

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA
Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

PSIQUIATRIA

QUE PRESENTA

JOSÉ LUIS CARMONA RAMÍREZ

ASESOR TEÓRICO: **DRA. CARMEN ROJAS CASAS**

ASESOR METODOLÓGICO: **DRA. SILVIA ORTIZ LEÓN**

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL,
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.
Vol. No.
Alejandro Díaz Martínez
DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ

MÉXICO, D. F., A 27 DE FEBRERO DEL 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco, en primer lugar a la máxima casa de estudios,
UNAM, por hacer realidad un sueño.

Al Hospital Fray Bernardino Alvarez, por darme la oportunidad
de evolucionar y mejorar como ser humano.

A mis compañeros residentes, en especial a los que formamos la
guardia dos, ya que siempre caminamos juntos.

A todos los Médicos Psiquiatras y Personal de Enfermería, que
brindaron su apoyo y su conocimiento.

A mi familia y seres queridos, que forman el pilar de mi camino.

Y a Dios, por lo que soy ahora..alguien que ahora puede
escuchar.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Jose Luis
Carreón Ramírez

FECHA: 11/09/04

FIRMA: [Firma]

INDICE.

1. INTRODUCCION.....	3
2. MARCO TEORICO.....	5
3. JUSTIFICACION.....	16
4. HIPOTESIS Y OBJETIVOS.....	17
5. MATERIAL Y METODO.....	18
6. RECURSOS.....	21
7. RESULTADOS Y ANALISIS ESTADISTICO.....	22
8. DISCUSION.....	24
9. CONCLUSIONES.....	27
11. BIBLIOGRAFIA.....	28
12. ANEXOS.....	32

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS.

I. INTRODUCCION.

Desde las primeras civilizaciones, hasta la Edad Media, la Enfermedad Mental ha sido atribuida a influencias mágicas y religiosas. En el siglo XVIII, ya eran consideradas como estados simultáneos de excitación y colapso en diferentes regiones del cerebro, incluso se inició su clasificación. Ya en el siglo XIX, se postulaba que se originaban en el cerebro, se empezó hablar sobre la herencia y factores externos que influían en éste. Sería en el siglo XX, cuando se definiría un sustrato anatómico y una parte psicológica, el progreso fue importante, y la farmacología clínica generaba nuevas causas químicas. Actualmente aún se carece de indicadores claros de patología, pero ya se conoce que existen fenómenos del desarrollo, contribuciones genéticas, ambientales y fenómenos madurativos, que se combinan de diversas maneras – para producir salud o enfermedad mental. (13)

Dentro de las enfermedades mentales, están las psicosis, quienes han estado presentes a través de la historia del ser humano, aun en el siglo XIX, los trastornos psicóticos eran considerados como formas de locura. De ellas el – espectro más importante es el que corresponde a la esquizofrenia, llamada Demencia precoz por Kraepelin, hace 100 años, siendo Bleuler quien acuñara este término.(13). Porque se ha reconocido como un trastorno devastador para quienes la padecen y para sus familiares, es la más frecuente, es de curso crónico e incapacitante, genera costos económicos enormes, un importante problema de salud pública.(2)

Aunque ha habido un avance sustancial en la investigación diagnóstica, terapéutica, así como en los aspectos neurobioquímicos y neuroanatómicos, la etiología y los mecanismos patogénicos permanecen aun inciertos. Quizá uno de los obstáculos de que esto permanezca oscuro es lo heterogéneo de la expresión clínica de la enfermedad. (27). Desde los comienzos del siglo XX, se ha considerado a los factores hereditarios y ambientales, capaces de afectar el neurodesarrollo y establecer la vulnerabilidad para la esquizofrenia, (11), por lo que clínicos e investigadores la han considerado como un proceso genético pero por sí solo, lo genético no puede explicar el proceso, por ello se han propuesto otras causas, factores no genéticos, como infecciones y complicaciones perinatales. (6)

Por lo que el entendimiento de las causas de la esquizofrenia se ha incrementado y se ha llegado a la conclusión de que esta patología es un síndrome del neurodesarrollo, y que su etiología es multifactorial. Actualmente se ha dado un interés particular por aquellos factores que lo afecten directamente, como los ambientales.

Epidemiológicamente hay evidencias que implicaciones ambientales son riesgo en la etiología de la Esquizofrenia, un ejemplo serían las complicaciones obstétricas, que se han encontrado con alta frecuencia en los antecedentes de los pacientes esquizofrénicos que en sujetos normales, conclusión de diversos meta-análisis de casos y controles, y estudios de cohorte. (4, 9, 11, 29)

Por esta razón estudios epidemiológicos han evaluado las complicaciones obstétricas y se han relacionado con el inicio temprano de la Esquizofrenia, ser frecuentes en el subtipo indiferenciado, con historia familiar negativa, en aquellos con pobres resultados, como sinergia con la genética o su asociación. (9,15)

En las últimas décadas diversos estudios epidemiológicos intentan descubrir características sociodemográficas que se comportan como factores concomitantes, precipitantes y predisponentes, de la Esquizofrenia y que han sido elementos importantes para conocer la probabilidad de padecerla.

En nuestro medio no se cuenta con estudios al respecto, en 1997 se realizó una revisión de expedientes, buscando hallazgos entre el antecedente de complicación obstétrica y enfermedad mental sin especificación. Y actualmente se esta realizando una investigación sobre factores de riesgo asociados a la presencia de psicosis no afectivas.

El presente estudio describe el comportamiento de factores sociodemográficos y obstétricos, como concomitantes y predisponentes para la esquizofrenia, en nuestra población mexicana.

II. MARCO TEORICO.

Diversas disciplinas se han involucrado con la psiquiatría tras el fin de dar explicación al origen y desarrollo de los trastornos mentales, la psicogenética, la psicobiología, la neuropsiquiatría, la imagenología, entre otras neurociencias, y continuarán aportando importantes contribuciones al desarrollo de la psiquiatría. Hay quienes opinan que las enfermedades mentales son tan heterogéneas por lo que tal vez nunca se logre reconocer los procesos causales. Con respecto a la Esquizofrenia, se han obtenido descubrimientos muy importantes en las últimas décadas, de ello hablaremos.

El concepto base que hoy se conoce, es que la citoarquitectura del cerebro normal del adulto depende de una serie de procesos evolutivos, que incluyen la Génesis, la Migración y la Diferenciación celular neuronal,(13) y esto ha ayudado a determinar que la Esquizofrenia sea una alteración de la migración neuronal que sucede muy probablemente en el segundo trimestre. Estudios neuropatológicos lo han sugerido, y que se caracteriza por una reducción de los neuropilos sin evidencia de muerte celular subsiguiente. (23).

También se caracteriza por alteraciones bioquímicas que afectan a los sistemas de Dopamina, Gaba, Glutamato y los receptores nicotínicos NMDA. Los estudios imagenológicos estructurales y funcionales del cerebro, sugieren anomalías tanto globales como regionales y desconexiones de circuitos cerebrales específicos. (23). Clínicamente se presentan signos y síntomas que abarcan una gran área de funciones mentales, siendo la cognición, el pensamiento, el lenguaje, el afecto, la sensopercepción y la conciencia las más involucradas. (24).

En todas las sociedades y regiones geográficas, se documenta la Esquizofrenia, y aunque no es fácil obtener información, la prevalencia e incidencia son similares en todo el planeta, así sea en zonas rurales y urbanas. Aunque algunos estudios señalan que es mayor la prevalencia en las ciudades, con nivel socioeconómico bajo, si se tiene familiares enfermos en primer grado, si hay más de un familiar afectado, si se han sufrido problemas intrauterinos o complicaciones perinatales, si se ha nacido en invierno, entre otros. Y casos como el de Escandinavia, población al norte de Suecia donde parece ser endémica. (13). Su prevalencia es del 1%, y tiene marcadas diferencias de género, tiende a ser más frecuente en masculinos del 1.3 y más; las mujeres tienen más probabilidad de tener más de un miembro de la familia afectado, de experimentar más síntomas positivos y afectivos, de tener mejor respuesta al tratamiento, mejor evolución, menos internamientos, menos recaídas, más ajuste social. Los hombres presentan y tienen más síntomas negativos, el inicio de la enfermedad es más temprano (18 a 25 años), las mujeres (25 a 35 años) lo que les permite a ellas estudiar, trabajar, casarse, tener hijos, mejor funcionamiento premórbido; su e-

volución no es favorable. Se dice que hay otro pico de aparición a los 40, y una aparición tardía después de los 45 años, donde es más frecuente en la mujer, al respecto se dice que los estrógenos son un factor protector en algunos casos, por ello situaciones como fase premenstrual, postparto y menopausia serían vulnerables. (21). En cuanto a las alteraciones cerebrales es menos frecuente en la mujer encontrar aumentados de tamaño a los ventrículos y con menos disminución de volumen del hipocampo.

En cuanto a la evolución, un pequeño porcentaje de pacientes, presentan un solo episodio, sin daño residual. La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos con fases estables de remisión o de forma parcial. El 30% de los enfermos tienen buena evolución, otro 30% tienen consecuencias moderadas, y el tercio restante tienen síntomas persistentes y progresivos de déficit que causan incapacidad progresiva sin retorno a la situación inicial, estos casos eran ingresados en hospitales para pacientes crónicos. Las dificultades cognitivas pueden empeorar con la edad, por eso estudios han obtenido que el 50% de los enfermos reúnen criterios de demencia. (23).

Los estudios neuropatológicos proporcionan una fuerte evidencia contra la patogénesis neurodegenerativa de la enfermedad. El volumen cortical y el peso total del cerebro son aproximadamente 5% menores en los pacientes con Esquizofrenia y existe aumento del tamaño ventricular. También muestran cambios en la arquitectura celular y circuitos cerebrales. Se han examinado guías glias que ayudan a dirigir la migración de las neuronas a la corteza fetal, dejando trazos detectables en las materias blanca y gris de la corteza del adulto, estudios en cadáveres demuestran que en los pacientes con Esquizofrenia, hay gran número de remanentes glias en la materia blanca y escasa cantidad en la corteza de las áreas frontal y temporal, o sea un trastorno de la de la subplaca del desarrollo, en consecuencia una migración neuronal deficiente hacia la placa cortical. Las anomalías de los potenciales evocados en la Esquizofrenia son un gran hallazgo, particularmente en el potencial auditivo, indicando una alteración severa en la corteza auditiva temporal, específicamente en el giro temporal postero superior izquierdo que es más pequeño en los esquizofrénicos, y este probablemente vinculado con los síntomas fundamentales como alucinaciones auditivas y trastornos del lenguaje. (23)

Las técnicas imagenológicas han demostrado que virtualmente todas las regiones cerebrales están afectadas en la Esquizofrenia. Los estudios de flujo sanguíneo regional, durante una tarea mental, revelan que los pacientes esquizofrénicos tienen problemas en la activación del circuito fronto-hipocampo-parietal, normalmente activado en sanos. Y se tienen algunas hipótesis con respecto a las regiones cerebrales, frontal, parietal y temporal (ya comentada anteriormente). La Hipofrontalidad esta relacionada con los síntomas negativos, los que tienen un déficit avanzado, presentan disminución de glucosa en dicha región, descubriéndose 3 cambios de

flujo, la pobreza psicomotora con disminución de flujo en corteza frontal dorsolateral izquierda, la desorganización con la disminución de flujo en región cingular anterior y alteración de la percepción de la realidad con disminución en región parahipocampal izquierda. A nivel parietal se ha asociado un hipometabolismo con los síntomas negativos y alteraciones cognitivas con alteraciones en lóbulos parietales inferiores. (25).

A pesar de que el comienzo clínico ocurre en los adultos jóvenes, las anomalías neurales de la Esquizofrenia ocurren durante el desarrollo cerebral, según la concepción influyente de Weinberger, si una lesión afecta la estructura cerebral o una región que no haya madurado funcionalmente, el efecto de la lesión puede permanecer silente hasta que esa estructura o sistema madure, o sea, la lesión puede ser evidente antes del comienzo de la enfermedad clínica, y a causa del desarrollo cerebral ocurre una remodelación y reducción de conexiones neurales que se presentan durante la adolescencia y vida adulta. (23).

La hipótesis de la alteración del neurodesarrollo se basa, en numerosos estudios que demuestran aumento de las alteraciones en el embarazo y parto, y exposición viral en esas etapas; estudios postmortem señalan anomalías en el cerebro correspondientes al 2º. y 3er. trimestre, modelos animales han demostrado que lesiones hipocámpales producen efectos a largo plazo (vida adulta), mayor número de síntomas negativos y deficiencias neuropsicológicas en familiares no psicóticos de 1er. Grado de pacientes con Esquizofrenia, evidencias que el cerebro del paciente esquizofrénico presenta alteraciones morfológicas incluso antes de iniciarse los síntomas psicóticos. Pero aún falta mucho por conocer y aclarar, ya que estas anomalías no son focalizadas, involucran neurotransmisores que determinará la expresión clínica de la patología.(28).

En cuanto a las causas de la Esquizofrenia, aun son inciertas, lo genético es importante pero no se sabe cuáles son los genes anormales, complicaciones gestacionales y perinatales son relevantes pero se desconocen sus mecanismos de acción, causas virales e inmunológicas sin identificar algún agente en particular. Estas son las 3 hipótesis etiológicas.(13). En el primer caso, se considera como parte de un desorden genético ya que ocurre en varios miembros de la familia, pero a pesar de estudios familiares, en gemelos y niños adoptivos, la concordancia nunca es del 100%, el riesgo para un niño con 2 parientes esquizofrénicos es del 45%. Ningún modelo genético actual (genes dominantes, recesivos o múltiples) explica que la herencia sea etiológica, solo se ha demostrado su relevancia como factor, pues para confirmarlo se requiere un fenotipo determinado u homogeneidad en la genealogía, y en la Esquizofrenia no se cumplen estas condiciones. (24). A pesar de ello, hay estudios donde se le involucra al Cromosoma 5 (alteraciones en el brazo largo), el 22 (supresión), otros el 6, pero concluyen que las anomalías genéticas son inespecíficas, (31), a pesar de estudios con gemelos monocigóticos (30-50%) y dicigóticos (hasta un 15%),

o bien concordantes y discordantes incluso sugieren que los factores ambientales interactúan con los genéticos. (18). La segunda hipótesis, como parte de las causas no genéticas o ambientales, se ha enfocado a las complicaciones perinatales y a la exposición prenatal al virus de la influenza esta última junto con la enfermedad hemolítica son las complicaciones del embarazo más frecuentes. El desarrollo cerebral podría comprometerse por disminución del aporte de oxígeno (hipoxia) y hay estructuras muy sensibles, por lo que influencias obstétricas y perinatales, serían consideradas como segunda etiología no genética. Esto cobra relevancia ya que en asociación con una predisposición genética, deja al feto en una posición más vulnerable. (13)

La última hipótesis es muy antigua, se basa en teorías como la presencia de un Retrovirus, que podría integrarse al genoma y alterar la expresión de los genes; virosis actual causada por virus neurotrópicos que infectan neuronas en ciertas áreas cerebrales; virus lentos o virosis inactiva; patología inmunológica mediada por virus donde no se reconocen los propios tejidos, Autoinmunidad donde los tejidos se convierten en un órgano blanco, y la ya mencionada infección viral por influenza en el segundo trimestre.

Por otra parte existen factores de riesgo, que son rasgos intrínsecos o adquiridos que acrecentan la probabilidad de padecer Esquizofrenia. Estudios epidemiológicos intentan descubrir los elementos más importantes, para ello utilizan evaluaciones transversales que registran datos descriptivos en un momento dado, por ejemplo, la mayor presencia de un factor en particular en una población con alta frecuencia de Esquizofrenia. También es factible comparar pacientes y controles, y averiguar si los afectados tuvieron contacto con un factor especial. El diseño más informativo (y costoso) es el seguimiento a cohortes, que establece si en las personas expuestas a ciertos indicadores de riesgo la incidencia de esquizofrenia aumenta.

Se clasifican en demográficos y concomitantes (edad, sexo, raza, estrato social), precipitantes (eventos vitales, migración), predisponentes (genes, infecciones, complicaciones perinatales). Los factores sociodemográficos pueden dividirse en mutables (clase social, estado civil, inmigración) e inmutables (etnia, sexo, lugar de nacimiento), donde los primeros podrían ser el resultado y no la causa de la enfermedad. La interpretación de los trabajos referentes a factores de riesgo debe ser cauteloso, las publicaciones que hablan sobre la exposición indican mayor probabilidad, por lo que la etiología de la Esquizofrenia podría ser heterogénea e involucrar muchos factores de riesgo como protectores.

Los trabajos genéticos se enfocan en el análisis de ligadura y localización de genes específicos, es un gran reto. Etnicos-raciales, según la OMS la incidencia es semejante en todas las culturas, pero no se sabe aún porque hay diferencias en ciertos países, como Irlanda, Yugoslavia, Suecia.

Edad, la edad de inicio promedio era antes de los 45 años, hoy no lo es así, además se decía que el cuadro clínico era distinto. Sexo, en los varones la edad de inicio es menor, la evolución es crónica e invalidante y hay antecedentes de complicaciones perinatales. Orden de nacimiento y estación, más probabilidad en primogénitos o primeros nacimientos, y en hijos menores de familias numerosas; más nacimientos en invierno. Estado civil, mayor número de personas sin pareja, menos probabilidades de matrimonio y aumento del número de divorcios. Clase social, se observa que es un poco más frecuente en clases bajas, quizá por mayor exposición estresantes, situaciones ambientales y ocupacionales, y otros. Complicaciones perinatales, aquellos que experimentaron dificultades obstétricas la tendencia a la psicopatología es mayor. Urbanización, la prevalencia es mayor en áreas urbanas que rurales. Infecciones, algunas lesiones anatómicas del SNC, sugieren infección viral, en relación a diferencias estacionales y geográficas, así como presentarse en el 2º. Trimestre de gestación. (13).

No existe un síntoma patognomónico, y se han hecho varias clasificaciones fenomenológicas y tradicionales, según la localización cerebral, afectivas y no afectivas, agudas o crónicas, otras en síntomas negativos (ó deficits) y positivos. (1). Los subtipos clínicos tradicionales están constituidos por síntomas identificables que ocurren corrientemente, y predominantes en el momento de la evaluación, y que pueden modificarse con el tiempo. La clasificación incluye 5 subtipos según el DSM-IV, paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual; y la duración de los síntomas debe ser de al menos 6 meses si se utiliza éste criterio diagnóstico. (23)

El diagnóstico requiere una historia de deterioro longitudinal de las funciones, pero la aparición del primer episodio psicótico puede ser brusca e insidiosa, presentando una fase podrómica que se caracteriza por un desarrollo lento y progresivo de retraimiento social, pérdida del interés por sus actividades, deterioro de la higiene y cuidado personal, conductas poco habituales y episodios de irritabilidad. El curso es influenciado por la cultura, por la complejidad de la sociedad. Se asocia con el consumo de sustancias como el alcohol, cocaína, marihuana, anfetaminas, nicotina, que agravan el curso. Otros síntomas de otros trastornos mentales se dan conjuntamente como depresión, síntomas obsesivos-compulsivos, preocupaciones somáticas, ansiedad y síntomas disociativos. (24).

El tipo más frecuente de esquizofrenia, es la paranoide, predominando síntomas positivos como ideas delirantes paranoides, de referencia, celos, tener una misión especial, transformación corporal, alucinaciones auditivas y visuales. La hebefrénica o desorganizada, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias, comportamiento irresponsable e impredecible, manierismos, pensamiento desorganizado y lenguaje incoherente. Catatónica, presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hiperkinesia al estupor, o de la obediencia automática al negativismo, pueden mantener por largos periodos de tiempo posturas y ac-

titudes rígidas. En la Indiferenciada, es aquella donde no se ajusta a los de más tipos, o puede presentar rasgos de los otros tipos, sin predominio de alguno. En la residual, se trata de un estado crónico de la enfermedad o evolución progresiva desde los estados iniciales a los finales y que se caracteriza por presencia de síntomas negativos y de deterioro persistente.(22)

Existe una interacción o multiplicidad de factores que afectan al desarrollo humano, genéticos, bioquímicos, embriológicos, metabólicos, prenatales y perinatales, obstétricos, inmunológicos, experienciales, sociales y otros. Y es de notarse que algunos dañan en forma grave el desarrollo del embrión y por ende afectan el funcionamiento cerebral y mental, aunque se dice, tienen que darse ciertas condiciones, por ejemplo, la madre que contrae rubéola puede dañar irreparablemente al feto, pero solo en los primeros 3 meses del embarazo. Sin duda la agresión directa sobre el sistema nervioso central, de cualquier origen, es un factor de gran peso que puede predisponer una enfermedad mental. Por ello ante cualquier paciente que consultamos por primera vez, interrogamos sus antecedentes, desarrollo del embarazo, parto y periodo neonatal, de encontrarse positivos, lo esencial sería documentar la integridad del sistema nervioso con estudios de gabinete, sobre todo si muestra datos clínicos sugerentes. La patología puede tener su inicio desde el embarazo de ahí la importancia de asociar enfermedad mental y el antecedente de complicación obstétrica. Los cambios funcionales y anatómicos inducidos por la gestación estigmatizan al embarazo como un estado normal, pero es necesario observarlo atentamente a fin de poder reconocer cualquier anomalía que amenace el bienestar de la madre y de su hijo. La historia clínica y exploración física cuidadosas proporcionan la base para detectar alteraciones que puedan comprometer al embarazo, también es relevante conocer la historia obstétrica previa, la cual dará importante información sobre si existieron complicaciones y situaciones fundamentales sobre el trabajo de parto, ya que el parto es otro evento decisivo en la integridad del neonato. (14).

Las complicaciones durante el embarazo se pueden generar en cualquiera de sus trimestres, y en relación a la esquizofrenia nos interesan las producidas en el segundo y tercer trimestre, como hemorragias, infecciones (virus de la influenza), (26) malnutrición materna, desprendimientos prematuros de placenta, preeclampsia-eclampsia, placenta previa, prolapsos de cordón. En el parto, isoimmunización (Rh), sepsis puerperal, trabajo de parto prolongado, uso de fórceps, desproporción cefalo-pélvica, entre otras. (5). La distocia (parto complicado), puede definirse como la falta de progreso en la dinámica del parto como consecuencia de anomalías en los mecanismos que en el intervienen, principalmente debidas a causas maternas y fetales. Las primeras son debidas por contracciones uterinas

subnormales o anormales (debilidad uterina o disfunción uterina), anomalías en el tamaño o características del canal de parto (estrechez pélvica), incluso ambas se asocian siendo la causa más frecuente de distocia, provocando trabajo de parto prolongado, inercia uterina, ruptura uterina, infección, hemorragia, entre otras; las lesiones fetales comunes son hemorragia intracraneana, hipoxia, infección, fracturas, lesiones de plexos. Las segundas, el problema es la presentación o desarrollo anormal fetal, como no encajamiento, enclavamiento de la presentación, hidrocefalia, productos macrosómicos, entre otros. (3).

Los traumas o complicaciones, además de la muerte, pueden ocasionar a los que sobreviven, lesiones neurológicas, retraso mental, parálisis cerebral, o bien consecuencias permanentes de lesión cerebral. No existe una definición precisa de sufrimiento fetal, pero se consideran todos aquellos trastornos de la función fetal, como signos de ella, la disminución de la frecuencia cardíaca fetal y la expulsión de meconio.(3). No hay correlación entre el sufrimiento fetal y el hallazgo de índices de Apgar bajos al nacimiento.

La hipoxia como la hemorragia cerebral son importantes causas de lesión intrauterina del sistema nervioso central, el curso y pronóstico varía según el grado de hipoxia, localización e intensidad de la hemorragia, y son consecuencia de una gran variedad de causas primarias. Estudios de investigación sugieren según sus observaciones clínicas, que las condiciones que afectan el suplemento de oxígeno (hipoxia fetal) constituyen una complicación de particular impacto, como lo señalan diversos estudios(32), donde la hipoxia fetal prolongada estuvo 2 veces más ligada al desarrollo de trastornos psicóticos en comparación al grupo control. Uno de los autores más preocupados por la búsqueda de la certeza de que si las complicaciones obstétricas están ligadas al trastorno mental, en especial a la esquizofrenia es Thomas F. Mc Neil, quien ha publicado diversos artículos, y ha encontrado que las complicaciones obstétricas cada vez son un importante factor ambiental asociado al desarrollo posterior de la esquizofrenia en los descendientes.(5). Estas evidencias se han obtenido mediante investigaciones sistemáticas en diferentes grupos, niños esquizofrénicos, adultos esquizofrénicos, esquizofrénicos adoptados y otros. Mc Neil ha reunido estudios realizados en diversos países, Estados Unidos, Dinamarca, Suiza e Inglaterra. (14).

En estudios norteamericanos, se investigó el peso al nacer de esquizofrénicos en comparación con sus hermanos, encontrando una baja significancia en el bajo peso para los esquizofrénicos y la prematuridad fue más frecuente en comparación con la de sus hermanos. Los estudios daneses, sobresalieron los efectuados por Mednick y Schulsinger, que aunque los hallazgos no fueron significativos, sugirieron que las complicaciones obstétricas tienden a producir patología en descendientes con riesgo genético, y

estas conclusiones dieron pie a que los estudios de complicaciones y esquizofrenia tuvieran seguimiento. Encontrando al trabajo de parto prolongado y prematuridad significativamente más frecuentes en esquizofrénicos. Pollin y Stabenau, investigadores suecos, realizaron un estudio con 100 gemelos monocigotos discordantes, observando que los pacientes esquizofrénicos tuvieron una frecuencia de bajo peso al nacer del doble que los gemelos normales, también encontraron como complicación más frecuente el trabajo de parto prolongado.

Diversos estudios se han realizado desde entonces, y han encontrado anomalías físicas como disminución de la circunferencia craneal, escapular, y bajo peso al nacer en pacientes esquizofrénicos. (16). Mayor número de nacimientos durante el invierno e inicio de la primavera para esquizofrenia. (19). De todos los factores maternos estudiados solo la paridad tuvo relación significativa en el incremento de las complicaciones obstétricas, y mas frecuencia en nulíparas. (5). Esquizofrénicos con complicaciones durante el nacimiento presentaron una historia familiar negativa, y ausencia de complicaciones en quienes tienen una historia familiar positiva. Un tercio de pacientes esquizofrénicos muestran anomalías en la TAC, principalmente aumento del tamaño ventricular.

La asociación de complicaciones obstétricas con la enfermedad mental en particular con la esquizofrenia, ha tenido soporte en muchos estudios, sin embargo se encuentran inconsistencias y diferencias en todos ellos por la discrepancia de factores metodológicos, por las variables, la constitución de la muestra, los grupos controles; sobre todo, información inadecuada sobre las complicaciones, y en particular escalas para validar éstas.(17)

Han sido muchas investigaciones sobre la asociación entre complicaciones obstétricas y esquizofrenia, las cuales han dado soporte para la etiología no genética, ¿pero esta relación realmente existe? A continuación revisaremos la historia sobre la literatura que se ha publicado, seleccionando estudios importantes, se hará mención sobre las limitaciones metodológicas y posibles nuevas vías de investigación propuestas. (4).

La primera mención de una asociación entre complicaciones obstétricas y Esquizofrenia ocurrió en 1934, reportada en el American Journal of Psychiatry. Rosanoff y colegas publicaron "La etiología de las así llamadas psicosis esquizofrénicas" basada en 142 pares de gemelos concordantes y discordantes de esquizofrenia, concluyendo que la esquizofrenia pudiera ser debida a un síndrome de descerebración resultante de un trauma. En 1956, Pasamanick y colegas, propusieron la ahora clásica tesis "la casualidad continua de reproducción", donde las complicaciones en el embarazo y nacimiento pueden dañar al feto o al neonato, produciéndole parálisis cerebral, epilepsia, deficiencia mental, o alteraciones de la conducta. Iniciando los 60's hubo reportes de asociaciones significativas entre complicaciones del embarazo (toxemia, hemorragias) y psicosis infantil.

ESTUDIOS SOBRE BAJO PESO AL NACER (1966-1970). En 1966 la atención se dirigió hacia los esquizofrénicos adultos cuando Lane y Albee reportaron que 52 pacientes esquizofrénicos hospitalizados, presentaron significativamente más bajo peso al nacer que sus hermanos, tomando como criterio el tener <de 2500 g. En 1967, Stabenau and Pollin publicaron un análisis de 100 pares de gemelos monocigotos discordantes para esquizofrenia, obteniendo que la asfixia era la complicación más frecuente.

ESTUDIOS DE GRUPOS DE ALTO RIESGO (1970-1980). Se analizó un estudio de alto riesgo en Copenhague, sobre complicaciones obstétricas, la denominación de alto riesgo fue dada a un grupo de descendientes de esquizofrénicos quienes tienen de 10 a 15 veces más riesgo de desarrollarla. Mednick encontró que un 70% de los niños del grupo de alto riesgo quienes enfermaron psiquiátricamente antes de los 20 años, sufrieron complicaciones durante el embarazo y al nacimiento. Especulando que la Esquizofrenia aparecería si el hipocampo era selectivamente dañado por anoxia al nacimiento. Sin embargo dos estudios no encontraron diferencias entre la historia de nacimientos de madres esquizofrénicas comparadas con mujeres con otros desórdenes psiquiátricos. Concluyendo que fue poca la evidencia para demostrar la relación entre complicaciones obstétricas y esquizofrenia.

ESTUDIOS CON IMÁGENES CEREBRALES (1984-1987). El hallazgo de crecimiento ventricular cerebral en la esquizofrenia, fue inicialmente dado a un problema del neurodesarrollo, pero con el apoyo de imágenes cerebrales en diferentes estudios, se encontró que esta presente al inicio de la enfermedad y positivamente correlacionado con historia de complicaciones obstétricas en grupos de alto riesgo y esquizofrénicos. Murray y colegas sugieren que la hemorragia intraventricular en el recién nacido puede ser una de las causas para que se de este crecimiento. Andreasen y colaboradores encontraron un decremento en el tamaño del cerebro y del cráneo en la esquizofrenia, sugiriendo que era debido a una anomalía del desarrollo y que complicaciones durante el parto eran las responsables. Una nueva hipótesis surgió "la hipótesis del neurodesarrollo", la cual propone que la esquizofrenia está asociada a lesión cerebral causada por la combinación de factores genéticos y ambientales que interactúan en la maduración cerebral normal. Dándole importante peso a la asociación entre complicaciones obstétricas y esquizofrenia.

ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES (1987-1997). En 1987 Lewis y Murray publicaron estudios, en uno de casos y controles, reportaron pacientes esquizofrénicos quienes presentaron más antecedentes de complicaciones obstétricas que pacientes con otros trastornos psiquiátricos. En otro estudio, se logró dividir a los pacientes en base a la historia familiar, la edad, inicio de la enfermedad, personalidad premórbida, y tamaño ventricular comparados con subgrupos con complicaciones obstétricas. Otro aspecto relevante de este estudio fue la introducción de una escala llamada "escala de

Lewis y Murray" que aportaba información sobre los estudios realizados sobre las complicaciones obstétricas y de 6 escalas previas. La combinación de 3 factores, la hipótesis del neurodesarrollo, la posibilidad de obtener información retrospectiva con las madres sobre las complicaciones obstétricas y la aplicación de una escala dieron veracidad a los estudios de casos y controles para la asociación de complicaciones obstétricas y esquizofrenia hasta mediados de los 90's. Sin embargo, los esfuerzos por fundamentar esta asociación, no se mantuvieron debido a las limitaciones metodológicas, unos estudios encontraban significancia otros no, hubo variaciones a la escala, problemas en las muestras seleccionadas, los análisis en los subgrupos eran inconsistentes. La búsqueda de factores de riesgo ambientales para Esquizofrenia se convirtieron en un "círculo epidemiológico". En 1995, Geddes y Lawrie publicaron un meta-análisis, reportando los resultados de 16 estudios de casos y controles, y 2 estudios de cohorte, su conclusión fue que había una modesta relación entre las complicaciones obstétricas y la Esquizofrenia, con una razón del 2.0. En otro estudio con una población de 700 sujetos esquizofrénicos y 835 sujetos control, encontraron una significativa asociación entre esquizofrenia y ruptura prematura de membranas, prematuridad, bajo peso al nacer (<2500g), preeclampsia y uso de fórceps.

ESTUDIOS BASADOS EN POBLACIONES (1997-a la actualidad). Estos estudios están caracterizados por grandes muestras de población hospitalaria, o de casos registrados, creyendo que estos estudios aclararían esta relación, y no fue así, se encontraron resultados negativos e importantes contradicciones. Las limitaciones del uso de meta-análisis para estudios observacionales es clara, pues las muestras son diferentes, en términos geográficos, la edad de inicio entre otras.

CUALES SON LOS PROBLEMAS DE LOS ESTUDIOS DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y ESQUIZOFRENIA?

En cuanto al poder estadístico, las muestras son pequeñas y el resultado es una proporción menor de 2, lo mismo que un fumador pasivo sería factor de riesgo para el cáncer del pulmón. Los estudios serían solo de cohorte y no de casos y controles. En cuanto a las complicaciones obstétricas se debe de dar una mejor definición en cuanto a su clasificación, o sea especificidad de los factores de riesgo obstétrico para esquizofrenia. La información obtenida del periodo prenatal, es difícil de evaluar, debido a que no se recuerdan muchos datos, o no son posibles de cuantificar (tiempo de una infección o sangrado). Ha sido interesante estudiar los antecedentes de complicaciones obstétricas, asociadas a características sociodemográficas (historia familiar, sexo, inicio de la enfermedad, entre otras) pero no han tenido suficiente significancia estadística, por ejemplo, se ha encontrado asociación en la edad de inicio de la esquizofrenia en pacientes con antecedentes de complicaciones obstétricas, pero no con la historia familiar o con el género; la relación entre hipoxia-asfixia con inicio temprano de la enfermedad.

Se necesita mayor investigación en esta área, utilizando la epidemiología y ser dominada en otras disciplinas, la biología, la neuropatología, la genética. Innovar requiere de estudios en modelos animales, así como estudiar más sobre infecciones prenatales y sus efectos. Se debe de estar ubicado ya en la nueva era de la epidemiología de la esquizofrenia, con la combinación de cohortes largas, nuevos paradigmas y modernas técnicas estadísticas, nuevos enfoques moleculares, que nos den la oportunidad de descubrir cómo las complicaciones obstétricas contribuyen a la causalidad de la Esquizofrenia.

Por ello, en el presente estudio investigamos aspectos sociodemográficos y antecedentes obstétricos en pacientes esquizofrénicos, que nos empezarán a mostrar el comportamiento de éstos en nuestra población mexicana, y así empezar a evaluar epidemiológicamente, la vulnerabilidad y la probabilidad de padecer esquizofrenia.

La idea de detectar oportunamente los factores de riesgo, llevan hacia la prevención primaria (evitar riesgos durante el embarazo y el trabajo de parto), así como detectar al paciente potencial, detectar la persona pre-esquizofrénica o con esquizotaxia, lleva a la prevención secundaria. Ya que actualmente solo podemos actuar ante el paciente con el cuadro psicótico manifiesto. (10).

III. JUSTIFICACION.

El presente trabajo de investigación se realizó bajo el fundamento de que en nuestra población no existen estudios que hablen sobre la Esquizofrenia y su relación con antecedentes obstétricos, y con características sociodemográficas.

Que son una contribución importante, en relación a la prevención de este importante problema de Salud Pública y del ámbito Psiquiátrico.

Los estudios epidemiológicos, descriptivos, son actualmente un primer paso, para esclarecer los cuestionamientos ante cierto problema, aportando conocimientos muy importantes y estableciendo el camino para futuras investigaciones.

Por otra parte sería valioso que el presente, estimulara a un seguimiento, que si bien sería al perfeccionamiento de una adecuada metodología, lo sería también para buscar nuevas vías de investigación.

IV. HIPOTESIS.

Existen factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos presentes y frecuentes en pacientes con Esquizofrenia.

V. OBJETIVO GENERAL.

Describir las características sociodemográficas y los antecedentes de complicaciones obstétricas en pacientes esquizofrénicos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Describir la frecuencia de aspectos sociodemográficos como el sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, antecedentes familiares positivos, y disfunción familiar en pacientes esquizofrénicos.
2. Conocer la frecuencia de antecedentes obstétricos, como el lugar que se ocupa en relación al número de gestas, del mes y estación en que se nace, el tipo de nacimiento y complicaciones en pacientes esquizofrénicos.

VI. MATERIAL Y METODO.

El presente estudio realizó una revisión de expedientes clínicos de aquellos pacientes que acudieron al servicio de urgencias, en el periodo comprendido entre el 1º. de Enero al 30 de junio del 2003, y quienes ingresaron por primera vez en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Existiendo 3 situaciones para ser considerados de primera vez, quienes se internan, quienes se derivan a la consulta externa y a hospital parcial; los primeros automáticamente cuentan con número de expediente, los demás se les asigna expediente hasta que son vistos en dichos servicios. Por lo que se tuvo que rastrear en la consulta externa y hospital parcial estos pacientes para obtener su número de expediente, para el hospital parcial no fue necesario debido a que no se derivaron pacientes.

Este registro se encuentra en el área de urgencias, y se realiza a través de una libreta que se maneja diariamente anotándose los pacientes que son valorados. De igual manera los pacientes canalizados a la consulta externa cuentan con un registro de aquellos pacientes que acuden derivados del servicio de urgencias e ingresan dándoles un número de expediente.

Primero se capturaron los pacientes realizando una lista por día anotando su nombre y número correspondiente de expediente. Para esto se solicitó el permiso de la revisión al jefe de servicio encargado de esa área de urgencias así como al jefe de servicio de la consulta externa. Una vez obtenido dicha información, se procedió a solicitar al archivo los expedientes capturados, previa solicitud de permiso al jefe del archivo.

Para obtener la información, se elaboró una cédula de captura de datos (ver anexo 1) que contempla los objetivos propuestos. Las variables sociodemográficas fueron las siguientes: sexo (masculino y femenino), edad (18 a 59 años), estado civil (soltero, casado, viudo, unión libre, divorciado y separado), escolaridad (analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, carrera técnica y licenciatura), nivel socio-económico (bajo, me-

dio y alto), ocupación (sí o no), antecedentes familiares positivos (sí o no), disfunción familiar (sí o no, para esta variable se tomó a las familias que tuvieran antecedentes de violencia familiar, desintegración familiar y convivencia con un familiar directo con esquizofrenia u otras psicosis). Para las variables obstétricas: lugar que ocupa con respecto al número de gestas (1°. y +), mes de nacimiento (1°. al 12°. mes del año), tipo de nacimiento (parto y cesárea), tipo de complicación obstétrica. Se fueron integrando así los grupos y se cruzaron con los subtipos de esquizofrenia encontrados.

Se determinaron los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION:

Conformaron la muestra todos aquellos pacientes

- Que tuvieran su historia clínica completa.
- Que presentaran el diagnóstico de Esquizofrenia de acuerdo con el criterio establecido del CIE 10, y tomando en cuenta los 5 subtipos más frecuentes, de Paranoide, Indiferenciada, Residual, Catatónica y Hebefrénica.
- Que se encontraran entre el rango de 18 a 59 años de edad. Ya que es el rango de edad donde aparece con mayor frecuencia la esquizofrenia, y que es un hospital que atiende a población adulta.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Aquellos pacientes esquizofrénicos que acudieron a consulta de primera vez, pero que fueron referidos a otras instituciones, por el servicio de urgencias y por el servicio de la consulta externa.
- Todos los pacientes esquizofrénicos que eran derivados a la

consulta externa y no se encontró registro de ellos en dicho servicio.

- Los expedientes de pacientes esquizofrénicos, que no se encontraron en el archivo.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Todos aquellos pacientes quienes al revisar su expediente no se encontró el diagnóstico de algún subtipo de Esquizofrenia y quienes fueran tomados como probables.
- Pacientes en cuyos expedientes no se encontraran registrados los antecedente obstétricos, así como los aspectos socio-demográficos.

Se realizó una revisión cuidadosa, exhaustiva y detallada del expediente clínico para extraer los datos de interés obteniéndose un estudio descriptivo y comparativo, observacional, longitudinal histórico.

ANALISIS ESTADISTICO:

Para el computo de los datos se codificó en números progresivos y así obtener su análisis fácilmente.

Se utilizaron medidas de resumen, promedio, desviación estándar y porcentajes. Y Chi cuadrada para comparar variables categóricas.

VII. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.

Todas las revisiones de expedientes se realizaron por el investigador principal o médico residente de psiquiatría. Aunque no debe de olvidarse el personal del archivo clínico que colaboró con la búsqueda de expedientes.

Se utilizaron hojas de registro de datos previamente diseñadas. Equipo de cómputo para la realización de la base de datos y análisis de los mismos.

VIII. RESULTADOS Y ANALISIS ESTADISTICO.

Se registraron un total de 240 pacientes esquizofrénicos, según la libreta de registro de urgencias. Se excluyeron 44, por contar con los criterios de ser referidos a otra institución, no encontrar su registro en la consulta externa, o en el archivo clínico. De los 196 expedientes clínicos encontrados se eliminaron 25, porque presentaban la situación de probable y otro diagnóstico psicótico, otros, porque no contaban con la información obstétrica y sociodemográfica completa. Resultando un total de 171 expedientes clínicos de pacientes con algún tipo de esquizofrenia, quienes contaron con los criterios de inclusión para el presente estudio.

Se detectaron 3 de los 5 subtipos de esquizofrenia, Paranoide (**EP**) 76%, Indiferenciada (**EI**) 20% y Hebefrénica (**EH**) 4%.

Se encontró más población femenina del total de pacientes esquizofrénicos, siendo mayor sólo en el subtipo paranoide, ya que en **EI** y **EH**, los masculinos fueron más. Representando significancia estadística ($p = .995$). Ver anexo 2, tabla 1.

De acuerdo a la edad se presentó mayor frecuencia en las edades 18, 21 y 38, en el total de pacientes, obteniéndose el promedio para cada uno de los subtipos, para **EP** fue de 35.1 (con +, - 11.2 DS), para **EI** de 31.7 (con +, - 2.8 DS) y para **EH** de 31 (con +, - 2.9 DS). Encontrándose a los tres subtipos, pertenecientes a la cuarta década de la vida. (Ver anexo 2, tabla 2).

En cuanto a la escolaridad, la mayoría contaba con la primaria y secundaria completas, la minoría era analfabeta. Para el subtipo **EH**, se observó que eran más frecuentes los que eran analfabetas y los que contaban con primaria. ($p = .000$). Ver anexo 2, tabla 3.

Para el estado civil, se encontró que la mayoría de la población era soltera (66%) y la minoría para viudez. Teniendo el mismo comportamiento en los 3 subtipos, pero resaltando que en **EI** y **EH**, aumentó hasta el 80% el ser soltero. ($p = .000$). Ver anexo 3, tabla 4.

Con el nivel socioeconómico, se observó que era más frecuente pertenecer al nivel bajo, para los 3 subtipos, y muy

cuenta pertenecer al nivel bajo, para los 3 subtipos, y muy poco frecuente al nivel alto. ($p = .950$). Ver anexo 3, tabla 5.

Ocupación, se observó que la mayoría de la población esquizofrénica no trabaja (63%), no habiendo diferencias en los subtipos, (con una $p = .975$). (ver anexo 3, tabla 6).

En cuanto a contar con antecedentes familiares positivos de esquizofrenia, parece que en la mayoría no se encontró este antecedente (65%), no habiendo diferencias en los subtipos a excepción de **EH**, que aumentó hasta el 83% sin antecedentes. ($p = .950$). (ver anexo 4, tabla 7).

La disfunción familiar se determinó, según aquellos casos en que existía el antecedente de violencia intrafamiliar, separación o ausencia de uno de los padres, y aquellos quienes convivían con un familiar directo con antecedente de esquizofrenia u otra psicosis. Encontrándose muy frecuente esta característica en pacientes esquizofrénicos (61%), no habiendo diferencias entre los subtipos. ($p = .975$). Ver anexo 4, tabla 8.

Ocurrió de forma significativa la frecuencia de nacimientos por vía del parto (94%) y con menos por cesárea. (una $p = .990$) Ver anexo 4, tabla 9.

En cuanto al número de gestas o lugar que ocuparon, se observó mayor frecuencia en las primeras 3 gestas (más del 65% si se suman), predominando la primera gesta, y no habiendo diferencias entre los subtipos. ($p = .000$). Ver anexo 5, tabla 10.

De acuerdo al mes de nacimiento, los meses donde hubo más frecuencia fueron febrero, marzo, septiembre y julio. Para **EP** fue en julio y para **EI** en febrero, para **EH** no hubo predominancia. ($p = .000$). Ver anexo 5, tabla 11. De acuerdo a las estaciones, en invierno y verano ocurrieron más nacimientos y menos en primavera y otoño. Para **EP** ocurrieron más en verano, y para **EI** y **EH** fueron en invierno. Ver Anexo 6, tabla 12.

En cuanto a los antecedentes de complicaciones obstétricas, se encontró mayor número de esquizofrénicos sin complicaciones, un 20% con algunos antecedentes de complicaciones, siendo la distocia y la hipoxia las más frecuentes de éstas. ($p = .000$). Ver anexo 6, tabla 13.

IX. DISCUSION.

Los resultados obtenidos adquieren utilidad y validez, ya que comparándolos con los antecedentes que se revisaron para el presente estudio, se encontraron similitudes que a continuación se señalan.

En la literatura no se sabe la proporción de aparición de los subtipos de esquizofrenia, solo se señala que es más frecuente la paranoide (1,13, 23), por lo que es posible aseverar que la forma de distribución o frecuencia observada en el presente estudio sea lo esperado encontrar. La **EP** con mayor frecuencia, seguida de la **EI** y después la **EH**, y con respecto a los otros subtipos, sería válido decir que no se detectaron porque aún son menos frecuentes.

Con respecto al género, la literatura menciona, que tiende a ser un poco más frecuente en el hombre (13, 21, 23, 24) pero en el presente estudio se encontró lo contrario, en el total de esquizofrénicos y de **EP**, no sabemos el porqué, pero podríamos sugerir que puede estar en relación que en nuestro país hay más mujeres que hombres y que éstas buscan más ayuda de los servicios de salud.

Los pacientes esquizofrénicos de primera vez, captados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, no guardan relación con la edad de inicio, aunque si pudiera tenerla en cuanto a la aparición del primer brote agudo. Lo que podríamos señalar con respecto a la edad, es su promedio obtenido, que concuerda en que la aparición de la **EP** es más tardía (4, 13, 23, 29), por lo que se relaciona con mas logros laborales y sociales. Fue el subtipo que se encontró mayor porcentaje de pacientes con mejor nivel de escolaridad, con menos pacientes solteros, mejor nivel socioeconómico, con mas pacientes con ocupación. Y la edad promedio fue de 35.1, mayor que en los otros subtipos.

Se concuerda también que la **EH** es más incapacitante, observándose menos logros de escolaridad, más pacientes solte-

ros, menor nivel socioeconómico, y menos pacientes con una ocupación actual.

Como ya se sabe, en los familiares directos hay mayor riesgo de padecer esquizofrenia, esto aumenta si los dos progenitores presentan la enfermedad (45%), o si se trata de gemelos monocigotos (4,13, 15, 18, 22, 23, 29). En el presente estudio los resultados hablan de un porcentaje del 35 %, de encontrar antecedentes familiares positivos, que sería similar a lo que se ha encontrado, y no olvidar que hay otros factores que pueden sumarse al riesgo.

Existen familias de esquizofrénicos que presentan desviación de la comunicación, escasa afectividad normal y emoción expresada, y son los pacientes que con mayor frecuencia recaen. Sólo se toma como probable, la relación que guarden estos aspectos con la disfunción familiar, y que se observó ser frecuente ésta en el presente estudio. Sería importante señalar que es un aspecto que actualmente poco se estudia, y que resulta de una enorme importancia, porque puede favorecer, complicar, predisponer, precipitar recaídas en pacientes esquizofrénicos, y poco se hace actualmente al respecto.

Con respecto a las gestas, se señala que ocurre con mayor frecuencia, la aparición de esquizofrenia en primigestas. (3, 4, 5, 6, 9). Y fue lo que observamos, que hubo más frecuencia de pacientes esquizofrénicos en las primeras 3 gestas, mas en la primera. Habría que considerar que la multiparidad si no está en relación con la esquizofrenia, si lo esta con la frecuencia de complicaciones obstétricas. Cabe citar, que también guardan relación los dos aspectos antes citados, con lo que se encontró, de que la mayoría de los pacientes del presente estudio nacieron por parto, siendo hoy y siempre un evento decisivo para la integridad del recién nacido o neonato. Y cuyos aspectos tienen que ser estudiados, para su prevención, por ello los antecedentes de complicaciones obstétricas son considerados como factores de riesgo para la Esquizofrenia. Como lo han señalado

numerosas investigaciones reportadas, de esta importante asociación. (3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 17, 18,19, 29, 30, 32).

De acuerdo al nacimiento por estaciones del año, se observó que nacieron más pacientes durante el invierno y verano, y menos en otoño y primavera. Como lo señalan estudios que han evaluado esta característica. (4, 13,19, 31). Para **EP** resultó el verano y luego el invierno, los más frecuentes; para **EI** y **EH**, ambos tuvieron el mayor porcentaje en el invierno.

En cuanto a los antecedentes obstétricos se habla en la literatura que es frecuente encontrar prematuridad, bajo peso al nacer y trabajo de parto prolongado, y en general todo aquello que dé como resultado una hipoxia y/o asfixia. En el estudio se encontraron estas complicaciones, siendo la más frecuente la distocia, seguida de la hipoxia. En menor frecuencia la preeclampsia y la hemorragia uterina.

Del estudio llama la atención, encontrar que 1 de cada 5 pacientes esquizofrénicos presenta algún antecedente de complicación obstétrica. Lo que da a reflexionar que es importante investigar más sobre estos acontecimientos, ya que es evidente que las complicaciones obstétricas si se presentan con frecuencia en asociación a la esquizofrenia.

X. CONCLUSIONES .

Se estudió una muestra de 171 pacientes esquizofrénicos pertenecientes a la población del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, de esta ciudad de México, obteniéndose las siguientes aseveraciones.

El subtipo de Esquizofrenia más frecuente es el paranoide **EP**.

Fue relevante el hallazgo, de encontrar más pacientes con Esquizofrenia femeninos que masculinos. Más de la mitad cuenta con el nivel básico de estudios. Los esquizofrénicos tienen mayor frecuencia de ser solteros, de ser de nivel bajo, de no tener alguna ocupación.

La disfunción familiar se encontró en un alto porcentaje. La mayoría de los pacientes esquizofrénicos nacieron a través del parto, y fueron nacimientos de las primeras tres gestas. Nacieron en invierno, y la quinta parte de ellos presentó antecedentes de complicaciones obstétricas, siendo las más frecuentes la distocia y la hipoxia.

Los resultados reflejan que hubo significancia estadística entre los grupos, y para cada una de las variables. Logrando cumplir con los objetivos señalados en este estudio, ya que los hallazgos reportados comparten similitud con otros estudios.

Se trató de un estudio descriptivo, comparativo, que necesitará el apoyo de otros estudios con mejores diseños, metodología y estrategias para la obtención de información más detallada.

Por ello, estudios pioneros como éste, tratan de ayudar al primer nivel de atención, encontrando respuestas a aquello que desconocemos, y que son el primer paso a seguir. Siempre nos basamos en literatura mundial, debido a los pocos estudios o investigaciones realizadas en nuestro país, y sería otra razón de la necesidad de realizar estudios subsecuentes.

BIBLIOGRAFIA.

1. Andreasen C. Nancy and Scott Olsen: **“Negative and Positive Schizophrenia: Validation y Definition”**. *Arch Gen Psychiatry*. Año 1982. Vol. 39. Páginas 789-794.
2. Andreasen Nasrallah: **“Understanding the causes of Schizophrenia”**. *Journal of Medicine*. New england. Año 1999. Vol. 340. Páginas 645-647.
3. Buka S., Tsuang M., Lipsitt L., : **“Pregnancy/ Delivery complications and Psychiatric Diagnosis. A prospective study”**. *Arch Gen Psychiatry*. Año 1993. Vol. 50. Páginas 151-156.
4. Cannon M., Jones P., Murray R. : **“Obstetric complications and Schizophrenia : Historical and Meta-Analytic Review”**. *Am J Psychiatry*. Julio 2002. Vol. 159 No.7. Páginas 1080-1092.
5. Cantor-Graae E., Mc Neil F., Sjostrom K., Nordstrom G.: **“ Maternal correlations demographic and obstetrics complications in Schizophrenia ”**. *J Psychiatry Res*. Año 1997. Vol. 31 No. 3 Páginas 347-357.
6. Cardino A., Marshall E., Caid B., Mc.Donald A.: **“Heriability estimates for psychotic disorders”**. *Arch Gen Psychiatry*. Año 1999. Vol. 56. Páginas 162-168.
7. Chengappa R., Nimgaonkar V., Bachert C., Yang Z.: **“Obstetrics complications and Auto-antibodies in Schizophrenia”**. *Acta Psychiatr. Scand*. Año 1995. Vol. 92. Páginas 270-273.

8. Dalman C., Allebeck P., Cullberg J., Gruneward Ch., Koster M.: **"Obstetrics complications and Risk of Schizophrenia"**. *Journal of Medicine*. Año 1999. Vol. 56. Páginas 234-240.
9. Geddes R. John and Lawrie M. Stephen: **"Obstetrics complications and Schizophrenia: A Meta-analysis"**. *British Journal of Psychiatry*. Año 1995. Vol. 167. Páginas 786-793.
10. Goldman R.: **"More clues to latent schizophrenia point to developmental origins"**. *Am J Psychiatry*. Año 1995. Vol. 152. Páginas 1701-1703.
11. Gunther-Genta F., Bonet P., Hohlfeld P.: **"Obstetrics complications and Schizophrenia: A study of cases and controls"**. *British Journal of Psychiatry*. Año 1994. Vol. 164. Páginas 165-170.
12. Hultman C., Ohman A., Cnattingius S., Wiwselgren I.: **"Prenatal and Neonatal risk factors for Schizophrenia"**. *Br J Psychiatry*. Año 1997. Vol. 170. Páginas 128-133.
13. Kaplan I. Harold, and Sadock J. Benjamin: **TRATADO DE PSIQUIATRIA**. 6ª. Ed. Año 1997. Ed. Intermédica. Páginas 837-950 y 1740-1755.
14. Lemuz A.: TESIS **"HALLAZGOS ENTRE ANTECEDENTES DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y ENFERMEDAD MENTAL"**. Año 1997. México. UNAM. Depto. de Psiq. y Salud mental. 52 páginas.
15. Maier W., Schwab S., Rietschel M.: **"The genetics of Schizophrenia"**. *Curr Opin Psychiatry*. Año 2000. Vol.13. Páginas 3-9.

16. Mc Neil F., Cantor-Graae E., Nordstrom L. and Roselund T.: **"Head circumference in Preschizophrenic and control Neonates"**. *British Journal of Psychiatry*. Año 1993. Vol. 162 Páginas 517-523.
17. Mc Neil F., Cantor-Graae E., Sjostrom K.: **"Obstetrics complications and antecedent of Schizophrenia. Empiric use scales"**. *J Psychiatric Res*. Año 1994. Vol. 28 No. 6 Páginas 519-530.
18. Mc Neil F., Cantor-Graae E., Torrey F., Sjostrom K., Bowler A.: **"Relationship of obstetric complications in Monozygotic twin pairs discordant and concordant for Schizophrenia"**. *Acta Psychiatrica Scan*. Año 1994. Vol. 89. Páginas 196-204.
19. Mc Neil F., Cantor-Graae E., Sjostrom K. and Rosenlund T.: **"Obstetrics complications and relationship with factors of risk etiology for Schizophrenia"**. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Año 1994. Vol. 182. No. 11 Páginas 645-650.
20. Miller H., Williams H., Resnick P., Bloom D.: **"Pregnancy in patient hospitalized, a lost opportunity"**. *General Hospital of Psychiatry*. Año 1990. Vol. 12. Páginas 373-378.
21. Ontiveros U. Martha y Lara M. Ma. del Carmen: PROGRAMA DE ACTUALIZACION CONTINUA (3). **"Diferencias entre Género y Cerebro"**. Libro 1. Año 2002. Páginas 933-934.
22. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.: CIE 10. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO **"Descripciones clínicas y pautas para el Diagnóstico"**. *Publicaciones Meditor*. Año 1992. Páginas 114-126.
23. Pearlson, G. D.: **"Neurobiología de la Esquizofrenia "** *Ann Neurol*. Año 2000. Vol. 48. Páginas 556-566.

24. Rege S., Jerome C., Keller T. y cols.: AUTOEVALUACION Y ACTUALIZACION EN PSIQUIATRIA. PSA-R3. **“Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”**. Año 2001. Ed. Intersistemas. Páginas 6-68.
25. Ruiz López Ignacio y Cols.: PROGRAMA DE ACTUALIZACION EN PSIQUIATRIA. APM. **“Neuropsiquiatría”**. Libro 9. Año 2000. 1ª. Ed. Páginas 24-30.
26. Sacker A., Done D., Crow T., Golding J.: **“Antecedents of Schizophrenia and affective illness: Obstetric complications”**. *British Journal of Psychiatry*. Año 1995. Vol. 166. Páginas 734-741.
27. Tsuang M., Stone W., Faraone S.: **“Toward reformulating the diagnosis of Schizophrenia”**. *Am J Psych*. Año 2000. Vol. 157. Páginas 1041-1050.
28. Tsuang M., Stone W., Faraone S.: **“Towards the prevention of Schizophrenia”**. *Biol Psychiatry*. Año 2000. Páginas 349-356.
29. Verdoux H., Geddes J., Takei N., Lawrie S., and et. al.: **“Obstetric Complications and Age at Onset in Schizophrenia An International Collaborative Meta-Analysis of Individual Patient Data”**. *Am J Psychiatry*. Año 1997. Vol. 154 No.9 Páginas 1220-1227.
30. Wilcox A. James and Nasrallah A. Henry: **“Perinatal Problems and Prognostic of Psychosis diseases”**. *Neuropsychobiology*. Año 1987. Vol. 17 Páginas 173-175.
31. Wyatt R., Apud J., Potkin S.: **“Prevention and treatment, new directions in Schizophrenia: A biological perspective”**. *Am J Psychiatry*. Año 1996. Vol. 59. Páginas 357-370.
32. Zornberg G., Buka S., Tsuang T.: **“Hipoxic-ischemia-related Fetal/Neonatal complications and risk of Schizophrenia and other nonaffective psychoses: a 19-year longitudinal study”**. *Am J Psychiatry*. Año 2000. Vol. 157 No.2 Páginas 196-202.

ANEXO 1.

CEDULA DISEÑADA PARA LA CAPTURA DE DATOS.

	PACIENTE 1	PACIENTE 2
Nombre y número de expediente		
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS		
Sexo		
Edad		
Estado Civil		
Escolaridad		
Nivel socio-económico		
Ocupación		
Antecedentes familiares		
Disfunción Familiar		
ANTECEDENTES OBSTETRICOS		
Lugar que ocupa en el no. gestas		
Mes de nacimiento		
Tipo de nacimiento		
Tipo de complicaciones:		
- Preeclampsia		
- Hemorragias		
- Pretérmino		
- Isoinmunización		
- Distocia		
- Hipoxia		
- Bajo peso		
- Presentación anormal		
- Macrosomías		
- Sin complicación		

ANEXO 2.

TABLA 1.

TABLA DE DISTRIBUCION POR SEXO Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	S E X O		TOTAL
	MASCULINO n %	FEMENINO n %	
ESQ. PARANOIDE	55 (42%)	75 (58%)	130
ESQ. INDIFERENCIADA	24 (69%)	11 (31%)	35
ESQ. HEBEFRENICA	4 (67%)	2 (33%)	6
TOTAL	83 (48%)	88 (52%)	171

[Chi 2 = .015 (2), p = .995]

TABLA 2.

TABLA DE PROMEDIO DE EDAD Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	EDAD PROMEDIO	D. S.
ESQ. PARANOIDE	35.1	11.2
ESQ. INDIFERENCIADA	31.7	2.8
ESQ. HEBEFRENICA	31	2.9

TABLA 3.

TABLA DE ESCOLARIDAD Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	E S C O L A R I D A D						TOTAL
	ANALFABETA n %	PRIMARIA n %	SECUNDARIA n %	BACHILLERATO n %	CAR. TEC. n %	LICENCIAT. n %	
E. PARANOIDE	7 (6%)	39 (30%)	33 (25%)	28 (22%)	12 (9%)	11 (8%)	130
E. INDIFERENC.	3 (9%)	10 (29%)	11 (31%)	5 (14%)	2 (6%)	4 (11%)	35
E. HEBEFRENICA	2 (33%)	2 (33%)	0	1 (17%)	1 (17%)	0	6
TOTAL	12 (7%)	51 (30%)	44 (25%)	34 (20%)	15 (9%)	15 (9%)	171

[Chi 2 = .359 (10), p = .000]

ANEXO 3.

TABLA 4.

TABLA DE ESTADO CIVIL Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	S O L T E R O		E S T A D O C A S A D O		C I V I L U. LIBRE		S E P A R A D O	TOTAL					
	n	%	n	%	n	%							
E. PARANOIDE	77	(59%)	27	(21%)	2	(1%)	7	(6%)	6	(4%)	11	(9%)	130
E. INDIFERENCIADA	30	(86%)	4	(11%)	0		0		0		1	(3%)	35
E. HEBEFRENICA	5	(83%)	0		0		0		0		1	(17%)	6
TOTAL	112	(66%)	31	(18%)	2	(1%)	7	(4%)	6	(3%)	13	(8%)	171

[Chi 2 = .269 (10), p = .950]

TABLA 5.

TABLA DE NIVEL SOCIOECONOMICO Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	NIVEL		SOCIO		ECONOMICO		TOTAL
	BAJO		MEDIO		ALTO		
	n	%	n	%	n	%	
E. PARANOIDE	77	(59%)	44	(34%)	9	(7%)	130
E. INDIFERENCIADA	23	(66%)	10	(28%)	2	(6%)	35
E. HEBEFRENICA	4	(67%)	2	(33%)	0		6
TOTAL	104	(61%)	56	(33%)	11	(6%)	171

[Chi 2 = .921 (4), p = .975]

TABLA 6.

TABLA DE OCUPACION Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	O C U P A C I O N				TOTAL
	CON OCUPACION		SIN OCUPACION		
	n	%	n	%	
E. PARANOIDE	53	(41%)	77	(59%)	130
E. INDIFERENCIADA	7	(20%)	28	(80%)	35
E. HEBEFRENICA	3	(50%)	3	(50%)	6
TOTAL	63	(37%)	108	(63%)	171

[Chi 2 = .062 (2) p = .950]

ANEXO 4.

TABLA 7.

TABLA DE ANTECEDENTES FAMILIARES Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	ANTECEDENTES CON ANTECEDENTES		FAMILIARES SIN ANTECEDENTES		TOTAL
	n	%	n	%	
E. PARANOIDE	50	(38%)	80	(62%)	130
E. INDIFERENCIADA	9	(26%)	26	(74%)	35
E. HEBEFRENICA	1	(17%)	5	(83%)	6
TOTAL	60	(35%)	111	(65%)	171

[Chi 2 = .235 (2), p = .975]

TABLA 8.

TABLA DE DISFUNCION FAMILIAR Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	DISFUNCION CON DISFUNCION		FAMILIAR SIN DISFUNCION		TOTAL
	n	%	n	%	
E. PARANOIDE	76	(59%)	54	(41%)	130
E. INDIFERENCIADA	24	(69%)	11	(31%)	35
E. HEBEFRENICA	4	(67%)	2	(33%)	6
TOTAL	104	(61%)	67	(39%)	171

[Chi 2 = .529 (2), p = .990]

TABLA 9.

TABLA DE TIPO DE NACIMIENTO Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	TIPO DE PARTO		NACIMIENTO CESAREA		TOTAL
	n	%	n	%	
E. PARANOIDE	124	(95%)	6	(5%)	130
E. INDIFERENCIADA	31	(89%)	4	(11%)	35
E. HEBEFRENICA	6	(100%)	0		6
TOTAL	161	(94%)	10	(6%)	171

[Chi 2 = .258 (2), p = .975]

ANEXO 5.

TABLA 10.

TABLA DE NUMERO DE GESTAS Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	1		2		No. 3		G 4		E 5		S 6		T 7		A 8		S 9		10		11		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
E. PARANOIDE	29	(22%)	32	(24.5%)	31	(23.5%)	12	(9%)	8	(6%)	4	(3%)	9	(7%)	2	(2%)	1	(1%)	0		2	(2%)	130
E. INDIFERENCIADA	8	(23%)	5	(14%)	6	(17%)	5	(14%)	1	(3%)	0		3	(8.5%)	2	(6%)	3	(8.5%)	1	(3%)	1	(3%)	35
E. HEBEFRENICA	2	(34%)	1	(16.5%)	1	(16.5%)	0		0		0		1	(16.5%)	1	(16.5%)	0		0		0		6
TOTAL	39	(23%)	38	(22%)	38	(22%)	17	(10%)	9	(5%)	4	(2%)	13	(7.5%)	5	(3%)	4	(2.5%)	1	(1%)	3	(2%)	171

[Chi 2 = .248 (20), p = .000]

TABLA 11.

TABLA DE MES DE NACIMIENTO Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	1		M E S 2		D E 3		N 4		A C 5		I M 6		I E 7		N T 8		O 9		10		11		12		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
E. PARANOIDE	8	(6%)	13	(10%)	14	(11%)	10	(8%)	8	(6%)	10	(8%)	16	(12%)	9	(7%)	13	(10%)	12	(9%)	10	(8%)	7	(5%)	130
E. INDIFERENCIADA	5	(14%)	6	(17%)	3	(9%)	1	(3%)	0		1	(3%)	1	(3%)	5	(14%)	5	(14%)	4	(11%)	1	(3%)	3	(9%)	35
E. HEBEFRENICA	1	(16.6%)	1	(16.7%)	1	(16.6%)	1	(16.7%)	0		1	(16.7%)	0		1	(16.7%)	0		0		0		0		6
TOTAL	14	(8%)	20	(12%)	18	(11%)	12	(7%)	8	(4.5%)	12	(7%)	17	(10%)	15	(9%)	18	(11%)	16	(9%)	11	(6%)	10	(5.5%)	171

[Chi 2 = .595 (22), p = .000]

ANEXO 6.

TABLA 12.

TABLA DE ESTACIONES DEL AÑO Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	E S T A C I O N E S				TOTAL
	PRIMAVERA n %	VERANO n %	OTOÑO n %	INVIERNO n %	
E. PARANOIDE	28 (22%)	38 (29%)	29 (22%)	35 (27%)	130
E. INDIFERENCIADA	2 (6%)	11 (31%)	8 (23%)	14 (40%)	35
E. HEBEFRENICA	2 (33%)	1 (17%)	0	3 (50%)	6
TOTAL	32 (19%)	50 (30%)	37 (20%)	52 (31%)	171

TABLA 13.

TABLA DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS Y TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	SIN COMPLICACIONES n %	A N T E C E D E N T E S				O B S T E T R I C O S					TOTAL
		HEMORRAGIA UTERINA n %	PRE-TERMINO n %	DIS-TOCIA n %	HIPOXIA n %	PRE-E-CLAMP SIA n %	BAJO PESO n %	PRESEN-TACION ANOR-MAL n %	ISO-INMU-NIZACION n %	MACRO SOMIA n %	
E. PARANOIDE	106 (81%)	1 (1%)	1 (1%)	9 (7%)	5 (3.5%)	1 (1%)	2 (1.5%)	2 (1.5%)	1 (1%)	2 (1.5%)	130
E. INDIFERENCIADA	28 (80%)	0	0	0	2 (5.5%)	0	1 (3%)	2 (5.5%)	1 (3%)	1 (3%)	35
E. HEBEFRENICA	4 (67%)	0	1 (16.5%)	0	1 (16.5%)	0	0	0	0	0	6
TOTAL	138 (80%)	1 (1%)	2 (1.5%)	9 (4.5%)	8 (4%)	1 (1%)	3 (2%)	4 (2.5%)	2 (1.5%)	3 (2%)	171

[Chi 2 = .202 (18), p = .000]