

PS 8 (2)



UNAP

Facultad de Enfermería

TESIS:

**FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS AL
INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES DEL
CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO
MENTAL DE IQUITOS - 2010**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. FERREYRA GUAYABERO Delia

Bach. Enf. SANDOVAL SOUZA, Claudia Paola

Bach. Enf. TAMINCHE CHISQUIPAMA, Gissela.

01/6/10

IQUITOS - PERÚ

2010

VO B°
Y...
[Handwritten signature]



413
**BIBLIOTECA ESPECIALIZADA
FACULTAD DE ENFERMERIA**

**FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS AL INICIO DE
ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACION
DEL ENFERMO MENTAL DE IQUITOS - 2010.**

PRESENTADO POR:

**Bach. Enf. Delia, FERREYRA GUAYABERO¹
Bach. Enf. Claudia Paola, SANDOVAL SOUZA²
Bach. Enf. Gissela, TAMINCHE CHISQUIPAMA³**

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre los Factores biosociodemográficos e inicio de esquizofrenia en pacientes del centro de rehabilitación del enfermo mental de Iquitos, 2000 - 2010. El método empleado fue el cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo, correlacional y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por el 100% (107) de la población según los criterios de inclusión, de ambos sexos, entre 16 a 54 años. Se empleó el muestreo por conveniencia; el instrumento fue un Registro de Factores Biosociodemográficos con alta validez de 90% y confiabilidad de 83% mediante el Alfa de Crombach. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 17.0. Se empleó la prueba estadística no paramétrica Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia para establecer la asociación entre las variables, con probabilidad $p=0.000$ ($p<0.05$), criterio de significancia $C=0.358$, Coeficiente visceral puntual r_{bp} y Estadígrafo de prueba t.

Los resultados más relevantes fueron: del 100% (107), 59,8% no tienen antecedente de esquizofrenia, 86,9% son desocupados, 72,9% tienen soporte familiar adecuado, 39,3% son de 25 a 54 años, 54,2% de sexo masculino y 70,1% con bajo nivel de instrucción. En el análisis bivariado, existe asociación estadística significativa entre: antecedente de esquizofrenia ($p=0,000$), soporte familiar ($p=0,000$), sexo ($p=0,002$) y grado de instrucción ($p=0,012$) e inicio de esquizofrenia; y no existe asociación estadística significativa entre: ocupación ($p=0,714$), edad ($p=0,1392$) e inicio de esquizofrenia.

Palabras claves: factores, biosociodemográficos, inicio, esquizofrenia, interno, historia clínica.

TESIS APROBADA EN SUSTENTACION PÚBLICA EN LA FACULTAD DE ENFERMERIA EL .06. DE ... SETIEMBRE..... DEL AÑO 2010, POR EL JURADO CALIFICADOR CONFORMADO POR:



Mgr. Zulema ORBE GAVIOLA
PRESIDENTA




Mgr. Carmen DIAZ MARTINEZ
MIEMBRO



Mgr. Rosario BARDALES AREVALO
MIEMBRO



Mgr. Eliseo ZAPATA VASQUEZ
ASESOR ESTADÍSTICO



Dra. Marina GUERRA VASQUEZ
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso por la vida, por ser mi compañero mi amigo fiel, que siempre me acompaña, por ser mi guía y fortaleza, en los momentos mas difíciles, por su amor y por brindarme un enorme legajo de oportunidades y experiencias que me ayude hoy a cosechar este logro.

Al amor de mi vida: Dante; por su paciencia, cariño, amor y comprensión, por darme la fortaleza para seguir adelante y por ser en mi vida un regalo con quien he compartido mi sueño de ser una gran profesional y por todo sus sacrificios, pero sobre todo por amarme sin límites.

A las personas que quiero y amo en esta vida, mis padres Carlos y Delia porque siempre han estado en mi vida en los momentos difíciles y alegres de mi vida, agradezco el apoyo incondicional durante el tiempo de estudio.

Delia

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso:

*Quien me dio la fortaleza necesaria y en quien
tuve fe para salir adelante pese a las dificultades.
Por darme la vida, salud y por poner en mi camino
a personas maravillosas; sé que nunca me
abandonarás.*

A mi Querida Familia:

*En especial a mis padres, Arquímedes y
Balbina por su apoyo incondicional y
comprensión en toda mi trayectoria para
lograr mis metas, y a pesar de los momentos
difíciles que pasamos, siempre han estado ahí
para apoyarme. A mis hermanos Willy y
Renzo por compartir mis sueños, a mis tíos
Jaime y Francisca por brindarme sus consejos
y motivación constante durante mis años de
estudio.*

*A mis queridos sobrinos Anjhella, Piero, Linda y
Loana quienes han sido fuente de inspiración para
seguir adelante. A una persona muy especial
Edgar, que con su amor, afecto y comprensión ha
sabido ganarse mi corazón, quien me apoyo a pesar
de las dificultades en los momentos que más lo
necesite y por enseñarme a ser más fuerte en la
vida gracias por los buenos deseos.*

Claudia Paola

DEDICATORIA

A Dios por sobre todas las cosas por darme la fuerza necesaria para levantarme en cada momento, por sembrar fe en mi y pese a todas las dificultades que se presentaron en mi vida. Gracias Dios mío por guiar mis caminos y se que nunca me abandonarás.

A mis padres Julio y Ludith por brindarme su apoyo incondicional en cada momento para la realización de mi carrera profesional, aun habiéndome separado de ustedes. Gracias Papá y Mamá por darme el regalo más hermoso los quiero mucho.

A mis hermanos Tania I. Esther M, y Richard, por estar apoyándome en los momentos buenos y difíciles de mi vida y que nunca me dieron la espalda, ya que de alguna u otra manera contribuyeron en la realización de la tesis. Gracias hermanos los quiero mucho.

A mis dos grandes amores: mi esposo y mi hijo por ser la razón para seguir adelante y poder lograr mis metas Denis y Julio. Los amo mucho.

Gissela

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Marina Guerra Vásquez, asesora de la investigación, por su apoyo incondicional, sus valiosos aportes profesionales y su acompañamiento permanente durante el estudio desarrollado, que permitió culminar con éxito nuestro trabajo.

A la Mgr. Zulema Orbe Gaviola, Mgr. Carmen Díaz Martínez y Mgr. Rosario Bardales Arévalo, miembros del Jurado Calificador, por sus importantes sugerencias en el desarrollo de la investigación.

Al Mgr. Eliseo Zapata Vásquez, por su acertada asesoría en el manejo estadístico del presente estudio de investigación.

Al Psiquiatra Néstor Aguilar, Psicólogo Carlos Paz Cabezas, Dra. Maritza Villanueva, Dra. Eva L. Matute, Dra. Juana E. Fernández y Psicóloga Edith Mamani, profesionales expertos por sus aportes y sugerencias en la validez del contenido del instrumento de recolección de datos.

Al Dr. Néstor Aguilar, en calidad de Director del Centro de Rehabilitación del enfermo mental de Iquitos – CREMI, por su disponibilidad y todas las facilidades brindadas para la recolección de datos, en el presente estudio.

A todas las personas que de una u otra manera, nos han brindado su apoyo incondicional y han contribuido en la culminación del presente estudio de investigación.

INDICE DE CONTENIDO

	Página
CAPITULO I	
1. Introducción.....	01
2. Planteamiento del problema.....	03
3. Objetivos.....	04
CAPITULO II	
1. Marco teórico.....	06
2. Definiciones Operacionales.....	21
3. Hipótesis.....	24
CAPITULO III	
1. Método y Diseño de Investigación.....	25
2. Población y Muestra.....	26
3. Técnicas e Instrumentos.....	27
4. Procedimiento de recolección de Datos.....	28
5. Análisis de Datos.....	29
6. Limitaciones.....	30
7. Protección de los Derechos Humanos.....	30
CAPITULO IV	
1. Resultados.....	31
2. Discusión.....	41
3. Conclusiones.....	46
4. Recomendaciones.....	47
5. Referencias Bibliográficas.....	48
6. Bibliografía.....	53
ANEXOS	57

INDICE DE TABLAS

	Pág
Tabla 1: Factores biosociodemográficos de pacientes internados en el Centro de rehabilitación del enfermo mental Iquitos. Años 2000-2010.	31
Tabla 2: Inicio de esquizofrenia, de pacientes internados en el Centro de rehabilitación del enfermo mental Iquitos. Años 2000-2010.	33
Tabla 3: Antecedente e inicio de esquizofrenia, de pacientes internados en el Centro de rehabilitación del enfermo mental Iquitos. Años 2000-2010.	34
Tabla 4: Ocupación e inicio de esquizofrenia, de pacientes internados en el Centro de rehabilitación del enfermo mental Iquitos. Años 2000-2010.	35
Tabla 5: Soporte familiar e inicio de esquizofrenia, de pacientes internados en el Centro de rehabilitación del enfermo mental Iquitos. Años 2000-2010.	36
Tabla 6: Sexo e inicio de esquizofrenia, de pacientes internados en el Centro de rehabilitación del enfermo mental Iquitos. Años 2000-2010.	37
Tabla 7: Edad e inicio de esquizofrenia, de pacientes internados en el Centro de rehabilitación del enfermo mental Iquitos. Años 2000-2010.	38
Tabla 8: Grado de instrucción e inicio de esquizofrenia, de pacientes internados en el Centro de rehabilitación del enfermo mental Iquitos. Años 2000-2010.	40

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La esquizofrenia, es un trastorno mental cuya prevalencia es alrededor del 1% en todo el mundo, independientemente del sistema social, político y económico. Es una de las enfermedades más invalidantes en los seres humanos. Su etiología se fundamenta en factores genéticos (prenatales y perinatales), familiares y psicosociales, como factores de vulnerabilidad o desencadenantes. Es conocida como “el cáncer de la psiquiatría debido a su incidencia, su potencial cronicidad, severidad y las consecuencias para la persona, familia y la sociedad en general. Constituye un problema prioritario de la salud mental por el impacto económico que causa y por el sufrimiento del paciente y su familia.”⁽¹⁾

La esquizofrenia según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se caracteriza por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo, siendo según el sexo las mujeres las personas más propensas a sufrir esquizofrenia.⁽²⁾

Asimismo, las personas que enferman de esquizofrenia poseen un amplio y variado rango de necesidades: un lugar donde vivir con el soporte familiar y financiero adecuado, tener el soporte de amigos, una ocupación satisfactoria bien remunerada que incremente su autoestima y crecimiento personal, pues la capacidad de mantenerse en una actividad productiva evidencia la parte sana de una persona. Sin embargo, la realidad que muestran las familias y los servicios de salud, es la desorganización para responder satisfactoriamente a todas las demandas de atención, con los procedimientos requeridos para movilizar la ayuda en la promoción y prevención de la salud mental.⁽³⁾

Considerando el impacto potencial de la esquizofrenia en la infravaloración del ser humano, la Asociación Americana de Psiquiatras-APA (EE.UU, 2005), indica que la prevalencia de la esquizofrenia varía entre el 0,5 y 1,0%, siendo la edad media de inicio para el primer episodio psicótico en los varones y en las mujeres entre 15 a 30 años; asimismo refiere que existen poblaciones más propensas y acentuadas en torno a éste

trastorno mental, donde el patrón o antecedente familiar es un factor importante a considerar porque está demostrado que los familiares biológicos de primer grado de personas con esquizofrenia, presentan un riesgo de diez veces superior al resto de la población general de presentar la enfermedad. ⁽⁴⁾

El Perú cuenta con un Plan Nacional, lineamientos y estrategias de salud mental y cultura de paz hasta el año 2012, que aún no se aplican en su totalidad en todos los niveles de atención del Ministerio de Salud (MINSA) y los hospitales especializados como el Larco Herrera, Hermilio Valdizán y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, se centran en Lima. Este último realizó un estudio epidemiológico de salud mental el año 2004 en la selva peruana (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa), cuyos resultados para Iquitos en una población de 12 años en los cuatro distritos, muestran que 39,3% reporta haber sufrido un primer episodio de esquizofrenia como el trastorno psiquiátrico más prevalente, con una diferencia del 13,5% en varones y de 29,2% en mujeres; y que en general la población presenta el desarrollo de trastornos mentales de diversa naturaleza con una prevalencia de 24,8% en hombres y 9,8% en mujeres. ⁽⁵⁾

Las afirmaciones en éste contexto, nos motivó a realizar éste estudio, planteándonos la siguiente interrogante: ¿Existe asociación entre los factores biosociodemográficos: antecedente de esquizofrenia, ocupación, soporte familiar, edad, sexo, grado de instrucción, y el Inicio de Esquizofrenia, en pacientes del centro de rehabilitación del enfermo mental de Iquitos, internados entre años 2000 - 2010?, que permitió elaborar un perfil biosociodemográfico de la esquizofrenia y es un aporte para precisar nuevas estrategias tendientes al fortalecimiento de las actividades preventivo promocionales en el sector salud para el equipo de salud mental, que redundará en la disminución de casos nuevos, trabajando en la población los factores biosociodemográficos estudiados. Además provee una base para futuros proyectos de investigación a fin de realizar intervenciones tempranas y eficaces para mejorar el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre los factores biosociodemográficos: antecedente de esquizofrenia, ocupación, soporte familiar, edad, sexo, grado de instrucción, y el inicio de esquizofrenia en pacientes del centro de rehabilitación del enfermo mental de Iquitos, internados entre 2000 - 2010?

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

- Determinar si existe asociación entre los Factores Biosociodemográficos y el inicio de la Esquizofrenia, en pacientes internados en el Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental (CREMI) de la ciudad de Iquitos, entre los años 2000 - 2010.

3.2 ESPECIFICOS:

- Identificar los factores biosociodemográficos: antecedente de esquizofrenia, ocupación, soporte familiar, edad, sexo y grado de instrucción, registrados en la historia clínica del sujeto de estudio internado en el CREMI entre los años 2000 - 2010.
- Identificar el inicio del primer episodio de esquizofrenia, registrado en la historia clínica del sujeto de estudio internado en el CREMI entre los años 2000 - 2010.
- Establecer la asociación entre los factores biosociodemográficos y el Inicio de esquizofrenia, del sujeto de estudio internado en el CREMI entre los años 2000 - 2010.

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES:

FRANKENBUR F. (Francia, 2007), encontró respecto a la edad y sexo de aparición de la esquizofrenia, que generalmente no hay una clara demostración de la influencia del sexo, la raza, el clima, la cultura o la clase social en la incidencia de la enfermedad, y que la esquizofrenia se produce por igual en hombres y mujeres. Sí hay evidencias de que el pronóstico es mejor en mujeres, relacionándose este dato con una tendencia a un inicio más tardío en ese sexo, probablemente por el efecto antidopaminérgico del estrógeno. Generalmente aparece antes en los hombres, con el promedio más alto de aparición entre los 20 a 28 años de edad y entre los 26 a 32 años para las mujeres, con serias consecuencias por las dificultades socio laborales derivadas de la enfermedad. Asimismo, refiere que los niños mayores de cinco años pueden desarrollar esquizofrenia con algunas peculiaridades de personalidad o comportamiento que la preceden, pero que es muy raro que esta enfermedad se presente antes de la adolescencia, como lo es también su inicio en la tercera edad. ⁽⁶⁾

GONZÁLEZ J. y otros (España, 2007), en un estudio retrospectivo en 76 pacientes de 16 a 75 años (media de 35,3 años) del Instituto Psiquiátrico de Madrid, sobre el curso de la esquizofrenia desde el primer episodio encontraron que: en cuanto al soporte familiar 59,2% convivía con su familia de origen o con sus hermanos, 23,7% tenía familia propia y 11,8% vivían solos; referente a la ocupación 31,6% (24 pacientes) trabajaron en alguna ocasión y de ellos 40,0% tuvieron rendimiento bueno o muy bueno, el 84% de los casos tenía bajo nivel educativo, por ello el trabajo que realizaban era de tipo no calificado y 68% tenía alto nivel educativo y por ello el trabajo que realizaban era de categoría profesional equivalente a las expectativas para su nivel socioeconómico y edad, el 23% fue ama de casa y de ellas 76,4% tuvo buen rendimiento, 37,3% se vieron en situación

de desempleo en alguna ocasión; en cuanto a antecedentes familiares de esquizofrenia, 9,2% presentaron antecedentes familiares, éste porcentaje aumenta al 11,8% si se incluyen antecedentes de otras psicosis, 50,0% tuvieron un inicio brusco de su esquizofrenia y 47,4% un inicio insidioso o gradual. ⁽⁷⁾

ADDINGTON D. y otros (España, 2005), refieren que la esquizofrenia respecto al **sexo**, puede presentarse en proporciones iguales de 50% entre hombres y 50% entre mujeres, siendo lo más característico que en las últimas, es decir en las mujeres empiece más tarde. Este comportamiento de presentación de la esquizofrenia respecto al sexo, probablemente hace que los hombres tiendan a representar más de la mitad de los pacientes hospitalizados en los servicios especializados de salud, con un elevado número de adultos en edad joven. Asimismo, al estudiar a pacientes neuropsiquiátricos según **sexo y edad**, encontró que de 22% casos de esquizofrenia: 56% fueron en mujeres, con un promedio de 20 a 29 años de edad. ⁽⁸⁾

HARO A. (España, 2006), en un estudio realizado sobre las características y tratamiento de 17,000 pacientes con esquizofrenia en 37 países de cuatro continentes durante tres años, encontró respecto a la **ocupación y soporte familiar** que: al inicio de la enfermedad es decir en el primer episodio, solo el 19% tiene una ocupación o trabajo remunerado y que el 69% vive con sus padres. ⁽⁹⁾

CAVIERES A. y otros (Chile, 2005), respecto a la ocupación que tenían las personas al inicio de la esquizofrenia, en un estudio de evaluación durante un periodo de seis meses, realizado en Valparaíso a 50 personas enfermas de esquizofrenia atendidas en forma ambulatoria, encontraron que: la situación laboral al inicio de la enfermedad muestra que 44% (22 pacientes) no trabajaban, 36% (18 pacientes) tenían trabajo protegido o dependiente y 20% (10 pacientes) con trabajo independiente. Igualmente comprobaron como la adaptación social es mejor en las sociedades menos desarrolladas por el menor nivel de exigencia, mientras que en los países desarrollados las personas suelen tener niveles socioeconómicos bajos como consecuencia de las dificultades sociolaborales

derivadas de su enfermedad y por el mayor nivel de exigencias en las condiciones de vida. ⁽¹⁰⁾

EUR J., ZACK Z., CERNOVSKY JA., LANDMARK RL y O'REILLY (Canadá, 2005), investigaron el inicio de la esquizofrenia relacionado a algunos factores, en 112 pacientes encontrando que: la edad de inicio (E.I.) de los pacientes oscilaba entre los 20 y 65 años (media de 38,1, SD = 9,8 años y mediana de 37 años), 4 (13,6%) fueron ingresados por primera vez después de haber cumplido 40 años, es posible que estos 4 pacientes mostraron algún síntoma antes de los 40, pero no llegaron a recibir atención médica; la edad del primer ingreso fue entre los 16 y 59 años (media de 25,7, SD = 7,2, mediana de 24 años). Se ha utilizado la edad en que se produjo el primer ingreso como estimación aproximada del momento de inicio de los síntomas, siendo 95,5% de la muestra hospitalizada por primera vez debido a la esquizofrenia antes de los 40 años, seguido de 78,6% que fueron hospitalizados antes de los 30 años. Respecto a las diferencias por sexo, se encontró que el sexo masculino está relacionado con una aparición más temprana de la esquizofrenia con una edad media de inicio de 24,9 y SD = 7,5 para los hombres y 26,1, SD = 7,0 para las mujeres. La correlación entre sexo y edad de inicio estaban cercanas a cero ($r = 0,08$, $p = 0,391$), lo que indica muy poca influencia. La correlación entre la edad de inicio y el nivel educativo era significativa pero débil ($r = 0,21$, $p = 0,033$), es decir que estaba relacionado de forma muy superficial con los síntomas de esquizofrenia. ⁽¹¹⁾

CRIADO I. (Perú, 2005), en su estudio realizado en Lima Metropolitana sobre “características demográficas de personas con esquizofrenia”, encontró que de 61 pacientes participantes del estudio, 66% eran hombres y 34% mujeres, con una edad comprendida entre 45 a 60 años, siendo la edad media de 52 años. Al comprobar la distribución por lugar de residencia, encontró que 31% procedían de alguna provincia peruana, mientras que un 23% vivía en algún distrito de Lima y un 46% en el cercado de Lima. ⁽¹²⁾

ADRIANZEN C. y otros (Perú, 2005), estudiaron los aspectos clínicos de 25 pacientes menores de 18 años diagnosticados con esquizofrenia del Departamento de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" entre 1982 y 1992, encontrando que 48% tenía antecedentes familiares de esquizofrenia y 72% antecedentes premórbidos de personalidad. Respecto al inicio de la esquizofrenia, encontraron que en el 80% el inicio fue insidioso o gradual, es decir sin manifestaciones clínicas previas. ⁽¹³⁾

CARRAZCO M. (Perú, 2005), realizó un estudio en la población general de la provincia constitucional del Callao, y encontró que la esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta a todo tipo de personas, de toda edad, sexo, condición socioeconómica, procedencia, y que generalmente respecto a la edad, afecta a las personas en edad joven entre 15 y 30 años y que no todos presentan los mismos tipos y gravedad de síntomas positivos o negativos. ⁽¹⁴⁾

EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL (Perú, 2005), en un estudio sobre salud mental realizado en personas mayores de 12 años de tres ciudades representativas de la selva peruana: Iquitos, Tarapoto y Pucallpa; los resultados de los cuatro distritos de Iquitos muestran que existe prevalencia de esquizofrenia con diferencias del 13.5% entre varones y de 29.2% en mujeres, respectivamente. ⁽¹⁵⁾

BASES TEÓRICAS:

ESQUIZOFRENIA:

Definición:

Eugene Bleuler, en 1911 utilizó el término esquizofrenia cuya referencia es “mente separada”, refiriéndose a las funciones psíquicas que incluyen: coordinación del pensamiento, afectos y comportamiento. A diferencia de Kraepelin, quien hablaba del deterioro en el curso de esta patología (demencia precoz). En términos generales afecta

al 1% de la población, se caracteriza por un mal funcionamiento o alteración de los procesos mentales y comportamiento. ⁽¹⁶⁾

Se define como un trastorno mental crónico y grave que dificulta o interfiere la capacidad para reconocer o establecer diferencias entre experiencias reales e irreales, presencia de conductas desorganizadas, pensamientos ilógicos, delirios, alucinaciones, deterioro cognoscitivo y afectivo (apatía, ambivalencia y aislamiento grave), entre otros, que determinan en gran medida la incapacidad funcional del paciente. ⁽¹⁷⁾

Inicio de la esquizofrenia:

Los primeros episodios se manifiestan en la adolescencia o al principio de la edad adulta (etapa en que se desarrollan los aspectos importantes del funcionamiento social), normalmente durante un pródromo que puede empezar incluso desde la infancia.

Las personas que padecen esquizofrenia presentan discapacidad en diferentes áreas de la vida cotidiana. Respecto al sexo, el inicio es más temprano o precoz en el hombre (en la infancia tardía o en la adolescencia) lo que precipita hacia un mal funcionamiento psicosocial especialmente en las áreas de comunicación (no tiene posibilidad de establecer amistades, de encontrar pareja o disfrutar del sexo), en el comportamiento social no interpersonal y el cuidado personal, pero en otras áreas como el contacto interpersonal (relacionada con las características antisociales de la personalidad) el mal funcionamiento social no está influida por la edad de inicio, probablemente porque estas se adquieren en la edad adulta; y el inicio es más tardío en la mujer lo que les permite mantener un mejor funcionamiento social. En cuanto a la edad de inicio de esquizofrenia encontramos similar porcentaje entre hombres y mujeres, predominando en el grupo de 17 a 30 años, pero las mujeres están mejor adaptadas a la vida independiente y en mayor medida funcionan a nivel ocupacional en las actividades diarias que realizan.

El inicio de la esquizofrenia puede ser calificarse también según la forma de aparición de los síntomas de dos maneras:

- Brusco: Cuando los síntomas aparecen de forma aguda, expresadas en una crisis esquizofrénica casi inesperada e intempestiva.

- Gradual o Insidioso: Cuando los síntomas van manifestándose de manera sutil con diversos cambios en los procesos mentales y comportamiento y/o pueden no manifestarse plenamente. ⁽¹⁸⁾

Causas:

La esquizofrenia es una enfermedad compleja, cuyas causas no están definidas de manera precisa en la actualidad y se ha propuesto como una enfermedad de origen multifactorial, resultado de la combinación o interrelación de los siguientes factores:

Genéticos:

Hay evidencia sobre la heredabilidad del diagnóstico de esquizofrenia, que ha llegado a estimarse entre un 80% a 87%. La heredabilidad es la proporción de la varianza fenotípica que es atribuible a la varianza genética. La mejor prueba de ello son las tasas de parejas de gemelos donde ambos tienen la condición que se han estimado o el mismo diagnóstico de esquizofrenia en un 48% para gemelos monocigotos y un 4% para gemelos dicigotos que solo tienen un miembro con la condición, lo que indica su alta heredabilidad. ⁽¹⁹⁾

Al respecto ABOU R. (Australia, 2006), menciona que los factores genéticos han demostrado su estrecha relación con la esquizofrenia. Los familiares de primer grado de un enfermo esquizofrénico presentan 10% de riesgo de padecerla. Así, los gemelos homocigóticos de un padre esquizofrénico tienen 50% de probabilidad de enfermar, si ambos padres son esquizofrénicos los hijos tienen 45% de probabilidad de enfermar, si

es uno solo de los progenitores el que tiene la enfermedad, la probabilidad queda situada en un 10%, el mismo riesgo de enfermar que en el caso de los hermanos de un esquizofrénico, y las personas que tienen miembros de la familia con esquizofrenia tienen mayor probabilidad de adquirir la enfermedad. ⁽²⁰⁾

Ambientales:

Existen factores biológicos-ambientales más frecuentemente observados en los pacientes con esquizofrenia que en las personas que no padecen esta enfermedad, tales como el Traumatismo Obstétrico (TO) en el niño que eleva el riesgo de 4 a 6 veces más de presentar esquizofrenia; la infección viral prenatal que aumenta el riesgo de esquizofrenia al doble de lo que se observa en la población general, donde los virus más involucrados son la influenza y el citomegalovirus. Algunos otros factores son: desnutrición prenatal, la incompatibilidad a Rh o a grupo sanguíneo y la exposición a sustancias tóxicas en la etapa perinatal. Algunos problemas del ambiente en el que se desenvuelve el individuo, como una infección durante el desarrollo dentro del útero de la madre y en el parto, pueden aumentar el riesgo de sufrir esquizofrenia posteriormente en la vida.

Psicosociales:

Referidas a las situaciones personales cotidianas que causan sufrimiento emocional y si se une a un ambiente familiar y social cargado de estrés o de situaciones conflictivas, puede desencadenar un episodio psicótico, específicamente de tipo esquizofrenia. Un aspecto básico determinante como factor psicosocial interviniente es la desintegración familiar y en general las familias disfuncionales, que influyen en la aparición de la enfermedad de sus miembros. ⁽²¹⁾

Tipos de esquizofrenia:

Facundo, menciona cinco tipos de esquizofrenia que son:

- Esquizofrenia paranoide según la CIE – 10: F20.0: Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas, rabia, ansiedad, tendencia a refutar todo. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.
- Esquizofrenia catatónica según la CIE – 10: F20.2: Predomina el trastorno psicomotor que puede incluir peculiaridades del movimiento voluntario (inmovilidad motora excesiva, rigidez muscular, estupor), sentimientos negativos o negativismo extremo, mutismo, ecolalia o ecopraxia, agitación, disminución de la sensibilidad al dolor, incapacidad para cuidar de sus necesidades personales.
- Esquizofrenia desorganizada según la CIE – 10: F20.1: Lenguaje y comportamiento desorganizado, la afectividad de tipo aplanada o inapropiada. Puede ir acompañado de tonterías o risas sin una clara conexión con el contenido del discurso, aislamiento social. La desorganización comportamental puede suscitar una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana. Si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente.
- Esquizofrenia indiferenciada según la CIE – 10: F20.3: Se trata de un tipo de esquizofrenia que manifiesta los principales signos y síntomas de la enfermedad, pero no es posible establecer su pertenencia a un subtipo específico.
- Esquizofrenia residual según la CIE – 10: F20.5: Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el criterio a) para la esquizofrenia, presentes en forma atenuada. Residual: los síntomas de la enfermedad han desaparecido, pero aún pueden permanecer ciertos rasgos, como las alucinaciones y el afecto plano. ⁽²²⁾

Síntomas:

La esquizofrenia puede tener una variedad de síntomas. Por lo general, la enfermedad se desarrolla lentamente durante meses e incluso años. Inicialmente, los síntomas pueden no ser notorios, por ejemplo, la persona puede sentirse tensa, tener problemas para dormir o tener problemas de concentración, se vuelven aisladas y retraídas y tienen dificultad para conseguir y conservar los amigos. A medida que la enfermedad continúa, se presentan síntomas psicóticos como:

- Apariencia o estado de ánimo que no refleja emoción alguna (afecto aplanado)
- Comportamiento motor extraño en el cual hay menos reacción al entorno (comportamiento catatónico)
- Creencias o pensamientos falsos que no tienen nada que ver con la realidad (delirios, delusiones).
- Alteración de la percepción, donde la persona refiere escuchar, ver o sentir cosas que no existen (ilusiones, alucinaciones).
- Alteración del pensamiento, evidenciado en "saltos" de pensamiento entre tópicos sin relación entre ellos (pensamiento desordenado), entre otros. ⁽²³⁾

Moreno, menciona dos tipos de síntomas de esquizofrenia que son:

- Síntomas positivos: son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar como: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, etc.
- Síntomas negativos: son aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos pueden realizar cotidianamente, como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia otras personas, tener voluntad para levantarse cada día como: la apatía, la falta de energía, la falta de placer, insociabilidad, entre otros. ⁽²⁴⁾

Diagnóstico:

El diagnóstico se hace entre los 13 y 18 años, basados en lo siguiente:

- Por examen médico físico y mental; a cargo del psiquiatra, para identificar síntomas como dificultad para la expresión y cambios advertidos por los padres o cuidadores. Se reconoce que es una alteración dada por dos factores:
 - Daño cerebral en la etapa prenatal: Ello se explica en que las alteraciones del desarrollo neurológico se correlacionan con alteraciones físicas menores de la piel, la cual tiene el mismo origen embriológico (el ectodermo) que el sistema nervioso central; por ejemplo, el perímetro cefálico, el epicanto y alteraciones de la lengua, así como paladar alto, hipertelorismo y orejas de implantación baja.
 - Desarrollo neurológico o una maduración anormal secundaria, en la pubertad y la adolescencia. En la pubertad, clínicamente podrían parecer similares, principalmente por el retraso en la adquisición de funciones, la alteración del lenguaje y la del desarrollo psicoafectivo.

Hay fenómenos genéticos y epigenéticos básicos en el inicio de los síntomas en ambas patologías. Los dos grupos de pacientes podrían presentar síntomas que se consideran positivos para la esquizofrenia, particularmente la paranoide (resistencia al cambio comportamientos bizarros y alteración del lenguaje) y acompañarse o presentar los síntomas negativos de la esquizofrenia.
- Por imagenología del cerebro; por el estudio de imágenes cerebrales, se observan cambios sutiles en el cerebro, como la progresión diferencial y no lineal de las anomalías cerebrales durante la adolescencia y la disminución del hipocampo y el aumento o agrandamiento de los ventrículos laterales, en el grupo de esquizofrenia de inicio infantil, asimismo la reducción del volumen hemisférico del frontal y de los volúmenes temporales, acompañados de obvios cambios en el IQ. En grupos de adolescentes esquizofrénicos, los datos longitudinales muestran disminución del

volumen de materia gris en las áreas frontocorticales y en forma significativa, del volumen del lóbulo temporal. Sin embargo, este hallazgo parece no ser único del grupo de esquizofrénicos.

- Por resonancia magnética; que muestra la disminución regional selectiva en el lóbulo frontal y la materia gris temporal. En la esquizofrenia de inicio en la adultez, se encontró que la mayor diferencia regional se encuentra en las áreas frontales y temporales. Los presuntos cambios subyacentes a esta progresión incluirían los cambios sinápticos excesivos, el recorte dendrítico y probablemente, también los cambios atróficos de la glia, junto con las disminuciones vasculares, compatibles con los hallazgos patológicos post mortem. Las anomalías volumétricas incluyen déficit que van de 1,5 a 20%, para el volumen de la materia gris total, y agrandamientos que van de 5 a 48%, para el volumen ventricular lateral. ⁽²⁵⁾

Tratamiento:

El tratamiento de la esquizofrenia, comprende los siguientes aspectos:

- Médico y psicofarmacológico; bajo responsabilidad del psiquiatra clínico, quien prescribe medicamentos antipsicóticos o neurolépticos cuya acción principal es cambiar el equilibrio químico del cerebro y ayuda a controlar los síntomas de la enfermedad. Estos medicamentos son efectivos pero pueden tener efectos secundarios como: somnolencia (sedación), sed aumentada, movimientos extrapiramidales, aumento de peso, sensación de inquietud o "aprehensión", problemas de movimiento y marcha y contracciones musculares. Los riesgos a largo plazo comprenden un trastorno de movimiento llamado discinesia tardía, en el cual las personas se mueven sin querer hacerlo.
- Psicoterapias: a cargo del psicólogo clínico, con el fin de brindar apoyo emocional y ayudarlo a centrarse en el problema para su afrontamiento eficaz. Se utilizan diversas técnicas conductistas, como el entrenamiento de habilidades sociales, terapia

individual, grupal y familiar (ayuda a enfrentar la situación y reducir la probabilidad de reaparición de los síntomas), para mejorar el desempeño en el hogar, en lo social y laboral.

- Hospitalización: en casos de crisis esquizofrénicas, por razones de seguridad y para satisfacer necesidades básicas, como alimentación, reposo e higiene. ⁽²⁶⁾

2. FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS:

Los factores biosociodemográficos, son aquellos que se ocupan de los distintos aspectos de la dinámica de las poblaciones humanas y de los aspectos bióticos, abióticos y sociales, que inciden en su composición y estructura evolutiva y diferenciación en el tiempo.

FACTORES BIOLOGICOS:

Antecedentes de Esquizofrenia:

CROW TJ. (México, 2007), refiere que existe la probabilidad de más del 80% y hasta un 87% de heredar la esquizofrenia, por los códigos genéticos que los hijos adquieren de sus padres al momento de ser concebidos. La referencia más utilizada, indica que en el caso de los gemelos donde ambos tienen esquizofrenia, la probabilidad de tener dicha enfermedad aumenta entre 48% a 50%, lo cual indica una alta heredabilidad de la esquizofrenia. ⁽²⁷⁾

VALIENTE A. BIOQUE M. CABRERA B. y BERNARDO M. (Cuba, 2010), refieren que a nivel europeo surgieron los estudios llamados Genomewide Association Studies (GWAS), con el objetivo de estudiar la relación del riesgo de presentar esquizofrenia y los genes (como de edad avanzada paterna, la urbanicidad consumo de cannabis), que han permitido estudiar “fenotipos de propensión psicométrica a la psicosis” en la población general, que podrían representar el riesgo genético para trastornos psicóticos

como la esquizofrenia; ello permitiría aplicar un modelo predictivo en los primeros episodios psicóticos para predecir los cambios en la estructura cerebral, determinar la relación entre genes y farmacocinética/farmacodinámica y con respuesta y efectos secundarios del tratamiento. ⁽²⁸⁾

FACTORES SOCIALES:

Ocupación

CAVIERES A. y otros (Chile, 2005), respecto a la ocupación que tenían las personas al inicio de la esquizofrenia, en un estudio de evaluación durante un periodo de seis meses, realizado en Valparaíso a 50 personas enfermas de esquizofrenia atendidas en forma ambulatoria, encontraron que: la situación laboral al inicio de la enfermedad muestra que 44% (22 pacientes) no trabajaban, 36% (18 pacientes) tenían trabajo protegido o dependiente y 20% (10 pacientes) con trabajo independiente. También refiere que la ocupación que realizan las personas pueden ser gratificantes si brindan satisfacción personal en todos los aspectos, o degradantes si no se respeta la dignidad humana, fomentando la aparición de sentimientos de rencor, frustración, postergación y discriminación, que se han demostrado asociados a la génesis del trastorno esquizofrénico, al asociar esquizofrenia con clase social económicamente baja, tomando como parámetros el ingreso económico, ocupación y nivel de ocupación. ⁽²⁹⁾

Soporte Familiar:

Las interrelaciones que establecemos con las personas cercanas, influye de manera positiva o negativa en nuestro funcionamiento biopsicosocial. Si nos relacionamos con personas motivadoras, proactivas y positivas en todos los aspectos de la vida a pesar de las limitaciones o dificultades, aprendemos a fortalecer nuestra capacidad de relacionarnos con otros fácilmente, pero si las relaciones familiares e interpersonales son conflictivas, las consecuencias se evidencian en comportamiento patológicos que a la

larga desembocan en alteraciones mentales donde la esquizofrenia es la más frecuente. Por ello, la familia debe reconocer que su influencia en el bienestar o disconfort de sus miembros es vital para su desempeño integral.

El nivel de apoyo familiar puede ser adecuada o positiva si es que brinda un apoyo favorecedor a sus miembros o inadecuada o negativa si no protege la salud física y mental de sus miembros. Es frecuente observar que los enfermos con esquizofrenia provienen de hogares conflictivos y disgregados, donde los signos verbales y no verbales son confusos y contradictorios, hay actitudes ambivalentes de padres a hijos roles familiares desordenados con comunicación amorfa y fragmentada, la cual forma un modelo de pensamiento que conlleva a la falta de afecto y amor maternal. Miembros familiares divididos por conflictos en las parejas en la cual cada padre trata de tener apoyo con determinados hijos buscando fuerza para luchar contra el otro, familias con relaciones afectivas sesgadas y torcidas donde la madre es dominante y el padre es pasivo, en barrios superpoblados e industrializadas y socialmente desintegrados; sin embargo se puede afirmar salvo apreciaciones ligeras que no se han encontrado ciudades exentas de esquizofrenia. ⁽³⁰⁾

VALENCIA M. (México, 2006), refiere que la esquizofrenia es una enfermedad que incapacita a la persona porque altera su funcionamiento psicosocial y familiar, especialmente en áreas específicas que dificultan su desempeño de roles de manera efectiva y satisfactoria, incapacitándolo para desarrollar actividades referidas a aspectos ocupacionales, manejo de dinero, relaciones sociales, vínculos de pareja y relaciones familiares. ⁽³¹⁾

FACTORES DEMOGRÁFICOS:

Edad:

La esquizofrenia generalmente comienza antes de 45 años de edad, con mayor predominio en los hombres de 18 a 25 años y en las mujeres entre 25 a 45 años. Los

síntomas duran 6 meses o más. Aunque la esquizofrenia generalmente comienza a principios de la adultez, hay casos en los cuales el trastorno se inicia más tarde (más de 45 años).⁽³²⁾

HASSETT A. AMESS D. CHIU E. (Londres, 2005), indican que la esquizofrenia puede aparecer o comienza en la infancia después de la edad de 5 años (aunque es poco común y puede ser difícil diferenciarla de otros trastornos del desarrollo) y en la mayoría de casos, después de un desarrollo normal.⁽³³⁾

Sexo:

El sexo se define como la diferenciación de género, que se evidencia a lo largo del ciclo vital del ser humano entre hombres y mujeres.

SALOMÉ PC. (Perú, 2005), clasifica al sexo de la siguiente manera:

- Sexo Masculino: En biología, se define como aquél que produzca gameto (célula reproductiva).
- Sexo femenino: En biología, se define como aquella que produce óvulos (célula reproductiva).⁽³⁴⁾

Grado de instrucción:

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, están provisional o definitivamente incompletos, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando los niveles primario, secundario y superior y/o universitario del sistema educativo. Se distinguen los siguientes niveles:

- Primaria: es un nivel básico de estudios donde la persona aprende a leer, escribir y adquiere conocimientos elementales.

- Secundaria: es un nivel más completo de estudios previo a los estudios superiores de nivel universitario y equivalente en institutos de nivel superior.
- Superior: es un nivel alto de estudios que brinda formación profesional o técnica con sus respectivos grados académicos.
- Analfabeta: cuando no saben leer ni escribir. ⁽³⁵⁾

DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

❖ FACTORES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS:

Está definida como el conjunto de características biológicas, sociales y demográficas, que caracterizan al sujeto de estudio, y que se encuentra registrada en la historia clínica del sujeto de estudio, al momento de la recolección de datos, de pacientes internados en los años 2000 - 2010. Incluyó los siguientes indicadores:

Factores Biológicos.

- **Antecedente de esquizofrenia;** referida a la existencia o no de padres, hermanos, o familiares que tuvieron o tienen el diagnóstico médico de esquizofrenia, en el primer episodio de esquizofrenia del sujeto de estudio. Se evaluó como:
 - Sin antecedente: si la historia clínica no registra el dato.
 - Con antecedente: si la historia clínica registra el dato.

Factores Sociales.

- **Ocupación;** referido a la actividad productiva o desempeño laboral que realizaba el sujeto de estudio al momento de su primer episodio de esquizofrenia. Fue medido como:
 - Ocupado: si tenía trabajo conocido o tenía trabajo eventual.
 - Desocupado: si no tenía ningún tipo de trabajo.
- **Soporte familiar:** Como la valoración del comportamiento, funcionalidad y organización del núcleo familiar antes del primer episodio, registrado en la historia clínica. Comprendió los siguientes indicadores:

- Adecuado; cuando la historia clínica mostró por lo menos 3 de las siguientes características saludables como: familia nuclear, haber tenido familia propia y apoyo económico.
 - Inadecuado; cuando la historia clínica mostró por lo menos 3 de las siguientes características patológicas como: haber vivido solo, no tener apoyo económico familiar, haber tenido conflictos con su familia.
- **Grado de instrucción:** Referido al nivel de educación formal dentro del sistema educativo, logrado por el sujeto en estudio al momento de ser internado en el CREMI. Se midió como:
 - Alto Nivel Educativo; si registró tener estudio universitario y/o de un instituto superior, completa o incompleta.
 - Bajo Nivel Educativo; si registró tener primaria, secundaria completa o incompleta o analfabeto.

Factores Demográficos.

- **Edad:** Es el número de años de vida o la etapa cronológica que registra el sujeto de estudio en la historia clínica desde su primer episodio de esquizofrenia y que ameritó su internamiento en el CREMI. Fue evaluado como:
 - Adolescentes : Si tenía entre 16 a 19 años
 - Adulto Joven: Si tenía entre 20 a 24 años.
 - Adulto Intermedio: Si tenía entre 25 a 54 años.
- **Sexo:** Definido como el conjunto de características biológicas (anatómicas, fisiológicas) y psicológicas (comportamiento), que determinan la condición de hombre o mujer, que registró el sujeto en estudio en la historia clínica. Comprendió las siguientes categorías:
 - Masculino
 - Femenino

VARIABLE DEPENDIENTE:**INICIO DE ESQUIZOFRENIA:**

Fue definida como el diagnóstico médico que registra la historia clínica con el código F20 según la CIE-10, donde se evidencia el primer episodio de esquizofrenia, con alteración del funcionamiento psicológico básico, ruptura y distorsión de la relación con la realidad, y un comportamiento inadecuado, de los pacientes que estuvieron internados en el CREMI entre los años 2000 - 2010. Se valoró como:

- **Inicio Brusco;** cuando la historia clínica registró que el cuadro se presentó de forma inesperada e intempestiva.

- **Inicio Gradual o insidioso;** cuando la historia clínica registró que fue presentando poco a poco cambios en su comportamiento hasta su desorganización total.

3. HIPOTESIS

GENERAL

Existe asociación estadística significativa entre los factores biosociodemográficos y el inicio de la esquizofrenia en pacientes internados en el centro de rehabilitación del enfermo mental de Iquitos – CREMI, años 2000 - 2010.

ESPECIFICOS:

1. El antecedente de esquizofrenia tiene asociación estadística significativa con el inicio brusco y gradual o insidioso de la esquizofrenia.
2. La ocupación tiene asociación estadística significativa con el inicio brusco y gradual o insidioso de la esquizofrenia.
3. El soporte familiar tiene asociación estadística significativa con el inicio brusco y gradual o insidioso de la esquizofrenia.
4. El sexo tiene asociación estadística significativa con el inicio brusco y gradual o insidioso de la esquizofrenia.
5. La edad tiene asociación estadística significativa con el inicio brusco y gradual o insidioso de la esquizofrenia.
6. El grado de instrucción tiene asociación estadística significativa con el inicio brusco y gradual o insidioso de la esquizofrenia.

CAPITULO III

METODOLOGIA

METODO Y DISEÑO

Método de investigación

En el presente trabajo de investigación se utilizó el método cuantitativo, porque estuvo orientado a determinar si existe asociación entre las variables en estudio, para lo cual se cuenta con un marco teórico de respaldo a las variables, usando instrumentos estructurados para el procedimiento de recolección sistemática de la información en forma numérica que fue procesada utilizando pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales, para contrastar la hipótesis planteada y dar respuesta al problema de investigación.

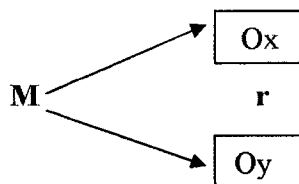
Diseño:

En el presente trabajo de investigación se empleó el diseño no experimental, correlacional y retrospectivo.

No experimental, porque permitió estudiar las variables tal y como se presenta en su contexto natural o la realidad, sin introducir ningún elemento o hacer variar intencionalmente los factores biosociodemográficos asociados al inicio de la esquizofrenia. **Correlacional**, porque permitió asociar las variables factores biodemograficos y la esquizofrenia en pacientes internados en el centro de rehabilitación del enfermo mental de Iquitos, y **Retrospectivo** porque la información o datos se recolectó tomando como referencia el primer episodio de esquizofrenia que ha hecho necesaria la hospitalización del paciente en el CREMI, entre los años 2000 - 2010.

Diagrama del diseño:

El diseño tuvo el siguiente diagrama:



Especificaciones:

M : Muestra.

O : Observaciones.

XY : Subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables).

r : Indica la relación entre las variables de estudio.

POBLACION Y MUESTRA

Población

La población en estudio estuvo constituida por todos los pacientes en cuyas historias clínicas figuraron con el diagnóstico de Esquizofrenia (F20), internados en el CREMI entre los años 2000 - 2010, que hacen un total de 107 pacientes.

Muestra

La muestra estuvo constituida por el 100% de la población es decir los 107 pacientes internados en el CREMI entre los años 2000 – 2010, y en cuya historia clínica se evidenció el diagnóstico de esquizofrenia.

a) **Tamaño de la muestra:** Para determinar el tamaño de la muestra de estudio, no fue necesario aplicar ninguna fórmula estadística, porque se conocía exactamente la cantidad de pacientes con el diagnóstico especificado.

- b) **Tipo de muestreo:** Se utilizó el muestreo por conveniencia dada la cantidad pequeña de la muestra y la especificidad del diagnóstico que nos interesa estudiar.
- c) **Criterio de inclusión:** Conformaron la muestra, todos los pacientes en cuya historia clínica se evidenció los siguientes datos:
- Edad igual o mayor de 16 años.
 - Diagnóstico de esquizofrenia en la H.C.

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

Técnica

En el presente estudio se empleó la técnica del registro de datos o de información a través de la historia clínica, para obtener la información requerida sobre las variables en estudio: antecedente de esquizofrenia, ocupación, soporte familiar, edad, sexo, grado de instrucción, e inicio del diagnóstico médico de esquizofrenia.

Instrumentos

Se utilizó los siguientes instrumentos:

- **Ficha de Factores Biosociodemográficos e inicio de la esquizofrenia:** instrumento elaborado por las investigadoras en base a las variables de estudio. Consta de dos dimensiones: Factores biosociodemográficos, que incluye 6 aspectos
 - Antecedentes de esquizofrenia valorado como sin antecedente (cuando la historia clínica no registró datos, y con antecedentes cuando si registró)
 - Ocupación, valorado como ocupado y desocupado
 - Soporte familiar, valorado como adecuado e inadecuado
 - Edad, valorado como adolescente (de 16 a 19 años), adulto joven (de 20 a 24 años) y adulto intermedio (de 25 a 54 años)
 - Sexo, valorado como masculino y femenino

- Grado de instrucción, valorado como alto nivel y bajo nivel.

Inicio de esquizofrenia, que comprende el inicio brusco y el inicio gradual o insidioso.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS:

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a prueba de validez y confiabilidad, los cuales se realizaron de la siguiente manera:

- **Prueba de validez:** para determinar la validez del instrumento se empleó la técnica del Juicio de Expertos, donde participaron como expertos profesionales de reconocida trayectoria: enfermeras del área de salud mental y psiquiatría (3), psicólogos (2), y un psiquiatra; obteniéndose una validez del 90% para la Ficha de Registro de factores biosociodemográficos e inicio de esquizofrenia en pacientes internados en el CREMI, año 2000 - 2010, que corresponde a una validez alta según los parámetros de intervalos establecidos, la cual es aceptable para las investigaciones de tipo social.
- **Prueba de confiabilidad:** Para determinar la confiabilidad del instrumento se empleó la Prueba Piloto en el 10% de la muestra definitiva del estudio, es decir con 11 historias clínicas de pacientes atendidos por diagnóstico médico de esquizofrenia en el hospital III – Essalud. Posteriormente se sometió a la aplicación del coeficiente Alfa de Crombach, obteniéndose una confiabilidad de 83%, que indica elevada confiabilidad según los parámetros de intervalos establecidos.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- Se solicitó la autorización respectiva a la Dirección Regional de Salud del MINSA, para la recolección de datos, a través de la Decanatura de la Facultad de Enfermería de la UNAP.
- Se coordinó con el director del CREMI, para la facilitación del uso de las historias clínicas existentes de los años 2000 - 2010, sobre el horario y tiempo de duración de la recolección de los datos de investigación.
- Se procedió a la recolección de datos vistiendo el uniforme de salud pública, las tres investigadoras en forma simultánea, en turnos de mañana (8 am. a 2.00 pm), revisando las historias clínicas en un ambiente privado, teniendo en cuenta los principios éticos y bioéticos.
- La recolección de datos tuvo una duración de tres días, bajo la responsabilidad exclusiva de las investigadoras.

PLAN DE ANALISIS E INTERPRETACION:

El procesamiento de la información, se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17.0 en español, para un entorno virtual Windows Vista 2007, que permitió la aplicación de las pruebas estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes) y la prueba estadística inferencial no paramétrica “ Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia” (para establecer la asociación entre la variable independiente con la variable dependiente, con un nivel de probabilidad menor de $p = 0.000$ ($p < 0.05$) como criterio de significancia para contrastar la hipótesis planteada. = $C = 0.358$. Así como las pruebas de Coeficiente visceral puntual r_{bp} y Estadígrafo de prueba t.

LIMITACIONES:

No hemos encontrado limitaciones en el desarrollo de la presente investigación.

PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS.

Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos de los sujetos que participaron en el estudio, fueron manejados teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Los instrumentos fueron anonimizados, para no dañar la integridad física, emocional o moral del sujeto de estudio.
- Se respetó y protegió la confidencialidad de la información recolectada a través de los instrumentos utilizados, presentando los datos en forma agrupada sin singularizar a ningún sujeto en estudio.
- Los datos obtenidos en la recolección de la información solo fueron utilizados por las investigadoras y para lograr los fines de la investigación, destruyendo posteriormente la información.

CAPITULO IV

1. RESULTADOS

1.1. ANALISIS UNIVARIADO:

TABLA N° 1
FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS DE PACIENTES DEL CENTRO
DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL
IQUITOS. AÑOS 2000 – 2010.

FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS	N°	%	
ANTECEDENTES DE ESQUIZOFRENIA	Sin antecedente	64	59.8
	Con antecedente	43	40.2
	TOTAL	107	100.0
OCUPACIÓN	Ocupado	14	13.1
	Desocupado	93	86.9
	TOTAL	107	100.0
SOPORTE FAMILIAR	Adecuado	78	72.9
	Inadecuado	29	27.1
	TOTAL	107	100.0
EDAD	De 16 a 19	28	26.2
	De 20 a 24	37	34.5
	De 25 a 54	42	39.3
	TOTAL	107	100.0
SEXO	Masculino	58	54.2
	Femenino	49	45.8
	TOTAL	107	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Alto Nivel	32	29.9
	Bajo Nivel	75	70.1
	TOTAL	107	100.0
	TOTAL	107	100.0

De la Tabla 1 respecto a la distribución de los factores biosociodemográficos asociados al Inicio brusco y gradual o insidioso de esquizofrenia, en pacientes del Centro de rehabilitación del enfermo Mental de Iquitos, años 2000 – 2010; se aprecia que: del 100% (107), 59.8% (64 pacientes) no presentan **antecedente de esquizofrenia** y 40.2% (43 pacientes) presentan antecedente de esquizofrenia; en cuanto a la ocupación; 86.9% (93 pacientes) estaban **desocupados** y 13.1% (14 pacientes) ocupados; con respecto al soporte familiar 72.9% (78 pacientes) presentan **soporte familiar adecuado** y 27.1% (29 pacientes) soporte familiar inadecuado; en cuanto a la edad 39.3% (42 pacientes) tienen de **25 a 54 años**, el 34.5% (37 pacientes) tienen **de 20 a 24 años** y 26.2% (28 pacientes) son de **16 a 19 años**; asimismo, 54.2% (58 pacientes) pertenecen al sexo **masculino** y 45.8% (49 pacientes) al sexo **femenino**; y finalmente, en cuanto al grado de instrucción 70.1% (75 pacientes) tienen **bajo nivel** y 29.9% (32 pacientes) tienen **alto nivel**.

TABLA N° 2

**INICIO DE ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DEL CENTRO DE
REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL DE
IQUITOS, AÑOS 2000 – 2010.**

INICIO DE ESQUIZOFRENIA	N°	%
Brusco	43	40.2
Gradual o insidioso	64	59.8
Total	107	100.0

Fuente: Recolección de datos por Ferreyra Delia, Sandoval, Claudia, Taminche Gissela.

De la tabla 2, respecto a la distribución de la variable dependiente inicio de esquizofrenia en pacientes internados en el Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos (CREMI), años 2000 – 2010. Iquitos, 2010, se aprecia que del 100% (107) 59.8% (64 pacientes) presentan **inicio gradual o insidioso de esquizofrenia** y 40.2% (43 pacientes) presentan **inicio brusco de esquizofrenia**.

ANÁLISIS BIVARIADO:

TABLA N° 3

**ANTECEDENTE E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES DEL
CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL
DE QUITOS, AÑOS 2000 – 2010.**

ANTECEDENTES DE ESQUIZOFRENIA	INICIO DE ESQUIZOFRENIA				TOTAL	
	Brusco		Gradual o insidioso		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sin antecedente	36	33,6	28	26,2	64	59.8
Con antecedente	7	6,6	36	33,6	43	40.2
TOTAL	43	40,2	64	59.8	107	100.0

$$\Phi (\text{Phi}) = V \text{ Cramer} = C = 0.400 \quad p = 0.000 (p < 0.05)$$

Fuente: Recolección de datos por Ferreyra Delia, Sandoval, Claudia, Taminche Gissela.

Del cuadro 3, sobre Antecedente e Inicio de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia que: de 43 pacientes (40.2%) con **inicio brusco** de esquizofrenia 33.6% (36 pacientes) no presentan **antecedente de esquizofrenia** y 6.6% (7 pacientes) tienen **Antecedente**. Por otro lado, de 64 pacientes (59.8 %) con inicio de esquizofrenia **gradual o insidioso**, 33.6% (36 pacientes) tuvieron **antecedentes** de esquizofrenia y 26.2% (28 pacientes) no tuvieron **antecedentes**.

Al realizar el análisis de la asociación entre antecedente de esquizofrenia y el inicio brusco y gradual de la esquizofrenia, cuyos resultados se muestran en la tabla 03, se aprecia que: el factor antecedente tiene asociación estadísticamente significativa con el inicio de esquizofrenia, y al aplicar las pruebas no paramétricas de asociación Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia, se obtiene resultados de Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.400 y valor de probabilidad de aceptación de asociación de $p = 0.000 (p < 0.05)$; aceptándose la hipótesis N° 01 planteada.

TABLA N° 4
OCUPACION E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES
INTERNADOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION DEL
ENFERMO MENTAL DE IQUITOS, AÑOS 2000-2010.

OCUPACION	INICIO DE ESQUIZOFRENIA				TOTAL	
	Brusco		Gradual o insidioso		N°	%
	N°	%	N°	%		
Ocupado	5	4,7	9	8,4	14	13.1
Desocupado	38	35,5	55	51,4	93	86.9
TOTAL	43	40,2	64	59.8	107	100.0

$$\Phi (\text{Phi}) = V \text{ Cramer} = C = 0.035 \quad p = 0.714 \quad (p < 0.05)$$

Fuente: Recolección de datos por Ferreyra Delia, Sandoval, Claudia, Taminche Gissela.

Del cuadro 4, sobre Ocupación e Inicio de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia que: de 43 pacientes (40.2%) con inicio brusco de esquizofrenia 35.5% (38 pacientes) estaban desocupados y 4.7% (5 pacientes) estaban ocupados. De 64 pacientes (59.8%) con **esquizofrenia gradual o insidioso**, 51.4% (55 pacientes) estuvieron **desocupados** y 8.4% (9 pacientes) estaban **ocupados**.

Al realizar el análisis de la asociación entre la ocupación e inicio brusco y gradual de esquizofrenia cuyos resultados se muestran en la tabla 04, se aprecia que: el factor ocupación no tiene asociación estadísticamente significativa con el inicio de esquizofrenia, y al aplicar las pruebas no paramétricas de asociación Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia, se obtiene resultados de Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.035 y valor de probabilidad de aceptación de asociación de $p = 0.714$ ($p > 0.05$); no aceptándose la hipótesis N° 02 planteada.

TABLA N° 5

**SOPORTE FAMILIAR E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES
INTERNADOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION DEL
ENFERMO MENTAL DE IQUITOS, AÑOS 2000 - 2010.**

SOPORTE FAMILIAR	INICIO DE ESQUIZOFRENIA				TOTAL	
	Brusco		Gradual o insidioso		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adecuado	23	21,5	55	51,4	78	72.9
Inadecuado	20	18,7	9	8,4	29	27.1
TOTAL	43	40,2	64	59.8	107	100.0

$$\Phi (\text{Phi}) = V \text{ Cramer} = C = 0.358 \quad p = 0.000 \quad (p < 0.05)$$

Fuente: Recolección de datos por Ferreyra Delia, Sandoval, Claudia, Taminche Gissela.

Del cuadro 5, sobre Soporte familiar e Inicio de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia que: de 43 pacientes (40.2%) con **inicio brusco** de esquizofrenia 21.5% (23 pacientes) tuvieron soporte **familiar adecuado** y 18.7% (20 pacientes) tuvieron **familia inadecuada**. De 64 pacientes (59.8%) con esquizofrenia **gradual o insidioso**, 51.4% (55 pacientes) tuvieron familia adecuado y 8.4% (9 pacientes) tuvieron familia inadecuada.

Al realizar el análisis de la asociación entre el soporte familiar e inicio brusco y gradual de esquizofrenia cuyos resultados se muestran en la tabla 5, se aprecia que: el factor soporte familiar tiene asociación estadísticamente significativa con el inicio de esquizofrenia, y al aplicar las pruebas no paramétricas de asociación Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia, se obtiene resultados de Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.358 y valor de probabilidad de aceptación de asociación de $p = 0.000$ ($p < 0.05$); aceptándose la hipótesis N° 03 planteada.

TABLA N° 6

**SEXO E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES DEL CENTRO DE
REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL
DE IQUITOS, AÑOS 2000 - 2010.**

SEXO	INICIO DE ESQUIZOFRENIA				TOTAL	
	Brusco		Gradual o insidioso		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	31	29,0	27	25,2	58	54.2
Femenino	12	11,2	37	34,6	49	45.8
TOTAL	43	40,2	64	59.8	107	100.0

Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.294 p = 0.002 (p < 0.05)

Fuente: Recolección de datos por Ferreyra Delia, Sandoval, Claudia, Taminche Gissela.

Del cuadro 6, sobre Sexo e Inicio de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia que: de 43 pacientes (40.2%) con **inicio brusco de esquizofrenia**, 29.0% (31 pacientes) pertenecen al **sexo masculino** y 11.2% (12 pacientes) pertenecen al **sexo femenino**. De 64 pacientes (59.8%) con inicio gradual o insidioso de esquizofrenia, 34.6% (37 pacientes) pertenecen al **sexo femenino** y 25.2% (27 pacientes) pertenecen al **sexo masculino**.

Al realizar el análisis de la asociación entre el sexo e inicio brusco y gradual de esquizofrenia cuyos resultados se muestran en la tabla 6, se aprecia que: el factor sexo tiene asociación estadísticamente significativa con el inicio de esquizofrenia, y al aplicar las pruebas no paramétricas de asociación Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia, se obtiene resultados de Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.294 y valor de probabilidad de aceptación de asociación de p = 0.002 (p < 0.05); aceptándose la hipótesis N° 04 planteada.

TABLA N° 7

**EDAD E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES DEL CENTRO
DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL DE IQUITOS,
AÑOS 2000 - 2010.**

Paciente	Edad	I.Esq	Paciente	Edad	I.Esq	Paciente	Edad	I.Esq
1	3	2	37	2	2	73	2	2
2	1	2	38	1	1	74	1	2
3	3	2	39	1	1	75	1	2
4	1	2	40	1	2	76	1	2
5	3	2	41	3	1	77	3	2
6	3	2	42	3	1	78	1	1
7	2	1	43	3	2	79	3	2
8	2	1	44	2	1	80	2	2
9	3	2	45	3	2	81	2	2
10	2	2	46	2	1	82	2	1
11	2	2	47	2	2	83	2	1
12	2	1	48	2	2	84	3	1
13	2	1	49	1	2	85	1	1
14	3	1	50	2	1	86	1	1
15	1	2	51	2	2	87	2	2
16	2	2	52	2	2	88	1	2
17	3	2	53	1	2	89	3	2
18	3	2	54	1	2	90	3	1
19	1	1	55	3	1	91	2	2
20	2	1	56	3	2	92	2	1
21	3	2	57	3	2	93	3	1
22	3	2	58	3	1	94	1	2
23	2	2	59	3	1	95	2	2
24	3	1	60	2	1	96	2	1
25	3	1	61	3	1	97	3	1
26	2	2	62	3	2	98	1	2
27	3	2	63	1	2	99	3	2
28	3	1	64	2	2	100	3	1
29	3	1	65	3	1	101	2	1
30	1	2	66	1	2	102	2	2
31	2	2	67	2	1	103	3	2
32	1	2	68	2	2	104	3	2
33	3	2	69	2	1	105	1	1
34	1	2	70	3	2	106	3	1
35	1	2	71	3	1	107	1	1
36	2	2	72	1	2			

Al realizar el análisis de la asociación entre la edad (de razón) e inicio brusco y gradual de esquizofrenia (dicotómica) a través del coeficiente de correlación visceral puntal que es el más adecuado cuando se tiene este tipo de variables, cuyos resultados se muestran en la tabla 7, se aprecia que: el factor edad no tiene asociación estadísticamente significativa con el inicio de esquizofrenia, y al aplicar la prueba no paramétrica de asociación Coeficiente visceral puntal, se obtiene resultados $t_c < t_t$ ($p=0.1392$, $p>0.05$), entonces se acepta la hipótesis nula, es decir que la edad no está relacionada al inicio de esquizofrenia; no aceptándose la hipótesis N° 05 planteada.

TABLA N° 8

**GRADO DE INSTRUCCION E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES
DEL CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO
MENTAL DE IQUITOS, AÑOS 2000 - 2010.**

GRADO DE INSTRUCCION	INICIO DE ESQUIZOFRENIA				TOTAL	
	Brusco		Gradual o insidioso		N°	%
	N°	%	N°	%		
ALTO NIVEL	7	6,6	25	23,4	32	29.9
BAJO NIVEL	36	33,6	39	36,4	75	70.1
TOTAL	43	40,2	64	59.8	107	100.0

$$\Phi (\text{Phi}) = V \text{ Cramer} = C = 0.244 \quad p = 0.012 (p < 0.05)$$

Fuente: Recolección de datos por Ferreyra Delia, Sandoval, Claudia, Taminche Gissela.

Del cuadro y gráfico 8, sobre Grado de instrucción e Inicio de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia que: de 43 pacientes (40.2%) con **inicio brusco de esquizofrenia** 33.6% (36 pacientes) tuvieron grado de instrucción bajo y 6.6% (7 pacientes) tuvieron grado de instrucción alto. De 64 pacientes (59.8%) con **esquizofrenia gradual o insidioso**, 36.4% (39 pacientes) tuvieron **grado de instrucción** bajo y 23.4% (25 pacientes) **tuvieron grado** de instrucción alto.

Al realizar el análisis de la asociación entre grado de instrucción e inicio brusco y gradual de esquizofrenia cuyos resultados se muestran en la tabla 8, se aprecia que: el factor grado de instrucción tiene asociación estadísticamente significativa con el inicio de esquizofrenia, y al aplicar las pruebas no paramétricas de asociación Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia, se obtiene resultados de Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.244 y valor de probabilidad de aceptación de asociación de $p = 0.012 (p < 0.05)$; aceptándose la hipótesis N° 06 planteada.

DISCUSION

Al asociar los factores biosociodemográficos antecedentes de esquizofrenia e inicio de la esquizofrenia, se encontró resultados significativos, lo que nos permitió aceptar la hipótesis de investigación. Este hallazgo no es compatible con lo encontrado por: **ADRIANZEN C. y otros (2005)**, cuando al estudiar los aspectos clínicos en pacientes menores de 18 años diagnosticados con esquizofrenia del Departamento de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" entre 1982 y 1992, encontraron que 48% tenía antecedentes familiares de esquizofrenia y 72% antecedentes premórbidos de personalidad. Respecto al inicio de la esquizofrenia, encontraron que en el 80% el inicio fue insidioso o gradual, es decir sin manifestaciones clínicas previas. Así mismo estos resultados son compatibles con lo que refiere **GONZÁLEZ J. y otros (2007)**, en un estudio retrospectivo de diez años, en 76 pacientes de 16 a 75 años (media de 35,3 años) del Instituto Psiquiátrico de Madrid, sobre el curso de la esquizofrenia desde el primer episodio encontrando que: en cuanto a antecedentes familiares de esquizofrenia, 9,2% presentaron antecedentes familiares, éste porcentaje aumenta al 11,8% si se incluyen antecedentes de otras psicosis, 50,0% tuvieron un inicio brusco de esquizofrenia y 47,4% un inicio insidioso o gradual. Este resultado nos permite aportar científicamente la necesidad de intervenir como profesionales de enfermería en la educación del paciente y familia sobre la toma de conciencia para evitar la consumación del deseo de tener descendencia, puesto que confirma la gran probabilidad de que los hijos de personas que padecen de esquizofrenia pueden desarrollar también la enfermedad, de esa manera contribuiremos a disminuir el número de nuevos casos.

Al asociar los factores biosociodemográficos ocupación e inicio de esquizofrenia no se encontró resultados significativos, lo que no permitió aceptar la hipótesis de investigación. Este hallazgo es compatible con los reportados por **CAVIERES A. y otros (2005)**, que respecto a la ocupación, indican que las personas con esquizofrenia se caracterizan por que al inicio de la enfermedad, evidencian un deterioro marcado de su

funcionamiento social, debido a que la interrelación entre las deficiencias cognitivas más elementales como la atención y memoria, se interfieren mutuamente con el rendimiento del nivel social es decir con la planificación ejecutiva, causando en consecuencia déficit en el área ocupacional. Así mismo estos resultados son compatibles con lo que refiere **HARO A. (2006)**, en un estudio realizado sobre las características y tratamiento de 17,000 pacientes con esquizofrenia en 37 países de cuatro continentes durante tres años, encontrando que respecto a la ocupación, solo el 19% tiene una ocupación o trabajo remunerado al inicio de la enfermedad. Por otro lado, este resultado no es compatible con lo que reporta **GONZÁLEZ J. y otros (2007)**, que encontraron 31,6% (24 pacientes) con ocupación, de ellos 40,0% tenían rendimiento bueno o muy bueno; el 23% fue ama de casa y de ellas 76,4% tuvo buen rendimiento; y 37,3% estaban en situación de desempleo. Este resultado nos permite recomendar la realización de nuevos estudios utilizando éste indicador, pues es probable que el comportamiento de la misma esté sufriendo modificaciones bajo la influencia de algún factor asociado, puesto que la ocupación siempre ha estado relacionado a un buen funcionamiento social e incluso es un buen indicador de la recuperación de la persona con trastorno mental más aún si muestra responsabilidad y permanencia en el tiempo en un desempeño laboral.

Al asociar el factor biosociodemográfico soporte familiar e inicio de esquizofrenia se encontró resultados significativos, lo que nos permitió aceptar la hipótesis de investigación. Estos resultados son similares a los encontrados por **GONZÁLEZ J. y otros (2007)**, en un estudio retrospectivo de diez años, en 76 pacientes de 16 a 75 años (media de 35,3 años) del Instituto Psiquiátrico de Madrid, sobre el curso de la esquizofrenia desde el primer episodio encontrando que en cuanto al soporte familiar 59,2% convivía con su familia de origen o con sus hermanos, 23,7% tenía familia propia y solamente el 11,8% vivían solos. Igualmente, estos resultados son compatibles con lo que refiere **HARO A. (2006)**, en un estudio realizado sobre las características y tratamiento de 17,000 pacientes con esquizofrenia en 37 países de cuatro continentes durante tres años, encontrando que respecto al soporte familiar 69% vivía con sus padres al inicio de la enfermedad, es decir en el primer episodio. Este resultado nos permite

reiterar el papel fundamental que cumple la familia como el núcleo más importante de la sociedad, en el desarrollo de conductas saludables o distorsionadas que pueden afectar la salud mental de sus miembros llevándolos incluso al desequilibrio mental; ello nos compromete como profesionales de la salud, para fortalecer el trabajo a nivel de atención primaria de la salud enfocándonos hacia el logro de familias funcionales.

Al asociar el factor biosociodemográfico edad con inicio de esquizofrenia, no se encontró resultados significativos, lo que no permitió aceptar la hipótesis de investigación. Este hallazgo guarda cierta similitud con los encontrados por **EUR J., ZACK Z., CERNOVSKY JA., LANDMARK RL y O'REILLY (2005)**, en una investigación sobre el inicio de la esquizofrenia relacionado a algunos factores, en 112 pacientes, donde la edad de inicio oscila entre 20 y 65 años (media de 38,1, SD = 9,8 años y mediana de 37 años), de ellos 4 (3,6%) fueron ingresados por primera vez después de haber cumplido 40 años; la edad del primer ingreso fue entre los 16 y 59 años (media de 25,7, SD = 7,2, mediana de 24 años). Se ha utilizado la edad en que se produjo el primer ingreso como estimación aproximada del momento de inicio de los síntomas, siendo 95,5% de la muestra hospitalizada por primera vez debido a la esquizofrenia antes de los 40 años, seguido de 78,6% que fueron hospitalizados antes de los 30 años. Por otro lado, éste resultado no es compatible con **FRANKENBUR F. (2007)**, quien reporta que la edad promedio más alto de aparición de la esquizofrenia fue entre 20 a 28 años de edad en hombres y de 26 a 32 años en mujeres. Asimismo, no es compatible con **CRIADO I. (Perú, 2005)**, en su estudio realizado en Lima Metropolitana sobre "características demográficas de personas con esquizofrenia", encontró que de 61 pacientes participantes del estudio, la mayoría tenía una edad comprendida entre 45 a 60 años, con una edad media de 52 años. Creemos que éste resultado refuerza la información aportada por un sinnúmero de investigadores, quienes indican que la esquizofrenia puede presentarse a cualquier edad incluso en la infancia, pero con mayor predominancia en la de edad adulto joven; entonces el énfasis de intervención en la promoción y prevención de la salud mental, debe iniciarse desde etapas temprana o primera infancia, de la vida.

Al asociar el factor biosociodemográfico sexo con inicio de esquizofrenia, se encontró resultados significativos, lo que nos permitió aceptar la hipótesis de investigación. Estos hallazgos son compatibles con los encontrados por **CRIADO I. (2005)**, en su estudio realizado en Lima Metropolitana sobre “características demográficas de personas con esquizofrenia”, donde de 61 pacientes participantes del estudio, 66% eran hombres y 34% mujeres. Igualmente guarda cierta similitud con **ADDINGTON D. y otros (2005)**, que refieren que la esquizofrenia puede presentarse en proporciones iguales de 50% entre hombres y mujeres, o en las últimas empezar más tarde, por ello, los hombres tienden a representar más de la mitad de los pacientes en los servicios con un elevado número de adultos jóvenes. También **EUR J. ZACK Z., CERNOVSKY A., LANDMARKRL y O'REILLY (2005)**, respecto a las diferencias por sexo, encontró que el sexo masculino está relacionado con una aparición más temprana de la esquizofrenia con una edad media de inicio de 24,9 y $SD = 7,5$ para los hombres y 26,1, $SD = 7,0$ para las mujeres. Sin embargo, éstos hallazgos no son compatibles con los encontrados por **EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL (2005)**, en un estudio sobre salud mental realizado en personas mayores de 12 años de tres ciudades representativas de la selva peruana (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa) en cuatro distritos de Iquitos, muestra que existe prevalencia de esquizofrenia con diferencias del 13.5% entre varones y de 29.2% en mujeres, respectivamente. Este resultado confirma el aporte de otras investigaciones respecto a que las personas de sexo masculino son las que más enferman con esquizofrenia a pesar de que las que inician a menor edad son las mujeres; creemos que se debe a la falta de expresividad y control de sus emociones y sentimientos o porque esconden o evaden el afrontamiento eficaz de las situaciones problemáticas cotidianas, enmascarados en un falso “machismo” que al llegar al límite de soporte los hace desequilibrar mentalmente. Por ello es necesario intervenir en éste grupo poblacional a fin de enseñarle a mirarse como un ser humano con capacidades pero también falible lo cual no le hace diferente a los demás.

Al asociar el factor biosociodemográfico grado de instrucción e inicio de esquizofrenia, se encontró resultados significativos, lo que nos permitió aceptar la hipótesis de investigación. Este hallazgo guarda cierta similitud con los encontrados por **GONZÁLEZ J. y otros (2007)**, en un estudio retrospectivo de diez años, en 76 pacientes del Instituto Psiquiátrico de Madrid, sobre el curso de la esquizofrenia desde el primer episodio encontrando que 84% de los casos tenía bajo nivel educativo y por ello el trabajo que realizaban era de tipo no calificado y 68% tenían alto nivel educativo y por ello el trabajo que realizaban era de categoría profesional, equivalente a las expectativas para su nivel socioeconómico y edad. Este resultado evidencia la influencia directa de la formación cognitiva académica en el bienestar subjetivo de la persona porque le permite acceder a mejores ingresos económicos, le hace sentir capaz de satisfacer sus necesidades, lograr sus metas, sentirse autorealizada y con mayores probabilidades de un mejor autocuidado y de tener una mejor calidad de vida. En consecuencia como profesionales de enfermería éste es un aspecto a considerar en la intervención que se realicen en las familias aparentemente sanas y en la comunidad.

CONCLUSIONES

- Los factores biosociodemográficos de los participantes fueron: 59,8 % (64 pacientes) no presentan antecedentes de esquizofrenia; 86,9% (93 pacientes) estaban ocupados; 72,9% (78 pacientes) presentaron soporte familiar adecuado; 39,3% (42 pacientes) tenían de 25 a 54 años; 54,2 % (58 pacientes) pertenecían al sexo masculino; y 70,1% (75 pacientes) tenían bajo nivel de instrucción.
- En cuanto al inicio de la esquizofrenia, el 59,8 % (64 pacientes) presentaron inicio gradual o insidioso de esquizofrenia.
- Referente a los factores biosociodemográficos e inicio de esquizofrenia, se obtuvo asociación estadísticamente significativa con: antecedente de esquizofrenia ($p=0,000$) ($p<0,05$); soporte familiar ($p=0,000$) ($p<0,05$); sexo ($p=0,002$) ($p<0,05$); grado de instrucción ($p=0,=12$) ($p<0,05$), aceptándose la hipótesis planteada. Referente a los factores biosociodemográficos e inicio de esquizofrenia, no se obtuvo asociación estadísticamente significativa con: ocupación ($p=0,714$) ($p>0,05$); edad ($p=0,1392$) ($p>0,05$); no aceptándose la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, es necesario realizar las siguientes recomendaciones:

1. **A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana**, para continuar brindando una formación profesional integral aplicando los aspectos de salud mental como un eje integrador, que redunde en beneficio de los nuevos profesionales de enfermería y de la población bajo su responsabilidad en su desempeño profesional. Que motive la realización de nuevas investigaciones sobre el tema a fin de obtener un perfil básico del comportamiento de dicha patología y lograr generalizar los resultados en nuestra población e intervenir en los factores de riesgo y desencadenantes.
2. **A los profesionales de enfermería**, para que realicen investigaciones sobre los trastornos mentales en general junto a entidades Gubernamentales y no Gubernamentales ligadas al tema (Organismos Mundiales, Universales, Institutos y ONGS).
3. **A la Dirección Regional de Salud de Loreto**, para realizar coordinaciones y difusión a través de los diferentes medios de comunicación de temas relacionados a la Esquizofrenia, que se implementen consultorios de salud mental en los diferentes niveles de atención capacitando previamente al personal responsable de los mismos.
4. En general como investigadoras y en base a los resultados significativos obtenidos, creemos necesario considerar en el desempeño profesional, actividades preventivo promocionales de salud mental enfatizando en los factores biosociodemográficos que caracterizan a las personas que sufren un trastorno mental tan caótico y desorganizado como es la esquizofrenia, conocida como la psicosis que más deterioro e invalidez causa al ser humano en todas las áreas de su funcionalidad, debido a su

incidencia, su potencial cronicidad, la severidad sintomatológica del cuadro, y las consecuencias negativas de gran impacto que causan gran sufrimiento emocional en la persona, familia y sociedad.

Asimismo, es necesario recordar que los responsables de las políticas y estrategias de salud, necesitan considerar como prioridad a la salud mental y a la cultura de paz, trabajando sobre la incidencia de los factores genéticos por ejemplo concientizando al enfermo y a la familia sobre su predisposición hereditaria es decir que no deberían tener hijos; asimismo sobre los factores sociodemográficos de vulnerabilidad o desencadenantes de la misma como por ejemplo la edad, sexo, grado de instrucción, entre otros, ante los cuales debe plantearse alternativas de prevención para disminuir la presentación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MESA CASTILLO S. Origen prenatal de la esquizofrenia. Hospital Psiquiátrico de la Habana. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. 2010. Pág. 81-83. Disponible en: www.interpsiquis.com.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. Estudio Epidemiológico metropolitano de salud mental. Argentina. 2005. Pág. 165. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/uesu_ta/pdf/uesu_ta.pdf.
3. LEFF J. Perspectivas Sistémicas del paciente con esquizofrenia. Francia. 2005. Pág. 63-65. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/leff.htm>.
4. ASOCIACION AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). Estados Unidos. 2005. Pág. 55-57.
5. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL. Honorio Delgado – Hideyo Noguche “Estudio Epidemiológico de salud mental en Iquitos 2004 “. Suplemento 2 En Anales de Salud Mental. Vol. XXIV. Perú. 211. p.
6. FRANKENBURGFR. Esquizofrenia en adultos. Francia, 2007. Pág. 21-24. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia>.
7. GONZALES, J. y otros. Curso de la esquizofrenia. España. 2007. Pág. 352-354
8. ADDINGTON D, BOUCCHARD RH, GOLDBERG J. Tratamiento de la Esquizofrenia. España. 2005. Pág. 22 – 25. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000928.htm>

9. HARO A. y otros. Trabajo Mundial sobre la salud de los esquizofrénicos. España. 2006. Pág. 20 – 22. Disponible en: <http://www.mancia.org/foro/noticias/51463-perfil-esquizofrenicos-no-varia-segun-pais-residencia-medica.html>.
10. CAVIERES A. y otros. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Chile, 2005. Pág. 281-283.
11. EUR J., ZACK Z., CERNOVSKY JA., LANDMARK RL y O'REILLY. Edad de inicio y modelos clínicos en la esquizofrenia. Vol. 16, Nº 3, (174-180) Canadá. 2005. Pág. 479-482.
12. CRIADO I. Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. Perú. 2005. Pág. 10-12. Disponible en: <http://www.universidaddelasalud.es/pdf/investigacionysalud/pdf/desisnstitucionalizacion%20y%20calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20esquizofrenicos.pdf>.
13. ADRIANZEN VIVAR C. Proyecto de Protocolo de Atención de Niños y Adolescentes con Esquizofrenia. Perú. 2005. Pág.123-125. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v62_n34/proyecto%20de%20protocolo%20de%20atenci%C3%B3n.htm.
14. CARRAZCO M. Acerca de las enfermedades mentales serias. Perú. 2005. Pág. 17-20. Disponible en: <http://espanol.world-schizophrenia.org/>.
15. Op. Cit. (5). Pág. 211.
16. FERNÁNDEZ DE SOTO PA. Osorio AE. Esquizofrenia de inicio en la niñez, revisión de conceptos actuales y dificultades en el diagnóstico. Chile.2006. 12-14.p.Disponible en: [ttp://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/4%20Esquizofrenia.pdf](http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/4%20Esquizofrenia.pdf)

17. JOFFRE VELÁSQUEZ V. GARCÍA MALDONADO G. GARCÍA NÚÑEZ S. Perfil sociodemográfico, clínico y terapéutico de pacientes con esquizofrenia. Argentina 2010. Pág. 125-128.
18. MEISE y Col. Influencia de la edad de inicio de la esquizofrenia en el desempeño social de quienes la padecen. Pág 25-28. Disponible en: <http://www.siic.info>.
19. CROW TJ. Psiquiatría. La genética y el problema de la psicosis. México. 2007. Pág. 102 - 103. Disponible en: <http://geneticaysexologiaintegral.blogspot.com/2009/11/esquizofrenia-aspectos-eticosmedicos-y.html>.
20. ABOU JAMRA R., SCHMAEL C. y CICHON S. Los G72/G30. Génes que intervienen en el desorden psiquiátrico. Australia. 2006. Pág.26-28.
21. SOUTULLO ESPERÓN C. La esquizofrenia y otras causas de psicosis en la adolescencia. España. 2005. Pág. 19-22. Disponible en: <http://blogalejandragodoyh.bligoo.com/content/view/726044/La-esquizofrenia-y-otras-causas-de-psicosis-en-adolescentes.html#content-top>.
22. FACUNDO GUETIERREZ. Esquizofrenia. Perú. 2007. Pág. 22-25. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos29/esquizofrenia/esquizofrenia.shtml>.
23. MARX J, et al. Práctica Clínica. México. 2006. Pág.5482-5485.
24. MORENO CIDONCHA E. Trastornos de la Personalidad y su abordaje clínico. España. 2006. Pág. 60-63. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/colaboradores/Esther/esquizofrenia1/index.shtml>.
25. Op. Cit. (17). Pág. 143 -144.
26. LIEBERMAN J. Efectividad de las drogas antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia crónica. EE.UU. 2007. Pág. 20-22. Disponible en: <http://www.lasalud.com/pacientes/esquizofrenia.htm>.

27. Op. Cit. (19). Pág. 103 - 105.
28. VALIENTE A. BIOQUE M. CABRERA B. y BERNARDO M. La interacción gen-ambiente. Cuba. 2010. Pág. 8 – 10. Disponible en: Psiquiatria.com. URL <http://hdl.handle.net/10401/1086>.
29. Op. Cit. (10). Pág. 282 - 283.
30. TORO R. Psiquiatría. Colombia. 2005. Pág. 275-278
31. VALENCIA M. y otros. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. México. 2006. Pág. 111 – 112. Disponible en: <http://psiconet.com/mexico/apsa2006/esquizoyestigma.htm>.
32. MEDINA GARIBO M. Síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo. España. 2006. Pág. 15-19. Disponible en: <http://www.biopsicologia.net/nivel-4-patologias/1.6.02.4.-sintomas-dependientes-de-la-cultura-edad-y-sexo.html>.
33. HASSETT A. AMES D. CHIU E. Psicosis. Londres. 2005. Pág. 53-55. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia>.
34. SALOMÉ G. Pedro. Atención del anciano en el Centro del adulto mayor-Essalud. Tacna. Perú. 2005. Pág. 10-12. Disponible en: www.google.com.http://200.29.21.4/~gerontol/postnuke/pdf/tesis_dr_salome.pdf.
35. MINISTERIO DE SALUD - ESSALUD. Comisión nacional de clasificación de enfermedades. Perú. 2006. Pág. 30. Disponible en: www.deis.gov.ar/definiciones.htm.postnuke/pdf/tesis_dr_salome.pdf.
36. Ministerio de Salud - EsSalud. Comisión nacional de clasificación de enfermedades. Perú. 2006. Pág. 33-35. Disponible en: www.deis.gov.ar/definiciones.htm.

BIBLIOGRAFIA

- ABOU JAMRA R. SCHMAEL C. y CICHON S. Los G72/G30. Genes que intervienen en el desorden psiquiátrico. Australia. 2006.30-31. p

- ADDINGTON D. BOUCCHARD RH. GOLDBERG J. Tratamiento de la Esquizofrenia. España. 2005. 20-21. p. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000928.htm>.

- ADRIANZEN VIVAR C. “Proyecto de Protocolo de Atención de Niños y Adolescentes con Esquizofrenia”. En revista de Neuro-Psiquiatría del Perú. Tomo LXII. Perú. 2005. p. 120-121. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v62_n34/proyecto%20de%20protocolo%20de%20atenci%C3%B3n.htm.

- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRAS. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Editorial Masson, S.A. Estados Unidos. 2005. 50-55. p.

- CARRAZCO M. Acerca de las Enfermedades Mentales Serias. Perú. 2005. 15.p Disponible en: <http://espanol.world-schizophrenia.org/>.

- CAVIERES A. y otros. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Chile. 2005. 280. p

- CRIADO I. Desinstitucionalización y Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. Perú. 2005. 15-20. p. Disponible en: <http://www.universidaddelasalud.es/pdf/investigacionysalud/pdf/desisnstitucionalizacion%20y%20calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20esquizofrenicos.pdf>.

- CROW TJ. Psiquiatría. La genética y el Problema de la Psicosis. Vol. 164. México.

2007. 100. p Disponible en: <http://geneticaysexologiaintegral.blogspot.com/2009/11/esquizofrenia-aspectos-eticosmedicos-y.html>.

- EUR J. ZACK Z. CERNOVSKY JA. LANDMARK RL. y O'REILLY. Edad de inicio y modelos clínicos en la Esquizofrenia. Vol. 16, N° 3, (174-180). Departamento de Psiquiatría, Universidad de Western Ontario, London, Ontario. Canadá. 2005. 477. p
- FACUNDO GUETIERREZ. Esquizofrenia. Perú. 2007. 19-21. p. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos29/esquizofrenia/esquizofrenia.shtml>.
- FRANKENBURG FR. Esquizofrenia en adultos. Francia. 2007. 20. p. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia>.
- FERNÁNDEZ DE SOTO PA. OSORIO AE. Esquizofrenia de inicio en la niñez, revisión de conceptos actuales y dificultades en el diagnóstico. Chile. 2006. 15-17. p. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/4%20Esquizofrenia.pdf>
- GONZALES J. y otros. Curso de la esquizofrenia. Instituto psiquiátrico de Madrid. Vol. 11. Núm. 2. España. 2007. 350. P
- HARO A. y otros. Trabajo Mundial sobre la salud de los esquizofrénicos. España. 2006. 15-18 p. Disponible en: <http://www.mancia.org/foro/noticias/51463-perfil-esquizofrenicos-no-varia-segun-pais-residencia-medica.html>.
- HASSETT A. AMES D. CHIU E. Esquizofrenia. Editorial Francis. Londres. 2005. 50. p. <http://es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia>.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL. Honorio Delgado – Hideyo

Noguche “Estudio Epidemiológico de salud mental en Iquitos 2004 “. Suplemento 2
En Anales de Salud Mental. Vol. XXIV. Perú. 211. p.

- JOFFRE VELÁSQUEZ V. GARCÍA MALDONADO G. GARCÍA NÚÑEZ S. Perfil sociodemográfico, clínico y terapéutico de pacientes con trastornos del espectro de esquizofrenia, atendidos en un Hospital Psiquiátrico Mexicano. Argentina. 2010. 117-124. p.
- LEFF J. Perspectivas Sistémicas. Francia, 2005. 60. p. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/leff.htm>.
- LIEBERMAN J. Efectividad de las drogas antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia crónica. Editorial J. Clin Psychiatry. EE.UU. 2007. 15-18. p. Disponible en: <http://www.lasalud.com/pacientes/esquizofrenia.htm>.
- MARX J, et al. Práctica Clínica. 5° Edición. Editorial St. Louis, Mo: Mosby. México. 2006. 5480. p.
- MEDINA GARIBO M. Síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo. España. 2006. 9-12. p. Disponible en: <http://www.biopsicologia.net/nivel-4-patologias/1.6.02.4.-sintomas-dependientes-de-la-cultura-edad-y-sexo.html>.
- MEISE y Col. Influencia de la edad de inicio de la esquizofrenia en el desempeño social de quienes la padecen. 20-22. p Disponible en: <http://www.siic.info>.
- MESA CASTILLO S. Origen prenatal de la esquizofrenia. Estudios con técnicas de microscopía electrónica. Hospital Psiquiátrico de la Habana. 11° Congreso Virtual de Psiquiatría. Febrero-Marzo, 2010. 80. p Disponible en: www.interpsiquis.com.
- MINISTERIO DE SALUD - ESSALUD. Comisión nacional de clasificación de enfermedades. Perú. 2006. 30-31. p. Disponible en:

www.deis.gov.ar/definiciones.htm.

- MORENO CIDONCHA E. Trastornos de la Personalidad y su Abordaje Clínico. Valencia, España. 2006. 55-58. P. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/colaboradores/Esther/esquizofrenia1/index.shtml>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Estudio epidemiológico metropolitano de salud mental. Argentina. 2005. 165. P. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/uesu_ta/pdf/uesu_ta.pdf.
- SALOMÉ G. P. Atención del Anciano en el Centro del Adulto Mayor Es salud – Tacna. Perú. 2005. 13-15 p. Disponible en: [www.google.com.http://200.29.21.4/~gerontol/postnuke/pdf/tesis_dr_salome.pdf](http://www.google.com/http://200.29.21.4/~gerontol/postnuke/pdf/tesis_dr_salome.pdf).
- SOUTULLO ESPERÓN C. La esquizofrenia y otras causas de psicosis en la adolescencia. España. 2005. 15-18. p. Disponible en: <http://blogalejandragodoyh.bligoo.com/content/view/726044/La-esquizofrenia-y-otras-causas-de-psicosis-en-adolescentes.html#content-top>.
- TORO R. Psiquiatría. 2da Edición. Editorial Carbajal. Colombia. 2005.273-275. p.
- VALENCIA M. y otros. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. Respecto al componente psicosocial. México. 2006. 105-110. p. Disponible en: <http://psiconet.com/mexico/apsa2006/esquizoyestigma.htm>.
- VALIENTE A. BIOQUE M. CABRERA B. y BERNARDO M. La interacción gen-ambiente. Avanzando hacia el futuro en la investigación de la esquizofrenia. Editorial Intersalud. Comunicación presentada en: 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Febrero-Marzo Cuba. 2010. 3-5. p. Disponible en: Psiquiatria.com. URL <http://hdl.handle.net/10401/1086>.

ANEXOS

“Factores biosociodemográficos asociados al inicio de esquizofrenia en pacientes internados en el centro de rehabilitación del enfermo mental de Iquitos – CREMI, años 2000 - 2010. Iquitos, 2010”

ANEXO N° 01

FICHA DE REGISTRO DE FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS E INICIO DE LA ESQUIZOFRENIA

I. PRESENTACION:

El presente instrumento, forma parte de un proyecto de investigación orientado a determinar los “Factores Biosociodemográficos asociados al inicio de la Esquizofrenia en pacientes internados en el centro de rehabilitación del enfermo mental de Iquitos (CREMI, entre años 2000 – 2010. Iquitos, 2010”, para consignar toda la información referente a edad, sexo, estado civil y grado de instrucción a través de las historias clínicas cuyo diagnóstico médico será de Esquizofrenia (F20), previa autorización del director de la indicada institución de salud.

II. INSTRUCCIONES:

Marque con una X, en base a la información recopilada, el espacio correspondiente.

III. CONTENIDO:

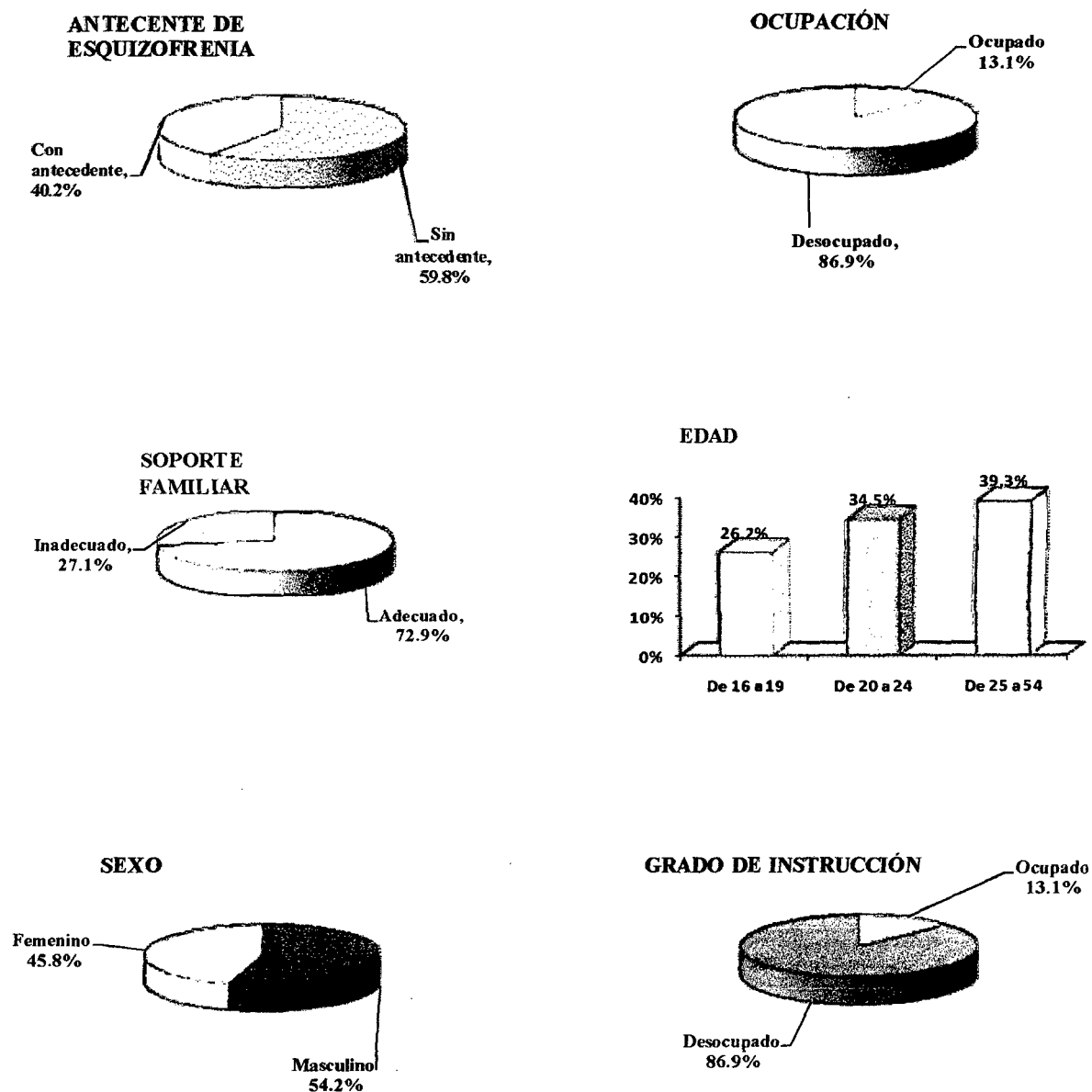
FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS		MEDICION
Antecedentes de la esquizofrenia		Sin antecedentes ()
		Con antecedentes ()
Ocupación		Ocupado ()
		Desocupado ()
Soporte familiar	.Tenía familia nuclear ()	Adecuado ()
	.Tenía familia propia ()	
	.Tenía apoyo económico ()	
	. Vivía solo. ()	Inadecuado ()
.No tenía apoyo familiar. ()		
	.Tenía conflictos familiares. ()	
Edad		De 16 a 19 años ()
		De 20 a 24 ()
		De 25 a 54 ()
Sexo		Masculino ()
		Femenino ()
Grado de instrucción		Alto Nivel ()
		Bajo Nivel ()
INICIO DE ESQUIZOFRENIA		MEDICION
Inicio de la esquizofrenia		Brusco ()
		Gradual o insidioso ()

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS O ITEMS
VARIABLE INDEPENDIENTE	<p>FACTORES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS: Conjunto de características: biológicas, sociales y demográficos, que caracterizan al sujeto de estudio, y que se encuentra registrada en la historia clínica del sujeto de estudio, al momento de la recolección de datos. Incluye los siguientes indicadores:</p>	Antecedente de esquizofrenia	<p>Cuando al aplicar la ficha de registro, se encontró que tiene o no familiares con esquizofrenia. Fue evaluado como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin antecedente: si la historia clínica no registra el dato. ▪ Con antecedente: si la historia clínica registra el dato. 	Nominal	Se utilizó la Ficha de registro de Factores biosociodemográficos e inicio de la esquizofrenia.
		Ocupación	<p>Cuando al aplicar la ficha de registro, se encontró que tuvo o no ocupación formal. Fue valorado como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocupado. ▪ Desocupado 	Nominal	
VARIABLE DEPENDIENTE	<p>INICIO DE ESQUIZOFRENIA: Definida como el primer episodio registrado en la historia clínica, del trastorno mental que altera el funcionamiento psicológico básico, con ruptura y distorsión de la realidad, evidenciado en un comportamiento inadecuado.</p>	Soporte familiar	<p>Cuando al aplicar la ficha de registro, se encontró en Soporte familiar la siguiente medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuado: cuando la historia clínica evidencia de 1 a 3 características saludables indicadas. ▪ Inadecuado: cuando la historia clínica evidencia de 1 a 3 características no saludables indicadas. 	Nominal	
		Grado de instrucción	<p>Cuando al aplicar la ficha de registro, se encontró en grado de instrucción, datos que permitieron medirlo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alto nivel educativo. ▪ Bajo nivel educativo. 	Ordinal	
		Edad:	<p>Cuando al aplicar la ficha de registro, se encontró el dato de edad, en cualquiera de las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adolescente. ▪ Adulto Joven. ▪ Adulto Intermedio. 	Nominal	
		Sexo:	<p>Cuando al aplicar la ficha de registro, sobre sexo se encontró características que permitieron medir como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculino. ▪ Femenino. 	Nominal	
		Inicio de la Esquizofrenia	<p>Cuando al aplicar la ficha de registro, se encontró datos de inicio de la esquizofrenia, para valorarlo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicio Brusco: si está registrado que apareció repentinamente como una crisis emocional desorganizada. ▪ Inicio Gradual o insidioso: cuando indica que se evidenciaba poco a poco cambios o manifestaciones clínicas. 	Nominal	

GRÁFICO 01

FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS DE PACIENTES DEL CENTRO IQUITOS. 2000 – 2010. DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL



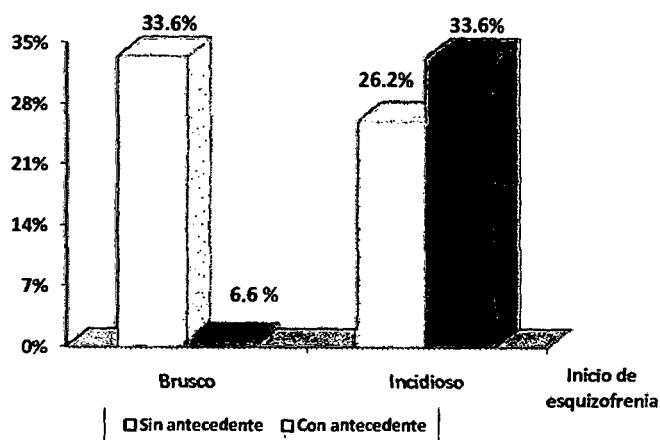
Del gráfico 1 respecto a la distribución de los factores biosociodemográficos asociados al Inicio de esquizofrenia, en pacientes del Centro de rehabilitación del enfermo Mental de Iquitos, años 2000 – 2010; se aprecia que: del 100% (107), 59.8% (64 pacientes) no presentan **antecedente de esquizofrenia** y 40.2% (43 pacientes) presentan antecedente de esquizofrenia; en cuanto a la ocupación; 86.9% (93 pacientes) estaban **desocupados** y 13.1% (14 pacientes) ocupados; con respecto al soporte familiar 72.9% (78 pacientes) presentan **soporte familiar adecuado** y 27.1% (29 pacientes) soporte familiar inadecuado; en cuanto a la edad 39.3% (42 pacientes) tienen de **25 a 54 años**, el 34.5% (37 pacientes) tienen **de 20 a 24 años** y 26.2% (28 pacientes) son de **16 a 19 años**; asimismo, 54.2% (58 pacientes) pertenecen al sexo **masculino** y 45.8% (49 pacientes) al sexo **femenino**; y finalmente, en cuanto al grado de instrucción 70.1% (75 pacientes) tienen **bajo nivel** y 29.9% (32 pacientes) tienen **alto nivel**.

GRÁFICO N° 2

INICIO DE ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL DE IQUITOS, AÑOS 2000 – 2010.

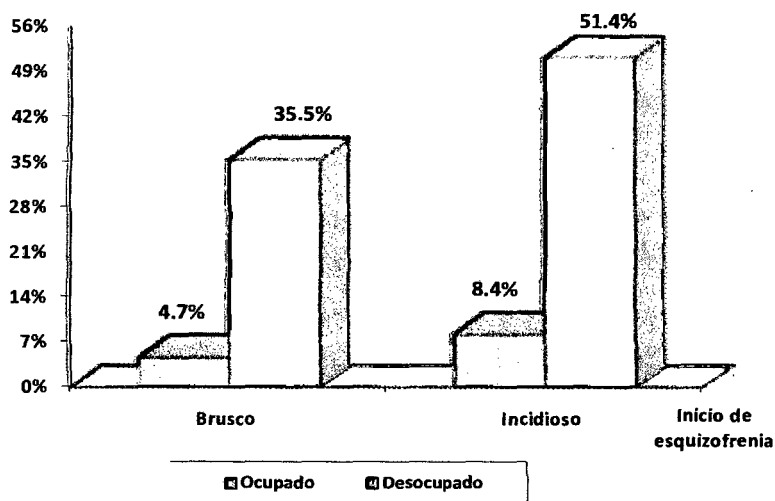
Del gráfico 2, respecto a la distribución de la variable dependiente inicio de esquizofrenia en pacientes internados en el Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos (CREMI), años 2000 – 2010. Iquitos, 2010, se aprecia que del 100% (107) 59.8% (64 pacientes) presentan **inicio gradual o insidioso de esquizofrenia** y 40.2% (43 pacientes) presentan **inicio brusco de esquizofrenia**.

GRÁFICO N° 3
ANTECEDENTE E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES DEL
CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL
DE IQUITOS, AÑOS 2000 – 2010



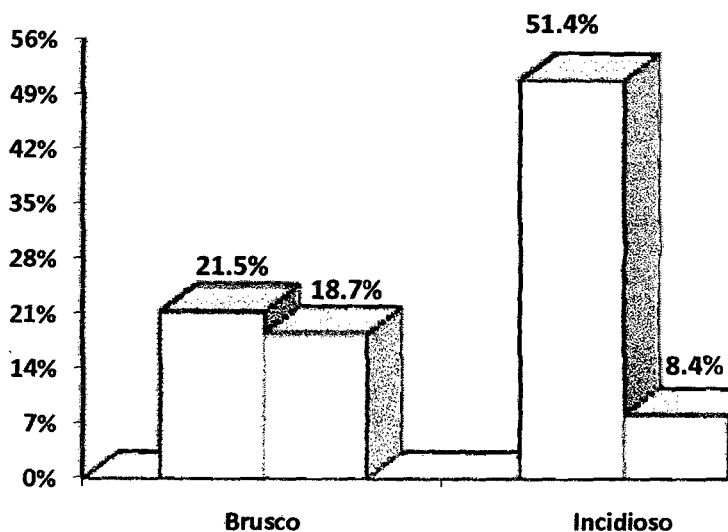
Del gráfico 3, sobre Antecedente e Inicio brusco y gradual o insidioso de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia que: de 43 pacientes (40.2%) con **inicio brusco** de esquizofrenia 33.6% (36 pacientes) no presentan **antecedente de esquizofrenia** y 6.6% (7 pacientes) tienen **Antecedente**. Por otro lado, de 64 pacientes (59.8 %) con inicio de esquizofrenia **gradual o insidioso**, 33.6% (36 pacientes) tuvieron **antecedentes** de esquizofrenia y 26.2% (28 pacientes) no tuvieron **antecedentes**.

GRÁFICO N° 04
OCUPACION E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES
INTERNADOS DEL CENTRO DE REHABILITACION DEL
ENFERMO MENTAL DE IQUITOS - 2010.



Del gráfico 4, sobre Ocupación e Inicio brusco y gradual o insidioso de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia que: de 43 pacientes (40.2%) con inicio brusco de esquizofrenia 35.5% (38 pacientes) estaban desocupados y 4.7% (5 pacientes) estaban ocupados. De 64 pacientes (59.8%) con **esquizofrenia gradual o insidioso**, 51.4% (55 pacientes) estuvieron **desocupados** y 8.4% (9 pacientes) estaban **ocupados**.

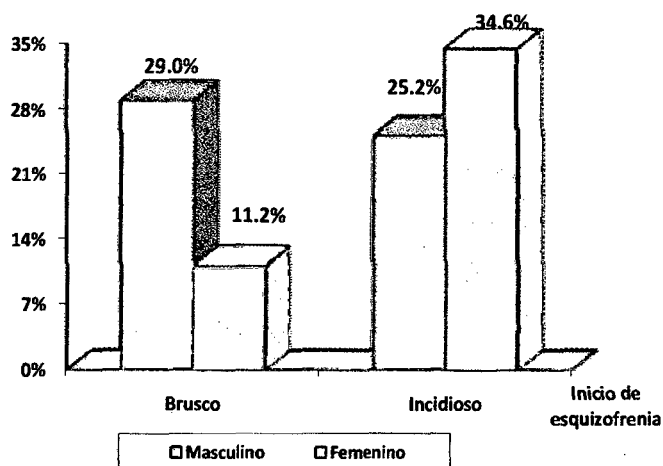
GRÁFICO Nº 5
SOPORTE FAMILIAR E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES
DEL CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO
MENTAL DE IQUITOS, AÑOS 2000 - 2010.



Del gráfico 5, sobre Soporte familiar e Inicio brusco y gradual o insidioso de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia en la muestra que: de 43 pacientes (40.2%) con **inicio brusco** de esquizofrenia 21.5% (23 pacientes) tuvieron soporte **familiar adecuado** y 18.7% (20 pacientes) tuvieron **familia inadecuada**. De 64 pacientes (59.8%) con esquizofrenia **gradual o insidioso**, 51.4% (55 pacientes) tuvieron familia adecuado y 8.4% (9 pacientes) tuvieron familia inadecuada.

GRÁFICO N° 6

SEXO E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL DE IQUITOS, AÑOS 2000 - 2010.



Del gráfico 6, sobre Sexo e Inicio brusco y gradual o insidioso de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia en la muestra que: de 43 pacientes (40.2%) con **inicio brusco de esquizofrenia**, 29.0% (31 pacientes) pertenecen al **sexo masculino** y 11.2% (12 pacientes) pertenecen al **sexo femenino**. De 64 pacientes (59.8%) con inicio gradual o insidioso de esquizofrenia, 34.6% (37 pacientes) pertenecen al **sexo femenino** y 25.2% (27 pacientes) pertenecen al **sexo masculino**.

GRAFICO N° 7

Coefficiente visceral puntual

Datos

$$\bar{X}_1 = 25.1897; \quad n_1 = 58 \quad ; \quad \bar{X}_2 = 24.9184; \quad n_2 = 49; \quad S_x = 8.572; \quad n = 107$$

$$r_{bp} = \frac{\bar{X}_2 - \bar{X}_1}{S_x} \sqrt{\frac{n_1 n_2}{n(n-1)}} = \frac{25.1897 - 24.9184}{8.572} \sqrt{\frac{58 \times 49}{107(107-1)}} = 0.14$$

Prueba de Hipótesis del coeficiente de correlación visceral puntual

$$H_0: \rho_0 = 0$$

$$H_0: \rho_0 \neq 0$$

Estadígrafo de prueba

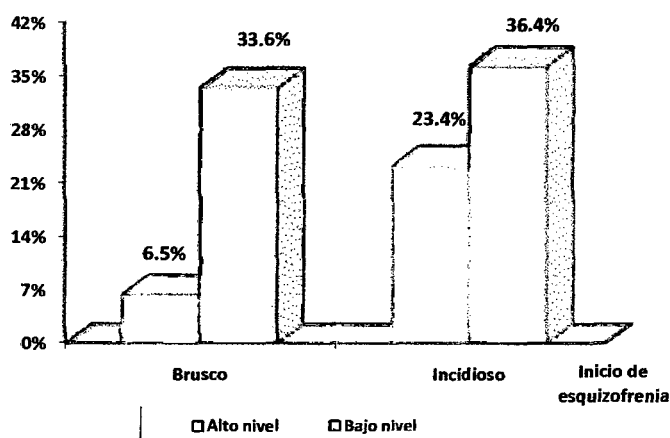
$$t = \frac{r_{bp}}{\sqrt{\frac{1-r_{bp}^2}{n(n-1)}}}; \quad G.L. = n - 2$$

$$t_t = 1.98; \quad G.L. = 105$$

$$t_c = \frac{0.14}{\sqrt{\frac{1-0.14^2}{107(107-1)}}} = 1.45; \quad G.L. = 105$$

GRÁFICO N° 8

**GRADO DE INSTRUCCIÓN E INICIO DE ESQUIZOFRENIA,
EN PACIENTES EL CENTRO DE REHABILITACION DEL
ENFERMO MENTAL DE IQUITOS, AÑOS 2000 - 2010.**



Del gráfico 8, sobre Grado de instrucción e Inicio brusco y gradual o insidioso de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia que: de 43 pacientes (40.2%) con **inicio brusco de esquizofrenia** 33.6% (36 pacientes) tuvieron grado de instrucción bajo y 6.6% (7 pacientes) tuvieron grado de instrucción alto. De 64 pacientes (59.8%) con **esquizofrenia gradual o insidioso**, 36.4% (39 pacientes) tuvieron **grado de instrucción bajo** y 23.4% (25 pacientes) **tuvieron grado de instrucción alto**.



UNAP

Facultad de Enfermería

**FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS AL
INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES DEL
CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO
MENTAL DE IQUITOS - 2010.**

ARTICULO CIENTIFICO

AUTORAS: Bach. Enf. FERREYRA GUAYABERO Delia
Bach. Enf. SANDOVAL SOUZA, Claudia Paola
Bach. Enf. TAMINCHE CHISQUIPAMA, Gissela.

INSTITUCION: FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

AUTOR CON QUIEN ESTABLECER CONTACTO:

Nombres y Apellidos:

- Delia, FERREYRA GUAYABERO
- Dirección: Ángel Brusco N° 669 – Fono: 504494
Correo electrónico: delia_fg16@hotmail.com

¹ Bachiller en Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana – Iquitos Perú

² Bachiller en Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana – Iquitos Perú

³ Bachiller en Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana – Iquitos Perú

**FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS AL INICIO DE
ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACION DEL
ENFERMO MENTAL DE IQUITOS - 2010.**

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. Delia, FERREYRA GUAYABERO¹

Bach. Enf. Claudia Paola, SANDOVAL SOUZA²

Bach. Enf. Gissela, TAMINCHE CHISQUIPAMA³

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre los Factores biosociodemográficos e inicio de esquizofrenia en pacientes del centro de rehabilitación del enfermo mental de Iquitos, 2000 - 2010. El método empleado fue el cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo, correlacional y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por el 100% (107) de la población según los criterios de inclusión, de ambos sexos, entre 16 a 54 años. Se empleó el muestreo por conveniencia; el instrumento fue un Registro de Factores Biosociodemográficos con alta validez de 90% y confiabilidad de 83% mediante el Alfa de Crombach. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 17.0. Se empleó la prueba estadística no paramétrica Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia para establecer la asociación entre las variables, con probabilidad $p=0.000$ ($p<0.05$), criterio de significancia $C=0.358$, Coeficiente visceral puntual r_{bp} y Estadígrafo de prueba t.

Los resultados más relevantes fueron: del 100% (107), 59,8% no tienen antecedente de esquizofrenia, 86,9% son desocupados, 72,9% tienen soporte familiar adecuado, 39,3% son de 25 a 54 años, 54,2% de sexo masculino y 70,1% con bajo nivel de instrucción. En el análisis bivariado, existe asociación estadística significativa entre: antecedente de esquizofrenia ($p=0,000$), soporte familiar ($p=0,000$), sexo ($p=0,002$) y grado de instrucción ($p=0,012$) e inicio de esquizofrenia; y no existe asociación estadística significativa entre: ocupación ($p=0,714$), edad ($p=0,1392$) e inicio de esquizofrenia.

Palabras claves: factores, biosociodemográficos, inicio, esquizofrenia, interno, historia clínica.

¹ **Bachiller en Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana – Iquitos Perú**

² **Bachiller en Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana – Iquitos Perú**

³ **Bachiller en Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana – Iquitos Perú**

**FACTORS BIOSOCIODEMOGRAFICOS ASSOCIATED AT THE BEGINNING OF
SCHIZOPHRENIA, IN PATIENTS OF THE DISCIPLINARY CENTER OF THE
MENTAL PATIENT OF IQUITOS - 2010.**

PRESENTED/DISPLAYED BY:

**Bach. Enf. Delia, FERREYRA GUAYABERO1
Bach. Enf. Claudia Paola, SANDOVAL SOUZA2
Bach. Enf. Gissela, TAMINCHE CHISQUIPAMA3**

SUMMARY

The present study had like objective to determine the association between the biosociodemográficos factors and beginning of schizophrenia in patients of the disciplinary center of the mental patient of Iquitos, 2000 - 2010. The used method was the quantitative one, non experimental design, descriptive, corelational and retrospective type. The sample was conformed by the 100% (107) of the population according to the inclusion criteria, of both sexes, between 16 to 54 years. The sampling by convenience was used; the instrument was a Registry of biosociodemográficos factors with high validity of 90% and trustworthiness of 83% by means of the Alpha of Crombach. The data were analyzed with statistical package SPSS 17.0. One was used nonparametric the statistical test ((Phi), V Cramer and Coeficiente of contingency to establish the association between the variables, with probability $p=0.000$ ($p < 0,05$), criterion of $C=0.358$ significance, precise visceral Coefficient and estadígrafo of test t. The most excellent results were: of the 100% (107), 59.8% do not have antecedent of schizophrenia, 86.9% are vacated, 72.9% have suitable familiar support, 39,3% are from 25 to 54 years, 54,2% of masculine sex and 70,1% with low level of instruction. In the bivaried analysis, statistical association exists significant between: antecedent of schizophrenia ($p=0,000$), familiar support ($p=0,000$), sex ($p=0,002$) and level of training ($p=0,012$) and beginning of schizophrenia; and statistical association does not exist significant between: occupation ($p=0,714$), age ($p=0,1392$) and beginning of schizophrenia.

Key words: factors, biosociodemográficos, beginning, schizophrenia, internal, clinical history.

**1 Bachelor in Infirmery. National university of the Peruvian Amazonía - Iquitos Peru
2 Bachelor in Infirmery. National university of the Peruvian Amazonía - Iquitos Peru
3 Bachelor in Infirmery. National university of the Peruvian Amazonía - Iquitos Peru**

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La esquizofrenia, es un trastorno mental cuya prevalencia es alrededor del 1% en todo el mundo. Es una de las enfermedades más invalidantes en los seres humanos. Su etiología se fundamenta en factores genéticos (prenatales y perinatales), familiares y psicosociales, como factores de vulnerabilidad o desencadenantes. Es conocida como “el cáncer de la psiquiatría debido a su incidencia, su potencial cronicidad, severidad y las consecuencias para la persona, familia y la sociedad. Constituye un problema prioritario de la salud mental por el impacto económico que causa y por el sufrimiento del paciente y su familia.”⁽¹⁾

La esquizofrenia según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se caracteriza por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, percepciones alteradas y respuestas emocionales inapropiadas, siendo las mujeres las personas más propensas a sufrir esquizofrenia.⁽²⁾ Asimismo, las personas con esquizofrenia poseen un amplio y variado rango de necesidades: un lugar donde vivir con el soporte familiar y financiero adecuado, el soporte de amigos, ocupación satisfactoria bien remunerada que incremente su autoestima y crecimiento personal, pues la capacidad de mantenerse en una actividad productiva evidencia la parte sana de la persona. Sin embargo, la realidad que muestran las familias y los servicios de salud, es la desorganización para responder satisfactoriamente a todas éstas demandas, al movilizar la ayuda en la promoción y prevención de la salud mental.⁽³⁾

Considerando el impacto potencial de la esquizofrenia en la infravaloración del ser humano, la Asociación Americana de Psiquiatras (EE.UU, 2005), indica que su prevalencia varía entre el 0,5 y 1,0%, siendo la edad media de inicio para el primer episodio entre 15 a 30 años en varones y en mujeres; asimismo refiere que existen poblaciones más propensas y acentuadas en torno a éste trastorno mental, donde el patrón o antecedente familiar es un factor importante a considerar porque está demostrado que los familiares biológicos de primer grado de personas con esquizofrenia, presentan un riesgo de diez veces superior de presentar la enfermedad.⁽⁴⁾

El Perú cuenta con un Plan Nacional, lineamientos y estrategias de salud mental y cultura de paz hasta el año 2012, que aún no se aplican en su totalidad en todos los niveles de atención del Ministerio de Salud y los hospitales especializados como el Larco Herrera, Hermilio Valdizán y el Instituto Nacional de Salud Mental HD-HN, se centran en Lima. Este último realizó un estudio epidemiológico de salud mental el año 2004 en la selva peruana (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa), cuyos resultados para Iquitos en una población de 12 años en los cuatro distritos, muestran que 39,3% reporta haber sufrido un primer episodio de esquizofrenia como el trastorno psiquiátrico más prevalente, con una diferencia del 13,5% en varones y de 29,2% en mujeres; y que en general la población presenta el desarrollo de trastornos mentales de diversa naturaleza con una prevalencia de 24,8% en hombres y 9,8% en mujeres.⁽⁵⁾

Las afirmaciones en éste contexto, nos motivó a realizar éste estudio, planteándonos la siguiente interrogante: ¿Existe asociación entre los factores biosociodemográficos: antecedente de esquizofrenia, ocupación, soporte familiar, edad, sexo, grado de instrucción, y el Inicio de Esquizofrenia, en pacientes del centro de rehabilitación del enfermo mental de Iquitos, internados entre años 2000 - 2010?, que permitió elaborar un perfil biosociodemográfico de la esquizofrenia y es un aporte para precisar nuevas estrategias tendientes al fortalecimiento de las actividades preventivo promocionales en el sector salud para el equipo de salud mental, que redundará en la disminución de casos nuevos, trabajando en la población los factores biosociodemográficos estudiados. Además provee una base para futuros proyectos de investigación a fin de realizar intervenciones tempranas y eficaces para mejorar el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia.

MATERIALES Y METODOS

Se utilizó el método cuantitativo y diseño no experimental, tipo correlacional y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por el 100% de la población es decir 107 pacientes internados en el

CREMI entre los años 2000 – 2010, en cuya historia clínica se evidencia el diagnóstico de esquizofrenia. Para la selección de la muestra, no fue necesario aplicar fórmulas estadísticas porque se conocía exactamente la cantidad de pacientes con el diagnóstico especificado. La técnica empleada fue la recolección de datos y el instrumento una ficha de registro sobre factores biosociodemográficos e inicio de esquizofrenia (validez 90% y confiabilidad 83%). El análisis de datos e interpretación se realizó a través de frecuencias absolutas, porcentuales, medidas de tendencia central y dispersión, en tablas unidimensionales y bidimensionales; y utilizando la estadística inferencial mediante la prueba no paramétrica “ Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia, pruebas de Coeficiente visceral puntual r_{bp} y Estadígrafo de prueba t. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 17.0, Windows vista 2007, con un nivel de significación $\alpha = 0.05$

1. RESULTADOS

1.1. ANALISIS UNIVARIADO:

TABLA N° 1
FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS DE PACIENTES DEL CENTRO
DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL
IQUITOS. AÑOS 2000 – 2010.

FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS		N°	%
ANTECEDENTES DE ESQUIZOFRENIA	Sin antecedente	64	59.8
	Con antecedente	43	40.2
	TOTAL	107	100.0
OCUPACIÓN	Ocupado	14	13.1
	Desocupado	93	86.9
	TOTAL	107	100.0
SOPORTE FAMILIAR	Adecuado	78	72.9
	Inadecuado	29	27.1
	TOTAL	107	100.0
EDAD	De 16 a 19	28	26.2
	De 20 a 24	37	34.5
	De 25 a 54	42	39.3
	TOTAL	107	100.0
SEXO	Masculino	58	54.2
	Femenino	49	45.8
	TOTAL	107	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Alto Nivel	32	29.9
	Bajo Nivel	75	70.1
	TOTAL	107	100.0
TOTAL		107	100.0

De la Tabla 1 respecto a la distribución de los factores biosociodemográficos asociados al Inicio brusco y gradual o insidioso de esquizofrenia, en pacientes del Centro de rehabilitación del enfermo Mental de Iquitos, años 2000 – 2010; se aprecia que: del 100% (107), 59.8% (64 pacientes) no presentan **antecedente de esquizofrenia** y 40.2% (43 pacientes) presentan antecedente de esquizofrenia; en cuanto a la ocupación; 86.9% (93 pacientes) estaban **desocupados** y 13.1% (14 pacientes) ocupados; con respecto al soporte familiar 72.9% (78 pacientes) presentan **soporte familiar adecuado** y 27.1% (29 pacientes) soporte familiar inadecuado; en cuanto a la edad 39.3% (42 pacientes) tienen de **25 a 54 años**, el 34.5% (37 pacientes) tienen **de 20 a 24 años** y 26.2% (28 pacientes) son de **16 a 19 años**; asimismo, 54.2% (58 pacientes) pertenecen al sexo **masculino** y 45.8% (49 pacientes) al sexo **femenino**; y finalmente, en cuanto al grado de instrucción 70.1% (75 pacientes) tienen **bajo nivel** y 29.9% (32 pacientes) tienen **alto nivel**.

TABLA N° 2
INICIO DE ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL DE IQUITOS, AÑOS 2000 – 2010.

INICIO DE ESQUIZOFRENIA	N°	%
Brusco	43	40.2
Gradual o insidioso	64	59.8
Total	107	100.0

Fuente: Recolección de datos por Ferreyra Delia, Sandoval, Claudia, Taminche Gissela.

De la tabla 2, respecto a la distribución de la variable dependiente inicio de esquizofrenia en pacientes internados en el Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos (CREMI), años 2000 – 2010. Iquitos, 2010, se aprecia que del 100% (107) 59.8% (64 pacientes) presentan **inicio gradual o insidioso de esquizofrenia** y 40.2% (43 pacientes) presentan **inicio brusco de esquizofrenia**.

ANÁLISIS BIVARIADO:

TABLA N° 3
ANTECEDENTE E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL DE IQUITOS, AÑOS 2000 – 2010.

ANTECEDENTES DE ESQUIZOFRENIA	INICIO DE ESQUIZOFRENIA				TOTAL	
	Brusco		Gradual o insidioso		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sin antecedente	36	33,6	28	26,2	64	59.8
Con antecedente	7	6,6	36	33,6	43	40.2
TOTAL	43	40,2	64	59.8	107	100.0

$$\Phi (\text{Phi}) = V \text{ Cramer} = C = 0.400 \quad p = 0.000 (p < 0.05)$$

Fuente: Recolección de datos por Ferreyra Delia, Sandoval, Claudia, Taminche Gissela.

Del cuadro 3, sobre Antecedente e Inicio de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia que: de 43 pacientes (40.2%) con **inicio brusco** de esquizofrenia 33.6% (36 pacientes) no presentan **antecedente de esquizofrenia** y 6.6% (7 pacientes) tienen **Antecedente**. Por otro lado, de 64 pacientes (59.8 %) con inicio de esquizofrenia **gradual o insidioso**, 33.6% (36 pacientes) tuvieron **antecedentes** de esquizofrenia y 26.2% (28 pacientes) no tuvieron **antecedentes**. Al realizar el análisis de la asociación entre antecedente de

esquizofrenia y el inicio brusco y gradual de la esquizofrenia, cuyos resultados se muestran en la tabla 03, se aprecia que: el factor antecedente tiene asociación estadísticamente significativa con el inicio de esquizofrenia, y al aplicar las pruebas no paramétricas de asociación Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia, se obtiene resultados de Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.400 y valor de probabilidad de aceptación de asociación de $p = 0.000$ ($p < 0.05$); aceptándose la hipótesis N° 01 planteada.

TABLA N° 4
OCUPACION E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES INTERNADOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL DE IQUITOS, AÑOS 2000-2010.

OCUPACION	INICIO DE ESQUIZOFRENIA				TOTAL	
	Brusco		Gradual o insidioso		N°	%
	N°	%	N°	%		
Ocupado	5	4,7	9	8,4	14	13.1
Desocupado	38	35,5	55	51,4	93	86.9
TOTAL	43	40,2	64	59.8	107	100.0

Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.035 $p = 0.714$ ($p < 0.05$)

Fuente: Recolección de datos por Ferreyra Delia, Sandoval, Claudia, Taminche Gissela.

Del cuadro 4, sobre Ocupación e Inicio de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia que: de 43 pacientes (40.2%) con inicio brusco de esquizofrenia 35.5% (38 pacientes) estaban desocupados y 4.7% (5 pacientes) estaban ocupados. De 64 pacientes (59.8%) con **esquizofrenia gradual o insidioso**, 51.4% (55 pacientes) estuvieron **desocupados** y 8.4% (9 pacientes) estaban **ocupados**. Al realizar el análisis de la asociación entre la ocupación e inicio brusco y gradual de esquizofrenia cuyos resultados se muestran en la tabla 04, se aprecia que: el factor ocupación no tiene asociación estadísticamente significativa con el inicio de esquizofrenia, y al aplicar las pruebas no paramétricas de asociación Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia, se obtiene resultados de Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.035 y valor de probabilidad de aceptación de asociación de $p = 0.714$ ($p > 0.05$); no aceptándose la hipótesis N° 02 planteada.

TABLA N° 5
SOPORTE FAMILIAR E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES INTERNADOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL DE IQUITOS, AÑOS 2000 - 2010.

SOPORTE FAMILIAR	INICIO DE ESQUIZOFRENIA				TOTAL	
	Brusco		Gradual o insidioso		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adecuado	23	21,5	55	51,4	78	72.9
Inadecuado	20	18,7	9	8,4	29	27.1
TOTAL	43	40,2	64	59.8	107	100.0

Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.358 $p = 0.000$ ($p < 0.05$)

Fuente: Recolección de datos por Ferreyra Delia, Sandoval, Claudia, Taminche Gissela.

Del cuadro 5, sobre Soporte familiar e Inicio de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia que: de 43 pacientes (40.2%) con **inicio brusco** de esquizofrenia 21.5% (23 pacientes) tuvieron soporte **familiar adecuado** y 18.7% (20 pacientes)

tuvieron **familia inadecuada**. De 64 pacientes (59.8%) con esquizofrenia **gradual o insidioso**, 51.4% (55 pacientes) tuvieron familia adecuado y 8.4% (9 pacientes) tuvieron familia inadecuada. Al realizar el análisis de la asociación entre el soporte familiar e inicio brusco y gradual de esquizofrenia cuyos resultados se muestran en la tabla 5, se aprecia que: el factor soporte familiar tiene asociación estadísticamente significativa con el inicio de esquizofrenia, y al aplicar las pruebas no paramétricas de asociación Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia, se obtiene resultados de Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.358 y valor de probabilidad de aceptación de asociación de $p = 0.000$ ($p < 0.05$); aceptándose la hipótesis N° 03 planteada.

TABLA N° 6

SEXO E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL DE IQUITOS, AÑOS 2000 - 2010.

SEXO	INICIO DE ESQUIZOFRENIA				TOTAL	
	Brusco		Gradual o insidioso		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	31	29,0	27	25,2	58	54.2
Femenino	12	11,2	37	34,6	49	45.8
TOTAL	43	40,2	64	59.8	107	100.0

Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.294 $p = 0.002$ ($p < 0.05$)

Fuente: Recolección de datos por Ferreyra Delia, Sandoval, Claudia, Taminche Gissela.

Del cuadro 6, sobre Sexo e Inicio de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia que: de 43 pacientes (40.2%) con **inicio brusco de esquizofrenia**, 29.0% (31 pacientes) pertenecen al **sexo masculino** y 11.2% (12 pacientes) pertenecen al **sexo femenino**. De 64 pacientes (59.8%) con inicio gradual o insidioso de esquizofrenia, 34.6% (37 pacientes) pertenecen al **sexo femenino** y 25.2% (27 pacientes) pertenecen al **sexo masculino**.

Al realizar el análisis de la asociación entre el sexo e inicio brusco y gradual de esquizofrenia cuyos resultados se muestran en la tabla 6, se aprecia que: el factor sexo tiene asociación estadísticamente significativa con el inicio de esquizofrenia, y al aplicar las pruebas no paramétricas de asociación Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia, se obtiene resultados de Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.294 y valor de probabilidad de aceptación de asociación de $p = 0.002$ ($p < 0.05$); aceptándose la hipótesis N° 04 planteada.

TABLA N° 7
EDAD E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES DEL CENTRO
DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL DE IQUITOS,
AÑOS 2000 - 2010.

Paciente	Edad	I.Esq	Paciente	Edad	I.Esq	Paciente	Edad	I.Esq
1	3	2	37	2	2	73	2	2
2	1	2	38	1	1	74	1	2
3	3	2	39	1	1	75	1	2
4	1	2	40	1	2	76	1	2
5	3	2	41	3	1	77	3	2
6	3	2	42	3	1	78	1	1
7	2	1	43	3	2	79	3	2
8	2	1	44	2	1	80	2	2
9	3	2	45	3	2	81	2	2
10	2	2	46	2	1	82	2	1
11	2	2	47	2	2	83	2	1
12	2	1	48	2	2	84	3	1
13	2	1	49	1	2	85	1	1
14	3	1	50	2	1	86	1	1
15	1	2	51	2	2	87	2	2
16	2	2	52	2	2	88	1	2
17	3	2	53	1	2	89	3	2
18	3	2	54	1	2	90	3	1
19	1	1	55	3	1	91	2	2
20	2	1	56	3	2	92	2	1
21	3	2	57	3	2	93	3	1
22	3	2	58	3	1	94	1	2
23	2	2	59	3	1	95	2	2
24	3	1	60	2	1	96	2	1
25	3	1	61	3	1	97	3	1
26	2	2	62	3	2	98	1	2
27	3	2	63	1	2	99	3	2
28	3	1	64	2	2	100	3	1
29	3	1	65	3	1	101	2	1
30	1	2	66	1	2	102	2	2
31	2	2	67	2	1	103	3	2
32	1	2	68	2	2	104	3	2
33	3	2	69	2	1	105	1	1
34	1	2	70	3	2	106	3	1
35	1	2	71	3	1	107	1	1
36	2	2	72	1	2			

Al realizar el análisis de la asociación entre la edad (de razón) e inicio brusco y gradual de esquizofrenia (dicotómica) a través del coeficiente de correlación visceral puntual que es el más adecuado cuando se tiene este tipo de variables, cuyos resultados se muestran en la tabla 7, se aprecia que: el factor edad no tiene asociación estadísticamente significativa con el inicio de esquizofrenia, y al aplicar la prueba no paramétrica de asociación Coeficiente visceral puntual, se obtiene resultados $t_c < t_t$ ($p=0.1392$, $p>0.05$), entonces se acepta la hipótesis nula, es decir que la edad no está relacionada al inicio de esquizofrenia; no aceptándose la hipótesis N° 05 planteada.

TABLA N° 8
GRADO DE INSTRUCCION E INICIO DE ESQUIZOFRENIA, EN PACIENTES DEL
CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO
MENTAL DE IQUITOS, AÑOS 2000 - 2010.

GRADO DE INSTRUCCION	INICIO DE ESQUIZOFRENIA				TOTAL	
	Brusco		Gradual o insidioso		N°	%
	N°	%	N°	%		
ALTO NIVEL	7	6,6	25	23,4	32	29.9
BAJO NIVEL	36	33,6	39	36,4	75	70.1
TOTAL	43	40,2	64	59.8	107	100.0

Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.244 p = 0.012 (p < 0.05)

Fuente: Recolección de datos por Ferreyra Delia, Sandoval, Claudia, Taminche Gissela.

Del cuadro y gráfico 8, sobre Grado de instrucción e Inicio de Esquizofrenia en 107 (100%) pacientes internados en el CREMI, se aprecia que: de 43 pacientes (40.2%) con **inicio brusco de esquizofrenia** 33.6% (36 pacientes) tuvieron grado de instrucción bajo y 6.6% (7 pacientes) tuvieron grado de instrucción alto. De 64 pacientes (59.8%) con **esquizofrenia gradual o insidioso**, 36.4% (39 pacientes) tuvieron **grado de instrucción bajo** y 23.4% (25 pacientes) **tuvieron grado de instrucción alto**.

Al realizar el análisis de la asociación entre grado de instrucción e inicio brusco y gradual de esquizofrenia cuyos resultados se muestran en la tabla 8, se aprecia que: el factor grado de instrucción tiene asociación estadísticamente significativa con el inicio de esquizofrenia, y al aplicar las pruebas no paramétricas de asociación Φ (Phi), V Cramer y Coeficiente de contingencia, se obtiene resultados de Φ (Phi) = V Cramer = C = 0.244 y valor de probabilidad de aceptación de asociación de p = 0.012 (p < 0.05); aceptándose la hipótesis N° 06 planteada.

DISCUSION

Al asociar los factores biosociodemográficos antecedentes de esquizofrenia e inicio de la esquizofrenia, se encontró resultados significativos, lo que nos permitió aceptar la hipótesis de investigación. Este hallazgo es compatible con lo encontrado por: **ADRIANZEN C. y otros (2005)**, cuando al estudiar los aspectos clínicos en pacientes menores de 18 años diagnosticados con esquizofrenia del Departamento de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" entre 1982 y 1992, encontraron que 48% tenía antecedentes familiares de esquizofrenia y 72% antecedentes premórbidos de personalidad. Respecto al inicio de la esquizofrenia, encontraron que en el 80% el inicio fue insidioso o gradual, es decir sin manifestaciones clínicas previas. Así mismo estos resultados son compatibles con lo que refiere **GONZÁLEZ J. y otros (2007)**, en un estudio retrospectivo de diez años, en 76 pacientes de 16 a 75 años (media de 35,3 años) del Instituto Psiquiátrico de Madrid, sobre el curso de la esquizofrenia desde el primer episodio encontrando que: en cuanto a antecedentes familiares de esquizofrenia, 9,2% presentaron antecedentes familiares, éste porcentaje aumenta al 11,8% si se incluyen antecedentes de otras psicosis, 50,0% tuvieron un inicio brusco de esquizofrenia y 47,4% un inicio insidioso o gradual. Este resultado nos permite aportar científicamente la necesidad de intervenir como profesionales de enfermería en la educación del paciente y familia sobre la toma de conciencia para evitar la consumación del deseo de tener descendencia, puesto que confirma la gran probabilidad de que los hijos de personas que padecen de esquizofrenia pueden desarrollar también la enfermedad, de esa manera contribuiremos a disminuir el número de nuevos casos.

Al asociar los factores biosociodemográficos ocupación e inicio de esquizofrenia no se encontró resultados significativos, lo que no permitió aceptar la hipótesis de investigación. Este hallazgo

es compatible con los reportados por **CAVIERES A. y otros (2005)**, que respecto a la ocupación, indican que las personas con esquizofrenia se caracterizan *por que al inicio de la enfermedad*, evidencian un deterioro marcado de su funcionamiento social, debido a que la interrelación entre las deficiencias cognitivas más elementales como la atención y memoria, se interfieren mutuamente con el rendimiento del nivel social es decir con la planificación ejecutiva, causando en consecuencia déficit en el área ocupacional. Así mismo estos resultados son compatibles con lo que refiere **HARO A. (2006)**, en un estudio realizado sobre las características y tratamiento de 17,000 pacientes con esquizofrenia en 37 países de cuatro continentes durante tres años, encontrando que respecto a la ocupación, solo el 19% tiene una ocupación o trabajo remunerado al inicio de la enfermedad. Por otro lado, este resultado no es compatible con lo que reporta **GONZÁLEZ J. y otros (2007)**, que encontraron 31,6% (24 pacientes) con ocupación, de ellos 40,0% tenían rendimiento bueno o muy bueno; el 23% fue ama de casa y de ellas 76,4% tuvo buen rendimiento; y 37,3% estaban en situación de desempleo. Este resultado nos permite recomendar la realización de nuevos estudios utilizando éste indicador, pues es probable que el comportamiento de la misma esté sufriendo modificaciones bajo la influencia de algún factor asociado, puesto que la ocupación siempre ha estado relacionado a un buen funcionamiento social e incluso es un buen indicador de la recuperación de la persona con trastorno mental más aún si muestra responsabilidad y permanencia en el tiempo en un desempeño laboral.

Al asociar el factor biosociodemográfico soporte familiar e inicio de esquizofrenia se encontró resultados significativos, lo que nos permitió aceptar la hipótesis de investigación. Estos resultados son similares a los encontrados por **GONZÁLEZ J. y otros (2007)**, en un estudio retrospectivo de diez años, en 76 pacientes de 16 a 75 años (media de 35,3 años) del Instituto Psiquiátrico de Madrid, sobre el curso de la esquizofrenia desde el primer episodio encontrando que en cuanto al soporte familiar 59,2% convivía con su familia de origen o con sus hermanos, 23,7% tenía familia propia y solamente el 11,8% vivían solos. Igualmente, estos resultados son compatibles con lo que refiere **HARO A. (2006)**, en un estudio realizado sobre las características y tratamiento de 17,000 pacientes con esquizofrenia en 37 países de cuatro continentes durante tres años, encontrando que respecto al soporte familiar 69% vivía con sus padres al inicio de la enfermedad, es decir en el primer episodio. *Este resultado nos permite reiterar el papel fundamental que cumple la familia como el núcleo más importante de la sociedad, en el desarrollo de conductas saludables o distorsionadas que pueden afectar la salud mental de sus miembros llevándolos incluso al desequilibrio mental; ello nos compromete como profesionales de la salud, para fortalecer el trabajo a nivel de atención primaria de la salud enfocándonos hacia el logro de familias funcionales.*

Al asociar el factor biosociodemográfico edad con inicio de esquizofrenia, no se encontró resultados significativos, lo que no permitió aceptar la hipótesis de investigación. Este hallazgo guarda cierta similitud con los encontrados por **EUR J., ZACK Z., CERNOVSKY JA., LANDMARK RL y O'REILLY (2005)**, en una investigación sobre el inicio de la esquizofrenia relacionado a algunos factores, en 112 pacientes, donde la edad de inicio oscila entre 20 y 65 años (media de 38,1, SD = 9,8 años y mediana de 37 años), de ellos 4 (13,6%) fueron ingresados por primera vez después de haber cumplido 40 años; la edad del primer ingreso fue entre los 16 y 59 años (media de 25,7, SD = 7,2, mediana de 24 años). Se ha utilizado la edad en que se produjo el primer ingreso como estimación aproximada del momento de inicio de los síntomas, siendo 95,5% de la muestra hospitalizada por primera vez debido a la esquizofrenia antes de los 40 años, seguido de 78,6% que fueron hospitalizados antes de los 30 años. Por otro lado, éste resultado no es compatible con **FRANKENBUR F. (2007)**, quien reporta que la edad promedio más alto de aparición de la esquizofrenia fue entre 20 a 28 años de edad en hombres y de 26 a 32 años en mujeres. Asimismo, no es compatible con **CRIADO I. (Perú, 2005)**, en su estudio realizado en Lima Metropolitana sobre "características demográficas de personas con esquizofrenia", encontró que de 61 pacientes participantes del estudio, la mayoría tenía una edad

comprendida entre 45 a 60 años, con una edad media de 52 años. Creemos que éste resultado refuerza la información aportada por un sinnúmero de investigadores, quienes indican que la esquizofrenia puede presentarse a cualquier edad incluso en la infancia, pero con mayor predominancia en la de edad adulta joven; entonces el énfasis de intervención en la promoción y prevención de la salud mental, debe iniciarse desde etapas temprana o primera infancia, de la vida.

Al asociar el factor biosociodemográfico sexo con inicio de esquizofrenia, se encontró resultados significativos, lo que nos permitió aceptar la hipótesis de investigación. Estos hallazgos son compatibles con los encontrados por **CRIADO I. (2005)**, en su estudio realizado en Lima Metropolitana sobre “características demográficas de personas con esquizofrenia”, donde de 61 pacientes participantes del estudio, 66% eran hombres y 34% mujeres. Igualmente guarda cierta similitud con **ADDINGTON D. y otros (2005)**, que refieren que la esquizofrenia puede presentarse en proporciones iguales de 50% entre hombres y mujeres, o en las últimas empezar más tarde, por ello, los hombres tienden a representar más de la mitad de los pacientes en los servicios con un elevado número de adultos jóvenes. Asimismo, **TREJO A. (2006)**, al estudiar a pacientes neuropsiquiátricos según sexo encontró que de 22% de casos de esquizofrenia, 56% fueron en mujeres. También **EUR J. ZACK Z., CERNOVSKY A., LANDMARKRL y O'REILLY (2005)**, respecto a las diferencias por sexo, encontró que el sexo masculino está relacionado con una aparición más temprana de la esquizofrenia con una edad media de inicio de 24,9 y SD = 7,5 para los hombres y 26,1, SD = 7,0 para las mujeres. Sin embargo, éstos hallazgos no son compatibles con los encontrados por **El INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL (2005)**, en un estudio sobre salud mental realizado en personas mayores de 12 años de tres ciudades representativas de la selva peruana (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa) en cuatro distritos de Iquitos, muestra que existe prevalencia de esquizofrenia con diferencias del 13.5% entre varones y de 29.2% en mujeres, respectivamente. Este resultado confirma el aporte de otras investigaciones respecto a que las personas de sexo masculino son las que más enferman con esquizofrenia a pesar de que las que inician a menor edad son las mujeres; creemos que se debe a la falta de expresividad y control de sus emociones y sentimientos o porque esconden o evaden el afrontamiento eficaz de las situaciones problemáticas cotidianas, enmascarados en un falso “machismo” que al llegar al límite de soporte los hace *desequilibrar* mentalmente. Por ello es necesario intervenir en éste grupo poblacional a fin de enseñarle a mirarse como un ser humano con capacidades pero también falible lo cual no le hace diferente a los demás.

Al asociar el factor biosociodemográfico grado de instrucción e inicio de esquizofrenia, se encontró resultados significativos, lo que nos permitió aceptar la hipótesis de investigación. Este hallazgo guarda cierta similitud con los encontrados por **GONZÁLEZ J. y otros (2007)**, en un estudio retrospectivo de diez años, en 76 pacientes del Instituto Psiquiátrico de Madrid, sobre el curso de la esquizofrenia desde el primer episodio encontrando que 84% de los casos tenía bajo nivel educativo y por ello el trabajo que realizaban era de tipo no calificado y 68% tenían alto nivel educativo y por ello el trabajo que realizaban era de categoría profesional, equivalente a las expectativas para su nivel socioeconómico y edad. Este resultado evidencia la influencia directa de la formación cognitiva académica en el bienestar subjetivo de la persona porque le permite acceder a mejores ingresos económicos, le hace sentir capaz de satisfacer sus necesidades, lograr sus metas, sentirse autorealizada y con mayores probabilidades de un mejor autocuidado y de tener una mejor calidad de vida. En consecuencia como profesionales de enfermería éste es un aspecto a considerar en la intervención que se realicen en las familias aparentemente sanas y en la comunidad.

CONCLUSIONES

- Los factores biosociodemográficos de los participantes fueron: 59,8 % (64 pacientes) no presentan antecedentes de esquizofrenia; 86,9% (93 pacientes) estaban ocupados; 72,9% (78 pacientes) presentaron soporte familiar adecuado; 39,3% (42 pacientes) tenían de 25 a 54 años; 54,2 % (58 pacientes) pertenecían al sexo masculino; y 70,1% (75 pacientes) tenían bajo nivel de instrucción.
- En cuanto al inicio de la esquizofrenia, el 59,8 % (64 pacientes) presentaron inicio gradual o insidioso de esquizofrenia.
- Referente a los factores biosociodemográficos e inicio de esquizofrenia, se obtuvo asociación estadísticamente significativa con: antecedente de esquizofrenia ($p=0,000$) ($p<0,05$); soporte familiar ($p=0,000$) ($p<0,05$); sexo ($p=0,002$) ($p<0,05$); grado de instrucción ($p=0,12$) ($p<0,05$), aceptándose la hipótesis planteada. Referente a los factores biosociodemográficos e inicio de esquizofrenia, no se obtuvo asociación estadísticamente significativa con: ocupación ($p=0,714$) ($p>0,05$); edad ($p=0,1392$) ($p>0,05$); no aceptándose la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, es necesario realizar las siguientes recomendaciones:

1. **A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana**, para continuar brindando una formación profesional integral aplicando los aspectos de salud mental como un eje integrador, que redunde en beneficio de los nuevos profesionales de enfermería y de la población bajo su responsabilidad en su desempeño profesional. Que motive la realización de nuevas investigaciones sobre el tema a fin de obtener un perfil básico del comportamiento de dicha patología y lograr generalizar los resultados en nuestra población e intervenir en los factores de riesgo y desencadenantes.
2. **A los profesionales de enfermería**, para que realicen investigaciones sobre los trastornos mentales en general junto a entidades Gubernamentales y no Gubernamentales ligadas al tema (Organismos Mundiales, Universales, Institutos y ONGS).
3. **A la Dirección Regional de Salud de Loreto**, para realizar coordinaciones y difusión a través de los diferentes medios de comunicación de temas relacionados a la Esquizofrenia, que se implementen consultorios de salud mental en los diferentes niveles de atención capacitando previamente al personal responsable de los mismos.
4. En general como investigadoras y en base a los resultados significativos obtenidos, creemos necesario considerar en el desempeño profesional, actividades preventivo promocionales de salud mental enfatizando en los factores biosociodemográficos que caracterizan a las personas que sufren un trastorno mental tan caótico y desorganizado como es la esquizofrenia, conocida como la psicosis que más deterioro e invalidez causa al ser humano en todas las áreas de su funcionalidad, debido a su incidencia, su potencial cronicidad, la severidad sintomatológica del cuadro, y las consecuencias negativas de gran impacto que causan gran sufrimiento emocional en la persona, familia y sociedad.

Asimismo, es necesario recordar que los responsables de las políticas y estrategias de salud, necesitan considerar como prioridad a la salud mental y a la cultura de paz, trabajando sobre la incidencia de los factores genéticos por ejemplo concientizando al enfermo y a la familia sobre su predisposición hereditaria es decir que no deberían tener hijos; asimismo sobre los factores sociodemográficos de vulnerabilidad o desencadenantes de la misma como por ejemplo la edad, sexo, grado de instrucción, entre otros, ante los cuales debe plantearse alternativas de prevención para disminuir la presentación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. MESA CASTILLO S. Origen prenatal de la esquizofrenia. Hospital Psiquiátrico de la Habana. 11° Congreso Virtual de Psiquiatría. 2010. Pág. 81-83. Disponible en: www.interpsiquis.com.

2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. Estudio Epidemiológico metropolitano de salud mental. Argentina. 2005. Pág. 165. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/uesu_ta/pdf/uesu_ta.pdf.
3. LEFF J. Perspectivas Sistémicas del paciente con esquizofrenia. Francia.2005. Pág. 63-65. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/leff.htm>.
4. ASOCIACION AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). Estados Unidos. 2005. Pág. 55-57.
5. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL. Honorio Delgado – Hideyo Noguiche “Estudio Epidemiológico de salud mental en Iquitos 2004 “. Suplemento 2 En Anales de Salud Mental. Vol. XXIVI. Perú. 211. p.
6. FRANKENBURG FR. Esquizofrenia en adultos. Francia, 2007. Pág.21-24. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia>.
7. GONZALES, J. y otros. Curso de la esquizofrenia. España. 2007. Pág. 352-354
8. ADDINGTON D, BOUCCHARD RH, GOLDBERG J. Tratamiento de la Esquizofrenia. España. 2005. Pág. 22 – 25. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000928.htm>
9. HARO A. y otros. Trabajo Mundial sobre la salud de los esquizofrénicos. España. 2006. Pág. 20 – 22. Disponible en: <http://www.mancia.org/foro/noticias/51463-perfil-esquizofrenicos-no-varia-segun-pais-residencia-medica.html>.
10. CAVIERES A. y otros. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Chile, 2005. Pág. 281-283.
11. EUR J., ZACK Z., CERNOVSKY JA., LANDMARK RL y O'REILLY. Edad de inicio y modelos clínicos en la esquizofrenia. Vol. 16, N° 3, (174-180) Canadá. 2005. Pág. 479-482.
12. CRIADO I. Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. Perú. 2005. Pág. 10-12. Disponible en: <http://www.universidaddelasalud.es/pdf/investigacionysalud/pdf/desisnstitucionalizacion%20y%20calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20esquizofrenicos.pdf>.
13. ADRIANZEN VIVAR C. Proyecto de Protocolo de Atención de Niños y Adolescentes con Esquizofrenia. Perú. 2005. Pág.123-125. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v62_n34/proyecto%20de%20protocolo%20de%20atenci%C3%B3n.htm.
14. CARRAZCO M. Acerca de las enfermedades mentales serias. Perú. 2005. Pág. 17-20. Disponible en: <http://espanol.world-schizophrenia.org/>.
15. Op. Cit. (5). Pág. 211.
16. FERNÁNDEZ DE SOTO PA. Osorio AE. Esquizofrenia de inicio en la niñez, revisión de conceptos actuales y dificultades en el diagnóstico. Chile.2006. 12-14.p.Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/4%20Esquizofrenia.pdf>
17. JOFFRE VELÁSQUEZ V. GARCÍA MALDONADO G. GARCÍA NÚÑEZ S. Perfil sociodemográfico, clínico y terapéutico de pacientes con esquizofrenia. Argentina 2010. Pág. 125-128.
18. MEISE y Col. Influencia de la edad de inicio de la esquizofrenia en el desempeño social de quienes la padecen. Pág 25-28. Disponible en: <http://www.siic.info>.
19. CROW TJ. Psiquiatría. La genética y el problema de la psicosis. México. 2007. Pág. 102 - 103. Disponible en: <http://geneticaysexologiaintegral.blogspot.com/2009/11/esquizofrenia-aspectos-eticosmedicos-y.html>.
20. ABOU JAMRA R., SCHMAEL C. y CICHON S. Los G72/G30.Génes que intervienen en el desorden psiquiátrico. Australia. 2006. Pág.26-28.
21. SOUTULLO ESPERÓN C. La esquizofrenia y otras causas de psicosis en la adolescencia. España. 2005. Pág. 19-22. Disponible en:

- <http://blogalejandradoyh.bligoo.com/content/view/726044/La-esquizofrenia-y-otras-causas-de-psicosis-en-adolescentes.html#content-top>.
22. FACUNDO GUETIERREZ. Esquizofrenia. Perú. 2007. Pág. 22-25. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos29/esquizofrenia/esquizofrenia.shtml>.
 23. MARX J, et al. Práctica Clínica. México. 2006. Pág. 5482-5485.
 24. MORENO CIDONCHA E. Trastornos de la Personalidad y su abordaje clínico. España. 2006. Pág. 60-63. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/colaboradores/Esther/esquizofrenia1/index.shtml>.
 25. Op. Cit. (17). Pág. 143 -144.
 26. LIEBERMAN J. Efectividad de las drogas antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia crónica. EE.UU. 2007. Pág. 20-22. Disponible en: <http://www.lasalud.com/pacientes/esquizofrenia.htm>.
 27. Op. Cit. (19). Pág. 103 - 105.
 28. VALIENTE A. BIOQUE M. CABRERA B. y BERNARDO M. La interacción gen-ambiente. Cuba. 2010. Pág. 8 – 10. Disponible en: Psiquiatria.com. URL <http://hdl.handle.net/10401/1086>.
 29. Op. Cit. (10). Pág. 282 - 283.
 30. TORO R. Psiquiatría. Colombia. 2005. Pág. 275-278
 31. VALENCIA M. y otros. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. México. 2006. Pág. 111 – 112. Disponible en: <http://psiconet.com/mexico/apsa2006/esquizoyestigma.htm>.
 32. MEDINA GARIBO M. Síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo. España. 2006. Pág. 15-19. Disponible en: <http://www.biopsicologia.net/nivel-4-patologias/1.6.02.4.-sintomas-dependientes-de-la-cultura-edad-y-sexo.html>.
 33. HASSETT A. AMES D. CHIU E. Psicosis. Londres. 2005. Pág. 53-55. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia>.
 34. SALOMÉ G. Pedro. Atención del anciano en el Centro del adulto mayor-Essalud. Tacna. Perú. 2005. Pág. 10-12. Disponible en: [www.google.com.http://200.29.21.4/~gerontol/postnuke/pdf/tesis_dr_salome.pdf](http://www.google.com/http://200.29.21.4/~gerontol/postnuke/pdf/tesis_dr_salome.pdf).
 35. MINISTERIO DE SALUD - ESSALUD. Comisión nacional de clasificación de enfermedades. Perú. 2006. Pág. 30. Disponible en: www.deis.gov.ar/definiciones.htm.postnuke/pdf/tesis_dr_salome.pdf.
 36. Ministerio de Salud - EsSalud. Comisión nacional de clasificación de enfermedades. Perú. 2006. Pág. 33-35. Disponible en: www.deis.gov.ar/definiciones.htm.