

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
HUMANA



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA**

**Asociación entre maltrato infantil e inicio muy temprano de esquizofrenia en
pacientes hospitalizados en un hospital general.**

Área de investigación:

Medicina Humana

Autor: M.C. DENISSE CAROLINA TIMANÁ CURAY

Asesor:

Jara Pereda, Luz Milagros

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5680-8410>

TRUJILLO – PERÚ
2022

I. Datos generales.

1. Título

Asociación entre maltrato infantil e inicio muy temprano de esquizofrenia en pacientes hospitalizados en un hospital general.

2. Línea de investigación

Cáncer y enfermedades no transmisibles

3. Tipo de investigación

3.1. De acuerdo a la orientación o finalidad: Aplicada

3.2. De acuerdo a la técnica de contrastación: Observacional

4. Escuela Profesional y Departamento académico

Escuela de postgrado de Universidad Privada Antenor Orrego.

Facultad de Medicina Humana - Unidad de segunda especialización de la Universidad Privada Antenor Orrego.

5. Equipo investigador

a. Autor:

Denisse Carolina Timaná Curay

Médico Residente de Psiquiatría Unidad de Segunda Especialización de la Universidad Privada Antenor Orrego.

b. Asesor:

Luz Milagros Jara Pereda

Médico Psiquiatra del Hospital Regional Docente de Trujillo.
Docente de pregrado de la Universidad Privada Antenor Orrego.

6. Institución y lugar de desarrollo del proyecto

- a. Localidad:** Distrito de Trujillo. Provincia de Trujillo.
Departamento de la Libertad.

b. Institución: Hospital Regional Docente de Trujillo

7. Duración total del proyecto:

a. Fecha de inicio: 01 de Abril del 2021

b. Fecha de término: 15 de Diciembre del 2021

II. Plan de investigación.

1. Resumen ejecutivo del proyecto de tesis

Este proyecto de investigación busca determinar si el maltrato infantil está asociado al inicio muy temprano de esquizofrenia. La población está conformada por todos los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, hospitalizados en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2015-2020. Esta investigación es de tipo observacional, analítica, longitudinal y retrospectiva, con diseño de casos y controles. Los casos serán aquellos pacientes que tengan diagnóstico definitivo de esquizofrenia en los cuales la edad de inicio de la enfermedad sea menor a 13 años; y los controles serán los pacientes con diagnóstico definitivo de esquizofrenia cuya edad de inicio de la enfermedad sea mayor o igual a 13 años. Para la presente investigación se consignará un tamaño muestral incluyendo a todos los pacientes del periodo de estudio correspondiente. Se buscarán en el archivo del hospital las historias o expedientes clínicos de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría. Los datos necesarios para el presente estudio serán recolectados en una ficha, la cual será elaborada por el autor del presente proyecto, y posteriormente se procesarán los datos en SPSS para su análisis respectivo, tras el cual se obtendrán las medidas de asociación o efecto que cuantifican la presencia y magnitud de la asociación entre el maltrato infantil y la esquizofrenia de inicio muy temprano mediante el odds ratio o razón de momios.

La presente investigación contará con la autorización del Comité de Investigación y Ética del Hospital Regional Docente de Trujillo y de la Universidad Privada Antenor Orrego.

2. Planteamiento del problema

La esquizofrenia se describe como uno de los trastornos psiquiátricos más misteriosos y, al mismo tiempo, uno de los más paralizantes. Aunque es poco común antes de los 10 años, la incidencia de esquizofrenia aumenta progresivamente conforme avanza la edad, desde la adolescencia hasta la adultez. La esquizofrenia de inicio temprano (EIT) se refiere al inicio de los síntomas de esquizofrenia a los 18 años de edad, mientras que un debut antes de la edad de 13 años se define como esquizofrenia de inicio muy temprano o esquizofrenia de inicio en la niñez. La prevalencia de esquizofrenia a nivel mundial se estima en 0,33-0,75%. La prevalencia de EIT no se ha estudiado adecuadamente hasta ahora, ya que durante años no se había tenido en cuenta como un trastorno distinto¹.

Algunos autores estiman una prevalencia general clínicamente definida en <4%. EIT tiende a ocurrir con más frecuencia en individuos masculinos. A medida que aumenta la edad, esta proporción tiende a nivelarse. La esquizofrenia es altamente hereditaria (80%), aunque en muchos pacientes la enfermedad es esporádica sin antecedentes familiares de psicosis. Los datos genéticos existentes sugieren que contribuyen múltiples variantes genéticas de frecuencias variables (comunes a variantes raras)².

El maltrato infantil es a menudo un indicador de problemas familiares o disfunciones familiares. Varios estudios investigaron la combinación de violencia interparental y maltrato infantil. Estos estudios identificados en 20% -95% de las familias expuestas a maltrato infantil adicional; mostraron que entre el 21% y el 73% de las familias expuestas al maltrato infantil ocurrió violencia interparental. En particular, la mayoría de los estudios existentes se enfocan en el maltrato físico infantil³.

En el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el año 2019 se registraron un total de 35 episodios de esquizofrenia de inicio temprano, asimismo durante este periodo, en la población infantil atendida se observó que la frecuencia de maltrato infantil fue de aproximadamente 33%.

Formulación del Problema

¿Existe asociación entre maltrato infantil y esquizofrenia de inicio muy temprano en pacientes hospitalizados en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2015-2020?

3. Antecedentes del problema

Varese et al (2012) en su meta análisis examinaron la asociación existente entre maltrato infantil y los cuadros psicóticos, encontrando que el maltrato infantil se asocia de manera sustancial con un mayor riesgo de psicosis, con un riesgo atribuible a la población de 33%. En este meta análisis se incluyeron 18 estudios de casos y controles (n = 2048 pacientes con psicosis y 1856 controles que no presentaban psicosis), 10 estudios prospectivos (n = 41803) y 8 estudios transversales basados en la población (n = 35546). En todos los diseños de investigación se encontraron asociaciones significativas entre el maltrato infantil y los cuadros psicóticos, con un efecto general de OR = 2.78 (IC del 95% = 2.34-3.31).⁴

De Rosse et al.(2014) compararon la fuerza de la asociación que existía entre el maltrato infantil y los síntomas psicóticos en 447 voluntarios adultos sanos y 184 pacientes que tenían el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y que al momento del estudio se encontraban estables. Los resultados arrojaron que había una fuerte correlación positiva existente entre el maltrato infantil y los síntomas autoinformados en ambos grupos. ⁵

Mansueto G y Faravelli C (2017) evaluaron la relación entre los eventos recientes y la psicosis, teniendo en cuenta el papel de las adversidades tempranas. Se inscribieron 78 pacientes psicóticos y 156 controles. Encontraron que los pacientes psicóticos tenían un exceso de eventos recientes. Asimismo, la ocurrencia de más de un evento reciente aumentó el riesgo de psicosis; pero también hubo un efecto acumulativo entre los eventos recientes y los de la infancia sobre la psicosis. Los eventos recientes se relacionaron significativamente con la psicosis, incluso en ausencia de adversidad infantil.⁶

Mørkved N. et al (2018), en su estudio que tuvo por objetivo comparar la frecuencia, gravedad y tipos de maltrato infantil en pacientes con esquizofrenia y abuso de sustancias, encontraron que, de 57 pacientes con esquizofrenia, el 64.9% informó más de un subtipo de trauma infantil y 13.5% más de 4 subtipos de trauma infantil.⁷

Haahr UH et al (2018), incluyeron en su estudio a 191 pacientes con primer episodio psicótico y encontraron que la mitad de ellos había experimentado un trauma interpersonal y un tercio había experimentado un trauma interpersonal temprano antes de los 18 años de edad. Además, encontraron asociaciones significativas entre el trauma interpersonal temprano y el ajuste premórbido y la duración de la psicosis antes de ser tratada.⁸

O' Connor K et al.(2019), encontraron que una historia de trauma infantil y acoso infantil se asociaron con un aumento de las probabilidades de experimentar anomalías de la percepción. ⁹

Schalinski I et al (2019) evaluaron la exposición a las adversidades en 180 individuos con psicosis y en 70 individuos sanos. Se encontró que los casos experimentaron sustancialmente más abuso y negligencia que los controles. Las adversidades se relacionaron directamente con tipo el trastorno psicótico. La exposición a mayores adversidades se

asoció con síntomas positivos más graves, además se identificó a la negligencia a los 10 años como el factor predictor más importante. Los síntomas disociativos mediaron la pequeña relación entre la carga del trauma en la infancia y los síntomas positivos.¹⁰

Pan PM, et al (2019), evaluaron el efecto del trauma infantil y los atributos positivos sobre la experiencia psicótica en 2511 niños de 6 a 12 años al inicio y a los 3 años de seguimiento y encontraron que niveles más altos de experiencia psicótica inicial y mayor trauma infantil se asociaron con un aumento de experiencia psicótica de seguimiento. Los atributos positivos más altos predijeron una experiencia psicótica más baja después de 3 años, ajustando la prevalencia de la EP inicial y el trauma infantil. Concluyeron que los niveles más altos de rasgos sociales y conductuales positivos en la infancia pueden disminuir la aparición posterior de EP.¹¹

Loewy, R et al (2019), examinaron la relación del historial de trauma con los síntomas y el funcionamiento en 103 individuos diagnosticados con estado mental de alto. Los resultados arrojaron que una gran proporción de ellos (61%) había estado expuesto a un trauma, incluido el trauma interpersonal, el cual ocurrió antes del inicio del estado mental de alto riesgo y el trauma infantil antes de los 12 años. Además, aquellos con un historial de trauma presentaron alteraciones perceptivas más severas, síntomas generales / afectivos y más deterioro el cual fue medido usando la Escala de Evaluación de la Actividad Global.¹²

Peh OH y colaboradores (2019) en su meta análisis sobre la gravedad y la prevalencia de las adversidades infantiles entre los pacientes con muy alto riesgo de psicosis y la asociación entre las adversidades y la transición a la psicosis; encontraron que los individuos con muy alto riesgo de psicosis experimentaron un trauma significativamente más severo que los controles, independientemente del subtipo de trauma. Además, el grupo de individuos con muy alto riesgo de psicosis tuvo

5.5, 2.5 y 3.1 veces más probabilidades de reportar abuso emocional, abuso físico y victimización por intimidación, respectivamente. No se encontró asociación con la separación de los padres, no se encontró asociación significativa entre el trauma infantil y la transición a la psicosis.¹³

Stowkowy J et al (2020), en su estudio evaluaron el trauma infantil y el riesgo enfermedad mental grave en jóvenes. Incluyeron a 243 individuos, de 12 a 25 años (42 controles sanos, 43 individuos que no buscaban ayuda [etapa 0], 52 jóvenes con enfermedad mental grave como trastorno bipolar o psicosis [etapa 1b]). Se encontraron altas frecuencias de trauma reportado en todas las etapas. Los individuos sintomáticos experimentaron más trauma e intimidación. Las personas en etapa 1b informaron más abuso físico. La etapa 1b también indicó que el acoso psicológico tiene una duración e impacto más prolongados en sus vidas.¹⁴

Tang W, Xu et al (2021), evaluaron la prevalencia de experiencias de tipo psicótico y los correlatos psicosociales en adolescentes de China sobrevivientes de terremotos. Encontraron que exposición a terremotos contribuyó significativamente a las experiencias de tipo psicótico, el maltrato infantil explicó también una cantidad significativa de las variaciones de experiencias de tipo psicótico, el abuso emocional tuvo el papel más importante de experiencias de tipo psicótico y los eventos de vida negativos también explicaron una gran cantidad de las variaciones de experiencias de tipo psicótico, de las cuales las dificultades interpersonales y la presión académica tuvieron los mayores efectos.¹⁵

No se han identificado trabajos similares en el ámbito nacional, regional ni local.

4. Justificación del Proyecto

En las prioridades de investigación en salud del 2019 -2023, las cuales fueron aprobadas en la Resolución Ministerial 658-2019/MINSA del 19 de julio de 2019, en el acápite 10, se menciona que se debe investigar sobre la dinámica de los determinantes sociales de la salud mental, uno de estos es la conducta familiar y la exposición a violencia o maltrato, sobretodo en la población infantil.

El maltrato infantil es considerado un gran problema de salud pública que tiene consecuencias significativas a largo plazo, incluido un mayor riesgo de mala salud física y resultados deficientes de salud mental. Varios estudios han demostrado que existe una asociación entre el maltrato infantil y la aparición de trastornos psicóticos, entre ellos se considera a la esquizofrenia, sin embargo, ningún estudio ha demostrado que el maltrato infantil este asociado a una edad de inicio precoz de los síntomas de la esquizofrenia. La importancia de demostrar esta asociación radica en que es bien sabido que el pronóstico de dicha enfermedad empeora mientras esta se presente a menor edad, y de encontrarse una asociación entre el maltrato infantil y la esquizofrenia de inicio muy temprano, esto serviría de base para poner mayor énfasis en acciones y medidas preventivas que disminuyan los casos de maltrato infantil a nivel regional, y también serviría para en un futuro establecer políticas públicas en el área de salud mental.

5. Objetivos

a. Objetivo general

Determinar si el maltrato infantil está asociado a la esquizofrenia de inicio muy temprano en pacientes hospitalizados en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2015-2020.

b. Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de esquizofrenia de inicio muy temprano en pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2015-2020.
- Determinar la frecuencia de maltrato infantil en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2015-2020.
- Describir los factores sociodemográficos de los pacientes con esquizofrenia hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2015-2020.

6. Marco teórico

La definición de maltrato infantil ha variado con los años, volviéndose más compleja al querer abarcar todos los aspectos que tienen relación con el desarrollo del niño. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al maltrato infantil como “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.¹⁶

La OMS señala que a nivel mundial existen 275 millones de niños que sufren maltrato en diversas formas. El hecho que un niño haya sufrido maltrato, lo predispone en un 50 % a sufrirlo nuevamente y si el maltrato no es detectado, la probabilidad de muerte es de un 10%.¹⁷

Existen varios tipos de maltrato, los cuales pueden presentarse simultáneamente en un mismo niño: maltrato físico; negligencia o abandono; abuso sexual ; Maltrato emocional.¹⁸

La esquizofrenia que inicia en las etapas de la infancia y adolescencia, sobretudo aquella que se inicia antes de los 13 años de edad, no es muy frecuente, pero sí es de gran gravedad. Los criterios diagnósticos de esta entidad son los mismos que se utilizan para el diagnóstico de esquizofrenia en la adultez, que aparecen en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). La CIE-10, define la esquizofrenia como un “trastorno en el que existe una distorsión de la percepción, el pensamiento y las emociones (embotamiento o falta de adecuación) con claridad de conciencia e intelecto conservados”. El Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM 5), considera que el diagnóstico de esquizofrenia debe incluir dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico, síntomas negativos¹³.

La esquizofrenia de inicio muy temprano es más frecuentemente en el sexo masculino. Conforme aumenta la edad, la proporción varón/mujer tiende a equipararse. Entre los factores de riesgo para esta entidad destacan: la vulnerabilidad genética. Estudios realizados revelan que el riesgo de tener esquizofrenia es mayor si algún familiar directo tiene la misma enfermedad: 9% en hermanos, 15% en hijos de padre o madre con esquizofrenia y el riesgo aumenta hasta 45% cuando ambos padres tienen la enfermedad. El riesgo es aún mayor en el caso de los gemelos idénticos (48%) y mellizos (13%). Otros factores de riesgo para la esquizofrenia son los factores congénitos y perinatales, alteraciones en el desarrollo, factores ambientales (dentro de ellos, el abuso de sustancias es considerado como un factor de alto riesgo) y factores sociales (muchas personas con esquizofrenia tienen el antecedente de haber tenido problemas para la adaptación social).¹⁹

El inicio de la esquizofrenia a edades tempranas (niñez y adolescencia), se ha correlacionado con malos resultados en el tratamiento integral a largo plazo. Se ha identificado que, en estos pacientes, las posibilidades de vivir independientemente y de tener

una fuente profesional de ingreso son muy bajas; por el contrario, existen altas posibilidades de deterioro profesional y dependencia financiera de los padres o de la ayuda pública. ²⁰

Los niños que han experimentado maltrato o trauma tienen un mayor riesgo de padecer alteraciones psicopatológicas en algún momento de su vida. No se ha establecido con claridad si existe una relación de causalidad entre el maltrato infantil y los cuadros psicóticos, puesto que hasta la fecha la evidencia no ha sido concluyente. Sin embargo, se debe tener en cuenta que una persona que durante su niñez es sometido a un gran estrés personal o familiar y sobre todo si esto perdura por un tiempo considerable, esta persona se vuelve más propenso a que en algún momento de su vida pueda tener algún episodio psicótico o llegar incluso a desarrollar esquizofrenia en la edad adulta, debido a que en la etapa de la niñez el cerebro aún no ha alcanzado la madurez, está en formación, y al estar sometido a estrés por tiempo prolongado, genera un cambio en el sistema límbico que es el responsable de integrar la información sensorial con el estado mental y emocional; y asimismo, le asigna un valor a dicha información. ²¹

7. Hipótesis

El maltrato infantil está asociado al inicio muy temprano de esquizofrenia en pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2015-2020.

8. Material y metodología

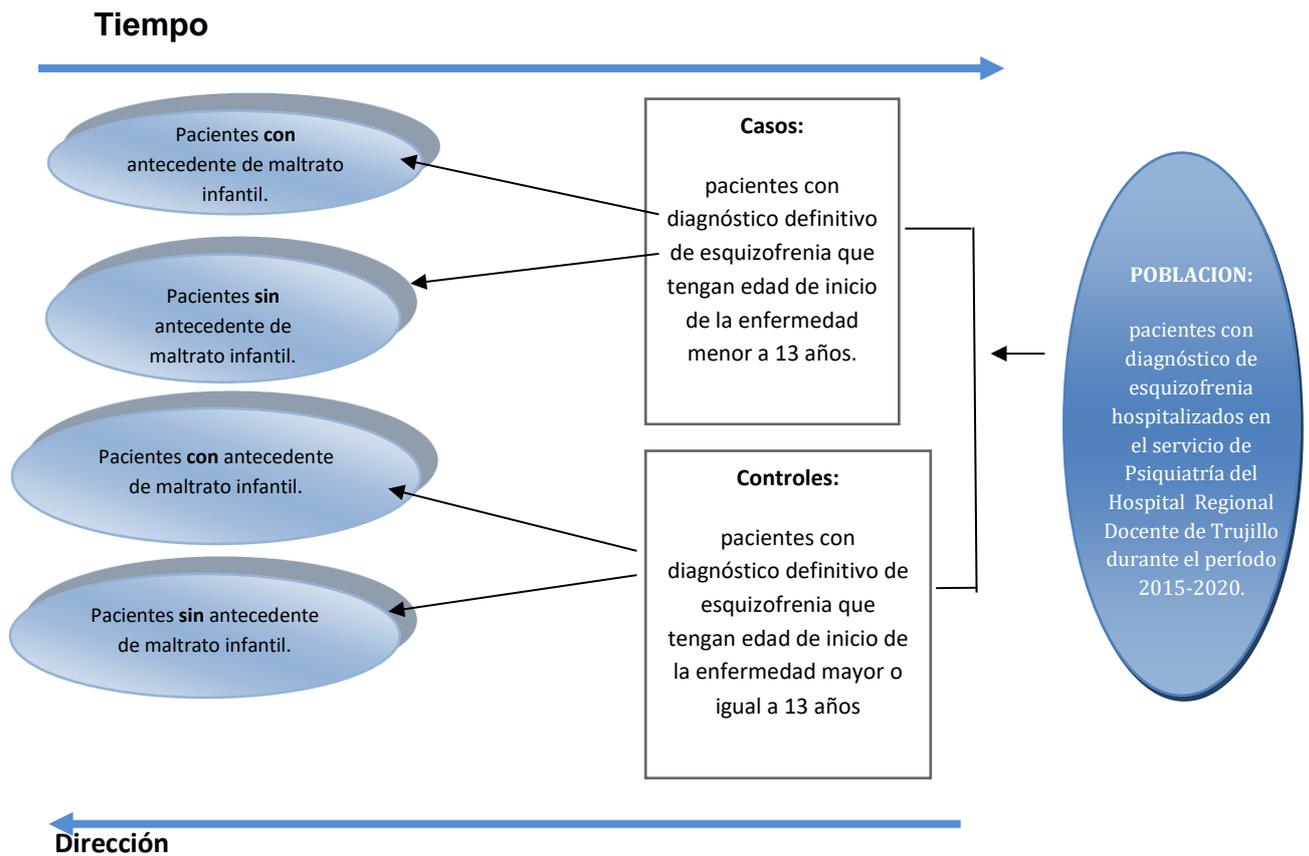
a) Diseño de estudio

Tipo de investigación

Análítico, observacional, longitudinal, retrospectivo.

Diseño de investigación

Casos y controles



CUADRO DE CASOS Y CONTROLES.

		INICIO MUY TEMPRANO DE ESQUIZOFRENIA	
		SI	NO
MALTRATO INFANTIL	SI		
	NO		

b) Población, muestra y muestreo

Universo

El Universo está constituido por todos los pacientes hospitalizados en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2015-2020.

Población

La población está constituida por todos los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, hospitalizados en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2015-2020 que cumplan con los criterios de selección.

Unidad de Análisis

Se tomarán datos de las historias clínicas de todos los pacientes que cumplan con los criterios de caso que fueron hospitalizados en el período 2015-2020 en el servicio de hospitalización de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Unidad de muestreo

Historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, que fueron hospitalizados en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2015-2020

Muestra

Se considerará un tamaño muestral censal en donde se incluirán a todos los pacientes consignados durante el periodo de estudio correspondiente.

Selección de los casos

Se considerará como caso a los pacientes con diagnóstico definitivo de esquizofrenia hospitalizados en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2015-2020, que tengan edad de inicio de la enfermedad menor a 13 años.

Selección de los controles

Se considerará como control a los pacientes con diagnóstico definitivo de esquizofrenia hospitalizados en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el

período 2015-2020, que tengan edad de inicio de la enfermedad mayor o igual a 13 años.

Criterios de selección de la muestra

- **Criterios de Inclusión**

Pacientes hospitalizados con diagnóstico definitivo de esquizofrenia en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2015-2020.

- **Criterios de Exclusión**

Pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2015-2020, en cuyas historias clínicas no se encuentre registro de todos los datos necesarios para el presente estudio.

c) Definición operacional de variables

Identificación de Variables

- Variable independiente: Maltrato infantil.
- Variable dependiente: Inicio muy temprano de esquizofrenia.
- Variables intervinientes: edad, sexo, grado de instrucción, lugar de residencia, antecedentes familiares de esquizofrenia, consumo de alcohol y otras drogas.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	INDICE	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Maltrato infantil	Toda acción, omisión o trato negligente, que se cometa con intención y que prive al niño de sus derechos y bienestar, o que constituya una amenaza para su desarrollo físico, psíquico y/o social ¹¹ .	Físico	Daño físico.	Si / No	Nominal.	Cualitativa
		Negligencia o abandono	Omisión de acciones necesarias para cubrir las necesidades básicas del niño. (alimentación, higiene, educación, etc).	Si / No		

		Abuso sexual	Se consideran las siguientes conductas: Tocamientos indebidos, violación sexual con penetración, inducir al niño a la prostitución o al exhibicionismo. También se incluye al voyeurismo,	Si / No		
		Maltrato emocional	El maltrato puede darse de forma activa o de forma pasiva. También se considera como maltrato emocional el inducir al niño a tener conductas antisociales.	Si / No		

Inicio muy temprano de esquizofrenia	Aquella que se inicia en la infancia, antes de los 13 años de esas y los síntomas presentes cumplen los criterios diagnósticos de esquizofrenia.	Síntomas de esquizofrenia presentes antes de los 13 años de edad	Edad de inicio de esquizofrenia < 13 años	Si /No	Nominal	Cualitativa
		Síntomas de esquizofrenia aparecen a los 13 años de edad o después.	Edad de inicio de esquizofrenia > o = 13 años	Si /No		
Grado de instrucción	Grado académico obtenido por el paciente registrado en la historia clínica.	Analfabeto	No acudió a la escuela o no sabe leer ni escribir.	Si /No	Nominal	Cualitativa
		Primaria	Estudió sólo hasta el nivel primario.	Si /No		
		Secundaria	Estudió sólo hasta el nivel secundario.	Si /No		
		Superior	Estudió y culminó estudios superiores en universidad o instituto.	Si /No		

Lugar de residencia	Lugar donde vive el paciente.	Zona Urbana	Vive en centros poblados / capitales de distrito.	Si /No	Nominal	Cualitativa
		Zona Rural	Vive en asentamientos pequeños y dispersos como alejados de los distritos.	Si /No		
Antecedentes familiares de esquizofrenia	Presenta algún grado de consanguinidad con persona que tenga diagnóstico de esquizofrenia.	Primer grado de consanguinidad	Padres o hijos con diagnóstico de esquizofrenia.	Si /No	Nominal	Cualitativa
		Segundo grado de consanguinidad	Hermanos, nietos o abuelos con diagnóstico de esquizofrenia.	Si /No		
		Tercer grado de consanguinidad	Tíos o sobrinos con diagnóstico de esquizofrenia.			
	Paciente con diagnóstico de esquizofrenia que tiene	Alcohol	Consumo de alcohol.	Si /No	Nominal	Cualitativa
		Tabaco	Consumo de Tabaco	Si /No		

Consumo de alcohol y otras drogas.	historia de consumo de alcohol y otras drogas.	Otras Sustancias Psicoactivas	Consumo de marihuana, cocaína, metaanfetaminas, éxtasis y otras sustancias ilícitas.	Si /No		
---	--	-------------------------------	--	--------	--	--

d) Procedimientos y técnicas

1° Se realizará el trámite en la Unidad de Segunda Especialización hasta lograr la aprobación del proyecto, luego de ello se realizará la solicitud para poder ejecutar del proyecto en la sede hospitalaria correspondiente.

2. Se revisará el libro de registro de pacientes de hospitalización del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, de donde se obtendrán los datos de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Nombre, fecha de hospitalización y número de la historia clínica) y se procederá a solicitar las historias o expedientes clínicos de dichos pacientes en la oficina de archivo del Hospital.

3° Se utilizará una ficha de recolección de datos en la cual se consignarán las variables requeridas para el desarrollo del presente trabajo. (Anexo 01).

e) Plan de análisis de datos

Procesamiento y análisis de la información

Los datos consignados en las fichas de recolección de datos se procesarán haciendo uso del programa estadístico SPSS.

Presentación de resultados:

Para la presentación de resultados, se hará uso de tablas de doble entrada y gráficos de relevancia.

Análisis estadístico

Se obtendrán las medidas de asociación o efecto que cuantifican la presencia y la magnitud de la asociación entre el maltrato infantil y la esquizofrenia de inicio muy temprano por medio de la prueba

estadística chi cuadrado, se considerará significativo cuando el valor de p sea inferior a 5%. Se realizará el análisis multivariado con regresión logística para el análisis de las variables intervinientes.

Estadígrafo propio del estudio: Se realizará la determinación del odds ratio para precisar el riesgo que impone al maltrato infantil respecto a la esquizofrenia de inicio temprano. Se calcularán los intervalos de confianza al 95%.

f) Aspectos éticos

La presente investigación contará con la autorización del comité de investigación y ética del Hospital Regional Docente de Trujillo y la Universidad Privada Antenor Orrego. Debido a que es un estudio de casos y controles en donde únicamente se recogerán datos de las historias clínicas de los pacientes, se tomará en cuenta la declaración de Helsinski II (Numerales 11, 12, 14, 15, 22 y 23)²² y la ley general de Salud (D.S. 017-2006-SA Y D.S. 006-2007-SA).²³

9.Cronograma de trabajo

	ETAPAS	05/21	06/21	07/21	08/21	09/21	10/21	11/21	12/21
1	Elaboración del proyecto	x	x						
2	Revisión bibliográfica	x	x						
3	Presentación del proyecto			x					
4	Reajuste y validación de instrumentos				x	x			
5	Trabajo de campo y captación de información						x		
6	Procesamiento de datos						x	x	
7	Análisis e interpretación de datos						x	x	
8	Elaboración del informe							x	
9	Presentación del informe							x	
10	Sustentación								x

9. Presupuesto detallado

Recursos disponibles

a) Recursos humanos:

- Investigador
- Asesor

b) Infraestructura

- Instalaciones del Hospital Regional Docente de Trujillo

c) Implementación

- Historias clínicas
- Material de escritorio
- Material de impresión

d) Servicios

- Movilidad

- Servicios de impresión
- Servicios informáticos
- Encuadernación

Presupuesto

Recurso	Cantidad	Precio unitario (S/)	Precio total (S/)
Bienes – Material de escritorio			
Hojas Bond A4	1 millar	24.00	24.00
Fólder	10 unidades	1.00	10.00
Lapicero	1 caja	20.00	20.00
Lápiz	6 unidades	0.50	3.00
Borrador	3 unidades	1.00	3.00
Regla	2 unidades	1.00	2.00
Resaltador	4 unidades	4.50	18.00
Corrector	3 unidades	5.00	15.00
USB	1 unidad	25.00	25.00
Servicios			
Fotocopias	300	0.10	30.00
Servicio de Internet	-	-	200.00
Servicio de impresión	-	-	300.00
Movilidad	-	-	150.00
Encuadernación	-	-	50.00
Total			850.00

El estudio será financiado por el autor del presente proyecto de investigación.

10. Bibliografía

- 1.-Varese L, Wang L. Early-Onset Schizophrenia: A Special Phenotype of the Disease Characterized by Increased MTHFR Polymorphisms and Aggravating Symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2021;17: 2511–2525.
- 2.-Takiguchi K, Uezato A, Itasaka M, et al. Association of schizophrenia onset age and white matter integrity with treatment effect of D-cycloserine: a randomized placebo-controlled double-blind crossover study. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):249.
- 3.-Assink M. Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 2019; 145: 459–489
- 4.- Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, Bentall RP. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*. 2012; 38(4):661–71.
- 5.-DeRosse P, Nitzburg GC, Kompancaril B et al. The relation between childhood maltreatment and psychosis in patients with schizophrenia and non-psychiatric controls. *Schizophr Res* 2014;155:66-71.
- 6.-Mansueto G, Faravelli C. Recent life events and psychosis: The role of childhood adversities. *Psychiatry Res*. 2017;256:111–7.
- 7.-Mørkved N, Winje D, Dovran A, Arefjord K, Johnsen E, Kroken RA, et al. Childhood trauma in schizophrenia spectrum disorders as compared to substance abuse disorders. *Psychiatry Res*. 2018;261:481–7.
- 8.-Haahr UH, Larsen TK, Simonsen E, Rund BR, Joa I, Rossberg JI, et al. Relation between premorbid adjustment, duration of untreated psychosis and close interpersonal trauma in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2018;12(3):316–23

9.-O' Connor K, Nelson B, Cannon M, Yung A, Thompson A. Perceptual abnormalities in an ultra-high risk for psychosis population relationship to trauma and co-morbid disorder. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(2):231–40.

10.-Schalinski I, Breinlinger S, Hirt V, Teicher MH, Odenwald M, Rockstroh B. Environmental adversities and psychotic symptoms: The impact of timing of trauma, abuse, and neglect. *Schizophr Res*. 2019;205:4–9.

11.-Pan PM, Gadelha A, Argolo FC, Hoffmann MS, Arcadepani FB, Miguel EC, et al. Childhood trauma and adolescent psychotic experiences in a community-based cohort: The potential role of positive attributes as a protective factor. *Schizophr Res*. 2019;205:23–29

12.-Loewy, R. L., Corey, S., Amirfathi, F., Dabit, S., Fulford, D., Pearson, R., Vinogradov, S. (2019). Childhood trauma and clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 205, 10–14.

13.-Peh OH, Rapisarda A, Lee J. Childhood adversities in people at ultra-high risk (UHR) for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(7):1089–101.

14.-Stowkowy J, Goldstein BI, MacQueen G, Wang J, Kennedy SH, Bray S, et al. Trauma in youth at-risk for serious mental illness. *J Nerv Ment Dis*. 2020;208(1):70–76.

15.-Tang W, Xu D, Yang Y, Xu J. Psychotic-like experiences in Chinese children and adolescents: The effect of earthquake exposure, maltreatment and negative life events. *Early Interv Psychiatry*. 2021;15(3):536–46.

16.-OMS | Maltrato de menores. 2015 [citado 28 Abril 2021]; Disponible en: https://www.who.int/topics/child_abuse/es/

17.-Palacios-López C, Durán-McKinster C, Orozco-Covarrubias L, Ocariz MS-D, Ruiz-Maldonado R. Maltrato infantil en México. Dermatol Rev Mex. 2016;60(4):326–33.

18.-Tovar Domínguez AG, Almeraya Quintero SX, Guajardo Hernández LG, Borja Bravo M. El maltrato infantil desde la voz de la niñez. Rev Mex De Cienc Agric. 2016;7(1):195–207

19.-Hidalgo Vicario M, Rodríguez Hernández P. I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia; 2018 [revisión 2018; consultado 28 Abril 2021]. Disponible en: <https://www.cursopsiquiatriasema.com/>

20.-Martín Gutiérrez R, Payá González B. Las psicosis de inicio temprano: una revisión. Rev psiquiatr infanto-juv. 2016;33(4):458–68

21.-Enriquez-Sánchez H, Ochoa-Madrigal MG. Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex. 2019;62(4):9–23

22.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 2013.

23.-Ley general de Salud. N° 26842. Concordancias: D.S. N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2013.

11. Anexos

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: _____

FECHA: _____

N° HISTORIA CLÍNICA: _____

SEXO DEL PACIENTE: Masculino Femenino

EDAD DEL PACIENTE: _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Analfabeto Primaria Secundaria Superior

LUGAR DE RESIDENCIA:

Zona Urbana Zona Rural

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ESQUIZOFRENIA:

Si ¿Qué familiar? _____

No

CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS:

Si ¿Qué consume? Alcohol Tabaco Otras SPA

No

EDAD DE INICIO DE ESQUIZOFRENIA: _____

INICIO TEMPRANO DE ESQUIZOFRENIA: Si No

ANTECEDENTE DE MALTRATO INFANTIL:

SI NO

TIPO DE MALTRATO:

- Maltrato físico**
- Negligencia o abandono**
- Abuso sexual**
- Maltrato emocional**