



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Psicología Médica,  
Psiquiatría y Salud Mental

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

RELACIÓN DE MOTIVOS DE INTERNAMIENTO (NEGATIVISMO A  
MEDICAMENTOS, AGRESIVIDAD, CONDUCTA ERRÁTICA, RIESGO  
SUICIDA O AUTOLESIVO), Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (SEXO,  
EDAD, OCUPACIÓN, RELIGIÓN, ESTADO CIVIL, NÚMERO DE HABITANTES  
EN EL HOGAR, NIVEL SOCIOECONÓMICO, ESCOLARIDAD, LUGAR DE  
RESIDENCIA); CON EL NÚMERO DE INTERNAMIENTOS Y DÍAS DE  
ESTANCIA HOSPITALARIA, DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

TESIS

que para obtener el diploma de la  
Especialidad en psiquiatría

Presenta:

**GUILLERMO ATILANO GUTIERREZ**

ASESORES:

**Dr. Félix Ambrosio Gallardo**

***Tutor Metodológico***

**Dr. Miguel Herrera Estrella**

***Tutor Teórico***



Febrero 2010



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.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	<b>32</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>34</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>35</b>
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>38</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>46</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>48</b>

## RESUMEN

La esquizofrenia, patología psiquiátrica con alteración profunda del pensamiento, emoción y conducta, afecta a poco más del 1 % de la población a nivel mundial. Enfermedad incapacitante que necesita de tratamiento psicofarmacológico para su control y en otras ocasiones, dependiendo de la severidad y manifestaciones de la sintomatología; tratamiento bajo internamiento en hospitalización continua.

Los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, como el resto de la población, viven en distintas condiciones sociodemográficas que dictan la manera en la que se hace frente a la vida y en ocasiones, estas condiciones sociodemográficas tienen relación con la evolución, pronóstico y motivos de internamiento del paciente con esquizofrenia. Algunas de estas condiciones sociodemográficas son la edad, sexo, religión, estado civil, nivel económico, número de hijos, número de personas con las que habita, lugar de residencia, ocupación y grado de escolaridad; condiciones que en este estudio fueron tomadas en cuenta para analizar la relación que pudieran guardar en cuanto al número de hospitalizaciones y días de estancia intrahospitalaria.

Se tomó una muestra de 106 expedientes de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia que acuden a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se recabó de los expedientes información concerniente a las condiciones sociodemográficas que ya fueron citadas, el número de internamientos en hospitalización continua, días totales de estancia y los motivos de su internamiento, que en su historia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se les han llevado a cabo en los últimos 5 años, después de la exploración y registro de estos datos, se sometió a análisis la información en busca de alguna relación entre las condiciones sociodemográficas con su número de internamientos, días de estancia y motivos de internamiento y de existir esta relación, describir cual y como fue.

Los resultados del estudio no mostraron efecto de las condiciones sociodemográficas de los pacientes con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en su número de hospitalizaciones ni días de estancia hospitalaria. Se reportó que el motivo de internamiento tiene influencia sobre los días de estancia y número de hospitalizaciones; cuando el motivo de

internamiento fue negativismo a medicamentos y/o conducta errática, el número total de internamientos se incrementa, así como el día total de estancia intrahospitalaria. Se mostró efecto de la edad sobre el número de hospitalizaciones y días de estancia, resultado de no significancia para nuestro estudio, pues con el incremento de la edad incrementa el tiempo de evolución de la patología y con ello la probabilidad de que haya ameritado internamiento psiquiátrico en hospitalización continua, por ende el número total de días de internamiento y no por que esta variable represente al corte transversal riesgo por si misma para nuevas hospitalizaciones e internamientos más prolongados. Existieron otros resultados que discrepan con lo encontrado en la literatura empleada, circunstancia que se justifica tanto por las características de la muestra, como con la diferencia de la población estudiada en otras revisiones; situación que me llevó mas que a un factor sociodemográfico de peso que predijera más o menos internamientos, a la descripción de la población que en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se atiende, pues lo que otros estudios reportan como condiciones sociodemográficas de influencia positiva y negativa para incrementar o disminuir el número de internamiento y días de estancia, son características sociodemográficas que no tienen los pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, pero que los motivos de internamiento, sin relación con las condiciones sociodemográficas, si representaron el impacto descrito. Un ejemplo de ello es el nivel económico de la familia, en donde se reporta que los niveles mas precarios son los menos favorecidos y la población que hace uso del hospital en promedio pertenece a esa clase, de tal manera que el efecto de un mejor nivel económico de los pacientes sobre su número de hospitalizaciones y días de hospitalización, no pudo ser observado en esta tesis, otro ejemplo es el nivel académico, en el que se reporta que a mayor grado de educación menos hospitalizaciones ameritara el paciente para su tratamiento, pero como en nuestro hospital el grado académico de los pacientes es inferior al de los países en donde se realizaron estos estudios, no tuvo significancia en nuestra muestra.

## **INTRODUCCIÓN**

La esquizofrenia, entidad de la patología psiquiátrica que se muestra diversa en todas sus caras; desde las líneas de investigación en las primeras descripciones, hasta sus complejas manifestaciones en la experiencia humana. Es la más incapacitante y costosa patología que afecte al hombre como especie, va permeado en su existencia y transforma por completo la realidad de la vida de quien la padece.

Las explicaciones sobre su etiología son tan antiguas como la misma enfermedad, que va desde la influencia de demonios, hasta la participación de la dopamina en relación directa con la sintomatología. Enfermedad multifactorial en la que intervienen aspectos genéticos, perinatales, sociales y psicológicos, en donde la alteración en alguno de estos factores podrá dar un vuelco a la evolución y manifestación de la enfermedad.

Existen factores bien definidos que se asocian con reactivación y exacerbación sintomática; el más importante de ellos es el apego a tratamiento antipsicótico, en el que existe una relación directa con el desapego y las recaídas, otros factores son el medio ambiente que rodea al paciente, que sea o no capaz de contener y atender la sintomatología, situación que de no lograrse culminará en la necesidad de atención psiquiátrica en hospitalización continua para el control sintomático. También se ha observado que otros factores como el nivel socioeconómico bajo se relaciona más con esta enfermedad, o como la religión puede influir en la evolución y síntomas de la esquizofrenia, entre otros factores.

Esta tesis buscó encontrar relación entre las condiciones sociodemográficas de los pacientes y el número de veces que se ha hospitalizado, los motivos de su internamiento y el día total de estancia hospitalaria. Se tomó en cuenta la edad, sexo, estado civil, religión, ocupación, nivel socioeconómico, número de hijos, número de personas con las que vive, lugar de residencia y nivel de escolaridad, y observar si alguna de estas condiciones tiene relación con la evolución de la esquizofrenia. Esta investigación no encontró influencia de las condiciones sociodemográficas sobre el número de hospitalizaciones, pero si hubo efecto de motivos de internamiento como negativismo a medicamentos y conducta errática, para traducirse en internamientos mas prolongados y un mayor número de estos.

Las condiciones sociodemográficas no reportan influencia sobre número total de hospitalizaciones, número total de días de estancia ni sobre los motivos de internamiento, ya que estos se presentaron de manera indistinta. Las condiciones sociodemográficas que pudieran representar, según la literatura, factor de protección o riesgo, no son las condiciones sociodemográficas con las que cuenta el usuario promedio del HPFBA.

## MARCO TEÓRICO

### ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por profundas alteraciones en el pensamiento, emoción y conducta con importante involuación de los procesos cognitivos.

Con respecto a la historia, existen descripciones sobre personajes en la sociedad antigua cuyo comportamiento y pensamiento se caracterizaba por la desviación de ideas y conductas que la cultura no compartía, sin embargo no se contemplaban estas las características de una enfermedad mental, fundamentando la idea de algunos autores que aseguran que la esquizofrenia ha existido a lo largo de toda la humanidad (2).

En 1800 se inicia la descripción formal de estas alteraciones como la manifestación de una enfermedad mental, explicando la hipótesis de la ocurrencia de algún cambio de tipo biológico alrededor de este año, que hizo que un tipo de esquizofrenia se volviese mucho más común a partir de entonces (1).

En la conceptualización de la esquizofrenia surgieron diversas líneas de investigación que intentaron describir la fenomenología de la enfermedad, por un lado Emil Kraepelin (1856-1926) hizo hincapié en los tempranos cambios cognitivos de estos pacientes, caracterizado por un largo curso hacia el deterioro de las funciones mentales, acompañado de alucinaciones y pensamiento delirante, que asociado al deterioro son síntomas que también tienden al empeoramiento; síndrome al que llamó *Dementia praecox*, modificando el término de *Démence précoce* que acuñó mucho tiempo antes Benedict Morel (1809-1926), psiquiatra francés que así describía el deterioro de una enfermedad que iniciaba en la adolescencia, con tendencia a la cronicidad y al empeoramiento. Mas tarde, Eugene Bleuler (1857-1939) describiendo la misma enfermedad, estableció las principales diferencias con la descripción de Kraepelin, al asegurar que el deterioro cognitivo no necesariamente es el curso característico de la enfermedad; e identifica y propone 4 síntomas fundamentales o primarios, observados en los pacientes con este diagnóstico, que son: alteraciones en asociaciones del pensamiento, alteraciones afectivas, autismo y ambivalencia.

Es necesario puntualizar que las propuestas sobre esquizofrenia no representan un continuo de la investigación, sino que surgieron de paralelismos del pensamiento científico, de manera que el último resultado de las aportaciones de cada uno de los autores, no es un afán aditivo al concepto final, sino en afán de otorgar un significado en términos de su propio concepto de la esquizofrenia.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Los estudios epidemiológicos sobre una enfermedad van encaminados a describir denominadores en común, frecuencia y asociaciones de la misma, que puedan verificar hipótesis sobre el riesgo y las causas de una enfermedad. Debido a la etiología desconocida de la esquizofrenia estos estudios en un inicio recobraron primordial importancia; Kraepelin en 1896 anticipó que el modelo epidemiológico podía iluminar las causas del trastorno mental y propuso que se hicieran estudios comparativos en la población sobre las psicosis y los factores predisponentes en varias culturas (3).

Shean en 2003 demostró que, en parte, el cambio en la prevalencia de la esquizofrenia obedece a factores de precisión diagnóstica, incrementándose el diagnóstico de trastornos afectivos con el paso de los años, incluyendo el trastorno esquizoafectivo y disminuyendo el diagnóstico de esquizofrenia, esto último se refleja en la diferencia entre la tasa de diagnóstico de esquizofrenia del 31% entre 1975 y 1979 y la de 11% entr 1994 y 1995. Análisis multivariados permitieron asociar estos resultados con las actualizaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (22)

La prevalencia de la esquizofrenia esta ligada al tipo de estudio realizado, al área demográfica analizada y a factores como mortalidad y migración, los estudios a lo largo del mundo han demostrado diferencias mínimas en sus resultados, que otorgan al final una prevalencia de esquizofrenia en el mundo del 1%, con una mayor incidencia en ciudades urbanizadas de países desarrollados; de todos estos casos se estima que solo el 50% recibe tratamiento muy a pesar de la severidad del trastorno.

En otros estudios epidemiológicos se ha observado que en el hemisferio norte del continente americano, las personas con esquizofrenia nacen, más a

menudo, entre enero y abril, mientras que en el hemisferio sur, nacen más frecuentemente entre julio y septiembre. Una hipótesis postula que puede actuar un factor de riesgo específico de la estación, por ejemplo; un virus o un cambio estacional de la dieta. Las hipótesis virales implican a virus lentos, retrovirus y reacciones autoinmunitarias viralmente activadas. Algunos estudios muestran que la frecuencia de esquizofrenia aumenta tras la exposición a gripe durante el segundo trimestre del embarazo. Otra hipótesis es que las personas genéticamente predispuestas a esquizofrenia tienen menor ventaja biológica para sobrevivir a agresiones específicas de las estaciones. (21) Hay otros factores de riesgo biológicos y psicosociales, como lo son aquellos que se relacionan con el embarazo y el periodo perinatal, entre ellos se encuentran la influenza, o rubeóla materna, las alteraciones metabólicas y mal nutrición de la madre, el consumo de tabaco durante el embarazo o las complicaciones obstétricas, asociadas sobre todo a hipoxia neonatal, así como la hemorragia previa o durante el parto, la incompatibilidad de grupo sanguíneo o factor Rh, la preeclampsia, una cesárea de urgencia, la atonía uterina, así como el peso al nacer de menos de 2.5 Kg o de más de 4 Kg. (22)

También se ha observado que las personas esquizofrénicas tienen una mayor tasa de morbilidad por accidentes y causas naturales que la población general. Varios estudios han mostrado que hasta el 80% de los esquizofrénicos tiene enfermedades médicas concurrentes, y que hasta el 50% de ellas puede no ser diagnosticado. (21)

La conducta suicida y el suicidio consumado forma también parte importante de la psicopatología esquizofrénica, en donde hasta el 15% de los pacientes con este diagnóstico puede morir tras intentos de suicidio. Existen factores indentificados que pueden incrementar el riesgo de esta conducta, como lo es la raza blanca, sexo masculino y aislamiento social. Y se ha observado que el riesgo es más alto en las personas con conciencia realista acerca de los efectos deteriorantes de la enfermedad y evaluación no delirante de su futuro deterioro mental, desesperanza, dependencia excesiva del tratamiento o pérdida de fe en el tratamiento. (21)

En México se ha reportado una prevalencia de 0.7% a 2% de esquizofrenia. Esta enfermedad se ubicó en 2004 en el décimo lugar en cuanto a discapacidad y la depresión en el primero. La Encuesta Nacional de

Epidemiología Psiquiátrica, señala que una de cada cuatro personas se ve afectada por un trastorno mental en algún momento de su vida, lo cual implica que por cada diez personas, hay 2.5 encargadas de cuidar a alguien con enfermedad crónica. De tres enfermos dos no reciben atención y la familia es el único agente de apoyo comunitario lo que se traduce en una carga adicional sobre ella y un índice mayor de enfermedad derivada de esta condición en familiares cuando se les compara con la población general (31).

## **ETIOLOGÍA**

Se propone que la etiología de la esquizofrenia es multifactorial, para lo que se proponen diversos modelos.

*Modelo de diátesis-estrés;* según este modelo una persona puede tener una vulnerabilidad específica (diátesis) que, cuando es sometida a una influencia estresante, permite que aparezcan los síntomas de esquizofrenia. El modelo de diátesis-estrés más general, la diátesis o el estrés pueden ser biológicos, ambientales, o de ambos tipos. El componente ambiental puede ser biológico o psicológico.

*Modelo neurobiológico;* en la última década, una creciente cantidad de investigaciones han indicado la participación fisiopatológica de determinadas zonas cerebrales, como el sistema límbico, la corteza frontal, el cerebelo y los ganglios basales. Estas cuatro regiones están interconectadas, de manera que la disfunción de una puede implicar un proceso patológico primario de otra. Los estudios por imágenes cerebrales de personas vivas y los exámenes neuropatológicos del tejido cerebral post mortem han implicado al sistema límbico como posible localización del proceso patológico primario, por lo menos, en algunos casos de esquizofrenia y quizás en la mayoría.

Dos campos de investigación activa son el momento en que aparece una lesión neuropatológica en el cerebro y la interacción de la lesión con factores de estrés ambiental y social. La base de la aparición de una anomalía cerebral puede ser el desarrollo anormal o la degeneración de neuronas después del desarrollo. No obstante, la tasa de discordancia del 50% observada en gemelos monocigóticos implica una interacción poco conocida entre el medio y la aparición de esquizofrenia. Por otra parte, sólo hace poco se están comenzando a conocer los factores que regulan la expresión de genes. Si bien

los gemelos monocigóticos tienen la misma información genética, la diferente regulación de genes durante sus vidas quizá permita que uno sufra esquizofrenia y el otro no.

Hipótesis de la dopamina. La formulación más simple de esta hipótesis plantea que la esquizofrenia se debe a hiperactividad dopaminérgica. Esta teoría se desarrolló a partir de 2 observaciones. Primero, la eficacia y la potencia de la mayoría de los fármacos antipsicóticos se correlacionan con su capacidad para actuar como antagonistas del receptor dopaminérgico D2. Segundo, los fármacos que aumentan la actividad dopaminérgica, a saber anfetaminas con psicotomiméticos. La teoría básica no plantea si la hiperactividad dopaminérgica se deba a un aumento de la liberación de dopamina, a un exceso de receptores dopaminérgicos, hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos a la dopamina, o una combinación de estos mecanismos. Tampoco especifica que vías dopaminérgicas encefálicas participan, aunque las implicadas más a menudo son las vías mesocortical y mesolímbica. Las neuronas dopaminérgicas de estas vías se proyectan de sus cuerpos celulares en el mesencéfalo a neuronas dopaminoceptivas del sistema límbico y la corteza cerebral.

La participación significativa de la dopamina en la fisiopatología de la esquizofrenia es compatible con estudios que han determinado las concentraciones plasmáticas del principal metabolito de la dopamina, el ácido homovainílico. Varios estudios preliminares han indicado que, en condiciones experimentales cuidadosamente controladas, las concentraciones plasmáticas de ácido homovainílico pueden reflejar las concentraciones de este ácido en el sistema nervioso central. Estos estudios han comunicado una correlación positiva entre altas concentraciones pretratamiento de ácido homovainílico y dos factores: gravedad de los síntomas psicóticos y respuesta terapéutica a fármacos antipsicóticos. Estudios de ácido homovainílico plasmático también han comunicado que, con tratamiento su concentración disminuye sostenidamente. Esta declinación se correlaciona con mejoría sintomática, por lo menos, en algunos pacientes. La hipótesis de la dopamina en la esquizofrenia se sigue refinando y ampliando, y continúan identificándose nuevos receptores dopaminérgicos. Un estudio ha comunicado un aumento de

receptores D4 en muestras cerebrales post mortem de pacientes esquizofrénicos. (21)

Existen otros neurotransmisores involucrados en la fisiopatología de la sintomatología esquizofrénica, que aunque la dopamina ha recibido la máxima atención en la investigación sobre esta patología, se han identificado otras interacciones de diferentes neurotransmisores, capaces de producir síntomas psicóticos que son difíciles de distinguir de la esquizofrenia. Entre estos neurotransmisores se encuentra la serotonina, para el cual se ha encontrado íntima relación en la acción de algunos fármacos antipsicóticos, en donde los antagonistas serotonina-dopamina tienen potentes actividades relacionadas con la serotonina. Específicamente, se ha destacado la importancia del antagonismo serotoninérgico 5-HT<sub>2</sub> para disminuir los síntomas psicóticos y mitigar la aparición de trastornos del movimiento relacionados con antagonismo de D<sub>2</sub> y como se ha sugerido en investigaciones de trastornos del estado de ánimo, se ha implicado a la actividad de la serotonina en el comportamiento suicida e impulsivo, que, también, se puede observar en la esquizofrenia. Otro neurotransmisor implicado es la noradrenalina, que aunque no se ha esclarecido del todo la relación entre la actividad dopaminérgica y noradrenérgica, una creciente cantidad de datos sugiere que el sistema noradrenérgico modula el sistema dopaminérgico, de manera tal que las anormalidades del sistema noradrenérgico predisponen a recaídas frecuentes. Existen datos compatibles con la hipótesis de que algunos esquizofrénicos muestran pérdida de neuronas GABAérgicas en el hipocampo, lo que en teoría podría inducir hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas y noradrenérgicas. También se han propuesto hipótesis sobre la hiperactividad o hipoactividad del ácido glutámico y neurotoxicidad inducida por éste, por que el uso de fenciclidina, un antagonista del ácido glutámico provoca un síndrome agudo similar a la esquizofrenia. Y hay una serie de regiones cerebrales que en estados psicóticos se encuentran concentraciones alteradas de colecistocinina y neurotensina, neuropéptidos que también se han implicado en la esquizofrenia. (21)

*Neuropatología:* Al inicio los neuropatólogos no identificaban una base neuropatológica de la esquizofrenia y por ello fue clasificado como una patología funcional, pero a finales del siglo XX los investigadores revelaron una

base neuropatológica fundamentalmente en el sistema límbico y ganglios basales y comunicaron que la pérdida del volumen cerebral de los esquizofrénicos parece obedecer a la menor densidad de los axones, las dendritas y las sinapsis que median las funciones asociativas del cerebro. La densidad sináptica es máxima al año de vida, después disminuye hasta valores adultos en las primeras etapas de la adolescencia, una teoría basada en la observación de que los síntomas esquizofrénicos suelen aparecer durante la adolescencia, sostiene que la esquizofrenia se debe a recorte excesivo de sinapsis durante esta fase del desarrollo. (21) Un ejemplo de ello es el estudio del sistema límbico a nivel histopatológico, que ha revelado ser muy productivo para el estudio y entendimiento de la esquizofrenia, pues muchos estudios bien controlados de muestras cerebrales post mortem de pacientes esquizofrénicos, han mostrado una disminución del tamaño de la región que incluye la amígdala, el hipocampo y la circunvolución parahipocámpica, resultado relacionado con lo reportado por estudios de imagen a través de resonancia magnética. (21)

## **FACTORES GENÉTICOS**

Los diversos estudios genéticos han demostrado que el riesgo que padecer esquizofrenia es mucho más alto en familiares de personas que tienen la enfermedad, lo anterior no sucede en personas adoptivas, lo cual apoya la teoría del riesgo genético, de esta manera, el riesgo de padecer esquizofrenia se incrementa en un 50% cuando ambos padres la padecen y en 60% a 84% cuando se trata de gemelos monocigóticos. Se habla entonces de una herencia poligenética (Mueser 2004, Cannon 2002). En un metanálisis, se determinó que el peso específico que tiene la herencia en la aparición del trastorno es de 81%, en tanto que se ha calculado, con menos evidencia, que el peso de los aspectos ambientales es de 11% (Sullivan 2003). (22)

Estudios en grupos de familias, gemelos y sujetos adoptivos, fortalecen la hipótesis de la predisposición genética y en consecuencia, la condición hereditaria de la esquizofrenia. McGuffin y Harrison 2003 consideran que la carga de la responsabilidad que tienen los componentes genéticos en la producción de la enfermedad es de 63% a 85%, aunque no ha sido posible determinar el mecanismo exacto de transmisión hereditaria. En uno de estos estudios se comparó a 137 mujeres adoptivas, cuyas madres habían padecido

algún trastorno del espectro esquizoide. Tienari y Singh 2004 concluyeron que existe una diferencia en la prevalencia de 5.1% en los hijos de pacientes esquizofrénicos y 1.6% en el otro grupo. (22)

En otro interesante estudio, Nicolson y Birne 2003, compararon a 97 padres de pacientes con esquizofrenia de inicio en la infancia, 97 pacientes con esquizofrenia de inicio en la edad adulta y 129 de la población general, se encontró que la prevalencia de algún trastorno del espectro de la esquizofrenia, en particular el trastorno de personalidad esquizotípica, era mucho más alta en los padres del primer grupo que la del segundo; y esta a su vez mas alta que la población general. Lo anterior indica que un factor de riesgo es la presencia de trastorno de personalidad esquizotípica. (22)

De igual forma, Birne en 2002 demostró que no solo los antecedentes familiares de esquizofrenia son significativos como factores de riesgo para la misma enfermedad, sino que otros trastornos psiquiátricos, trastornos afectivos en familiares, aumentan el riesgo de padecer esquizofrenia; por ejemplo, cuando la madre tiene historia de esquizofrenia o de trastorno afectivo, el riesgo de que los hijos padezcan esquizofrenia se incrementa en grado similar, 4.47 y 4.33 respectivamente. (22)

Desde que se difundieron las técnicas de biología molecular, se han comunicado numerosas asociaciones entre sitios cromosómicos y esquizofrenia. Más de la mitad de los cromosomas se han asociado con esquizofrenia en diversas comunicaciones, pero los brazos largos de los cromosomas 5, 11 y 18, el brazo corto del cromosoma 19 y el cromosoma X han sido los implicados con más frecuencia. También se han involucrado loci de los cromosomas 6, 8 y 22. (21)

## **VARIABLES SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS**

### **EDAD Y SEXO**

La prevalencia de esquizofrenia por sexo es igual a lo largo de la vida, pero por genero existen diferencias en cuando a la **edad de aparición**; mientras que el pico de edad para el diagnóstico en hombres es de 10 a 25 años, en las mujeres es de 25 a 35 años de edad, situación por la que las mujeres llegan a desarrollar mayor funcionalidad antes de que la sintomatología de la esquizofrenia se haga presente.

En un seguimiento a 12 años de pacientes después del primer brote esquizofrénico, se observó una relación directa entre la **edad de inicio** y la severidad de los síntomas, aquellos quienes habían sido diagnosticados durante la adolescencia desarrollaban sintomatología mas severa que aquellos cuyo diagnóstico de esquizofrenia fue realizado en la edad adulta; así mismo, esta relación se guarda con el número de hospitalizaciones, revelando que entre menor edad se lleve acabo la primer hospitalización, mas hospitalizaciones necesitará en su evolución para el control de los síntomas, sin diferencias entre sexo (4).

La influencia del género también se hace presente en el funcionamiento social, mientras que en los hombres es pobre por la presencia de una mayor sintomatología negativa, el funcionamiento social de las mujeres es mejor, lo que mejora también la evolución (32).

En general se habla de un pronóstico más sombrío para hombres que en mujeres, haciendo esto evidente en la presentación clínica menos severa de la esquizofrenia en las mujeres varona y en hospitalizaciones requeridas para el manejo de la exacerbación sintomática, de menos **días de estancia** (8).

Otros reportes que hacen alusión a la influencia del sexo sobre la presentación de la esquizofrenia y el número de hospitalizaciones; es el perfil del paciente al que la OMS se refiere que ingresa a hospitalización continua con más frecuencia, encontrando que es el de un sujeto joven y de sexo masculino (6). Idea que comparte Tilman Steinert y cols. (1999), cuando identifica que el factor pronóstico de recaída y rehospitalización en pacientes con esquizofrenia; es el **comportamiento agresivo**, el consumo de alcohol y **el sexo masculino** y que el factor predictor más importante para el comportamiento agresivo; es el sexo masculino (19).

En un estudio realizado en Alemania que dio seguimiento a 8 años a 278 pacientes esquizofrénicos, después de su primer internamiento se encontraron diferencias importantes en cuanto al sexo, las mujeres mostraron una mejor respuesta a tratamiento y **días de estancia hospitalaria** mas cortas. Sin embargo el número de hospitalizaciones no difirió significativamente entre los sexos (18), lo anterior concluye que la diferencia entre sexos radica esencialmente en la presentación y evolución de la esquizofrenia, con

diferencia en la duración de las hospitalizaciones, pero con igual número de hospitalizaciones entre sexos.

Se ha mencionado que el inicio del trastorno es más temprano en los hombres y su pronóstico peor que el de la mujer, pero además, Mueser en el 2004 comenta que la esquizofrenia parece tener una incidencia más alta en los hombres, con una relación de hasta 1.8 casos de hombres por cada mujer. (22)

## **FERTILIDAD**

Por años la fertilidad reportada de hombres y mujeres con el diagnóstico de esquizofrenia había sido baja o menor a la de la población general, esto explicado a través de la pobre funcionalidad global del paciente con este diagnóstico y la pobre rehabilitación y reinserción social que los medicamentos y las intervenciones terapéuticas podían ofrecer, pero con el desarrollo de nuevos psicofármacos, en especial la medicación antipsicótica mejor tolerada y de menos efectos adversos, el énfasis en la rehabilitación, tratamiento ambulatorio y la desinstitucionalización del tratamiento, se ha registrado un aumento de la fertilidad en mujeres con el diagnóstico de esquizofrenia, sin marcada diferencia a la población general, esto obedece a que son menos las hospitalizaciones requeridas y mejor el funcionamiento social que favorece el aumento de las relaciones interpersonales y con ello incremento de la fertilidad. En los hombres se reporta una menor tasa de fertilidad, situación asociada a la anteriormente descrito sobre el sexo masculino, quienes presentan mayor sintomatología negativa y menor funcionamiento social, características necesaria para el establecimiento de relaciones interpersonales y con ello incrementar la posibilidad de procreación. La tasa de fertilidad en los hombres aumenta cuando su estado civil es casado, lo que va de la mano con el mejor funcionamiento social (5), y menos presencia de sintomatología negativa, síntomas en los que la medicación antipsicótica moderna y las intervenciones psicoterapéuticas y rehabilitatorias tienen su blanco.

Se han sugerido otras explicaciones para la baja tasa de fertilidad de los esquizofrénicos, como lo sería un poliformismo equilibrado genéticamente que pudiera activar la baja fertilidad en estos pacientes y disminuir la reproducción con la intención de no incrementar la prevalencia de la esquizofrenia; sin

embargo, contradictorio resulta que los familiares de esquizofrénicos presentan una fertilidad normal o más elevada (13), descartando esta teoría.

## **ESTADO CIVIL**

Hay pruebas claras de que el estado civil se relaciona significativamente con las tasas de primer ingreso, la edad de inicio, el curso y evolución de la esquizofrenia. Los varones solteros constituyen una proporción más elevada en las muestras de pacientes con esquizofrenia. Puesto que tanto la alteración social preesquizofrénica como la esquizofrénica disminuyen las posibilidades de matrimonio. Las personas con esquizofrenia que están casadas pueden representar un grupo con una forma leve de la enfermedad. A veces, el matrimonio mismo o vivir en pareja pueden retrasar el principio de la enfermedad o amortiguar sus efectos y se ha observado que los varones casados experimentan un retraso de 1 ó 2 años en el inicio de los síntomas, en comparación con los varones solteros (9).

Con respecto a las mujeres, en el apartado de sexo y edad se puntualizó un inicio más tardío de la esquizofrenia y una mejor funcionalidad social, por lo anterior, se explica que la tasa de casados es mayor entre mujeres que entre varones.

Por otro lado en un seguimiento a 2 años de 354 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, se reportó que los pacientes cuyo estado civil es casado recayeron el doble que aquellos solteros (17); por lo anterior el peso de esta condición sociodemográfica no queda clara, pues entre los estudios citados los resultados son contradictorios, mientras que unos encuentran factores de protección y sintomatología menos grave, otros proponen que el estado civil de casado predispone a mas y mas tempranos internamientos. En este último estudio con la importante limitación de tratarse de un seguimiento a solo dos años.

En un estudio realizado en el HPFBA sobre el funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia, se reporta que el 26% de los pacientes mencionaron que mantuvieron o mantenían al momento del estudio una relación de pareja y el 74% se mantenía sin relaciones de este tipo. (23) Existe otro estudio realizado en España en el años 2001, en donde a una muestra de 58 pacientes se evaluó la conciencia de enfermedad como su finalidad y se

reportó que el 25.86% de los pacientes eran o estuvieron casados (24), resultado coincidente en este rubro con el estudio ya comentado que se realizó en el HPFBA.

### **LUGAR DE RESIDENCIA**

La prevalencia de esquizofrenia se ha relacionado con la densidad poblacional local en ciudades con más de un millón de habitantes y esta relación es más débil en ciudades con una población inferior a los 500 mil habitantes, con una aparición de hasta el doble en ciudades urbanas que en rurales, datos que sugieren que los factores de estrés social en contextos urbanos inciden en la aparición de la esquizofrenia. Un ejemplo de esto es la emigración de población de origen rural a zonas altamente urbanizadas, en donde se han sugerido hipótesis psicosociales que implican estrés de aculturación, desmoralización debida a la discriminación racial y bloqueo de las oportunidades para ascender en la escala social, situaciones que pueden precipitar a los factores etiológicos conocidos como predisponentes, para resultar en la presentación de esquizofrenia.

Otros descubrimientos epidemiológicos sugieren que el hecho de nacer en una ciudad altamente urbanizada se relaciona con un aumento moderado, pero estadísticamente significativo de la incidencia de esquizofrenia, lo que reactiva las hipótesis anteriores, el medio urbano aumenta el riesgo de psicosis (7). Así mismo el solo hecho de haber nacido en zonas urbanas incrementa el riesgo de presentar esquizofrenia, sin diferencias importantes entre los diversos orígenes étnicos. Las tasas más altas de esquizofrenia se encontraron en estudios cuya muestra fue de población urbana que en los que estudiaron poblaciones mixtas; urbanas y rurales(22)

### **NIVEL SOCIOECONÓMICO**

Varios estudio realizados en América del Norte y Europa han encontrado claros indicios de que las clases sociales económicamente desfavorecidas muestran una tasa desproporcionadamente mayor de primeros ingresos por esquizofrenia (10), como también lo concluye Mueser en el 2004, en donde el nivel socioeconómico bajo es un aspecto asociado a la esquizofrenia. (22)

Por otro lado, con respecto al pronóstico y reinserción de los pacientes con esquizofrenia a sus familias, se reporta que en los países en vías de desarrollo estos procesos son más completos que en las sociedades occidentales altamente desarrolladas. Se postula también una mejor evolución y pronóstico para los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia que viven en zonas rurales y de bajo nivel socioeconómico, situación que tendría que ser estudiada desde un punto de vista cultural y no económico, haciendo hincapié en las diferencias culturales que favorecen esta mejor adaptación y disminución del estrés que en comunidades altamente urbanizadas, como lo sería un ritmo de vida favorablemente más lento y menos estresante.

Otros autores explican la posición social o nivel socioeconómico de los pacientes con esquizofrenia como una consecuencia de la enfermedad, es decir, la idea de que los individuos con esta enfermedad “bajan” en la escala social, no solo como consecuencia de la enfermedad propia, sino también de sus pródromos, la pérdida de empleo y el alejamiento de la familia que la enfermedad por sí sola generalmente desencadena, serían según esta idea, los factores precipitantes de que un importante porcentaje de los esquizofrénicos formen parte de clases sociales económicamente desfavorecidas (14).

McGrath en 2004 al realizar estudios en zonas urbanizadas, reportó que al comparar la incidencia de esquizofrenia en población nativa del lugar de estudio, contra la población inmigrante, éstos últimos tienen tasas más altas de esquizofrenia, con una relación de 4.6, asociándolo al hecho de que la mayoría de pacientes inmigrantes adultos con trastornos esquizofreniformes provienen de familias del nivel socioeconómico bajo. (22)

González Marin y Villanueva en 2003, después de evaluar la calidad de vida del paciente esquizofrénico en tratamiento ambulatorio, observó que un mejor nivel socioeconómico se relacionaba con una mejor calidad de vida de los pacientes, con mayor significancia si el nivel socioeconómico es medio. (27)

Por el contrario; un estudio realizado en Estados Unidos, se observó que los pacientes esquizofrénicos que tenían además dependencia a sustancias (en particular a cocaína), tenían más recaídas y rehospitalizaciones en los días subsecuentes a recibir su pensión gubernamental por discapacidad (11). En este caso, contar con un apoyo económico que genere un mejor nivel socioeconómico, resulta desfavorecedor para su evolución, ya que este apoyo

económico podía traducirse en la adquisición e ingesta de sustancias psicotrópicas que podrían desencadenar la reactivación sintomática esquizofrénica y con ello más rehospitalizaciones.

### **CALIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EL HPFBA**

En el HPFBA como en las Unidades Aplicativas Prestadoras de Servicios Médico-Asistenciales de la Secretaria de Salud, el nivel socioeconómico se determina tras la aplicación de la *Ficha Socioeconómica*, a través del *Sistema de Recuperación Nivel Nacional*. Esta ficha de nivel socioeconómico se aplica a los usuarios del hospital, con la finalidad de conocer las condiciones socioeconómicas del paciente y a través de esta ficha , se otorga un nivel del 0 al 6 mediante el cual se asigna una cuota de recuperación, en donde 0 es exento de pago y el 6 la cuota máxima de recuperación; se toma en cuenta la ficha de identificación, que incluye el nombre, edad, estado civil, sexo, fecha de nacimiento, ocupación, derechohabencia, domicilio y familiar responsable. Los apartados por los cuales se calificará el nivel al que pertenece son las siguientes: grupo familiar, que trata sobre el número de personas que integran la familia, calificando del 0 al 3, entre más integrantes menor calificación; ocupación, calificado del 0 al 5, que va desde desempleado hasta ejecutivo, mejor empleo mayor calificación; ingreso familiar en promedio mensual, calificado del 0 al 5, más salario obedecerá a una mejor calificación; tipo de vivienda, calificado de 0 al 4, mayor calificación indicará mejores condiciones; número de dormitorios en dicha vivienda, también calificado del 0 al 4, más dormitorios corresponde a una calificación mayor; situación económica, calificado del 0 al 4, el menor puntaje corresponde a la indigencia y el mayor a una situación con excedentes económicos. Una vez evaluada la condición general socioeconómica del paciente se le otorgará un nivel, para ello se sumara el total de las calificaciones. (Anexo 2: Formato FBA-TS-106)

Es así como el departamento de trabajo social en el HPFBA realiza un análisis de las condiciones del paciente, su familia y las califica, herramienta empleada para dar nivel a la cuota de recuperación del sistema, pero que también arroja datos importantes sobre la realidad económica y social del paciente usuario del hospital.

## **NÚMERO DE PERSONAS CON LAS QUE HABITA.**

El número de personas con las que el paciente esquizofrénico habita, puede representar un factor protector y otras desfavorecedor para su evolución.

En un estudio realizado por Wahlbeck en 2001 de 98 casos de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, a partir del cálculo de índices de probabilidad ajustado para la influencia de género, número de hermanos y de ocupantes de la misma habitación en albergues, en niños que iniciaron la educación primaria alrededor de los siete años de edad, se concluyó que hay un incremento significativo del riesgo para esquizofrenia, que aumenta en 11 % por cada hermano y 12 % por cada ocupante en la misma habitación (22). Este estudio no analizó el hacinamiento y el estrés relacionado a vivir con determinado número de personas, sino valoró el riesgo que el número de personas con las que se habita representa para desarrollar esquizofrenia.

En este mismo rubro, Valencia 1997, sin porcentajes, reporta en un estudio realizado en el HPFBA que la mayoría de los pacientes vive con su madre y hermanos (23) y en otro estudio español en 2001 describen que el 60% de los esquizofrénicos viven con sus padres y el 6.9% vive solo, situación que también puede explicar el bajo nivel económico de la mayoría de los esquizofrénicos (24).

Otro factor asociado es la estructura familiar. En un estudio longitudinal con pacientes que fueron hospitalizados entre 1969 y 1996 se encontró que, en mujeres con bajo riesgo para esquizofrenia, el riesgo se incrementaba si tenía un hermano de menos de 5 años de edad, en tanto que las que tenían un hermano de 10 años o más, el riesgo era bajo. Así mismo, el primer hijo tiene mayor riesgo para padecer esquizofrenia que los hijos posteriores. Así, en las familias donde la madre en el momento del embarazo era joven se aumenta el riesgo en tanto que la edad joven del padre lo disminuye. (22)

## **ESCOLARIDAD**

En un seguimiento a largo plazo de 208 pacientes esquizofrénicos en Pensilvania tras su primer brote psicótico, se encontró que un mayor nivel de educación era un factor de buen pronóstico y funcionalidad en pacientes con

pocos internamientos, en pacientes con múltiples internamientos el grado de educación carecía de significancia (16).

Así mismo, es importante considerar no solo los factores de riesgo sino también los factores de protección, como el estudio en el que a 83 sujetos que fueron sacados de su medio habitual e incorporados a un programa de ambiente enriquecido, fueron comparados contra un grupo control de 355 sujetos que no formaron parte del programa, donde 51.4% eran hombres y 48.6% mujeres. El programa inicio a los 3 años de edad y terminó 2 años después, consistía en una nutrición adecuada, cuidados básicos de salud, ejercicio, y actividades educativas centradas en el juego, habilidades artísticas y manuales, música y expresión corporal. Se evaluaron a los sujetos a la edad de 17 años y los resultados fueron favorables para el grupo en estudio, con diferencias moderadas en la conducta psicótica, en los trastornos de conducta y en la hiperactividad. De igual forma, presentaron resultados leves en la socialización, la ansiedad y el retraimiento. No hubo diferencia en el déficit de atención. A los 23 años de edad se evaluó la personalidad esquizotípica, la función cognoscitiva, la desorganización y el déficit en las relaciones interpersonales, habiendo solo una discreta diferencia a favor del grupo en estudio. De los anterior se concluye que los estilos de vida saludables tienen un efecto a moderado de protección para presentar trastornos esquizotípicos de la personalidad y componentes antisociales. (Raine, 2003) (22)

En el HPFBA en 1997 se reportó que el 39% contaban con estudios universitarios, aunque no se tuviera la certeza de que se hayan concluido (23), sin llegar a relacionarlo con número de internamientos.

Existe un interesante resultado reportado por Haro en 2001, en un estudio realizado en Barcelona España, donde paradójicamente a lo ya comentado, el contar con niveles de educación universitarios o no tener educación alguna, se traduce en puntuaciones mas bajas sobre conciencia de padecer una enfermedad mental que la de aquellos que recibieron educación primaria y secundaria. Estudio en el que se afirma que a mayor conciencia de enfermedad menor será el número de visitas al servicio de urgencias, mejor apego a tratamiento y menor número de hospitalizaciones (24)

## **RELIGIÓN**

El tema sobre la influencia de la practica de alguna religión en la esquizofrenia y su asociación con evolución, pronóstico y hospitalizaciones es divergente, pues mientras que diferentes autores aseguran que la religión puede ser parte de la patología esquizofrénica como una expresión del pensamiento delirante, otros han encontrado que en algunos pacientes puede ser un factor protector para la presentación de síntomas negativos y la religión puede ser de importancia para los pacientes con esquizofrenia y ayudar a reducir la sintomatología. (29) Para cualquiera de las vertientes en este tema, la religión forma parte fundamental de la enfermedad, por una lado llegando a participar en errores muy graves de juicio y conducta e intentos suicidas y suicidios consumados por el alto contenido religioso del pensamiento delirante, y por otro, ayudando al paciente a mejorar su función a través del agrupamiento y mejora de relaciones las interpersonales que se promueven en las congregaciones religiosas (20).

## **OCUPACIÓN**

Con lo que se ha comentado hasta el momento, la ocupación del paciente esquizofrénico, rara vez se trata de un empleo económicamente remunerado, su ocupación con frecuencia se basa en colaborar en algunas actividades domesticas; y la mayoría de las veces no tiene ocupación alguna. Existen programas de psicoeducación y rehabilitación que buscan reinsertar al paciente a la sociedad y con ello muchas veces alcanzar actividad productiva. (28)

Existen estudios que avalan que la ocupación o el trabajo remunerado, para el esquizofrénico se puede traducir en un importante estresor dadas las exigencias del empleo, la necesidad de socializar y trabajar en equipo (30). En un seguimiento a 2 años de pacientes con esquizofrenia se sustenta esta afirmación, en donde los pacientes que mantenían un trabajo por mas de 9 meses continuos recayeron 2 veces mas que los pacientes que no mantuvieron un trabajo. (17) Contrario a lo anterior, se reporta que un largo periodo de desempleo es un importante predictor de recaídas y rehospitalización, comparado contra aquellos que conservan un empleo, pero también se menciona la posibilidad tras un análisis retrospectivo; que la disfunción laboral sea el resultado último de las recaídas. (25).

Fresán, 2005, en un estudio realizado en la Ciudad de México, observó que la carencia de una actividad laboral, independientemente del nivel profesional y el nivel de escolaridad que se tenga, parece diferenciar a los pacientes violentos de los no violentos, lo que indica la importancia terapéutica de estar realizando una ocupación (26), pues como ya se mencionó, un factor predictor significativo de rehospitalización es la conducta violenta.

## **HOSPITALIZACIÓN**

La hospitalización continua del paciente con esquizofrenia esta indicada fundamentalmente con fines diagnósticos, para estabilizar las medicaciones, para seguridad del paciente debido a ideación suicida u homicida, y en caso de comportamiento gravemente desorganizado o inapropiado, como incapacidad de atender las necesidades básicas. Un objetivo fundamental de la hospitalización es establecer una asociación eficaz entre los pacientes y los sistemas de apoyo comunitarios. Como los médicos se interesan por la rehabilitación y adaptación del paciente, deben considerar sus incapacidades específicas al planificar las estrategias terapéuticas, pues las metas del tratamiento hospitalario en ocasiones rebasan las posibilidades reales de mejoría dado el pronóstico individual de la esquizofrenia. Asimismo, la hospitalización resulta una oportunidad para el equipo médico de acercarse más al paciente y su familia con la finalidad de brindar información y educación acerca de la esquizofrenia.

La hospitalización disminuye el estrés de los pacientes y les ayuda a estructurar sus actividades cotidianas. La gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de servicios de tratamiento ambulatorio determinan la duración de la hospitalización, expresiones clínicas mas graves de esquizofrenia pueden alargar los periodos de estancia hospitalaria, de igual manera el no contar con servicios de atención psiquiátrica ambulatoria en su comunidad. La investigación ha mostrado que estancias breves de 4 a 6 semanas son igual de eficaces que hospitalizaciones prolongadas, y que los contextos hospitalarios con enfoques conductistas activos dan mejores resultados que las instituciones de reclusión.

Los planes de tratamiento hospitalario deben estar orientados a cuestiones prácticas de cuidado personal, calidad de vida, empleo y relaciones sociales.

Durante la hospitalización, se debe conectar a los pacientes con organizaciones para cuidados posteriores, como sus hogares, familias sustitutas, hogares de alojamiento y cuidado e instituciones de transición. En ocasiones, los centros de atención de día y las visitas domiciliarias de asesores pueden ayudar a los pacientes a permanecer fuera del hospital durante períodos prolongados y pueden mejorar su calidad de vida cotidiana. Sin embargo, aun con la medicación antipsicótica, la probabilidad de reingreso dentro de los 2 años del alta de la primera hospitalización es de alrededor del 40% al 60%. (21)

En el HPFBA las hospitalizaciones son realizadas en el servicio de urgencias, en donde se atiende a pacientes por primera vez en nuestro hospital y subsecuentes, estos pueden ser canalizados también de cualquier servicio del hospital al ser detectada alguna complicación clínica psiquiátrica para ser atendida en el servicio, como lo sería preconsulta, consulta externa, clínica de adherencia terapéutica, hospital parcial y de los grupos psicoterapéuticos. También los pacientes pueden ser referidos de otras instituciones para su valoración o por iniciativa propia.

En el servicio de urgencias se realiza la valoración psiquiátrica tras la que se indica el manejo terapéutico dado el caso, ya sea canalizarlo a otra institución, canalizarlo a la consulta externa del HPFBA o de otra institución o indicar el internamiento dadas las características de cada paciente y sus necesidades terapéuticas.

El HPFBA cuenta con diferentes áreas de hospitalización continua a las que será asignado el paciente que lo requiera según la valoración psiquiátrica de urgencias; si el paciente es de edad igual o mayor a los 18 años, presenta cuadro psiquiátrico agudo o descompensado, es de difícil control en casa, presenta agitación psicomotriz, negativismo a medicamentos, errores de juicio y conducta que ponen en riesgo su integridad física y la de las personas que la rodean, o presenta irritabilidad, conducta autoagresiva o heteroagresiva, conducta desinhibida o se reporta fracaso en tratamiento ambulatorio, la hospitalización continua en piso general es el área del hospital que puede llevar a cabo su tratamiento; si el paciente cuenta con una edad igual o mayor a los 60 años y presenta las características descritas pasará al 6to piso de psicogeriatría. Si el paciente agregado a lo anterior presentara alguno de los

siguientes datos clínicos, ideas de muerte o suicidas, intento suicida u homicida, síndrome de abstinencia a sustancias, negativismo a alimentos, estupor catatónico, alucinaciones imperativas, vigilancia de síndrome neuroléptico maligno; será internado en áreas del hospital que cuentan con mayor vigilancia médica y de enfermería. (ANEXO 3)

Los motivos de hospitalización como se ha descrito son diversos, en este estudio fueron tomados en cuenta principalmente 4 de ellos, los más frecuentes; con la intención de ayudar al análisis estadístico de los datos: 1.- Negativismo a medicamentos, 2.- Errores de juicio y conducta, 3.- Comportamiento agresivo y 4.- Riesgo suicida y de autolesión.

La suspensión del tratamiento farmacológico es el principal predictor de reactivación sintomática para el paciente con el diagnóstico de esquizofrenia

La presentación de conducta agresiva como resultado de pensamiento delirante del paciente con esquizofrenia es usual. La agresividad como motivo de internamiento en el paciente esquizofrénico se presenta hasta en el 20 % de las hospitalizaciones y a lo largo de la vida el 20 % de los pacientes será reportado por agredir físicamente a un tercero. (34)

Hasta el 34.7 % de los pacientes que presentaron comportamiento agresivo en su primer internamiento, la siguen presentando. Existe una mayor presentación de esta conducta en los hombres, pero no con mucha diferencia comparativa hacia las mujeres, 41.8 % y 32.7 % respectivamente (33).

Existen estudios que el mayor predictor de conducta agresiva, es el sexo masculino, joven y de bajo nivel socioeconómico. Aunque existe el estigma sobre el paciente esquizofrénico como un personaje agresivo, es relevante comentar que este dato está basado solo en el prejuicio, pues los pacientes con trastorno de personalidad, depresión, trastorno bipolar, o abuso de sustancias psicotrópicas, reportan porcentajes más altos con esta conducta que los esquizofrénicos. (34)

El tratamiento farmacológico es la piedra angular del tratamiento para esquizofrenia, por ende, el desapego a este manejo es el factor de mayor impacto para reactivación sintomática, en donde el 50 % de los pacientes recadera en el próximo semestre y el 80 % en el próximo año de no tomar la medicación (35).

## **DIAGNÓSTICO**

La esquizofrenia, enfermedad mental que produce serías alteraciones en el pensamiento, afecto, desempeño social y conducta del paciente afectado, con un efecto devastador para los pacientes y su familia, ha sufrido con el paso del tiempo muchos cambios y modificaciones en sus criterios, la historia del establecimiento del diagnóstico de esquizofrenia tiene sus inicios a finales del siglo XIX, cuando Emil Kraepelin, neuropsiquiatra alemán, hace la diferencia clasificatoria entre la demencia precoz y la psicosis maniaco depresiva. Identifico la demencia precoz en pacientes con un daño global de la percepción y las funciones cognoscitivas. Los pacientes iniciaban con este trastorno en la edad de adulto joven y mostraban un deterioro progresivo e inevitable.

Las observaciones de Kraepelin y Bleuler se incluyen hoy en día en las clasificaciones psiquiátricas, en particular en la clasificación internacional de las enfermedades (CIE), en la actualidad en su décima revisión (CIE-10), y de igual forma en el apartado de los trastornos mentales y del comportamiento, así como en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), de la asociación psiquiátrica americana, actualmente en su cuarta edición revisada (DSM-IVTR).

Estos manuales, cada vez mas coincidentes, en un inicio centraron su atención en las causas ambientales del trastorno, usando por ejemplo, el termino “reacción esquizofrénica”, para hacer alusión a la respuesta a una circunstancia externa. Esta definición era vaga, imprecisa y no presentaba criterios clínicos ni una disertación sobre la fisiopatología. Tales impresiones hacían difícil el diagnóstico, por lo que solo se definían cuando no había ninguna causa orgánica identificable y el cuadro se presentaba como un estado psicótico. De manera paulatina se agregaron aspectos de diagnóstico diferencial, sin embargo, las descripciones seguían siendo vagas y prevalecia de la psicosis como elemento fundamental del diagnóstico.

Bajo los criterios de este enfoque no había el estado psicótico, sin embargo, se tenían otros componentes descritos por Kraepelin y Bleuler, tales como apatía, anhedonia, etc., por lo que se incluyo el termino “latente”.

No siendo suficientes estos elementos de la nosografía psiquiátrica, se le dio mayor importancia a la demostración y evidencia experimental y empírica; a los estudios basados en la aplicación y uso de instrumentos clinimétricos (para la

validación de los trastornos mentales), investigación de campo, la definición de criterios de inclusión y exclusión clínicos, evaluación integral por ejes, un enfoque descriptivo del trastorno, su curso y datos que permitían comprender ciertos aspectos de la etiología de las enfermedades, haciendo la clasificación psiquiátrica mas congruente con el enfoque de la nosología general.

Con estos avances en el enfoque taxonómico, se modifico de manera sustancial la definición de esquizofrenia, permitiendo establecer el componente psicótico como complementario y no central en el diagnóstico, impulsando así el desarrollo de la visión preventiva, la identificación temprana y el inicio oportuno del tratamiento.

Dentro de la clarificación de los trastornos esquizofrénicos se han tenido diversas propuestas, entre ellas las relacionadas con la evolución; otras que se relacionan con los tipos de síntomas, como la de TJ Crow, quien las divide en esquizofrenia con síntomas positivos (tipo I) o con síntomas negativos (tipo II). Sin embargo hasta el momento actual, las clasificaciones aceptadas universalmente son la del DSM-IV-TR y la de la CIE-10, siendo esta última la de predominio para Latinoamérica. (22)

A continuación se detallan los criterios diagnósticos vigentes del DSM-IV-TR y la CIE-10

### **Criterios diagnósticos de esquizofrenia del DSM-IV-TR**

**A. Síntomas característicos:** Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

**Nota:** Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

**B. *Disfunción social/laboral:*** Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

**C. *Duración:*** Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

**D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:*** El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

**E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:*** El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

**F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:*** Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

***Clasificación del curso longitudinal:***

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episodio único en remisión total.

Otro patrón o no especificado.

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

### **Clasificación según la CIE-10**

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí.

Estos son:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

### **Pautas para el diagnóstico**

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25.-), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicotrópicas o una abstinencia a las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría F06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicotrópicas como F1x.5

## **JUSTIFICACIÓN**

Existen múltiples factores que se han asociado al número y frecuencia de hospitalizaciones, como a los días de estancia hospitalaria requeridos; como la toma de medicamentos, la gravedad de los síntomas, la edad de inicio del padecimiento, las hospitalizaciones previas, entre otras. Es importante evaluar si las condiciones sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se relacionan con el número de hospitalizaciones, motivos de internamiento y días de estancia hospitalaria; pues la identificación de este tipo de variables, puede servir como predictor para rehospitalización y evolución. Si se identifica el impacto de las condiciones sociodemográficas, podrían desarrollarse estrategias para amortiguar el efecto de estas variables y con ello disminuir la tasa de rehospitalizaciones requeridas, así como los días de estancia, así como de utilidad pronóstica. Situación que permitiría disminuir los costos de la atención psiquiátrica, para los servicios de salud y para el paciente; pues la atención ambulatoria es por mucho, más costeable que la hospitalización continua. Terapéuticamente el beneficio de identificar condiciones que influyen en el número de hospitalizaciones y días de estancia hospitalaria, recae principalmente en la lectura que se puede dar a casos particulares sobre esta influencia, ayudando al paciente y su familia con la identificación de los factores que incrementan el riesgo de rehospitalización y contemplar en lo posible su modificación para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Institucionalmente es importante conocer las condiciones sociodemográficas de los usuarios, pues a partir de ellas pueden generarse estrategias de atención más cercanas a la realidad de los mismos y por ende de impacto positivo, y conocer cuáles condiciones sociodemográficas intervienen positiva y negativamente en sus usuarios. En la actualidad no se cuenta con un estudio que evalúe la relación de las condiciones sociodemográficas y número de internamientos, días de estancia requeridos y los motivos de ese internamiento en los pacientes del HPFBA. En la práctica médica, el profesional de la salud muchas veces se ve atado de manos al observar que existen condiciones ajenas a la medicina que influyen en la calidad de vida del paciente y los resultados de las intervenciones médicas realizadas, conocer cuáles son estas condiciones y su influencia sobre

paciente, son el primer paso para poder llegar a generar estrategias integrales en su atención.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La edad, sexo, años de escolaridad, estado civil, número de hijos, ocupación actual, número de habitantes, religión, lugar de residencia, son las condiciones sociodemográficas de los pacientes del HPFBA con el diagnóstico de esquizofrenia, que pueden influir en su evolución, pronóstico, funcionamiento, tratamiento y número de hospitalizaciones; un ejemplo de ello puede ser la dificultad para soportar la enfermedad en cuanto a su tratamiento, generando mal apego al mismo y mal pronóstico en quienes su condición económica no le permita pagar el tratamiento, haciendo de este un motivo de internamiento frecuente y difícil de combatir, otro ejemplo puede ser la práctica religiosa y sus efectos sobre la conducta y pensamiento del paciente esquizofrénico, el nivel o grado de educación modifican la concepción y conciencia que el mismo paciente pueda tener acerca de su enfermedad, generando conductas que se pueden traducir más tarde en motivos para su internamiento. Las condiciones sociodemográficas mencionadas de los pacientes del HPFBA y sus motivos de internamiento; pueden influir en el número de hospitalizaciones, días de hospitalización (variables dependientes), conocer las condiciones sociodemográficas de los usuarios y los motivos de su internamiento y efecto sobre el número de hospitalizaciones, días de estancia, fue la finalidad del estudio, el objetivo no es conocer las variables sino determinar si existe un efecto de estas en el número de internamientos..

¿Existe efecto de las condiciones sociodemográficas de estos pacientes y sus motivos de internamiento en el número de hospitalizaciones y la duración total de estas?, De ser así ¿Cuál es este efecto?

## **HIPÓTESIS**

La edad, sexo, años de escolaridad, estado civil, número de hijos, ocupación actual, número de habitantes, religión, lugar de residencia y motivos de internamiento son condiciones que influyen de manera negativa (aumentado el número de hospitalizaciones) y otras veces de manera positiva (disminuyen número de hospitalizaciones) en el número de hospitalizaciones y días de estancia requeridos, que se realizan en un paciente con el diagnóstico de esquizofrenia en el HPFBA.

## **OBJETIVO GENERAL**

Analizar si la edad, sexo, años de escolaridad, estado civil, número de hijos, ocupación actual, número de habitantes en el hogar, religión, lugar de residencia, motivo de internamiento; son condiciones de los pacientes esquizofrénicos de la consulta externa del HPFBA que tiene influencia en el número de hospitalizaciones y días de estancia que se han llevado a cabo por paciente en nuestra institución durante los últimos 5 años.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Describir las variables sociodemográficas de la muestra de pacientes sometidas al estudio.

Describir los motivos de internamiento mas frecuentes reportados en los expedientes de los pacientes de este estudio.

Determinar la influencia entre los factores sociodemográficos (edad, sexo, años de escolaridad, estado civil, número de hijos, ocupación actual, número de habitantes, religión, lugar de residencia), motivos de internamiento, en el número de internamientos y días de estancia hospitalaria registrados en los últimos 5 años.

Destacar la relevancia económica, terapéutica e institucional de conocer la relación de las condiciones sociodemográficas de los pacientes del HPFBA con el número de hospitalizaciones.

## **MATERIAL Y METODO**

### **Muestra**

106 expedientes de pacientes que cumplen los criterios de inclusión. (Anexo 2)

### **Tipo de estudio**

Según la clasificación de Feinstein es un estudio descriptivo transversal y homodémico.

### **Universo de trabajo**

Expedientes de pacientes que acudieron a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

### **Selección de la muestra**

Se seleccionaron al azar expedientes de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acuden a consulta externa subsecuente del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en el periodo comprendido de agosto a noviembre de 2009, la muestra fue calculada por medio de un método aleatorio sistemático, en donde se realizó la lista de la población, en este caso los pacientes vistos en consulta externa en el lapso mencionado y se tomó un coeficiente de elevación de 7 como punto de partida;  $Ce = \frac{\# \text{ elementos de la población (742)}}{\# \text{ de elementos de la muestra (7)}}$ , eligiendo así los expedientes con un intervalo de 7, para totalizar con 106 expedientes, muestra significativa para la población. En la consulta externa del HPFBA se atiende de manera subsecuente al grueso de los usuarios del hospital, esto por ser el principal destino de referencia de los servicios de hospitalización, urgencias, hospital parcial, UCEP y observación, motivo por el que la población de nuestro estudio fue tomada de este servicio.

Los internamientos consignados en el estudio son solo los realizados en el HPFBA en los últimos 5 años. (Anexo 1)

### **ESCENARIO**

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

### **MATERIAL**

Expediente clínico de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Que cuente con un expediente clínico de paciente en el archivo clínico del HPFBA.
2. Expedientes de pacientes de edad mayor o igual a 18 años de edad.
3. Expedientes de pacientes que tengan el diagnóstico de Esquizofrenia según los criterios diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 en cualquiera de sus subtipos.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

1. Que no se encuentre el expediente clínico en el archivo clínico.
2. Expedientes de pacientes en los cuales no sea constante el diagnóstico de esquizofrenia en el último año.
3. Expedientes de pacientes en donde las variables necesarias para el estudio no estén debidamente consignadas.

## **VARIABLES**

### **VARIABLES INDEPENDIENTES**

1. Edad: Edad cumplida en años.
2. Sexo: Masculino o Femenino.
3. Residencia: Área metropolitana o Provincia.
4. Trabajo: Si trabaja o No trabaja.
5. Estado Civil: Casado o Soltero.
6. Religión: Si practica alguna religión, No la practica..
7. Escolaridad: Años de estudio a partir de 1ero de primaria.
8. Nivel socioeconómico: Nivel 0 a nivel 6, otorgado por trabajo social.
9. Número de personas con las que vive: Número de personas que residen en la misma vivienda con el paciente.
10. Número de hijos: Número de hijos que el paciente ha procreado.
11. Motivo de internamiento: Motivo que precipito el internamiento psiquiátrico, tomamos en cuenta 4 principales causas; 1.- errores de juicio y conducta, 2.- negativismo a medicamentos, 3.- agresividad, y 4.- riesgo suicida o de autolesión. Separados en dos categorías, 1 y 2, 1; para el reportado como motivo principal y 2 como motivo secundario.
12. Años de evolución del diagnóstico: Tiempo en años transcurridos desde el momento en que fue posible establecer el diagnóstico de esquizofrenia.

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

1. Hospitalizaciones: Número de veces que ha sido internado en hospitalización continua desde que el paciente es usuario del HPFBA.
2. Días de estancia hospitalaria: Día total de días de estancia hospitalaria en suma de todos los internamientos cursados.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

### RESULTADOS

Se realizó un análisis con las variables obtenidas de 106 expedientes de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia atendidos en la consulta externa del HFBA. Con respecto a las variables descriptivas de la muestra se encontró que del total de la muestra la media de edad fue de 38.39 (mínimo 18, máximo 73; DS 11.68), con respecto al sexo, 71 (67%) sujetos pertenecen a pacientes del sexo masculino y 35 del sexo femenino, equivalente al 33%; El 80.2% de la muestra se encontraba soltero y el 19.8% fue codificado como casado. El promedio de hijos fue de 0.41 (mínimo=0, máximo 4; DS.94) y Los años de estudio se reportaron con una media de 9.6 (mínimo= 0,máximo= 16; DS 3.90). El promedio de número de personas con las que vive es de 3.58 (mínimo=0,máximo=11; DS 2,29).

Solo el 29.2% tiene empleo remunerado reportado en el expediente al momento de su última consulta, del resto de la muestra el 29% nunca ha trabajado y el 40.8% restante nunca ha laborado. Del total de los expedientes de paciente, el 87.7% (n=93) profesan una religión.

Con respecto a la variable dependiente se reporto una media de hospitalizaciones de toda la muestra de 1.68 (máximo 17, mínimo 0; DS 2.13). (Ver tabla 1 para descriptivos).

Con respecto a los motivos de internamiento principales, el 40.6 % de estos fue acusado a negativismo a medicamentos, y el 27.4 % a errores de juicio y conducta. Como motivo de internamiento secundario, los errores de juicio y conducta reportan 21.7 % y la agresividad 19.8 %.

El nivel socioeconómico mas frecuente de la muestra es el nivel 2, con el 34.9%, seguido por el nivel 3 con el 27.4%

Para contestar a la pregunta de investigación y evaluar el efecto de las variables sociodemográficas y los motivos de de internamiento sobre el número de hospitalizaciones y los días de estancia, se realizo un análisis de regresión lineal tomando como variable dependiente el número de hospitalizaciones y días de estancia hospitalaria y como variable independiente las variables sociodemográficas y motivos de intenramiento. El resultado mostró valores

significativos para la variable de de edad ( $p=0.002$ ), pero que para nuestro estudio no es de impacto.

El resultado más importante para nuestra tesis, es la correlación guardada entre los días de estancia hospitalaria con el negativismo a medicamentos y errores de juicio y conducta como motivo de internamiento primario, con  $R= .412$ ,  $p= .001$ ; así mismo estos motivos impactan directamente al número total de hospitalizaciones con  $R= .444$ ,  $p= .001$ . El motivo secundario de internamiento tiene este mismo efecto, con  $R= -.300$ ,  $p= 0.45$ .

Con respecto al resto de las variables no se observaron valores significativos (ver tabla 2).

Existes relaciones entre variables de resultados significantes, como el número de habitantes con la edad del pacientes  $R= -.271$  de  $p= 0.005$ , así como días de estancia hospitalaria y edad;  $p= 0.006$ , número de personas que habitan un mismo hogar y años de evolución  $p= 0.013$ , número de hospitalizaciones y años de evolución  $p= 0.008$ , pero que todas ellas pueden ser explicadas por lógica temporal más que por un efecto sobre las variables.

La escolaridad impacta sobre los motivos de internamiento con  $R= -.285$  y  $p= 00.3$ .

Tabla 1 Muestra los valores descriptivos de la muestra.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	106	18	73	38.39	11.68
Escol	106	0	16	9.66	3.903
hijos	106	0	4	0.41	0.944
habitantes	106	0	11	3.58	2.293
Nohosop	106	0	17	1.68	2.132
Evol	106	1	35	15.75	8.504
diasestan	106	0	260	34.19	40.006

**Figura 7 DISTRIBUCIÓN DE NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES POR SEXO**



Figura 6 MUESTRA LA COORELACION ENTRE LA EDAD Y EL NUMERO DE HOSPITALIZACIONES  $r=0.002$

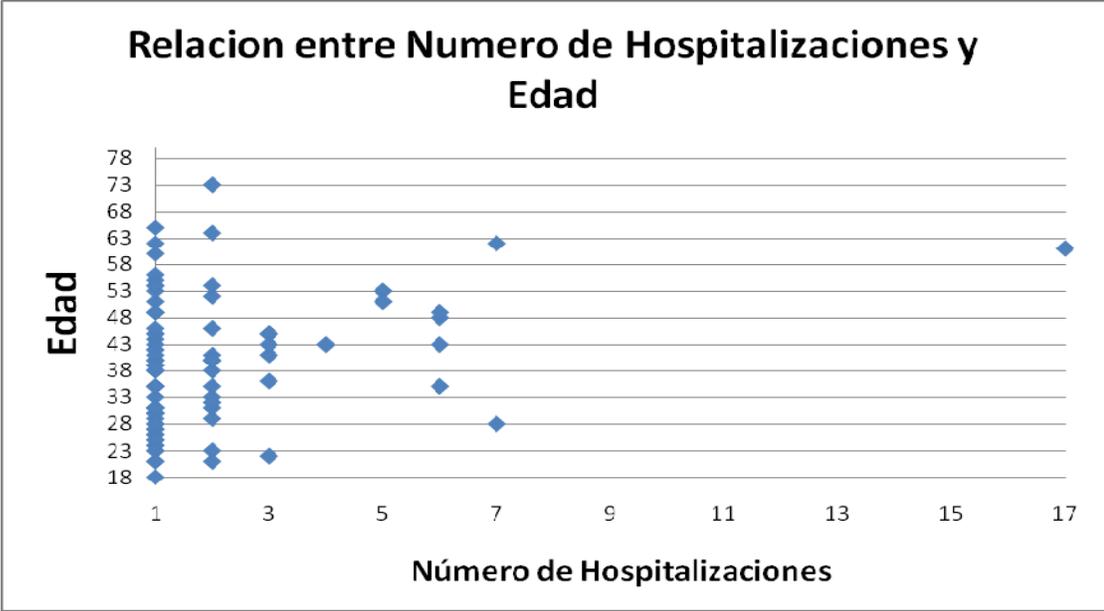
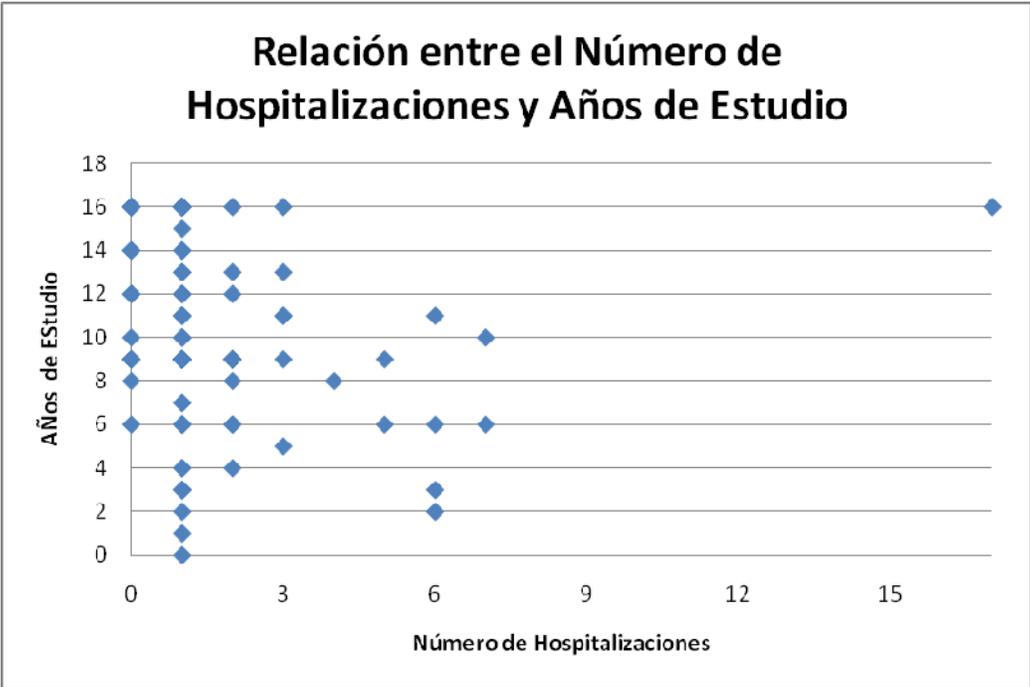
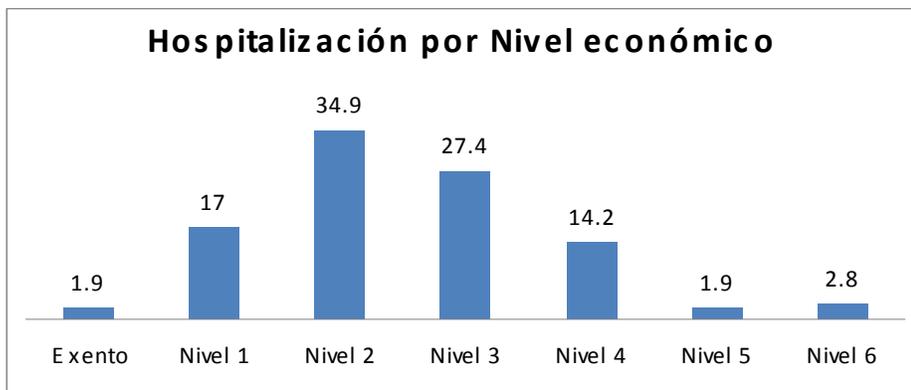


Figura 7 MUESTRA LA CORRELACION ENTRE EL NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES Y LOS AÑOS DE ESTUDIO



**Número de hospitalizaciones por nivel socioeconómico.**



**Motivos de internamiento más frecuentes.**



**Tabla 2 . Muestra los valores de los coeficientes de regresión y la significancia para cada variable. (VARIABLE DEPENDIENTE =NUMERO DE HOSPITALIZACIONES)**

<b>Variable</b>	<b>R2 (ajustada)</b>	<b>Coeficiente Beta</b>	<b>t</b>	
<b>SEXO</b>	.011	.144	1.48	.14
<b>EDAD</b>	.081	.300	3.21	.002**
<b>ESCOLARIDAD</b>	-.006	-.060	-.614	.54
<b>EDO CIVIL</b>	-.008	.042	.42	.67
<b>NUMERO DE HIJOS</b>	.008	.13	1.35	.17
<b>EMPLEO</b>	-.009	-.030	-.305	.76
<b>No PERSONAS CON LAS QUE VIVE.</b>	.000	-0.98	-1.00	.31
<b>RELIGION</b>	-.005	.065	.669	.50
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>	-.008	.038	.38	.69
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	-.006	-.061	-.620	.53

## DISCUSIÓN

En este estudio no se observó un efecto significativo de las variables sociodemográficas sobre el número de hospitalizaciones. Reportes previos establecen que los años de escolaridad se traducen en factor protector para hospitalizaciones, sin embargo estos han sido realizados en poblaciones donde la escolaridad promedio puede alcanzar hasta los 16 años de estudio, pues fueron realizados en países de primer mundo, mientras que nuestra muestra reportó un promedio de años de estudio de 9, situación que podría explicar la falta de impacto de la variable educación sobre el número de hospitalizaciones. (16), pero en otra perspectiva, el nivel de estudio si se correlaciona con los motivos del internamiento, resultado en que un nivel mas bajo académico se traducirá en mayor negativismo a medicamentos como motivo de internamiento, como ocurrió en la tesis, entendienddo que el mayor nivel académico es un soporte importante para mayor nivel de conciencia de enfermedad y con ello mejor apego a tratamiento y viceversa.

La significancia de la relación en cuanto al número de hospitalizaciones con la edad se puede explicar en dos vertientes ya sustentadas en el marco teórico. Por un lado que a mayor número de hospitalizaciones la probabilidad de ameritar una nueva hospitalización se incrementa y por otro, que de todas las experiencias que el paciente psiquiátrico vive, la de la hospitalización es la más impactante en su evolución, de tal manera que el contar con antecedente de hospitalización previa predispone a una serie de internamientos, la relación de este punto con la edad, se establece de manera que el tiempo de evolución como esquizofrénico incrementa las probabilidades de que estas situaciones se presenten. (4)

Debido que hasta el 81% de la muestra reporta un estado socioeconómico menor o igual nivel 3, solo el 19% pertenece a clases sociales mas favorecidas, razón por la que este estudio no es posible identificar si a ese grupo de pacientes con un mejor nivel socioeconómico, esta condición representaria un factor de riesgo o protección para su evolución.

No hubo un efecto de sexo sobre el número de hospitalizaciones; este resultado no difiere sobre lo encontrado en la literatura, la muestra reportó un porcentaje de antecedente de al menos una hospitalización en este mismo

orden, siendo del 54 % para mujeres y el 53 % en hombres. Sin embargo en nuevas investigaciones dentro de la variable de hospitalizaciones se podría tomar en cuenta evolución y días de estancia hospitalaria, pues tal como lo señaló Matthias C. en 1990, cuando observa que la respuesta a tratamiento en las mujeres fue mejor y con un menor número de días de estancia hospitalaria y como también se observó en nuestros resultados sin diferencia para las hospitalizaciones. (18). Obedeciendo al objetivo del estudio, no se consigno que ocurre entre uno y otra hospitalización, así como tampoco el lapso transcurrido entre las hospitalizaciones, pues la influencia buscada de las condiciones sociodemográficas fue específicamente sobre el número de hospitalizaciones.

El estado civil no reporta impacto sobre el número de hospitalizaciones en esta muestra y solo reporta la relación directa que existe con lo reportado en la literatura revisada, mas del 82 % de la muestra se encuentra en estado civil de soltero, en relación a la pobre funcionalidad social que la patología esquizofrénica representa y aquellos pacientes de la muestra que se encuentran casados, este estado civil no representó efecto alguno para el número de hospitalizaciones como señaló Jablensky en 1997, y tomando esta misma referencia en nuevos estudios se encontrará significancia, si a esta variable de estado civil se añadiera un análisis sobre el inicio de la sintomatología esquizofrénica, pues él mismo asegura que ser casado retrasa el inicio de la patología. (9), y aunque el estado civil por si solo no es un predictor de hospitalización, si un protector de la sintomatología al inicio de la enfermedad. Y asociado a una mejor funcionalidad previa, en el caso de las mujeres se explica el mayor porcentaje de casadas, con el 26 % a diferencia del 16 % de los hombres casados. Dado que esta tesis fue realizada a partir de información registrada en expedientes clínicos, no fue posible analizar la calidad o no de los vínculos afectivos que el paciente establece con su pareja. El estado civil solo fue consignado en dos clasificaciones, casado o soltero, tomando como casado a todo aquel expediente que registrara que el paciente vive en una relación sentimental de pareja, ya sea casado, en unión libre o concubinato, solo con la intención de evaluar la capacidad o no del paciente de establecerse en una relación de pareja.

Los motivos de internamiento si representan efecto significativo para el número de hospitalizaciones y días totales de estancia intrahospitalaria, el negativismo a medicamentos y los errores de juicio y conducta son los motivos de ingreso mas frecuentes y que mas influyen en el número total de días de estancia y número total de hospitalizaciones, resultado congruente con el marco teórico que propone en lo revisado a el negativismo a medicamentos como el factor mas importante para reactivación sintomática y con ellos síntomas de mas difícil control, entre ellos los errores de juicio y conducta, en porcentajes mayores que la agresividad, que aunque también tiene impacto sobre el número total de internamientos y días de estancia, no supera a los dos motivos anteriores.

## **CONCLUSIONES**

Las condiciones sociodemográficas analizadas en este estudio, no se traducen en relación significativa para el número de internamientos, ni día total de estancia de los pacientes esquizofrénicos del HPFBA. Pero los motivos de internamiento si tienen efecto directo sobre el número total de internamientos y días de estancia.

Vale la pena señalar que a través de este estudio es posible describir las condiciones sociodemográficas de los usuarios de HPFBA y que con el paso de los años poco ha cambiado respecto a las actividades remuneradas económicamente, cuando en 1997 en el HPFBA el 71% de los pacientes que formaron parte de un estudio no trabajaba y el 29% restante estudiaban o se dedicaban al hogar. (23), como se reportó también en nuestro estudio, revelando la necesidad de incentivar y promover más la actividad laboral como parte del tratamiento del paciente esquizofrénico, situación que si es posible, pues otros países como España, muestra porcentajes mas elevados sobre pacientes esquizofrénicos en actividad laboral y nuestro hospital cuenta con el servicio de Hospital parcial, lugar idóneo para la reactivación en esta area.

Sería imposible proponernos programas para modificar las condiciones sociodemográficas de los pacientes esquizofrénicos una vez conocidas sus deficiencias sociales, observar que condiciones al paso del tiempo fueron

perfilando al paciente e implementar programas con mas énfasis en la educación, trabajo y reintegración social ofrecerán a largo plazo resultados significativos en cuanto a conciencia de enfermedad, apego a tratamiento y mejora en la calidad de vida, instancia que al paso del tiempo los sistemas de gobierno han dejado a un lado, atendiendo solo problemáticas urgentes, sin prestar atención a programas que mejorarían algunas de las condiciones generales de los pacientes, disminuyendo así con el tiempo, la demanda de necesidades urgentes.

### **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La información es recabada directamente del expediente clínico, sin tener la oportunidad de corroborar datos con el paciente o familiar.

El nivel otorgado por trabajo social para el nivel socioeconómico es obtenido a través de la aplicación de la ficha socioeconómica que fue descrita con anterioridad, información que es recabada en interrogatorio directo con familiar, sin corroborar la información otorgada.

El estudio es realizado en el HPFBA, en el que la población no es lo suficientemente diversa en las condiciones sociodemográficas, para poder ser comparada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Hare. E. (1988) Schizophrenia as areant disease. British Journal of Psychiatry, páginas 153, 521-3
2. Strömngren E. (1982) Development of the concept of schizophrenia. In psychoses of uncertain etiology. Páginas 17-26; Cambridge University Press.
3. Kraepelin E. (1904) Vergleichende, Tratado de Psiquiatría 2003, Gelder-López-Ibor, Tomo I página 698.
4. Barbara Lay, Bernd Blaz, The Psychosocial Outcome of Adolescent-Onset Schizophrenia: A 12-year Followup. Página 801.
5. Lane, A., Byrne, M., Mulvany. F. et al. (1995) Reproductive behavior in schizophrenia relative to other mental disorders: evidence for increased fertility in men despite decreased marital rate. Acta Psychiatrica Scandinavica, 91, 222-8.
6. Sacco M., Rodriguez R. C. Reingreso de pacientes esquizofrénicos a un año de su alta. Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica. 2001 Volumen 10 Número 1.
7. Marcelis, M., Nacarro.Mateu, F., Murray, Urbanization and psicosis: a study of 1978 birth cohorts in The Netherlands. Psychological Medicine, 28, 871-9.
8. Mueser K, McGurk S: Schizophrenia. The Lancet 2004; 363:2063-2072.
9. Jablensky, A. And Cole, S. W. (1997). Is the earlier age at onset of squizophrenia in males a confounded finding? Results from a cross-cultural investigation. British Journal of Psychiatry. 170, 234-40.
- 10.Mischler, E. G. and Scothc, N. A. (1983). Sociocultural factors in the epidemiology of schizophrenia: a review, Psychiatry, 26, 315-51.
- 11.Andrew Shaner, M. D., Tahd A. Eckman, Ph. D., Disability income, cocaine use, and repeated hospitalization among schizophrenia cocaine abusers. The New Englad Journal of Medicine, Sept. 21, 1995
- 12.Wahlbeck K, Osmond C: Associations between childhood living circunstances and schizophrenia: A population-based cohort study. Acta Psychiatry Scand 2001; 104 (5): 356-360.

13. Huxley, J., Mayr, E., Osmond, H., and Hoffer, A. (1964). Schizophrenia as a genetic morphism. *Nature*, 204, 220-1.
14. Goldberg, S. M. and Morrison, S. L. (1963) Schizophrenia and social class. *British Journal of Psychiatry*, 109, 785-802
15. Aukst-Margetic et al. 2005, Religiosity and schizophrenia, [PsychiatrDanub](#). 2008 Sep;20(3):437-8.
16. Steven, Farzin, Colleen. Prognostic Variables at intake and Long-term level of Function in Schizophrenia. *American Journal of Schizophrenia*, 433, 441.
17. Döering, Muller, Köpcke, *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 24, No. 1, 1998. Predictors of Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder.
18. Matthias C. Agermayer, Gender and course of the schizophrenia: Differences in treated outcome. *Schizophrenia Bulletin* Vol. 15 No. 2 1990. Páginas 293-307
19. Tilman Steinert, Christian Wiebe, Aggressive Behavior Against Self and Others Among First-Admission Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, January 1999 Vol. 50 No. 1
20. Mohr S, Huguelet P. The Relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Med Wkly* 2004 Jun 26;134(25-26):369-76.
21. Benjamin James Sadock, Kaplan-Sadock Sinopsis de psiquiatría. Novena edición, mayo 2004. Esquizofrenia. Pags.471-503.
22. Alejandro Díaz, Hector Ortega. Guía para el diagnóstico y manejo del paciente esquizofrénico. 1er consenso nacional de esquizofrenia 2006.
23. Marcelo Valencia, Gabriela Saldivar, Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento. *Salud mental* Vol. 20 No. 2 Junio 1997.
24. Haro, J. M., Ochoa, S. Conciencia de enfermedad y utilización de servicio en pacientes con esquizofrenia. *Centro de Salud Mental Gava Sant Joan De Déu-SSM. Actas Españolas* Vol. 29 Pag 103-108 2001.
25. Gobind Chabungram, Ajit Avasthi. Sociodemographic and clinical factors associated with relapse in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. Vol 67, 587-593, 2007

26. Fresán, de la Fuente-Sandoval. Características sociodemográficas asociadas a conducta violenta en la esquizofrenia. Actas Españolas de Psiquiatría. Vol. 33, tomo 3, 188-193, 2005.
27. González Marin, Villanueva. Evaluación de la calidad de vida en una población de pacientes ambulatorios esquizofrénicos crónicos. Psiquis. 24 (6): 267-275. 2003.
28. Amanda Wheeler. Sociodemographic, functional and clinical correlates in outpatients with schizophrenia: comparison with affective disorders. Australian and New Zealand Journal Of Psychiatry Vol 41, tomo 10, 809-818, Octubre 2007
29. Borrás, Morh, Brandt. Religious Beliefs in Schizophrenia: Their Relevance for Adherence to Treatment. Schizophrenia Bulletin 33(5):1238-1246, 2007
30. Steven Marwaha, Sonia Jonhson. Rates and correltaes of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. British journal of Psychiatry, 191; 30-37, 2007.
31. María Luisa Rascón Gasca. Creencias, estigma, necesidades y apoyo para personas con esquizofrenia, familiares, cuidadores y profesionales. Instituto Nacional de Psiquiatría, 4317 Octubre 2009.
32. [Canuso CM](#), [Pandina G](#). Gender and Schizophrenia. [Psychopharmacol Bull.](#);40(4):178-90, 2007.
33. Jan Vevera, Alan Hubbard. Violent behaviour in schizophrenia. British Journal of Psychiatry 2005, 187; 426,430.
34. Elizabeth Walsh, Alec Buchanan. Violence and Shizophrenia: examining evidence. British Journal of psychiatry. 2002, 180; 490-495.
35. Tom Burns. Evolution of out come measures in schizophrenia. British Journal of Psychiatry. 2007, volumen 50, 191