

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
“FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE INSOMNIO EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL GENERAL”

AUTORA: RICCY ALESSANDRA MAGUIÑA MEJÍA

ASESORA: DRA. ERICKA DÍAZ LEÓN

TRUJILLO – PERÚ

2020

MIEMBROS DEL JURADO

.....
Dr. Dante Cabos Yopez
PRESIDENTE

.....
Dr. Joel Espinola Lozano
SECRETARIO

.....
Dra. Luz Jara Pereda
VOCAL

DEDICATORIA

Para mi bruja

y

Para pajarito, que decidió volar más alto.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque me das fuerza, y porque contigo todo es posible.

A mis padres, Riccy Ruby y Omar, por la interminable e indescriptible lista de sacrificios que han hecho por y para mi, que la vida me dé la oportunidad de retribuirselos.

A ti, mi bruja, mi mayor ejemplo de fuerza y perseverancia. Porque pensar en ti era suficiente para seguir avanzando.

A mi abuelo Víctor, a quien nunca conocí, pero su historia de superación fue siempre guía.

A Ernesto, por ayudarme siempre que lo necesito, por impulsarme a seguir, por acompañarme en la vida.

A Cleo, quien siempre estuvo dispuesta a mover su cola sin importar que hora de la madrugada sea, animándome. Mi preciosa enorme bola de pelos.

A cada miembro de mi familia que me apoya.

A Marcela, Mi tía Cecilia y mi tío Lucas, gracias por todo.

A mi asesora, por su tiempo, su ayuda y su paciencia.

INDICE

Resumen.....	6
Abstract.....	7
I. Introducción.....	8
II. Material y Método.....	18
III. Resultados.....	29
IV. Discusión.....	35
V. Conclusiones.....	42
VI. Recomendaciones.....	43
VII. Referencias Bibliográficas.....	44
Anexos.....	51

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los pacientes esquizofrénicos muestran tasas alarmantes de insomnio y aunque raramente es el principal problema de salud, el insomnio y otras anomalías del sueño son un síntoma común, teniendo un gran efecto negativo en su calidad de vida, así como mayores síntomas positivos.

OBJETIVO: Evidenciar si la mala higiene del sueño, el consumo actual de tabaco, el consumo de alcohol, y la depresión son factores de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, de casos y controles. Se estudiaron 108 pacientes de un hospital general de Trujillo. Se aplicó a los pacientes un formulario elaborado y se revisó los datos necesarios de las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la consulta externa de psiquiatría de un hospital general en el periodo de Agosto 2019 a Enero del 2020.

RESULTADOS: La mala higiene del sueño presentó una relación significativa con el insomnio ($p = 0,00$) con un OR de 20,8. La depresión presentó una relación significativa con el insomnio ($p = 0,00$) con un OR de 25,3. El tabaco no presentó una relación significativa ($p = 0,4$) con un OR de 2,0.

CONCLUSIONES: La mala higiene del sueño y la depresión son factores de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos. El consumo actual de tabaco no es un factor de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos.

Palabras clave: Insomnio, Esquizofrenia, Mala higiene del sueño, Depresión, Fumador.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Patients with schizophrenia show alarmingly elevated rates of insomnia, although it is rarely the primary health problem insomnia and other sleep abnormalities are frequent in this group of patients. Insomnia has a considerably negative effect in their quality of life, and it increases the prevalence of positive symptoms.

PURPOSE: To determine if bad sleep hygiene, current tobacco smoking status, alcohol consumption and depression are a risk factor for the development of insomnia in patients with schizophrenia in a general hospital.

DESIGN AND METHODS: An observational study, case-control design. A total of 108 patients with schizophrenia were studied in a general hospital from Trujillo, from August 2019 until January 2020. An elaborated form was applied, and some data were obtained from their medical charts in an outpatient setting of a general hospital.

FINDINGS: Bad sleep hygiene was significantly associated with insomnia ($p = 0,00$) OR: 20,8. Depression was significantly associated with insomnia ($p = 0, 00$) OR: 25,3. Current smoking was not significantly related with insomnia ($p = 0,4$) OR: 2,0.

CONCLUSIONS: Bad sleep hygiene and depression are risk factors for insomnia in patients with schizophrenia. Current smoking is not a risk factor for insomnia in patients with schizophrenia.

KEYWORDS: Insomnia, Schizophrenia, Bad sleep hygiene, Depression, Smoking.

I. INTRODUCCIÓN

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su última edición (DSM-5) define al insomnio como una condición en la cual existe insatisfacción, reportada por el paciente, con respecto a la calidad o cantidad de sueño, y puede manifestarse con dificultad para iniciar o mantener el sueño, o el despertar a horas muy tempranas y ser incapaz de volver a conciliar el sueño (1). Estas dificultades ocurren a pesar de tener la adecuada oportunidad para dormir, y están asociadas a distrés clínicamente significativo o a un deterioro en la vida diaria durante las mañanas, presentando fatiga, disminución de la energía, cambios de humor así como una reducción en las funciones cognitivas. Las funciones cognitivas más afectadas son la atención, la concentración y la memoria (2).

Los pacientes esquizofrénicos muestran tasas alarmantes de insomnio y aunque raramente es el principal problema de salud, el insomnio y otras anormalidades del sueño son un síntoma común, reportado entre un 30% y 80% en los pacientes esquizofrénicos. El amplio rango de prevalencia es debido a diversos factores como el estadio clínico de la enfermedad mostrando mayor prevalencia los pacientes con esquizofrenia aguda, otro factor es la severidad de la sintomatología psicótica, la edad, el género y si el paciente está bien medicado o no (3,4).

El sueño tiene un rol importante para el cerebro, el sistema inmune, el metabolismo y el sistema cardiovascular. La disrupción del sueño y del ritmo circadiano en pacientes esquizofrénicos ha sido descrita como una característica distintiva de este desorden, teniendo un amplio rango de fenotipos; siendo así la alteración del ciclo sueño - vigilia uno de los problemas más comunes y altamente perjudiciales (5–7). La disrupción en el ciclo circadiano, la dificultad para iniciar y mantener el sueño en los pacientes con esquizofrenia puede estar relacionado a una presunta hiperactividad del sistema dopaminérgico y una disfunción del sistema GABAérgico ambos asociados con aspectos fundamentales de la esquizofrenia y con la señalización en las regiones cerebrales que promueven el sueño y la vigilia. La mayoría de estudios indican que el sueño No REM está disminuido así como la latencia del inicio del sueño REM, mientras que la duración del sueño REM se encuentra conservada (8). Existen otros factores que contribuyen al insomnio en estos pacientes, como la falta de actividad diurna y de una rutina, y la intrusión de pensamientos no deseados o alucinaciones al intentar dormir (9).

La relación entre el insomnio y la esquizofrenia es considerada como bidireccional: la esquizofrenia exacerba las alteraciones del sueño y el insomnio puede a su vez empeorar los síntomas de la esquizofrenia (7). El trastorno de sueño más prevalente en pacientes psicóticos es el insomnio, en la esquizofrenia una regulación anormal del ciclo circadiano y del sueño tienen un gran efecto negativo en la calidad de vida del

paciente, causando mayores síntomas positivos como paranoias más severas; también aumenta la ansiedad, la depresión, la preocupación, las creencias negativas de sí mismos lo que puede causar un aumento de las alucinaciones, de modo que al mejorar el sueño disminuiría el insomnio, y con ello los efectos negativos mencionados, por lo que tratar el insomnio tendría un papel importante tanto en la prevención como en el tratamiento de la psicosis. Otros efectos negativos son las alteraciones en las medidas inmunológicas periféricas, el daño en las funciones cognitivas, la obesidad y la enfermedad cardiovascular, siendo estas dos últimas prevalentes en pacientes esquizofrénicos (6,10–12). Dentro de la población de pacientes con desordenes del espectro esquizofrénico, aquellos que presentan insomnio y trastorno de pesadillas tienen un riesgo incrementado de intento de suicidio no solo en general a lo largo de sus vidas sino también durante un periodo de seguimiento de 8 años comparados con aquellos pacientes sin trastornos del sueño (13).

Los problemas del sueño pueden surgir durante cualquier estadio de la enfermedad incluyendo el pródromo, la recurrencia aguda, y hasta en periodos de remisión. Sin embargo, el insomnio es una señal de la fase prodrómica de la psicosis, siendo incluso uno de los síntomas clínicos más tempranos que anuncia el comienzo de la psicosis, siendo un factor de riesgo importante para una recaída psicótica. Las anomalías del sueño podrían jugar un rol importante al identificar pacientes de riesgo, por ejemplo aquellos en fase prodrómica (14,15).

A pesar de que muchos pacientes con esquizofrenia reporten mejor y más largo sueño consumiendo antipsicóticos, no es raro que continúen reportando insomnio, las tasas de insomnio residual en pacientes esquizofrénicos tratados con antipsicóticos varían desde 16% hasta 30% y puede ser atribuido a una hiperexcitación subtratada o a desórdenes del movimiento relacionados al sueño. (14,16).

Los pacientes con esquizofrenia tienen ciertos vacíos de conocimiento sobre los factores que promueven un sueño adecuado. En un estudio, por ejemplo, se encontró que muchos pacientes psiquiátricos desconocían que el cigarro, el ejercicio antes de ir a dormir, y las rutinas irregulares de sueño podrían contribuir a una mala calidad de sueño. Sin embargo, tenían conocimiento de otros factores como el consumo de bebidas cafeinadas, drogas, estrés entre otros, esto sugiere que buscan información en otras fuentes o personas, quedando con una educación incompleta sobre las prácticas de sueño adecuadas. También se estudió las creencias que tenía cada paciente sobre la causa de sus problemas para dormir, y se encontró que la mayoría de pacientes cree que esta está más relacionadas a la enfermedad per se, y no a comportamientos o a estilos de vida que llevan, demostrando que los pacientes desconocen de la gran influencia que tienen estos en la calidad del sueño. Conocer estos datos son de importancia ya que los factores más modificables son, justamente, los comportamientos y estilos de vida. Es por ello que la educación sobre el sueño, y las estrategias para manejar el insomnio serían de gran beneficio; las creencias y actitudes de cada paciente también merecen atención al evaluar y tratar pacientes con psicosis (17–19),

así como incrementar la concientización para mejorar el manejo de los trastornos del sueño en los pacientes con esquizofrenia, lo cual mejoraría de manera significativa su calidad de vida (9).

Comprender los problemas del sueño a partir de las propias palabras de los pacientes con enfermedad psicótica es vital para tener un mejor entendimiento de los asuntos específicos a este grupo de personas, pues estudios han reportado una incompatibilidad entre los pacientes y los prestadores de servicio de salud con respecto a cuál síntoma desearían preferentemente que sea tratado, y sus opciones de preferencia para el tratamiento. Además, estudios demuestran que con terapia cognitivo conductual y terapia del sueño existe una reducción significativa del insomnio y que los pacientes con esquizofrenia tienen preferencia por técnicas psicológicas para aliviar los problemas de sueño en relación a un enfoque farmacológico, por lo que es necesario conocer bien qué contenidos se van a tratar. Sin embargo, la información es escasa con respecto a los factores psicológicos y cognitivos que contribuyen a los problemas de sueño en los pacientes esquizofrénicos (17,20).

En el estudio publicado en 2008 por Xiang et al, se estudió un total de 5 926 personas de las áreas urbanas y rurales de Beijing para estudiar el insomnio y sus asociaciones, incluyendo los trastornos psiquiátricos. Dentro de ellos mostraron asociación la esquizofrenia (OR = 4,8; IC 95% 2,1 - 11,0), episodio depresivo mayor (OR = 19,7; IC 15,2 - 25,5), entre otros. Asimismo encontraron, que en los pacientes que tenían dos

trastornos psiquiátricos la relación con el insomnio era mucho mayor que en aquellos con un solo trastorno psiquiátrico (OR 17; IC 95% 12 - 24,2 vs OR 4,5; IC 3,8 - 5,9 respectivamente), teniendo todos los valores significancia estadística $p = 0,05$ (21).

En su estudio de 2009 Xiang et al evaluaron el insomnio y su impacto en la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos. El estudio se realizó en Hong Kong con 255 pacientes esquizofrénicos con sus respectivas contrapartes. Dentro de los factores asociados con una mala calidad de sueño estuvieron el uso de hipnóticos (OR = 4,67; $p < 0,001$; IC 95% 2,76 - 7,90), la presencia de síntomas depresivos (OR = 1,56; $p < 0,001$; IC 95% 1,42 - 1,69) y la edad (OR = 1,04; $p = 0,007$; IC 95% 1,01 - 1,07). Dentro de las características demográficas de la población de estudio se tomó en cuenta el estado civil ($p = 0,1$), el consumo de antipsicóticos típicos ($p = 0,09$) y atípicos ($p = 0,01$) y benzodiacepinas ($p < 0,001$) (22).

Ma et al estudiaron en el 2015 a 104 individuos con esquizofrenia en su primer episodio en un centro de salud mental de Ningxia, China. Dentro de las características demográficas se observó que de los pacientes con alteraciones del sueño 67% era casado, mientras de los pacientes sin alteraciones del sueño 59% era casado ($p 0,48$). Dentro de los factores asociados estuvieron el vivir con otros (OR 6,20; $p = 0,018$; IC 95% 1,35 - 28,34) y la ansiedad, medida con el test de Hamilton (OR = 1,09; $p = 0,005$; IC 95% 1,03 - 1,17) (23).

Hou et al en su artículo publicado en el 2017, estudiaron el insomnio en 623 pacientes con esquizofrenia en 22 centros de servicio primario en China. Dentro de este estudio, se consideraron diversos factores. El consumo actual de tabaco estuvo relacionado con dificultad para iniciar el sueño (OR = 1,1; p = 0,56; IC 95% 0,6 - 2,1), con dificultad para mantener el sueño (OR = 1,4; p = 0,19; IC 95% 0,8 - 2,7) y con despertar muy temprano (OR = 1,3; p = 0,3; IC 95% 0,7 - 2,4). La depresión, evaluada por la escala de Montgomery - Asberg, estuvo relacionada a dificultad para iniciar el sueño (OR = 1,08; p < 0,001; IC 95% 1,05 - 1,1), dificultad para mantener el sueño (OR = 1,08; p < 0,001; IC 95% 1,05 - 1,1) y con despertar muy temprano (OR = 1,08; P < 0,001; IC 95% 1,05 - 1,11). Dentro de las características demográficas estudiadas estuvieron las comorbilidades médicas (p = 0,06), el consumo de alcohol, el consumo de antipsicóticos de primera generación (p = 0,46), segunda generación (p = 0,02) y benzodiacepinas (p = 0,03), la historia familiar de trastornos psiquiátricos, si contaban con un trabajo, entre otros (24).

En el 2017, Subramaniam et al, estudiaron el insomnio en pacientes con primer episodio de psicosis en una institución psiquiátrica en Singapur. De igual manera se estudiaron múltiples factores asociados al insomnio como el consumo perjudicial de alcohol, medido por el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (OR = 5,03; p = 0,003; IC 95% 1,76 - 14,41), el consumo actual de tabaco (OR = 3,50; p = 0,015; IC 95% 1,27 - 9,64). Este estudio tomó en cuenta otras variables como la religión, Islam (OR = 1,63; p = 0,7; IC 95% 0,10 - 25,47), Budismo (OR = 0,79;

$p = 0,68$; IC 95% 0,25 - 2,52), entre otras. Los pacientes que estuvieron alguna vez casados mostraron un OR de 2,68 ($p = 0,12$; IC 95% 0,76 - 9,45) (25).

En el 2018 Talih et al, estudiaron el insomnio en los pacientes psiquiátricos hospitalizados en la unidad psiquiátrica del centro médico de la universidad americana de Beirut, Líbano. De todos los pacientes estudiados 12,8% tuvieron como diagnóstico trastornos psicóticos incluyendo a la esquizofrenia y al trastorno esquizoafectivo. Dentro de los pacientes con insomnio 9,48% eran pacientes psicóticos, mientras de los pacientes sin insomnio 19,69% eran pacientes psicóticos. No se encontró asociación significativa entre la presencia de insomnio y el uso de antipsicóticos ($p = 0,50$). Sí se encontró asociación entre la presencia del consumo benzodiazepinas y el insomnio ($p = 0,02$). La severidad de la sintomatología depresiva y de ansiedad estuvo asociada a mayor severidad de insomnio ($p = 0,00$). Asimismo, en general en los pacientes psiquiátricos se encontró que el insomnio estaba asociado a ideación suicida ($p = 0,03$) (26).

La presente investigación tiene relevancia social pues la prevalencia del insomnio es elevada en los pacientes esquizofrénicos y está relacionado a recaídas psicóticas y a una mala calidad de vida. Por otro lado, tiene implicaciones prácticas. La identificación de los factores de riesgo más influyentes permitirá la identificación precoz del insomnio y por ende la fase prodrómica de psicosis. Finalmente, la investigación tiene valor teórico pues, después de una búsqueda en bibliotecas virtuales no se ha encontrado

estudios en el país, mucho menos en nuestra ciudad, Trujillo, sobre el insomnio en pacientes esquizofrénicos, ni más específicamente sobre los factores asociados al insomnio en ésta población. Los resultados podrán dar a conocer cuáles son, efectivamente, los que más se relacionan en nuestra realidad. De la misma manera, podrán dar paso a la realización de más investigaciones a nivel regional y/o nacional para poder generalizar los resultados a principios más amplios.

Enunciado del problema:

¿Son la Mala higiene del sueño, el consumo actual de tabaco, el consumo de alcohol y la depresión factores de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general?

Objetivos:

General:

- Evidenciar si la Mala higiene del sueño, el consumo actual de tabaco, el consumo de alcohol, y la depresión son factores de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general

Objetivos específicos

- Determinar si la mala higiene del sueño es un factor de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general

- Determinar si el consumo actual de tabaco es un factor de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general
- Determinar si el consumo de alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general
- Determinar si la depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general
- Realizar un análisis multivariado para determinar la influencia de la mala higiene del sueño, el consumo actual de tabaco, el consumo perjudicial de alcohol y la depresión en el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general

Hipótesis

H0: La mala higiene del sueño, el consumo actual de tabaco, el consumo de alcohol, y la depresión no son factores de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general.

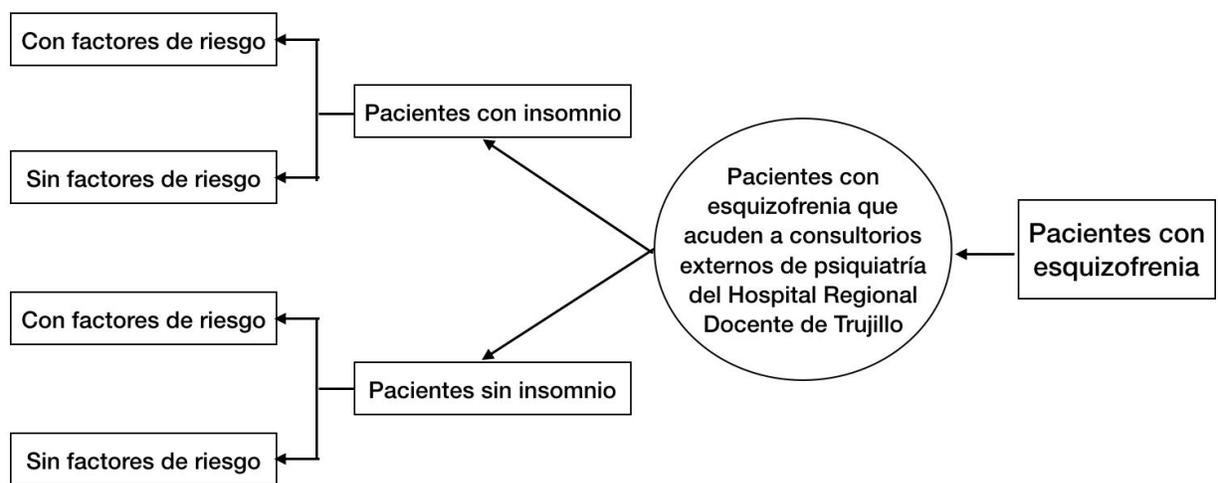
H1: La mala higiene del sueño, el consumo actual de tabaco, el consumo de alcohol, y la depresión son factores de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Tipo de estudio: Este estudio corresponde a un diseño observacional, retrospectivo.

Diseño específico: casos y controles



Población, muestra y muestreo:

Población diana o universo: Pacientes con esquizofrenia

Población de estudio: Pacientes con esquizofrenia que acuden a consultorios externos de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo entre Agosto del 2019 y Enero del 2020.

Casos: Pacientes esquizofrénicos con insomnio

Controles: Pacientes esquizofrénicos sin insomnio

Criterios de inclusión para casos:

- Pacientes con insomnio
- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia según CIE-10
- Edad mayor o igual a 18 años
- Datos completos en Historia clínica
- Pacientes que acepten realizar la encuesta

Criterios de inclusión para controles:

Pacientes sin insomnio

- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia según CIE-10
- Edad mayor o igual a 18 años
- Datos completos en Historia clínica
- Pacientes que acepten realizar la encuesta

Criterios de exclusión:

- Pacientes con retraso mental
- Pacientes con demencia
- Pacientes con psicosis activa que acudan solos a la consulta o su acompañante desconozca la información solicitada

Muestra y muestreo:

Unidad de análisis y muestreo: Paciente con esquizofrenia que tenga insomnio y que acude a consultorios externos de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo entre Enero 2019 y Marzo del 2019.

Tipo de muestreo: Muestreo por conveniencia. No probabilístico.

Tamaño de muestra: se obtendrá por medio de la fórmula para el cálculo de muestra de casos y controles:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

$$p = p_1 + p_2 / 2$$

p1= frecuencia de la exposición entre los casos

p2= frecuencia de la exposición entre los controles

$$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$$

$$Z_{1-\beta} = 0,84$$

$$p_1 = 0,397$$

$$p_1 = \frac{wp_2}{(1 - p_2) + wp_2}$$

w = 3,50 (antecedente odds ratio del estudio de Subramanian)

p2 = 0,15832

n = 54

54 casos y 54 controles

total = 108

Definiciones operacionales de las variables:

VARIABLE		TIPO	ESCALA	INDICADOR	ÍNDICE
Variable independiente: factores asociados	Mala higiene del sueño	Cualitativa	Nominal	Índice de higiene del sueño (IHS)	Sí: > 26 No: ≤ 26
	Consumo actual de tabaco	Cualitativa	Nominal	Serie de preguntas básicas de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Adultos (GATS)	Sí: fumador actual No: no fumador actual
	Consumo de alcohol	Cualitativa	Nominal	Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol	Sí: ≥ 8 No: < 8

	Depresión	Cualitativa	Nominal	Escala de Calgary para depresión en esquizofrenia	Sí: ≥ 7 No: < 7
Variable dependiente:	Insomnio	Cualitativa	Nominal	Índice de Gravedad del insomnio	Sí: ≥ 8 No: < 8
CO-VARIABLES					
Sexo		Cualitativa	Nominal	Encuesta	Femenino Masculino
Edad		Cuantitativa	De razón	Encuesta	En años
Uso de antipsicóticos		Cualitativa	Nominal	Revisión de historia clínica y reporte del paciente	Sí No

Uso de benzodiazepinas	Cualitativa	Nominal	Revisión de historia clínica y reporte del paciente	Sí No
Casado(a)/conviviente	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Sí No
Comorbilidades médicas crónicas: asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, hipertensión, artritis, insuficiencia cardíaca, infección por HIV	Cualitativa	Nominal	Revisión de historia clínica y reporte del paciente	Sí No

Definiciones operacionales

Mala higiene del sueño: Índice de higiene del sueño mayor a 26 (27).

Insomnio: puntuación mayor o igual a 8 en el Índice de Gravedad del Insomnio (28).

Consumo de alcohol: Consumo perjudicial de alcohol determinado por una puntuación mayor o igual a 8 en el Cuestionario de la Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) (29).

Consumo de tabaco: Las opciones frente a la pregunta “¿Fuma usted tabaco diariamente, algunos días o no fuma en absoluto?” serán: diariamente, algunos días, no fuma, no sabe. Los pacientes que seleccionen diariamente y algunos días serán considerados como consumo de tabaco (30).

Depresión: puntaje igual o mayor a 7 en la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia (31,32)

Edad: Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.

Sexo: Condición orgánica masculina o femenina.

Uso de antipsicóticos: Consumo actual de medicamentos antipsicóticos con prescripción en historia clínica.

Uso de benzodiazepinas: Consumo actual de medicamentos benzodiazepínicos con prescripción en historia clínica.

Casado(a): persona que ha contraído matrimonio/ **conviviente:** Pareja que comparte domicilio en común por más de 2 años.

Comorbilidades médicas: Presencia de asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica, o diabetes, o hipertensión, o artritis, o insuficiencia cardíaca, o infección por HIV, diagnosticadas por un médico, que está presente junto a la enfermedad psiquiátrica.

Procedimientos y Técnicas

1. Se solicitó el permiso al director del Hospital Regional Docente de Trujillo (ANEXO 1)
2. Se coordinó con el servicio de consulta externa de psiquiatría para obtener la lista de pacientes, así como el horario para conocer la disponibilidad de las diferentes áreas del servicio en las cuales se realizó las encuestas y la entrevista para contar con un espacio adecuado.
3. Se le explicó a cada paciente el procedimiento y se procedió a la firma del consentimiento informado (ANEXO 2)
4. La recolección de datos fue por medio de la técnica de encuesta, la revisión de historias clínicas y la entrevista. Se revisó las historias clínicas que tengan los datos necesarios completos. Luego se procedió a realizar la encuesta. Para esta última, se utilizó un formulario elaborado que consta de 4 partes y una última parte para realizar la entrevista (ANEXO 3). En todo momento se contó con la presencia de personal capacitado, para resolver cualquier inquietud por parte de los pacientes para asegurar que la recolección de datos sea confiable.

5. De la primera parte se obtuvo datos generales, datos sobre el consumo de tabaco, uso de antipsicóticos, uso de benzodiazepinas, comorbilidades médicas y el estado civil. Esta página fue llenada por el entrevistador.
6. En la segunda parte se evaluó la higiene del sueño con el índice de higiene del sueño (IHS). Constó de 13 preguntas y cada pregunta tuvo respuestas con una escala de puntuación del 1 al 5, en un intervalo de puntuación total de 13 a 65, que se obtuvo sumando todos los ítems. Para nuestra investigación se utilizaron puntuaciones totales mayores a 26 para considerar mala higiene del sueño (21).

Análisis de datos

Para el análisis de datos en este proyecto, se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS versión 26.

Estadística Descriptiva: Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas. Se halló la media y desviación estándar de la edad (variable cuantitativa) de los pacientes. Los datos luego fueron presentados en cuadros de entrada doble, así como otros cuadros de relevancia.

Estadística Analítica: En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba chi cuadrado para las variables cualitativas. Las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo: Dado que el estudio evaluó el factor de riesgo, se calculó la asociación entre las variables del grupo de estudio (casos y controles) y la variable de factor de riesgo: el Odds Ratio (OR).

Aspectos éticos:

Respetando el numeral 9 de la Declaración de Helsinki se protegió la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información de las personas que participaron en esta investigación. También se tomó en cuenta el numeral 10 pues se respetó las normas y estándares éticos, legales y jurídicos nacionales, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes (33).

Se respetó el código de ética y deontología del colegio médico del Perú el cual estipula que en toda investigación en personas es necesario contar con un consentimiento informado de los sujetos competente, consentimiento sustituto en caso de incompetencia o incapacidad, y el asentimiento en caso de niños y adolescentes de 08 a 18 años (34).

III. RESULTADOS

Tabla 1.

Mala higiene del sueño y el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general

Mala Higiene del sueño		Insomnio		Total	Prueba chi cuadrado y estimación de riesgo
		Si	No		
Si	N ^o	48	15	63	X ² = 41.486 gl = 1
	%	76,2%	23,8%	100,0%	
No	N ^o	6	39	45	p (0.00)
	%	13,3%	86,7%	100,0%	
Total	N ^o	54	54	108	OR 20.80 IC (7.376 ,58.657)
	%	50,0%	50,0%	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos del proyecto de investigación

Tabla 2.

Consumo actual de tabaco y el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general

Fumador	Insomnio		Total	Prueba chi cuadrada y estimación de riesgo	
	Si	No			
Si	N°	4	2	6	X ² = 0.706 p (0.401)
	%	66,7%	33,3%	100,0%	
No	N°	50	52	102	gl =1
	%	49,0%	51,0%	100,0%	
Total	N°	54	54	108	OR 2.080 IC (0.365 , 11.865)
	%	50,0%	50,0%	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos del proyecto de investigación

Tabla 3.

Consumo de alcohol y el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general

Consumo de alcohol	Insomnio		Total	Prueba chi cuadrada y estimación de riesgo	
	Si	No			
No	N°	54	54	108	No aplica en constantes
	%	50,0%	50,0%	100,0%	
Total	N°	54	54	108	
	%	50,0%	50,0%	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos del proyecto de investigación

Tabla 4.

Presencia de depresión y el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general

Depresión		Insomnio		Total	Prueba chi cuadrado y estimación de riesgo
		Si	No		
Si	N°	44	8	52	X ² = 48.066 gl =1 p (0.000)
	%	84,6%	15,4%	100,0%	
No	N°	10	46	56	OR 25.3 IC (9.147 , 69.981)
	%	17,9%	82,1%	100,0%	
Total	N°	54	54	108	OR 25.3 IC (9.147 , 69.981)
	%	50,0%	50,0%	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos del proyecto de investigación

Tabla 5

Análisis multivariado para determinar la influencia de los factores en el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos de un hospital general

		Variables en la ecuación					95% C.I. para EXP(B)		
		B	Error estándar	Wald	gl	p	Exp(B)	Inferior	Superior
Paso 1 ^a	Depresión	3,231	,519	38,73	1	,000	25,300	9,147	69,98
	Constante	-1,526	,349	19,130	1	,000	,217		1
Paso 2 ^b	Mala Higiene del sueño	2,428	,611	15,810	1	,000	11,331	3,424	37,49
	Depresión	2,701	,578	21,862	1	,000	14,888	4,800	46,18
	Constante	-2,781	,574	23,433	1	,000	,062		0

R cuadrado de Cox y Snell = 0.479 y R cuadrado de Nagelkerke =0.638

a. Variables especificadas en el paso 1: Depresión.

b. Variables especificadas en el paso 2: Mala Higiene.

Tabla 6.

Pacientes con y sin insomnio del hospital general, distribuidos por covariables.

Covariables	Insomnio				Estadísticos	
	Si (54)		No (54)		OR (IC 95%)	p
	Nº	%	Nº	%		
Género						
Masculino	27	50.0%	25	46.3%	1.160 (0.545 - 2.469)	0.700
Femenino	27	50.0%	29	53.7%		
Casado o conviviente						
Si	4	7.40%	6	11.10%	0.640 (0.170 - 2.409)	0.507
No	50	92.60%	48	88.90%		
Antipsicótico						
Si	52	96.30%	53	98.10%	0.491 (0.043 - 5.576)	0.558
No	2	3.70%	1	1.90%		
Benzodiacepinas						
Si	7	13.00%	8	14.80%	2.080 (0.365 - 11.865)	0.781
No	47	87.00%	46	85.20%		
Comorbilidades						
Si	4	7.40%	2	3.70%	2.080 (0.365 - 11.865)	0.401
No	50	92.60%	52	96.30%		
	Media	SD	Media	SD	z	p
Edad	40.39	12.72	40.41	12.44	0.008	0.994

Fuente: Ficha de recolección de datos del proyecto de investigación

Tabla 7.

Comparación de variables en pacientes con y sin insomnio del hospital general

	Con insomnio		Sin insomnio		Total		Estadísticos		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	X ²	gl	p
Sexo masculino	27	50.0%	25	46.3%	52	48.1%	0.148	1	0.700
Casado o conviviente	4	7.4%	6	11.1%	10	9.3%	0.441	1	0.507
Antipsicótico	52	96.3%	53	98.1%	105	97.2%	0.343	1	0.558
Benzodicepinas	7	13.0%	8	14.8%	15	13.9%	0.077	1	0.781
Comorbilidades	4	7.4%	2	3.7%	6	5.6%	0.706	1	0.401
	Media	SD	Media	SD	Media	SD	z	gl	p
Edad	40.39	12.72	40.41	12.44	40.4	12.52	0.008	10 6	0.994

Fuente: Ficha de recolección de datos del proyecto de investigación

IV. DISCUSIÓN

El insomnio es una enfermedad prevalente en los pacientes esquizofrénicos, que aunque no sea el principal motivo de consulta, puede disminuir su calidad de vida así como empeorar los signos y síntomas propias de su enfermedad (3,4). Los factores que favorecen al riesgo de padecer insomnio en pacientes esquizofrénicos han sido poco estudiados a nivel mundial. Es importante conocer estos factores pues juegan un papel importante en el desarrollo del insomnio, con el fin de poder modificarlos, y tratarlos con tiempo, de tal modo que no empeoren aún más la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos quienes por su misma enfermedad se enfrentan ya a muchos desafíos, conociendo que en nuestro país la calidad de vida y el desarrollo humano de los pacientes esquizofrénicos, sobretodo aquellos con enfermedad crónica, está significativamente afectado tal como lo demuestra Castillo en su estudio realizado en los institutos especializados en salud mental en Lima-Perú (35). A nuestro conocimiento este es el primer estudio en la ciudad de Trujillo sobre el insomnio en pacientes esquizofrénicos, más específico aún que examinó los factores de riesgo para el desarrollo de insomnio en dicha población. En cuanto a las variables sociodemográficas, no se encontró diferencia significativa en la presencia de insomnio entre ambos sexos, la variable de estado marital o de convivencia tampoco mostró asociación significativa con la presencia de insomnio, coincidiendo con otros estudios (22,24) aunque existe otro estudio que compara el vivir solo, con el vivir acompañado, mostrando este último una relación significativa con la presencia de insomnio (23). El

consumo de benzodiazepinas, antipsicóticos o comorbilidades médicas tampoco presentaron relación significativa con el insomnio. En el presente estudio se evaluaron cuatro principales factores de riesgo.

El primero fue la mala higiene del sueño, en este estudio la presencia de mala higiene del sueño en pacientes esquizofrénicos con insomnio fue mayor, con una diferencia estadísticamente significativa comparada a la presencia de mala higiene en los pacientes esquizofrénicos sin insomnio por lo que demostró ser un factor de riesgo importante, observando que los pacientes con mala higiene del sueño tienen hasta 20 veces más riesgo de tener insomnio que los pacientes con higiene adecuada. Estos resultados siguen la tendencia estudiada por Chiu, quien evaluó el conocimiento sobre la higiene del sueño, descubriendo que los pacientes con esquizofrenia que tenían insomnio desconocían sobre algunos factores de mala higiene del sueño, como el ejercicio realizado previo a la hora de dormir, o las rutinas irregulares de sueño, sin embargo el estudio de Chiu no evaluó la práctica de medidas de mala higiene y su relación con el insomnio, se limitó al conocimiento de dichos factores. Además, se desconoce con exactitud los componentes evaluados en el cuestionario usado por Chiu pues utilizaron una escala creada por su mismo centro de salud (18). No se ha encontrado otros estudios que incluyan la higiene del sueño, ni la influencia o relación que tiene la mala higiene con el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos. Existen investigaciones en población general, como el realizado por Jefferson que ha estudiado por separado sólo algunos factores de los muchos que están incluidos dentro

del índice de higiene del sueño, escala utilizada por nuestro estudio, como la cafeína encontrando que el consumo de ésta, era ligeramente superior en los pacientes con insomnio sin embargo la diferencia no fue estadísticamente significativa, también se estudió la toma de siestas en el día, encontrando mayor frecuencia de siestas en pacientes con insomnio (36).

En cuanto al segundo, el consumo actual de tabaco, existen pocos estudios de su relación con el insomnio en pacientes esquizofrénicos. En el estudio de Ma, por ejemplo, realizado en pacientes esquizofrénicos, se encontró más pacientes que consumían tabaco en el grupo de pacientes con insomnio, que en el grupo sin insomnio, sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa (23). El resultado de Ma es compatible con el de la presente investigación, pues el porcentaje de pacientes con consumo actual de tabaco fue mayor en los pacientes con insomnio, que en aquellos sin insomnio; sin embargo, el consumo de tabaco no mostró una relación estadísticamente significativa con el desarrollo de insomnio, por lo que en nuestro estudio no se pudo demostrar que el consumo actual de tabaco sea un factor de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos. Por el contrario, en el estudio de Hou, realizado también en pacientes esquizofrénicos, el porcentaje de fumadores actuales fue más alto en pacientes con insomnio, que en pacientes sin insomnio y la diferencia sí fue estadísticamente significativa (24). De igual forma, Subramanian estudia a pacientes con psicosis, y encuentra que los pacientes fumadores actuales están significativamente asociados a un mayor riesgo de insomnio

(25). En otro estudio, realizado en población general fue el de Chen, se concluyó que los pacientes fumadores presentan mayor riesgo de presentar insomnio que aquellos que nunca han fumado, sin embargo en este estudio el grupo de pacientes fumadores es dividido en fumadores actuales y fumadores inactivos, siendo los inactivos los que presentaron mayor riesgo de presentar insomnio (37). Asimismo, existen otros estudios en poblaciones generales que han encontrado que el consumo de tabaco afecta el sueño y está asociado a insomnio (38–40).

El tercero, el consumo de alcohol. Al igual que con las otras variables, son pocos los estudios con los que se cuenta sobre la relación del consumo de alcohol con el insomnio en la población esquizofrénica. Hou (24) y Ma (23) no encontraron relación significativa entre el consumo de alcohol y la presencia de insomnio en pacientes esquizofrénicos. Talih (26) quien estudia el insomnio en pacientes psiquiátricos tampoco encontró asociación significativa entre ambas variables. En el presente estudio, no se pudo aplicar análisis estadístico de la variable de consumo de alcohol debido a que, por razones no muy conocidas, en nuestra realidad ningún paciente mostró consumo perjudicial de alcohol. Existe amplia evidencia en población general, de una mayor prevalencia de insomnio en pacientes consumidores de alcohol que en los pacientes no consumidores de alcohol. También se evidencia en pacientes consumidores de alcohol alteraciones en el ciclo circadiano y en la duración del sueño, así como la presencia de otras alteraciones del sueño (41–43) . Sin embargo en

pacientes esquizofrénicos esta relación aún no está bien definida, pues no se cuenta con suficientes estudios.

El cuarto, la depresión. Los mecanismos exactos detrás del insomnio no son aún bien entendidos por lo que se hace difícil al momento de determinar una dirección de causalidad entre el insomnio y otra comorbilidad, como en el caso de la depresión en el que hay estudios que evalúan al insomnio como factor de riesgo para depresión y otros que estudian a la depresión como factor de riesgo para insomnio, por lo que se limita a utilizar el término de insomnio comórbido. Se conoce que hasta en aproximadamente 20% de pacientes con insomnio se encuentran síntomas de depresión, y viceversa al evaluar pacientes con depresión aproximadamente 40% cumplen con criterios diagnósticos de insomnio, incluso se ha encontrado en algunos estudios que la depresión es la que se presenta más comúnmente como comorbilidad del insomnio (44–46). En el presente estudio se pudo demostrar que la depresión está relacionada significativamente con el desarrollo de insomnio afirmando que es un factor de riesgo para el desarrollo de insomnio, encontrándose que los pacientes con depresión tienen 25 veces más riesgo de tener insomnio que los pacientes sin depresión. Estos hallazgos son consistentes con otros estudios en pacientes esquizofrénicos (22–24) así como en la población psiquiátrica en general (26).

En el análisis multivariado, se consideraron como factores o variables de entrada, la Edad, el sexo, el estado casado, el consumo de tabaco, el consumo de antipsicóticos,

el consumo de Benzodiacepinas, la presencia de comorbilidades, la mala higiene del sueño y la depresión. Del análisis se pudo detectar a nivel multivariado, que los factores más influyentes son la mala higiene del sueño y la Depresión (Sig<0.05); identificándose que cada vez que aumente la mala higiene del sueño el insomnio aumenta , siendo a nivel multivariado 11 veces más la probabilidad de presentar insomnio en personas con mala higiene del sueño que en personas sin mala higiene; Así mismo a medida que aumenta la depresión el insomnio aumenta, siendo 14 veces más probable presentar insomnio en personas con depresión que en personas sin depresión.

Este estudio presenta múltiples fortalezas. El primero, este es el primer estudio en nuestra localidad que analiza múltiples factores de riesgo para el desarrollo de insomnio en la población esquizofrénica. Segundo, es el primer estudio a nivel internacional en el que se incluye la variable de mala higiene del sueño como factor de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos. Tercero, la evaluación de la depresión fue con una escala de depresión específica para pacientes esquizofrénicos a diferencia de otros estudios en el que se utilizan escalas inespecíficas para depresión. Cuarto, Todas las variables fueron evaluadas con escalas validadas. Quinto, el análisis multivariado muestra que este estudio es un modelo adecuado de predicción (R cuadrado de Nagelkerke de 0.638, R cuadrado de Cox y Snell = 0.479) que puede ser utilizado en estudios posteriores para establecer pronósticos o probabilidades de desarrollar insomnio en pacientes que presenten las

variables de mala higiene y depresión, que son las variables que salieron influyentes en regresión logística binaria.

Sin embargo, también presenta algunas limitaciones. La primera, fue que el estudio solo se realizó en un hospital general de la ciudad. El segundo, las variables principales fueron evaluadas por tests cuyos resultados dependen de la respuesta de los pacientes, estando sujetos a sesgo de ocultamiento de información. El tercero, las variables fueron cualitativas, por lo que nos limitamos a evaluar la presencia o ausencia de las variables según los puntos de corte establecidos, y no se evaluó el puntaje o grado de intensidad de las variables.

V. CONCLUSIONES

- I. La mala higiene del sueño es un factor de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos ($p = 0,00$; OR 20,8; IC 7,37 - 58,657)
- II. El consumo actual de tabaco no es un factor de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos ($P = 0,4$; OR 2,08; IC 0,36 - 11,86)
- III. El estudio no contó con pacientes que tuvieran consumo actual de alcohol, por lo que esta variable no pudo ser analizada estadísticamente.
- IV. La depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos ($P = 0,00$; OR 25,3; IC 9,14 - 69,98)
- V. El análisis multivariado concluyó que los factores más influyentes para el desarrollo de insomnio en pacientes esquizofrénicos son la mala higiene del sueño (OR: 11,33) y la Depresión (OR: 14,88) ambas con $p < 0,05$.

VI. RECOMENDACIONES

- I. El presente estudio contó con muy pocos pacientes casados o que conviven con alguien. Consideramos que puede ser atribuido a múltiples factores que no se han considerado en este estudio, como la edad en la que se manifestó la esquizofrenia, ya que cuando es de presentación temprana la desadaptación social y el daño cognitivo son mayores, la sobreprotección de las madres, pues se observó que la mayoría de pacientes acudían a consultorios con sus madres, entre otros. Por ello se sugiere en estudios posteriores incluir estas variables dentro del estudio, así como ampliar el tamaño de muestra para observar si se repite esta tendencia en nuestra realidad.
- II. El estudio se realizó solo en un hospital general de la localidad, se sugiere a futuro estudiar una muestra que abarque múltiples hospitales para poder generar conclusiones más certeras sobre la realidad en nuestra comunidad.
- III. Se recomiendan estudios posteriores en los cuales puedan usar como base los resultados de nuestra regresión logística binaria, para poder elaborar un modelo de predicción, que ayude a determinar cuanta probabilidad tiene un paciente esquizofrénico de desarrollar insomnio, para poder tomar las medidas respectivas a tiempo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editors. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
2. Morin CM, Drake CL, Harvey AG, Krystal AD, Manber R, Riemann D, et al. Insomnia disorder. *Nat Rev Dis Primer*. 2015 Dec;1(1):15026.
3. Robertson I, Cheung A, Fan X. Insomnia in patients with schizophrenia: current understanding and treatment options. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019 Jun;92:235–42.
4. Kamath J, Viridi S, Winokur A. Sleep Disturbances in Schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. 2015 Dec;38(4):777–92.
5. Karatsoreos IN. Links between Circadian Rhythms and Psychiatric Disease. *Front Behav Neurosci* [Internet]. 2014 May 6 [cited 2020 Jan 13];8. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnbeh.2014.00162/abstract>
6. Klingaman EA, Palmer-Bacon J, Bennett ME, Rowland LM. Sleep Disorders Among People With Schizophrenia: Emerging Research. *Curr Psychiatry Rep*. 2015 Oct;17(10):79.
7. Cosgrave J, Wulff K, Gehrman P. Sleep, circadian rhythms, and schizophrenia: where we are and where we need to go. *Curr Opin Psychiatry*. 2018 May;31(3):176–82.
8. Monti JM, BaHammam AS, Pandi-Perumal SR, Bromundt V, Spence DW, Cardinali

- DP, et al. Sleep and circadian rhythm dysregulation in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2013 Jun;43:209–16.
9. Kaskie R, Graziano B, Ferrarelli F. Schizophrenia and sleep disorders: links, risks, and management challenges. *Nat Sci Sleep*. 2017 Sep;Volume 9:227–39.
 10. Yates NJ. Schizophrenia: the role of sleep and circadian rhythms in regulating dopamine and psychosis. *Rev Neurosci* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2020 Jan 14];27(7). Available from: <https://www.degruyter.com/view/j/revneuro.2016.27.issue-7/revneuro-2016-0030/revneuro-2016-0030.xml>
 11. Reeve S, Sheaves B, Freeman D. Sleep Disorders in Early Psychosis: Incidence, Severity, and Association With Clinical Symptoms. *Schizophr Bull*. 2019 Mar 7;45(2):287–95.
 12. Freeman D, Taylor KM, Molodynski A, Waite F. Treatable clinical intervention targets for patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2019 Sep;211:44–50.
 13. Li SX, Lam SP, Zhang J, Yu MWM, Chan JWY, Chan CSY, et al. Sleep Disturbances and Suicide Risk in an 8-Year Longitudinal Study of Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Sleep*. 2016 Jun 1;39(6):1275–82.
 14. Khurshid KA. Comorbid Insomnia and Psychiatric Disorders. *Innov Clin Neurosci*. 2018 Apr 1;15(3–4):28–32.
 15. Waters F, S. Manoach D. Sleep dysfunctions in schizophrenia: A practical review. *Open J Psychiatry*. 2012;02(04):384–92.
 16. Benson KL. Sleep in Schizophrenia. *Sleep Med Clin*. 2015 Mar;10(1):49–55.

17. Chiu VW, Ree M, Janca A, Waters F. Sleep in Schizophrenia: Exploring Subjective Experiences of Sleep Problems, and Implications for Treatment. *Psychiatr Q*. 2016 Dec;87(4):633–48.
18. Chiu VW, Harvey RH, Sloan NB, Ree M, Lin A, Janca A, et al. Cognitive and Behavioral Factors Associated With Insomnia in Inpatients With Schizophrenia and Related Psychoses: *J Nerv Ment Dis*. 2015 Oct;203(10):798–803.
19. Faulkner S, Bee P. Experiences, perspectives and priorities of people with schizophrenia spectrum disorders regarding sleep disturbance and its treatment: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2017 Dec;17(1):158.
20. Freeman D, Sheaves B, Goodwin GM, Yu L-M, Nickless A, Harrison PJ, et al. The effects of improving sleep on mental health (OASIS): a randomised controlled trial with mediation analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017 Oct;4(10):749–58.
21. Xiang Y-T, Ma X, Cai Z-J, Li S-R, Xiang Y-Q, Guo H-L, et al. The Prevalence of Insomnia, Its Sociodemographic and Clinical Correlates, and Treatment in Rural and Urban Regions of Beijing, China: A General Population-Based Survey. *Sleep*. 2008 Dec;31(12):1655–62.
22. Xiang Y-T, Weng Y-Z, Leung C-M, Tang W-K, Lai KYC, Ungvari GS. Prevalence and Correlates of Insomnia and its Impact on Quality of Life in Chinese Schizophrenia Patients. *Sleep*. 2009 Jan 1;32(1):105–9.
23. Ma X-R, Song G-R, Xu X-B, Tian T, Chang S-H. The Prevalence of Sleep Disturbance and Its Socio-demographic and Clinical Correlates in First-episode Individuals With Schizophrenia in Rural China. *Perspect Psychiatr Care*. 2018

Jan;54(1):31–8.

24. Hou C-L, Li Y, Cai M-Y, Ma X-R, Zang Y, Jia F-J, et al. Prevalence of Insomnia and Clinical and Quality of Life Correlates in Chinese Patients With Schizophrenia Treated in Primary Care: Prevalence of Insomnia and Clinical and Quality of Life Correlates in Chinese Patients With Schizophrenia Treated in Primary Care. *Perspect Psychiatr Care*. 2017 Apr;53(2):80–6.
25. Subramaniam M, Abdin E, Shahwan S, Satghare P, Vaingankar JA, Rama Sendren J, et al. Prevalence, correlates and outcomes of insomnia in patients with first episode psychosis from a tertiary psychiatric institution in Singapore. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018 Mar;51:15–21.
26. Talih F, Ajaltouni J, Ghandour H, Abu-Mohammad AS, Kobeissy F. Insomnia in hospitalized psychiatric patients: prevalence and associated factors. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018 Apr;Volume 14:969–75.
27. Kaur G, Singh A. Sleep Hygiene, Sleep Quality and Excessive Daytime Sleepiness among Indian College Students. 2017;7.
28. España, Ministerio de Ciencia e Innovación, Agencia Laín Entralgo (Madrid), Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria: guía rápida. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2010.
29. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. 2001;40.
30. Grupo de Colaboración de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos.

Preguntas sobre tabaco destinadas a encuestas. Serie de preguntas básicas de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (conocida internacionalmente como Global Adult Tobacco Survey - GATS). 2a edición. Atlanta: GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América; 2011.

31. CDSS | About the Scale | Cumming School of Medicine | University of Calgary [Internet]. [cited 2020 Jan 29]. Available from: <https://cumming.ucalgary.ca/research/calgary-depression-scale-schizophrenia/about-scale>
32. Rekhi G, Ng WY, Lee J. Clinical utility of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia in individuals at ultra-high risk of psychosis. *Schizophr Res.* 2018 Mar;193:423–7.
33. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association [Internet]. [cited 2020 Jan 30]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
34. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología. Perú. 2007.
35. Castillo H. IMPACTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA CALIDAD DE VIDA Y DESARROLLO HUMANO DE PACIENTES Y FAMILIAS DE UNA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE LIMA. 2014;19.
36. Jefferson CD, Drake CL, Scofield HM, Myers E, McClure T, Roehrs T, et al. Sleep Hygiene Practices in a Population-Based Sample of Insomniacs. *Sleep.* 2005

May;28(5):611–5.

37. Chen L-J, Steptoe A, Chen Y-H, Ku P-W, Lin C-H. Physical activity, smoking, and the incidence of clinically diagnosed insomnia. *Sleep Med.* 2017 Feb;30:189–94.
38. McNamara JPH, Wang J, Holiday DB, Warren JY, Paradoa M, Balkhi AM, et al. Sleep disturbances associated with cigarette smoking. *Psychol Health Med.* 2014 Jul 4;19(4):410–9.
39. Cohrs S, Rodenbeck A, Riemann D, Szagun B, Jaehne A, Brinkmeyer J, et al. Impaired sleep quality and sleep duration in smokers-results from the German Multicenter Study on Nicotine Dependence: Sleep in smokers. *Addict Biol.* 2014 May;19(3):486–96.
40. Brook DW, Rubenstone E, Zhang C, Brook JS. Trajectories of cigarette smoking in adulthood predict insomnia among women in late mid-life. *Sleep Med.* 2012 Oct;13(9):1130–7.
41. Brower KJ. Assessment and treatment of insomnia in adult patients with alcohol use disorders. *Alcohol.* 2015 Jun;49(4):417–27.
42. Chakravorty S, Chaudhary NS, Brower KJ. Alcohol Dependence and Its Relationship With Insomnia and Other Sleep Disorders. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016 Nov;40(11):2271–82.
43. Vinson DC, Manning BK, Galliher JM, Dickinson LM, Pace WD, Turner BJ. Alcohol and Sleep Problems in Primary Care Patients: A Report from the AAFP National Research Network. *Ann Fam Med.* 2010 Nov 1;8(6):484–92.

44. Grandner MA, Malhotra A. Connecting insomnia, sleep apnoea and depression: Editorial. *Respirology*. 2017 Oct;22(7):1249–50.
45. Levenson JC, Benca RM, Rumble ME. Sleep Related Cognitions in Individuals with Symptoms of Insomnia and Depression. *J Clin Sleep Med*. 2015 Aug 15;11(08):847–54.
46. Upthegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence or Trans-diagnostic Issue? *Schizophr Bull*. 2016 Jul 15;sbw097.

ANEXOS

ANEXO 1: PERMISO DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE TRUJILLO PARA LA EJECUCIÓN DE LA TESIS CON FIRMA DE LA JEFE DE CONSULTORIOS EXTERNOS



JUSTICIA SOCIAL
CON INVERSIÓN

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"

Trujillo, 15 de Marzo del 2019

OFICIO N° 046 - 2019-GR-LL-GS-HRDT/O.A.D.I.

Srta.
RICCY ALESSANDRA MAGUIÑA MEJIA
Alumna de la Facultad de Medicina Humana
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
TRUJILLO.-

ASUNTO : AUTORIZACION DE PROYECTO DE TESIS

Ref. : Sisgedo N° 4988938 del 14-03-2019.

Es grato dirigirme a usted para comunicarle que el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente de Trujillo, **Autoriza** la Ejecución del Proyecto de Tesis Titulado "**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE INSOMNIO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL GENERAL**".

No se autoriza el ingreso a UCI de Emergencia

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

Yo, Riccy Maguiña, me comprometo a traer un ejemplar de mi tesis al departamento de salud mental. 01/04/2019

REGION LA LIBERTAD
Gerencia Regional de Salud

Dr. Percy Abanto Montaivan
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Regional Docente de Trujillo

PAM/ppr
C.c. Archivo
Folios N° 01
Sisgedo: Reg 5027960
Exp. 4276741

Dr. Karla María Párrilla Velarde
C.M.P. 51577 - R.M.E. 22893
MÉDICO ESPECIALISTA
Hospital Regional Docente de Trujillo
Jr. Envelta Extern
01/04/19

"Justicia Social con Inversión"

Av. Mansiche N° 795 Urb. Sánchez Carrión - Teléfono (044) 233112 - 232861
www.firdt.com.pe

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Acepto que los datos brindados sean utilizados con fines de investigación en la elaboración de la tesis titulada “FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE INSOMNIO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL GENERAL” realizada por la alumna Riccy Alessandra Maguiña Mejía de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego.

FIRMA

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

Edad: _____ años

Sexo: F M

Casado(a) o convive con su pareja por más de 2 años: SI NO

En la actualidad, ¿Fuma usted tabaco diariamente, algunos días, o no fuma en absoluto?

Diariamente ()

Algunos días ()

No fuma ()

No sabe ()

Consumo de antipsicóticos: SI NO

Consumo de benzodiazepinas: SI NO

Comorbilidades médicas: SI NO

(Marcar SI, si tiene: asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, hipertensión, artritis, insuficiencia cardiaca, infección por HIV)

II. Índice de higiene del sueño (IHS)

1 = nunca 2 = rara vez 3 = algunas veces 4 = frecuentemente
5 = siempre

Índice de higiene del sueño (IHS)	1	2	3	4	5
Tomo siestas durante el día que duran 2 o más horas					
En las noches, me acuesto a diferentes horas cada día					
En las mañanas, me levanto a diferentes horas cada día					
Una hora antes de acostarme hago ejercicio físico al punto de sudar					
Me quedo en la cama más tiempo del que debería dos a tres veces por semana.					
Consumo alcohol, tabaco o cafeína 4 horas antes de acostarme o después de acostarme					
Realizo alguna actividad que me pueda mantener despierto antes de dormir. (por ejemplo: jugar videojuegos, usar el internet, limpiar)					
Me voy a dormir sintiéndome estresado, molesto, enfadado o nervioso					
Utilizo mi cama para actividades diferentes a dormir o tener relaciones sexuales (por ejemplo: ver televisión, leer, comer o estudiar)					
Duermo en una cama incómoda (por ejemplo: almohada o colchón deficiente, muy pocas o muchas frazadas)					
Duermo en una habitación incómoda (por ejemplo: hay mucha luz, mucho calor, mucho frío, mucho ruido).					
Realizo actividades importantes antes de ir a dormir (por ejemplo: pagar las cuentas, organizar horarios, estudiar)					

Pienso, planifico, o me preocupo cuando estoy acostado en la cama					
---	--	--	--	--	--

III. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol

Paciente: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso de alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	mensualmente	semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
				Total:	

IV. Índice de Gravedad del insomnio (ISI)

1. Indica la gravedad de tu actual problema(s) de sueño

	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido/a	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano	0	1	2	3	4

2. ¿Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?

Muy satisfecho		Moderadamente satisfecho		Muy insatisfecho
0	1	2	3	4

3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej: fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

5. ¿Cómo estás de preocupado/a por tu actual problema de sueño?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
------	---------	------	-------	-----------

0

1

2

3

4

V. Escala de Calgary para depresión en esquizofrenia

ENTREVISTADOR: Primero haga la pregunta tal como está escrita. Utilice las siguientes preguntas a su criterio. El tiempo comprende la última semana a menos que se mencione otra cosa. El último ítem, N° 9, debe basarse en las observaciones efectuadas a lo largo de la entrevista.

- I. **DEPRESIÓN:** ¿Cómo describiría su estado de ánimo durante las dos últimas semanas? Recientemente, ¿se ha sentido razonablemente alegre o ha estado muy deprimido(a) o desanimado(a)? Con sus propias palabras diga cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas, ¿qué tan seguido se ha sentido. (sus palabras)? ¿todos los días? o ¿todo el día?

0	Ausente
1	Leve: expresa cierta tristeza o desaliento cuando se le pregunta
2	Moderado: en las dos últimas semanas, todos los días ha presentado un claro humor depresivo durante la mitad del tiempo o menos.
3	Severo: en las dos últimas semanas, todos los días ha presentado un claro humor marcadamente depresivo durante más de la mitad del tiempo el cual interfiere con el funcionamiento motor y social normal.

- II. **DESESPERANZA:** ¿Cómo ve el futuro para usted? ¿Tiene planes para su futuro o su vida parece sin mucha esperanza? ¿Se ha dado por vencido(a) o todavía parece haber alguna razón para intentar hacer algo en la vida?

0	Ausente
---	----------------

1	Leve - en las últimas dos semanas por momentos ha sentido desesperanza, pero todavía conserva cierto grado de esperanza en el futuro.
2	Moderado - sensación persistente y moderada de desesperanza durante la última semana, pero se le puede persuadir para que admita la posibilidad de que las cosas sean mejores de cómo las percibe.
3	Severo - sensación persistente y angustiante de desesperanza.

III. AUTODESVALORIZACIÓN: ¿Cuál es su opinión sobre usted mismo(a) en comparación con las demás personas? ¿Se siente mejor, no tan bueno(a), o más o menos igual que la mayoría de las personas? ¿Se siente inferior o incluso siente que no sirve para nada?

0	Ausente
1	Leve - siente un poco de inferioridad sin llegar a sentir que no sirve para nada.
2	Moderado - el sujeto siente que no sirve para nada, pero menos del 50% del tiempo.
3	Severo - el sujeto siente que no sirve para nada más del 50% del tiempo. Puede ser confrontado para admitir que no es así.

IV. IDEAS DE REFERENCIA CULPOSAS: ¿Tiene la sensación de que lo(a) están culpando por algo o incluso que lo(a) están acusando injustamente? ¿De qué lo(a) culpan? (No incluir culpa o acusación justificada. Se excluyen ideas delirantes de culpa).

0	Ausente
1	Leve - el sujeto se siente culpable pero no acusado menos del 50% del tiempo.
2	Moderado - sensación persistente de ser culpado(a) y/o sensación ocasional de ser acusado(a).
3	Severo - sensación persistente de ser acusado(a). Cuando se le confronta admite que no es así.

V. CULPA PATOLÓGICA: ¿Tiende a culparse a usted mismo(a) de pequeñas cosas que pudo haber hecho en el pasado? ¿Piensa que debe preocuparse tanto por eso?

0	Ausente
1	Leve - el sujeto algunas veces siente culpa por demás por alguna falta pequeña, pero menos del 50% del tiempo.
2	Moderado - el sujeto generalmente (más del 50% del tiempo) siente culpa por acciones pasadas cuya significancia exagera.
3	Severo - por lo general, el sujeto se siente culpable de todo lo que ha salido mal, aunque no haya sido su culpa.

VI. DEPRESIÓN MATINAL: Si se ha sentido deprimido(a) durante las dos últimas semanas, ¿ha notado si la depresión empeora a una hora especial del día?

0	Ausente , sin depresión
1	Leve - la depresión está presente pero no hay variación diurna.
2	Moderado - menciona espontáneamente que la depresión empeora por la mañana.
3	Severo - hay un marcado empeoramiento de la depresión en la mañana con deterioro funcional que mejora en la tarde.

VII. DESPERTAR PREMATURO: ¿Se despierta más temprano de lo que es normal para usted? ¿Cuántas veces a la semana le pasa esto?

0	Ausente , no hay despertar prematuro
1	Leve - ocasionalmente (hasta dos veces a la semana) despierta una hora o más antes de su hora normal de despertarse o de que suene el despertador.
2	Moderado - a menudo (hasta 5 veces a la semana) despierta una hora o más antes de su hora normal de despertarse o de que suene el despertador.
3	Severo - diariamente se despierta una hora o más antes de su hora normal de despertarse.

VIII. SUICIDIO: ¿Ha sentido que la vida no vale la pena? ¿Alguna vez sintió el deseo de terminar con su vida? ¿De qué manera pensó hacerlo? ¿Lo ha intentado realmente?

0	Ausente
1	Leve - pensamientos frecuentes de que sería mejor estar muerto(a) o pensamientos ocasionales de suicidio.
2	Moderado - consideró deliberadamente un plan de suicidio pero sin haber llevado a cabo un intento.
3	Severo - intento suicida aparentemente ideado para terminar en muerte (por ejemplo, descubrimiento accidental, medios ineficaces).

IX. DEPRESIÓN OBSERVADA: Basada en las observaciones del entrevistador a lo largo de la entrevista. La pregunta “¿Siente deseos de llorar?”, utilizada en momentos apropiados de la entrevista, puede proporcionar información útil para esta observación.

0	Ausente
1	Leve - el sujeto parece triste y apesadumbrado, incluso durante partes de la entrevista en las que se tratan temas afectivamente neutros.
2	Moderado - el sujeto parece triste y apesadumbrado a lo largo de la entrevista, con una voz monótona y desesperanzada y a veces llora o está a punto de llorar.
3	Severo - el sujeto se ahoga cuando se tratan temas angustiantes, con frecuencia suspira profundamente y llora abiertamente, o está persistentemente en un estado de estupor depresivo, si el evaluador está seguro de que éste está presente.

ANEXO 4: RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA



UPAO | VICERRECTORADO DE INVESTIGACION

COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN

RESOLUCIÓN COMITÉ DE BIOÉTICA N° 003-2020-UPAO

Trujillo, 06 de Enero del 2020

VISTO, el oficio de fecha 06 de Enero del 2020 presentado por la Srta. Alumna MAGUIÑA MEJÍA, RICCY ALESSANDRA, quien solicita autorización para realización de investigación.

CONSIDERANDO

Que por oficio, la alumna MAGUIÑA MEJÍA, RICCY ALESSANDRA, solicita se le de conformidad a su proyecto de investigación, de conformidad con el Reglamento del Comité de Bioética en Investigación de la UPAO.

Que en virtud de la Resolución Rectoral N° 3335-2016-R-UPAO de 7 de julio de 2016, se aprueban el Reglamento del Comité de Bioética que se encuentra en la página web de la universidad, que tiene por objetivo su aplicación obligatoria en las investigaciones que comprometan en seres humanos y otros seres vivos dentro de estudios que son patrocinados por la UPAO y sean conducidos por algún docente o investigador de las Facultades, Escuelas de Postgrado, Centros de Investigación y Establecimiento de Salud administrados por la UPAO.

Que el presente caso, después de la evaluación del expediente presentado por la alumna, el Comité considera que el mencionado proyecto no contraviene las disposiciones del mencionado Reglamento de Bioética, por tal motivo es procedente su aprobación.

Estando a las razones expuestas y de conformidad con el Reglamento de Bioética de Investigación:

PRIMERO: APROBAR el proyecto de investigación "FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE INSOMNIO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL GENERAL".

SEGUNDO: dar cuenta al Vice Rectorado de Investigación.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.


Dr. José González Cabeza
Presidente



ANEXO 5: RESOLUCIÓN COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



UPAO | Facultad de Medicina Humana
DECANATO

Trujillo, 24 de enero del 2019

RESOLUCION N° 0089-2019-FMEHU-UPAO

VISTO, el expediente organizado por Don (ña) **MAGUIÑA MEJIA RICCY ALESSANDRA** alumno (a) de la Escuela Profesional de Medicina Humana, solicitando **INSCRIPCIÓN** de proyecto de tesis Titulado "**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE INSOMNIO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL GENERAL**", para obtener el **Título Profesional de Médico Cirujano**, y;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) alumno (a) **MAGUIÑA MEJIA RICCY ALESSANDRA** ha culminado el total de asignaturas de los 12 ciclos académicos, y de conformidad con el referido proyecto revisado y evaluado por el Comité Técnico Permanente de Investigación de la Escuela Profesional de Medicina Humana, de conformidad con el Oficio N° 0010-2019-CI-FMEHU-UPAO;

Que, de la Evaluación efectuada se desprende que el Proyecto referido reúne las condiciones y características técnicas de un trabajo de investigación de la especialidad;

Que, de conformidad a lo establecido en la sección III – del Título Profesional de Médico Cirujano y sus equivalentes, del Reglamento de Grados y Títulos Artículo del 26 al 29, el recurrente ha optado por la realización del **Proyecto de Tesis**;

Que, habiéndose cumplido con los procedimientos académicos y administrativos reglamentariamente establecidos, por lo que el Proyecto debe ser inscrito para ingresar a la fase de desarrollo;

Estando a las consideraciones expuestas y en uso a las atribuciones conferidas a este despacho;

SE RESUELVE:

- Primero.-** **AUTORIZAR** la inscripción del Proyecto de Tesis Titulado "**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE INSOMNIO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL GENERAL**", presentado por el (la) alumno (a) **MAGUIÑA MEJIA RICCY ALESSANDRA** en el registro de Proyectos con el N° 3009 por reunir las características y requisitos reglamentarios declarándolo expedito para la realización del trabajo correspondiente.
- Segundo.-** **REGISTRAR** el presente Proyecto de Tesis con fecha **23.01.19** manteniendo la vigencia de registro hasta el **23.01.21**.
- Tercero.-** **NOMBRAR** como Asesor de la Tesis al profesor (a) **DIAZ LEON ERICKA**
- Cuarto.-** **DERIVAR** al Señor Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana para que se sirva disponer lo que corresponda, de conformidad con la normas Institucionales establecidas, a fin que el alumno cumpla las acciones que le competen.
- Quinto.-** **PONER** en conocimiento de las unidades comprometidas en el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución.

COMUNIQUESE Y ARCHÍVESE.



Decano



Secretaría Académica

c.c. Facultad de Medicina Humana
Escuela de Medicina Humana
Asesor(a)
Intermedios
Expediente
Archivo