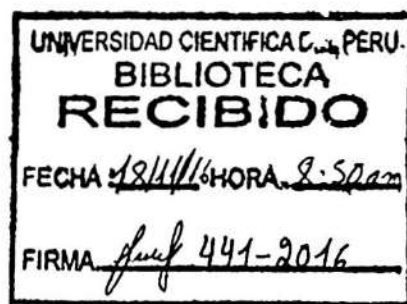


UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TITULO

“PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS
DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL IQUITOS ‘CÉSAR
GARAYAR GARCÍA’, PERIODO 2010 – 2014”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

ERICKA MELISSA VARGAS HEMERYTH

ASESOR:

Psic. Germán Molina Ferro

SAN JUAN - IQUITOS - PERÚ
2016

A DIOS

*Por darme la oportunidad
de existir y la fortaleza
en mi día a día para
seguir adelante.*

A mis queridos padres RAFAEL Y REYDELINDA,

por brindarme su apoyo y cariño incondicional

y por ser mi ejemplo,

he llegado hasta aquí gracias a ellos.

A mis hermanos SILVIA, AUGUSTO Y RAFAEL,

por sus constantes muestras de aliento.

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa su sincero agradecimiento por la desinteresada y excelente colaboración para que este Estudio sea una realidad.

- Al Psicólogo Germán Molina Ferro, por su valiosa asesoría, orientación y recomendaciones para llevar a cabo todo este proceso.
- Al M.C. Eleodoro Guerra Valles, Director del Hospital Iquitos “César Garayar García” y al Jefe de la Unidad de Estadística e Informática, por las facilidades para la realización de la presente investigación.
- A la Psicóloga Herminia de los Ríos y al Médico Psiquiatra Julio Arévalo, por la docencia y enseñanzas otorgadas que me encaminaron a este objetivo.
- A Daniel, por el apoyo y aliento constante que me brindó en toda la realización de este estudio.
- A todos los pacientes del Hospital Iquitos que fueron parte de este proceso y a todas aquellas personas que de alguna u otra manera contribuyeron en el desarrollo del presente estudio.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 05 días del mes de setiembre del 2016, siendo las 7:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según Resolución Decanal N° 036- 2016 - FCS -UCP, de fecha 22 de enero del 2016, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

- o Méd. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla Presidente
- o Psic. Herminia de los Ríos Sosa Miembro
- o Psic. Mirtha Sandoval Oviedo Miembro

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la Tesis Titulada: "PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA", PERIODO 2010-2014" de la Bachiller en Psicología ERICKA MELISSA VARGAS HEMERYTH, para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología, que otorga la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma.....

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

INDICADOR	EXAMINADOR 1	EXAMINADOR 2	EXAMINADOR 3	PROMEDIO
A) Aplicación de la teoría a casos reales	4	4	3	
B) Investigación Bibliográfica	3	3	3	
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, Segmentación, coherencia)	3	3	3	
D) Calidad de respuestas	3	3	4	
E) Uso de terminología especializada	3	3	3	
CALIFICACIÓN FINAL	16	16	16	

RESULTADO:


APROBADO POR:..... UNANIMIDAD

CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS)..... D.E.C.E.S.

LEYENDA:

INDICADOR	PUNTAJE
DESAPROBADO	Menos de 13 puntos
APROBADO POR MAYORÍA	De 13 a 15 puntos
APROBADO POR UNANIMIDAD	De 16 a 17 puntos
APROBADO POR EXCELENCIA	De 18 a 20 puntos


 Psic. Herminia de los Ríos Sosa
 Miembro


 Méd. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla
 Presidente


 Psic. Mirtha Sandoval Oviedo
 Miembro

La Universidad vive en Ti

SUSTENTACIÓN DE TESIS

PRESIDENTE




Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla

MIEMBROS



Psic. Herminia de los Ríos Sosa



Psic. Mirtha Sandoval Oviedo

ASESOR



Psic. Germán Molina Ferro

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	1
Abstract	3
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	5
1.1.- Antecedentes	6
1.2.- Problema de Investigación	9
1.3.- Objetivos	12
1.4.- Justificación	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	14
2.1.- Marco teórico	14
2.1.1.- Esquizofrenia	14
2.1.2.- Terapias Psicológicas	22
2.1.3.- Sintomatología	26
2.1.4.- Subtipos	28
2.1.5.- Incidencia	36
2.1.6.- Curso de la Enfermedad	36
2.1.7.- Etiología	39
2.1.8.- Criterios Diagnósticos	42
2.1.9.- Datos Demográficos	44
2.1.10.- Definición de Términos Básicos	46
2.2.- Marco conceptual	48
CAPÍTULO III. RECURSOS UTILIZADOS	49
3.1.- Recursos Humanos	49
3.2.- Recursos Materiales	49
3.3.- Recursos Económicos y Financieros	49
CAPÍTULO IV. MÉTODO	50
4.1.- Tipo de Investigación	50
4.2.- Diseño de Investigación	50
4.3.- Población y Muestra	51
4.4.- Técnicas, Instrumentos y Procedimiento de Recolección de Datos	51
4.5.- Procesamiento de la Información	52
4.6.- Ética	52
CAPÍTULO V. RESULTADOS	53
5.1.- Presentación de Resultados	53

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

TABLA 01.	Criterios diagnósticos de Esquizofrenia de Emil Kraepelin_____	15
TABLA 02.	Criterios diagnósticos de Eugen Bleuler_____	16
TABLA 03.	Síntomas de Primer Rango de Scheider_____	17
TABLA 04.	Componentes de Intervenciones-psicoeducativas_____	24
TABLA 05.	Componentes de Terapia Cognitiva Conductual para Síntomas Positivos_____	25
TABLA 06.	Los diez síntomas más frecuentes de la Esquizofrenia_____	27
FIGURA 01.	Fases de la Esquizofrenia_____	38
TABLA 07.	Población de la Ciudad de Iquitos_____	44
TABLA 08.	Casos de Esquizofrenia por etapas de vida, según distritos de la Ciudad de Iquitos_____	45
TABLA 09.	Distribución por sexo de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia_____	54
GRÁFICO 01.	Distribución por sexo de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia_____	54
TABLA 10.	Distribución por edad de pacientes con Esquizofrenia_____	55
GRÁFICO 02.	Distribución por edad de pacientes con Esquizofrenia_____	56
TABLA 11.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Estado Civil_____	57
GRÁFICO 03.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Estado Civil_____	57
TABLA 12.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Procedencia_____	58
GRÁFICO 04.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Procedencia_____	58
TABLA 13.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Grado de Instrucción_____	59
GRÁFICO 05.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Grado de Instrucción_____	59
TABLA 14.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Ocupación_____	60
GRÁFICO 06.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Ocupación_____	60
TABLA 15.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Consumo de Alcohol y Drogas_____	61

GRÁFICO 07.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Consumo de Alcohol y Drogas_____	61
TABLA 16.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Intento de Suicidio_____	62
GRÁFICO 08.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Intento de Suicidio_____	62
TABLA 17.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según número de veces de Intención Suicida_____	63
GRÁFICO 09.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según número de veces de Intención Suicida_____	63
TABLA 18.	Distribución por casos de pacientes según Grado de Parentesco de Familiar con Esquizofrenia_____	64
GRÁFICO 10.	Distribución por casos de pacientes según Grado de Parentesco de Familiar con Esquizofrenia_____	64
TABLA 19.	Distribución por casos de pacientes según Parentesco de Familiar con Esquizofrenia_____	65
GRÁFICO 11.	Distribución por casos de pacientes según Parentesco de Familiar con Esquizofrenia_____	65
TABLA 20.	Distribución por casos de pacientes según Familiar con otra Enfermedad Mental_____	66
GRÁFICO 12.	Distribución por casos de pacientes según Familiar con otra Enfermedad Mental_____	66
TABLA 21.	Distribución por casos de pacientes según Familiar con otra Enfermedad Mental – Tipo de Enfermedad Mental_____	67
GRÁFICO 13.	Distribución por casos de pacientes según Familiar con otra Enfermedad Mental – Tipo de Enfermedad Mental_____	67
TABLA 22.	Características de los miembro de familia de Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia_____	69
TABLA 23.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Tipo de Familia_____	70
GRÁFICO 14.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Tipo de Familia_____	70
TABLA 24.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Hijos_____	71
GRÁFICO 15.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Hijos_____	71

TABLA 25.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Hermanos_____	72
GRÁFICO 16.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Hermanos_____	72
TABLA 26.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Edad de Inicio de Enfermedad_____	73
GRÁFICO 17.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Edad de Inicio de Enfermedad_____	73
TABLA 27.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Diagnóstico_____	74
GRÁFICO 18.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Diagnóstico_____	74
TABLA 28.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Comorbilidad_____	75
GRÁFICO 19.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Comorbilidad_____	75
TABLA 29.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Tipo de Comorbilidad_____	76
GRÁFICO 20.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Tipo de Comorbilidad_____	76
TABLA 30.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Años de atención en el Establecimiento_____	78
GRÁFICO 21.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Años de atención en el Establecimiento_____	79
TABLA 31.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Atenciones antes del 2010_____	80
GRÁFICO 22.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Atenciones antes del 2010_____	80
TABLA 32.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Atenciones en Consultorios_____	81
GRÁFICO 23.	Distribución por casos de pacientes con Esquizofrenia según Atenciones en Consultorios_____	82

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer y analizar la prevalencia y las características epidemiológicas de los pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Iquitos "César Garayar García", durante los años 2010 al 2014. Es un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, que fue realizado utilizando la técnica de auditoría de historias clínicas.

La población estudiada fueron todos los pacientes con Esquizofrenia, provenientes de los consultorios de Psicología y de Psiquiatría, quienes fueron tratados en los años 2010 al 2014. Los pacientes admitidos en el estudio tenían historias clínicas escritas con letra legible.

La prevalencia de esquizofrenia en el Hospital Iquitos durante los años 2010 al 2014 fue de 0.027%.

Se estudiaron en total 151 casos (51% mujeres y 49% varones) con edades comprendidas entre 16 a 75 años. Encontramos que en la actualidad el grupo más afectado fueron los adultos jóvenes, entre los 21 a 30 años correspondiendo a un 31.1% de los pacientes. En ambos sexos predominaron los pacientes que provienen del distrito de Iquitos con un 46%. Los que tuvieron una aparición más temprana de la enfermedad fueron los adolescentes y los adultos-jóvenes de 16 a 25 años, con un 62.2%.

La mayoría de pacientes contaban con educación secundaria, correspondiendo ésta a un 51%. El 48.3% de la población estudiada se encuentra sin ejercer algún trabajo u oficio, y la minoría son los pacientes que tienen un trabajo estable con un 2%. El estado civil sobresaliente fue 'soltero', con un 74.2%, la minoría la conformaron los casados y los viudos, con un 9.9% y 1,3% respectivamente

El subtipo de diagnóstico con mayor predominancia fue la esquizofrenia paranoide con un 92.7%. Del total de los casos, un 16.6% de pacientes presentan una comorbilidad, la que tuvo mayor predominancia fue la epilepsia con un 8.6%.

El 17.2% de pacientes afirma seguir consumiendo alcohol y/o drogas en la actualidad, pese a su tratamiento farmacológico y el 25.2% de los pacientes estudiados tuvo algún intento de suicidio previo.

Prevalcieron las familias extensas y las nucleares, ambos con un 38.1%. El 72.2% de los pacientes tienen al padre vivo y un 81.5% tienen a la madre viva; predominando en ambos progenitores contar con estudios secundarios y trabajos independientes. El porcentaje para los padres que presentaban algún tipo de enfermedad mental es de 4% para los papás y 6.6% para las madres. Un 35.8% de

pacientes con diagnóstico de esquizofrenia refieren tener hijos, y un 74.8% de los pacientes manifiestan tener hermanos.

Un 29.1% de los casos estudiados declaró tener un miembro de su familia con esquizofrenia, predominando los familiares en tercer grado con un 11.3%. Un 33.1% de los casos estudiados declaró tener un miembro de su familia con otra enfermedad mental que no sea esquizofrenia; predominando los familiares con epilepsia y trastornos de la personalidad.

El año donde hubo más atenciones de pacientes con esquizofrenia en el establecimiento fue el 2010, con un 49.7% del total de la población estudiada. Un 60.3% de pacientes acudieron al Hospital Iquitos para sus atenciones antes del año 2010, mientras que un 39.7% son casos nuevos que acudieron a partir de ese año.

El consultorio que realizó más atenciones entre los años 2010 y 2014 a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia fue el consultorio de PSIQUIATRÍA, con un 98.7%; seguido por el consultorio de PSICOLOGÍA con un 42.4%, ambos consultorios compartieron la atención de algunos casos.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify and analyze the prevalence and epidemiological characteristics of patients treated with schizophrenia in "Hospital Iquitos 'César Garayar García'", during the years 2010 to 2014. It's a descriptive, observational and retrospective study that was performed using the technique of audit of medical records.

The study population were all patients with schizophrenia, from the Psychology and Psychiatry's departments, who were treated in the years 2010 to 2014. Patients admitted to the study had written medical records legibly.

The prevalence of schizophrenia in this hospital during the years 2010 to 2014 was 0.027%.

151 cases (51% female and 49% male) aged 16 to 75 years were studied in total. We found that currently the most affected group were young adults, between 21 to 30 years corresponding to 31.1% of patients. Both sexes had a predomination of patients from the Iquitos district making them the 46% of the total. Those who had an earlier onset of the disease were adolescents and adult-youths aged 16 to 25 years, with 62.2% of the total.

Most patients had the high school education complete, corresponding this to 51%. A 48.3% of the study population are found not currently exerting any kind of work or trade, being the minority, the 2%, who had a permanent job. The outstanding marital status was 'single', with 74.2%, the minority were married and widowers, forming the 9.9% and 1.3% respectively.

The diagnostic subtype with more prevalence was paranoid schizophrenia with 92.7%. From the total cases, 16.6% of patients have a comorbidity being epilepsy the predominant with 8.6%.

17.2% of patients states that they continue consuming alcohol and/or drugs at present, despite their drug treatment and 25.2% of the patients had a previous suicide attempt.

Extended and nuclear families prevailed, both with 38.1%. 72.2% of patients have a living father and 81.5% had a living mother; in most of the cases, both parents have secondary education and independent work. The percentage for parents who had some kind of mental illness is 4% for fathers and 6.6% for mothers. A 35.8% of patients diagnosed with schizophrenia report having children and 74.8% of patients report having siblings.

29.1% of the studied cases reported having a family member with schizophrenia, predominating third-degree relatives with 11.3%. 33.1% of the studied cases reported having a family member with mental illness other than schizophrenia; predominating relatives with epilepsy and personality disorders.

The year where there was more attentions to patients with schizophrenia were in the 2010 with 49.7% of the total studied cases. A 60.3% of patients went to the Hospital Iquitos before the 2010, meanwhile the 39.7% are new cases that went from that year and on.

The department that realized most of the attentions to the patients diagnosed with schizophrenia between the years 2010 and 2014 were the department of PSYCHIATRY with the 98.7% of the cases followed by the department of PSYCHOLOGY with 42.4%, both departments shared some cases.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La nosología sobre esquizofrenia es relativamente nueva, pese a que existen evidencias que datan desde hace más de 5.000 años, donde cualquier persona que presentaba conductas “fuera de lo normal” o delirios, era confinada y apartada de los demás (Robinson N., 1998).

El concepto de locura ha existido desde la antigüedad, se le atribuían causas sobrenaturales, y, las culturas primitivas lo relacionaban con posesiones demoniacas. No es hasta el siglo XIX donde los cuadros de síntomas psicóticos se hicieron más evidentes, sin embargo, el término esquizofrenia aún no era usado, y lo vinculaban con la demencia.

En la edad contemporánea, diversos autores como Philippe Pinel consideraban a la esquizofrenia como un resultado de la melancolía (delirio parcial) y de la manía (delirio generalizado con agitación); así mismo lo vinculaban estrechamente con la heredabilidad.

En 1908, el psicólogo suizo Eugen Bleuler indicó que era inadecuado utilizar el término de demencia, porque no necesariamente estaba incluido el deterioro cognitivo, y fue el primero en utilizar el término “esquizofrenia”, el cual proviene del griego clásico *shizein* ‘dividir’ y *phren* ‘mente’, y la calificó en hebefrénica, catatónica y paranoide.

En la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esquizofrenia afecta aproximadamente a 24 millones de personas en el mundo, lo cual constituye alrededor del 1 % de la población. En el Perú, según el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", más de 280.000 personas sufren de esquizofrenia.

Según cifras proporcionadas por el Ministerio de Salud (MINSa), solo el 62% de estas personas están recibiendo el tratamiento adecuado, los pacientes restantes no acuden a los servicios de salud y no tienen acceso para ser tratados por un especialista, constituyendo un actual y grave problema de salud pública.

La esperanza de vida de las personas con el trastorno es de 10 a 12 años menos que los que no la padecen, el suicidio es una de las principales causas de mortalidad debido a la depresión post-psicótica que suelen tener los pacientes (Brown y Barraclough, 2000).

Tratar de mejorar y revertir esta situación constituye el espíritu del estudio, debido a las escasas investigaciones sobre el tema en la región y a la poca sensibilización de aquellos que tienen que ver con la reinserción social de los pacientes, razón por la cual se desarrolla este estudio; en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, establecimiento en el cual los pacientes que acuden en su mayoría, buscan ayuda psiquiátrica, minimizando o dejando de lado totalmente el tratamiento psicológico, siendo perjudicial para la rehabilitación social del paciente.

1.1 ANTECEDENTES

1.1.1 Investigaciones Internacionales

En el Hospital Psiquiátrico Julio Endara de Ecuador, **Herrera Fanny (1995)** realizó un estudio retrospectivo sobre “Prevalencia de Esquizofrenia y sus Tratamientos”, donde analizaron las historias clínicas de 60 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, tomando en cuenta la edad, sexo, primera hospitalización, sintomatología y tipo de tratamiento. Los resultados demostraron que fue mayor la prevalencia de varones ingresados con una edad promedio de 32 años.

También **Mata Pastor Ignacio, et al. (2000)**, en su estudio de “Prevalencia e Incidencia de la Esquizofrenia en Navarra”, hicieron análisis y comparaciones en diversas comunidades españolas, encontrando que las tasas de prevalencia e incidencia en Navarra son concordantes con las halladas en otras comunidades autónomas españolas y en las ciudades de países europeos.

Por otro lado, **Apiquian Rogelio, et al. (2001)**, efectuaron el “Estudio Comparativo de Pacientes Esquizofrénicos con y sin Depresión”; para determinar la prevalencia de depresión en pacientes con comorbilidad de esquizofrenia y su asociación con distintas variables clínicas relacionadas con el pronóstico. En el estudio se incluyeron 59 pacientes con esquizofrenia. Los resultados fueron que la depresión es común en la esquizofrenia y se encuentra asociada a variables clínicas.

Vlasta Solter, et. al (2004), ejecutaron un “Estudio de la Esquizofrenia Comórbida con la Adicción Alcohólica”. Los resultados demostraron que su prevalencia en los varones con esquizofrenia las tasas de prevalencia de adicción alcohólica son más altas que en mujeres. La comorbilidad de la adicción alcohólica y la esquizofrenia en hombres se asocia

con mayores tasas de divorcio y con la edad. En mujeres, la comorbilidad adicción alcohólica y esquizofrenia se relaciona con un nivel bajo de educación.

En el Centro Hospitalario “Padre Menni” (España), **Bengochea Seco Rosario, et. al (2008)**, realizaron un estudio acerca de “Incidencia de los Trastornos de Personalidad en Esquizofrenia: Relación con Variables Clínicas y Sociodemográficas”, con el objetivo de analizar la incidencia de los trastornos de personalidad en la esquizofrenia; para ello valoraron el estudio con una muestra de 107 pacientes, y su relación con variables clínicas y sociodemográficas. Los resultados obtenidos indican que un alto porcentaje de pacientes tiene asociado algún trastorno de personalidad.

1.1.2 Investigaciones Nacionales y Locales

En el ámbito nacional y local no se encontraron muchos estudios sobre la prevalencia, ni características epidemiológicas de esquizofrenia, pero si estudios sobre la enfermedad en general.

Es así que, **Llanos Morena Elsa, et al. (Lima, 2010)**, realizaron un estudio sobre “Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad”, en el Hospital Hermilio Valdizán. Conformada por 50 familiares; utilizando datos generales del paciente y familiar. Llegando a la conclusión de que existe necesidad de orientar, educar e involucrar a los familiares en el tratamiento y cuidado de los pacientes con esquizofrenia.

Hidalgo Padilla Liliana (Lima, 2013), desarrolló una investigación para determinar la “Relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador y las estrategias de afrontamiento y las características familiares de pacientes con esquizofrenia en rehabilitación”; encontrando correlaciones entre la sobrecarga y algunas estrategias de afrontamiento específicas; los

familiares de pacientes diagnosticados con esquizofrenia adoptan estrategias progresivamente mientras se da el curso de enfermedad del paciente.

El **Instituto Nacional de Salud Mental (Iquitos, 2014)**; realizó una investigación llamada “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Ciudad de Iquitos”, llegando a la conclusión de que esta ciudad representa una de las prevalencias más altas de trastornos mentales entre las demás ciudades del Perú.

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El concepto de prevalencia hace referencia al número de individuos con una enfermedad existente en una población concreta en un periodo de tiempo específico, es decir, el número de sujetos diagnosticados con esquizofrenia en la actualidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (1973), la esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más frecuentes, cuya prevalencia está estimada entre el 1% al 1,5% de la población (es decir de cada 100 personas, una podría ser esquizofrénica). Así mismo, el Estudio Piloto Internacional de la Esquizofrenia realizado por la OMS entre 1969 y 1976, comprobó la igualdad de los síntomas que tiene la esquizofrenia en distintas partes del mundo, corroborando que era un trastorno omnipresente con un cuadro clínico similar en todas las zonas estudiadas (OMS 1973; Jablensky., et. al, 1992).

El Ministerio de Salud (2010) informó que más de 280 mil personas en el Perú sufren de esquizofrenia, sin embargo solo el 62% de ellos poseen un diagnóstico definido y reciben tratamiento, mientras que los restantes no acuden a los servicios de salud y/o no tienen acceso para ser tratado.

En el campo de la psicología clínica, se ha observado – en la ciudad de Iquitos (Perú), una cantidad considerable de personas que padecen de esquizofrenia; enfermedad que está considerada como uno de los trastornos más graves, complejos y discapacitantes en el ámbito de la salud mental. La cual presenta diferenciaciones según el subtipo de esquizofrenia y según su cronicidad, mostrando variaciones en la sintomatología de cada paciente. Se caracteriza por presentar un cuadro grave y devastador, esto se debe a su evolución rápida y habitualmente de peor pronóstico, abarcando no solo a nivel cognitivo sino también a nivel psicosocial en los pacientes. Es un tipo de enfermedad deteriorante

en diversos aspectos, que se manifiesta generalmente a finales de la adolescencia o en la juventud, repercutiendo también en los familiares y personas cercanas a los que la padecen, produciendo un alto grado de sufrimiento.

Se sabe que existe un estigma creado por la sociedad, debido al poco conocimiento que se suele tener sobre esta patología. Es así que, por temor a sufrir de discriminación las familias inmersas en esta situación, suelen ocultar el padecimiento y evitan buscar ayuda profesional. Por otro lado, es estrictamente necesario que, las personas que presentan esta enfermedad obtengan un tratamiento farmacológico para conseguir estabilizarse. No obstante, el tratamiento psicológico es fundamental para poder reinsertarse en la vida social y laboral, la cual se encuentra deteriorada en estos casos.

En la fase de estabilización o postcrisis, la cual se da después de recibir el tratamiento farmacológico, se recomienda el abordaje psicológico enfocado en la Terapia Cognitiva Conductual, para el tratamiento de síntomas positivos y negativos; así mismo, el entrenamiento en habilidades sociales, necesario para la adaptación social de los pacientes (McGurk, S.R., et al). Es así que, sin la ayuda psicológica la calidad de vida del paciente se verá afectada dificultándole el poder valerse por sí mismo.

1.2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.2.1 Problema General

¿Cuál es la prevalencia y las características epidemiológicas de esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Iquitos durante el periodo 2010 – 2014?

1.2.2.2 Problemas Específicos

- a) ¿Cuál es la prevalencia de esquizofrenia en el Hospital Iquitos “César Garayar García, durante los años 2010 – 2014?
- b) ¿Cuáles son las características epidemiológicas: sexo, edad, estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación, de los pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Iquitos, durante los años 2010 – 2014?
- c) ¿Cuál es el subtipo de esquizofrenia con mayor incidencia en los pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Iquitos, durante los años 2010 – 2014?
- d) ¿Cuáles son las características familiares de los pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Iquitos, durante los años 2010 – 2014?
- e) ¿Existe algún tipo de enfermedad mental asociada en los pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Iquitos, durante los años 2010 – 2014?
- f) ¿Cuál fue la edad de inicio de enfermedad de los pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Iquitos, durante los años 2010 – 2014?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia y las características epidemiológicas de esquizofrenia en los pacientes atendidos del Hospital Iquitos “César Garayar García”, durante los años 2010 al 2014.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar la prevalencia de esquizofrenia en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, durante los años 2010 – 2014.
- b) Analizar las características epidemiológicas de los pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Iquitos, durante los años 2010 – 2014.
- c) Especificar cuál es el subtipo de esquizofrenia con mayor incidencia en los pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Iquitos, durante los años 2010 – 2014.
- d) Describir cuales son las características familiares de los pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Iquitos, durante los años 2010 – 2014.
- e) Verificar si existe algún tipo de enfermedad mental asociada en los pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Iquitos, durante los años 2010 – 2014.
- f) Identificar cual fue la edad de inicio de enfermedad de los pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia en el Hospital Iquitos, durante los años 2010 – 2014.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Cuando hablamos de esquizofrenia en el Hospital Iquitos, debemos tener en cuenta que, los pacientes que la presentan en su mayoría buscan ayuda psiquiátrica (tratamiento farmacológico), causando dependencia de los mismos hacia las personas de su entorno, minimizando o dejando de lado totalmente el tratamiento psicológico, esto muchas veces resulta insuficiente para la rehabilitación del paciente.

Así mismo, debido a la poca sensibilización de aquellos que tienen que ver con la reinserción social de los pacientes, al déficit que estos presentan en su tratamiento, y a los escasos estudios en la ciudad de Iquitos sobre esta enfermedad, se justifica conocer la prevalencia de esquizofrenia en los distintos años verificados; a su vez, saber cuál es el subtipo de esquizofrenia con mayor incidencia en los pacientes atendidos. De igual manera, las características epidemiológicas de mayor ocurrencia; para poder aplicar la estrategia más adecuada a fin de minimizar el impacto de la enfermedad en la población, que acude a buscar un tratamiento adecuado.

Es así que, la finalidad del presente estudio constituye el alcance de información que ayude a la realización de planes y programas de soporte a familiares de pacientes esquizofrénicos, los cuales estén dirigidos a optimizar la rehabilitación social de los pacientes y familias involucradas.

De esta manera, se podrá verificar que la importancia del tratamiento psicológico y el tratamiento psiquiátrico deben ser congruentes en la rehabilitación del paciente; además de que constituirá una base para futuros estudios psicológicos y psiquiátricos vinculados al tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad caracterizada por la presencia de comportamientos y signos extraños o peculiares, y es también considerada una de las enfermedades de peor pronóstico que afecta a todos los países del mundo, se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años (Murray y López, 1996).

Las nociones sobre enfermedad mental han existido desde el principio de la humanidad, teniendo diversos conceptos según la evolución histórica y las distintas culturas; históricamente las enfermedades mentales las relacionaban con posesiones demoniacas e incluso con castigos divinos, las cuales eran tratadas mediante curanderos, hechizos hasta la realización de trepanaciones craneales.

Posteriormente, con el pasar de los años el concepto de locura logró cobrar mayor importancia; Hipócrates, considerado como el fundador de la medicina mental, clasificaba las enfermedades mentales teniendo como metodología la observación de enfermos.

Más adelante, Kraepelin Emil (1889) formuló su concepto de esquizofrenia, a la que denominó “demencia precoz”. En ese entonces, para Kraepelin, la definición de esquizofrenia era concisa y específica (ver tabla N°01), consideró la edad de inicio al final de la primera década de vida o principios de la segunda, considerando que es una

enfermedad de curso progresivo, ininterrumpida y que conduce a un deterioro severo en el ámbito cognitivo, emocional y social.

Realizó una distinción entre psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia, debido a que la primera no tiene inicio temprano. Así mismo, dividió a la enfermedad en los siguientes subtipos: paranoide, catatónica y hebefrénica.

TABLA N° 01
Criterios diagnósticos de esquizofrenia de Emil Kraepelin

Criterios sintomatológicos	Criterios según el curso de la enfermedad
- Trastornos de la atención y de la comprensión	- Evolución hacia la invalidez psíquica.
- Alucinaciones, especialmente auditivas	
- Pensamiento audible	
- Vivencias de influencia del pensamiento	
- Trastornos en el curso del pensamiento, fundamentalmente asociaciones laxas	
- Alteraciones de la función cognitiva y de la capacidad de juicio	
- Aplanamiento afectivo	
- Presencia de conductas mórbidas	
- Disminución del tono vital	
- Obediencia automática	
- Ecolalia, ecopraxia	
- Conductas impulsivas	
- Agitación catatónica	
- Estercotipias	
- Negativismo	
- Autismo	
- Alteración del lenguaje	

Más adelante, Bleuler Eugen, en 1911, cambia el término de demencia precoz por esquizofrenia; estableció que, a diferencia de la demencia precoz la esquizofrenia es una

enfermedad de curso variable, y que no necesariamente lleva a un deterioro cognitivo del sujeto, mientras que la demencia sí.

Bleuler realizó una distinción de síntomas característicos de la enfermedad y síntomas accesorios, en los cuales planteó que los síntomas característicos son propios de la enfermedad y que necesariamente estarán presentes, mientras que los accesorios podrían o no también estar presentes en otras enfermedades (ver tabla N°02).

La distinción de la sintomatología de Bleuler fue aceptada y actualmente es conocida como las “cuatro aes” (asociación, ambivalencia, afecto y autismo).

TABLA N° 02
Criterios diagnósticos de Bleuler

<ul style="list-style-type: none"> • Criterios sintomatológicos
Alteraciones básicas o fundamentales Trastornos formales del pensamiento* Alteraciones del afecto* Alteraciones de la experiencia subjetiva del yo Ambivalencia* Autismo*
<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas accesorios
Trastornos perceptivos (alucinaciones) Delirios Ciertas alteraciones mnémicas Modificación de la personalidad Agitación, agresividad, angustia Cambios en el lenguaje y la escritura Alteraciones motoras, manierismos, etc.
Nota: (*) Las «cuatro aes»: asociación, afecto, ambivalencia y autismo.

Bleuler tuvo notable influencia en la historia de la enfermedad, la cual se hizo notable en la octava y novena Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8; CIE-9), apartado donde se incluye el concepto de esquizofrenia, su gravedad psicótica y su sintomatología.

Los postulados de Kraepelin y Bleuler, constituyen, en esencia, las bases del concepto de esquizofrenia.

Schneider Kurt (1959), en su libro “Psicopatología Clínica”, hizo énfasis en que la esquizofrenia es un trastorno el cual se caracteriza por asociaciones, y que debido a su complejidad es difícil de diagnosticarla. Estableció una nueva sintomatología, llamada “síntomas de primer rango”, que corresponde a los síntomas más evidentes, aparentes y fácil de identificar de la esquizofrenia (ver tabla N°03).

TABLA N° 03
Síntomas de primer rango de Schneider

Síntomas
Pensamientos audibles (eco del pensamiento)
Voces que dialogan entre sí
Voces que comentan sobre el paciente
Robo del pensamiento
Difusión o radiación del pensamiento
Inserción del pensamiento
Vivencias de pasividad e influencia corporal
Vivencias de imposición de afectos o emociones
Imposición de acciones y movimientos
Imposición de impulsos, deseos y actos voluntarios
Percepción delirante

Sigmund Freud consideró la esquizofrenia como una manifestación del «ego debilitado» e incapacidad para recurrir a las defensas del ego para afrontar los conflictos con las fuerzas instintivas del Ello. Para Freud, las psicosis, especialmente la esquizofrenia, son inaccesibles al psicoanálisis (Klein, Melanie; R. E).

Posteriormente diversos autores fueron modificando el término de esquizofrenia, entre ellos, uno de los más resaltantes fue Kasanin (1993), que introdujo el término esquizoafectivo¹.

En el año 1952, en la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana, se incluye a la esquizofrenia clasificada con los siguientes subtipos: simple, hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizofrénico-afectivo, tipo infantil y tipo residual. Fue a partir de ahí que las investigaciones continuaron y actualmente en el DSM se observan los consiguientes tipos: paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual.

En la actualidad, diversos autores² denominan a la esquizofrenia como “Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider”, debido a las aportaciones que brindaron en la historia de la enfermedad.

La esquizofrenia ha sido denominada y considerada comúnmente como “locura”, aproximadamente hasta fines del siglo pasado este término era bastante usado. En la actualidad la palabra “locura” ha sido reemplazada progresivamente por el término “psicosis”, término que incluyen a diversos trastornos y no solo a la esquizofrenia. Este término se emplea en trastornos caracterizados por la falta de contacto con la realidad, donde el comportamiento social es inadecuado, además se acompaña de las alucinaciones y delirios. Sin embargo y por desgracia, actualmente se sigue manteniendo el término de “locura” para referirse a este trastorno.

A su vez, por las características propias de la enfermedad, la esquizofrenia conlleva consigo repercusiones sociales y laborales. La sociedad crea de esta patología preconceptos y la

¹ Trastorno en el cual están inmersos alteraciones afectivas además del característico trastorno formal del pensamiento.

² Hoenig, J. 1983.

estigmatiza, sosteniendo una imagen estereotipada de las personas con esquizofrenia. Lo que es crítico de estos estigmas es la percepción errónea de que las personas con enfermedades mentales son peligrosas; diversos estudios apuntan que los factores de riesgo de violencia en los pacientes con esquizofrenia son debido a los síntomas delirantes paranoides, que ocasionan que las personas crean que sus vidas están amenazadas, sin embargo el tratamiento de los síntomas psicóticos pueden reducirlos riesgos de comportamiento violento en los pacientes (AMP, 1996).

El posible rechazo, la crítica y discriminación debido a la esquizofrenia ocasiona que aumente la angustia y sufrimiento de la persona que padece la enfermedad y de sus familiares; incluso, el estigma abarca también a todas las personas que estén involucradas a los pacientes, incluyendo también a los profesionales que atienden a estas personas; esto suele ser debido al poco conocimiento que aún existe sobre las enfermedades mentales, y que todavía se mantiene vigente el estereotipo de la esquizofrenia.

Estudios realizados por The World Psychiatric Association (2000), revelan que la persona con esquizofrenia tiene opiniones negativas sobre sí mismas, al igual que la población en general tiene sobre ellos, tales como:

- ψ Sentimiento de vergüenza
- ψ Propensión al aislamiento social
- ψ Dificultad para la solicitud de ayuda
- ψ Incremento de riesgos de recaída y riesgo de suicidio

Según la OMS (2013), la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades más discapacitantes para las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años. No obstante, las personas con esquizofrenia que cuentan con el respaldo, involucración y apoyo de familiares y personas cercanas a ellos, consiguen tener un mejor pronóstico y reinserción a la vida social y laboral.

Existe negación por parte de la familia del paciente a ocultar el estigma, y posibles sentimientos de vergüenza llevan a los familiares y a los pacientes al aislamiento, buscando de esta manera evitar que las personas de su entorno lleguen a saber que tienen a un miembro de la familia con una enfermedad mental. Una de las creencias erróneas de la esquizofrenia es que se debe a una crianza inadecuada, o también que la enfermedad es contagiosa si uno convive con una persona que la padece; éstas y diversas creencias erróneas conllevan a aumentar la culpabilidad y estigmatización de parte de los familiares, debido a la poca información que conocen sobre el tema (Díaz Marsá M., 2013).

Los enfermos de esquizofrenia presentan un mayor rechazo debido a la dificultad de adaptación al medio, aislamiento y retraimiento social, siendo éstos los síntomas negativos más frecuentes de la esquizofrenia. Tanto en países industrializados como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo, el aislamiento social es un denominador común, que a su vez se asocia con un peor pronóstico de la enfermedad. Aquellas personas con esquizofrenia que presentan una red social más amplia tienen menos probabilidades de reingresar por agudización de la enfermedad. (Heather S., 2008)

Theodore Millon (1969) con su *teoría del aprendizaje biosocial de la personalidad*³ explicó que el desarrollo de la personalidad es un resultado de la combinación de factores genéticos y de aprendizaje social, en base a ello, diversos estudios⁴ hacen hincapié en el posible vínculo que existe entre los trastornos de personalidad y la esquizofrenia.

Los trastornos del espectro esquizofrénico incluyen una serie de trastornos los cuales presentan signos y síntomas similares al de la esquizofrenia, pero no cumplen completamente con los criterios para diagnosticarla. Dentro de los trastornos del espectro

³ Millon desarrolló su teoría sobre los fundamentos establecidos por Gardner Murphy, que también fue psicólogo social y de la personalidad.

⁴ Aden, L.E., et. al., 2002.

esquizofrénico tenemos a los trastornos de personalidad, entre ellos, los que más se acercan a los trastornos del espectro son el trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno esquizotípico de la personalidad, ambos parecen tener un vínculo genético ligado a la esquizofrenia. La conducta extravagante y el lenguaje desordenado en el trastorno esquizotípico, y el retraimiento, aislamiento y la afectividad aplanada en el trastorno esquizoide parecen tener similitud con la esquizofrenia. Además el trastorno paranoide de la personalidad también puede estar ligado al espectro, siendo estos tres trastornos frecuentes en personas de familiares esquizofrénicos.

Así mismo, se sabe que los pacientes con esquizofrenia presentan una relación con las tasas de suicidio, estudios de Harris y Barraclough establecen que existe 8,5 más riesgo de suicidio en estos pacientes que en la población en general. Las causas se encuentran posiblemente relacionadas a factores específicos de la enfermedad: recaídas, deterioro social, laboral y sexual propios de la enfermedad.

Si bien, el comienzo de la esquizofrenia ocurre habitualmente en la adolescencia tardía o al comienzo de la adultez, es poco frecuente el inicio en la infancia, sin embargo, se han referido casos de inicio a la edad de cinco o seis años, e incluso existe en la actualidad un caso reportado de una paciente nacida con el trastorno, que fue oficialmente diagnosticada con esquizofrenia a la edad de 6 años (Truitt, S., 2010).

Entre los síntomas característicos se encuentran las ideas delirantes -creencias erróneas las cuales el sujeto las interpreta como reales y tangibles-, alucinaciones -principalmente las auditivas-, lenguaje desorganizado -el cual abarca desde una leve distorsión del lenguaje, hasta un lenguaje poco o nada comprensible-, y comportamiento desorganizado -que puede variar entre una agitación impredecible o el adoptar una postura rígida-.

El tratamiento general de la esquizofrenia es multifacético, como primera instancia es a base de fármacos antipsicóticos, los que son eficaces en la corrección de los síntomas

positivos (alucinaciones, las ideas delirantes); su mecanismo de acción no se conoce todavía por completo en la actualidad, pero el bloqueo de los receptores dopaminérgicos del sistema límbico esta relación como un componente fundamental para su tratamiento (Reus V.I., 1998). Cuando el paciente se encuentre estabilizado, es sumamente importante el abordaje psicológico como tratamiento adicional al farmacológico.

En síntesis, la esquizofrenia es un trastorno mental el cual están presente una serie de alteraciones, a nivel cognoscitivo y emocional tales como percepción, pensamiento, atención, memoria, afectividad, motivación y voluntad. La esquizofrenia no solo causa deterioro a nivel cognoscitivo, sino también está implicada un cambio en la vida de la personal, tanto a nivel social, laboral y educativo. La falta de conciencia de la realidad, acompañado de desorganización ya sea a nivel de lenguaje o de comportamiento, repercute en los aspectos volitivos y en general en la vida del paciente.

2.1.2 TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Mediante el abordaje psicológico se enseñan técnicas de adaptación y solución de problemas, las cuales brindan estrategias de afrontamiento, donde el paciente también puede aprender a distinguir entre lo real y lo distorsionado.

Roder, Brenner, Hodel, y Kienzie (1996), presentaron resultados de investigaciones empíricas sobre los abordajes psicológicos de la esquizofrenia, identificaron mediante estudios modalidades de tratamiento para la enfermedad: las intervenciones familiares, el entrenamiento en habilidades sociales y las terapias cognitivo-conductuales para los síntomas psicóticos.

Fue en década de 1970 donde se constató la introducción de los tratamientos familiares y de los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales con los pacientes y se

diseñaron las primeras intervenciones en psicosis basándose en los principios del condicionamiento operante. Sin embargo, fue en la década de 1990 que se consolidó las modalidades de intervención y a la introducción y desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de síntomas psicóticos residuales, catalogados por Davidson, Lambert & McGlashan (1998).

Intervenciones familiares psicoeducativas

Se observó que la reincorporación de los familiares de los pacientes era un importante recurso terapéutico. Consecuencia de ello influyó en el desarrollo de diferentes modelos terapéuticos de intervención familiar, entre los que han destacado: (a) el paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff⁵; (b) el modelo psicoeducativo de Anderson⁶; (c) las intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier⁷ y (d) la terapia conductual familiar de Falloon⁸. Esta intervención incluye psico-educación para el paciente y la familia, detección de síntomas de alerta e intervención en crisis, comunicación y resolución de problemas. (Ver tabla N°04).

⁵ Kuipers, Leff, & Lam, 1992; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries, & Surgeon, 1982.

⁶ Anderson et al., 1986.

⁷ Barrowclough & Tarrier, 1992; Tarrier & Barrowclough, 1995.

⁸ Falloon et al., 1985; Falloon, Laporta, Fadden, & Graham-Hole, 1993.

TABLA N° 04
Componentes de intervenciones familiares psicoeducativas

Paquete de Intervenciones Sociofamiliares de Leff	Modelo Psicoeducativo de Anderson	Intervenciones Cognitivo-conductuales de Tarrrier	Terapia familiar Conductual de Falloon
OBJETIVOS			
<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar las redes sociales de la familia. - Reducir las expectativas no realistas. - Mejorar la comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la vulnerabilidad del paciente. - Evitar el riesgo de recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y eliminar los componentes de la emoción expresada. - Incrementar el nivel de funcionamiento del paciente. - Identificar las necesidades y planificar cómo satisfacerlas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar habilidades con técnicas altamente estructuradas.
FASES DEL TRATAMIENTO			
Programa educativo. Sesiones familiares.	Conexión con familias. Taller psicoeducativo. Reintegración a la sociedad. Rehabilitación social y profesional.	Programa educativo. Manejo de estrés y las respuestas de afrontamiento. Establecimiento de metas.	Evaluación de la unidad familiar. Educación sobre la enfermedad. Entrenamiento en comunicación. Entrenamiento en solución de problemas.

Entrenamiento en Habilidades Sociales

La esquizofrenia es una enfermedad que incluye, como uno de sus rasgos distintivos, el déficit en el funcionamiento social e interpersonal, siendo un elemento clave en la definición del trastorno, además de constituir una fuente de estrés y contribuir a las recaídas y exacerbaciones sintomáticas (Bellack, Morrison, & Mucser, 1989; Liberman, 1993; Wallace, 1984a). Corrigan (1991), en un meta-análisis de 73 estudios sobre intervenciones de entrenamiento en habilidades sociales en población adulta, con diversas patologías, concluyó que los pacientes que participan en este tipo de programas amplían su repertorio de destrezas, las mantienen durante varios meses después de acabar el tratamiento y presentan una disminución de la sintomatología relacionada con las disfunciones sociales.

El entrenamiento en habilidades sociales es una intervención estructurada, preferentemente grupal, orientada en mejorar las destrezas y reducir el estrés y la posible ansiedad que puedan provocar las interacciones sociales en los pacientes. Sus componentes principales son: 1) Evaluación conductual de habilidades sociales; 2) Importancia de la comunicación verbal y no verbal; 3) Entrenamiento centrado procesamiento de señales sociales; 4) Énfasis en las tareas fuera de la consulta (Malmberg L, Fenton M.).

Terapia cognitivo-conductuales para los síntomas positivos

El contenido de la terapia incluye identificar pensamientos, creencias, sentimientos y conductas respecto de sus síntomas; promoción de formas alternativas de enfrentarlos y/o reducción del estrés.

En la Tabla N° 05 se presentan los componentes principales de la terapia cognitiva de Chadwick, Birchwood y Trower (1996); y la terapia conductual de Kingdon y Turkington⁹.

TABLA N° 05
Componentes de Terapia Cognitiva-Conductual para síntomas positivos

Terapia Cognitiva para delirios, voces y paranoia (Chadwick et al., 1996)	Terapia Conductual (Kingdon y Turkington, 1994)
- Seleccionar un problema.	- Construcción del rapport.
- Evaluación de secuencias emocionales y conductuales.	- Explicación de la psicosis.
- Evaluación de antecedentes.	- Evaluación de los antecedentes de la crisis psicótica.
- Confirmar asociación de antecedentes y consecuencias.	- Tratamiento de la ansiedad y depresión coexistente.
- Evaluar las creencias.	- Evaluación de la realidad.
- Formulación entre las conexiones entre ABC (antecedentes-creencias-secuelas) y el desarrollo psicológico evolutivo.	- Abordaje de síntomas psicóticos residuales.
- Establecer metas y opciones.	- Manejo de síntomas negativos.
	- Prevención de recaídas.
	- Sesiones de afianzamiento.

⁹ Kingdon & Turkington, 1994.

En general, los hallazgos más consistentes en el campo de la enfoque cognitivo conductual indican beneficios significativos en la reducción de la gravedad y cantidad de los síntomas psicóticos, fundamentalmente los positivos¹⁰, y en la mejora en el cumplimiento del régimen farmacológico¹¹.

2.1.3 SINTOMATOLOGÍA

Generalmente, la esquizofrenia se manifiesta mediante la aparición de síntomas negativos, éstos abarcan la pérdida de una capacidad o característica previamente adquirida, el más resaltante de éste es el aislamiento.

Sin embargo, la identificación de un caso de esquizofrenia empieza habitualmente mediante la aparición de síntomas positivos de la enfermedad, los cuales reflejan la aparición de fenómenos que no estaban presentes en el pasado.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10), dentro de los síntomas positivos tenemos:

- ψ Trastornos formales del pensamiento: Incoherencia, descarrilamiento y tangencialidad.
- ψ Ideas delirantes de ser controlado, de influencia, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros, a pensamientos, acciones o sensaciones concretas.
- ψ Voces alucinatorias que comentan con propia actividad, que discuten entre ellas, u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- ψ Ideas delirantes persistentes 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 otro mundo).
- ψ Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, auditivas, visuales, kinestésicas.

¹⁰ Drury, Birchwood, Cochrane, & Mac-Millan, 1996a; Haddock et al., 1998.

¹¹ Kemp, David, & Haywood, 1996a; Kemp, Hayward, et. al, 1996b.

- ψ Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- ψ Conducta extravagante o desorganizada, o por lo contrario manifestaciones catatónicas, tales como posturas características, negativismo o mutismo.

Los síntomas negativos abarcan:

- ψ Pobreza de lenguaje y pensamiento (alogia).
- ψ Embotamiento o aplanamiento afectivo.
- ψ Anhedonia.
- ψ Retraimiento social.
- ψ Apatía.
- ψ Escaso autocuidado.

Entre los síntomas más frecuentes de las formas agudas de esquizofrenia se encuentran:

TABLA N° 06
Los diez síntomas más frecuentes de esquizofrenia

Síntomas	Frecuencia
Falta de introspección	97%
Alucinaciones auditivas	74%
Ideas de referencia	70%
Susplicacia	66%
Aplanamiento afectivo	66%
Alucinaciones en segunda persona	65%
Humor delirante	64%
Delirios de persecución	64%
Robo del pensamiento	52%
Sonoridad del pensamiento	50%

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Informe del Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (OMS 1973; Jablensky, et.al., 1992).

2.1.4 SUBTIPOS

Acorde con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado y quinta edición (DSM-IV-TR y DSM-V), los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación; es decir, al momento de diagnosticar la enfermedad es primordial considerar los síntomas actuales que han sido persistentes. El pronóstico de cada subtipo es variable, es decir, no hay un caso exactamente igual a otro, sin embargo los tipos paranoide y hebefrénico tienden a ser, respectivamente, los de menor y mayor gravedad.

El diagnóstico de un subtipo en particular está basado en el cuadro clínico que ha motivado la evaluación o el ingreso más recientes y, por ende, puede cambiar con el tiempo. Frecuentemente, el cuadro incluye síntomas que son característicos de más de un subtipo. El asignar un subtipo dependerá de la sintomatología predominante independientemente de la sintomatología alterna; es decir, la elección del subtipo va a radicar en lo siguiente: se asigna el tipo catatónico siempre y cuando haya síntomas catatónicos (independientemente de la presencia de otros síntomas); se asigna el tipo hebefrénico siempre que predomine un comportamiento y lenguaje desorganizados, y que sea patente una afectividad aplanada o inapropiada (a menos que aparezca en el tipo catatónico); se asigna el tipo paranoide en caso de que predomine una preocupación causada por ideas delirantes o cuando existan alucinaciones frecuentes (a menos que se den en el tipo catatónico o el hebefrénica). El tipo indiferenciado es una categoría secundaria que describe cuadros en los que predominan síntomas de la fase activa que no cumplen los criterios para los tipos catatónico, desorganizado o paranoide. El tipo residual es para aquellos cuadros en los que hay manifestaciones continuas de la alteración, sin que se cumplan ya los criterios para la fase activa.

Según el DSM-IV y DSM-V, los subtipos de esquizofrenia que clasifica son cinco: paranoide, desorganizado (hebefrénico), catatónico, indiferenciado y residual.

ψ F20.0 Esquizofrenia Paranoide

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Los síntomas característicos de los tipos desorganizado y catatónico (p. ej., lenguaje desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada, comportamiento catatónico o desorganizado) no son muy acusados. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática (p. ej., celos, religiosidad o somatización). Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar un aire de superioridad y condescendencia y también pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia.

El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. Habitualmente, estos sujetos muestran un deterioro mínimo o nulo en las pruebas neuropsicológicas y en los tests cognoscitivos. Algunos datos sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo paranoide

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

ψ F20.1 Esquizofrenia Desorganizada (Hebefrénica)

Las características principales del tipo desorganizado o hebefrénico de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental (p. ej., falta de orientación hacia un objetivo) puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (p. ej., ducharse, vestirse o preparar la comida). No se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y, si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. El deterioro del rendimiento puede apreciarse por medio de diversas pruebas neuropsicológicas y tests cognoscitivos. Habitualmente, este subtipo también está asociado a una personalidad premórbida, empobrecida, a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo sin remisiones significativas.

Criterios para el diagnóstico de F20.1 Tipo desorganizado o hebefrénico

A. Predominan:

- (1) lenguaje desorganizado
- (2) comportamiento desorganizado
- (3) afectividad aplanada o inapropiada

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

ψ F20.2 Esquizofrenia Catatónica

La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.

La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den.

Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas. La ecolalia es la repetición patológica, como lo haría un loro o aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona. La ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona. Otras características serían las estereotipias, manierismos y la obediencia automática o la imitación burlona.

Durante el estupor o la agitación catatónica graves, el sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, hiperpirexia o autolesiones. Para diagnosticar este subtipo, el cuadro debe cumplir en primer lugar todos los criterios para la esquizofrenia y no ser más explicable por otras presuntas etiologías: inducción por sustancias (p. ej., parkinsonismo inducido por neurolépticos, enfermedad médica, o episodio maniaco o depresivo mayor).

Criterios para el diagnóstico de F20.2 Tipo catatónico

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- (1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor
- (2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
- (3) Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
- (4) Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
- (5) Ecolalia o ecopraxia

ψ F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

La característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen el Criterio A de esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

ψ F20.5 Esquizofrenia residual

El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados). Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos (p. ej., afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (p. ej., comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras). Si existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte. El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa.

No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

Criterios para el diagnóstico de F20.5 Tipo residual

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Cabe recalcar que, los cambios en los criterios diagnósticos y subtipos de esquizofrenia en el DSM-V son escasos y en líneas generales **mantiene la continuidad con el DSM-IV**.

Sin embargo, el CIE-10 clasifica la esquizofrenia en nueve subtipos; los anteriores ya mencionados, y como adición, encontramos cuatro subtipos más descritos por el CIE 10: esquizofrenia simple, depresión post-esquizofrénica, otra esquizofrenia y esquizofrenia sin especificación:

ψ F20.4 Depresión post-esquizofrénica

Se trata de un trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes. Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave (F32.2 y F32.3) y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a la medicación neuroléptica y cuáles son expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.

Criterios para el diagnóstico de F20.4 Depresión post-esquizofrénica

- A. El enfermo ha tenido en los últimos doce meses una enfermedad esquizofrénica que satisfacía las pautas generales de esquizofrenia
- B. Persisten algunos síntomas esquizofrénicos
- C. Los síntomas depresivos son destacados, fuente de malestar y cumplen al menos las pautas de un episodio depresivo (F32) y han estado presentes por lo menos durante dos semanas

ψ F20.6 Esquizofrenia simple

Trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

Criterios para el diagnóstico de F20.6 Esquizofrenia simple

A. Desarrollo progresivo durante un período de tiempo superior a un año, de los síntomas "negativos" característicos de la esquizofrenia residual, sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

ψ F20.8 Otra esquizofrenia

Incluye:

Trastorno esquizofreniforme, en donde las características esenciales del trastorno esquizofreniforme son idénticas a las de la esquizofrenia con la excepción de las dos diferencias siguientes: la duración total de la enfermedad (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) es de al menos 1 mes, pero de menos de 6 meses y no se requiere que exista deterioro de la actividad social o laboral durante alguna parte de la enfermedad (aunque puede haberlo).

ψ F20.9 Esquizofrenia sin especificación

2.1.5 INCIDENCIA

La esquizofrenia es una patología que se ha observado en todo el mundo, siendo mayor en varones. Se asocia a una mayor incidencia en zonas urbanas, cuando hay bajo nivel socioeconómico e inmigración. El inicio del trastorno suele darse entre los 15 y 30 años de edad, observándose mayor precocidad en varones que en mujeres.

El inicio precoz de la enfermedad se ha visto en casos donde existe carga genética, siendo detonante el componente de heredabilidad, el cual está asociado a una peor evolución y mayor deterioro. Los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con esquizofrenia presentan mayor riesgo para desarrollar la enfermedad aproximadamente diez veces más que el resto de la población general. Asimismo, hay un peor pronóstico en el género masculino, incluyendo peor respuesta al tratamiento farmacológico (DSM-IV-TR., 2000).

2.1.6 CURSO DE LA ENFERMEDAD

La edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia suele ser en la adolescencia para los varones y final de esa década en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica manifestada por el lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas (síntomas negativos). A los familiares les puede resultar difícil interpretar este comportamiento y pueden pensar que el sujeto «está pasando una etapa difícil». Sin embargo, en un momento dado, la aparición de algún síntoma positivo (alucinaciones, delirios) califica el trastorno como una esquizofrenia.

La esquizofrenia de peor evolución suele ser aquella con un inicio a una edad más temprana, mayormente suelen ser varones y tienen signos y síntomas negativos más sobresalientes, más evidencia de deterioro cognoscitivo y peor evolución; los episodios son más agudos y tienen consecuencias sociales importantes, sobre todo porque impiden en mayor medida el desarrollo social (Asarnow y col., 1995). Por el contrario, la esquizofrenia de inicio tardío (después de los 40 años) es generalmente más leve y menos frecuente que la esquizofrenia de inicio temprano; los sujetos con un inicio más tardío son más a menudo mujeres (Häfner y col., 1998a). Las personas que padecen la enfermedad de inicio tardío muestran menor deterioro cognoscitivo y presentan una mejor evolución.

La esquizofrenia cursa tres fases con tiempos de evolución variables, siendo la primera la **fase prodrómica o previa**, es la fase que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad, apareciendo algunos síntomas psicóticos atenuados y poco perceptibles. Lieberman (2006) considera una evolución más o menos típica, que se inicia con una fase premórbida entre el nacimiento y los 10 años. Luego existe un período prodrómico, entre los 10 y los 20 años que puede durar unos 30 meses. En este período y antes de la aparición de la psicosis propiamente dicha suele aparecer alguna sintomatología negativa¹², los síntomas positivos aparecen después. Esta fase puede durar días, meses o incluso años. Hay casos que personas que sufren la enfermedad ya habían presentado con anterioridad conductas diferentes en la adolescencia o en la juventud, teniendo una personalidad previa esquizoide (reservada, pasiva e introvertida) o esquizotípica (aspecto extravagante, cogniciones distorsionadas, pensamiento mágico).

La segunda fase llamada **activa o de progresión** abarca el desencadenamiento de la enfermedad, llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos¹³. Es la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días. La duración de los brotes

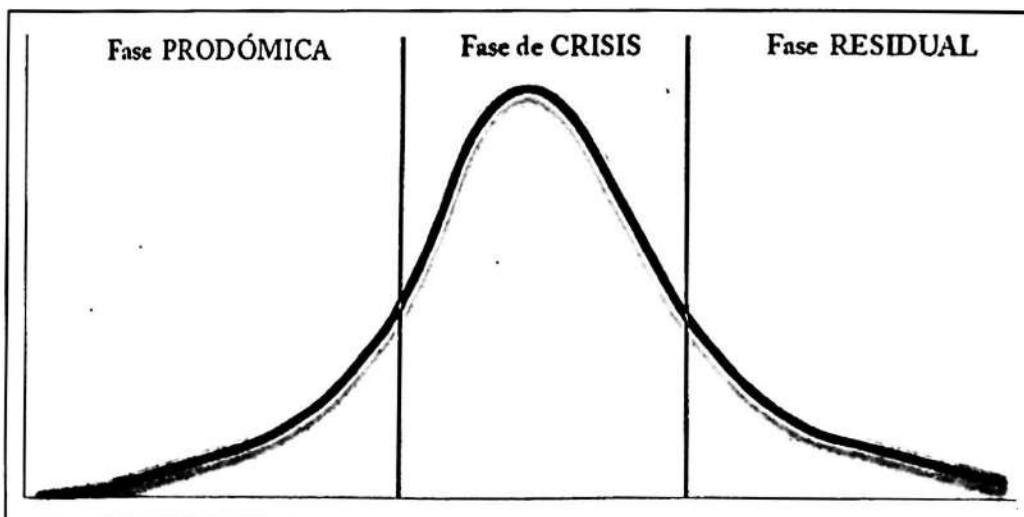
¹² Addington J., et al. (2007).

¹³ Wiener, Jerry M.; Mina K. Dulcan (2006).

varía según las características de la persona y puede oscilar entre meses y años. Con frecuencia, al salir de los síntomas psicóticos, aparece la depresión, que puede conllevar a ideas e intentos suicidas¹⁴. La identificación de un caso comienza normalmente con la observación de síntomas psicóticos o positivos (alucinaciones, ideas delirantes) y conducta extravagante, pero muchos pacientes tienen también síntomas negativos, incluyendo bajos niveles de activación emocional, de actividad mental y de motivación social. Estos últimos síntomas son a menudo los aspectos más debilitantes del deterioro a largo plazo.

La **fase residual**, es el período de estabilización y/o agotamiento, aproximadamente sobre los 40 años de edad, en el que predomina la sintomatología negativa y los déficits cognitivos. Los síntomas positivos suelen disminuir, puesto que estos síntomas son especialmente sensibles al tratamiento, pero en muchos sujetos los síntomas negativos persisten entre los episodios de síntomas positivos, los cuales abarcan un deterioro personal, social y laboral. Pueden aparecer nuevos episodios de reagudización, con síntomas característicos de los episodios agudos, pero al salir normalmente se retorna a niveles de recuperación previos a las recaídas (Ver figura N°01).

FIGURA N° 01
Fases de la esquizofrenia



¹⁴ Toro Greiffenstein, Ricardo José; Luis Eduardo Yepes Roldan (2004).

La mayoría de los estudios del curso y la evolución de la esquizofrenia sugieren que el curso es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos, no existe algún condicionante exacto que indique el pronóstico de un paciente y debido a la variabilidad de la definición y la evaluación no es posible disponer de unas conclusiones precisas en cuanto a la evolución a largo plazo de la esquizofrenia.

La remisión completa (es decir, el retorno total al nivel premórbido) no es habitual en este trastorno. De los que siguen presentando la enfermedad, algunos parecen tener un curso relativamente estable, mientras que otros muestran un empeoramiento progresivo asociado a una incapacidad grave. Numerosos estudios han señalado un grupo de factores que están asociados con un mejor pronóstico. Estos incluyen el buen ajuste premórbido, el inicio agudo, una edad más avanzada de inicio, sexo femenino, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento entre los episodios, síntomas residuales mínimos, y no tener historia familiar de esquizofrenia (DSM-IV-TR., 2000).

2.1.7 ETIOLOGÍA

No existe un factor etiológico único en la esquizofrenia, sino que su aparición puede depender de varios factores. En este sentido, existe predisposición genética a la adquisición de determinadas alteraciones de la estructura y el funcionamiento neuroendocrino. Diversos estudios han demostrado que la causa predominante de padecer de esquizofrenia es la heredabilidad (Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T., et al., 199).

Factores genéticos

Existe un evidente componente de heredabilidad en la esquizofrenia, es frecuentemente común que un paciente con esta enfermedad tenga una pariente que también la padezca,

y es considerada una enfermedad compleja debido a que en ella existen un conjunto de factores de riesgo que hacen posible el aumento de que se manifieste la patología, los factores de riesgo implicados son muchos y no hay uno que sea considerado como el determinante e incluso en la actualidad se siguen desarrollando estudios e investigaciones al respecto. Los primeros indicios de la heredabilidad de la esquizofrenia se basan en los estudios que demostraron que la probabilidad de que una persona sufra la enfermedad es mayor si están afectados otros miembros de su familia, esta probabilidad aumenta con la proximidad del familiar que tenga la enfermedad y con la cantidad de familiares con esta enfermedad que tenga alguien.

La edad paterna elevada confiere riesgo para la esquizofrenia y se debe notar que la edad paterna avanzada se asocia con defectos del desarrollo en general (Malaspina D, et al., 2001). De ésta manera, el riesgo de padecimiento del trastorno es en la población general del 2%, en los padres de enfermos es del 12%, en los hermanos no gemelos del 8%, un 12% en gemelos dicigóticos, un 40% para un hijo con dos progenitores que padezcan la enfermedad, y en los gemelos monocigóticos alcanza en algunas muestras el 47%.

En estudios de gemelos monocigóticos adoptados, se observa que los que son criados por padres adoptivos sufren esquizofrenia en la misma proporción que los gemelos criados por padres con esquizofrenia. Este hallazgo indica que la influencia genética tiene más importancia que la ambiental (80% frente a 20%), y a su vez, la ausencia de una correlación completa indica que en el desarrollo de la enfermedad también pueden estar involucrados factores no genéticos (Lafuente, A., 2009).

Las investigaciones parecen confirmar que la esquizofrenia es un trastorno poligénico, es decir que no existe un factor etiológico único en la esquizofrenia.

Alteraciones neuroquímicas

La hipótesis de un desequilibrio de un neurotransmisor llamado 'dopamina' es la principal hipótesis neuroquímica de la esquizofrenia. La enfermedad sería el resultado de un exceso de actividad dopaminérgica, la cual sería responsable de los estados psicóticos, y una

alteración en la corteza prefrontal, que contribuye a los síntomas negativos de la enfermedad. La teoría se desarrolló a partir de dos postulados: a) primero, el efecto terapéutico de la mayoría de fármacos antipsicóticos se correlaciona con su capacidad de actuar como bloqueadores (antagonistas) de la dopamina, y b) segundo, los fármacos que aumentan la actividad dopaminérgica (agonistas), especialmente las anfetaminas, pueden empeorar los síntomas psicóticos en pacientes con esquizofrenia y también provocarlos en sujetos sanos (Howes, O.D., Kapur, S., 2009).

Factores psicológicos y ambientales

Se conoce la estrecha relación de los factores de riesgo que existen entre una mujer gestante y diversas patologías, tales como el virus herpes tipo 2, rubéola, toxoplasmosis y las hambrunas o problemas en el parto relacionados a la incompatibilidad sanguínea, hipoxia, pre-eclampsia, la deficiencia materna de hierro, así como las exposiciones infecciosas¹⁵. Otras susceptibilidades son de carácter inmunológico como las enfermedades auto-inmunes (artritis, síndrome de Guillain-Barré, hepatitis autoinmune y la enfermedad de Crohn) en donde la historia familiar de enfermedad auto-inmune también confiere riesgo. Otros antecedentes incluyen el traumatismo craneano, la epilepsia y las convulsiones febriles en niños y las deformaciones serias (Vestergaard M, et al., 2005).

Investigaciones revelan que una serie de mecanismos psicológicos están implicados en el desarrollo y el mantenimiento de la esquizofrenia¹⁶. Los últimos hallazgos indican que muchas personas diagnosticadas con esquizofrenia son emocionalmente muy sensibles, principalmente frente a estímulos negativos o estresantes, y que esa vulnerabilidad puede causar sensibilidad a los síntomas o al trastorno^{17,18}.

¹⁵ Susser E., et al. (1996).

¹⁶ Angel-Guio, JE; Charris, JE, Israel, A., et al. (2004).

¹⁷ Horan WP; Blanchard JJ (2003).

¹⁸ Barrowclough C; Tarrier N, Humphreys L, Ward J, Gregg L, Andrews B (2003).

Anomalías estructurales

Estudios de tomografía computarizada mostraban anomalías en el cerebro de pacientes con esquizofrenia, principalmente asimetrías en las áreas del lóbulo frontal y del hemisferio izquierdo (Vita y col., 1997). Por lo tanto, esto refleja que las anomalías estuvieron presentes desde la formación del cerebro, es decir, antes que se presente o que haya indicios de la enfermedad, lo que pudiera estar relacionado a que la esquizofrenia posee componentes genéticos; estudios mediante resonancia magnética tuvieron también resultados similares (Andreasen y col., 1986). Los síntomas negativos también parecen relacionarse con atrofia del lóbulo temporal izquierdo (Turetsky y col., 1995).

2.1.8 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-V) son similares en muchos aspectos, pero no idénticos.

El CIE-10 establece que los síntomas de la esquizofrenia deben estar presentes durante la mayor parte del tiempo durante 1 mes o más. Las situaciones similares que duren menos de 1 mes se diagnostican como trastorno esquizofreniforme.

En el DSM-V, sin embargo, se requieren al menos 6 meses de duración para la esquizofrenia y de 1 a 6 meses para el trastorno esquizofreniforme.

Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia

A. *Síntomas característicos*: Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

(1) delirios

(2) alucinaciones

(3) discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente)

(4) comportamiento muy desorganizado o catatónico

(5) síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia)

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).

2.1.9 DATOS DEMOGRÁFICOS

Distribución de la población total de la ciudad de Iquitos, hasta el año 2014, según distritos.

TABLA N° 07
Población de la Ciudad de Iquitos

DISTRITO	2010	2011	2012	2013	2014
IQUITOS	163,594	161,236	158,738	156,113	153,357
PUNCHANA	85,179	86,498	87,755	88,947	90,071
BELÉN	74,551	74,914	75,209	75,435	75,593
SAN JUAN BAUTISTA	124,143	130,109	136,163	142,288	148,472
TOTAL	447,467	452,757	457,865	462,783	467,493

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, "Población Estimada Por Departamento, Provincia y Distrito" (INEI; 2012-2015).

Por otro lado, se encontraron datos sobre el total de casos de esquizofrenia, según distritos de la ciudad de Iquitos; cabe mencionar que estos pacientes son atendidos en diferentes establecimientos de salud de la ciudad (Ver tabla N°08).

TABLA N° 08
Casos de esquizofrenia por etapas de vida, según distritos de la ciudad de Iquitos

DISTRITO	DIAGNÓSTICO	0 a 11 años	12 a 17 años	18 a 29 años	30 a 59 años	60 años a más	TOTAL
IQUITOS	F20.0 Esquizofrenia Paranoide	0	5	40	85	24	154
	F20.1 Esquizofrenia Hebefrénica	0	0	0	0	0	0
	F20.2 Esquizofrenia Catatónica	0	0	0	0	0	0
	F20.3 Esquizofrenia Indiferenciada	0	0	0	0	0	0
	F20.4 Depresión Post esquizofrénica	0	0	0	0	0	0
	F20.5 Esquizofrenia Residual	0	0	0	0	0	0
	F20.6 Esquizofrenia Simple	0	0	0	0	0	0
	F20.8 Otras Esquizofrenias	0	0	2	0	0	2
	F20.9 Esquizofrenia no Especificada	0	0	1	8	0	9
	TOTAL ESQUIZOFRENIA	0	5	43	93	24	165
PUNCHANA	F20.0 Esquizofrenia Paranoide	0	5	44	117	15	181
	F20.1 Esquizofrenia Hebefrénica	0	0	0	0	0	0
	F20.2 Esquizofrenia Catatónica	0	0	0	1	0	1
	F20.3 Esquizofrenia Indiferenciada	0	0	0	0	0	0
	F20.4 Depresión Post esquizofrénica	0	0	0	1	1	2
	F20.5 Esquizofrenia Residual	0	0	0	0	0	0
	F20.6 Esquizofrenia Simple	0	0	0	0	0	0
	F20.8 Otras Esquizofrenias	0	0	0	0	0	0
	F20.9 Esquizofrenia no Especificada	0	0	14	37	5	56
	TOTAL ESQUIZOFRENIA	0	5	58	156	21	240
BELÉN	F20.0 Esquizofrenia Paranoide	0	0	0	3	0	3
	F20.1 Esquizofrenia Hebefrénica	0	0	0	0	0	0
	F20.2 Esquizofrenia Catatónica	0	0	0	0	0	0
	F20.3 Esquizofrenia Indiferenciada	0	0	0	0	0	0
	F20.4 Depresión Post esquizofrénica	0	0	0	0	0	0
	F20.5 Esquizofrenia Residual	0	0	0	0	0	0
	F20.6 Esquizofrenia Simple	0	0	0	0	0	0
	F20.8 Otras Esquizofrenias	0	0	0	1	0	1
	F20.9 Esquizofrenia no Especificada	0	0	0	1	0	1
	TOTAL ESQUIZOFRENIA	0	0	0	5	0	5
SAN JUAN BAUTISTA	F20.0 Esquizofrenia Paranoide	0	3	25	67	0	95
	F20.1 Esquizofrenia Hebefrénica	0	0	0	2	0	2
	F20.2 Esquizofrenia Catatónica	0	0	0	0	0	0
	F20.3 Esquizofrenia Indiferenciada	0	0	0	0	0	0
	F20.4 Depresión Post Esquizofrénica	0	0	1	3	0	4
	F20.5 Esquizofrenia Residual	0	0	0	0	0	0
	F20.6 Esquizofrenia Simple	0	0	1	2	0	3
	F20.8 Otras Esquizofrenias	0	0	0	0	0	0
	F20.9 Esquizofrenia no Especificada	0	3	7	33	1	44
	TOTAL ESQUIZOFRENIA	0	6	34	107	1	148
TOTAL	0	16	135	361	46	558	

Fuente: Ministerio de Salud (MINSA; 2014).

2.1.10 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Esquizofrenia:** Nombre genérico de un grupo de enfermedades mentales que se caracterizan por alteraciones de la personalidad, alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad.
- **Psicosis:** Enfermedad mental grave que se caracteriza por una alteración global de la personalidad acompañada de un trastorno grave del sentido de la realidad
- **Prevalencia:** Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.
- **Incidencia:** Número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.
- **Epidemiología:** Disciplina científica que estudia la distribución, la frecuencia, los factores determinantes, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud y con las distintas enfermedades existentes en poblaciones humanas definidas.
- **Seguimiento:** Observación minuciosa de la evolución y desarrollo de un proceso.
- **Alucinaciones:** Percepción que no corresponde a ningún estímulo físico externo. Sin embargo, la persona siente esa percepción como real.
- **Delirio:** Creencia que es falsa, extravagante o derivada de un engaño.
- **Comorbilidad:** Presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.
- **Pronóstico:** Hipótesis o predicción respecto al futuro desarrollo de la salud de una persona.
- **Estigma:** Condición, atributo, rasgo o comportamiento, que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores.

- **Trastornos de Personalidad:** Conjunto de perturbaciones o anomalías que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos.
- **Etiología:** Origen o causa del desarrollo de una patología.
- **Prodrómico:** Malestar, síntoma o estado previo a la declaración de una enfermedad.
- **Síntomas Positivos:** Exceso o distorsión de las funciones normales (fenómenos intrusivos).
- **Síntomas Negativos:** Disminución o pérdida de las funciones normales (fenómenos inhibitorios).
- **Neurotransmisor:** Biomolécula que transmite información de una neurona a otra neurona consecutiva, unidas mediante una sinapsis.
- **Heredabilidad:** Proporción de la variación de caracteres biológicos en una población atribuible a la variación genotípica entre individuos.
- **Conciencia:** Conocimiento que un ser tiene de sí mismo y de su entorno.
- **Ideas delirantes:** Creencias o interpretación de las percepciones distorsionadas que se consideran ciertas y reales por el enfermo.
- **Mutismo:** Silencio voluntario o impuesto que tiene una persona o un grupo en un momento determinado.
- **Abulia:** Falta de voluntad o de energía para hacer algo o para moverse.
- **Estereotipias:** Movimientos, posturas o voces repetitivos o ritualizados sin un fin determinado.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Está constituida por las variables a consignar: Prevalencia y características epidemiológicas.

- Variable dependiente: Prevalencia de Esquizofrenia.
- Variable independiente: Características epidemiológicas (edad, sexo, estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación, antecedente de suicidio, características familiares, tipo de familia, diagnóstico, comorbilidad, edad de inicio de la enfermedad).

CAPÍTULO III

RECURSOS UTILIZADOS

3.1 RECURSOS HUMANOS

Tesista y Asesor.

3.2 RECURSOS MATERIALES

- Fichas de recolección de datos
- Historias Clínicas de pacientes con esquizofrenia de los servicios de Psicología y Psiquiatría
- Computadora
- Papel, tinta, etc.

3.3 RECURSOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

El costo será asumido por la tesista según presupuesto.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es **No Experimental**, ya que no existe manipulación activa de ninguna variable.

Se realizó un estudio de tipo **epidemiológico analítico**, el cual se caracteriza por determinar y analizar la prevalencia y las características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, de los años 2010 al 2014.

4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación es de carácter **descriptivo - observacional, transversal retrospectivo**.

Es un estudio **descriptivo**, porque se caracteriza en que el investigador no determina la asignación de los sujetos a cada grupo, sino que se limita a registrar (observar) lo que ocurre en la realidad. Es **transversal**, porque se realizó la medición de las variables a consignar en cada sujeto de estudio, en un momento y lugar determinado. Además, es un estudio **retrospectivo**, debido a que los datos contenidos se adquirieron a través de historias clínicas; y esto conlleva a la imposibilidad de realizar modificaciones.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está constituida por todos los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que fueron atendidos en el Hospital de Iquitos “César Garayar García”, en los consultorios de psicología y psiquiatría, durante los años 2010 al 2014; el registro total fue de 151 pacientes.

Se excluyeron del estudio a los pacientes cuyas historias clínicas estaban incompletas o escritas con letra ilegible.

El muestro es **no probabilístico intencional**, ya que los sujetos no fueron seleccionados al azar; es decir, los individuos son todos los pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Es así que, la muestra es igual a la población.

4.4 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el levantamiento de la información se diseñó una ficha de recolección de datos del paciente, elaborada por la tesista, mediante la revisión de literatura; para lo que se evaluó el grado de relación y concordancia de los ítems con el propósito del estudio. La cual es un esquema en el que se consignó de manera sistemática y estructurada las variables a recolectar. En este modelo se consideró las características epidemiológicas siguientes:

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Procedencia
- Grado de Instrucción
- Ocupación
- Antecedente de intento de suicidio
- Características familiares

- Tipo de familia
- Diagnóstico (Subtipo de Esquizofrenia)
- Presencia de patología asociada (Comorbilidad)
- Edad de inicio de la enfermedad
- Años en los que el paciente acudió al establecimiento (2010-2014)
- Consultorios en los que fue atendido el paciente en el establecimiento

4.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se solicitó permiso a la Unidad de Capacitación y a la Dirección Ejecutiva del Hospital Iquitos “César Garayar García”, para poder obtener acceso a la revisión de historias clínicas de todos los pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia, en los consultorios de psicología y psiquiatría, durante los años 2010 al 2014.

Los datos se recolectaron por medio de la revisión de historias clínicas de pacientes, los cuales fueron registrados en una ficha donde se consideró sus características epidemiológicas.

Posterior a la recolección, éstos datos fueron codificados y tabulados según cada categoría para establecer valores en una base de datos, para que subsiguientemente los resultados se presenten en tablas y/o gráficos para su análisis e interpretación, diseñados en base a los objetivos establecidos y considerando el marco teórico.

4.6 ÉTICA

En el desarrollo de la presente investigación se respetaron los derechos de los pacientes, tales como el derecho a la privacidad, anonimidad, confidencialidad, y, respeto a la integridad física y moral. El nombre y número de historia clínica son completamente anónimos, considerando el principio ético hacia las personas.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante los años 2010 al 2014 se atendieron un total de 566,071 pacientes en los consultorios externos del Hospital Iquitos “César Garayar García”, de los cuales 151 pacientes cuentan con el diagnóstico de esquizofrenia.

El porcentaje (prevalencia puntual) que representan los casos de esquizofrenia del total de los cinco años estudiados con respecto al número total de consultas fue de 0.027%.

$$P = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos existentes en una población definida en un momento determinado}}{\text{N}^\circ \text{ del total de personas en la población definida en el momento}} \times 100$$

SEXO:

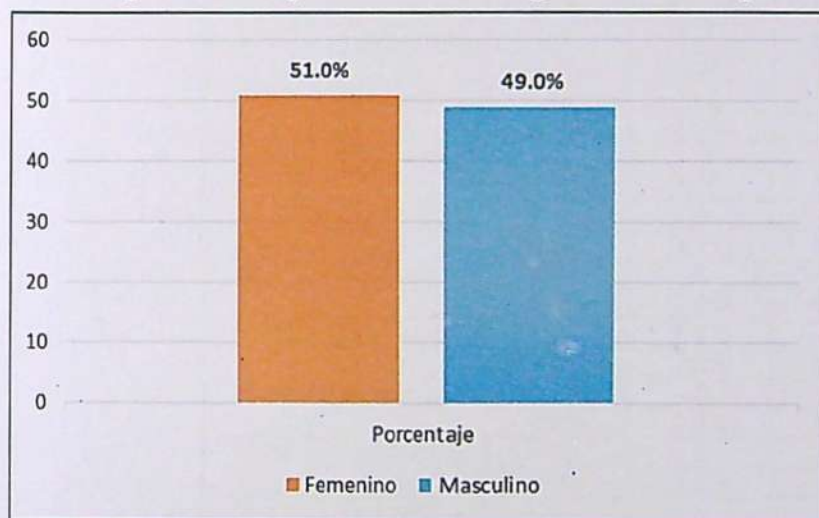
De los 151 casos estudiados, el 51% corresponde al sexo femenino y el 49% al sexo masculino.

(Ver tabla 09 y gráfico 01).

TABLA N° 09
Distribución por sexo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

SEXO		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	77	51%
Masculino	74	49%
TOTAL	151	100%

GRÁFICO N° 01
Distribución por sexo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia



EDAD:

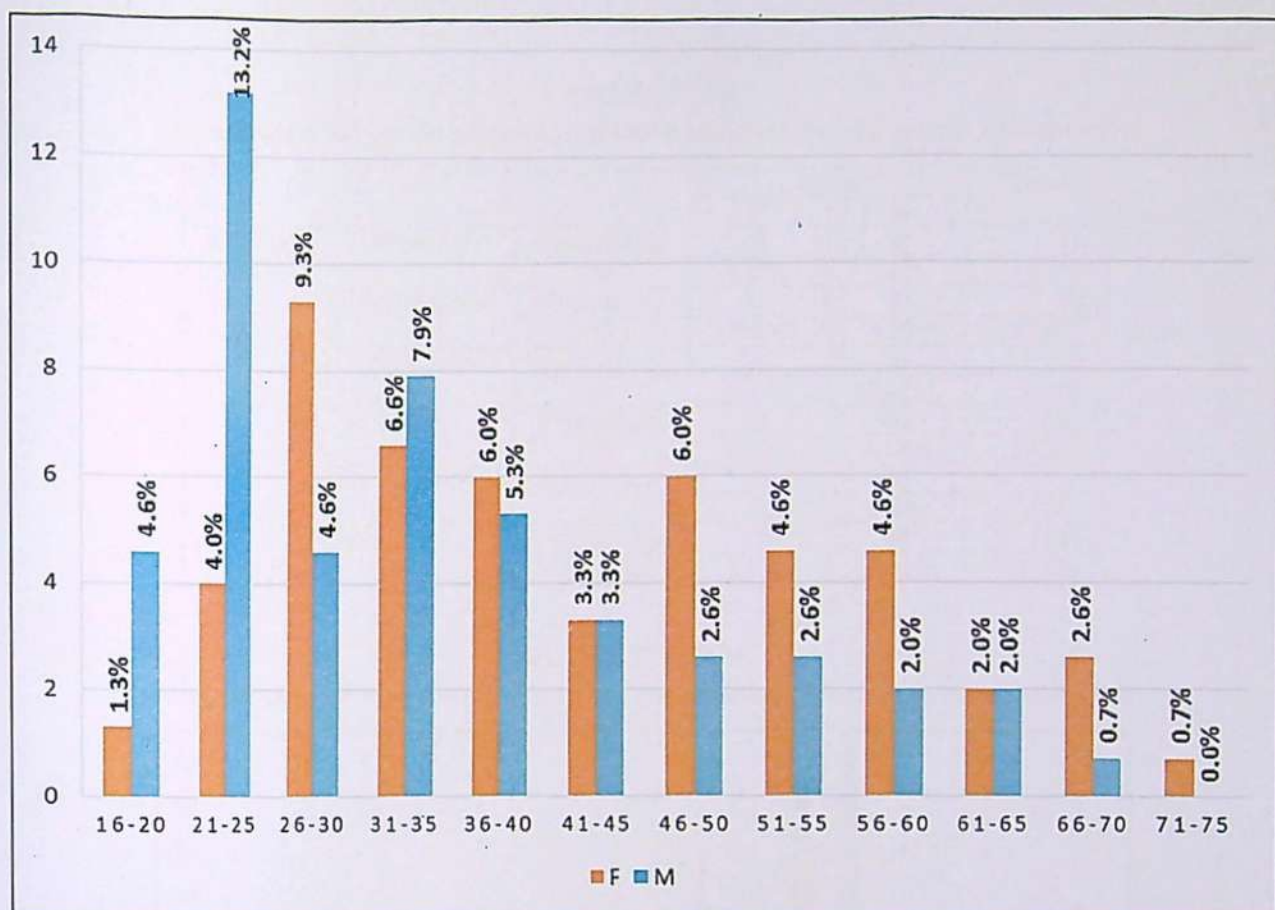
El total de pacientes de sexo femenino diagnosticadas con esquizofrenia fue de 77, siendo el grupo más afectado entre los 26 a 30 años con un 14%, equivalente a 14 personas. En los pacientes varones el total fue de 74, el grupo más afectado fue comprendido entre los 21 a 25 años con un 13,2%, es decir 20 pacientes.

Es así que, el grupo más afectado fueron los adultos jóvenes, entre los 21 a 30 años, correspondiendo a un 31.1% del total. (Ver tabla 10 y gráfico 02).

TABLA N° 10:
Distribución por edad de pacientes con esquizofrenia

			Sexo		Total
			F	M	
EDAD	16-20	Frecuencia	2	7	9
		%	1,3%	4,6%	6,0%
	21-25	Frecuencia	6	20	26
		%	4,0%	13,2%	17,2%
	26-30	Frecuencia	14	7	21
		%	9,3%	4,6%	13,9%
	31-35	Frecuencia	10	12	22
		%	6,6%	7,9%	14,6%
	36-40	Frecuencia	9	8	17
		%	6,0%	5,3%	11,3%
	41-45	Frecuencia	5	5	10
		%	3,3%	3,3%	6,6%
	46-50	Frecuencia	9	4	13
		%	6,0%	2,6%	8,6%
	51-55	Frecuencia	7	4	11
		%	4,6%	2,6%	7,3%
	56-60	Frecuencia	7	3	10
		%	4,6%	2,0%	6,6%
	61-65	Frecuencia	3	3	6
		%	2,0%	2,0%	4,0%
	66-70	Frecuencia	4	1	5
		%	2,6%	0,7%	3,3%
	71-75	Frecuencia	1	0	1
		%	0,7%	0,0%	0,7%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 02
Distribución por edad de pacientes con esquizofrenia



ESTADO CIVIL:

El estado civil predominante fue 'soltero' con un 74,2%, la minoría correspondieron a los casados y los viudos, con un 9,9% y 1,3% respectivamente. (Ver tabla 11 y gráfico 03).

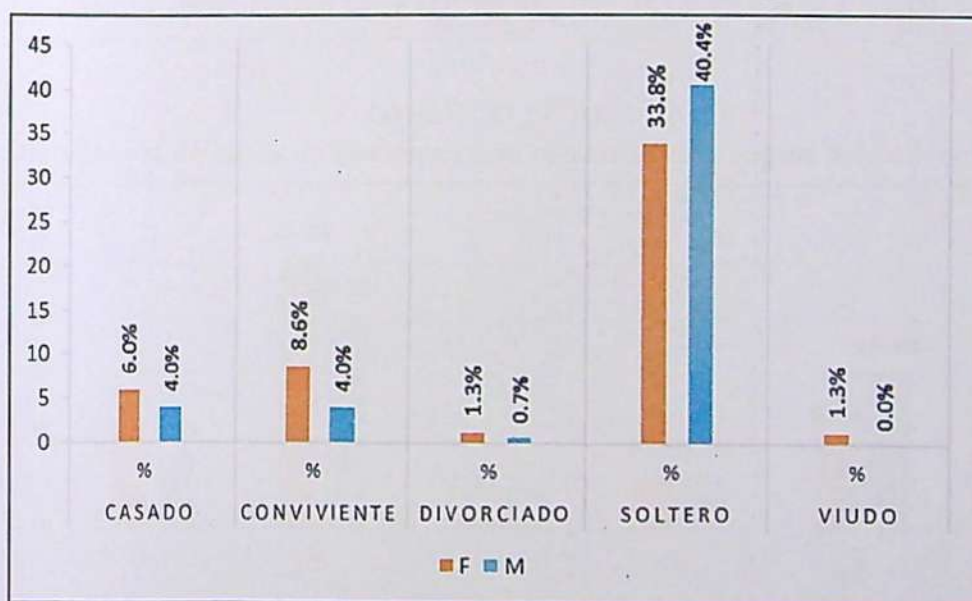
TABLA N° 11

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según estado civil

			Sexo		Total	
			F	M		
ESTADO CIVIL	Casado	Frecuencia	9	6	15	
		%	6,0%	4,0%	9,9%	
	Conviviente	Frecuencia	13	6	19	
		%	8,6%	4,0%	12,6%	
	Divorciado	Frecuencia	2	1	3	
		%	1,3%	0,7%	2,0%	
	Soltero	Frecuencia	51	61	112	
		%	33,8%	40,4%	74,2%	
	Viudo	Frecuencia	2	0	2	
		%	1,3%	0,0%	1,3%	
	Total		Frecuencia	77	74	151
			% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 03

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según estado civil

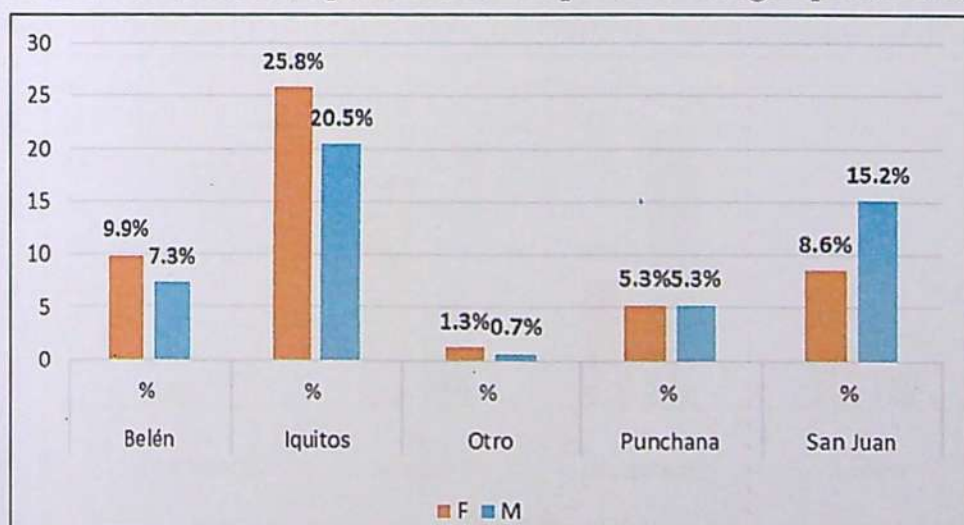


PROCEDENCIA:

La mayor parte de los casos provienen del distrito de Iquitos con un 46,%, siendo predominante el sexo femenino con un 25,8%, mientras que el sexo masculino abarca un 20,5%. Posteriormente se encuentra el distrito de San Juan con un 23,8%, contando en él como mayoría al sexo masculino con un 15,2%. En el distrito de Belén se registró un total de 17,2%, y en el de Punchana un total de 10,6%, siendo este el distrito con menor cantidad de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de la ciudad de Iquitos. (Ver tabla 12 y gráfico 04).

TABLA N° 12**Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según procedencia**

PROCEDENCIA			Sexo		Total	
			F	M		
Belén	Frecuencia		15	11	26	
	%		9,9%	7,3%	17,2%	
Iquitos	Frecuencia		39	31	70	
	%		25,8%	20,5%	46,4%	
Otro	Frecuencia		2	1	3	
	%		1,3%	0,7%	2,0%	
Punchana	Frecuencia		8	8	16	
	%		5,3%	5,3%	10,6%	
San Juan	Frecuencia		13	23	36	
	%		8,6%	15,2%	23,8%	
Total			Frecuencia	77	74	151
			% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 04**Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según procedencia**

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

La mayoría de pacientes contaban con educación secundaria, correspondiendo ésta a un 51%, siendo predominante el sexo masculino con un 35,1%, mientras el sexo femenino obtuvo un 15,9%. En segundo lugar están los pacientes que culminaron su primaria, siendo el total de este un 33,1%, siendo el predominante el sexo femenino en este caso, con un 24,5%, el sexo masculino alcanzó un 8,6%. En tercer lugar se encuentran los estudios superiores con un 13,2%, predominando también el sexo femenino con un 7,9%. Las personas analfabetas resultaron ser la minoría, contando con un 2,6%, teniendo al sexo femenino con un 2,6%.

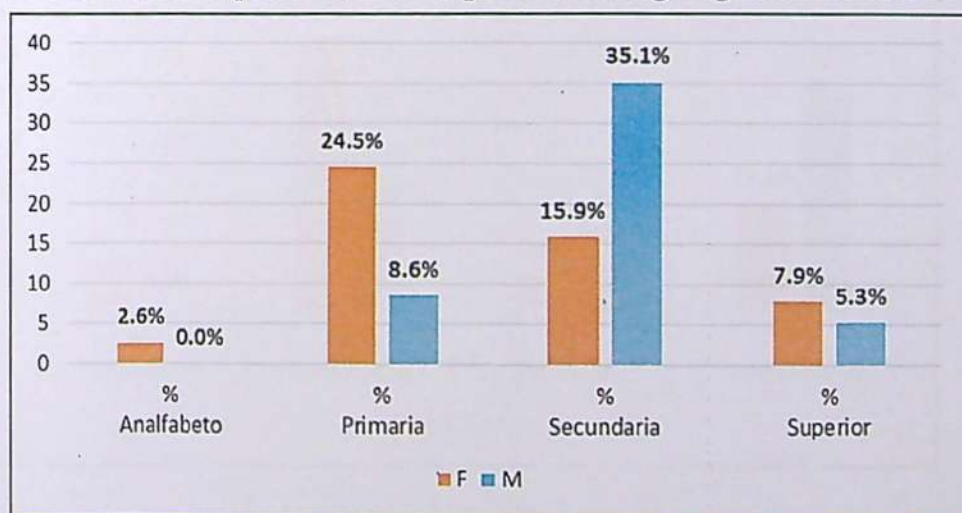
TABLA N° 13

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según grado de instrucción

			Sexo		Total
			F	M	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	Frecuencia	4	0	4
		%	2,6%	0,0%	2,6%
	Primaria	Frecuencia	37	13	50
		%	24,5%	8,6%	33,1%
	Secundaria	Frecuencia	24	53	77
		%	15,9%	35,1%	51,0%
	Superior	Frecuencia	12	8	20
		%	7,9%	5,3%	13,2%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 05

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según grado de instrucción



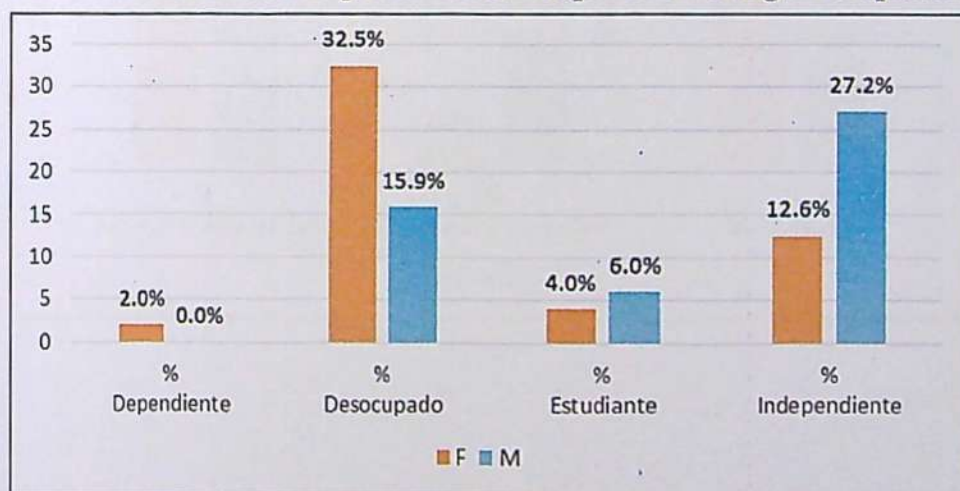
OCUPACIÓN:

En su mayoría, con un 48,3% están los desocupados, con predominio del sexo femenino con un 32,5%, y el sexo masculino con un 15,9%. Posteriormente, se encuentra el grupo de independientes con un 39,7%, siendo preponderante el sexo masculino con un 27,2%, y el sexo femenino con un 12,6%. Seguidamente están los estudiantes con un 9,9%, con predominio del sexo masculino con un 6%. Y por último se encuentra el grupo con un trabajo dependiente, con un 2%, observando solo al sexo femenino con un 2%.

TABLA N° 14
Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según ocupación

			Sexo		Total
			F	M	
OCUPACIÓN	Dependiente	Frecuencia	3	0	3
		%	2,0%	0,0%	2,0%
	Desocupado	Frecuencia	49	24	73
		%	32,5%	15,9%	48,3%
	Estudiante	Frecuencia	6	9	15
		%	4,0%	6,0%	9,9%
	Independiente	Frecuencia	19	41	60
		%	12,6%	27,2%	39,7%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 06
Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según ocupación



CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS:

El 47,7% del total de pacientes indicaron que consumían alcohol y/o drogas ANTES de que fueran diagnosticados con esquizofrenia, mientras que el 17,2% afirma seguir consumiendo alcohol y/o drogas en la actualidad. Sin embargo, el 35,5% refieren que no consumieron en el pasado ni consumen en la actualidad alcohol y/o drogas, prevaleciendo en este el sexo femenino con un 23,2%. (Ver tabla 15 y gráfico 07).

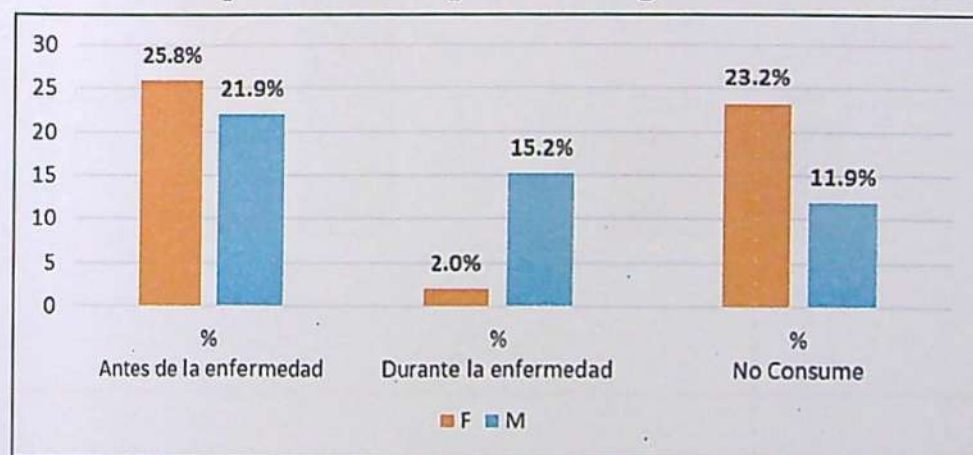
TABLA N° 15

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según consumo de alcohol o drogas

			Sexo		Total
			F	M	
CONSUMO DE ALCOHOL	Antes de la enfermedad	Frecuencia	39	33	72
		%	25,8%	21,9%	47,7%
	Durante la enfermedad	Frecuencia	3	23	26
		%	2,0%	15,2%	17,2%
	No Consume	Frecuencia	35	18	53
		%	23,2%	11,9%	35,1%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 07

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según consumo de alcohol o drogas



ANTECEDENTES DE INTENTO DE SUICIDIO:

El 25,2% del total presentó antecedentes de intento de suicidio, predominando el sexo masculino. (Ver tabla 16 y gráfico 08).

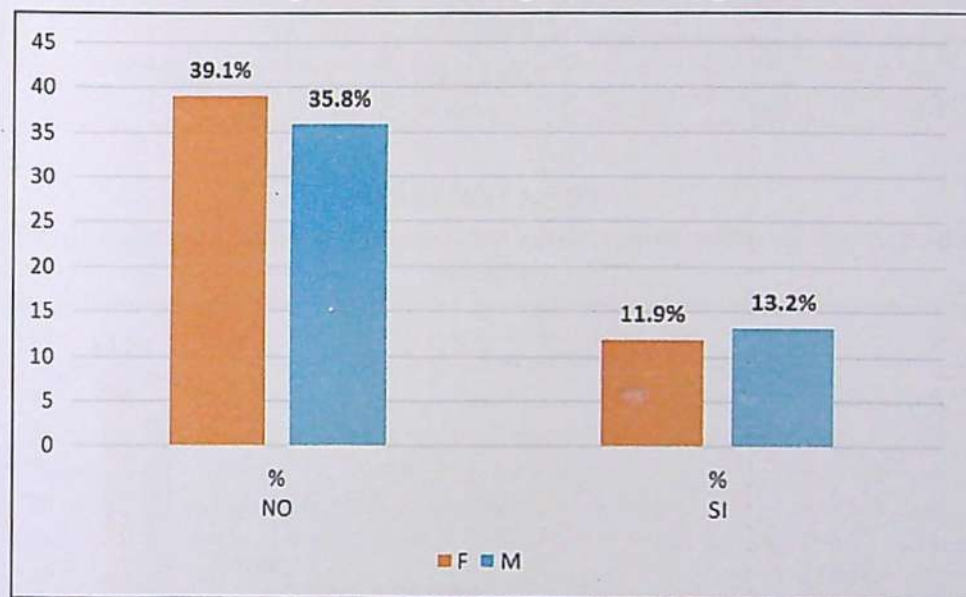
TABLA N° 16

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según intento de suicidio

			Sexo		Total
			F	M	
ANTECEDENTES DE INTENTO DE SUICIDIO	NO	Frecuencia	59	54	113
		%	39,1%	35,8%	74,8%
	SI	Frecuencia	18	20	38
		%	11,9%	13,2%	25,2%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 08

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según intento de suicidio



NÚMERO DE VECES DE INTENCIÓN SUICIDA:

El 25,2% del total de los casos refirió haber intentado suicidarse, de este suma, un 12,6% refirió haberlo intentado una vez, 8,6% dos veces, el 2,6% tres veces.

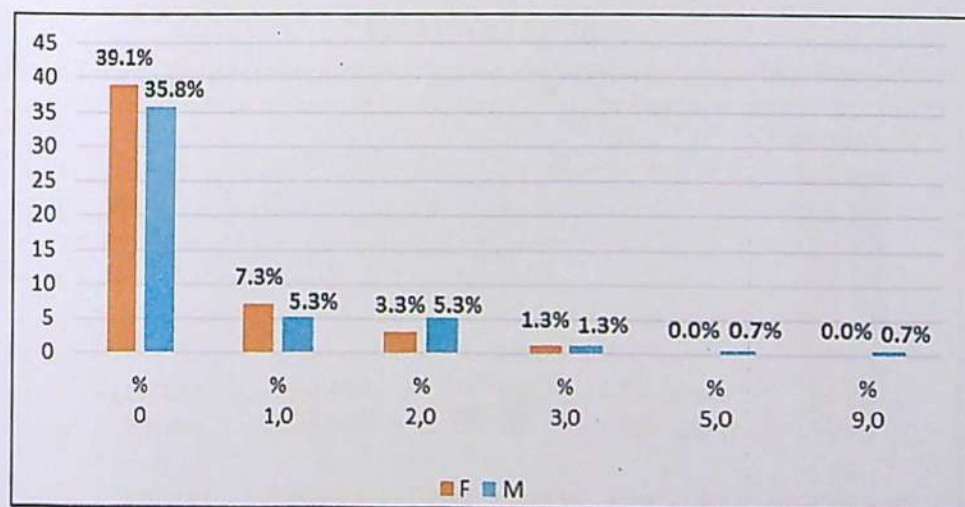
TABLA N° 17

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según número de veces de intención suicida

		Sexo		Total		
		F	M			
NÚMERO DE VECES DE INTENCIÓN SUICIDA	0	Frecuencia	59	54	113	
		%	39,1%	35,8%	74,8%	
	1,0	Frecuencia	11	8	19	
		%	7,3%	5,3%	12,6%	
	2,0	Frecuencia	5	8	13	
		%	3,3%	5,3%	8,6%	
	3,0	Frecuencia	2	2	4	
		%	1,3%	1,3%	2,6%	
	5,0	Frecuencia	0	1	1	
		%	0,0%	0,7%	0,7%	
	9,0	Frecuencia	0	1	1	
		%	0,0%	0,7%	0,7%	
	Total		Frecuencia	77	74	151
			% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 09

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según número de veces de intención suicida



GRADO DE PARENTESCO DE FAMILIAR CON ESQUIZOFRENIA:

La mayoría de los casos atendidos cuentan con un familiar en tercer grado con esquizofrenia, teniendo un 11,3%. Seguidamente, un 9,3% cuenta con un familiar en segundo grado. En tercer lugar se encuentra con un 4,6% los familiares en cuarto grado. Por último, se encuentran los familiares en primer grado con un 4%.

Es así que, un 29,1% de los casos estudiados declaró tener un miembro de su familia con esquizofrenia, y un 70,9% declaró no tenerlo. (Ver tabla 18 y gráfico 10).

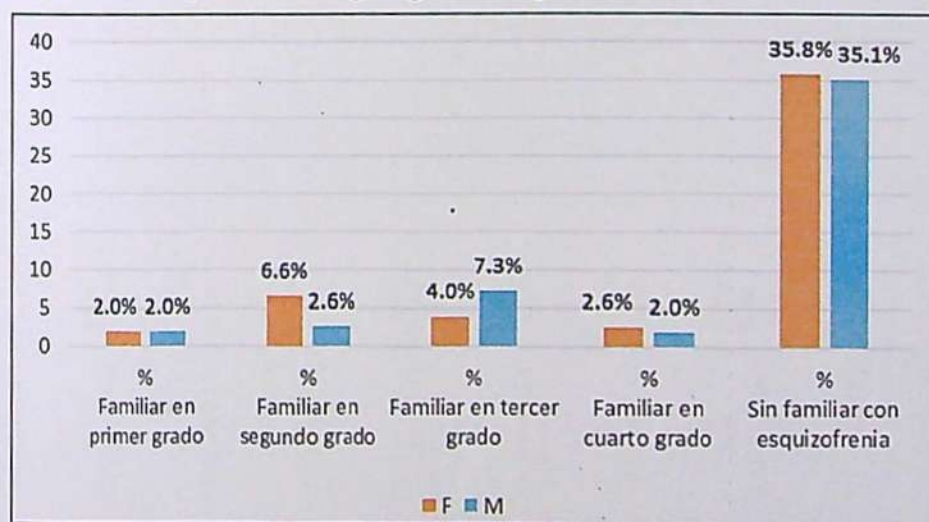
TABLA N° 18

Distribución de casos de pacientes según grado de parentesco de familiar con esquizofrenia

		Sexo		Total	
		F	M		
GRADO DE PARENTESCO DE FAMILIAR CON ESQUIZOFRENIA	Familiar en primer grado	Frecuencia	3	3	6
		%	2,0%	2,0%	4,0%
	Familiar en segundo grado	Frecuencia	10	4	14
		%	6,6%	2,6%	9,3%
	Familiar en tercer grado	Frecuencia	6	11	17
		%	4,0%	7,3%	11,3%
	Familiar en cuarto grado	Frecuencia	4	3	7
		%	2,6%	2,0%	4,6%
	Sin familiar con esquizofrenia	Frecuencia	54	53	107
		%	35,8%	35,1%	70,9%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 10

Distribución de casos de pacientes según grado de parentesco de familiar con esquizofrenia



PARENTESCO DE FAMILIAR CON ESQUIZOFRENIA:

Un 29,1% de los pacientes refirieron tener un familiar con esquizofrenia, de los cuales 9,3% refirió tener un tío con esquizofrenia, en segundo lugar con un 5,3% están los pacientes que tienen abuelos con esquizofrenia, seguidamente por un 4,0% de pacientes con un hermano con esquizofrenia. Estos tres parentescos son los más predominantes. (Ver tabla 19 y gráfico 11).

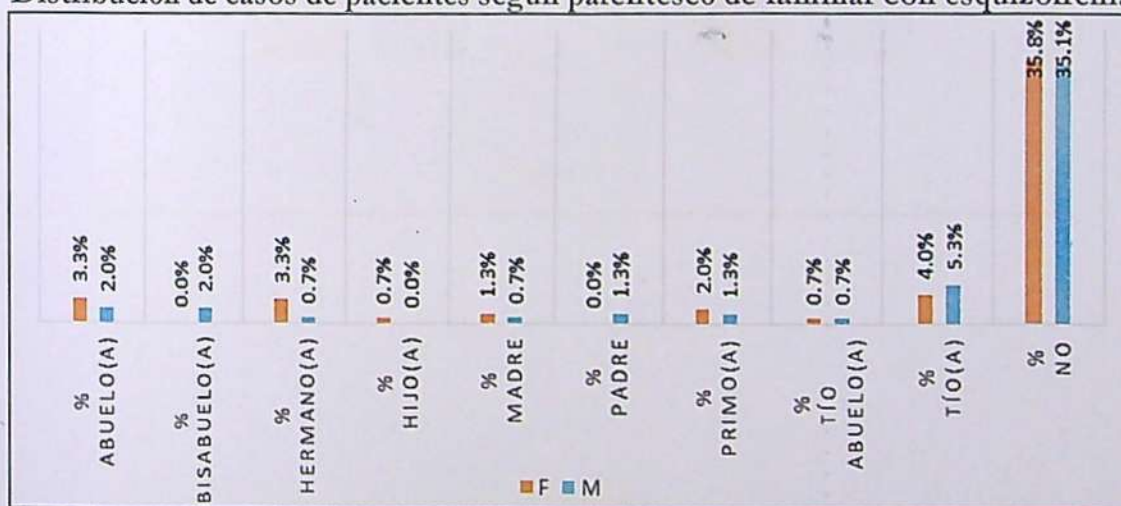
TABLA N° 19

Distribución de casos de pacientes según parentesco de familiar con esquizofrenia

PARENTESCO DE FAMILIAR CON ESQUIZOFRENIA		Sexo		Total	
		F	M		
PARENTESCO DE FAMILIAR CON ESQUIZOFRENIA	Abuelo(a)	Frecuencia	5	3	8
		%	3,3%	2,0%	5,3%
	Bisabuelo(a)	Frecuencia	0	3	3
		%	0,0%	2,0%	2,0%
	Hermano(a)	Frecuencia	5	1	6
		%	3,3%	0,7%	4,0%
	Hijo(a)	Frecuencia	1	0	1
		%	0,7%	0,0%	0,7%
	Madre	Frecuencia	2	1	3
		%	1,3%	0,7%	2,0%
	Padre	Frecuencia	0	2	2
		%	0,0%	1,3%	1,3%
	Primo(a)	Frecuencia	3	2	5
		%	2,0%	1,3%	3,3%
	Tío abuelo(a)	Frecuencia	1	1	2
		%	0,7%	0,7%	1,3%
	Tío(a)	Frecuencia	6	8	14
		%	4,0%	5,3%	9,3%
NO	Frecuencia	54	53	107	
	%	35,8%	35,1%	70,9%	
Total	Frecuencia	77	74	151	
	% del total	51,0%	49,0%	100,0%	

GRÁFICO N° 11

Distribución de casos de pacientes según parentesco de familiar con esquizofrenia



FAMILIAR CON OTRA ENFERMEDAD MENTAL:

Un 33,1% de los casos estudiados declaró tener un miembro de su familia con otra enfermedad mental que no sea esquizofrenia, 16,6% pertenecientes al sexo femenino y de igual manera 16,6% al sexo masculino. (Ver tabla 20 y gráfico 12).

TABLA N° 20

Distribución de casos de pacientes según familiar con otra enfermedad mental

			Sexo		Total
			F	M	
FAMILIAR CON OTRA ENFERMEDAD MENTAL	NO	Frecuencia	52	49	101
		%	34,4%	32,5%	66,9%
	SI	Frecuencia	25	25	50
		%	16,6%	16,6%	33,1%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 12

Distribución de casos de pacientes según familiar con otra enfermedad mental



Del 33,1% de pacientes que refieren tener un familiar con otra enfermedad mental que no sea esquizofrenia, un 7,9% de estos pacientes cuentan con un familiar con Epilepsia (G40); seguido por familiares con trastornos de personalidad (F60) con un 6%. En tercer lugar se encuentran los familiares con trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas (F19) con un 4,6%. (Ver tabla 21 y gráfico 13).

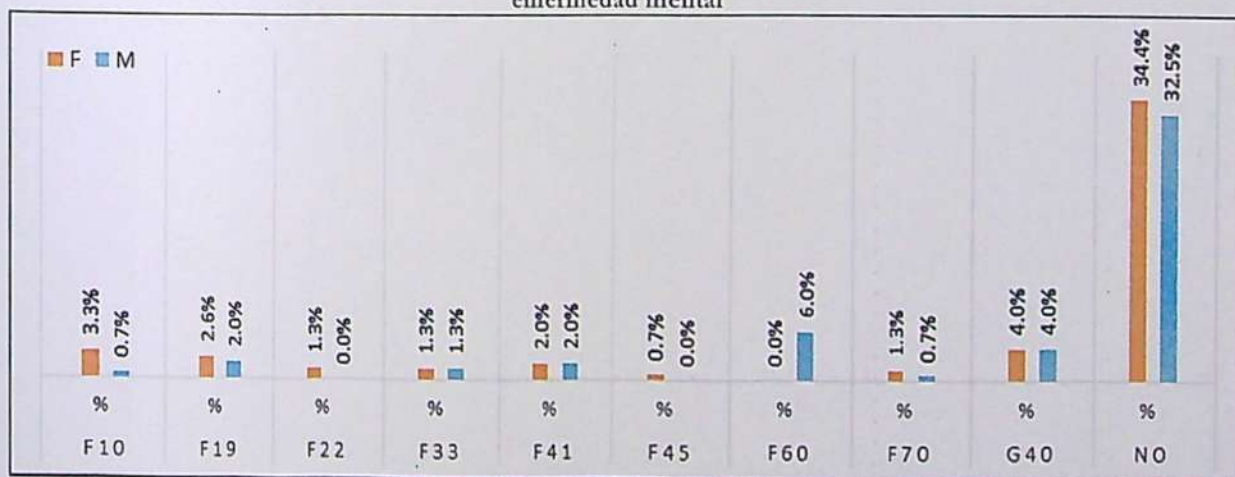
TABLA N° 21

Distribución de casos de pacientes según familiar con otra enfermedad mental – Tipo de enfermedad mental

		Sexo		Total	
		F	M		
FAMILIAR CON OTRA ENFERMEDAD MENTAL - TIPO DE ENFERMEDAD MENTAL	F10	Frecuencia	5	1	6
		%	3,3%	0,7%	4,0%
	F19	Frecuencia	4	3	7
		%	2,6%	2,0%	4,6%
	F22	Frecuencia	2	0	2
		%	1,3%	0,0%	1,3%
	F33	Frecuencia	2	2	4
		%	1,3%	1,3%	2,6%
	F41	Frecuencia	3	3	6
		%	2,0%	2,0%	4,0%
	F45	Frecuencia	1	0	1
		%	0,7%	0,0%	0,7%
	F60	Frecuencia	0	9	9
		%	0,0%	6,0%	6,0%
	F70	Frecuencia	2	1	3
		%	1,3%	0,7%	2,0%
	G40	Frecuencia	6	6	12
		%	4,0%	4,0%	7,9%
	NO	Frecuencia	52	49	101
		%	34,4%	32,5%	66,9%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 13

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según familiar con otra enfermedad mental – Tipo de enfermedad mental



CARACTERÍSTICAS FAMILIARES:

De los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, un 72,2% tienen al padre vivo y un 81,5% tienen a la madre viva.

En cuanto al grado de instrucción de los padres, las madres cuentan con un nivel ANALFABETO de 6%. En estudios PRIMARIOS, los padres con un 13,9%, las madres con un 31,1%. En el nivel SECUNDARIO, los padres obtuvieron un 23,8%, las madres un 29,8%. En lo que respecta a estudio SUPERIOR, los padres con un 13,9%, y las madres con un 9,9%.

Con respecto a la ocupación de los padres, predomina en ambos tener un trabajo INDEPENDIENTE, con un 27,2% en los padres, y 55% en las madres. Los padres con un trabajo DEPENDIENTE son 17,2%, las madres 9,3%. Los JUBILADOS, son 7,3% los padres y 12,6% las madres. En ambos casos hay padres fallecidos o ausentes, los padres de familia son 48,3% del total, y las madres son 23,2%.

El porcentaje para los padres que presentaban algún tipo de enfermedad mental es de 4% para los padres y 6,6% para las madres. (Ver tabla 22).

TABLA N° 22
Características de los miembros de familia de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

PADRE			MADRE		
¿VIVE?			¿VIVE?		
	FI	%		FI	%
NO	42	27,8	NO	28	18,5%
SI	109	72,2	SI	123	81,5%
Total	151	100,0	Total	151	100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	FI	%	GRADO DE INSTRUCCIÓN	FI	%
ANALFABETO	0	0%	ANALFABETO	9	6,0%
PRIMARIA	21	13,9%	PRIMARIA	47	31,1%
SECUNDARIA	36	23,8%	SECUNDARIA	45	29,8%
SUPERIOR	21	13,9%	SUPERIOR	15	9,9%
FALLECIDO/AUSENTE	73	48,3%	FALLECIDO/AUSENTE	35	23,2%
Total	151	100%	Total	151	100%
OCUPACIÓN	FI	%	OCUPACIÓN	FI	%
DEPENDIENTE	26	17,2%	DEPENDIENTE	14	9,3%
INDEPENDIENTE	41	27,2%	INDEPENDIENTE	83	55,0%
JUBILADO	11	7,3%	JUBILADO	19	12,6%
FALLECIDO/AUSENTE	73	48,3%	FALLECIDO/AUSENTE	35	23,2%
Total	151	100%	Total	151	100%
SUFRE ENFERMEDAD MENTAL	FI	%	SUFRE ENFERMEDAD MENTAL	FI	%
NO	75	49,7%	NO	110	72,8%
SI	6	4,0%	SI	10	6,6%
NO ESPECIFICA	70	46,4%	NO ESPECIFICA	31	20,5%
Total	151	100%	Total	151	100%

TIPO DE FAMILIA:

Los casos más predominantes fueron las familias extensas y las nucleares, ambos con un 38,1%.
Seguido de las familias monoparentales con un 19,2% y las familias ensambladas con un 4%.
(Ver tabla 23 y gráfico 14).

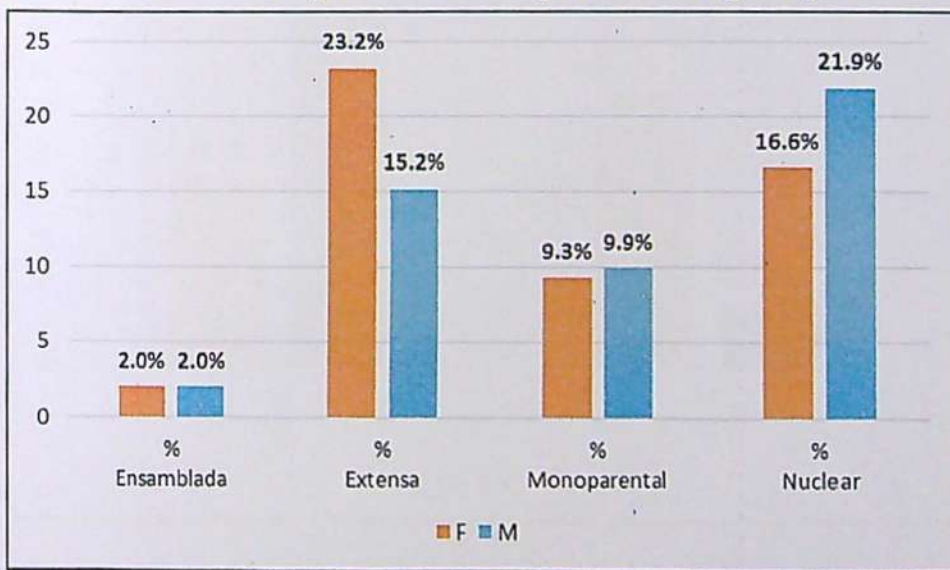
TABLA N° 23

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según tipo de familia

			Sexo		Total
			F	M	
TIPO DE FAMILIA	Ensamblada	Frecuencia	3	3	6
		%	2,0%	2,0%	4,0%
	Extensa	Frecuencia	35	23	58
		%	23,2%	15,2%	38,4%
	Monoparental	Frecuencia	14	15	29
		%	9,3%	9,9%	19,2%
	Nuclear	Frecuencia	25	33	58
		%	16,6%	21,9%	38,4%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 14

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según tipo de familia



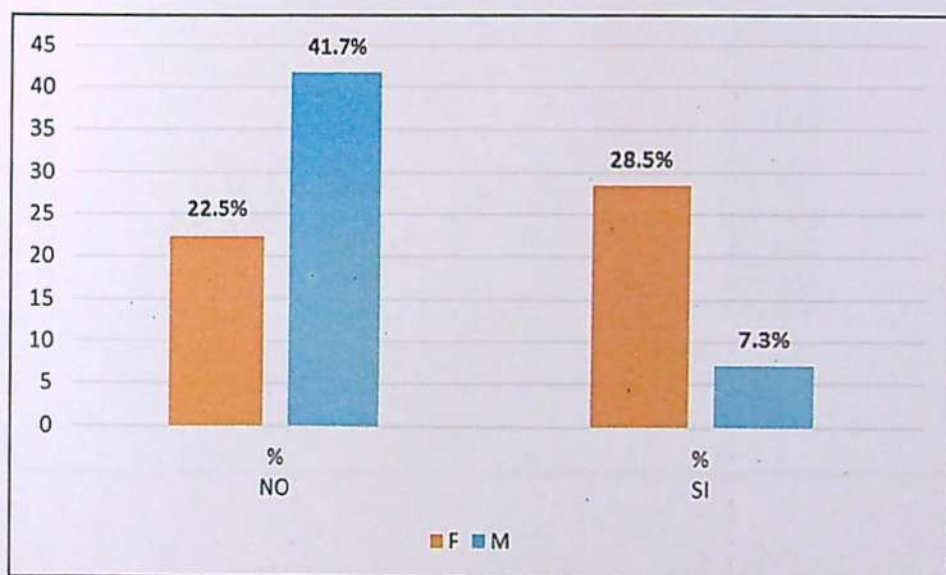
HIJOS:

Un total de 64,2% de los pacientes no tienen hijos, prevaleciendo en este el sexo masculino con un 41,7%. Mientras que un 35,8% refieren tener hijos, predominando el sexo femenino con 28,5%. (Ver tabla 24 y gráfico 15).

TABLA N° 24
Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según hijos

			Sexo		Total
			F	M	
HIJOS	NO	Frecuencia	34	63	97
		%	22,5%	41,7%	64,2%
	SI	Frecuencia	43	11	54
		%	28,5%	7,3%	35,8%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 15
Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según hijos



HERMANOS:

Un 74,8% de los pacientes manifiestan SI tener hermanos, y un 25,2% refiere NO tenerlos. (Ver tabla 25 y gráfico 16).

TABLA N° 25

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según hermanos

			Sexo		Total
			F	M	
HERMANOS	NO	Frecuencia	19	19	38
		%	12,6%	12,6%	25,2%
	SI	Frecuencia	58	55	113
		%	38,4%	36,4%	74,8%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 16

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según hermanos



EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD:

Los que tuvieron una aparición más temprana de la enfermedad fueron los adultos jóvenes, el rango de 16 a 20 años obtuvo un total de 28,5% y el rango de edad de 21 a 25 un 33,7%. (Ver tabla 26 y gráfico 17).

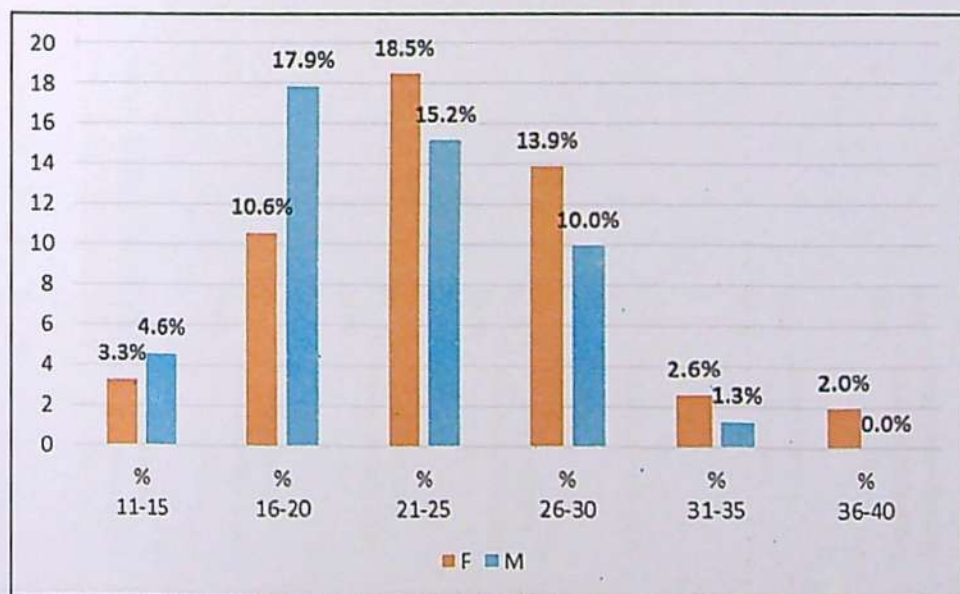
TABLA N° 26

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según edad de inicio de enfermedad

			Sexo		Total
			F	M	
EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD	11-15	Frecuencia	5	7	12
		%	3,3%	4,6%	7,9%
	16-20	Frecuencia	16	27	43
		%	10,6%	17,9%	28,5%
	21-25	Frecuencia	28	23	51
		%	18,5%	15,2%	33,7%
	26-30	Frecuencia	21	15	36
		%	13,9%	10%	23,9%
	31-35	Frecuencia	4	2	6
		%	2,6%	1,3%	4,0%
	36-40	Frecuencia	3	0	3
		%	2,0%	0,0%	2,0%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 17

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según edad de inicio de enfermedad



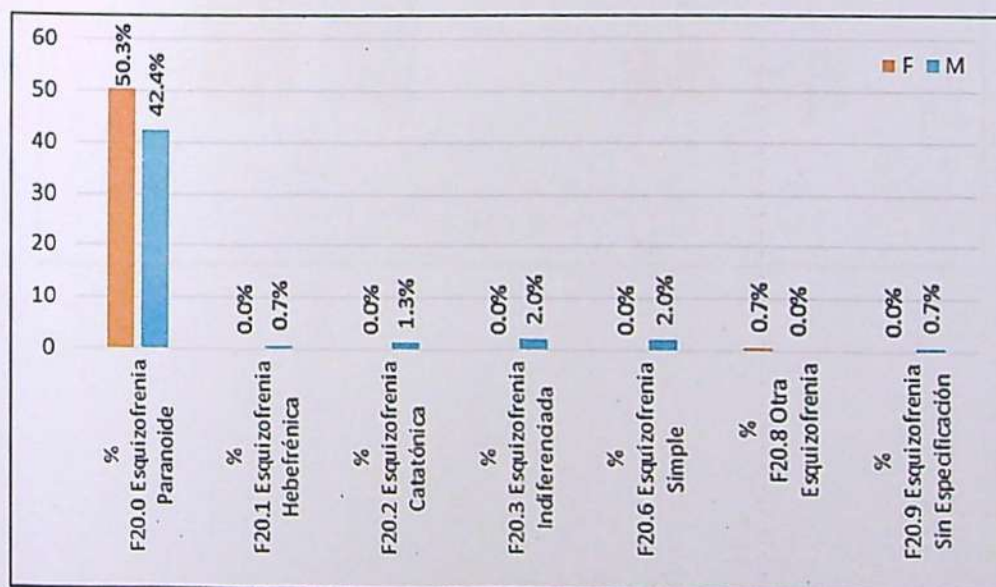
SUBTIPO DE ESQUIZOFRENIA (DIAGNÓSTICO):

El subtipo de diagnóstico predominante en los casos estudiados fue la esquizofrenia paranoide con un 92,7% del total. (Ver tabla 27 y gráfico 18).

TABLA N° 27
Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según diagnóstico

SUBTIPO DE ESQUIZOFRENIA			Sexo		Total	
			F	M		
F20.0 Esquizofrenia Paranoide	Frecuencia	76	64	140		
	%	50,3%	42,4%	92,7%		
F20.1 Esquizofrenia Hebefrénica	Frecuencia	0	1	1		
	%	0,0%	0,7%	0,7%		
F20.2 Esquizofrenia Catatónica	Frecuencia	0	2	2		
	%	0,0%	1,3%	1,3%		
F20.3 Esquizofrenia Indiferenciada	Frecuencia	0	3	3		
	%	0,0%	2,0%	2,0%		
F20.6 Esquizofrenia Simple	Frecuencia	0	3	3		
	%	0,0%	2,0%	2,0%		
F20.8 Otra Esquizofrenia	Frecuencia	1	0	1		
	%	0,7%	0,0%	0,7%		
F20.9 Esquizofrenia Sin Especificación	Frecuencia	0	1	1		
	%	0,0%	0,7%	0,7%		
Total			Frecuencia	77	74	151
			% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 18
Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según diagnóstico



COMORBILIDAD:

Del total de los casos, un 16,6% de pacientes presentan comorbilidad. (Ver tabla 28 y gráfico 19).

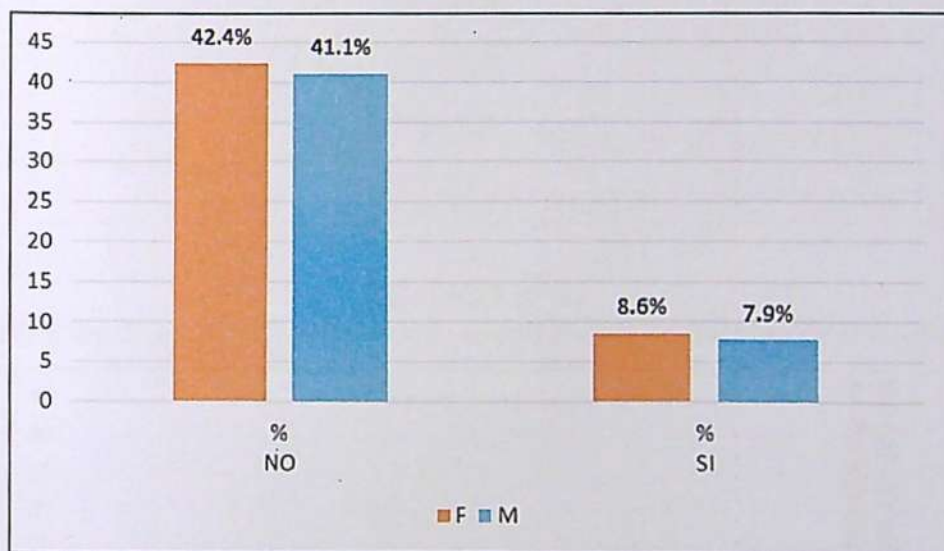
TABLA N° 28

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según comorbilidad

			Sexo		Total
			F	M	
COMORBILIDAD	NO	Frecuencia	64	62	126
		%	42,4%	41,1%	83,4%
	SI	Frecuencia	13	12	25
		%	8,6%	7,9%	16,6%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 19

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según comorbilidad



TIPO COMORBILIDAD:

De los 16,6% de pacientes que presentan comorbilidad, la que tuvo mayor predominancia fue Epilepsia (G40) con un 8,6%. (Ver tabla 29 y gráfico 20).

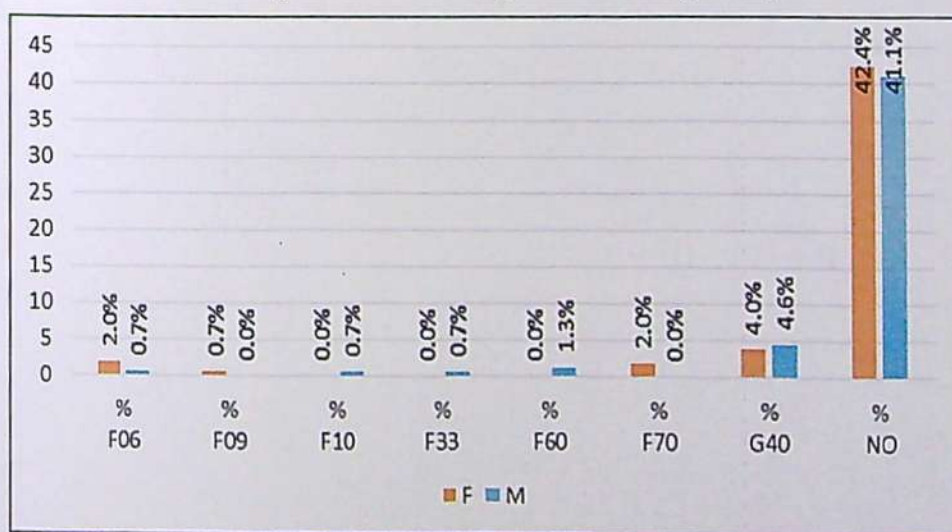
TABLA N° 29

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según tipo de comorbilidad

COMORBILIDAD			Sexo		Total	
			F	M		
	F06	Frecuencia	3	1	4	
		%	2,0%	0,7%	2,6%	
	F09	Frecuencia	1	0	1	
		%	0,7%	0,0%	0,7%	
	F10	Frecuencia	0	1	1	
		%	0,0%	0,7%	0,7%	
	F33	Frecuencia	0	1	1	
		%	0,0%	0,7%	0,7%	
	F60	Frecuencia	0	2	2	
		%	0,0%	1,3%	1,3%	
	F70	Frecuencia	3	0	3	
		%	2,0%	0,0%	2,0%	
	G40	Frecuencia	6	7	13	
		%	4,0%	4,6%	8,6%	
	NO	Frecuencia	64	62	126	
		%	42,4%	41,1%	83,4%	
	Total		Frecuencia	77	74	151
			% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 20

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según tipo de comorbilidad



AÑOS DE ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO:

Se encontraron resultados bastante similares entre los años en que los pacientes acudieron al Hospital Iquitos "César Garayar García" para su debida atención, en los consultorios de Psiquiatría y/o Psicología, en los años 2010 al 2014.

El año donde hubo más atenciones de pacientes con esquizofrenia en el establecimiento fue el 2010, con un 49,7%, de estos 20,5% pertenecientes al sexo femenino y 29,1% al sexo masculino.

En el año 2011 se registró 46% de atenciones, 24,5% del sexo femenino y 21,9% del sexo masculino.

En el 2012 hubo un total de 43,7%, de los cuales un 25,8% son de sexo femenino y un 17,9% de sexo masculino.

En el año 2013 se realizaron un 47,7% de atenciones a los pacientes, 29,1% fueron de sexo femenino, y 18,5% de sexo masculino.

Por último, en el 2014 hubo un total de 49%, 25,8% pertenecientes al sexo femenino y un 23,2% al sexo masculino. (Ver tabla 30 y gráfico 21).

TABLA N° 30
Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según años de atención en el establecimiento

			Sexo		Total
			F	M	
2010	NO	Frecuencia	46	30	76
		%	30,5%	19,9%	50,3%
	SI	Frecuencia	31	44	75
		%	20,5%	29,1%	49,7%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%
			Sexo		Total
			F	M	
2011	NO	Frecuencia	40	41	81
		%	26,5%	27,2%	53,6%
	SI	Frecuencia	37	33	70
		%	24,5%	21,9%	46,0%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49%	100,0%
			Sexo		Total
			F	M	
2012	NO	Frecuencia	38	47	85
		%	25,2%	31,1%	56,3%
	SI	Frecuencia	39	27	66
		%	25,8%	17,9%	43,7%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%
			Sexo		Total
			F	M	
2013	NO	Frecuencia	33	46	79
		%	21,9%	30,5%	52,3%
	SI	Frecuencia	44	28	72
		%	29,1%	18,5%	47,7%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%
			Sexo		Total
			F	M	
2014	NO	Frecuencia	38	39	77
		%	25,2%	25,8%	51,0%
	SI	Frecuencia	39	35	74
		%	25,8%	23,2%	49,0%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 21
Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según años de atención en el establecimiento

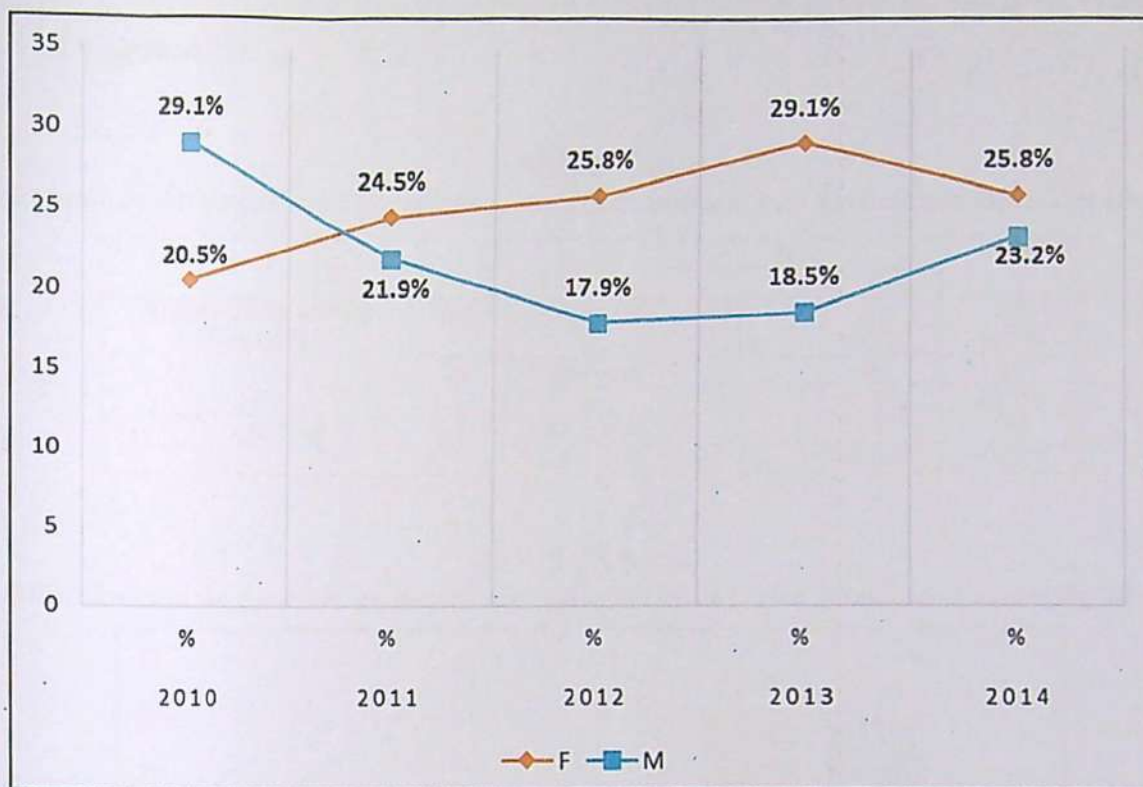
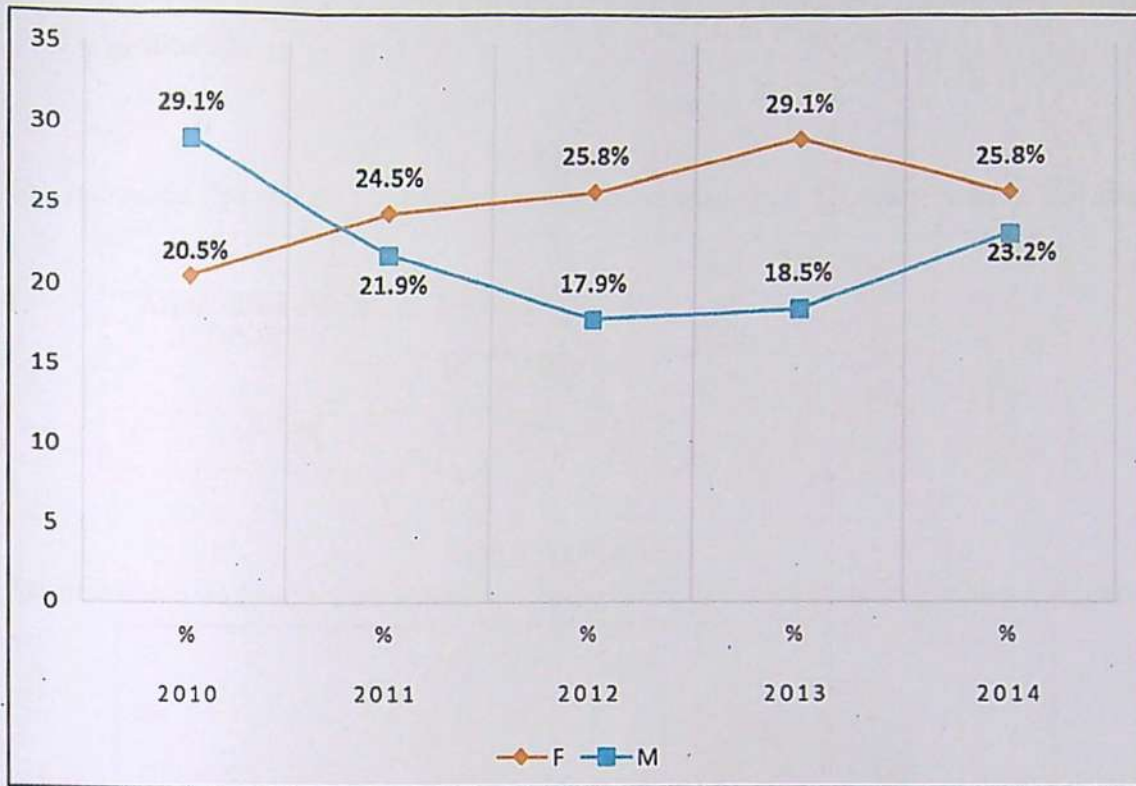


GRÁFICO N° 21
Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según años de atención en el establecimiento



ATENCIONES ANTES DEL AÑO 2010:

Un total de 60,3% pacientes acudieron al Hospital Iquitos para sus atenciones antes del año 2010, mientras que un 39,7% son casos nuevos que acudieron a partir del año 2010. (Ver tabla 31 y gráfico 22).

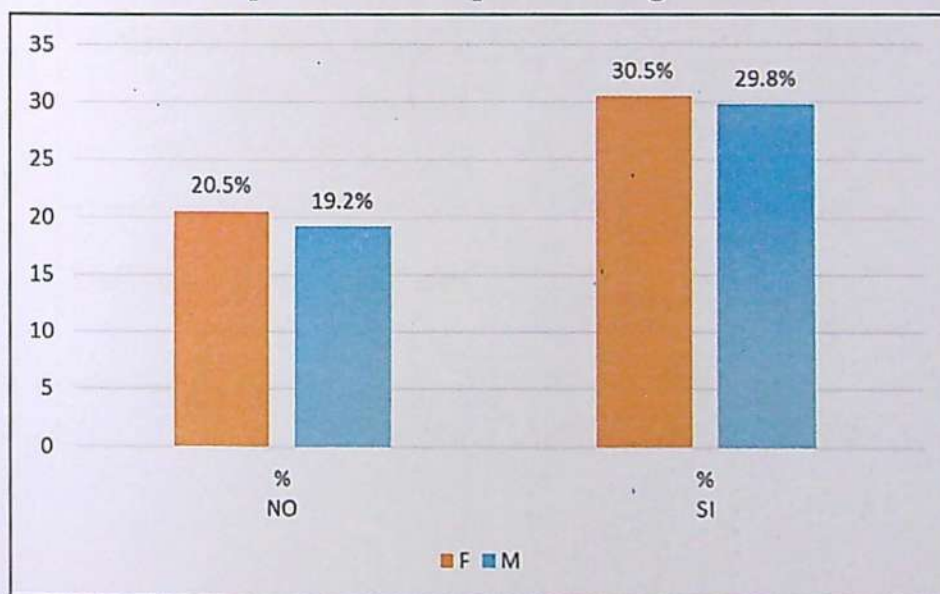
TABLA N° 31

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según atenciones antes del 2010

			Sexo		Total
			F	M	
ATENCIONES ANTES DEL 2010	NO	Frecuencia	31	29	60
		%	20,5%	19,2%	39,7%
	SI	Frecuencia	46	45	91
		%	30,5%	29,8%	60,3%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 22

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según atenciones antes del 2010



ATENCIONES SEGÚN CONSULTORIOS:

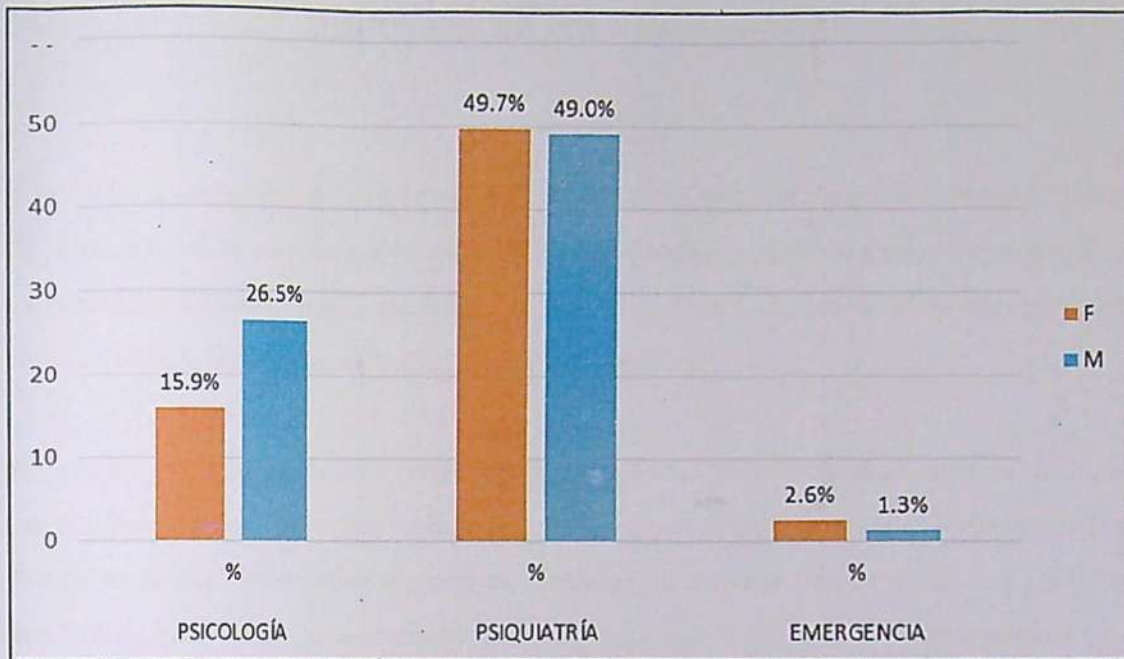
El consultorio que realizó más atenciones en los años 2010 al 2014 a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia fue el consultorio de PSIQUIATRÍA, con un 98,7%. En segundo lugar, el consultorio de PSICOLOGÍA realizó un 42,4% de atenciones. En tercer lugar, EMERGENCIA realizó solamente un 4% de atenciones a estos pacientes. (Ver tabla 32 y gráfico 23).

TABLA N° 32

Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según atenciones en consultorios

			Sexo		Total
			F	M	
PSICOLOGIA	NO	Frecuencia	53	34	87
		%	35,1%	22,5%	57,6%
	SI	Frecuencia	24	40	64
		%	15,9%	26,5%	42,4%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%
			Sexo		Total
			F	M	
PSIQUIATRIA	NO	Frecuencia	2	0	2
		%	1,3%	0,0%	1,3%
	SI	Frecuencia	75	74	149
		%	49,7%	49,0%	98,7%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%
			Sexo		Total
			F	M	
EMERGENCIA	NO	Frecuencia	73	72	145
		%	48,3%	47,7%	96,0%
	SI	Frecuencia	4	2	6
		%	2,6%	1,3%	4,0%
Total		Frecuencia	77	74	151
		% del total	51,0%	49,0%	100,0%

GRÁFICO N° 23
Distribución de casos de pacientes con esquizofrenia según atenciones en consultorios



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Según la OMS, la discapacidad mental se encuentra en tercer lugar frente a otras discapacidades en el mundo, afectando en su mayoría a jóvenes, siendo estos los más propensos a mostrar mayor dificultad para la rehabilitación social, por lo que afecta su calidad de vida¹⁹; dentro de éstas la esquizofrenia se convierte en uno de los principales problemas de salud pública.

Los resultados concluyeron que hay una predominancia del sexo femenino, con un 51%; siendo mínima la diferencia con el sexo masculino, que obtuvo un 49%, datos que no son congruentes con algunos de los trabajos vinculados al tema; sin embargo, concuerda con lo dicho por José Antonio Lozano (2002), que: “no se ha confirmado que el sexo, la raza o la educación desempeñen un papel epidemiológico en la esquizofrenia”. Además, diversos estudios señalan que, uno de los factores para el pronóstico favorable del trastorno es que el paciente sea de sexo femenino²⁰.

Por otro lado, los adultos jóvenes, comprendidos entre los 21 a 30 años de edad constituyeron el grupo más afectado, con un 31,1% del total. Datos encontrados por Murray y López (1996) corroboran esto indicando que mayormente las personas afectadas por esquizofrenia suelen tener entre 18 y 44 años.

El estado civil predominante fue ‘soltero’ con un 74,2%, y la minoría la constituyeron los casados y viudos, con un 9,9% y 1,3% respectivamente; lo que concuerda con el estudio de Thara y Cols. (1997), quienes señalan que las personas con esquizofrenia poseen una tasa disminuida de matrimonios.

Ignacio Mata Pastor (2000) concluyó que la esquizofrenia es prevalente independientemente de la procedencia, ya sea de comunidades rurales o de ciudades. La mayor cantidad de casos de este estudio

¹⁹ Girolamo G. y cols, 1993.

²⁰ Davidson L, McGlashan TH (Febrero de 1997).

son provenientes del distrito de Iquitos, con un 46%. Este antecedente puede generar una forma errónea de pensar o una confusión, ya que se puede interpretar como que los pacientes que habitan en esta zona padecen en mayor cantidad este trastorno, a diferencia de las zonas rurales, o de otros distritos; lo cual no necesariamente significa esto, pudiendo deberse a que las personas que viven en esta zona poseen mayor accesibilidad y facilidades para recurrir a un establecimiento de salud en búsqueda de su tratamiento.

En cuanto a nivel educativo, se encontró que un 51% de los casos cuentan con educación secundaria completa, seguido de un 33,1% con educación primaria. Solo un 13,2% de los pacientes cuentan con estudios superiores. Esto está relacionado con la edad de inicio de la enfermedad, ya que la mayoría de estas personas suelen abandonar sus estudios y/o trabajos cuando empiezan a aparecer los síntomas positivos o incluso los síntomas negativos de la enfermedad, por la molestia y desesperación que estos mismos les causa.

Existe una amplia relación entre el desempleo y la esquizofrenia; un 48,3% de pacientes de este estudio son desempleados, y la minoría la constituyen los estudiantes con un 9% y los que cuentan con un trabajo en forma dependiente con un 2%. Debido a que las relaciones interpersonales se ven afectadas en esta enfermedad, esto suele ser un indicador con una alta prevalencia.

Un 17,2% de los pacientes refieren consumir alcohol y/o drogas en la actualidad, cantidad significativa debido a que son personas que se encuentran en tratamiento farmacológico constante. No obstante, un 47,7% declaró haber dejado de consumirlo a partir del diagnóstico de esquizofrenia. Vlasta Solter (2004) concluyó que existe comorbilidad entre la adicción alcohólica y la esquizofrenia, predominando en el sexo masculino, siendo este dato concordante con el presente estudio.

El 25,2% del total de los casos presentó antecedentes de intento de suicidio, confirmando los estudios de Harris y Barraclough, que indican la prevalencia existente entre esta enfermedad y el suicidio, y lo señalan como una de las variables que reduce la esperanza de vida en estos pacientes. Es necesario considerar que, es muy probable que un paciente que tenga un antecedente de intento de suicidio pueda

intentar cometerlo de nuevo; sin embargo, Caldwell, (1992) sitúa que el riesgo suicida del paciente esquizofrénico, a diferencia del de la población en general, se estima que disminuye con la edad, así mismo indica que existe mayor riesgo en torno a los 10 primeros años de la enfermedad.

Aunque en la actualidad no exista una causa exacta del origen de la esquizofrenia, por lo que se le denomina una enfermedad idiopática, se sabe que la heredabilidad es un factor importante y que la incidencia se incrementa cuando hay varios parientes que la padecen (Mortensen y cols.). Un 29,1% de los casos refirió tener un familiar con esquizofrenia, predominando la categoría de los familiares en tercer grado, que está compuesta por los tíos, bisabuelos y sobrinos.

Del total de los casos presentados, un 33,1% declaró tener un familiar con otra enfermedad mental que no sea esquizofrenia. Las enfermedades más predominantes fueron la epilepsia y los trastornos de personalidad.

En relación a los familiares directos de los pacientes, un 77,2% tienen al padre vivo, y un 81,5% a la madre, predominando en ambos progenitores una educación secundaria completa, los padres con un 23,8% y las madres con un 29,8%. En ambos sexos prevalece el tener un trabajo independiente. Respecto a padecer algún tipo de enfermedad mental, en los padres fue un 4% y en las madres un 6,6%, corroborando lo mencionado anteriormente, que los familiares prevalentes que presentan una enfermedad mental fueron los familiares en tercer grado.

Un 74,8% manifestó tener hermanos, mientras que un 25,2% refiere no tenerlos. Solo un 25,8% de los casos refirieron tener hijos, y un 64,2% no los tienen; lo cual probablemente esté relacionado a que en su mayoría los pacientes son adultos-jóvenes solteros, sin compromiso sentimental alguno.

Con respecto a la edad de inicio de enfermedad, el 100% (n=151) que acudieron al establecimiento fueron personas mayores de 14 años, cabe recalcar que en su mayoría los familiares llevaban al paciente a consulta recién cuando presentaba los síntomas positivos de la enfermedad. Sin embargo, los que tuvieron una aparición más temprana de la enfermedad fueron los adolescentes y jóvenes de 16 a 20

años con un 28,5%, y los adultos-jóvenes de 21 a 25 años con un 33,7%. Datos que corroboran los criterios diagnósticos de la enfermedad.

El subtipo de esquizofrenia predominante fue la 'esquizofrenia paranoide' con un total de 92,7%, cifras que confirman los datos estadísticos provenientes del Ministerio de Salud (2014) para la ciudad de Iquitos.

Un total de 16,6% presentan una morbilidad asociada, predominando la epilepsia con un 8,6%. Diversos estudios realizados por Vestergaard y cols. (2005) revelan la posible relación entre la esquizofrenia y la epilepsia.

Los resultados en relación a los años de atenciones en el Hospital Iquitos "César Garayar García" fueron similares, predominando el año 2010 con un 49,7% donde se realizó mayor atenciones a estos pacientes.

El consultorio que realizó más atenciones fue el de Psiquiatría con un 98,7%, seguido por el de Psicología con un 42,4% y solo un 4% en el Servicio de Emergencia. Esto nos indica que fueron atendidos tanto en Psicología como en Psiquiatría; sin embargo, se considera que el tratamiento combinado es el ideal para la rehabilitación social del paciente.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de esquizofrenia en el Hospital Iquitos durante los años 2010 al 2014 fue de 0.027%.
2. De los 151 casos estudiados, el 51% corresponde al sexo femenino y el 49% al sexo masculino.
3. El grupo más afectado fueron los adultos jóvenes, entre los 21 a 30 años, correspondiendo a un 31.1% de los pacientes.
4. En ambos sexos predominaron los pacientes que provienen del distrito de Iquitos con un 46%.
5. Los que tuvieron una aparición más temprana de la enfermedad fueron los adolescentes y los adultos-jóvenes de 16 a 25 años, con un 62.2%.
6. La mayoría de pacientes contaban con educación secundaria, correspondiendo ésta a un 51%.
7. El 48.3% de la población estudiada son los desocupados, siendo la minoría los pacientes que se encuentran con un trabajo estable con un 2%.
8. El estado civil predominante fueron los solteros, con un 74.2%, la minoría la conformaron los casados y los viudos, con un 9.9% y 1.3% respectivamente.
9. El subtipo de diagnóstico con mayor predominancia fue la esquizofrenia paranoide con un 92.7%.
10. Del total de los casos, un 16.6% de pacientes presentan una comorbilidad, la que tuvo mayor predominancia fue la epilepsia con un 8.6%.
11. El 17,2% de pacientes afirma seguir consumiendo alcohol y/o drogas en la actualidad, pese a su tratamiento farmacológico. Sin embargo, el 47.7% del total de pacientes indicaron que consumían alcohol y/o drogas ANTES de que fueran diagnosticados con esquizofrenia.
12. El 25.2% de los pacientes estudiados tuvo algún intento de suicidio previo.

13. Predominaron las familias extensas y las nucleares, ambos con un 38.1%.
14. El 72.2% de los pacientes tienen al padre vivo y un 81.5% tienen a la madre viva. Predominando en ambos progenitores contar con estudios secundarios y trabajos independientes.
15. El porcentaje para los padres que presentaban algún tipo de enfermedad mental es de 4% para los padres y 6.6% para las madres.
16. Un 35.8% de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia refieren tener hijos.
17. Un 74.8% de los pacientes manifiestan tener hermanos, y un 25.2% refiere NO tenerlos.
18. Un 29.1% de los casos estudiados declaró tener un miembro de su familia con esquizofrenia, predominando los familiares en tercer grado con un 11.3%.
19. Un 33.1% de los casos estudiados declaró tener un miembro de su familia con otra enfermedad mental que no sea esquizofrenia; predominando los familiares con epilepsia y trastornos de la personalidad.
20. Dentro de los años estudiados, el año donde hubo más atenciones de pacientes con esquizofrenia fue en el 2010, con un 49.7% en relación al total de la población.
21. Un 60.3% de pacientes acudieron al Hospital Iquitos para sus atenciones antes del año 2010, mientras que un 39.7% son casos nuevos que acudieron a partir del año 2010.
22. El consultorio que realizó más atenciones en los años 2010 al 2014 a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia fue el consultorio de PSIQUIATRÍA, con un 98.7%; seguido por el consultorio de PSICOLOGÍA con un 42.4%, ambos consultorios compartieron la atención de algunos casos.

RECOMENDACIONES

- Pese a que existen avances notorios en el tratamiento psiquiátrico, es sumamente necesario promover y realizar un tratamiento combinado, que sea farmacológico-psicoterapéutico; realizando más atenciones psicológicas, como las terapias en habilidades sociales, con el fin de dotar al paciente con esquizofrenia de herramientas necesarias para un mejor desenvolvimiento a nivel social/educativo/laboral.
- Se sugiere realizar programas de soporte y apoyo a los familiares de personas con esquizofrenia, para mejorar la calidad de vida de no solo de los pacientes, sino de todos los que están involucrados.
- Es necesario realizar charlas educativas sobre el estigma que ocasiona el padecer una enfermedad mental en nuestro país, como medio de prevención a fin de educar a la población sobre el tema y brindar mayor autoconfianza a aquellos que necesiten acudir a los profesionales de la salud mental.
- Debido a que en nuestra ciudad son pocas las investigaciones epidemiológicas en psicología, y debido a la importancia del trastorno por ser una de las enfermedades más discapacitantes a nivel mundial, constituyéndola como un problema de salud pública; se recomienda realizar estudios ya sea epidemiológicos o clínicos sobre la esquizofrenia a fin de profundizar las investigaciones en nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aden, L.E., Lapos, J.M., Taylor, C.T. y Ryder, A.G. (2002). Avoidant personality disorder: Current status and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 16, 1-29.
2. Angel-Guio, JE; Charris, JE, Israel, A y col (2004). «Perfil Dopaminérgico del compuesto 2-aminoindano N-aralquil sustituido». *AVFT* 23 (2): 127-135. ISSN 0798-0264.
3. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
4. Andreasen NC, Nasrallah HA, Dunn V. (1986). Structural abnormalities in the frontal system in schizophrenia: A magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry*; 43:136-144.
5. Apiquian R. (2001). Estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos con y sin depresión.
6. Barraclough B, Inskip H (2000). «Causes of the excess mortality of schizophrenia». *British Journal of Psychiatry* 177: 212-7. doi:10.1192/bjp.177.3.212. PMID 11040880.
7. Barrowclough C; Tarrrier N, Humphreys L, Ward J, Gregg L, Andrews B (2003). «Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology». *J Abnorm Psychol* 112 (1): 92-9.
8. Bleuler E. (1911). *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Traducción española: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias* (1962). Buenos Aires.
9. Bleuer E. (1924). *Tratado de psiquiatría*. España.
10. Caldwell C, Gottesman I. Schizophrenia-A high-Risk factor for suicide: Clues to risk reduction. Review article. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1992; 22(4):479-493.

11. Chadwick, P., Birchwood, M., Trower, P. (1996): *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.
12. *Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10) (1992)*. Meditor. Madrid.
13. Davidson L, McGlashan TH (Febrero de 1997). «The varied outcomes of schizophrenia». *Canadian Journal of Psychiatry* 42 (1): 34-43
14. Díaz Marsá M. (2013). *Afrontando la Esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares*.
15. Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., & MacMillan, F. (1996b). *Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. II. Impact on recovery time*. *British Journal of Psychiatry*, 169, 602-607.
16. Girolamo G, Andrews G, Allen German G, Eisenberg L,: *Treatment of Mental Disorders: A Review of Effectiveness*. Published on behalf of The World Health Organization by American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC. - London, England, 1993.
17. Häfner H, Hambrecht M, Löffler W. (1998). *Is schizophrenia a disorder of all ages? A comparison of first episodes and early course over the life-cycle*. *Psychol Med*;28(351-365).
18. Heather S. *Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities and future directions*. WPA Section Report. *World Psychiatry*. (2008).
19. Herrera, F. (1995). *Incidencia de esquizofrenia y sus tratamientos en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara*. Ecuador.
20. Hoenig, J. (1983). *The concept of schizophrenia. Kraepelin-Bleuler-Schneider*. *British Journal of Psychiatry*, 142, 547-556.

21. Horan WP; Blanchard JJ (2003). «Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping». *Schizophrenia Research* 60 (2-3): 271-83.
22. Howes, O.D., Kapur, S., (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III – the final common pathway. *Shizophr. Bull*, 35(3), 549-562.
23. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Iquitos (2004).
24. Jablensky. (1992). Informe del Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia.
25. Kemp, R., David, A., & Haywood, P. (1996a). Compliance therapy: An intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 331-350.
26. Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Hove, UK: Erlbaum.
27. Kraepelin E. (1907). *Introduction a la psychiatrie clinique*, 1a ed. Francia.
28. Kuipers, L., Leff, J., & Lam, D. (1992). *Family work for schizophrenia: A practical guide*. London: Gaskell.
29. Lafuente, A. (2009). Bases Genéticas de la esquizofrenia. *Jano*, 1722, 25-31.
30. Llanos M., Marilú E. (2010). Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad. Hospital Hermilio Valdizán. Perú.
31. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. España.

32. Lozano, J. (2002) Etiopatogenia, Síntomas y Tratamiento de la Esquizofrenia. *Ámbito Farmacéutico*, 21, 108.
33. Malaspina D, Harlap S, Fennig S. (2001). Advancing paternal age and the risk of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*.
34. Mata, I. (2000). Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra. España.
35. Millon, Theodore & Davis, Roger D. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Primera edición 1998. Reimpresiones 1999 (2), 2000, 2003, 2004. Barcelona: Editorial Masson.
36. Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T. (1999). Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia.
37. Reus V.I.. 1998. Trastornos mentales. In: Principios de Medicina Interna. Vol. II. 14ava Ed. Madrid, España. pp.2846-2849.
38. Schneider K. (1959). *Clinical Psychopathology*, 3.a ed. Nueva York, EE.UU.
39. Susser E, Neugebauer R, Hock HW. (1996). Schizophrenia after prenatal famine. Further evidence. *Arch Gen Psychiatry*; 53: 25-31.
40. Thara R, Srinivasan TN. Outcome of marriage in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997;32:416-20.
41. Toro Greiffenstein, Ricardo José; Luis Eduardo Yepes Roldan (2004). *Psiquiatría*. Corporación para Investigaciones Biológicas. p. 143.
42. Truitt, S. (Dirección). (2010). *Born Schizophrenic: January's Story* [Película]. v (s.f.).
43. Vallejo R.J. (1998). *Introducción a la sicopatología y la psiquiatría*. 4ta. Ed.
44. Vestergaard M, Pedersen CB, Christensen J, Madsen KM, Olsen J, Mortensen PB. (2005). Febrile seizures and risk of schizophrenia. *Schizophr Res*; 73: 343-9.

45. Vlasta Solter. (2004). Estudio de la esquizofrenia comórbida con la adicción alcohólica.
46. Wiener, Jerry M.; Mina K. Dulcan (2006). Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Elsevier, España. pp. 389-390. ISBN 8445814877.
47. World Psychiatric Association. (2000). The WPA global programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia. Edición en español: López Ibor JJ, Cuenca O. La esquizofrenia. Abre las puertas. España.

ANEXOS

N° FICHA:
FECHA:

FICHA DE REGISTRO DEL PACIENTE (ANEXO N° 01)

(Datos obtenidos mediante historias clínicas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia)

I. DATOS DE FILIACIÓN

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

1.- Soltero 2.- Casado 3.- Viudo 4.- Divorciado 5.- Conviviente

Procedencia:

1.- Iquitos 2.- Belén 3.- San Juan 4.- Punchana 5.- Otro

Grado de Instrucción:

1.- Analfabeto 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Superior

Ocupación:

1.- Estudiante 2.- Dependiente 3.- Independiente 4.- Desocupado

II. ANTECEDENTES PERSONALES

a. Consumo de Alcohol y Drogas:

1.-Antes del comienzo de la enfermedad

2.-Durante la enfermedad

b. Antecedente de Suicidio:

¿Ha intentado suicidarse alguna vez? 1.-SI 2.-NO

Si la respuesta es sí, ¿Cuántas veces? _____

c. Familiar con Esquizofrenia: 1.-SI 2.-NO

Si la respuesta es sí, especificar parentesco _____

d. Familiar con otra enfermedad mental: 1.-SI 2.-NO

Si la respuesta es sí, ¿Cuál? _____

III. CARÁCTERÍSTICAS FAMILIARES

a. Tipo de Familia:

1.-Nuclear 2.-Extensa 3.-Monoparental 4.-Ensamblada

b. Hijos: 1.-SI 2.-NO

c. Hermanos: 1.-SI 2.-NO

d. Padre:

¿Vive? 1.-SI 2.-NO

Grado de Instrucción: 1.-Analfabeta 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Superior

Ocupación: 1.-Independiente 2.-Dependiente 3.-Jubilado

¿Sufre alguna enfermedad mental? 1.-SI _____ 2.-NO

e. Madre:

¿Vive? 1.-SI 2.-NO

Grado de Instrucción: 1.-Analfabeta 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Superior

Ocupación: 1.-Independiente 2.-Dependiente 3.-Jubilado

¿Sufre alguna enfermedad mental? 1.-SI _____ 2.-NO

IV. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

a. Edad de inicio de la enfermedad: _____

b. Diagnóstico (Subtipo de Esquizofrenia):

- 1.-Esquizofrenia Paranoide – F20.0
- 2.- Esquizofrenia Desorganizada (Hebefrénica) – F20.1
- 3.- Esquizofrenia Catatónica – F20.2
- 4.- Esquizofrenia Indiferenciada – F20.3
- 5.- Esquizofrenia Residual – F20.5
- 6.-Depresión post-esquizofrénica – F20.4
- 7.- Esquizofrenia Simple – F20.6
- 8.-Otra Esquizofrenia – F20.8
- 9.- Esquizofrenia sin especificación – F20.9

c. Comorbilidad: 1.-SI 2.-NO

Si la respuesta es sí, ¿Cuál? _____

d. Años en los que el paciente fue atendido:

1.- 2010 2.- 2011 3.- 2012 4.- 2013 5.- 2014

e. Paciente atendido antes del 2010: 1.-SI 2.-NO

f. Servicios en los que el paciente fue atendido:

1.- Psiquiatría 2.- Psicología 3.- Emergencia