



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

**Factores de riesgo para recaída psicótica en pacientes
adultos con esquizofrenia atendidos en el Hospital
Hermilio Valdizán, 2021**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Psiquiatría

AUTOR

Mariella LEYVA UBILLUS

ASESOR

Marcionila Estelita DE LA CRUZ AMADOR

Lima - Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Leyva M. Factores de riesgo para recaída psicótica en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán, 2021 [Proyecto de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2023.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Mariella Leyva Ubillus
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	43117556
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0002-1558-3598
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Marcionila Estelita De La Cruz Amador
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	42541403
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4850-9581
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Enrique Javier Bojorquez Giraldo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	10476255
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Francisco Javier Bravo Alva
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07402184
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Juan Francisco Rivera Feijoo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	10277436
Datos de investigación	
Línea de investigación	B.1.1.1. Ética e investigación

Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Santa Anita Urbanización: Ex Fundo el Asesor Calle: Carretera. Central 1315 Latitud: -12.046386566492014 Longitud: -76.9457172331824
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2021
URL de disciplinas OCDE	Psiquiatría http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América



Facultad de Medicina
Vicedecanato de Investigación y Posgrado

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA HUMANA

INFORME DE CALIFICACIÓN

MÉDICO: LEYVA UBILLUS MARIELLA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

FACTORES DE RIESGO PARA RECAÍDA PSICÓTICA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN, 2021

AÑO DE INGRESO: 2018

ESPECIALIDAD: *PSIQUIATRÍA*

SEDE: *HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN*

Lima... *19* de... *MAYO*... 2023

Doctor

JESÚS MARIO CARRIÓN CHAMBILLA

Coordinador del Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

El comité de la especialidad de PSIQUIATRÍA

ha examinado el Proyecto de Investigación de la referencia, el cual ha sido:

SUSTENTADO Y APROBADO



OBSERVADO



OBSERVACIONES:

NOTA:

15

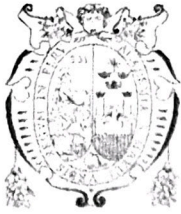
C.c. UPG

*Comité de Especialidad
Interesado*



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO
Programa de Segunda Especialización en Medicina

Dr. ENRIQUE BOJORQUEZ GIRALDO
Presidente del Comité de la Especialidad
Dr. ENRIQUE JAVIER BOJORQUEZ GIRALDO
COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD DE
PSIQUIATRÍA



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN
MARCOS**

Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Marcionila Estelita De La Cruz Amador en mi condición de asesor según consta Dictamen N° 0150 -2023 de aprobación del proyecto de investigación, cuyo título es Factores de riesgo para recaída psicótica en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán, 2021, presentado por el médico Mariella Leyva Ubillús para optar el título de segunda especialidad Profesional en Psiquiatría.

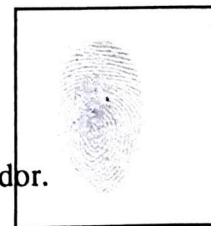
CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud del Proyecto de investigación. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 10% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención título de la especialidad correspondiente.

Firma del Asesor _____

DNI: 42541403

Nombres y apellidos del asesor: Marcionila Estelita De La Cruz Amador.



ÍNDICE

CAPÍTULO I: DATOS GENERALES	4
1.1 Título	4
1.2 Área de investigación	4
1.3 Autor responsable del proyecto	4
1.4 Asesor	4
1.5 Institución	4
1.6 Entidades o personas con las que se coordinará el proyecto:	4
1.7 Duración	4
1.8 Clave del proyecto	4
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	5
2.1 Planteamiento del problema	5
2.1.1 Descripción del problema	5
2.1.2 Antecedentes del problema	6
2.1.3 Fundamentos	10
2.1.3.1 Marco teórico.	10
2.1.3.2 Marco referencial	12
2.1.4 Formulación del problema	15
2.2 Hipótesis	15
2.3 Objetivos de la investigación	16
2.3.1 Objetivo General	16
2.3.2 Objetivos Específicos	16
2.4 Evaluación del problema	16
2.5 Justificación e importancia del Problema	16
2.5.1 Justificación Legal	16
2.5.2 Justificación Teórico – Científico	17
2.5.3 Justificación Práctica	17
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	18
3.1 Tipo de Estudio	18
3.2 Diseño de Investigación	18
3.3 Universo de pacientes que acuden a la Institución	18
3.4 Población a estudiar	18
3.5 Muestra de Estudio o tamaño muestral	18
3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión	20

	3
3.6.1 Criterios de inclusión	20
3.6.2 Criterios de Exclusión	20
3.7 Variable de Estudio	20
3.7.1 Independiente	20
3.7.2 Dependiente	20
3.8 Operacionalización de variables	21
3.9 Técnicas e instrumentos para recolección de datos	23
3.10 Procesamiento y Análisis de Datos	23
CAPÍTULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	25
4.1 Planificación de acción	25
4.2 Recursos asignados	25
4.2.1 Recurso Humano	25
4.2.2 Recurso Material	25
4.3 Presupuesto o Costo del Proyecto	25
4.4 Programa de Actividades	26
CAPÍTULO V: REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	27
CAPÍTULO VI: ANEXOS	31
6.1 Definición de Términos	31
6.2 Ficha para Recolección de Datos	32

CAPÍTULO I: DATOS GENERALES

I.1 Título

Factores de riesgo para recaída psicótica en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán, 2021

I.2 Área de investigación

Clínica- Psiquiatría

I.3 Autor responsable del proyecto

Mariella Leyva Ubillús

I.4 Asesor

Estelita de la Cruz

I.5 Institución

Hospital Hermilio Valdizán

I.6 Entidades o personas con las que se coordinará el proyecto:

- Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- Hospital Hermilio Valdizán

I.7 Duración

6 meses

I.8 Clave del proyecto

Recaída psicótica, antipsicóticos, esquizofrenia

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1 Planteamiento del problema

2.1.1 Descripción del problema

La esquizofrenia está catalogada como una de las enfermedades más invalidantes de los seres humanos, debido a su compleja desorganización neuropsicológica y menoscabo en el funcionamiento intelectual, afectivo y conductual. Además, implica un gran reto para la sociedad, por su incidencia, potencial de cronicidad e impacto en cada una de las esferas de la vida (1,2).

Desafortunadamente, la instauración de un abordaje no siempre aminora los efectos negativos de este trastorno psiquiátrico, pues el camino hacia la recuperación es una lucha constante, marcada por desajustes y recaídas psicóticas (3). Estas últimas responsables de la emersión de trastornos psicóticos crónicos con deterioros clínicos y funcionales, pérdida del tejido cerebral, disminución de la respuesta al tratamiento, conductas autoagresivas o heteroagresivas, aumento de la carga para el cuidador e incremento de los gastos per cápita y sanitarios (4,5).

En el mundo las recaídas psicóticas exteriorizan una prevalencia de hasta 3% en la población general, con una respuesta variable al esquema terapéutico y una evolución clínica inestable. En los 5 años posteriores a la remisión del primer episodio, aproximadamente el 80% de los casos tendría una segunda recaída (5).

China no es indiferente a esta realidad y un ejemplo claro de ello son las estadísticas de 10 hospitales psiquiátricos de 7 provincias de la república popular, que reportaron en un periodo de 12 meses 1295 pacientes con esquizofrenia, entre los cuales 465 recayeron (35.9%) (6).

Por su parte, España en 15 centros clínicos y un periodo de 3 años notificó una prevalencia de 49.6% para recaídas psicóticas en esquizofrénicos, especialmente en

pacientes con mayores dosis de antipsicóticos, mayores tasas de politerapia y que incluyeron las benzodiacepinas en su tratamiento (5).

El Perú lamentablemente no cuenta con un registro epidemiológico de recaídas psicóticas en pacientes esquizofrénicos; sin embargo, los especialistas reconocen su asiduidad y asociación con el empeoramiento de los resultados clínicos.

En ese marco, la identificación y correcta interpretación de los factores de riesgo de recaída es fundamental, pues permitiría reducir la tendencia epidemiológica de casos y el impacto del evento en el individuo, familia y sociedad (Mi et al., 2020); por ello, la comunidad científica a lo largo de los años ha propuesto posibles características, conductas o rasgos de exposición, como el bajo nivel de educación, procedencia rural, desempleo, abuso de sustancias, comorbilidad psiquiátrica, tiempo de enfermedad mayor a 5 años, empleo de benzodiacepinas y uso de politerapia antipsicótica (4–6).

Sin embargo, estos factores se modifican en base a la distribución geográfica y políticas de salud mental de cada territorio; por ello, es crucial ejecutar una pesquisa que permita establecer con certeza los factores de riesgo para recaída psicótica en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán, 2021.

2.1.2 Antecedentes del problema

Internacionales

Bioque et al. (7), se centraron en investigar cuales eran aquellos predictores clínicos y del tratamiento, asociados en las recaídas durante un seguimiento. Durante este periodo ingresaron 119 participantes en un estudio analítico. Se observó que el 49,6% de los participantes experimentaron una recaída y presentó mayores dosis medias de antipsicóticos ($p = 0,028$), y mayores tasas de politerapia antipsicótica ($p < 0,001$), uso de benzodiazepinas ($p < 0,001$), informes de efectos secundarios ($p = 0,022$), tratamiento psicológico ($p = 0,03$) y consumo de cannabis ($p < 0,001$).

Lee et al. (8), realizaron un estudio con el objetivo de predecir las recaídas psicóticas en pacientes con esquizofrenia. La metodología de estudio fue analítica, y la población conformada por 330 participantes. Encontraron principalmente que el 18.8% experimentaron recaídas psicóticas. Observaron que los pacientes de 20 años tenían una alta incidencia de recaída (39.2 % y 53.2 % de los pacientes tenían 20 años en los grupos sin recaída y con recaída, respectivamente; $p = 0.047$). No hubo diferencias significativas en el sexo y el historial médico entre los grupos. En cuanto al uso de medicación psiquiátrica, los antipsicóticos y los antidepresivos se utilizaron significativamente menos en el grupo de recaídas ($p < 0.01$ y $p < 0.01$, respectivamente).

Moges et al (9), realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la recaída a lo largo de la vida y sus factores asociados entre las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia. Se usó el método transversal e ingresó al estudio una población de 415 participantes. El 85,6% fueron diagnosticados con trastorno de esquizofrenia. Se encontró que la recaída se asoció significativamente con la comorbilidad de otra enfermedad mental (razón de probabilidades ajustada (OR) = 1,84, IC del 95 % = 1,06, 3,18), falta de adherencia a la medicación (OR = 2,23, IC del 95 % = 1,22, 4,07), menor duración del tratamiento (OR = 1,71, IC del 95% = 1,05, 2,81), y haber experimentado eventos estresantes (OR = 2,42, IC = 1,2, 4,66).

Potimas et al.(10), realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores que predicen la recaída psicótica en personas con esquizofrenia. La metodología de estudio fue transversal, se incluyeron a 352 participantes. Como principales resultados se encontró que los factores que pueden explicar la recaída en pacientes con esquizofrenia fueron: edad de inicio de la esquizofrenia, la adherencia a la medicación y el efecto de interacción entre los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos y el apoyo familiar ($p < 0.001$, respectivamente).

Mi et al. (11), buscaron determinar, cuáles eran los factores de riesgo modificables de recaída, en una población integrada por 1487 personas con diagnóstico de

esquizofrenia, que tenían entre 18 y 65 años. El método fue observacional y retrospectivo.

En los resultados se encontró que los factores de riesgo que se asociaron con la recaída, fueron el factor de segundo grado; como el estatus ocupacional ($p < 0,001$); los factores de tercer grado como la capacidad de la vida diaria ($p = 0,01$) y los ingresos familiares ($p = 0,036$).

Lee et al.(12), buscaron determinar cuales eran los factores de riesgo asociados a recaídas psicóticas en una grupo integrado por 4567 personas con esquizofrenia. El método usado fue analítico. Obtuvieron mediante la regresión de Cox que, los factores para recaída psicótica fueron: edad ($HR=0.96$; $IC95\%= 0.95-0.98$), el tipo de institución médica ($HR=1.17$; $IC95\%= 1.02-1.33$), el tipo de medicación utilizada ($HR=2.09$; $IC95\%= 1.77-2.46$), la adherencia a la medicación recibida ($HR=1.59$; $IC95\%= 1.41-1.80$) y el tipo de tratamiento después del diagnóstico inicial ($HR=1.46$; $IC95\%= 1.24-1.71$).

Ahmad et al.(13), evaluaron los factores vinculados con la recaída psicótica en la esquizofrenia, en un estudio retrospectivo - observacional, que contó con la participación de 60 personas diagnosticadas con esquizofrenia (49 hombres - 11 mujeres). En los resultados se evidenció que los factores significativamente asociados con la recaída psicótica incluyeron la falta de adherencia al tratamiento, enfermedades psiquiátricas activas comórbidas, apoyo social deficiente y gran expresión de emociones en los entornos de vida ($p<0,05$).

Alphas et al.(14), investigaron que factores están asociados con la recaída en la esquizofrenia a pesar de la adherencia a la terapia antipsicótica inyectable. Fue una metodología analítica y multicéntrico que contó con 323 participantes con esquizofrenia. El 18,3% de los pacientes tuvieron recaída psicótica con edad media de 41 años, siendo los varones los más afectados (62,2 %). En el análisis de regresión univariado mostraron que la duración de la enfermedad ($p =0,02$), la dosificación antipsicótica previa ($p=0,02$), y los síntomas negativos ($p=0,03$) tuvieron una elevada asociación como factores de riesgo a recaídas. Otros de los factores que también se

asociaron fueron el número previo de hospitalizaciones psiquiátricas ($p= 0,06$) y la edad actual ($p= 0,05$).

Fikreyesus et al (15), evaluaron la prevalencia de recaídas en pacientes psicóticos. Tuvo 386 participantes y el método de estudio transversal. Como resultado, el 73,5% fueron diagnosticados con esquizofrenia, con edad media de 31 años, el 25,5% tuvo una recaída psicótica. Entre los pacientes con trastornos por consumo de alcohol (40,7%) y con enfermedades psiquiátricas comórbidas (33,7%) fueron identificados con una recaída psicótica. Por otro lado, las probabilidades de desarrollar una recaída psicótica entre los participantes que experimentaron efectos secundarios de medicamentos fue 1,83 (ORa = 1,83, IC del 95 % = 1,01, 3,31).

Shibasaki et al.(16) El estudio busco predecir la recaída psicótica en pacientes con esquizofrenia. Ingresaron 43 personas y utilizaron el método analítico. Se observó que el número de sesiones de terapia electroconvulsiva (TEC) se asoció con un aumento significativo en el riesgo de recaída (HR= 1.159; $p = 0.033$). Los pacientes que fueron tratados con estabilizadores del estado de ánimo adyuvantes como farmacoterapia de mantenimiento después de la respuesta al curso agudo de TEC tuvieron un menor riesgo de recaída que aquellos tratados sin estabilizadores del estado de ánimo (HR= 0.257; $p = 0.047$).

Nacionales

No se encontraron estudios nacionales sobre el tema, luego de la revisión de los diferentes buscadores on-line.

2.1.3 Fundamentos

2.1.3.1 Marco teórico.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental caracterizado por distintos síntomas psiquiátricos que incluyen alucinaciones, delirios, habla desorganizada, comportamiento desorganizado o catatónico y síntomas negativos. Por otra parte, las alteraciones cerebrales, como las alteraciones de los neurotransmisores y los cambios en la plasticidad del hipocampo, se han asociado con la esquizofrenia (17).

Hay varios factores ambientales asociados con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad:

- Desarrollo fetal anormal y bajo peso al nacer
- Diabetes gestacional
- Preeclampsia
- Cesárea de emergencia y otras complicaciones del parto
- Desnutrición materna y deficiencia de vitamina D

Hay tres hipótesis principales con respecto al desarrollo de la esquizofrenia. La hipótesis de la anomalía neuroquímica, sostiene que un desequilibrio de dopamina, serotonina, glutamato y GABA da como resultado las manifestaciones psiquiátricas de la enfermedad (18).

Presentación clínica

Dentro de las psicopatologías en salud mental tenemos a los trastornos psicóticos donde encontramos a la esquizofrenia. La esquizofrenia es considerada la más común y a su vez ser en algunos casos funcional, con una presentación clínica muy variada y que no se asocia a tener una “doble personalidad”. Está caracterizada por ser un trastorno crónico, con compromiso en el procesamiento del pensamiento, alteración de la percepción, del afecto y la conducta de quien lo padece. Esto podría generar dificultades en menor o gran medida, en sus capacidades sociales y en establecer relaciones significativas (18).

Tratamiento

Los antipsicóticos orales de segunda generación son utilizados en el tratamiento de inicio, durante un proceso psicótico agudo. Entre ellos tenemos el aripiprazol, la olanzapina, la risperidona, la quetiapina, además la asenapina, lurasidona, sertindol, ziprasidona, brexpiprazol, molindona, iloperidona, etc.

En complemento pueden usarse las benzodiazepinas; como diazepam, clonazepam o lorazepam; para manejo de la ansiedad y/o alteraciones del comportamiento.

Se recomienda el uso de tratamientos de depósito: flufenazina, haloperidol, aripiprazol, paliperidona, zuclopentixol, pipotiazina o risperidona, posterior al manejo de la fase psicótica aguda (19).

Recaída psicótica

En las personas diagnosticadas con esquizofrenia, la recaída psicótica suele definirse operativamente en términos de una recurrencia de síntomas psicóticos positivos. Alrededor del 80% de los tratados por un primer episodio de psicosis recaen dentro de los cinco años, con tasas acumulativas de recaídas del 78% y del 86% para la segunda y tercera recaídas durante este período(20).

La recaída psicótica puede tener consecuencias significativas para los pacientes y sus familias. La consecuencia más obvia de la recaída es su relación con el resultado funcional a través de la interrupción de la remisión sostenida. De hecho, recientemente se ha demostrado que la duración de la remisión de los síntomas positivos y negativos es, con mucho, el predictor más significativo del resultado funcional (empleo, escuela y relaciones sociales) a 1 y 2 años de seguimiento de pacientes(21). Las recaídas causan angustia a los pacientes y sus cuidadores. También se ha sugerido que las recaídas repetidas pueden tener un efecto adverso en el cerebro en términos de deterioro cognitivo y una recuperación menos completa de las recaídas posteriores. Existe una asociación informada entre la recaída y el funcionamiento social reducido, el desempleo y el aislamiento social; evidencia de un efecto dosis-respuesta con recaídas repetidas asociadas con un mayor deterioro cognitivo y un funcionamiento social más deficiente(22).

Dada la prevalencia y las considerables consecuencias negativas de las recaídas, está claro que las estrategias de prevención de recaídas para las personas con psicosis son una prioridad. Las intervenciones de prevención de recaídas basadas en signos tempranos funcionan bajo la premisa de que la predicción oportuna de recaídas permitirá tomar medidas preventivas, minimizando la posibilidad de que ocurra una recaída total. Se ayuda al paciente a identificar y monitorear los primeros signos de recaída y a desarrollar planes de acción concretos para tratarlos. Los primeros signos que suelen aparecer en las semanas previas a una recaída incluyen: ansiedad, disforia, insomnio, falta de concentración y síntomas psicóticos atenuados(20).

Factores de riesgo para recaída psicótica en pacientes adultos con esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico grave cuyos costos médicos asociadas con la recaída en la esquizofrenia son enormes (23). Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría el fin principal de las estrategias de tratamiento para la fase de estabilización de la esquizofrenia es minimizar la probabilidad de recaída (24). Se han investigado varios factores que están asociados con la recaída de diferentes aspectos de la esquizofrenia, como en el primer episodio de esquizofrenia en pacientes, incluido el número de recaídas, la reducción de medicamentos, los costos médicos y los factores cognitivos(25,26). Sin embargo, todavía hay una falta de consenso debido a los diferentes períodos de observación, métodos estadísticos y sistemas de atención médica. Por lo que se han tomado en cuenta los siguientes factores: epidemiológicos, clínicos y de tratamiento.

La recaída es un evento multidimensional, que se asocia con un funcionamiento ocupacional y social más deficiente y síntomas más graves y los factores de riesgo para la recaída en la esquizofrenia son un tema complejo (12,27). Un estudio en Corea del Sur, mencionó en cuanto a la edad, el riesgo de recaída parecía bajo en pacientes con una edad de inicio tardía. Esta observación, que el riesgo de recaída disminuyó significativamente con una edad de inicio tardía, sugiere que los síntomas son más severos y la recurrencia es más frecuente en pacientes diagnosticados a una edad temprana. Por lo tanto, para prevenir la recaída psicótica en pacientes con esquizofrenia, estarían indicados los sistemas de detección precoz (12).

Factores epidemiológicos

En el estudio realizado por Moges et al (9), se demostró que el sexo masculino (55.7%) fue el más predominante en el grupo de pacientes con esquizofrenia que tuvieron recaída. Asimismo Alphas et al (14), demostró que los varones con recaída por esquizofrenia fueron los más afectados (62,2 %). Así mismo, Mi et al (11), demostraron que el factor de segundo grado fue el estatus ocupacional (empleo vs. desempleo: 19.7 vs. 42.7%, $p < 0,001$), el cual se fue un predictor significativo de recaída en los pacientes con esquizofrenia. Según Moges et al (9), demostraron que el 31,9% de los pacientes con esquizofrenia que tuvieron recaída tenían un nivel educativo primario. Moges et al (9), evidenció que los participantes detectados con esquizofrenia y recaída fueron de procedencia rural (37,1%).

Factores clínicos

Otro de los posibles factores podría ser el tiempo, pues en este estudio, se evidenció que probabilidad de desarrollar una recaída entre los participantes que tuvieron una duración del tratamiento de 1 a 5 años fue de 1,71 veces (OR = 1,71 IC del 95 % = (1,05, 2,81) incrementó en comparación con aquellos que tuvieron una duración del tratamiento de más de cinco años (9). Moges et al (9), demostró que la enfermedad mental (OR = 1,84, IC del 95 % = 1,06, 3,18) se asoció significativamente con la recaída en los pacientes con trastorno esquizofrenia.

La conciencia de la enfermedad se ha reconocido como un factor asociado a recaída psicótica. Al respecto, Olivares et al. (28), mencionaron que los factores que se asociaron con un mayor o menor riesgo de recaída incluyeron la adherencia a la medicación, el estrés, las terapias psicosociales, la hospitalización previa/recaída y la percepción y conocimiento del paciente sobre su enfermedad.

Factores de tratamiento

En el estudio de Moges et al (9), demostraron que en el tratamiento, el 46,12% de los pacientes que tuvieron recaídas estuvieron usando antipsicóticos de primera generación mientras que el 38,8% estuvieron usando antipsicóticos de segunda

generación. Se conoce poco sobre el impacto de distintos fármacos psicotrópicos en el riesgo de reingreso agudo. Stromme et al (29), demostraron en su estudio que los pacientes que reingresaron a tratamiento para esquizofrenia fue debido al uso de benzodiacepinas; variables que se asoció significativamente con un mayor riesgo de reingreso ($p < 0,01$). Esta variable, ha sido tomada en cuenta, pues un estudio, demostró que el 58,7% de los participantes con esquizofrenia medicada que fueron medicados por recaída, tuvieron efectos secundarios leves de la medicación, mientras que el 32,9% tuvieron efectos secundarios moderados.

En relación a la mala adherencia al tratamiento, Lee et al. (12), mencionaron que el riesgo de recaída psicótica disminuye con una mayor adherencia a la medicación. Los resultados sugieren la necesidad de cambios en la estructura de atención, factores institucionales, y tratamientos médicos utilizados para tratar pacientes con esquizofrenia. Mientras que un estudio en China encontraron que la mala adherencia a la medicación, el desempleo, la dificultad de la vida diaria, el seguro médico de los costos médicos y los bajos ingresos del hogar estaban altamente relacionados con la recaída (11). La mala adherencia a la medicación fue el predictor más significativo de recaída, y el 55.8 % de los pacientes que no cumplieron recayó en comparación con solo el 23 % de los pacientes que sí cumplieron.

Las consecuencias de la adherencia inadecuada a la medicación incluyen malos resultados clínicos, aumento de la morbilidad y la discapacidad, peor calidad de vida, disminución de la productividad laboral y personal, y aumento de los costos de atención de la salud. Las causas de la no adherencia son multifactoriales. Las actitudes negativas sobre los medicamentos juegan un papel importante (30).

Con respecto a la relación familiar, Fikreyesus et al (15), identificaron que una menor recaída se asoció con vivir con un miembro de la familia en comparación con vivir solo, buscar apoyo religioso, puntaje alto en apoyo social y cumplimiento de la medicación. Las probabilidades de tener una recaída entre los participantes que viven con la familia fue un 72 % menor que la de los pacientes que viven solos. Esto podría deberse a que, cuando los pacientes viven solos; no tienen a nadie que los anime o les

recuerde que tomen sus medicamentos correctamente y que asistan a su seguimiento regularmente. Pothimas et al. (10), enfatizaron la importancia del apoyo de la familia para las personas con esquizofrenia y en la prevención de recaídas psicóticas.

Los miembros de la familia pueden apoyarse mutuamente. La familia es la fuente de compartir amor y calidez, y puede animar a un familiar con enfermedad mental a enfrentar el problema. Aunque cuidar a un familiar con esquizofrenia aumenta el estrés y la carga, la mayoría de los miembros de la familia están dispuestos a cuidar de ellos(31). Por lo tanto, asumirán la responsabilidad de cuidar y ayudar a un pariente mentalmente enfermo para lograr el funcionamiento social. Estas características típicas de cuidado y atmósfera permiten y alientan a las personas con esquizofrenia a lidiar con los eventos estresantes de su vida y desarrollar estrategias de afrontamiento más efectivas que conducen a menos ocurrencia de recaídas(32).

2.1.3.2 Marco referencial

Esta investigación se realizó en el Hospital Hermilio Valdizan, líder en servicios especializados en Psiquiatría y Salud mental desde el 09 de setiembre de 1961, localizado en la ciudad de Lima – Perú.

2.1.4 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo para recaída psicótica en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán, 2021?

2.2 Hipótesis

No requiere hipótesis por ser un estudio descriptivo.

2.3 Objetivos de la investigación

2.3.1 Objetivo General

Determinar los factores de riesgo para recaída psicótica en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán, 2021

2.3.2 *Objetivos Específicos*

- Determinar los factores de riesgo epidemiológicos para recaída psicótica en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán, 2021.
- Determinar los factores de riesgo clínicos para recaída psicótica en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán, 2021.
- Determinar los factores de riesgo de tratamiento para recaída psicótica en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán, 2021.

2.4 Evaluación del problema

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico grave que tiene profundos efectos tanto en los individuos como en la sociedad. Los costos médicos y las pérdidas de productividad asociadas con la recaída en la esquizofrenia son enormes. Se enfatiza la importancia de identificar y modificar los factores que determinan la recaída clínica en la esquizofrenia. Por lo tanto, es importante desarrollar estrategias de prevención efectivas que puedan contribuir a reducir las tasas de recaída y los costos asociados.

2.5 Justificación e importancia del Problema

2.5.1 *Justificación Legal*

Constitución Política del Perú (Artículo N.º 2 y 14): “Promoción del desarrollo científico y tecnológico” y “Libertad de creación intelectual, artística y científica”.

Ley General de Salud (N.º 26842): “Promoción y divulgación de la investigación científica y tecnológica”.

Ley del Marco de Ciencia y Tecnología (Ley N° 28303 - Art N° 2 y 14): “Desarrollo, promoción, transferencia y difusión de la ciencia e innovación tecnológica como una demanda pública de interés nacional” y “Principios de la investigación”.

Ley universitaria (N° 30220 - Capítulo VI): “Fomento de la investigación, su financiamiento, participación directa de la universidad y respeto por los derechos de autor y las patentes”.

Reglamento del Sistema Nacional de Residencia Médico (Resolución suprema N° 002-2006-SA – Art N° 17): “Las actividades académicas y de investigación forman parte de las responsabilidades del residente”.

2.5.2 *Justificación Teórico – Científico*

Desde una perspectiva teórico-científica, la presente investigación permitirá reducir las brechas de conocimiento, contrastar resultados y absolver las divergencias, contribuyendo en paralelo con la comunidad científica mundial que ha exteriorizado la necesidad de priorizar las líneas de investigación asociadas a recaída psicótica. Por otro lado, el diseño de estudio y la elaboración de un instrumento válido y confiable servirán como referentes para la creación de futuras investigaciones, especialmente en el territorio nacional que carece de pesquisas estructuradas bajo el mismo enfoque temático.

2.5.3 *Justificación Práctica*

Desde una perspectiva práctica la presente investigación caracteriza a los pacientes en mayor riesgo de recaída psicótica, en quienes brindar mayores recursos hospitalarios que permitan su prevención; y que así se puedan mejorar los resultados en este grupo poblacional.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio

La presente investigación es de tipo cuantitativo.

3.2 Diseño de Investigación

Es un diseño analítico, de casos y controles y retrospectivo:

- Analítica, se buscará descubrir la hipotética asociación entre la variable independiente y las variables dependientes del estudio.
- Casos y controles, seleccionará a la población en estudio en base en la presencia (caso) o ausencia (control o referente) del evento de interés. El grupo caso conformado por pacientes con esquizofrenia que presentó recaída psicótica y el grupo control que se encuentra integrado por pacientes con esquizofrenia que no presentó recaída psicótica.
- Retrospectivo, usará información de hechos ocurridos en el pasado sin manipulación de los mismos.

3.3 Universo de pacientes que acuden a la Institución

Paciente adulto con esquizofrenia atendido en el Hospital Hermilio Valdizán

3.4 Población a estudiar

El total de los pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán atendidos en el periodo de enero a junio de 2021.

3.5 Muestra de Estudio o tamaño muestral

Para calcular el tamaño de muestra, se usó la fórmula correspondiente a casos y controles, en la que se consideró un nivel de confianza del 95% y potencia de prueba del 80%. De acuerdo con Alphas et al. (33), el 71.2% de pacientes esquizofrénicos que recayeron

presentaron un tiempo de enfermedad mayor a 10 años. Asimismo, se consideró de 1 a 2 la relación entre grupos. A continuación, se detalla la fórmula antes mencionada:

$$n = \frac{[z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{(r+1)P_1(1-P_1)}{M}} - z_{1-\beta} \sqrt{\frac{rP_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}{2}}]^2}{r(P_1 - P_2)^2}$$

Parámetros:

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$: Valor Z asociado a un nivel de confianza del 95%.

$Z_{1-\beta} = 0.84$: Valor Z asociado a una potencia de prueba de 80%.

$p_1 = 0.712$: Prevalencia de más de 10 años de enfermedad en pacientes con esquizofrenia que presentaron recaída psicópata.

$p_2 = 0.470$: Prevalencia de más de 10 años de enfermedad en pacientes con esquizofrenia que presentaron recaída psicópata.

$OR = 2.787$: Riesgo del evento en los casos

$r = 2$: Número de controles por cada caso

$$P_M = (P_1 + rP_2)/(r+1)$$

Resultado:

$n_1 = 49$: Tamaño para casos

$n_2 = 98$: Tamaño para controles

Por lo tanto, la muestra la conformarán 147 pacientes con esquizofrenia, de los cuales el 49 presentó recaída psicópata y 98 no la presentaron.

Tipo y técnica de muestreo

El tipo y técnica de muestreo a usar será el probabilístico y aleatorio simple respectivamente.

3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión

3.6.1 Criterios de inclusión

Grupo caso

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia desde hace más de 1 año, con 18 años a más de edad, de ambos sexos.
- Paciente con tratamiento antipsicótico definido desde hace 1 año.
- Presentaron recaída psicótica.
- Tengan historia clínica completa.

Grupo control

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia desde hace más de 1 año, con 18 años a más de edad y de ambos sexos.
- Paciente con tratamiento antipsicótico definido desde hace 1 año.
- No presentaron recaída psicótica.
- Tengan historia clínica completa.

3.6.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia desde hace menos de 1 año, con menos de 18 años de edad.
- Presenten primer episodio psicótico.
- Tengan historia clínica incompleta o ilegible.

3.7 Variable de Estudio

3.7.1 Independiente

Recaída psicótica

3.7.2 Dependiente

Factores de riesgo

3.8 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
Variable independiente Recaída psicótica	Recurrencia de síntomas psicóticos positivos, en una persona con diagnóstico de esquizofrenia (20).	Reaparición de un episodio psicótico en el paciente en estudio y estén consignados en la historia clínica.	-	Recaída psicótica	Si No	Nominal	Paciente con esquizofrenia	Historia clínica	Ficha para recolección de datos
			Factores epidemiológicos	Edad	Años	Razón	Paciente con esquizofrenia	Historia clínica	Ficha de recolección de datos
Sexo	Masculino Femenino	Nominal		Paciente con esquizofrenia	Historia clínica	Ficha de recolección de datos			
Estado laboral desempleado	Si No	Nominal		Paciente con esquizofrenia	Historia clínica	Ficha de recolección de datos			
Bajo nivel educativo	Si No	Nominal		Paciente con esquizofrenia	Historia clínica	Ficha de recolección de datos			
Procedencia rural	Si No	Nominal		Paciente con esquizofrenia	Historia clínica	Ficha de recolección de datos			
Tiempo de enfermedad > 5 años	Si No	Nominal		Paciente con esquizofrenia	Historia clínica	Ficha de recolección de datos			
Comorbilidad psiquiátrica	Abusa de sustancias Depresión Trastornos de ansiedad	Nominal		Paciente con esquizofrenia	Historia clínica	Ficha de recolección de datos			
Variable dependiente Factores de riesgo	Característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o lesión(34)	Factores de riesgo epidemiológico, clínicos y de tratamiento asociados a recaída psicótica en el paciente con esquizofrenia	Factores clínicos						

				Agresión y violencia Trastornos de personalidad				
		Factores de tratamiento	Uso de politerapia antipsicótica	Si No	Nominal	Paciente con esquizofrenia	Historia clínica	Ficha de recolección de datos
			Uso de benzodiacepina s	Si No	Nominal	Paciente con esquizofrenia	Historia clínica	Ficha de recolección de datos
			Efectos secundarios	Si No	Nominal	Paciente con esquizofrenia	Historia clínica	Ficha de recolección de datos

3.9 Técnicas e instrumentos para recolección de datos

Técnica documental

Analizaremos y recolectaremos de manera indirecta toda la información necesaria encontrada en los documentos de registro (historias clínicas) de los pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizán durante el periodo de enero a junio del 2021.

Instrumento para recolección

El instrumento de recopilación de datos será la ficha de recolección de datos, la cual se elaboró teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y la operacionalización de variables.

La ficha de recolección de datos consta de las siguientes secciones:

- Factores de riesgo epidemiológicos
- Factores de riesgo clínicos
- Factores de riesgo de tratamiento
- Recaída psicótica

3.10 Procesamiento y Análisis de Datos

Puntos importantes a seguir:

- Presentar nuestro trabajo de investigación, para su aprobación respectiva dirigido a las instituciones: Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Hospital Hermilio Valdizán.
- Lograda la aprobación, coordinar con la oficina de Estadística e Informática, para la ubicación de las historias clínicas de los pacientes con esquizofrenia.
- Recopilar los datos necesarios obtenidos de los documentos de registro de los pacientes (historias clínicas), en nuestra ficha elaborada para recolección de datos.
- Por último, ingresar todos los datos obtenidos al Programa estadístico SPSS versión 25.

Análisis de datos.

Tomando como referencia los criterios de selección establecidos, se realizará un riguroso control de calidad del registro, de nuestra base de datos, por medio del programa estadístico SPSS versión 25. Luego continuaremos con los análisis siguientes:

Análisis descriptivo: Con las frecuencias absolutas y relativas, describiremos las variables cualitativas; y las medidas de tendencia central y dispersión (promedio y desviación estándar respectivamente) para las cuantitativas.

Análisis bivariado: Para determinar para recaída psicótica en pacientes adultos con esquizofrenia se aplicará la prueba Chi cuadrado, considerando un nivel de significancia del 5% y se calculará el Odds Ratio (OR).

Análisis multivariado: Para determinar los factores que contribuyen a predecir recaída psicótica se aplicará la regresión logística, creando un modelo el cual tendrá a los factores con coeficientes que tengan las mejores estimaciones para recaída. Asimismo, se calculará los Odds Ratio ajustados (ORa), se considerará de igual manera el nivel de significancia del 5%.

Finalmente, los resultados se presentarán en tablas simples y dobles además de gráficos estadísticos como el de barras y circular, elaborados en Microsoft Excel 2019.

CAPÍTULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Planificación de Acciones

Las actividades a desarrollar están especificadas en el punto 4.4.

4.2 Recursos asignados

4.2.1 *Recurso Humano*

Gastos personales del investigador

Asesoría Estadística

Viáticos del personal de apoyo

Personal de digitación

4.2.2 *Recurso Material*

Materiales para oficina

Útiles para Impresión

Digitador e Informe

Servicios de impresión

Gastos adicionales

4.3 Presupuesto o Costo del Proyecto

Concepto	Monto	
Recurso Humano		S/. 2,200.00
Gastos personales del investigador	S/. 1,000.00	
Asesoría Estadística	S/. 450.00	
Viáticos del personal de apoyo	S/. 400.00	
Personal de digitación	S/. 350.00	
Recurso Material		
Bienes		S/. 700.00
Materiales para oficina	S/. 450.00	
Útiles para Impresión	S/. 250.00	
Servicios		S/. 1,300.00
Digitador e Informe	S/. 600.00	
Servicios de impresión	S/. 400.00	
Gastos Adicionales	S/. 300.00	
Total		S/. 4,200.00

CAPÍTULO V: REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez-Jirano L, Velasco-Ramírez S, Pérez-Carranza G, Domínguez-Díaz C, Bitzer-Quintero O. Citocinas y sistema nervioso: relación con la esquizofrenia. *Rev Médica Inst Mex Seguro*. 2019;57(2):107-15.
2. Velazco Y, Quintana I, Fernández M de la C, Alfonso A, Zamora E. Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. *Rev Médica Electrónica*. 2018;40(4):1163-71.
3. Silva M, Restrepo D. Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2019;48(4):252-60.
4. Alphs L, Nasrallah H, Bossie C, Fu D, Gopal S, Hough D, et al. Factors associated with relapse in schizophrenia despite adherence to long-acting injectable antipsychotic therapy. *Int Clin Psychopharmacol*. 2017;31(4):202-9.
5. Bioque M, Mezquida G, Amoretti S, García-Rizo C, López-Ilundain JM, Diaz-Caneja CM, et al. Clinical and treatment predictors of relapse during a three-year follow-up of a cohort of first episodes of schizophrenia. *Schizophr Res*. 2022;243:32-42.
6. Mi WF, Chen XM, Fan TT, Tabarak S, Xiao JB, Cao YZ, et al. Identifying Modifiable Risk Factors for Relapse in Patients With Schizophrenia in China. *Front Psychiatry*. 2020;11:574763.
7. Bioque M, Mezquida G, Amoretti S, García-Rizo C, López-Ilundain JM, Diaz-Caneja CM, et al. Clinical and treatment predictors of relapse during a three-year follow-up of a cohort of first episodes of schizophrenia. *Schizophr Res*. mayo de 2022;243:32-42.
8. Lee DY, Kim C, Lee S, Son SJ, Cho SM, Cho YH, et al. Psychosis Relapse Prediction Leveraging Electronic Health Records Data and Natural Language Processing Enrichment Methods. *Front Psychiatry*. 5 de abril de 2022;13:844442.
9. Moges S, Belete T, Mekonen T, Menberu M. Lifetime relapse and its associated factors among people with schizophrenia spectrum disorders who are on follow up at Comprehensive Specialized Hospitals in Amhara region, Ethiopia: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst [Internet]*. 6 de mayo de 2021 [citado 8 de julio de 2022];15(1):42. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00464-0>

10. Pothimas N, Tungpunkom P, Chanprasit C, Kitsumban V. A Cross-sectional Study of Factors Predicting Relapse in People with Schizophrenia. *Pac Rim Int J Nurs Res.* 16 de septiembre de 2020;24(4):448-59.
11. Mi WF, Chen XM, Fan TT, Tabarak S, Xiao JB, Cao YZ, et al. Identifying Modifiable Risk Factors for Relapse in Patients With Schizophrenia in China. *Front Psychiatry* [Internet]. 11 de septiembre de 2020 [citado 7 de julio de 2022];11:574763. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7518216/>
12. Lee SU, Soh M, Ryu V, Kim CE, Park S, Roh S, et al. Risk factors for relapse in patients with first-episode schizophrenia: Analysis of the Health Insurance Review and Assessment Service data from 2011 to 2015. *Int J Ment Health Syst.* 2 de marzo de 2018;12(1):9.
13. Ahmad I, Khalily MT, Hallahan B, Shah I. Factors associated with psychotic relapse in patients with schizophrenia in a Pakistani cohort. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2017 [citado 7 de julio de 2022];26(4):384-90. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12260>
14. Alphs L, Nasrallah HA, Bossie CA, Fu DJ, Gopal S, Hough D, et al. Factors associated with relapse in schizophrenia despite adherence to long-acting injectable antipsychotic therapy. *Int Clin Psychopharmacol* [Internet]. julio de 2016 [citado 8 de julio de 2022];31(4):202-9. Disponible en: https://journals.lww.com/intclinpsychopharm/Fulltext/2016/07000/Factors_associated_with_relapse_in_schizophrenia.4.aspx
15. Fikreyesus M, Soboka M, Feyissa GT. Psychotic relapse and associated factors among patients attending health services in Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 20 de octubre de 2016 [citado 8 de julio de 2022];16:354. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5072324/>
16. Shibasaki C, Takebayashi M, Fujita Y, Yamawaki S. Factors associated with the risk of relapse in schizophrenic patients after a response to electroconvulsive therapy: a retrospective study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 5 de enero de 2015;11:67-73.
17. Girdler SJ, Confino JE, Woesner ME. Exercise as a Treatment for Schizophrenia: A Review. *Psychopharmacol Bull* [Internet]. 15 de febrero de 2019 [citado 7 de

- julio de 2022];49(1):56-69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386427/>
18. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: Overview and Treatment Options. *Pharm Ther* [Internet]. septiembre de 2014 [citado 7 de julio de 2022];39(9):638-45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159061/>
 19. Hany M, Rehman B, Azhar Y, Chapman J. Schizophrenia [Internet]. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2021 [citado 7 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>
 20. Eisner E, Drake R, Barrowclough C. Assessing early signs of relapse in psychosis: Review and future directions. *Clin Psychol Rev*. 1 de julio de 2013;33(5):637-53.
 21. Tibbo P, Malla A, Manchanda R, Williams R, Joobar R. Relapse Risk Assessment in Early Phase Psychosis: The Search for a Reliable and Valid Tool. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. diciembre de 2014;59(12):655-8.
 22. Sullivan S, Northstone K, Gadd C, Walker J, Margelyte R, Richards A, et al. Models to predict relapse in psychosis: A systematic review. *PLoS ONE*. 21 de septiembre de 2017;12(9):e0183998.
 23. Laidi C, Prigent A, Plas A, Leboyer M, Fond G, Chevreul K, et al. Factors associated with direct health care costs in schizophrenia: Results from the FACE-SZ French dataset. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. enero de 2018;28(1):24-36.
 24. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*. febrero de 2004;161(2 Suppl):1-56.
 25. Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries DE, Salkever D, Slade EP, Peng X, et al. The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 7 de enero de 2010;10:2.
 26. Schennach R, Obermeier M, Meyer S, Jäger M, Schmauss M, Laux G, et al. Predictors of relapse in the year after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv Wash DC*. enero de 2012;63(1):87-90.
 27. Taylor M, Jauhar S. Are we getting any better at staying better? The long view on relapse and recovery in first episode nonaffective psychosis and

- schizophrenia. *Ther Adv Psychopharmacol.* 1 de enero de 2019;9:2045125319870033.
28. Olivares JM, Sermon J, Hemels M, Schreiner A. Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Ann Gen Psychiatry.* 23 de octubre de 2013;12:32.
 29. Strømme MF, Mellesdal LS, Bartz-Johannesen CA, Kroken RA, Krogenes ML, Mehlum L, et al. Use of Benzodiazepines and Antipsychotic Drugs Are Inversely Associated With Acute Readmission Risk in Schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2022 [citado 8 de julio de 2022];42(1):37-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8677602/>
 30. Yalcin-Siedentopf N, Wartelsteiner F, Kaufmann A, Biedermann F, Edlinger M, Kemmler G, et al. Measuring adherence to medication in schizophrenia: the relationship between attitudes toward drug therapy and plasma levels of new-generation antipsychotics. *Int J Neuropsychopharmacol.* 7 de diciembre de 2014;18(5):pyu091.
 31. Poonnotok P, Thampanichawat W, Patoomwan A, Sangon S. Struggling to Restore Normalcy: Thai Parents' Experiences in Being Caregivers of Children with Early Schizophrenia. *Pac Rim Int J Nurs Res.* 25 de enero de 2016;20(1):71-84.
 32. Anab E, Onyango AC, Mwenda C. Caregiver's Knowledge and Attitude Regarding Care of Schizophrenia at Mathari Teaching and Referral Hospital, Kenya. *Am J Psychiatry Neurosci.* 16 de enero de 2018;6(1):15.
 33. Alphs L, Nasrallah H, Bossie C, Fu D, Gopal S, Hough D, et al. Factors associated with relapse in schizophrenia despite adherence to long-acting injectable antipsychotic therapy. *Int Clin Psychopharmacol.* 2017;31(4):202-9.
 34. IGI Global. What is Risk Factor [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.igi-global.com/dictionary/risk-factor/50654>

CAPÍTULO VI: ANEXOS

6.1 Definición de Términos

Esquizofrenia: trastorno mental caracterizado por distintos síntomas psiquiátricos que incluyen alucinaciones, delirios, habla desorganizada, comportamiento desorganizado o catatónico y síntomas negativos (17).

Recaída psicótica: aparición gradual de los síntomas psicóticos después de la remisión de un episodio psicótico. Cuando los síntomas vuelven a aparecer o hay un empeoramiento, decimos que se ha iniciado una recaída (17).

6.2 Ficha para Recolección de Datos

Factores de riesgo para recaída psicótica en pacientes adultos con esquizofrenia
atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán, 2021

Fecha: _____

ID: _____

1. Factores de riesgo epidemiológico

Edad: _____ años

Sexo: Masculino () Femenino ()

Estado laboral desempleado: Si () No ()

Bajo nivel educativo: Si () No ()

Procedencia rural: Si () No ()

2. Factores de riesgo clínico

Tiempo de enfermedad > 5 años: Si () No ()

Comorbilidad psiquiátrica:

Abusa de sustancias ()

Depresión ()

Trastornos de ansiedad ()

Agresión y violencia ()

Trastornos de personalidad ()

Ninguna ()

3. Factores de riesgo de tratamiento

Uso de politerapia antipsicótica: Si () No ()

Uso de benzodíacepinas: Si () No ()

Efectos secundarios:

Síntomas parkinsonianos ()

Distonía ()

Discinesia ()

Acatisia ()

Discinesia tardía ()

Hipotensión ()

Otros: _____

4. Recaída psicótica: Si () No ()