

11241 27  
24.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

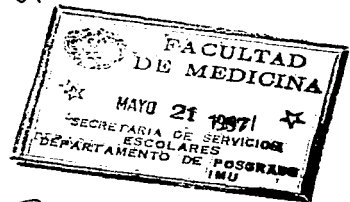
T E S I S

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO SOBRE INCIDENCIA DE ESQUIZOFRENIA  
EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"  
DURANTE EL PERIODO 1990 - 1994.

*Esp. en Psiquiatria*

ALUMNO: REYES CALDERON JUAN FRANCISCO

R-III H.P. "F.B.A."



*[Handwritten signature]*

PSICOLOGIA  
MEDICA  
DEPTO. DE PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL  
U. N. A. M.

Febrero 1997

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

TESIS

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO SOBRE INCIDENCIA DE ESQUIZOFRENIA  
EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"  
DURANTE EL PERIODO 1990 - 1994.

ASESOR TEORICO



-----  
DR. CARLOS J. CASTAÑEDA GONZALEZ  
DIRECTOR DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO  
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

ASESOR METODOLOGICO



-----  
DR. RAFAEL J. SALIN-PASQUAL  
JEFE DE INVESTIGACION  
HOSP. PSIQ. "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

ALUMNO: REYES CALDERON JUAN FRANCISCO  
R-III H.P. "F.B.A".

FEBRERO-1995.

## FUNDAMENTACION

Se han llevado a cabo diversos estudios epidemiológicos sobre incidencia de esquizofrenia en diversos países occidentales en los cuales se ha postulado (basados en las estadísticas hospitalarias de primera admisión) que la incidencia de esquizofrenia ha disminuido en los últimos 20 años. Sin embargo, los resultados no han sido concluyentes. Se mencionan probables factores causales como alternativas de explicación que incluyen el sistema de apoyo social, el avance de los psicofármacos; la cultura, los factores nosocomiales, cambios en el sistema de clasificación de las enfermedades mentales, complicaciones obstétricas y perinatales, migración, nivel socioeconómico, etc., además de que se proponen una serie de factores "confusionales" que influyen en las tasas hospitalarias de primera admisión, dando como resultado un índice inestable de incidencia.

El objetivo de este estudio epidemiológico es el de obtener la incidencia de esquizofrenia de acuerdo a las estadísticas hospitalarias de primera admisión de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" durante el periodo comprendido entre 1990 y 1994, así como obtener factores epidemiológicos del último año (1994) y comparar si los datos obtenidos concuerdan o difieren con los de otros estudios epidemiológicos.

## A N T E C E D E N T E S

La esquizofrenia es un síndrome heterogéneo en su etiología, patogenia, cuadro, curso, respuesta al tratamiento y pronóstico. No obstante, se considera que este síndrome es una enfermedad o trastorno en vez de un conjunto de conductas socialmente inaceptables. El cuadro clínico se observa en un estado final modestamente homogéneo que deriva de diferentes condiciones iniciales a través de vías de diferente origen biosocial.

### HISTORIA.

La esquizofrenia ha fascinado a los médicos y filósofos durante miles de años. Sin embargo, la búsqueda de las causas y curaciones de las manifestaciones esquizofrénicas estuvo dificultada por el hecho de que lo que hoy se conoce con el nombre de esquizofrenia no fue descrito como entidad patológica hasta 1896, fecha en que Emil Kraepelin reunió bajo el término de demencia precoz una diversidad de síndromes psicóticos que anteriormente se consideraban enfermedades separadas. La descripción que hizo Kraepelin de la demencia precoz incluía un factor pronóstico de un deterioro final y ciertos fenómenos clínicos observables, como las alucinaciones, delirios, estereotipias y trastornos del afecto. Estos fenómenos constituían una contribución substancial al diagnóstico; pero para llegar a un diagnóstico definitivo, el médico tenía que esperar varios años para observar el resultado en la demencia, y para confirmar la presunta impresión diagnóstica de demencia precoz.

En 1911 Eugen Bleuler rompió este callejón sin salida con su nueva conceptualización del problema y la introducción del término "esquizofrenia" para sustituir el de "demencia precoz". Traducido literalmente, esquizofrenia significa mente dividida y Bleuler consideró esta escisión de la personalidad, más que el resultado, como el rasgo central de la enfermedad. Para él, la esquizofrenia era tanto una entidad patológica como una reacción psicopatológica, un síndrome. Por consiguiente, esperaba que algunos pacientes tendrían que empeorar y, otros, recuperarse con defecto o sin él.

La contribución fundamental de Bleuler fue la introducción de una jerarquía de síntomas como sustitución a la mera descripción de fenómenos clínicos no evaluados. Kraepelin describe tres tipos básicos de demencia precoz: catatónica, hebefrénica y paranoide. Bleuler describió un cuarto tipo: la esquizofrenia simple. Estos cuatro tipos siguen siendo aceptados generalmente en la actualidad, como síndromes esquizofrénicos básicos. Investigadores posteriores añadieron otros nuevos subtipos, como los de la esquizofrenia esquizo-afectiva, latente, límite, indiferenciada, residual y pseudoneurótica, entre otros.

## E P I D E M I O L O G I A

### INCIDENCIA.

La esquizofrenia es una enfermedad del adolescente y del adulto joven (rara antes de los 15 años). La enfermedad se presenta raramente después de los 40-45 años (Henry Ey, 1980). Entre los 15 y los 35 años es cuando la morbilidad es más elevada (75% de los casos para Kraepelin, 60% en la estadística de Bleuler). En lo concerniente a la raza, los estudios no indican ninguna afinidad característica (Henry Ey, 1980). En general la esquizofrenia comienza en la adolescencia tardía o durante la etapa de adulto joven, con severas consecuencias para el paciente y su familia. La edad de inicio es más temprana en hombres que en mujeres (Chávez A.C. 1994). La mayor parte de los estudios sobre incidencia versa sobre sectores de la población con edades a partir de los 15 años. La incidencia para la esquizofrenia a partir de los estudios que consideran todas las edades, varían desde un índice bajo del 0,43 por 1.000 hasta el 0,86 por 1.000 para las edades comprendidas entre 15 años y más, los índices van desde el bajo de 0,30 por 1.000 al alto de 1,20 por 1.000.

Varios estudios basados en estadísticas hospitalarias de primera admisión sugieren que la incidencia de esquizofrenia ha disminuido. Sherpel (1975), habla de un significativo descenso de la incidencia de la enfermedad entre 1931-1933 y 1945-1947 en un condado Inglés y Hagnell halla una disminución en los últimos 15 años, de un tercio, respecto a un trabajo previo de Essen Moller sobre la misma área, correspondiente a la zona rural del sur de

Suiza. Se han revisado estadísticas de Inglaterra y Gales en el lapso de 1952 a 1986, observándose un decremento substancial de la incidencia, a mediados de los años sesentas. Otros estudios han demostrado también una disminución en los últimos 20 años de la incidencia de esquizofrenia, entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados en Escocia en dos estudios separados, Eagles y Whalley, (1985), Eagles et al (1988); Nueva Gales del Sur, Parker et al, (1985); Dinamarca, Munk-Jorgensen (1986); Jorgensen & Jorgensen (1986); Nueva Zelandia, Joyce (1987) e Inglaterra; Der et al (1990). Aunque la disminución de la incidencia fue de sólo un 9% en un estudio Australiano, se han reportado disminuciones entre el 35% y el 50% en otros 5 estudios en un periodo de 10 a 17 años, principalmente en los años setentas y principios de los ochentas. Eagles et al (1988) y Der et al, (1990), exponen alternativas para explicar la disminución en la incidencia de esquizofrenia, y concluyeron que efectivamente ha habido una genuina disminución en la incidencia de esquizofrenia y proponen que esta fluctuación en la incidencia, puede darnos importante información acerca de su etiología, y que la disminución en la incidencia puede sugerir que ha habido mayores cambios en uno o más factores causales. Una posible explicación de la disminución del diagnóstico de esquizofrenia después de 1969, es la introducción de los psicofármacos (Eagles, 1992), ésto puede reflejarse en la disminución de la severidad de la enfermedad, lo que se traduce en una disminución en el número de subtipos de esquizofrenias severas como catatonia y hebefrenia (Eagles y Whalley; 1985), Mohendra; 1981, Morrison;1974).

Otras alternativas de explicación se refieren al mayor



cuidado de la comunidad hacia los esquizofrénicos, lo que resulta en un incremento de la tendencia para tratar a los esquizofrénicos fuera del ambiente hospitalario, esto fue propuesto por Eagles y Whalley (1993), quienes observaron en sus estudios en Inglaterra y Gales que mientras que los esquizofrénicos constituían el 21% de los pacientes de primera admisión en 1952, esta proporción decayó a un 9% en 1986. También refieren que la disminución en la incidencia de esquizofrenia pudiera deberse a los cambios en el sistema de clasificación y que además los factores nosocomiales pudieran contribuir a este cambio. Los nuevos sistemas diagnósticos introducidos en psiquiatría: ICD 9 (OMS, 1987), DSM III y DSM III R (Asociación Psiquiátrica Americana 1980-1987) han tenido una gran influencia en los post graduados por lo que es posible que haya una tendencia de los psiquiatras a delegar el diagnóstico de esquizofrenia a un segundo plano o a subsecuentes diagnósticos, lo que ha resultado en un incremento en la proporción de otros diagnósticos. (Der et al, 1990; Joyce, 1987; Alarcón et al, 1990; Kendell et al, 1992). Los diagnósticos alternativos tales como estados paranoides, estados "límites" o maniaco-depresivos, se usan con mayor frecuencia que el de esquizofrenia. (Munk-Jorgensen, 1985-1987). Taylor y Abrams, (1987) han discutido esta alternativa y concluyen que la noción de la incidencia de esquizofrenia a permanecido constante a través de los años, solo los "hábitos diagnósticos" demuestran cambios. Se han propuesto otros factores como motivos influyentes en los índices de esquizofrenia, sin embargo, los resultados de diferentes investigaciones no han substanciado la influencia de estos factores en forma concluyente. Murray et al. (1990) han

propuesto una etiología del neurodesarrollo para esquizofrenia, en la cual las lesiones perinatales confieren incremento en el riesgo de padecer la enfermedad en etapas posteriores de la vida. Ellos sugieren una asociación casual entre la disminución de la mortalidad neonatal (que provee un indicador de salud fetal y neonatal), en Inglaterra y Gales durante este siglo y especialmente desde 1940, y la disminución de los pacientes esquizofrénicos de primer ingreso. Apoyando éste, hay varios estudios de casos control entre complicaciones obstétricas y esquizofrenia (Parnas et al; 1982, De Lisi et al ; 1987, Eagles et al;1990), sin embargo, en un reciente estudio retrospectivo en el que se usaron las estadísticas de Desarrollo Nacional Infantil de Inglaterra, no se encontró tal asociación. También estudios en Helsinki (Mednick et al, 1988) e Inglaterra y Gales (O'Callaghan et al, 1991) sugieren que la influencia maternal durante el segundo trimestre puede ser un factor de riesgo para la esquizofrenia, sin embargo, en el estudio de Desarrollo Nacional Infantil anteriormente citado (Crow et al , 1991) no se encontró apoyo para esta hipótesis. Eagles et al (1991) comentan que la hipótesis de los factores precipitantes para esquizofrenia han tendido a centrarse en los factores perinatales con alguna evidencia del papel de las infecciones perinatales y de la importancia de las complicaciones obstétricas. La evidencia de estos estudios, sugiere que uno o más factores de riesgo han disminuido en frecuencia o virulencia entre los años de 1960 y 1980. Algunos de estos factores probablemente afectan la expresión de la predisposición constitucional para esquizofrenia, es decir, la predisposición genética o adquirida durante el periodo prenatal. Quizá la

posibilidad más plausible entre estos factores precipitantes sea la disminución en forma importante de las infecciones perinatales en prevalencia e incidencia entre los años sesentas y ochentas como resultado de los programas de inmunización. Esto se ha comprobado en las estadísticas de infecciones en la población de Estados Unidos con difteria (Watson et al, 1984) sarampión y poliomielitis (Torrey et al, 1984) en el periodo prenatal, y se ha relacionado con las estadísticas subsecuentes de esquizofrenia.

Larga y fructifera ha sido la controversia respecto a que si ha habido una mayor incidencia de esquizofrénicos nacidos en invierno respecto a otras épocas del año. Los primeros trabajos que opinaban afirmativamente, fueron casi de forma inmediata respaldados por otros que de forma muy ambiciosa proponían como causa etiológica de la enfermedad la mayor frecuencia de trastornos. pre, peri, y post parto, en la época de invierno y en consecuencia la aparición de signos neurológicos menores que serían el sustrato orgánico (Ruiloba,1992). A partir de aquí aparecieron opiniones que van desde el poder traumático del calor incidiendo sobre el embarazo (Pasamanick), la incidencia en invierno de factores socioeconómicos sobre la raza negra (Gallagher) o correlaciones sobre buen o mal pronóstico respecto a las estaciones del año ( Opler, Nasarellh), sin embargo ningún resultado fue concluyente. Finalmente un estudio metodológico y estadístico de Lewis, respecto a la edad de inicio de la enfermedad, ha evidenciado que no hay diferencias estacionales.

Se han postulado otros factores que influyen incrementando los índices de esquizofrenia. Uno de estos factores es la migración. Algunos estudios sugieren que los inmigrantes tienen mayores índices de primer ingreso en hospitales por causa de esquizofrenia que los pacientes que permanecen en sus lugares de origen. Recientes estudios de casos registrados en Camberwell, Londres (Castle et al, 1991) y Nottingham (Harrison et al, 1991) han revelado índices estables de pacientes esquizofrénicos de primera admisión en el periodo de 1969 a 1988. Ambas áreas tienen una población importante de inmigrantes Afro-Caribeños, la cual se ha incrementado, en este periodo de estudio, habiendo una inexplicable evidencia de alta incidencia de esquizofrenia (Harrison et al, 1988). Se ha puesto especial atención en los factores psicosociales concernientes al nivel de marginación de los inmigrantes y sus problemas de asimilación dentro de la comunidad postulándose un posible papel de los factores biológicos, los cuales han disminuido en la población general, pero pueden permanecer como un factor de riesgo en ciertos grupos en desventaja que incluyen algunos inmigrantes y sus hijos, (Glover, 1989).

Según Kaplan, (1992), uno de los hallazgos más consistentes en los estudios epidemiológicos efectuados en la esquizofrenia es la existencia de un número desproporcionado de esquizofrénicos, en las clases socioeconómicas inferiores. La Asociación Psiquiátrica Americana, menciona que el diagnóstico de esquizofrenia se hace con mayor frecuencia entre las clases sociales más bajas. Las razones por las que esto es así, no son claras, pero parecen

contribuir los cambios socioeconómicos y el estrés intenso. Faris y Dunhan en sus primeros estudios, también hallaron mayor incidencia en las áreas más pobres y menor, en las de nivel social más elevado. Postularon dos hipótesis sociológicas no excluyentes entre sí: la primera optaría por considerar la situación social como fuente estresante y con poder causal para desencadenar una esquizofrenia. La segunda se inclina por una "deriva social descendente", refiriéndose al efecto de la enfermedad sobre el estado socioeconómico del paciente. Sin argumentos excesivamente convincentes, Faris y Dunhan, se inclinaron por la opción social, igual que Hollinghead y Redlich, al no observar la existencia de un desplazamiento hacia las zonas pobres. La aparición posterior de opiniones contrapuestas, como las que sostienen Goldberg y Morrison, abocó a la necesidad de obtener cifras de incidencias válidas y de iniciar estudios de seguimiento a largo plazo, de lo que se ha convenido denominar población de alto riesgo (Ruiloba, 1992, Kaplan, 1992).

Otro factor considerado es la industrialización, por que los más altos índices de esquizofrenia se atribuyen a sociedades altamente industrializadas. Relacionado con esto, se ha postulado que la esquizofrenia ha aumentado entre los pueblos del tercer mundo a medida que aumenta su contacto con culturas tecnológicamente adelantadas (Kaplan, 1992).

Se menciona también la influencia de los factores socioculturales y del cambio cultural en los índices de esquizofrenia. Este factor, a menudo olvidado como explicación de la enfermedad

fue discutido por Murphy, quien proporcionó hipótesis sugestivas sobre la importancia de la cultura, en la comprensión de las variaciones en la incidencia y la cronicidad de la esquizofrenia. Este autor afirmó que las culturas pueden ser más o menos esquizofrenogénicas en la función de cómo perciben la enfermedad mental, del contenido del papel del paciente, del sistema de apoyos sociales y de la complejidad de la comunicación social. También sugirió que la cultura afecta a la microestructura del cerebro y por lo tanto a la vulnerabilidad de la esquizofrenia. Citó datos de ensayos de fármacos que indican que los esquizofrénicos que eran idénticos excepto en el trasfondo cultural, responden de forma diferente al mismo fármaco. Aunque no se ha demostrado el papel causal de la cultura en el proceso patológico, Murphy ofrece argumentos convincentes según los cuales hay que prestar una mayor atención a los aspectos evocadores de la cultura en la génesis de la esquizofrenia.

En un estudio de incidencia de esquizofrenia, realizada en Dinamarca, en el periodo de 1969 a 1988 por Jorgensen y Mortensen, (1992) se encontró que en 8,500 pacientes de primera admisión con diagnóstico de esquizofrenia, la incidencia disminuyó en aproximadamente un 50 % y que hubo un incremento en el porcentaje normal de mortalidad después del primer diagnóstico de esquizofrenia, hasta de un 125% para hombre y 88% para mujeres, comparado durante el periodo de 1971-73 y 1980-82. En los últimos 5 años el porcentaje acumulado de mortalidad, se incrementó en un 47% para hombres y 99% para mujeres. Estos porcentajes de mortalidad figuran entre los más altos del mundo (Dake et al, 1985,

Simpson, 1988. Allebeck, 1989) el incremento de la mortalidad está asociado a suicidio, (existe un 26% de suicidio entre esquizofrénicos y de estos el 35% muere dentro del primer mes), así como a cambios en el tratamiento psicofarmacológico. Sin embargo no hay evidencia alguna de asociación entre mortalidad entre esquizofrénicos y uso de medicamentos (Craig & Lin, 1983). Las tasas de prevalencia e incidencia se encuentran afectadas por los índices de mortalidad y reproducción de las poblaciones esquizofrénicas. Los índices de mortalidad afectan fundamentalmente a la prevalencia; los índices reproductivos influyen tanto en la incidencia como en la prevalencia. Con la introducción de los fármacos psicoactivos, la política de puertas abiertas, el énfasis en la rehabilitación y los cuidados comunitarios para los pacientes esquizofrénicos, se han observado mayores índices de matrimonios y fertilidad. Un estudio comparó las pautas de matrimonio y reproducción de los esquizofrénicos ingresados en hospitales públicos en Nueva York entre 1934 y 1936 y 1954-56, este estudio halló un aumento substancial de los índices de matrimonio y fertilidad en la muestra de 1954-56, en relación con la muestra de 1934-36. En índice de reproducción comparado para esquizofrénicos varones y mujeres aumentó de 57 a 94 hijos por cada 100 habitantes. Las mujeres esquizofrénicas tuvieron más hijos que los varones. Sin embargo, Ruiloba (1992), refiere que no existe un criterio unánime respecto a la existencia de diferentes niveles de incidencia según el sexo y la fertilidad de estos pacientes; no obstante, cuando los estudios se realizan en sociedades muy industrializadas o se cotejan la mayor cantidad de variables posibles, tales como los hijos legítimos, en tiempo de permanen-

cia de los pacientes ingresados, la existencia de métodos anti-conceptivos válidos, etc.. las cifras de fertilidad tienden a ser similares a las del resto de la población.

Se refiere también los antecedentes familiares de esquizofrenia, como factor que influye en la incidencia de esquizofrenia. La probabilidad de ser esquizofrénico para los miembros de una familia aumenta si alguno de ellos ya sufre esquizofrenia (Jorgensen y Mortensen, 1992). Los estudios familiares muestran sobre la base de los registros hospitalarios, que en la población general y entre los hermanastros, el riesgo de morbilidad de esquizofrenia va de 0.3% al 2.8% en los padres de los esquizofrénicos es del 0.2% al 12%; en los hermanos es de 3 a 14%; para los hijos de un padre esquizofrénico, es de 8 a 18% si ambos padres son esquizofrénicos, el riesgo de los hijos se encuentra entre 15 y 55% para los parientes en segundo grado, el riesgo medio es de 2.5%. En resumen los resultados de los estudios familiares muestran un riesgo próximo al 9% en los hermanos, del 12% en los hijos de un padre esquizofrénico y de alrededor del 50% en los hijos de dos padres esquizofrénicos. Los estudios de gemelos muestran un índice de expectativa próximos al 80%, para los gemelos monocigóticos y del 15% para los gemelos dicigóticos, (Kaplan, 1992).

En cuanto a la incidencia de esquizofrenia por sexo, existen discrepancias en cuanto a los estudios realizados. La Asociación Psiquiátrica Americana refiere que la enfermedad está repartida por igual entre los dos sexos. En el estudio de Eagles y Whalley



(1992), que apoya la hipótesis de la disminución de la incidencia en el diagnóstico de esquizofrenia en Escocia, se observa una mayor declinación en hombres que en mujeres, pero sin gran diferencia en la magnitud entre ambos sexos. Sin embargo, en un estudio realizado por Iacono y Morton en una ciudad de Canadá, se encontró que la incidencia para esquizofrenia en hombres fue 2 a 3 veces más alta que en mujeres. Los autores refieren que sus resultados concuerdan con varios reportes (desde 1984) que indican una mayor incidencia de esquizofrenia entre hombres que entre mujeres. En una investigación de primera admisión en tres distritos Irlandeses 59% a 68% de los sujetos fueron hombres (Ni Nullain et al). En base a las estadísticas de primera admisión de 1983 en Irlanda, el riesgo para ambos sexos fue de 1.50. En Canadá se reportó un riesgo de 1.41. En el estudio de incidencia de esquizofrenia en cuatro provincias Canadienses de Wattie y Kedwar, se encontró que un 60% de los sujetos fueron hombres. Stromgren, observó que a pesar de una disminución en la incidencia global de esquizofrenia de 1970 a 1984 en Dinamarca, el número de varones que presentaban un primer episodio de esquizofrenia fue consistentemente más alto que el número de mujeres. Sólo Moscú y una población urbana de la India se desviaron de este patrón. Unidos con nuestros hallazgos, todos estos reportes desafían la creencia convencional de que la incidencia de esquizofrenia es igual para ambos sexos. (Iacono y Morton, 1992). Estos autores refieren que una posible explicación de un excedente de hombres con esquizofrenia, proviene de la hipótesis de que el criterio para el diagnóstico de esquizofrenia ha sido restringido. Este fenómeno podría conducir a que más hombres sean diag-

nosticados como esquizofrénicos y más mujeres (que tienen más probabilidad de tener un trastorno afectivo) sean diagnosticadas como trastornos afectivos.

En un estudio de Kendell, Malcom y Adams (1993), sobre los problemas para detectar cambios en la incidencia de esquizofrenia en Edimburgo ente 1971 y 1989, los autores refieren que podría ser temeraria la conclusión de que la incidencia de esquizofrenia ésta disminuyendo, ya que encontraron durante el estudio, que el criterio diagnostico para esquizofrenia tenia limitaciones y que hubo un cambio substancial en el registro de primeras admisiones las cuales no fueron verdaderas "primeras admisiones" por lo que fue imposible concluir en este estudio si la incidencia de esquizofrenia habia disminuido. Detectandose finalmente una serie de "factores confusionales" que dan como resultado un indice inestable de incidencia. Estos factores de confusión son los siguientes:

- a) Algunos esquizofrénicos pudieran no llegar a tener atención médica.
- b) Algunos de los esquizofrénicos que llegan a tener atención médica, pueden no ser referidos por psiquiatras.
- c) Algunos de los esquizofrénicos referidos por el psiquiatra, pueden no ser admitidos en hospital.
- d) Si una proporción de personas con esquizofrenia migra de un área a otra, antes de llegar a tener la enfermedad, ésta migración puede cambiar el número de admisiones hospitalarias de primera vez, dando como resultado un cambio en la incidencia de un área geográfica.

e) Si el tiempo promedio en que estas personas que emigran con trastorno esquizofrénico son hospitalizadas, las tasas de primera admisión hospitalaria aumentarán en ese periodo de tiempo, pero las tasas de primera admisión pueden caer en ese mismo periodo de tiempo y viceversa.

f) Si hay significativas diferencias en la incidencia de esquizofrenia en diferentes clases sociales o grupos étnicos, y si la clase o composición étnica de esta población cambia, la incidencia de esquizofrenia en esa población cambiará.

g) No todos los pacientes con esquizofrenia son diagnosticados como tales, al momento de su primera admisión hospitalaria. Aquellos en los que el diagnóstico fue hecho en la segunda o subsecuentes admisiones, jamás aparecerán en las estadísticas de primeras admisiones, y si la proporción de diagnósticos se retrasa de esta manera (por razones válidas o no válidas), se traducirá en cambios en las tasas de incidencia.

h) Si las tasas de admisión son expresadas en la población total (por ejemplo por 100 000 habitantes), los cambios en la proporción de esta población en el rango de edad de riesgo para desarrollar esquizofrenia (15-44 años), pueden generar cambios falsos en la incidencia o encubrir cambios genuinos.

i) En algunos casos, los pacientes registrados como de primera vez, son realmente readmisiones, porque los pacientes ocultan o no se les pregunta acerca de admisiones anteriores en otro sitio, lo que puede generar cambios en la incidencia.

j) Los criterios diagnósticos pueden cambiar de manera sutil durante el periodo de estudio.

## J U S T I F I C A C I O N

Son numerosos los estudios epidemiológicos sobre incidencia de esquizofrenia en países occidentales desarrollados, sin embargo, estos estudios son muy pocos o nulos en países en vías de desarrollo donde las condiciones culturales, socioeconómicas y de atención médica, son diferentes a las que prevalecen en esos países. Por tal motivo, es de gran interés obtener y comparar factores epidemiológicos de incidencia de esquizofrenia bajo condiciones diferentes en las que predominan el estrés social, político, económico y cultural bajo.

## O B J E T I V O S

Obtener la incidencia anual de pacientes esquizofrénicos hospitalizados del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" durante el periodo de 1990 a 1994 y conocer si ésta ha aumentado, disminuido o se ha mantenido.

Conocer la incidencia de pacientes esquizofrénicos ambulatorios y hospitalizados durante el periodo 1990 a 1994.

Establecer edad de riesgo.

Determinar si la incidencia de esquizofrenia en ambos sexos es equivalente o diferente.

Conocer el criterio diagnóstico utilizado para el diagnóstico de esquizofrenia.

Conocer el lugar de origen para determinar el número de pacientes esquizofrénicos que se agregan a la incidencia de esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Conocer los tipos más frecuentes de esquizofrenia.

Obtener variables epidemiológicas de la incidencia de esquizofrenia, del último año del periodo de estudio (1994), y compararlas con las referidas en la literatura.

## DISEÑO DE INVESTIGACION

Se trata de un estudio observacional, de tipo descriptivo y corte longitudinal.

### POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, consultados por primera vez en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", durante el periodo de 1990 a 1994.

### RECOLECCION DE LA INFORMACION.

La fuente de información se obtuvo de los registros hospitalarios y de los expedientes clínicos.

## METODO

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años que reunieron criterios para esquizofrenia según la clasificación de la OMS, consultados por primera vez durante el periodo de 1990 a 1994, se incluyeron variables de edad, sexo y tipo de esquizofrenia diagnosticada.

Se obtuvieron variables epidemiológicas de la incidencia del último año del período de estudio (1994), como son: edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, lugar de residencia, antecedentes pre, peri y post natales, edad inicio de sintomatología, nivel socioeconómico, escolaridad, antecedentes familiares de esquizofrenia, fertilidad, atención médica previa y cambios posteriores de diagnóstico.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Métodos estadístico empleados: porcentajes, tablas estadísticas de referencia general, tablas para variables cuali-cuantitativas para frecuencia, gráficas y medidas de tendencia central.

## RESULTADOS

La tabla 1, muestra la incidencia de pacientes esquizofrénicos tanto ambulatorios como hospitalizados durante el periodo de 1990 a 1994, observándose que el 70% del total de pacientes tratados por primera vez durante dicho periodo requirieron atención hospitalaria, y el 30% fue manejado en la consulta externa como pacientes ambulatorios, siendo significativamente más alto el número de pacientes de ingreso a hospital, observándose la misma tendencia en la incidencia anual.

**TABLA 1 INCIDENCIA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS EN EL H.P.F.B.A., DURANTE EL PERIODO 1990 - 1994.**

ANO	AMBULATORIOS	%	HOSPITALIZADOS	%	TOTAL	%
1990	109	6.7	240	14.8	349	21.5
1991	64	4	280	17.3	344	21.3
1992	75	4.6	205	12.7	280	17.4
1993	127	7.9	233	14.4	360	22.3
1994	107	6.6	175	10.8	282	17.5
<b>TOTAL</b>	<b>482</b>	<b>30</b>	<b>1133</b>	<b>70</b>	<b>1615</b>	<b>100</b>

En la gráfica 1 de pacientes esquizofrénicos hospitalizados, podemos observar una tendencia a la disminución de la incidencia de esquizofrenia en un 27% en el año de 1994 con respecto al año de 1990.

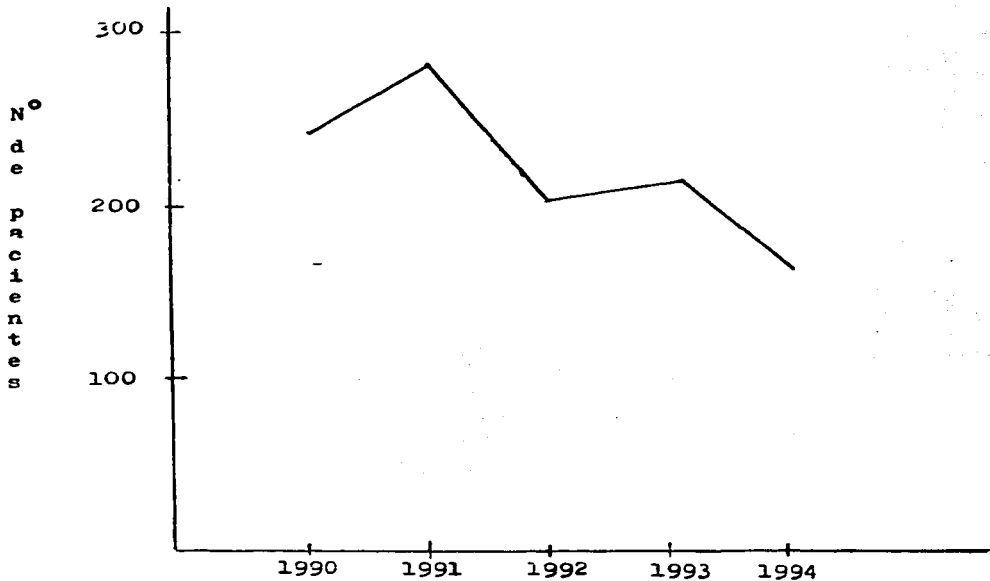
**TABLA 2. DISTRIBUCION POR SEXO DE LA INCIDENCIA GLOBAL DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS DEL H.P.F.B.A. DURANTE EL PERIODO 1990 -1994.**

**S E X O**

AÑO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
1990	200	12.3	149	9.2	349	21.5
1991	239	14.8	105	6.5	344	21.3
1992	189	11.8	91	5.6	280	17.4
1993	232	14.3	128	8	360	22.3
1994	187	11.6	95	5.9	282	17.6
<b>TOTAL</b>	<b>1047</b>	<b>64.8</b>	<b>568</b>	<b>35.2</b>	<b>1615</b>	<b>100</b>

G R A F I C A I

INCIDENCIA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS HOSPITALIZADOS DEL H.P.F.B.A. DURANTE EL PERIODO 1990 - 1994.





En la tabla 2, de distribución por sexo de la incidencia de pacientes esquizofrénicos ambulatorios y hospitalizados encontramos que la incidencia de esquizofrenia es más frecuente en los pacientes del sexo masculino, ya que representan el 64.8% de la incidencia global durante el periodo de estudio y los pacientes del sexo femenino representan sólo el 35.2%. Esta misma tendencia se observa en la incidencia hospitalaria de esquizofrenia (Tabla 3).

TABLA 3. DISTRIBUCION POR SEXO DE LA INCIDENCIA ANUAL DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS HOSPITALIZADOS DEL H.P.F.B.A. DURANTE EL PERIODO 1990 - 1994.

EDAD	1990		1991		1992		1993		1994		TOTAL	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
15 - 19	11	2	17	6	13	7	12	10	7	2	60	27
20 - 24	42	30	66	16	37	20	35	13	24	14	204	93
25 - 29	31	29	59	12	31	13	34	22	25	14	180	90
30 - 34	17	16	23	16	18	11	21	12	21	10	100	65
35 - 39	11	22	16	9	12	10	19	15	15	7	73	73
40 - 44	8	8	11	12	12	4	11	8	4	10	46	42
45 - 49	2	5	3	5	7	6	2	8	3	5	17	29
50 - 54	0	2	3	2	1	2	3	4	4	5	11	15
55 - 59	0	1	3	0	0	1	1	0	0	1	4	3
60 Y MAS ANOS	1	2	0	1	0	0	1	2	3	1	5	6
TOTAL	123	117	201	79	131	74	139	94	107	68	701	443

En la tabla 4, de distribución por edad de la incidencia de pacientes esquizofrénicos ambulatorios y hospitalizados durante los 5 años del periodo de estudio, encontramos que la mayor frecuencia de casos de esquizofrenia se presenta entre los 20 y 29 años de edad, lo que representa el 50.4% del total de casos, seguido de los pacientes con edades entre los 30 y 44 años, con

un porcentaje del 34.1%. La frecuencia de casos tiende a disminuir antes de los 20 años y después de los 45 (6.8).

**TABLA 4. DISTRIBUCION POR EDAD DEL LA INCIDENCIA ANUAL DE ESQUIZOFRENIA DE PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO F.B.A. DURANTE EL PERIODO 1990 - 1994.**

GRUPO EDAD	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL	
	No.	No.	No.	No.	No.	No.	%
15 - 19	26	35	27	32	19	139	8.7
20 - 29	192	187	138	174	123	814	50.4
30 - 44	111	99	98	129	115	552	34.1
45 - 49	4	21	17	21	21	94	5.9
60 Y MAS ANOS	6	2	0	4	4	16	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>349</b>	<b>344</b>	<b>280</b>	<b>360</b>	<b>282</b>	<b>1615</b>	<b>100</b>

La tabla 5, muestra que el tipo de esquizofrenia que con mayor frecuencia se presenta en la población esquizofrénica durante el periodo de estudio es la de tipo paranoide, que representa el 54.8% del total de casos. La esquizofrenia latente (según la clasificación de la OMS, ICD - 9), fue la que se presentó con menos frecuencia durante el periodo de estudio (0.24%). Un hallazgo importante en cuanto al sistema de clasificación, fue el cambio de criterios diagnósticos a partir del año de 1994 dentro del mismo sistema de clasificación (OMS, ICD - 10).

**TABLA 5. DISTRIBUCION DEL TIPO DE ESQUIZOFRENIA DIAGNOSTICADA (ICD-9 295) DE LA INCIDENCIA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS DEL H.P.F.B.A. DURANTE EL PERIODO 1990 - 1994.**

	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL	
TIPO DE ESQUIZOFRENIA	No	No	No	No	No	No	%
OTROS	46	46	52	74	12	230	12.24
SIMPLE	20	23	20	21	15	99	6.13
PARANOIDE	197	189	143	182	175	886	54.8
EPISODIO AGUDO	1	5	8	6	51	71	4.39
ESQUIZOAFECTIVA	9	10	15	17	1	52	3.2
CATATONICA	7	5	3	7	2	24	1.48
RESIDUAL	8	12	9	9	7	45	2.78
HEBEFRENICA	12	7	6	13	13	51	3.15
LATENTE	2	0	0	1	1	4	0.24
SIN ESPECIFICACION	47	47	24	30	5	153	9.4
<b>TOTAL</b>	<b>349</b>	<b>344</b>	<b>280</b>	<b>360</b>	<b>282</b>	<b>1615</b>	<b>100</b>

Durante el año de 1994, la incidencia anual de pacientes esquizofrénicos fue de 282 pacientes, de los cuales 107 (38%) fueron enviados a la consulta externa y 175 (62%) requirieron hospitalización. En cuanto al sexo, 187 pacientes (66%) fueron del sexo masculino y 95 pacientes (34%) fueron del sexo femenino. Los hallazgos referentes al lapso entre la primera hospitalización y el inicio de los síntomas demuestra que es directamente proporcional a la edad de los pacientes, encontrándose en el grupo de edad de 15 a 19 años un lapso mínimo de 8 días y en el grupo de mayores de 60 años, un lapso mínimo de 25 años, ambos con lapsos máximos de 4 y 30 años respectivamente. De los 175 pacientes hospitalizados por primera vez con diagnóstico de esquizofrenia, 42 (24%) fueron hospitalizados en un lapso menor de 1 año al inicio de la sintomatología y 30 (17%) en un lapso menor de 2 años. Ambos grupos se ubicaron entre los 18 y 37 años. Restando a la edad de todos los pacientes el lapso entre

el inicio de los síntomas y la primera hospitalización respectivamente. encontramos que la edad inició de los síntomas, se ubica entre los 15 y 40 años de edad.

En cuanto al lugar de origen 101 pacientes (57.7%) nacieron en el D.F., 14 pacientes (8%) nacieron en el Estado de México, 12 pacientes (6.8%) en el Estado de Morelos, 11 (6.2%) en el Estado de Hidalgo, 7 (4%) en el Estado de Veracruz, 7 (4%) en el Estado de Puebla, 6 (3.4%) en el Estado de Guerrero, 6 (3.4%) en el Estado de Tlaxcala, 4 (2.2%) en el Estado de Michoacán, 3 (1.7%) en el Estado de Jalisco, 3 (1.7%) en el Estado de Zacatecas, y sólo un paciente (0.57%) nació en los Estados Unidos. La proporción de pacientes que no nacieron en la localidad fue de 74 pacientes que representa el 42.3% de la incidencia total.

En cuanto al lugar de residencia 115 pacientes (65.7%) residen en el D.F., 42 pacientes (24%) viven en el Estado de México, siguiendo en orden de frecuencia el Estado de Hidalgo con 7 pacientes (4%), Veracruz con 5 pacientes (2.8%) y Morelos y Tlaxcala con 3 pacientes respectivamente (1.7%). La proporción de pacientes que no viven en la localidad es de 60 pacientes (34.3%).

En cuanto al Estado Civil los pacientes solteros representan el 70% (122 pacientes) de la incidencia de pacientes esquizofrénicos hospitalizados durante el año de 1994. Los pacientes casados constituyen el 14% y el 16% restante presentan otros Estados Civiles.

El nivel de escolaridad que predomina es el básico, que representa el 30.3% (53 pacientes) del total de pacientes esquizofrénicos hospitalizados por primera vez, seguido por el nivel medio básico con el 18.3% (32 pacientes) y el nivel bachillerato con el 17.7% (31 pacientes). El mismo porcentaje (31 pacientes) se encuentra en aquellos pacientes que alcanzan una instrucción de nivel superior sin embargo sólo el 5.7% logró concluir una carrera universitaria, habiendo un porcentaje significativamente más alto (16%) que concluyeron una instrucción a nivel técnico.

El nivel socioeconómico de los pacientes fue predominantemente bajo (70%). El 30% de los pacientes fue de nivel medio pero ninguno de nivel socioeconómico alto.

El 96% de los pacientes viven acompañados, de estos el 64% viven con los parientes directos (padre, madre o hermanos); el 22% viven con su familia propia (pareja y/o hijos); 10% viven con miembros de la familia extensa y sólo el 4% viven solos y fueron enviados de la Casa de Protección Social.

En cuanto a antecedentes familiares de esquizofrenia 7.9% tuvieron antecedentes de madre esquizofrénica 5.6% antecedentes de hermanos esquizofrénicos 6.8% antecedentes de tíos esquizofrénicos por línea paterna y 5.1% tuvieron antecedentes de abuela esquizofrénica por línea paterna. En cuanto a otros trastornos psiquiátricos, el 3.4% tuvo antecedentes familiares de psicosis afectivas, 5% tuvieron antecedentes familiares de crisis convul-

sivas y el 1.7% tuvo antecedentes familiares de trastornos mentales no especificados.

En cuanto a complicaciones pre, peri, y post natales sólo el 10% tuvo antecedentes de complicaciones perinatales de hipoxia neonatal; de estos 6% tuvieron antecedentes de desproporción cefalopélvica, 2% antecedentes de circular de cordón y 2% de distocia por anomalías en la presentación.

En cuanto a la fertilidad encontramos que el 72% (147 pacientes) no tuvieron hijos, pero el 28% (49 pacientes) tuvieron un promedio de 1 a 2 hijo. De estos pacientes el 24% fueron del sexo femenino y el 4% fueron varones.

En relación a los cambios en el diagnostico de egreso 92% conservaron el mismo diagnostico y sólo 8% tuvieron otro diagnostico, a saber 4% presentaron crisis parciales de sintomatología compleja y 4% algún trastorno mental orgánico.

Respecto a la atención previa el 52% de los pacientes no tuvieron ninguna atención, pero el 48% si tuvo algún tipo de atención previa, de los cuales el 22% tuvo atención Psiquiátrica ambulatori, 12% ya habían tenido varios ingresos en otros hospitales psiquiátricos, 6% fueron atendidos por médicos generales, 4% fueron tratados en centros de rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, 2% fueron tratados por médicos homeópatas y 2% habían utilizado algún tipo de medicina alternativa, a saber hechicería, hipnosis, acupuntura e iridología.

## CONCLUSIONES

Hemos observado una disminución en la incidencia de pacientes esquizofrénicos de primera admisión durante el periodo de 1990 a 1994. de acuerdo a los estudios de Eagles y Whalley (1985), Eagles et al (1988), Parker et al (1985), Munk-Jorgensen (1986), Jorgensen-Jorgensen (1980), Joyce (1987), Der et al (1990). En nuestro estudio encontramos una disminución del 27% de la incidencia de esquizofrenia en pacientes de primera admisión durante un periodo de 5 años, siendo este lapso de tiempo más corto al reportado en otros estudios en Australia, que mencionan una disminución entre el 35 % y el 50% en un periodo de 10 a 17 años. Sin embargo, también hemos podido constatar que mientras baja el índice de incidencia hospitalaria de esquizofrenia, aumenta la incidencia de pacientes esquizofrénicos ambulatorios, probablemente por un incremento de la tendencia para tratar a los esquizofrénicos fuera del ambiente hospitalario como la ha propuesto Eagles y Whalley (1993). Esta situación puede estar apoyada por el hecho de que en los hallazgos epidemiológicos de este estudio se ha encontrado que el 96% de los pacientes esquizofrénicos de primera hospitalización durante el año de 1994 viven con algún familiar directo o reciben apoyo por parte de algún miembro de la familia extensa.

En cuanto a la morbilidad de esquizofrenia nuestro estudio demuestra que esta es más alta entre los 20 y 29 años de edad decayendo antes de los 20 años y después de los 30, encontrándose estos resultados dentro de los parámetros de morbilidad reportados por Hery Ey (1980), Kraepelin y Bleuler. En la tabla 3 sobre distribución por sexo de la incidencia de pacientes esquizofrénicos hospitalizados encontramos que la morbilidad más elevada se encuentra entre los 15 y 35 años con un 62.5% de los casos de acuerdo a las estadísticas de Bleuler. El superior índice de incidencia tanto en los varones como en las mujeres, tiene su punto máximo entre los 20 y 24 años de edad, habiendo discrepancia en el estudio reportado por Kaplan (1992), que refiere un mayor índice en los varones entre los 15 y 24 años de edad y en las mujeres entre 25 y 34 años de edad. Los índices de incidencia tratada de esquizofrenia han resultado ser constantemente más altos en los varones que en las mujeres (64.8% y 32.5% respectivamente en nuestro estudio), lo que concuerda con los reportes de Kaplan (1992), Strongrem, Iacono y Morton en Canadá (1984), que reportan una incidencia en hombres 2 a 3 veces más alta que en mujeres. Ni Nullain et al (1983), Wattie y Kedward, que establecen una incidencia del 59 al 68% para los varones.

En los hallazgos epidemiológicos podemos encontrar que los esquizofrénicos tienen menos probabilidad de contraer matrimonio coincidiendo con lo referido por Kaplan (1992). También hay una acusada tendencia de menor índice de reproducción y fertilidad en la población de esquizofrénicos, ya que sólo el 28% de los pacientes esquizofrénicos de primera hospitalización tuvieron



hijos. habiendo un mayor índice de fertilidad entre las mujeres esquizofrénicas (24%), comparado con los varones (4%), lo que concuerda con un estudio de matrimonio y reproducción de esquizofrénicos ingresados en un hospital público en Nueva York entre los años de 1934 y 1936 y 1955 y 1956 que refiere que las mujeres esquizofrénicas tienen más hijos que los varones. Sin embargo ningún autor se pone de acuerdo en cuanto al establecimiento de un criterio unánime de fertilidad. Ruiloba (1992), refiere que las cifras de fertilidad tienden hacer similares a las del resto de la población y Kaplan (1992) refiere que hay motivos para creer que dicha tendencia a menor índice de reproducción y fertilidad en la población esquizofrénica es fruto artificial de la institucionalización, además como los pacientes solteros tienen más posibilidades de ser hospitalizados, el uso de población de estudio hospitalizada puede producir una subestimación de los índices de fertilidad entre los esquizofrénicos, pues muchos esquizofrénicos hospitalizados en la joven edad adulta no han completado su ciclo reproductivo.

El nivel socioeconómico de la población esquizofrénica en estudio fue predominantemente bajo (70%), esta situación que incrementa el nivel de marginación de los pacientes se refleja también en el nivel de escolaridad el cual también es bajo. Según Kaplan (1992) y la Asociación Psiquiátrica Americana existe un número desproporcionado de esquizofrénicos en las clases socioeconómicas inferiores. Faris y Dunham también hallaron mayor incidencia en las áreas más pobres y menos en los de nivel socioeconómico más elevado.

En la literatura se refieren también los antecedentes familiares de esquizofrenia como factores que influyen en la incidencia de esquizofrenia, sin embargo en este estudio el 64% de los pacientes no tuvo ningún antecedente de familiares esquizofrénicos, sólo el 13% tuvo antecedentes de familiares directos.

Respecto a los antecedentes pre, peri o post natales se encontró una proporción muy baja en los pacientes (10%). Todos tuvieron complicaciones obstétricas que fueron factor decisivo de lesión perinatal, sin embargo la frecuencia tan baja de estos factores no substancia la influencia de estos en forma concluyente.

De acuerdo al estudio de Kendell, Malcom y Adams (1993), sobre los problemas para detectar cambios en la incidencia de esquizofrenia, se detectaron durante el estudio factores que ellos llamaron "confusionales". Estos factores de confusión son los siguientes: hubo un cambio en los criterios diagnósticos de la OMS para el diagnóstico de la esquizofrenia durante el último año del periodo de estudio. El 8% de los casos tuvo un cambio posterior en el diagnóstico. El 48% de los pacientes registrados por primera vez fueron realmente readmisiones por que ya habían tenido atención previa en forma ambulatoria o admisiones anteriores en otros sitios. También encontramos que hubo dificultad para determinar la fecha exacta del comienzo de la enfermedad, ya que la edad registrada en las referencias hospitalarias no corresponden al inicio de los síntomas psiquiátricos, si no más

bien al momento del primer ingreso. Situaciones que de acuerdo a Kendell y Malcom dar un índice inestable de incidencia. En resumen: La verdadera incidencia de la esquizofrenia es difícil de establecer, a parte de la falta de métodos diagnósticos objetivos, que complican en proceso de identificación de los casos, la indentificación completa supone la detección de cada persona que padece la enfermedad en una comunidad bien definida y la capacidad para determinar la fecha exacta del comienzo de la enfermedad, así como los factores causales.

## B I B L I O G R A F I A

- Americano Psichyatric Association. DSM III R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson S.A. 1988.
- J. Vallejo Ruiloba. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Editorial SALVAT. Tercera Edición, 1992.
- Henry Ey, P. Bernard, Ch. Brisset. Tratado de Psiquiatría. Editorial Masson. Octava edición, 1980.
- Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Compendio de Psiquiatría. Editorial SALVAT. Segunda edición, 1992.
- Jhon R. Geddes, Roger J. Black, Lawrence J. Whalley and Jhon Eagles. Persistence of decline in the Diagnosis of Schizophrenia among - first admission to Scottish Hospital from 1969 to 1988. British J. of Psychiatry. (1993), 163,620-625.
- R. E. Kendell et al, The Problem of Detectin Changes in the incidence and Others Aspects of Epidemiology. British J. of Psychiatry. (1993), 212-218.
- Jhon M. Eagles, Is Schizophrenia Disappearing, British J. of Psychiatry (1991), 158, 834-835.
- Paul Munk-Jorgensen et al. Incidence and Other Aspects of the Epidemiology of Schizophrenia in Denmark, 1971, 87. British J. of Psychiatry (1992), 161, 489-495.
- Glynn Harryson et al, Changes in the Administrative Insidence of Schizophrenia. British J. of Psychiatry (1991) 151, 811-816.
- William G. Iacomo et al, Are Male More Likely Than Female to Develop Schizophrenia? Am. J. Psychiatry, 1992, 1070-1074.
- Chávez AC. Schizophrenia. REV/BRAS/MED. 51/4 (310-324) 1994.