

11241

31

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

**TITULO:**

**MORTALIDAD Y CAUSAS DE MUERTE  
EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS**

276145

**ALUMNA:**

**DRA. LUZBELLA JIMENEZ CERVANTES**



**TUTOR TEORICO**

**TUTOR METODOLOGICO**

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**Dr. MARCO ANTONIO LOPEZ BUTRON**

**Dr. JESUS GUTIERREZ AGUILAR**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
"ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA"**

*[Handwritten signature]*

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>2</b>
<b>MARCO TEORICO.....</b>	<b>3</b>
<b>DEFINICION DEL PROBLEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>JUSTIFICACION.....</b>	<b>7</b>
<b>HIPOTESIS.....</b>	<b>8</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>DISEÑO.....</b>	<b>8</b>
<b>RECURSOS.....</b>	<b>11</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>DISCUSION.....</b>	<b>14</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>16</b>

# **MORTALIDAD Y CAUSAS DE MUERTE EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS**

LUZBELLA JIMENEZ CERVANTES  
MEDICA RESIDENTE EN PSIQUIATRIA  
HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

## **INTRODUCCION**

Mucho se ha comentado sobre la mortalidad de los pacientes esquizofrénicos, por ello diversos autores han realizado estudios sobre causas de mortalidad en este tipo de población y han comparando los resultados con la población general. Existen reportes del siglo XVII provenientes de Inglaterra en donde se afirma una alta mortalidad entre "los lunáticos" con respecto a la población general, concluyendo que el exceso de muertes se debía a las condiciones insanas de los asilos; siendo la tuberculosis una de las causas más frecuentes de mortalidad. Es obvio suponer que las condiciones infrahumanas que caracterizaban a tales asilos, además de los escasos conocimientos existentes acerca de la enfermedad mental y del tratamiento más adecuado, determinaban en mucho las causas de defunción para este tipo de población.

Largo tiempo ha transcurrido de aquellas escenas grotescas donde el paciente esquizofrénico era dispuesto como un ser sin derechos e incluso a la vida misma. Actualmente se tiene mayor conocimiento de la enfermedad mental y por lo tanto, se han abierto varias vías de abordaje terapéutico, al enfocarnos en este trastorno psiquiátrico encontramos una diferencia fundamental en el manejo tanto humano como médico de antaño. Es así como a unos pocos pasos de entrar al nuevo milenio, la creación de nuevos enfoques terapéuticos ha logrado mejorar la calidad de vida de los esquizofrénicos, pero a pesar de todo este avance sigue existiendo controversia sobre las causas y tasa de mortalidad de ellos con respecto a la población general. No queda claro aún de qué mueren los esquizofrénicos, si es el suicidio la primera causa de mortalidad o si son ciertos procesos de muerte natural; llegándose a aseverar en algunos casos una menor incidencia para determinadas patologías, por ejemplo: el cáncer.

Nuestro interés por esclarecer tales dudas, sobre todo aplicándolo a nuestro medio, queda más que justificado, pues es evidente la importancia que en el ámbito mundial representa un padecimiento de este tipo si estimamos que el 1% de la población total padece esquizofrenia. Negarse una información tan valiosa limitaría en mucho los programas asistenciales en salud para este tipo de pacientes, pues ***detrás de una mente***

***enferma existe también un cuerpo físico, el cual siente, padece y enferma.*** Basándose en lo anterior, realizaremos una investigación para conocer las causas de muerte más frecuentes en pacientes esquizofrénicos; específicamente los pacientes registrados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

## **MARCO TEORICO**

Primeramente daremos a conocer algunos de los estudios más representativos sobre tasa de mortalidad y causas de muerte entre la población psiquiátrica, luego nos enfocaremos a aquellos más específicos a nuestro tema.

En 1977 **Tefft et al.** realizan un seguimiento de 11 años para identificar el patrón de mortalidad entre tres grupos: Pacientes con antecedente de intento suicida (PS), población psiquiátrica sin antecedente de intento suicida (PP) y población general (PG). El grupo PS comprendió 181 muertes, el grupo de PP fue de 6,439 y el de la PG comprendió 61,002 muertes. La comparación entre los tres grupos se basó en la edad, sexo, raza, estado civil y causa de muerte (obtenida por los certificados de defunción y según el código Internacional de Clasificaciones de Enfermedades). El grupo de pacientes suicidas constituyó una entidad demográfica y de mortalidad sustancialmente diferente a los dos grupos restantes; el grupo de suicidas es relativamente joven, por lo tanto tiene menor riesgo de mortalidad por causas naturales, sin embargo, presentaron una alta mortalidad en el rango de edad de 15 a 54 años. Esta alta mortalidad fue debida a suicidio y a condiciones que no incluyeron enfermedad. Mientras la población psiquiátrica y la población general presentaron un patrón de mortalidad semejante; aunque la mortalidad por suicidio fue ciertamente alta en el grupo PP, no fue dramática ni tan prolongada como la del grupo suicida. La causa de muerte por neoplasmas se encontró alta en la población general (1).

Dos estudios realizados en el Hospital Psiquiátrico de Dutch, comprendiendo la población de larga estancia, investigaron la mortalidad de tal población en períodos diferentes: de 1970 a 1971 y de 1980 a 1981. El primer estudio incluyó un total de 17,211 pacientes y 1,506 muertes se reportaron en un tiempo de 2 años (inició el 31 de diciembre de 1969); en el segundo estudio un total de 12,139 pacientes se incluyeron y 1226 muertes se reportaron en los dos años de investigación (inició el 31 de diciembre de 1979). En el segundo estudio un 42.7% (524) de las muertes no tuvieron clasificación somática en

comparación al 25.9% (391) del primer estudio. Los resultados del segundo estudio mostraron una tasa de mortalidad dos veces mayor a la esperada, en la mujer la mortalidad total fue alta ( en la mujer la relación O/E: 1.9 y en el hombre la relación O/E: 1.7). La mortalidad en jóvenes fue mayor y al aumentar la edad esta disminuyó. El riesgo relativo de muerte para pacientes esquizofrénicos (mujeres y hombres) fue significativamente alto en todos los grupos de edad ( $P < 0.001$ ), la demencia también mostró alta mortalidad después de los 40 años ( $P < 0.001$ ). Menor porcentaje se encontró en los trastornos de personalidad (13%,  $P < 0.01$ ), en síndromes especiales (14%,  $P < 0.01$ ) y retraso mental (17%,  $P < 0.001$ ). En cuanto a las causas de muerte, el suicidio parece haberse incrementado en 1979 (30% más). En el estudio de 1969 la enfermedad respiratoria fue la mayor causa de muerte, para el segundo estudio una de las causas más frecuentes de muerte fue la cerebrovascular, sobre todo en el rango de edad de 40-69 años. En el estudio de 1969, el 46.5% de los pacientes tenía el diagnóstico de esquizofrenia en comparación con el 42.3% del estudio de 1979. Ambos estudios mostraron pocas muertes en el rango de edad de 20-39 años, en el primer estudio se encontró mayor número de muertes en hombres esquizofrénicos por enfermedad cardiovascular que en el segundo estudio. La muerte por enfermedad cerebrovascular se incrementó en 1979 para los pacientes esquizofrénicos (rango de edad de 40-69 años y más). En 1969 las mujeres esquizofrénicas, por arriba de los 40 años, mostraron una significativa mortalidad por neumonía, para 1979 esta diferencia había desaparecido (2,3).

**Amaddeo et al.** (1995) estudiaron la población psiquiátrica del sur de Verona, período de 1982-1991, incluyendo 3,172 sujetos, la mortalidad fue estudiada con relación al sexo, edad, diagnóstico, modelo de atención e intervalos de registro. Los grupos de edad se establecieron de 14-24, 25-44, 45-64 y mayores de 65 años. El diagnóstico psiquiátrico se basó en la clasificación del ICD-9, cuatro clases de diagnósticos se consideraron: 1) esquizofrenia, 2) trastornos afectivos, 3) dependencia a drogas y alcohol, 4) otros (trastornos orgánicos, trastornos de personalidad, neurosis, etc.). El Porcentaje de Mortalidad Estandarizado (SMRs) y el Poisson regression analysis fueron calculados. La mortalidad total fue menor al valor previamente reportado (SMR=1.63; 95% CI=1.5-1.8). Los hombres presentaron mayor mortalidad en todos los tipos de diagnóstico (SMR=2.24; 95% CI=1.9-2.6). La mortalidad para la dependencia a drogas y alcohol fue 4 veces más a la esperada (SMR=3.87; 95% CI=3.0-4.9) y más en hombres que en mujeres. El SMR para los pacientes esquizofrénicos fue de 1.76 y de 1.3 para los otros tipos de diagnóstico. Para las causas naturales de muerte, las infecciosas y las del sistema circulatorio tuvieron un SMR

alto (14.12), los neoplasmas malignos mostraron un SMR similar a la población general. El suicidio tuvo un SMR de 17.41 (en el grupo de edad de 25-44 años fue de 23.69). Este estudio mostró mayor mortalidad en aquellos pacientes con diagnóstico de dependencia a drogas y alcohol. La esquizofrenia tuvo el segundo lugar en mortalidad, en este estudio no se relacionó las causas de muerte con el tipo de diagnóstico (4).

**Martin et al.** realizaron un seguimiento de 6 a 12 años en 500 pacientes psiquiátricos externos, la tasa de mortalidad ocurrió 1.25 veces más de lo esperado. El suicidio y el homicidio mostraron una elevación excesiva (3.5 veces más de lo esperado); estas causas de muerte no naturales ocurrieron principalmente en adictos a drogas (SMR=16.67), homosexualidad (SMR=16.67), personalidad antisocial (SMR=14.71), alcoholismo (SMR=8.96), trastorno afectivo secundario (SMR=7.58) y la esquizofrenia ocupó el sexto lugar (SMR=5.88). Para las causas de muerte natural la esquizofrenia ocupó un cuarto lugar (SMR=2.72), el síndrome orgánico cerebral tuvo el primer lugar (SMR=4.17). Entre las causas de muerte natural las enfermedades neoplásicas obtuvieron un SMR de 1.51, siguiéndole las enfermedades del sistema circulatorio (SMR=1.27) (5). En 1997, **Prakash et al.** reportaron una tendencia alta para el riesgo de muerte en los primeros 30 meses posteriores a la primera admisión hospitalaria. La mortalidad observada fue mayor a la esperada (SMR=1.36), sin embargo, no fue estadísticamente significativa. Las causas de muerte más frecuentes fueron la cardiovascular y la infecciosa. En este estudio ningún paciente psiquiátrico murió por suicidio, a pesar de haber tenido el antecedente de intento suicida previo a su primera admisión (6).

Para los estudios de mortalidad en pacientes esquizofrénicos se han utilizado dos tipos de estrategias: 1) contabilizar el número de muertes observadas durante un período determinado, y 2) evaluar el número de muertes por cruzamiento entre los datos de un registro de casos y los datos de un registro de defunciones durante un período determinado y circunscrito a una región geográfica. Ambas estrategias tienen desventajas, pues en la primera resulta difícil lograr una muestra grande y requiere de un largo período de observación. En la segunda, se podría encontrar una falta de precisión en los datos recolectados y una subestimación del número de muertes, por ejemplo: la emigración. Este último método es el más utilizado en los estudios de mortalidad.

A partir del número de muertes, dos índices epidemiológicos son calculados:

a) Porcentaje de mortalidad estandarizado (SMR); es la relación entre el número de muertes observadas en la población estudiada y el número de muertes esperadas en una muestra de la población general, apareadas por la edad y el sexo. Un SMR >1 indica una mortalidad superior a la de la población general. Este índice es utilizado en la mayoría de los estudios.

b) La tasa de mortalidad por padecimiento y año.

Los estudios de mortalidad realizados a pacientes esquizofrénicos han reportado un SMR entre 1.5 y 3. Esto se traduce como una mortalidad mayor a la encontrada en la población general. En la población danesa se encontró un SMR de 1.17 ( $P < 0.01$ ), la muestra incluyó a 6152 pacientes esquizofrénicos. Empero, un nuevo estudio realizado en la misma región geográfica el cual incluyó a 9156 pacientes esquizofrénicos con su primera admisión, reportó un SMR de 4.68 para los hombres y de 2.34 para las mujeres (7-10). Un meta-análisis de la literatura existente sobre mortalidad en la esquizofrenia reportó un SMR de 151 (95% CI 148-154), con 10 años de sobrevivida en el 81% de los casos (11). La mortalidad es principalmente elevada en el grupo de edad de 20-40 años, el riesgo de suicidio esta relacionado con tal aumento; el SMR disminuye paulatinamente con la edad. En 1993, **Mortensen et al.** reportaron un SMR de 117.3 en hombres esquizofrénicos mayores de 60 años, este pico esta relacionado con el suicidio (9). Las mujeres presentan una mortalidad mayor a la de los hombres en algunos estudios, aunque la diferencia es pequeña en la mayoría de los estudios (12,13). En el meta-análisis de **Brown** (1997) el SMR para el hombre fue de 148 (95% CI 144-152) y para la mujer fue de 139 (95% CI 134-144) (11).

Entre las causas naturales de muerte se encontró a las enfermedades cardiovasculares (SMR 1.13) y respiratorias (SMR 1.98) como las más frecuentes tanto en hombres como en mujeres, siguiendo las enfermedades gastrointestinales y cerebrovasculares. Por otro lado, se dice que los esquizofrénicos tienen un menor riesgo a cáncer, empero, algunos autores contradicen tal afirmación. Estas diferencias pueden explicarse por la utilización de índices de comparación poco confiables (20). Los factores que podrían relacionarse con un menor riesgo a cáncer son: una dieta baja en carcinógenos, alteraciones bioquímicas propias de la enfermedad, menor actividad sexual, uso de neurolépticos, entre otros. Aunque este último puede ser un factor de riesgo para cáncer de mama por la hiperprolactinemia secundaria (21).

El suicidio es la causa no natural de muerte más frecuente en el esquizofrénico e incluso se ha reportado por encima de todas las demás (SMR 836, 95% CI 784-894); más frecuente en hombres jóvenes y el riesgo es especialmente mayor en el primer año de seguimiento (9). El período inmediato posterior a la hospitalización parece ser el más crítico: 48% de los suicidios ocurren en el primer mes y el 50% en los tres primeros meses (22-24).

## **DEFINICION DEL PROBLEMA**

En la actualidad, tanto en el ámbito nacional como estatal, no se cuenta con una información adecuada y específica sobre la tasa de mortalidad y causas de muerte en pacientes psiquiátricos. Y si consideramos que toda esta información epidemiológica es crucial para desarrollar programas de salud más eficaces; es válido interesarse en la obtención de dicha información. En particular, nuestro interés surge por no contar en el ámbito estatal ni nacional con estudios de mortalidad suficientes como para poder obtener datos idóneos sobre la tasa de mortalidad y causas de muerte en los pacientes esquizofrénicos, pues tales estudios son un medio importante de valoración de los cambios dados en los servicios de atención a la salud, de los nuevos métodos terapéuticos y de las medidas de prevención. Al encontrarnos con la falta de estudios de mortalidad en uno de los hospitales psiquiátricos más grandes de América Latina, se decidió investigar al respecto ya que la información que se obtuvo es de gran utilidad a futuro para mejorar la atención médica de los pacientes esquizofrénicos.

## **JUSTIFICACION**

La esquizofrenia ocurre en todas las culturas y la incidencia anual es de 2 a 4 casos en una población de 10 000 personas; el riesgo absoluto es del 1% a escala mundial. Esta enfermedad mental afecta tanto a hombres como mujeres, el pico de inicio de la enfermedad va de los 15 a los 25 años de edad en los hombres y de los 25 a los 35 años de edad en las mujeres. Como se puede observar, la esquizofrenia afecta principalmente a la población joven, repercutiendo importantemente en la productividad individual y colectiva, creando una problemática tanto familiar, social, económica y política.

Diversos estudios han reportado una mayor tasa de mortalidad en esta población

El suicidio es la causa no natural de muerte más frecuente en el esquizofrénico e incluso se ha reportado por encima de todas las demás (SMR 836, 95% CI 784-894); más frecuente en hombres jóvenes y el riesgo es especialmente mayor en el primer año de seguimiento (9). El período inmediato posterior a la hospitalización parece ser el más crítico: 48% de los suicidios ocurren en el primer mes y el 50% en los tres primeros meses (22-24).

## **DEFINICION DEL PROBLEMA**

En la actualidad, tanto en el ámbito nacional como estatal, no se cuenta con una información adecuada y específica sobre la tasa de mortalidad y causas de muerte en pacientes psiquiátricos. Y si consideramos que toda esta información epidemiológica es crucial para desarrollar programas de salud más eficaces; es válido interesarse en la obtención de dicha información. En particular, nuestro interés surge por no contar en el ámbito estatal ni nacional con estudios de mortalidad suficientes como para poder obtener datos idóneos sobre la tasa de mortalidad y causas de muerte en los pacientes esquizofrénicos, pues tales estudios son un medio importante de valoración de los cambios dados en los servicios de atención a la salud, de los nuevos métodos terapéuticos y de las medidas de prevención. Al encontrarnos con la falta de estudios de mortalidad en uno de los hospitales psiquiátricos más grandes de América Latina, se decidió investigar al respecto ya que la información que se obtuvo es de gran utilidad a futuro para mejorar la atención médica de los pacientes esquizofrénicos.

## **JUSTIFICACION**

La esquizofrenia ocurre en todas las culturas y la incidencia anual es de 2 a 4 casos en una población de 10 000 personas; el riesgo absoluto es del 1% a escala mundial. Esta enfermedad mental afecta tanto a hombres como mujeres, el pico de inicio de la enfermedad va de los 15 a los 25 años de edad en los hombres y de los 25 a los 35 años de edad en las mujeres. Como se puede observar, la esquizofrenia afecta principalmente a la población joven, repercutiendo importantemente en la productividad individual y colectiva, creando una problemática tanto familiar, social, económica y política.

Diversos estudios han reportado una mayor tasa de mortalidad en esta población

El suicidio es la causa no natural de muerte más frecuente en el esquizofrénico e incluso se ha reportado por encima de todas las demás (SMR 836, 95% CI 784-894); más frecuente en hombres jóvenes y el riesgo es especialmente mayor en el primer año de seguimiento (9). El período inmediato posterior a la hospitalización parece ser el más crítico: 48% de los suicidios ocurren en el primer mes y el 50% en los tres primeros meses (22-24).

## **DEFINICION DEL PROBLEMA**

En la actualidad, tanto en el ámbito nacional como estatal, no se cuenta con una información adecuada y específica sobre la tasa de mortalidad y causas de muerte en pacientes psiquiátricos. Y si consideramos que toda esta información epidemiológica es crucial para desarrollar programas de salud más eficaces; es válido interesarse en la obtención de dicha información. En particular, nuestro interés surge por no contar en el ámbito estatal ni nacional con estudios de mortalidad suficientes como para poder obtener datos idóneos sobre la tasa de mortalidad y causas de muerte en los pacientes esquizofrénicos, pues tales estudios son un medio importante de valoración de los cambios dados en los servicios de atención a la salud, de los nuevos métodos terapéuticos y de las medidas de prevención. Al encontrarnos con la falta de estudios de mortalidad en uno de los hospitales psiquiátricos más grandes de América Latina, se decidió investigar al respecto ya que la información que se obtuvo es de gran utilidad a futuro para mejorar la atención médica de los pacientes esquizofrénicos.

## **JUSTIFICACION**

La esquizofrenia ocurre en todas las culturas y la incidencia anual es de 2 a 4 casos en una población de 10 000 personas; el riesgo absoluto es del 1% a escala mundial. Esta enfermedad mental afecta tanto a hombres como mujeres, el pico de inicio de la enfermedad va de los 15 a los 25 años de edad en los hombres y de los 25 a los 35 años de edad en las mujeres. Como se puede observar, la esquizofrenia afecta principalmente a la población joven, repercutiendo importantemente en la productividad individual y colectiva, creando una problemática tanto familiar, social, económica y política.

Diversos estudios han reportado una mayor tasa de mortalidad en esta población

con respecto a la población general. Conocer la tasa de mortalidad y las causas de muerte en los esquizofrénicos permitirá mejorar su atención médica en todos los niveles, creando programas de atención a la salud más eficaces y coherentes con la realidad del paciente esquizofrénico. Realizar un estudio de mortalidad en el hospital psiquiátrico más grande de México, proporcionará datos epidemiológicos de gran valor y que a futuro formarán parte de la base de donde partirán estrategias para mejorar la calidad de vida de una de las poblaciones socialmente más desprotegidas.

## **HIPOTESIS**

La hipótesis consistió en que encontraríamos una tasa de mortalidad mayor a la de la población general, y pensaríamos que el tipo de causa de muerte estaría determinado por la sintomatología propia de la enfermedad y por las condiciones de vida de los pacientes esquizofrénicos.

## **OBJETIVOS**

- 1) Establecer la tasa de mortalidad y causas de muerte en la población esquizofrénica del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" durante un período de 2 años.
- 2) Comparar los resultados con los de la población general.

## **DISEÑO**

Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y comparativo.

### **Universo:**

- \* Geográfico: Área del Distrito Federal, México.
- \* Demográfico: La población psiquiátrica registrada en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y datos demográficos de la población general perteneciente al Distrito Federal.
- \* Cronológico: Comprendió el período del 1° de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1998.

con respecto a la población general. Conocer la tasa de mortalidad y las causas de muerte en los esquizofrénicos permitirá mejorar su atención médica en todos los niveles, creando programas de atención a la salud más eficaces y coherentes con la realidad del paciente esquizofrénico. Realizar un estudio de mortalidad en el hospital psiquiátrico más grande de México, proporcionará datos epidemiológicos de gran valor y que a futuro formarán parte de la base de donde partirán estrategias para mejorar la calidad de vida de una de las poblaciones socialmente más desprotegidas.

## **HIPOTESIS**

La hipótesis consistió en que encontraríamos una tasa de mortalidad mayor a la de la población general, y pensaríamos que el tipo de causa de muerte estaría determinado por la sintomatología propia de la enfermedad y por las condiciones de vida de los pacientes esquizofrénicos.

## **OBJETIVOS**

- 1) Establecer la tasa de mortalidad y causas de muerte en la población esquizofrénica del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" durante un período de 2 años.
- 2) Comparar los resultados con los de la población general.

## **DISEÑO**

Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y comparativo.

### **Universo:**

- \* Geográfico: Área del Distrito Federal, México.
- \* Demográfico: La población psiquiátrica registrada en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y datos demográficos de la población general perteneciente al Distrito Federal.
- \* Cronológico: Comprendió el período del 1° de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1998.

con respecto a la población general. Conocer la tasa de mortalidad y las causas de muerte en los esquizofrénicos permitirá mejorar su atención médica en todos los niveles, creando programas de atención a la salud más eficaces y coherentes con la realidad del paciente esquizofrénico. Realizar un estudio de mortalidad en el hospital psiquiátrico más grande de México, proporcionará datos epidemiológicos de gran valor y que a futuro formarán parte de la base de donde partirán estrategias para mejorar la calidad de vida de una de las poblaciones socialmente más desprotegidas.

## **HIPOTESIS**

La hipótesis consistió en que encontraríamos una tasa de mortalidad mayor a la de la población general, y pensaríamos que el tipo de causa de muerte estaría determinado por la sintomatología propia de la enfermedad y por las condiciones de vida de los pacientes esquizofrénicos.

## **OBJETIVOS**

- 1) Establecer la tasa de mortalidad y causas de muerte en la población esquizofrénica del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" durante un período de 2 años.
- 2) Comparar los resultados con los de la población general.

## **DISEÑO**

Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y comparativo.

### **Universo:**

- \* Geográfico: Área del Distrito Federal, México.
- \* Demográfico: La población psiquiátrica registrada en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y datos demográficos de la población general perteneciente al Distrito Federal.
- \* Cronológico: Comprendió el período del 1° de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1998.

con respecto a la población general. Conocer la tasa de mortalidad y las causas de muerte en los esquizofrénicos permitirá mejorar su atención médica en todos los niveles, creando programas de atención a la salud más eficaces y coherentes con la realidad del paciente esquizofrénico. Realizar un estudio de mortalidad en el hospital psiquiátrico más grande de México, proporcionará datos epidemiológicos de gran valor y que a futuro formarán parte de la base de donde partirán estrategias para mejorar la calidad de vida de una de las poblaciones socialmente más desprotegidas.

## **HIPOTESIS**

La hipótesis consistió en que encontraríamos una tasa de mortalidad mayor a la de la población general, y pensaríamos que el tipo de causa de muerte estaría determinado por la sintomatología propia de la enfermedad y por las condiciones de vida de los pacientes esquizofrénicos.

## **OBJETIVOS**

- 1) Establecer la tasa de mortalidad y causas de muerte en la población esquizofrénica del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" durante un período de 2 años.
- 2) Comparar los resultados con los de la población general.

## **DISEÑO**

Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y comparativo.

### **Universo:**

- \* Geográfico: Área del Distrito Federal, México.
- \* Demográfico: La población psiquiátrica registrada en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y datos demográficos de la población general perteneciente al Distrito Federal.
- \* Cronológico: Comprendió el período del 1° de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1998.

### **Criterios de Inclusión:**

- \* Pacientes registrados y con expediente en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" durante el período ya definido.
- \* Pacientes de sexo femenino y masculino.
- \* Pacientes mayores de 18 años de edad.
- \* Pacientes que cumplieran con los criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia según el CIE-9/10 (14-15).
- \* Pacientes residentes del Distrito Federal, México.
- \* Pacientes con familiares que pudieran proporcionar los datos del certificado de defunción y residieran en el Distrito Federal, México.

### **Variables:**

#### Nominal de tipo dicotómica:

Esquizofrenia

Sexo: Femenino / Masculino

#### Dimensional de intervalo continua:

Edad al morir

#### Nominal:

Causas naturales de muerte:

- 1) Infecciosas
- 2) Neoplasias
- 3) Enfermedad respiratoria
- 4) Enfermedad cardiovascular
- 5) Enfermedad cerebrovascular
- 6) Enfermedad del aparato digestivo
- 7) Enfermedad genito-urinaria
- 8) Otras enfermedades

Causas no naturales de muerte:

- 9) Suicidio

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

10) Accidentes

11) Homicidio

Estado civil: soltero/casado/divorciado/separado/viudo

Escolaridad: ninguna/primaria/secundaria/bachillerato/técnica/profesional

Ordinal:

Nivel socioeconómico: bajo/medio/alto

### **Captación de Información:**

Para los pacientes psiquiátricos:

Esta se obtuvo a través de los expedientes y de los familiares.

De los expedientes: Se obtuvo nombre completo, sexo, edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, origen, residencia, domicilio, teléfono, diagnóstico psiquiátrico y fecha de la última consulta y/o hospitalización. La recolección de datos fue manual.

De los familiares: Se obtuvo fecha y causas de muerte según el certificado de defunción, edad al morir, si recibió atención médica previa, si estaba en tratamiento psiquiátrico antes de morir. La recolección de datos fue vía telefónica o por correo, a través de una encuesta breve.

Para la población general:

Se obtuvo la información necesaria para el estudio a través de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) de 1997.

### **Análisis e Interpretación de la Información:**

A través de Medidas de mortalidad:

\* Tasa de mortalidad específica anual (TMEA):

$$\text{TMEA} = \frac{\text{No. total de muertes en un subgrupo específico durante un año}}{\text{Total de la población en ese subgrupo específico al año}} \times 1000$$

\* Tasa de mortalidad específica para una enfermedad particular (TMEE):

$$\text{TMEE} = \frac{\text{No. de muertes debidas a una enfermedad en un subgrupo específico durante un año}}{\text{Total de la población en el subgrupo específico a ese año}} \times 1000$$

\*Ref. (16,17)

La presentación de la información fue a través de datos de frecuencia, porcentajes, gráficas de barras, circular y tablas.

## **RECURSOS**

Humanos: Se contó con una sola persona para la recolección de datos.

Físicos: Archivo general del hospital, teléfono, correo, computadora, papelería.

Financieros: Los propios.

$$\text{TMEA} = \frac{\text{No. total de muertes en un subgrupo específico durante un año}}{\text{Total de la población en ese subgrupo específico al año}} \times 1000$$

\* Tasa de mortalidad específica para una enfermedad particular (TMEE):

$$\text{TMEE} = \frac{\text{No. de muertes debidas a una enfermedad en un subgrupo específico durante un año}}{\text{Total de la población en el subgrupo específico a ese año}} \times 1000$$

\*Ref. (16,17)

La presentación de la información fue a través de datos de frecuencia, porcentajes, gráficas de barras, circular y tablas.

## **RECURSOS**

Humanos: Se contó con una sola persona para la recolección de datos.

Físicos: Archivo general del hospital, teléfono, correo, computadora, papelería.

Financieros: Los propios.

## RESULTADOS

Durante el período del 1° de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1998 egresaron 5,847 pacientes del servicio de hospitalización continua perteneciente al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"; el total de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia al egreso fue de 980 (16.76%), donde 515 pacientes (52.55%) tenían su residencia en el Distrito Federal durante el estudio y el resto eran foráneos. De los 515 pacientes esquizofrénicos sólo 77 de ellos no pudieron ser contactados vía telefónica o correo porque el expediente no contaba con un número telefónico y la dirección estaba incompleta. La información se obtuvo por el expediente y por vía telefónica, sobre todo en aquellos pacientes que no habían asistido a consulta externa después de su egreso hospitalario o la habían suspendido.

Por consiguiente, el número total de pacientes incluidos para el estudio fue de 438. Las frecuencias y porcentajes por grupo de edad en años se describen en la **Tabla 1**, donde la frecuencia más alta fue para el rango de 26 a 30 años (n = 76). La población esquizofrénica estudiada incluyó a 259 hombres y 179 mujeres (**Tabla 2**).

El subtipo de esquizofrenia más frecuente, según el CIE-10, fue el paranoide y le siguió el subtipo indiferenciado (**Tabla 3**). La mayor parte de pacientes estudiados pertenecían al nivel socioeconómico bajo (77.4%) y el restante al nivel medio (22.6%); el 26.5% logró estudios incompletos de licenciatura, el 22.8% bachillerato, para secundaria 22.8%, primaria con 20.3% y sólo el 1.4% eran analfabetas. La relación entre edad-diagnóstico y sexo-diagnóstico se describen en la **Tabla 4** y en el **Gráfico 1** respectivamente.

La información para conocer si el paciente continuaba vivo se obtuvo de dos maneras: por el expediente, a través de una nota de consulta externa reciente, y por vía telefónica al contactar con un familiar. Por este último procedimiento se nos informó de la muerte de 6 pacientes y demás datos necesarios al estudio (causa de muerte, fecha de defunción, si estaba bajo tratamiento psiquiátrico, etc.) y uno más por medio del expediente en donde se encontró alta definitiva por defunción.

El número de pacientes muertos durante los dos años de seguimiento fue de 7 (1.59%): tres hombres y cuatro mujeres; las edades al momento de la muerte fueron de

30,31(2),36,43,46 y 69 años. La causa no natural de muerte fue la más frecuente entre ellos: 4 suicidios (57.14%) y 2 accidentes: automovilístico y por atropellamiento (28.57%), sólo una muerte por causa natural se encontró (14.28%), esta se debió a un infarto de miocardio en una paciente femenina de 69 años de edad, divorciada, con diagnóstico de esquizofrenia residual y tratamiento psiquiátrico. Los tres pacientes masculinos murieron por suicidio (dos por ahorcamiento y uno no especificado), las edades al morir fueron de 30,36 y 43 años, dos solteros y un casado; dos de ellos se suicidaron a los 4 meses de haber egresado del servicio de hospitalización continua y el otro al mes de su egreso, los tres estaban bajo tratamiento medicamentoso antes de morir. De las cuatro mujeres, una muere por causa natural (previamente comentado), dos por accidente y una por suicidio; esta última muere por complicaciones médicas debido a la ingesta de sustancia cáustica a los 31 años de edad, era soltera y tenía 9 meses de haber egresado de hospitalización continua y seguía bajo tratamiento psiquiátrico antes del suicidio. Las dos pacientes que mueren por accidente tenían 31 y 46 años respectivamente, ambas solteras, una de ellas había abandonado el tratamiento psiquiátrico desde hace 11 meses y muere por atropellamiento; la otra paciente asistía a Hospitalización parcial y muere por accidente automovilístico.

El suicidio fue la causa de muerte más frecuente en este grupo de pacientes y la única causa para los pacientes masculinos (**Gráfico 2**). El riesgo relativo de muerte en las mujeres fue más alto pero no significativo (RR=1.92). En la **Tabla 5** se hace un resumen de las características de los pacientes previamente comentados.

Finalmente, se obtienen con los datos las tasas de mortalidad específica por edad, sexo y diagnóstico (**Tabla 6,7 y 8**). La tasa de mortalidad específica anual para 1997 fue de 4.5 por 1,000 habitantes y para 1998 fue de 11.4 por 1,000 habitantes. No se realizó tasa de mortalidad ajustada debido al número de muertes reportadas.

**Tabla 1 Distribución por edad en la población esquizofrénica estudiada**

Grupo de edad en años	Esquizofrénicos	
	n	%
18 a 20	19	4.3
21 a 25	58	13.2
26 a 30	76	17.4
31 a 35	73	16.7
36 a 40	64	14.7
41 a 45	51	11.6
46 a 50	39	8.9
51 a 55	23	5.2
56 a 60	21	4.9
61 a 65	6	1.3
>66	8	1.7
	<b>438</b>	<b>100</b>

**Tabla 2 Distribución por sexo en la población esquizofrénica estudiada**

Sexo	Esquizofrénicos	
	n	%
Masculino	259	59.1
Femenino	179	40.9
Total	<b>438</b>	<b>100</b>

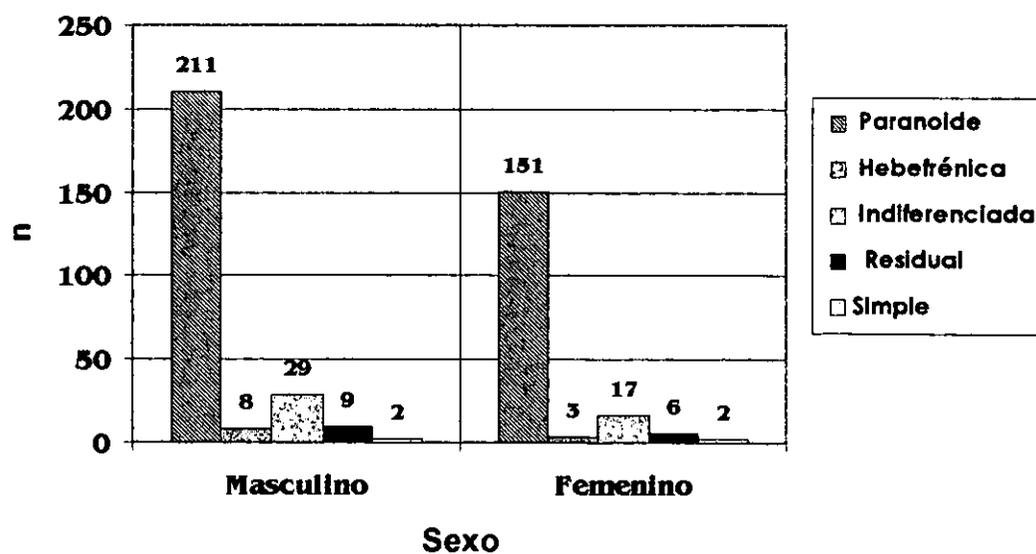
**Tabla 3 Subtipos de Esquizofrenia**

Diagnóstico	Esquizofrénicos	
	n	%
Paranoide	362	82.6
Hebefrénica	11	2.5
Indiferenciada	46	10.5
Residual	15	3.4
Simple	4	0.9

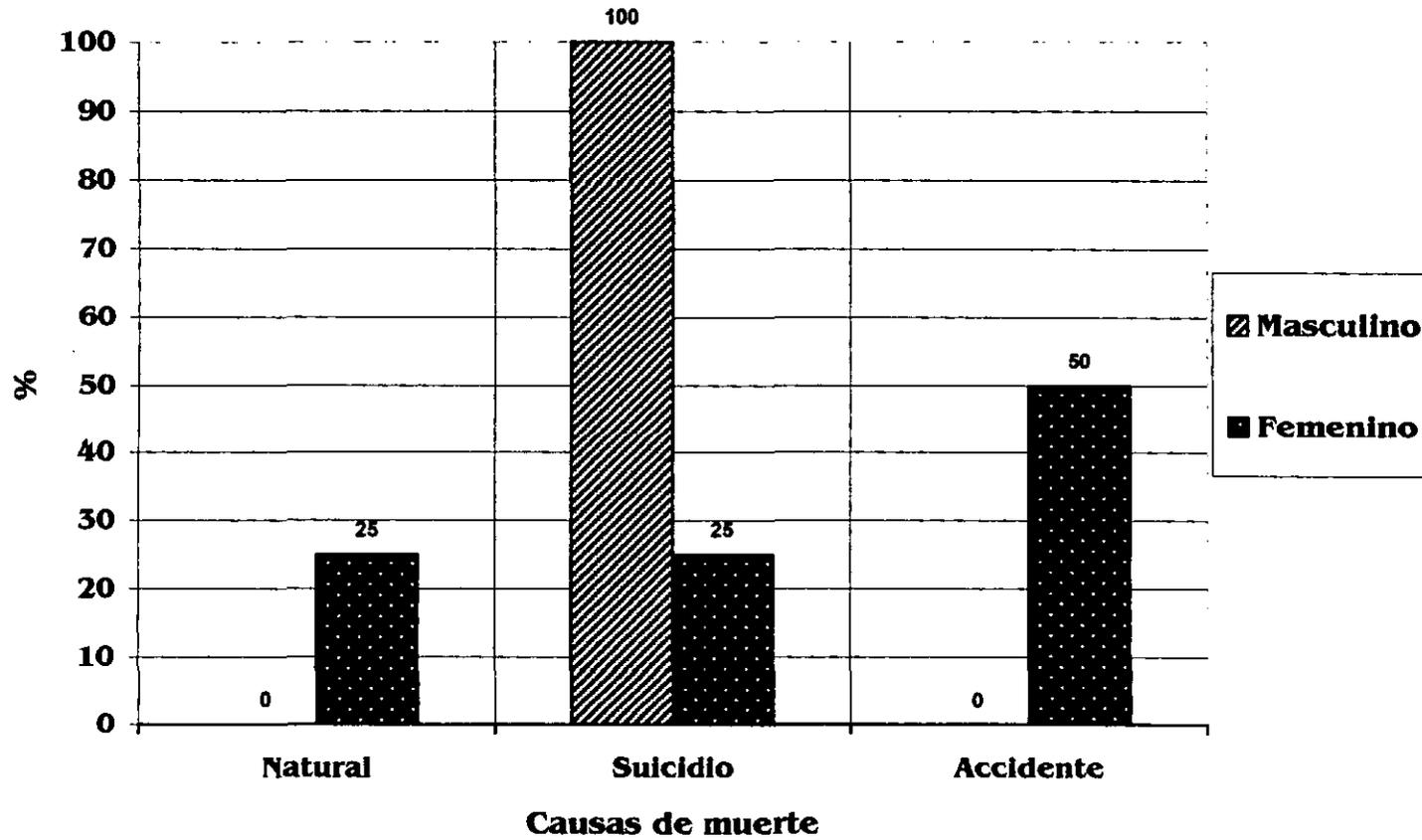
**Tabla 4** Relación entre grupo de edad y diagnóstico

Grupo de edad en años	Diagnóstico					Total
	Paranoide	Hebefrénica	Indiferenciada	Residual	Simple	
18 a 20	11	3	4	0	1	19
21 a 25	47	0	11	0	0	58
26 a 30	60	3	12	1	0	76
31 a 35	65	1	5	2	0	73
36 a 40	59	1	2	0	2	64
41 a 45	40	3	5	2	1	51
46 a 50	34	0	2	3	0	39
51 a 55	18	0	2	3	0	23
56 a 60	17	0	2	2	0	21
61 a 65	5	0	1	0	0	6
>66	6	0	0	2	0	8
<b>Total</b>	<b>362</b>	<b>11</b>	<b>46</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>438</b>

**Gráfico 1.** Relación entre sexo y diagnóstico



**Gráfico 2 Relación entre sexo y causas de muerte**



**Tabla 5** Información resumida de los pacientes muertos

	n
<b>Sexo</b>	
Masculino	3
Femenino	4
<b>Edad</b>	
25-34	3
35-44	2
45-54	1
>65	1
<b>Estado civil</b>	
Soltero	5
Casado	1
Divorciado	1
<b>Escolaridad</b>	
Primaria	3
Secundaria	1
Técnica	2
Profesional	1
<b>Nivel socioeconómico</b>	
Bajo	5
Medio	2
<b>Diagnóstico</b>	
E. Paranoide	5
E. Indiferenciada	1
E. Residual	1
<b>Causa de muerte</b>	
<u>Natural</u>	
Infarto de miocardio	1
<u>No natural</u>	
Suicidio	4
Accidente	2

**Tabla 6 Mortalidad especificada por edad**

Grupo de edad en años	Esquizofrénicos		Defunciones 1997 - 1998	TME* por edad por 1000
	n	%		
18 a 24	65	14.8	0	0
25 a 34	145	33.1	3	0.02
35 a 44	122	27.9	2	0.016
45 a 54	64	14.6	1	0.015
55 a 64	33	7.6	0	0
>65	9	1.9	1	0.111
	438	100	7	

\* Tasa de mortalidad específica

**Tabla 7 Mortalidad especificada por sexo**

Sexo	Esquizofrénicos		Defunciones 1997-1998	TME* por sexo por 1000
	n	%		
Masculino	259	59.1	3	0.011
Femenino	179	40.9	4	0.022
	438	100	7	

\* Tasa de mortalidad específica

**Tabla 8 Mortalidad especificada por subtipo de Esquizofrenia**

Diagnóstico	Esquizofrénicos		Defunciones en 1997-1998	TME* por diagnóstico por 1000
	n	%		
Paranoide	362	82.6	5	0.013
Hebefrénica	11	2.5	0	0
Indiferenciada	46	10.5	1	0.021
Residual	15	3.4	1	0.066
Simple	4	0.9	0	0

\* Tasa de mortalidad específica

## DISCUSION

En el grupo de pacientes esquizofrénicos estudiados la tasa de mortalidad específica anual fue alta (15.9 por 1,000 habitantes para los dos años) en comparación a la de la población general del Distrito Federal (5.9 por 1000 habitantes); esto se traduce como una mayor mortalidad en los pacientes esquizofrénicos con respecto a la población general (7-10). Asimismo, la tasa de mortalidad en las mujeres fue ligeramente superior a la del hombre (en otros estudios han reportado la misma relación) (12,13). La mortalidad general fue descendiendo paulatinamente con la edad.

El suicidio fue la causa no natural de muerte más frecuente en este grupo y por consiguiente superior al porcentaje reportado para la población general (57.14% contra 0.8%). El suicidio se presentó principalmente en hombres jóvenes y en los primeros 4 meses de haber egresado del servicio de hospitalización continua; el ahorcamiento fue la forma más frecuente de suicidio y en segundo lugar la ingesta de sustancias líquidas, en la población general del Distrito Federal el ahorcamiento, estrangulación y sofocación son las maneras más frecuentemente utilizadas para suicidarse. De los pacientes suicidas 3 eran solteros y uno casado; probablemente el ser soltero sea una condición desfavorable para el esquizofrénico debido al rechazo y poco interés que sufre por parte de la familia, pues el paciente se convierte en una carga económica y social para ella, minimizando así la importancia del cuidado y vigilancia cotidianas del paciente, sobre todo en aquellos que recientemente han presentado una agudización de sus síntomas pues normalmente el riesgo de autoagresión disminuye paulatinamente con el tiempo y no precisamente a su egreso hospitalario.

Los accidentes también son otra causa de muerte no natural en el paciente esquizofrénico y el porcentaje encontrado en el estudio fue superior al de la población general (28% y 2.7% respectivamente), la presencia de conductas erráticas y el pobre enjuiciamiento pueden ser factores importantes para la explicación de esta diferencia porcentual; en el estudio una paciente murió al ser atropellada por un vehículo, ella no se encontraba en tratamiento psiquiátrico desde hace 11 meses y quizá la falta de tratamiento podría haber sido un factor participante en la muerte de la paciente.

La única causa natural de muerte se dió por isquemia cardiaca y tal dato esta acorde con los hallazgos de estudios donde esta causa ocupa los primeros lugares en su

categoría. Los factores que se han propuesto para explicar el incremento en la mortalidad por enfermedad cardiovascular son el consumo excesivo de tabaco, el uso crónico de neurolépticos al asociarse con arritmias y cardiotoxicidad (20). Por otra parte, el 82.6% de los pacientes pertenecían al subtipo paranoide, y el subtipo indiferenciado ocupó el segundo lugar al reportar el 10.5%. El nivel socioeconómico bajo predominó en la mayoría de los pacientes estudiados, esta condición también predominó en los pacientes muertos, incluso tres pacientes suicidas pertenecía a esa clase socioeconómica.

Aunque la muestra no fue grande y el número de muertes fue aparentemente bajo para los dos años de seguimiento, el análisis de los resultados permite comprender claramente que estos son representativos y coherentes con la realidad del paciente esquizofrénico. La alta mortalidad encontrada en los esquizofrénicos con respecto a la población general apoya la hipótesis inicial de este trabajo y la causalidad queda determinada por la sintomatología y las condiciones de vida. El hecho de que la causa principal de muerte haya sido el suicidio puede ser explicada por el tipo de síntomas (alucinaciones auditivas de comando, ideas suicidas, depresión, etc.) y el probable abandono social y familiar del paciente, pues es frecuente darles una atención pobre debido a la deficiente información y comprensión que la familia tiene sobre el padecimiento psiquiátrico; agregándose la frustración, el rencor y desinterés generados por la difícil y patológica relación que se establece entre la familia y el esquizofrénico. Asimismo, los hombres jóvenes y solteros tienen mayor riesgo de suicidarse que las mujeres jóvenes, probablemente se deba a que hay un mayor número de mujeres esquizofrénicas con pareja e hijos, por lo cual cuentan con mayor apoyo familiar e incluso los hijos suelen ser un freno para la paciente y así no llevar a cabo conductas autoagresivas por temor a abandonarlos. Otro aspecto importante que debería reforzarse, es la vigilancia estrecha por parte del familiar en los primeros meses de haber egresado el paciente de hospitalización continua debido al riesgo suicida, este dato se ha encontrado en diversos estudios (22-24).

Finalmente, la creación de mejores medicamentos antipsicóticos, un mayor apoyo a la investigación psiquiátrica, la orientación y supervisión del medio familiar, la elaboración de proyectos de asistencia social que creen medios para que los esquizofrénicos puedan laborar a su ritmo y no terminar como indigentes, creando mayores problemas sociales. Ayudará a mejorar la calidad de vida y disminuirá la mortalidad en esta población.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bruce M. Tefft, PhD; Andreas M. Pederson, PhD; Haroutun M. Babigian, MD: Patterns of Death Among Suicide Attempters, a Psychiatric Population, and a General Population. *Arch Gen Psychiatry* 34:1155-1161, 1977.
2. Giel R., Dijk S. and Van Weerden-Dijkstra: Mortality in the long-stay population of all Dutch mental hospitals. *Acta Psychiat. Scand.* 57:361-368, 1978.
3. Brook O. H: Mortality in the long-stay population of Dutch mental hospital. *Acta psychiatr. scand.* 71:626-635, 1985.
4. Amadeo F., Bisoffi G., Bonizzato P., Micciolo R. and Tansella M: Mortality Among Patients with Psychiatric Illness. *Br J Psychiatry* 166:783-788, 1995.
5. Martin R. MD, Cloninger R. MD, Guze S. MD, Clayton P. MD: Mortality in a Follow-up of 500 Psychiatric Outpatients. *Arch Gen Psychiatry* 42:58-66, 1985.
6. Prakash N., Steffan D., Buckley A. and Lee A: Long-term mortality after first psychiatric admission. *Br J Psychiatry* 170:43-46, 1997.
7. Mortensen PB, Juel K: Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark. *Acta psychiatr Scand* 81:372-377, 1990.
8. Jorgensen PM and Mortensen PB: Incidence and Other Aspects of the Epidemiology of Schizophrenia in Denmark, 1971-87. *Br J Psychiatry* 161:489-495, 1992.
9. Mortensen PB and Juel K: Mortality and Causes of Death in First Admitted Schizophrenic Patients. *Br J Psychiatry* 163:183-189, 1993.
10. Tabbane, R. Joober, C. Spadone, M:F. Poirer, J:P Olié: Mortalité et causes de décès dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, XIX:23-8, 1993.
11. Brown Steve: Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 171:502-508, 1997.
12. Eastwood MR, Stiasnys, Meier HMR: Mental illness and mortality. *Compr Psychiatry* 23:377-85, 1982.
13. Wood JB, Evenson RC, Cho DW et al. Mortality variations among public mental health patients. *Acta Psychiatr Scand* 72:218-29, 1985.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978) *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-9)*. Geneva: WHO.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992) *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10)*. Geneva: WHO.
16. Cañedo, L. *Investigación clínica*. Editorial Interamericana. México. 1993.
17. Cañedo, L., Martínez, E., Méndez, I., Bravo, C., Rodríguez, S., Núñez, J. y Deffis, G: La mortalidad y su relación con factores sociales, económicos y culturales. *Sal Pub Mex*, 19, 805-849, 1977.
18. Breslow NE, Day NE: *Statistical methods in cancer research. The design and analysis of cohort studies*. Lyon: IARC Scientific Publications No. 82, 1987.
19. Ipsen J, Feigl P. *Bancroft's introduction to biostatistics*. 2nd ed. Nex York: Harper & Row, 1970: 73-75.
20. Craig, T.J. and Lin, S.P: Cancer and mental illness. *Compr Psychiatry* 22:404-410, 1981.
21. Gulbinat W., Dupont A., Jablensky A. et al: Cancer Incidence of Schizophrenic Patients. *Br J Psychiatry* 161(suppl.18):75-85, 1992.
22. Haugland G., Craig T.J., Goodman A.B., et al: Mortality in the era of deinstitutionalization. *Am J Psychiatry* 140:848-852, 1983.
23. Allebeck P., Wistedt B: Mortality in schizophrenia. A ten year follow-up based on Stockholm Country in patients register. *Arch Gen Psychiatry* 43:650-653, 1986.
24. Roy A: Suicide in chronic schizophrenia . *Br J Psychiatry* 141:171177, 1982.