la esquizofrenia de este tipo es la presencia de ideas delusivas prominentes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una preservación relativa del afecto y funciones cognitivas.
- **Tipo Residual.** Este diagnóstico se deberá usar cuando el enfermo ha tenido ya, por lo menos, un episodio anterior de esquizofrenia y al presente no tiene síntomas psicóticos prominentes (p. ej., delusiones, alucinaciones, lenguaje y

comportamiento desorganizados), pero hay la evidencia de una continuación de la enfermedad por los síntomas negativos (p. ej., afecto aplanado, pobreza del habla, abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (p. ej., comportamiento excéntrico, desorganización leve del habla y creencias estrambóticas). Si hay delusiones o alucinaciones, éstas no son prominentes y no se acompañan de un trastorno del afecto.

- **Tipo indiferenciado.** Constituyen rasgos esenciales la presencia de síntomas que son insuficientes para diagnosticar al enfermo como tipo paranoide, desorganizado o catatónico.¹⁶

1.6. VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA.

En el presente estudio se eligió la escala de FAST (Functioning Assessment Short Test) Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento, debido a que sus autores (**Gonzales et. al.**) refieren que tiene propiedades psicométricas con alta consistencia interna, un alfa de Cronbach de 0.9. Además, tiene fuerte validez concurrente y una validez discriminante. Es un instrumento sencillo, de fácil aplicación y rápido (tiempo de 3-6 min.). y además, permite integrarla sin demasiados problemas tanto en la práctica clínica como en la investigación. La FAST es una escala destinada a la medición continua del funcionamiento de los pacientes y es capaz de detectar cambios mínimos producidos por tratamientos diferentes que den lugar a una mejoría o empeoramiento de los síntomas.

Consiste en un instrumento que evalúa seis áreas específicas de funcionamiento, que se describen a continuación: **a) Autonomía** se refiere a la capacidad del paciente para hacer las cosas por sí mismo y tomar sus propias decisiones. **b) Funcionamiento Laboral** incluye la capacidad de trabajar del paciente, rapidez para desempeñar tareas laborales, rendimiento, ocupación laboral y sueldo en función su formación académica. **c) Funcionamiento Cognitivo** se compone por la capacidad de concentración, realización de cálculos mentales, resolución de problemas, aprendizaje y memoria para las nuevas tareas. **d) Finanzas** hace referencia a la gestión del dinero y realización de compras equilibradas. **e)**

Relaciones Interpersonales incluye las relaciones de amistad, familiares, participación en actividades sociales, relaciones sexuales y asertividad. **f) Ocio** es la capacidad para practicar deporte/ejercicio físico y mantener aficiones.

Es una escala heteroaplicada por lo que se requiere entrenamiento del investigador. El marco de referencia temporal estándar es de los últimos 15 días. Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación. El clínico ha de valorar las limitaciones que presenta el paciente teniendo en cuenta el funcionamiento normal esperado en una persona del mismo sexo, edad, y situación sociocultural. El tiempo de aplicación deberá ser anotado.

1.7.ANTECEDENTES

Estudios sobre el uso de la escala de FAST, se reporta el estudio de Gonzales y col., para validar la Escala Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST) comparándola con la Escala de Strauss-Carpenter en pacientes con primer episodio psicótico, demostró tener fuertes propiedades psicométricas, constituyéndose en un instrumento válido para su uso en la práctica clínica y ensayos clínicos, como en investigación de temas relacionados con el primer episodio psicótico.¹¹

Zortéa y col., encuentra que la escala FAST demostró buenas propiedades psicométricas en términos de validez y confiabilidad, al ser usada en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia. Durante la realización del estudio, la escala FAST fue de fácil aplicación y tabulación. Por tanto, se la sugiere como instrumento útil para obtener información de la discapacidad en estos pacientes, en el control ambulatorio.¹²

Adriane R y col. mide la validez y confiabilidad de la prueba corta de evaluación de funcionamiento (FAST), en 101 pacientes con trastorno bipolar DSM-IV TR y 61 controles sanos fueron evaluados en el Programa de Trastorno Bipolar, Hospital Clínico de Barcelona. Se analizaron las propiedades psicométricas de FAST (viabilidad, consistencia interna, validez concurrente, validez discriminante (pacientes eutímicos frente a pacientes agudos), análisis factoriales y fiabilidad test-retest). Concluyendo que la prueba FAST mostró fuertes propiedades

psicométricas y fue capaz de detectar diferencias entre los pacientes con eutímicos y agudos con trastorno bipolar. Además, es un instrumento corto y simple administrado por una entrevista (6 minutos), que es fácil de aplicar y requiere solo un corto período de tiempo para su aplicación.¹³

Miriam L. Osorio M. y col., hicieron un estudio en Hospital Hermilio Valdizán, Lima, Perú. Cuyo objetivo fue identificar la afectación en el funcionamiento según tiempo con esquizofrenia, medidos a través de un instrumento de fácil aplicación en la práctica ambulatoria. en pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos ambulatoriamente, llegando a la conclusión de que los pacientes con menos de un año de enfermedad mostraron mejor funcionamiento. Se observó disminución del funcionamiento después del primer año de diagnóstico, indistintamente entre los grupos. Existe la necesidad de empezar estrategias de rehabilitación tempranas.¹⁴

CAPITULO II. METODOS Y MATERIALES

1. DISEÑO DE INVESTIGACION:

No experimental

2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Prospectiva, transversal

3. POBLACION Y MUESTRA

3.1. Población.

Conformada a un total de 420 pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide, en fase de estabilización o en fase estable de la enfermedad, atendidos en consulta externa del servicio de Psiquiatría, del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el último semestre del año 2019.

3.2. Muestra

La muestra se seleccionó utilizando la fórmula para población conocida, que es la siguiente:

$$n = Z^2 \frac{N * p * q}{d^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

- n : Tamaño de la muestra.
- Z : Valor correspondiente a la distribución de Gauss, y que para un nivel de confianza del 95% (error $\alpha=0,05$) es 1,96
- N : población estimada, atendida en la temporada de diciembre del 2019, enero, febrero del 2020 dato obtenido de la oficina de informática del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Tamaño de la población, correspondiente al número total pacientes atendidos en consulta externa en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2019.

- p : Prevalencia esperada del parámetro a evaluar, $p = 0.1$ de los estudios. En base a estudios anteriores, citados en los antecedentes (19).
- q : $1-p$ ($1-0.1 = 0.9$)
- d : Precisión o error que se espera cometer, en este caso el 5%, es decir 0,05

Reemplazando se tiene:

$$n = (1,96)^2 \frac{420 * 0,1 * 0,9}{(0,05)^2(420 - 1) + (1,96)^2 * 0,1 * 0,9}$$

$$n = \frac{420 * 0,345}{(0.0025) * (419) + 0.345}$$

$$n = 104.09482$$

Obteniéndose la muestra calculada en 104 personas para un nivel de confianza del 95% y un error probable del 5%,

AJUSTE DE MUESTRA

no Muestra obtenida

N: Población estimada

$$n = \frac{no}{1 + no/N}$$

$$n = \frac{104}{1 + 104/420}$$

$$n = 83$$

Promedio de la población atendida en trimestres:

	N: POBLACION ESTIMADA POR MES	MUESTRA AJUSTADA POR MES
Setiembre	70	13
Octubre	70	14
Noviembre	70	14
Diciembre	70	14
Enero	70	14
Febrero	70	14
TOTAL	420	83

Los criterios de inclusión fueron:

- ✓ edad comprendida desde los 15 años hasta los 65 años,
- ✓ pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide con los criterios diagnósticos basado en DSM IV (17) y CIE 10,
- ✓ pacientes estables o sin crisis, que acuden a consulta externa en el servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Los criterios de exclusión fueron:

- ✓ individuos con dificultad para realizar las pruebas cognitivas debido a problemas auditivos, visuales u otros problemas físicos que pudieran interferir con su rendimiento;
- ✓ idioma diferente al español;
- ✓ antecedentes de adicción o abuso de sustancias;
- ✓ deterioro cognitivo explicado por otra causa, (p.e. hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, hepatopatía, nefropatía crónica, neuro-infecciones (infección asociada a VIH, sífilis), traumatismo craneo encefálico severo, hematoma subdural, entre otras.

4.- INSTRUMENTO Y TECNICA PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

4.1. Instrumento de recolección de datos.

Constituido por la escala de FAST (Functioning Assessment Short Test)(**Gonzales et.al.**) Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento. tiene propiedades psicométricas con alta consistencia interna, un alfa de Cronbach de 0.9.

Consiste en un instrumento estructurado de veinticuatro ítems que evalúan seis áreas específicas de funcionamiento, que se describen a continuación: 1) Autonomía, 2) Funcionamiento Laboral, 3) Funcionamiento Cognitivo 4) Finanzas 5) Relaciones Interpersonales, 6) Ocio es la capacidad para practicar deporte/ejercicio físico y mantener aficiones.

La escala de valoración general es la siguiente:

GRADOS DE DETERIORO SEGÚN ESCALA FAST	
Muy deteriorado	55 – 72 puntos
Bastante deterioro	37 – 54 puntos
Poco deterioro	19 – 36 puntos
Ningún deterioro	0 – 18 puntos

4.2. Técnica de recolección de datos

- a) Solicitar Autorización al Director del HAAA y jefe de servicio y jefe de investigación para realiza el estudio.
- b) Entrenamiento de los investigadores de los últimos 15 días.
- c) Encuestar a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia Paranoide en fase de estabilización, previo consentimiento informado del paciente y del familiar acompañante.
- d) El registro de datos consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron registrados en el programa de Excel XP para Windows para luego ser procesados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20.

7.- ANALISIS ESTADISTICOS DE LOS DATOS.

Estadística Descriptiva: Medidas de frecuencia o porcentajes, en tablas de doble entradas y gráficas, **Estadística Analítica:** Para estudiar la relación entre variables categóricas se utilizó Chi Cuadrado en tablas de contingencia de 2 x 2. Se trabajo con un nivel de significancia estadística del 5%.

III.- RESULTADOS

Tabla 1 Distribución de las características epidemiológicas de los pacientes con esquizofrenia paranoide. Hospital AAA. Es Salud –Chiclayo 2020

Características Epidemiológicas		n	%
Edad (años)	15-25	6	7,2
	26-35	19	22,9
	36-60	44	53,0
	>60	14	16,9
Sexo	Masculino	55	66.3
	Femenino	28	33.7
Tiempo Enfermedad	0 - 5	11	13.3
	6- 10	17	20.5
	11-15	17	20.5
	>15	38	45.8
Numero Recaídas	1	39	47.0
	2	36	43.4
	3	6	7.2
	4	2	2.4
Grado Instrucción	Primaria	1	1.2
	Secundaria	29	34.9
	Técnico	29	34.9
	Universitario	24	28.9
Ocupación	Estudiante.	25	30.1
	Profesional	5	6.0
	Oficios	26	31.3
	Ama casa/ sin trabajo	27	32.5
Total		83	100.0

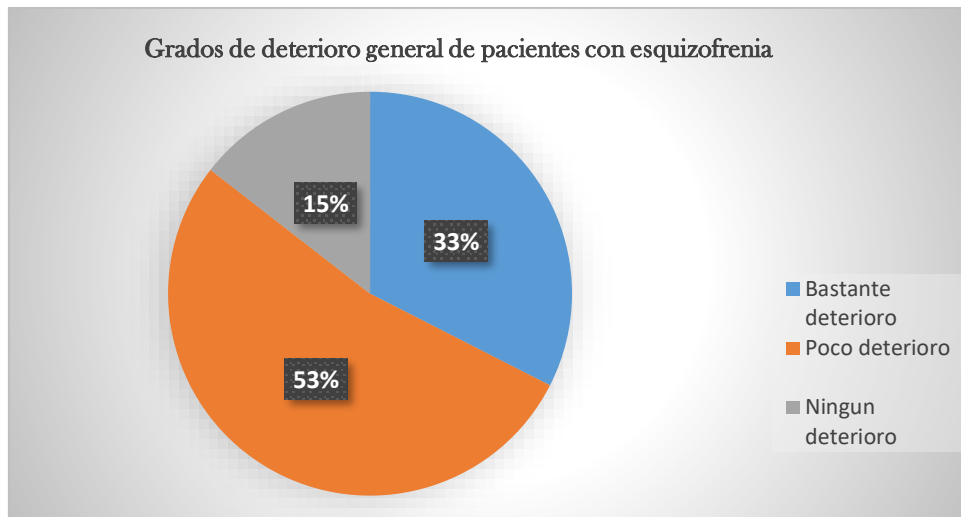


Figura 1 Grados de deterioro funcional general de pacientes con esquizofrenia paranoide. HNAAA, Es Salud, Chiclayo 2020 (n=83 pacientes)

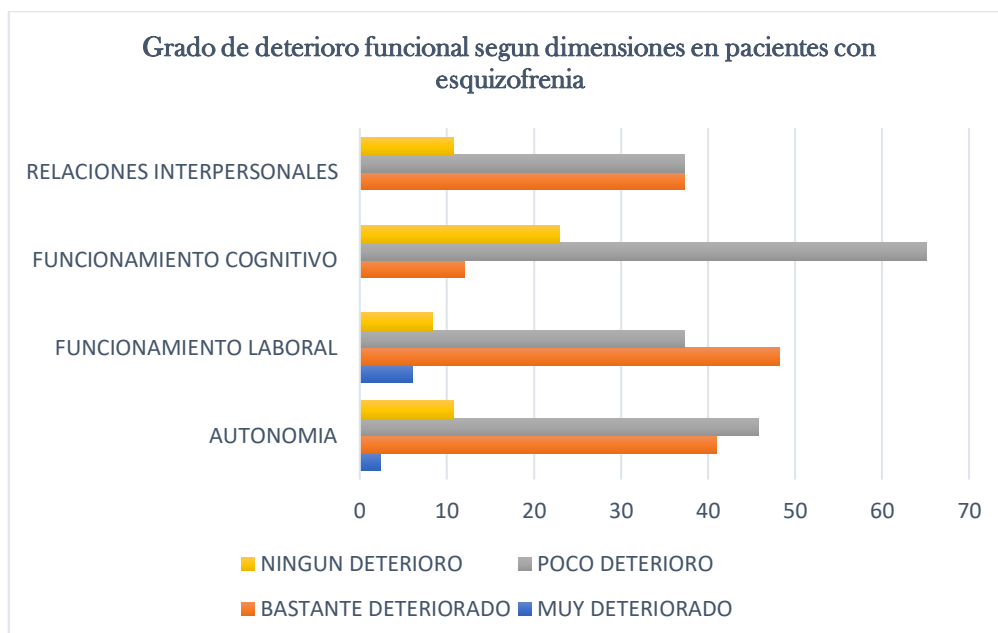


Figura 2 Grados de deterioro funcional según dimensiones en pacientes con esquizofrenia. HNAAA, Es Salud, Chiclayo 2020. (n=83 pacientes)

Tabla 2 Relación entre el deterioro funcional general y según dimensiones con los años de enfermedad de pacientes con esquizofrenia paranoide. Hospital AAA–Chiclayo 2020.

GRADOS DE DETERIORO FUNCIONAL		TIEMPO DE ENFERMEDAD (años)				Total	p	Significancia
		0-5	6-10	11-15	>15			
General	Bastante deterioro	1	2	7	17	27	0.011	Significativo (Δ)
	Poco deterioro	6	10	8	20	44		
	Ningún deterioro	4	5	2	1	12		
Autonomía	Muy deteriorado	0	0	0	2	2	0.010	Significativo(Δ)
	Bastante deterioro	6	4	7	17	34		
	Poco deterioro	1	9	9	19	38		
	Ningún deterioro	4	4	1	0	9		
Funcionamiento laboral	Muy deteriorado	0	0	1	4	5	0.578	No significativo
	Bastante deterioro	4	8	11	17	40		
	Poco deterioro	5	7	4	15	31		
	Ningún deterioro	2	2	1	2	7		
Funcionamiento cognitivo	Bastante deterioro	0	1	1	8	10	0.000	Significativo(Δ)
	Poco deterioro	3	10	12	29	54		
	Ningún Deterioro	8	6	4	1	19		
Relaciones interpersonales	Bastante deterioro	2	4	6	19	31	0.116	No significativo
	Poco deterioro	6	11	8	18	43		
	Ningún deterioro	3	2	3	1	9		
Total		11	17	17	38	83		

(Δ): Estadístico Chi cuadrado χ^2 p < 0.05, Significativo, se concluye que existe diferencia significativa

Tabla 3. Relación entre el deterioro funcional según edad, sexo y grado de instrucción enfermedad de los pacientes con esquizofrenia paranoide. Hospital AAA. Es Salud –Chiclayo 2020

		Grados de deterioro funcional			Total	p	Significancia
		Bastante deterioro	Poco deterioro	Ningún deterioro			
Edad (Años)	15-25	1	4	1	6	0.166	No significativo
	26-35	4	9	6	19		
	36-60	15	24	5	44		
	>60	7	7	0	14		
Sexo	Masculino	20	29	6	55	0.340	No significativo
	Femenino	7	15	6	28		
Grado de instrucción	primaria	1	0	0	1	0.143	No significativo
	secundaria	14	13	2	29		
	superior no universitario	8	15	6	29		
	Universitario	4	16	4	24		
Total		27	44	12	83		

Estadístico Chi cuadrado χ^2 $p > 0.05$, No Significativo, se concluye que No existe diferencia significativa.

Tabla 4. Relación entre el deterioro funcional general y por dimensiones con el número de recaídas
Por año en esquizofrénicos paranoides. Hospital AAA. Es Salud –Chiclayo 2020

Grados de deterioro funcional		Número De Recaídas Por Año				Total	p	Significancia
		1	2	3	4			
Grados de deterioro (general)	Bastante deterioro	10	14	1	2	27	0.105	No significativo
	Poco deterioro	20	19	5	0	44		
	Ningún deterioro	9	3	0	0	12		
Autonomía	Muy deteriorado	0	1	0	1	2	0.00	Significativo(Δ)
	Bastante deterioro	10	18	5	1	34		
	Poco deterioro	22	15	1	0	38		
Funcionamiento laboral	Ningún deterioro	7	2	0	0	9	0.736	No significativo
	Muy deteriorado	2	2	1	0	5		
	Bastante deterioro	16	19	3	2	40		
	Poco deterioro	18	11	2	0	31		
Funcionamiento cognitivo	Ningún deterioro	3	4	0	0	7	0.389	No significativo
	Bastante deterioro	5	5	0	0	10		
	Poco deterioro	23	26	3	2	54		
Relaciones interpersonales	Ningún deterioro	11	5	3	0	19	0.098	No significativo
	Bastante deterioro	13	16	0	2	31		
	Poco deterioro	20	17	6	0	43		
Total		39	36	6	2	83		

(Δ): Estadístico Chi cuadrado χ^2 $p < 0.05$, Significativo, se concluye que existe diferencia significativa

IV.- DISCUSION

La presente tesis sigue la tendencia de la línea de investigación en salud mental en relación a identificar grados deterioro de esquizofrenia paranoide funcional, para tomar medidas preventivas y terapéuticas y mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes. Existen pocos trabajos en la literatura revisada, en consecuencia, constituye el presente estudio el primer trabajo de investigación en nuestro medio.

A continuación, se presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, los cuales son descritos en relación a los objetivos propuestos presentando primero el perfil epidemiológico de los pacientes y luego los grados de severidad general y por dimensión en relación a la edad, sexo, grado de instrucción, tiempo de enfermedad y numero de recaídas.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS PACIENTES.

El perfil epidemiológico de las pacientes con esquizofrenia paranoide se caracteriza porque la mayoría son de edades de 35 a 60 años, correspondiendo 53%, varones 66.3%, tiempo de enfermedad mayor de 15 años 45.8%, con una sola recaída al año 47%, grado de instrucción secundaria o técnico con 34.9% y ocupación ama de casa y sin trabajo con 32.5% (Tabla 01).

Al comparar estos valores con las referencias bibliográficas, Kaplan y Sadock refiere que cerca del 90% de pacientes en tratamiento por esquizofrenia tienen entre 15 y 55 años, en el presente estudio encontramos 83.1%, valor cercano y además encuentra que la esquizofrenia después de los 60 años es muy poco frecuente considerándose como una esquizofrenia de aparición tardía, al respecto nosotros encontramos 16.9% en pacientes mayores de 60 años aunque su inicio de enfermedad ha sido antes de los 60 años refiriendo desde 25 años. Estamos de acuerdo que el principal grupo de edad en riesgo de padecer esquizofrenia es de 15-

35 años. Según la información del paciente y el acompañante, el promedio de edad de aparición de la enfermedad en los varones es 27.3 años, con un rango de 15 a 36 años y en las mujeres el promedio es de 26.8 años con un rango de 14 a 48 años, Mientras que el Current Medical sostiene que el tiempo de inicio de la enfermedad, corresponde a la media para los hombres de 18 años y para las mujeres es de 25 años.

Referente al sexo donde se determinó un predominio de varones esquizofrénicos, no concuerda con Kaplan y Sadock quien sostiene que la esquizofrenia tiene la misma prevalencia tanto hombres como en mujeres, la edad durante la cual suele iniciarse la enfermedad es entre los 10 y 25 años en los hombres y entre 25 y 35 años en las mujeres, valores que concuerdan con nuestros hallazgos. Así mismo manifiesta que el inicio en las mujeres suele ser más tardío y el curso más benigno en comparación con los hombres, por lo que la media de inicio de la enfermedad en ellos es de 15 años de edad mientras que en las mujeres es de más de 20 años en promedio. Así también la Guía Terapéutica para el manejo de esquizofrenia manifiesta que, el inicio en las mujeres suele ser más tardío y el curso más benigno en comparación con los hombres, por lo que la media de inicio de la enfermedad en ellos es de 15 años de edad mientras que en las mujeres es de más de 20 años en promedio.

Por otro lado, Kaplan y Sadock sostiene que a diferencia de los hombres, las mujeres muestran una distribución bimodal, con un segundo punto durante la madurez, aproximadamente entre el 10% de las mujeres con esquizofrenia presentan el inicio de la enfermedad después de los 40 años. En el presente trabajo se ha encontrado un valor próximo que corresponde a 14% concordando que en las mujeres se manifiesta la distribución bimodal de inicio de la esquizofrenia. Al respecto, la Guía Terapéutica para el manejo de esquizofrenia manifiesta también que las mujeres enferman tres o cuatro años más tarde que los hombres y muestran un segundo pico de inicio alrededor de la menopausia consecuentemente, las esquizofrenias de inicio tardío son más frecuentes y más severas en las mujeres que en los hombres.

En relación al número de recaídas por año, tal como se describió antes, nosotros habíamos encontrado que la mayor frecuencia era de una sola recaída con 47%. Al

comparar con Kaplan y Sadock, la probabilidad de reingreso durante los 2 años posteriores al alta después de la primera hospitalización es de entre el 40 y 60%. Esto se debería tal como lo sostiene Eliana Taborda Zapata y col, el estrés-vulnerabilidad en la fisiopatología de la esquizofrenia y los procesos epigenéticos involucrados en la génesis y la evolución de la enfermedad mental, existiría una asociación entre la frecuencia de recaídas y hospitalizaciones, deterioro funcional, abuso de sustancias psicoactivas comórbidas.

Referente al factor epidemiológico ocupación, predominaron las amas de casas y los que carecen de trabajo con 32.5%. No se encontró en los antecedentes resultados de frecuencia de pacientes esquizofrénicos según ocupación. Aunque Eliana Taborda Zapata y col. en su obra, Manejo integral del paciente con esquizofrenia, manifiestan que los pacientes trabajen en actividades acordes con sus preferencias y opciones, lo que conlleva la mejoría de las condiciones clínicas asociadas con los síntomas negativos.

GRADOS DE DETERIORO FUNCIONAL EN ESQUIZOFRENICOS.

En relación a los grados de deterioro funcional general, se observa que predominaron los pacientes con poco deterioro con 53% seguido de bastante deterioro con 33% (Figura 01).

Cuando analizamos los grados de deterioro de esquizofrenia según las dimensiones de funcionalidad (Fig. 02), se aprecia que el grado muy deteriorado solo está presente en las dimensiones de funcionamiento laboral (6%), seguido de la dimensión de autonomía (2.4%). Así mismo se determinó que la dimensión de funcionamiento laboral presente mayor frecuencia en el grado bastante deteriorado (48.2%), seguido de la dimensión de autonomía (41%) y las relaciones interpersonales (37.3%). Según el grado de poco deterioro, las frecuencias fueron como sigue: función cognitiva con 65.1%, autonomía 45.8%, y funcionamiento laboral y relaciones interpersonales con 37.3% respectivamente. Así también se encontró que el 22.9% de pacientes no presentaron deterioro cognitivo.

El reporte hallado de pacientes con esquizofrenia donde el 22.9% tienen función cognitiva normal, lo cual indicaría que ellos no tienen afectado la capacidad de concentración, realización de cálculos mentales, resolución de problemas, aprendizaje y memoria para las nuevas tareas, que constituyen características de la función cognitiva normal. Al respecto Andreassen (1) calcula que el 15% de los pacientes presenta un funcionamiento neuropsicológico normal, la mayoría de los enfermos de esquizofrenia manifiestan algún grado de déficit cognitivo, con rendimientos estimados entre 1 y 3 desviaciones estándar bajo el promedio de la población general. En el contexto de un compromiso generalizado, destacan particularmente la alteración de la atención, memoria declarativa y funciones ejecutivas. Según esta afirmación, el 77.1% pacientes estudiados tendrían estas alteraciones.

Sobre la importancia del daño de la función cognitiva Brenner y cols, plantean un modelo en el que las interrelaciones entre los déficits cognitivos y sociales pueden ser representadas como dos círculos viciosos; en un primer círculo, las deficiencias cognitivas más elementales (atención y memoria) interfieren con el rendimiento del nivel siguiente (planificación ejecutiva), lo que, a su vez, dificulta la función del nivel anterior. Este espiral, lleva al deterioro de la percepción y a una respuesta social desadaptada, formando un segundo círculo, en que la disfunción cognitiva impide el desarrollo de habilidades de afrontamiento interpersonal, dejando al sujeto más vulnerable aún al estrés social e impidiendo la adquisición de nuevos conocimientos.

Así mismo Green, propone que el rendimiento cognitivo, en forma directa, o actuando recíprocamente con los síntomas negativos, influye sobre el funcionamiento comunitario, la capacidad de resolver problemas sociales y la adquisición de nuevas destrezas. Asimismo, este autor plantea que la severidad del déficit cognitivo sería el principal factor limitante del éxito de los programas de rehabilitación psicosocial. Kaplan y Sadock la regresión de las facultades mentales, respuestas afectivas y comportamiento son menores en los pacientes con esquizofrenia paranoide que en aquellos con otro subtipo de esquizofrenia.

Todas estas afirmaciones sustentan lo encontrado al relacionar las dimensiones de funcionalidad, que existe asociación entre los grados de esquizofrenia con la dimensión cognitiva ($p < 0.05$).

Al analizar la dimensión de relaciones interpersonales encontramos un valor de poco deterioro de 37.3%, sabemos que las relaciones interpersonales incluyen las relaciones de amistad, familiares, participación en actividades sociales, relaciones sexuales y asertividad; esto indicaría que estas relaciones estarían poco afectadas en los pacientes estudiados. Sobre este punto Kaplan y Sadock sostienen que muchos estudios han indicado que la actitud de los padres y los cuidadores de comportarse como abiertamente críticos, hostiles o implicarse demasiado con la persona con esquizofrenia, y familias con altos niveles de expresión no afectiva, la tasa de recaída de la esquizofrenia es elevada. Esta situación estaría sucediendo en el 9.6% de pacientes con 3 a 4 recaídas.

Nosotros encontramos más predominio de pacientes varones que mujeres, siendo en consecuencia mayor el deterioro social de la esquizofrenia en hombres comparado con mujeres, lo cual se debería a una sintomatología más severa, edad temprana de inicio y al deterioro o estancamiento del ascenso social en un estadio temprano del desarrollo social y cognoscitivo. Anué la discapacidad social en el sentido de una adaptación a las expectativas del medio ambiente social, así como la sintomatología durante el ulterior curso de la esquizofrenia, no muestran mayores diferencias entre los grupos de edad (Guía Terapéutica Para El Manejo De Esquizofrenia).

En este sentido, compartimos con la afirmación de los autores (Alvaro Cavieres F. y Mónica Valdebenito), quienes sostienen que el funcionamiento social, definido como la capacidad de conseguir y mantener un auto cuidado apropiado, una labor productiva y relaciones interpersonales significativas, sería un determinante central. Las personas enfermas de esquizofrenia se caracterizan por un deterioro marcado de su funcionamiento social, el que antecede al inicio de la enfermedad y es un importante predictor de su pronóstico, a mediano y largo plazo, incluyendo la frecuencia de recaídas y rehospitalizaciones.

En relación a la dimensión de funcionamiento laboral se encontró que el 6% tuvo un grado muy deteriorado, 48.2%, bastante deteriorado y 37.3% grado de poco deterioro. Sabemos que la dimensión de funcionamiento laboral incluye la capacidad de trabajar del paciente, rapidez para desempeñar tareas laborales, rendimiento, ocupación laboral y sueldo en función su formación académica. Estos valores serian explicados debido a que la mayoría de pacientes que es de 32.5 %, lo constituyen las amas de casa y los que no tienen trabajo.

El valor encontrado es mayor al reportado por Eliana Taborda Zapata y col. encuentran 10–20% con más bajas tasas de empleo competitivo, quizá debido a las dificultades sociales generadas por la clínica de la enfermedad, el imaginario colectivo a su alrededor y los efectos secundarios de la medicación, entre otros factores que obstaculizan la incorporación laboral de los pacientes. Sin embargo, la mayoría de las personas con esquizofrenia desean trabajar, pues consideran el trabajo como fuente potencial de beneficios adicionales a la estabilidad económica, como el fortalecimiento de la autoestima y el sentido de propósito, y se rige como un espacio potencial de rehabilitación y de reingreso a la comunidad tras la hospitalización. (68, 69).

Al relacionar los grados de deterioro funcional general con los años de enfermedad de los pacientes con esquizofrenia paranoide, se encontró asociación significativa ($p < 0.05$). Esto concuerda con todos los autores, debido que a mayor tiempo de enfermedad existe mayor deterioro o menor grado de funcionamiento, ya que este es progresivo con el tiempo en la mayoría de pacientes. Al relacionar las dimensiones de funcionalidad, solo se encontró que existe asociación con la dimensión cognitiva y la dimensión de autonomía ($p < 0.05$). No existe asociación entre el deterioro funcional general con la edad, sexo y grado de instrucción ($p > 0.05$). Existe solo asociación entre el número de recaídas por año y el deterioro funcional para la dimensión de autonomía.

V.- CONCLUSIONES

1. La frecuencia de los grados de deterioro funcional general en los pacientes con esquizofrenia paranoide fue: poco deterioro 53 %, bastante deteriorado 33.0%, ningún deterioro 15%.
2. Los grados de deterioro de esquizofrenia según las dimensiones de funcionalidad, se determinó que el grado muy deteriorado solo está presente en las dimensiones de funcionamiento laboral (6%), seguido de la dimensión de autonomía (2.4%). Así mismo se determinó que la dimensión de funcionamiento laboral presente mayor frecuencia del grado de bastante deteriorado (48.2%), seguido de la dimensión de autonomía (41%) y las relaciones interpersonales (37.3%).
3. Al relacionar los grados de deterioro funcional general con los años de enfermedad de los pacientes con esquizofrenia paranoide, se encontró asociación significativa ($p<0.05$)
4. Al relacionar las dimensiones de funcionalidad, solo se encontró que existe asociación con las dimensiones de autonomía y cognitiva ($p<0.05$)
5. No existe asociación entre el deterioro funcional general con la edad, sexo y grado de instrucción ($p>0.05$).
6. Existe solo asociación entre el número de recaídas por año y el deterioro funcional para la dimensión de autonomía.
7. Los pacientes con esquizofrenia paranoide se caracterizan porque la mayoría son de edades de 35 a 60 años, correspondiendo 53%, varones 66.3%, tiempo de enfermedad mayor de 15 años 45.8%, con una sola recaída al año 47%, grado de instrucción secundaria o técnico con 34.9% y ocupación ama de casa y sin trabajo con 32.5%.

RECOMENDACIONES

1. Al Gerente del hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, coordinar con los responsables de admisión que amplíe el horario de atención para mañana y tarde.
2. Al jefe del servicio de Psiquiatría que coordine con los médicos del servicio para brindar una evaluación integral o derivar oportunamente a los servicios pertinentes.
3. Al coordinador del programa de pacientes con esquizofrenia que aumente el número de sesiones por mes y motiven al resto de colegas para su apoyo al programa,
4. A los futuros interesados, continuar investigando esta línea de investigación, considerando el inicio de la enfermedad y la importancia del deterioro de la función cognitiva como base del deterioro de las dimensiones de autonomía, funcionamiento laboral y relaciones interpersonales.

VI.- REFERENCIASBIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de ciencia e innovación. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. España: Arpirelieve; 2009. p. 21.
2. Organización Mundial de la Salud: Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.[Internet] 1ra ed: Catalogación por la Biblioteca de la OMS: 2013 [Acceso 2018 abril 22]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1. P. 8
3. Holes R.,Yudofsky . Tratado de psiquiatría clínica. 4ta edición. Masson S.A. 2004. Pág. 379- 427.
4. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. Schizophrenia. Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care. (updated edition) National Clinical Guideline Number 82., 2010.
5. Torgalsbøen AK, Rund BR. Maintenance of Recovery From Schizophrenia at 20-Year Follow-Up: What Happened? Psychiatry; Spring 2010; 73, 1; Platinum Periodicals.
6. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. Nota descriptiva N° 397. [Internet] 9 de abril de 2018 [Acceso 2015 Marzo 08]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>
7. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. Nota descriptiva N° 397. [Internet] 9 de abril de 2018 [Acceso 2018 Marzo 08]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
8. Keefe RSE, Eesley CE, Poe MP. Defining a cognitive function decrement in schizophrenia [internet] Biol Psychiatr. 2005 [citado 2013 May 23]. 57: 688–691. Doi: 10.1016/j.biopsych.2005.01.003
9. Osorio-Martínez, Miriam L. Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. Anales de la Facultad de Medicina, vol. 78, núm. 1, 2017, pp. 17-22 Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú
10. Barrera PA. Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. Rev chil neuro-psiquiatr [Internet] 2006 [citado 2013 Jun 17];44(3):215-21.Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-22722006000300007&lng=es.
11. González-Ortega I, Rosa A, Alberich S, Barbeito S, Vega P, Echeburúa E, et al. A validation and use of the functioning assessment short test in first psychotic episodes [internet]. J Nerv Ment Dis. 2010 [citado 2013 Jun 6]. 198(11):836-40. Doi: 10.1097/NMD. 0b013e3181f97bf9

12. Zortéa K, Da Silva P, Rosa AR, De Lucena D, Guimarães LR, Francesconi LPP, et al. Concurrent validity and reliability of the Brazilian version of the functioning assessment short test in patients with schizophrenia. *Value Health Reg Issues*. [internet] 2012 [citado 2018 Jun 11] 1(2), 244-247. Disponible en: [http://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099\(12\)00053-2/pdf](http://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099(12)00053-2/pdf).
13. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* [Internet] 2007[citado 2018 Abr 12]; 3:5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1904447/>.
14. Osorio-Martínez ML. Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. *An Fac med*. 2017;78(1):17-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i1.13016>.
15. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*, publicada por la American Psychiatric Association de Washington.
16. Profesor Humberto. Rotondo Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo". Segunda edición. Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú 2011. Pág.155-156.
17. Black, Donald W., autor. Texto introductorio de psiquiatría / Donald W. Black, Nancy C. Andreasen. traducción Juan Roberto Palacios Martínez. Primera edición. México, D.F. : Editorial El Manual Moderno, 2015. Pág.142-148 Ayuso-Mateos JL, Nieto-Moreno M, Sánchez-Moreno J, Vázquez-Barquero JL. Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* [Internet] 2006; [citado 2011 Jul 15;126(12):461-6]. doi: 10.1157/13086326.
18. Organización Mundial de la Salud [Internet]; Ginebra,OMS. Nota descriptiva N° 397. 2015. [citado 2013 Feb 11]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
19. Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. EB 130/9. 2011. [citado 2012 Mar 15]; Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-sp.pdf
20. Ministerio de Salud. Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2012. Lima. Dirección General de Epidemiología. 2014.
21. Kohn R, Levav I, Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ y col. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* [Internet] 2005 Nov [citado 2014 Feb 17]; 18(4-5): 229-240. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000900002>.

22. Asociación Psiquiátrica Americana. Sección II: Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades Mentales 5. 5ta edición. Argentina. Editorial Médica Panamericana. 2014.
23. Lenior ME, Dingemans P, Schene AH, Linszen DH. Predictors of the early 5-year course of schizophrenia: a path analysis. Schizophr Bull [Internet] 2005 [Citado 2013 Feb 17]; 31 (3):781-791. Disponible en <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/31/3/781.full>.
24. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. Clin Pract Epidemiol Ment Health [Internet] 2007[citado 2013 Abr 12].
25. Maxine A. Papadakis, Stephen J. McPhee. Medical Diagnosis & Treatment. 59th ed. San Francisco, California: Mc Graw Hill, 2019.
26. Organización Mundial de la Salud [Internet]; Ginebra, OMS. Temas de Salud: Esquizofrenia. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
27. Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz y col. Sinopsis de Psiquiatría. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.
28. <https://larepublica.pe/sociedad/1237187-esquizofrenia-cerca-3-mil-personas-padecen-peru-informa-essalud/>
29. Jean Starling & Isabelle Feijo. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS DE INICIO TEMPRANO. Paj. 2. 2018

ANEXOS

ANEXO 01:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“GRADO DE DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
PARANOIDES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA
ASENJO, CHICLAYO, PERÚ.2019-2020”

INVESTIGADORES:

- Jordy Mendoza Fernández
- Jhon Muguerza Huamán

INSTITUCIÓN: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO

Mediante el presente documento se le está pidiendo que participe en un estudio de investigación sobre el grado de deterioro funcional en pacientes con esquizofrenia, este tipo de estudio se realiza para poder saber más sobre su enfermedad y así poder encontrar mejores modelos de seguimiento y cuidado para personas con esquizofrenia. Su participación es completamente voluntaria; si no desea participar, continuará con su atención habitual sin ningún inconveniente.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si acepta participar o no.

La OMS define esquizofrenia, como un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, que se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta.

Si Ud. acepta participar se le proporcionará un cuestionario, el cual consta de 24 preguntas, con 4 alternativas cada una, para que sea contestadas a través de un aspa, con la alternativa que crea pertinente.

Es probable que Ud. no se beneficie directamente con los resultados de esta investigación, sin embargo, podría ser útiles para persona que tengan su misma enfermedad en el futuro. No existen riesgos por participar en este estudio; se mantendrá el anonimato para proteger sus datos personales, no tendrá gasto alguno por participar.

Su identidad no será revelada, sólo el equipo de investigación podrá acceder a sus datos.

Ud. es libre de retirar su consentimiento para participar en la investigación en cualquier momento sin que esto lo perjudique. Este proyecto de investigación es autofinanciado.

Si Ud. lo desea se le otorgará la información de los resultados obtenidos de la investigación. Para cualquier consulta acerca del estudio puede contactar a los investigadores, al teléfono celular 939043898.

He leído el documento, y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidad del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento cuando lo desee, sin que esto perjudique mi atención en ESSALUD.

		/ /
NOMBRE DEL PARTICIPANTE	FIRMA	FECHA
		/ /
NOMBRE DEL TESTIGO O REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA	FECHA
		/ /
NOMBRE DEL INVESTIGADOR	FIRMA	FECHA

**GRADO DE DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS PARANOIDES
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO,
CHICLAYO, PERÚ.2019-2020**

Los suscritos tesis de la facultad de Medicina Humana de la universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, solicitan su apoyo para realizar la fase de recolección de datos del proyecto en mención, para lo cual agradecemos anticipadamente.

Lee cuidadosamente el contenido de la presente ficha de recolección de datos y llene la información solicitada en las características epidemiológicas y con un aspa (X) la alternativa que usted crea pertinente.

1. Edad: años
2. Sexo: () Masculino () Femenino
3. Ocupación; () estudiante () profesional
 () oficios () ama de casa/ sin trabajo
4. Tiempo de enfermedad (años).....
5. Numero de recaídas;
6. Grado de Instrucción:
 1. Sin estudios ()
 2. Primaria ()
 3. Secundaria ()
 4. Técnico ()
 5. Universitario ()

IV. CUESTIONARIO:

ESCALA FAST				
	Ninguna	Poca	Bastante	Mucha
AUTONOMIA				
1. Encargarse de las tareas de la casa	0	1	2	3
2. Vivir solo	0	1	2	3
3. Hacer la compra	0	1	2	3
4. Cuidar de sí mismo (aspecto físico, higiene...)	0	1	2	3
FUNCIONAMIENTO LABORAL				
5. Realizar un trabajo remunerado	0	1	2	3
6. Acabar las tareas tan rápido como era necesario	0	1	2	3
7. Trabajar en lo que estudió	0	1	2	3
8. Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa	0	1	2	3
9. Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa	0	1	2	3
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO				
10. Concentrarse en la lectura, película	0	1	2	3
11. Hacer cálculos mentales	0	1	2	3
12. Resolver adecuadamente un problema	0	1	2	3
13. Recordar el nombre de gente nueva	0	1	2	3
14. Aprender una nueva información	0	1	2	3
FINANZAS				
15. Manejar el propio dinero	0	1	2	3
16. Hacer compras equilibradas	0	1	2	3
RELACIONES INTERPERSONALES				
17. Mantener una amistad	0	1	2	3
18. Participar en actividades sociales	0	1	2	3
19. Llevarse bien con personas cercanas	0	1	2	3
20. Convivencia familiar	0	1	2	3
21. Relaciones sexuales satisfactorias	0	1	2	3
22. Capaz de defender los propios intereses	0	1	2	3
OCIO				
23. Practicar deporte o ejercicio	0	1	2	3
24. Tener una afición	0	1	2	3

PRUEBA CHI-CUADRADA

Definición de X^2

Una medida de la discrepancia existente entre las frecuencias observadas y esperadas es suministrada por el estadístico X^2 , dado por:

$$X^2 = \frac{(o_1 - e_1)^2}{e_1} + \frac{(o_2 - e_2)^2}{e_2} + \dots + \frac{(o_k - e_k)^2}{e_k} = \sum_{j=1}^k \frac{(o_j - e_j)^2}{e_j}$$

donde si el total de frecuencias es N ,

$$\sum o_j = \sum e_j = N$$

Si $X^2 = 0$, las frecuencias observadas y esperadas concuerdan exactamente, mientras que si $X^2 > 0$, no coinciden exactamente. A valores mayores de X^2 , mayores son las discrepancias entre las frecuencias observadas y esperadas.



Centro Andino de Investigación y Entrenamiento
en Informática para la Salud Global



Certificamos que

Jordy Mendoza Fernández

Ha finalizado satisfactoriamente el curso

Conducta Responsable en Investigación

14 June 2018

Calificación del Curso: 20,00

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dra. J. García".

Dra. Patricia J. García Funeira
Facultad de Salud Pública y Administración
Universidad Peruana Cayetano Heredia



Centro Andino de Investigación y Entrenamiento
en Informática para la Salud Global



Certificamos que

Jhon Muguenza Huaman

Ha finalizado satisfactoriamente el curso

Conducta Responsable en Investigación

26 July 2018

Calificación del Curso: 20,00

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dra. Patricia J. García Funegra".

Dra. Patricia J. García Funegra
Facultad de Salud Pública y Administración
Universidad Peruana Cayetano Heredia



La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Jhon Muguerza Huaman
Título del ejercicio:	ESQUIZOFRENIA
Título de la entrega:	ESQUIZOFRENIA
Nombre del archivo:	TESIS_FINAL_2.pdf
Tamaño del archivo:	506.67K
Total páginas:	27
Total de palabras:	6,018
Total de caracteres:	32,697
Fecha de entrega:	06-mar-2020 02:10p.m. (UTC-0500)
Identificación de la entrega:	1270721768

GERESA LAMPAEQUE
C.B. TORIBIO CASTRO CIRUJOS
Dr. Julio E. Patazca Uffe
MED. FAMILIAR Y COMUNITARIA
MEX. 36665 - RNE. 28209

ESQUIZOFRENIA

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE
INTERNET

3%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

- 1** Miriam L. Osorio-Martinez. "Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad", Anales de la Facultad de Medicina, 2017
Publicación 1%
- 2** www2.unprg.edu.pe
Fuente de Internet 1%
- 3** diposit.ub.edu
Fuente de Internet 1%
- 4** Submitted to Universidad de San Martín de Porres
Trabajo del estudiante 1%
- 5** Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia
Trabajo del estudiante 1%
- 6** Eliana Taborda Zapata, Laura Elisa Montoya Gonzalez, Natalia María Gómez Sierra, Laura María Arteaga Morales et al. "Manejo integral 1%

GERESA LAMBAYEQUE
C.S. IDAUBA CASTRO CHIRINOS
Dr. Julio C. Pinedo Ulla
C.O. CAS. IRI Y COM. AREA
CAR. 13003 - TNC 24209

del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos", Revista Colombiana de Psiquiatría, 2016

Publicación

7	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe	1 %
8	repositorio.unsa.edu.pe	1 %
9	apalweb.org	1 %
10	eprints.uani.mx	<1 %
11	Submitted to CONACYT	<1 %
12	repositorio.ucsp.edu.pe	<1 %
13	es.scribd.com	<1 %

Excluir citas

Activar

Excluir coincidencias

~ 20 webs

Excluir bibliografía

Activar

GERESA LAMBAYEQUE
C.S. TORUJA CASTRO CUBROS
Dr. Julio C. Palazca Ulla
MLO. FAMILIA COMUNITARIA
CMP. 30055 - RNE. 26209