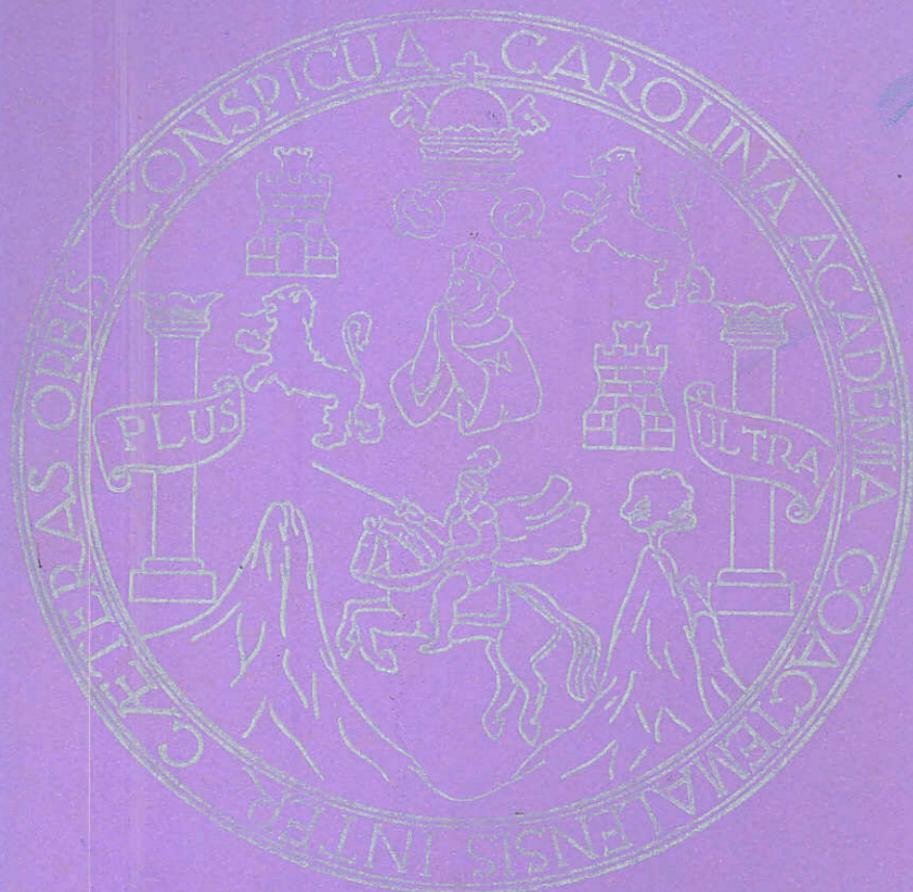


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES INGRESADOS
ENERO-JUNIO DE 1998 EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE SALUD MENTAL"



BRYZEIDA ELIZABETH ROBLES RAMIREZ

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

I. INTRODUCCION.....	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
III. JUSTIFICACION.....	4
IV. OBJETIVOS.....	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	6
VI. MATERIAL Y METODOS.....	16
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	21
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	26
IX. CONCLUSIONES.....	27
X. RECOMENDACIONES.....	28
XI. RESUMEN.....	29
XII. BIBLIOGRAFIA.....	30
XIII. ANEXOS.....	31

INTRODUCCION

La Esquizofrenia es una perturbación del afecto, el empobrecimiento de los sentimientos vitales e intereses; el debilitamiento del juicio, en ausencia de fallas del entendimiento y de la memoria, en énfasis primordial en la evolución del trastorno del afecto. La esquizofrenia es una enfermedad que ocurre más o menos en el 1% de la población.

Sus síntomas podrómicos y residuales no son muy específicos y pueden consistir en un deterioro psico-social. Se considera que en la mayoría de los casos es causada por una compleja interacción entre factores hereditarios y ambientales.

En el presente estudio se determinó la incidencia de Esquizofrenia en los pacientes ingresados en el Hospital Nacional de Salud Mental de Enero-Junio de 1998, por medio de la revisión de expedientes clínicos del archivo médico.

En dicho estudio, se logró determinar las edades, más afectadas, sexo, ocupación y tiempo de tratamiento

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Qué es la Esquizofrenia?

Enfermedad caracterizada por una gran distorsión de la realidad con trastornos de lenguaje y la comunicación, aislamiento de interacción social y desorganización y fragmentación del pensamiento, la percepción y las reacciones emocionales.

La esquizofrenia ocurre en más o menos 1% de la población pero debido a su comienzo temprano, cronicidad e inválidez, constituye una de las más importantes enfermedades en Psiquiatría.

Los trastornos esquizofrénicos como los define el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DMS-IV), de la American Psychiatric Association son trastornos mentales con tendencia hacia la cronicidad que alteran el funcionamiento, caracterizados por síntomas psicóticos que incluyen alteración del pensamiento, de los sentimientos y de la conducta.

Los seis criterios diagnósticos específicos incluyen 1) ciertos síntomas psicóticos, delirios, alucinaciones, alteraciones del pensamiento formal. 2) Deterioro de un nivel previo de funcionamiento. 3) Signos continuos de enfermedad por los menos 6 meses. 4) Tendencia hacia la instauración antes de los 45 años. 5) no debidos a trastornos del humor (afectivos). 6) no debidos a trastornos mentales orgánicos ni a retraso mental.(4)

En la actualidad se consideran que la mayoría de casos son causados por una compleja interacción entre factores hereditarios y ambientales. Varios estudios consideran que el origen primariamente biológico y que el factor ambiental desempeña un factor menor; y los que creen que la causa primordial es ambiental y de menos importancia el factor biológico.

Probablemente sea necesaria una predisposición genética para que se produzca la esquizofrenia, pero las manifestaciones clínicas de la enfermedad parecen decidirse parcialmente por experiencias vitales estresantes, como patrones defectuosos de la educación y relaciones alteradas.

La tecnología avanzada puede hacer posible la identificación de ciertos rasgos en paralelo con la presencia de determinados marcadores de mapas genéticos. También se han llevado a cabo nuevas investigaciones de neuropatología, Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, y determinaciones del flujo sanguíneo cerebral.

La manera como se obtuvo la información fue a través de la revisión de expedientes clínicos, los cuales fueron proporcionados con previa solicitud al departamento de archivo del Hospital Nacional de Salud Mental; de los cuales se obtuvieron las interrogantes acerca del sexo, ocupación, edad, tiempo de duración de la hospitalización.

III. JUSTIFICACION

Los trastornos esquizofrénicos son enfermedades mentales que cuando estan en crisis (psicosis) graves tienen una duración de seis meses o más y causan sufrimiento e incapacidad social, laboral y personal.

El paciente esquizofrénico se comporta a menudo de forma extraña e inapropiada y mentalmente está disminuido.

La esquizofrenia tiene un índice de prevalencia durante toda la vida de aproximadamente 1% en todas las culturas. La penosa evolución lleva a menudo a incapacidad duradera importante. La mayoría de los pacientes con Esquizofrenia, causan también trastornos familiares, aparte de la pérdida económica y de sufrimiento humano.

Por lo tanto al no existir estudios previos que demuestren que población es la más afectada en cuanto a edad, sexo, ocupación, status social y localización geográfica, en Guatemala Se procedió a una revisión de expedientes clínicos, en el archivo medico del Hospital Nacional de Salud Mental.

Con esta investigación se trato de aportar información que pudiera ser utilizada para formar grupos de apoyo, y así poder propiciar la integración de estos pacientes a una vida familiar, laboral y social plena.

Para dicho proposito se conto con la autorización de la Coordinadora Medica del Hospital Nacional de Salud Mental.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la incidencia de Esquizofrenia en pacientes de primer ingreso en el Hospital Nacional de Salud Mental. Durante los meses de Enero-Junio de 1998.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la edad de los pacientes con Esquizofrenia.
- Determinar sexo prevalente en pacientes esquizofrénicos.
- Determinar la ocupación más frecuentes en pacientes con esquizofrenia.
- Determinar el tiempo de duración de la hospitalización en estado de crisis.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA.

ESQUIZOFRENIA

Definición

El término esquizofrenia etimológicamente, es un estado de "disgregación", fue acuñado por el psiquiatra suizo Eugen Beuler. (8)

No ha sido posible hasta el momento lograr una unificación de criterios para la definición de la esquizofrenia, ni siquiera existe un acuerdo de si debe considerársela por diversos autores son:

Para Kraepelin lo fundamental de la esquizofrenia es la perturbación del afecto, el empobrecimiento de los sentimientos, impresiones vitales e intereses; y el debilitamiento del juicio, en ausencia de fallas del entendimiento y de la memoria, en énfasis primordial en la evolución del trastorno hacia el defecto, de manera que el elemento pronóstico se destaca sobre el diagnóstico. (8)

Beuler destaca la disgregación de las funciones psíquicas como el trastorno fundamental, en el lugar de la evolución hacia el efecto. (8)

Quizás una definición bastante completa pueda ser que se trata de una enfermedad grave caracterizada por un proceso de disgregación mental, o una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de la psicosis delirante crónica. Se caracteriza por una transformación profunda de la personalidad, quien cesa de contruir un mundo en la comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario.

EPIDEMIOLOGIA:

La esquizofrenia es la más frecuente de las psicosis crónicas. el grado de morbilidad entre la población general es elevado, según las estadísticas comprende entre 0.35% y 0.85%. La tasa

anual de incidencia en países occidentales oscila entre 50 y 250x1000 habitantes. La prevalencia a lo largo de la vida se estima en 1%.

Es una enfermedad del adolescente y el adulto joven, rara antes de los 15 y después de los 45-50 años. Entre los 15 y los 35 años es cuando la morbilidad es más elevada (75% para los casos de Kraepelin, 60% de las estadísticas de Beuler).

No existe diferencias significativas entre los dos sexos y en lo concerniente a la raza los estudios no indican ninguna afinidad características.

ETIOLOGIA

Desde que fue descrita la enfermedad un gran número de investigadores han propuesto diversas causas genéticas, psicológicas, bioquímicas, socioculturales, como posibles causas desencadenantes de la esquizofrenia, no habiendo sido posible hasta el momento obtener resultados concluyentes.

Factores genéticos. Se sabe que existe una correlación decidida entre la frecuencia de la esquizofrenia y el grado de consanguinidad con respecto del paciente esquizofrénico original.

Los últimos estudios hechos de manera muy cuidadosa en gemelos revelan una tasa de concordancia de esquizofrenia de 50-56% para los gemelos monocigotos.

El consenso actual de los genetistas es contrario a la forma poligénica de la herencia y oscila entre la tendencia a favorecer en factor mendeliano recesivo, un factor dominante de penetración reducida (hipotético).

Un estudio japonés (Shinichiro Nanko y col. 1993), indica que la región pericéntrica del cromosoma 9, es el probable candidato para eslabonar el estudio de la predisposición genética a la esquizofrenia.

Factores orgánicos. Un resumen de las varias teorías orgánicas de la esquizofrenia puede

agruparlas en cuadro categorías: a) las que atribuyen el trastorno a factores como la concentración de oxígeno, carbohidratos y factores energéticos, b) las que hacen participar la concentración de ceruloplasmina y taraxeina.

De entre todos los mecanismos propuestos actualmente gozan de mayor aceptación la teoría de la 6,3,4-dimetoxifeniletinamina (DMPEA), que propone alteraciones en el proceso de trasmetilación asociado a la formación de este compuesto análogo de la mezcalina, y que ha sido posible aislar de la orina de algunos enfermos esquizofrénicos; la teoría que postula que los mecanismos bioquímicos responsables de la esquizofrenia son debido a una hiperactividad de ciertos sistemas dopaminérgicos centrales; estudios que han demostrado disminución de la monoaminooxidasa plaquetaria especialmente en esquizofrénicos paranoides; observaciones post mortem que han demostrado hallazgos interesantes en el sistema límbico, como aumento de la dopamina, disminución de la descarboxilasa, de ácido nucleico y disminución de la colina acetiltransferasa; también se ha observado disminución del ácido gama-aminobutírico en el núcleo acúmbens de pacientes esquizofrénicos y con enfermedad de Huntington. Estudios inmunológicos han demostrado alteración de las inmunoglobulinas, así como el hallazgo de un agente viral en el líquido cefalorraquídeo de esquizofrénicos.

Finalmente varios estudios recientes realizados con el uso de tomografía axial computarizada han demostrado la presencia de un aumento significativo del tamaño de los ventrículos así como asimetría entre los dos hemisferios cerebrales. (8).

Factores psicológicos. Suelen agruparse en predisponentes y determinantes.

Los factores predisponentes señalan una correlación entre la gravedad del problema y la edad en que se experimentan los traumatismos psicológicos predisponentes; mientras más temprano se sufre el daño, más seria es la enfermedad; por lo que se espera que las experiencias traumáticas predisponen hallan empezado en los primeros meses de vida, fundamentalmente con la relación madre infante perturbada, lo que origina que la estructura básica de la personalidad sufra en sus aspectos ejecutivos. El concepto que se tiene de sí mismo llega a ser perturbador, y la diferenciación entre el yo y el no-yo, se hace y retiene con más dificultad.

Se ejerce también un efecto sobre el desarrollo de los impulsos básicos, en especial la libido, con lo que el pre-esquizofrénico permanece como una persona más narcisista (emocionalmente autoconcentrado) y existe un contacto menos significativo con los objetos.

Hay que decir también que el esquizofrénico es parte de un grupo familiar, el cual es una unidad social, y como tal puede también encontrarse enfermo. Incluso algunos autores dicen en forma de un aforismo que la esquizofrenia es un proceso que requiere de tres o más generaciones para presentarse.

Los factores determinantes suelen ser situaciones que exigen de nuevos o aumentados esfuerzos para el ajuste, cambios endócrinos, y más comúnmente cambios del medio ambiente.

CUADRO SINTOMÁTICO

Las ideas más frecuentes son delirantes, de persecución y control, mediante las cuales los enfermos consideran que otros los están espiando, diseminando falsos rumores acerca de ellos, planeando dañarlos, tratando de controlar sus pensamientos a sus acciones o leyendo sus mentes. Las ideas delirantes de despersonalización son también comunes.

Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas. Pueden implicar voces múltiples o solitarias. El enfermo puede o no reconocer las voces y hablarles. Las voces parecen provenir del interior del cuerpo del enfermo o de fuentes exteriores, como radios o paredes. Las voces pueden ridiculizar, criticar o amenazar; a menudo hacen que el enfermo realiza algo que él piensa que está equivocado. Las alucinaciones visuales son también frecuentes. Pueden variar desde formas vagas escalofrantes hasta las imágenes de familiares ausentes o ya fallecidos, o escenas de violencia o el infierno. Las alucinaciones olfatorias que son raras, habitualmente consisten en olores desagradables, que surgen del propio cuerpo del enfermo. Las alucinaciones táctiles son raras también, pueden consistir en sensaciones que los genitales están siendo manipulados, de que hay animales en el interior del cuerpo, o de insectos arrastrándose sobre la piel. (3,5)

Aunque el llamado afecto "esquizofrénico plano" típico es característico cuando es intenso, su valor diagnóstico está limitado debido a que actualmente tiene una forma más sutil que concuerda con su presencia es difícil de descubrir. El enfermo parece estar completamente refractario, sin afectividad o simpatía. Puede hablar acerca de pensamientos escalofrantes o espantoso sin que parezca experimentar su impacto emocional habitual. A menudo resulta difícil sentir compasión o simpatía por el enfermo o pensar que él pueda tener empatía con los demás.

Las posturas recurrentes, la gesticulación reiterativa, la inmovilidad prolongada y la "flexibilidad cérea" constituyen ejemplos espectaculares y comportamiento catatónico.

MANIFESTACIONES CLINICAS

A. Presencia de síntomas psicóticos caracterizados en la fase activa,

bien 1,2,63, durante al menos una semana (a no ser que los síntomas se traten adecuadamente):

1 Dos de los siguientes:

Delirio

Alucinaciones llamativas

Incoherencia o pérdida acusada de asociaciones.

Comportamiento catatónico.

Afectividad disminuida o muy inapropiada.

2 Delirios extraños.

3 Alucinaciones llamativas de carácter auditivo con contenido sin relación evidente con la depresión o euforia, o una voz emitiendo un comentario del comportamiento o pensamiento de la persona, o dos o más voces conversando una con la otra.

B. Durante la evolución del trastorno el funcionamiento en áreas tales como el trabajo, las relaciones sociales, el cuidado de sí mismo está muy por debajo de los niveles previos alcanzados antes del principio del trastorno.

C. Se ha descartado un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con características psicóticas.

D. Signos continuos de perturbación por los menos 6 meses. Este periodo tiene que incluir una fase activa (de al menos una semana o menos si los síntomas se han tratado de forma satisfactoria) durante la cual habían síntomas psicóticos característicos de esquizofrenia (véase apartado A) con o sin fase prodrómica o residual.

E. No puede establecerse que un factor orgánico iniciara y mantuviera la perturbación.

F. Si existe una historia de trastorno autista, el diagnóstico adicional de esquizofrenia puede realizarse tan sólo si hay presencia de delirios o alucinaciones llamativas. (6,7)

Además de ya mencionado los pacientes esquizofrénicos son incapaces de distinguir los datos objetivos, de los impulsos y temores internos, las percepciones verdaderas de las imágenes creadas por las fantasías, lo que permite que se presenten ciertos fenómenos de naturaleza un tanto florida, que son las delusiones y alucinaciones, ambas en las reacciones esquizofrénicas.

FISIOPATOLOGIA

Neurotransmisores y Neuropéptidos

Hoy en día, las hipótesis predominantes de los neurotransmisores, que explican la fisiopatología de los trastornos esquizofrénicos, explica el exceso de la actividad dopaminérgica. A pesar del apoyo, la teoría de la dopamina de la esquizofrenia está llena de complejidades, cuando se compara con la teoría de las catecolaminas en los trastornos afectivos.

En la esquizofrenia, parece darse un aumento de la concentración de la dopamina en vías subcorticales críticas, que llevan a una vía final común de fragmentación cognoscitiva, trastornos del pensamiento e impedimentos físicos, pero tanto el deterioro como los síntomas clínicos son

bastantes complejos y muy variables. En realidad, la concentración de la dopamina es relacionado de forma dinámica y variable con el ácido gammaaminobutírico, la serotonina y transmisores que están funcionalmente agrupados en una cascada de sistemas importantes del cerebro, como la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza medial temporal, el núcleo auditivo y el hipocampo(2,5).

Cambios Neuropatológicos. La utilización de la tomografía axial computarizada (TC) y la resonancia magnética ((RMN) indican que la minoría de pacientes esquizofrénicos tenía la proporción ventrículo-cerebral muy elevada de forma anormal, reflejando un aumento en el volumen de líquido ventricular, asociado con atrofia cerebral(2,5)

CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

Presencia de los signos psicóticos de la fase activa, durante una semana como mínimo; de dos de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones predominantes, incoherencia o notable pérdida de la capacidad asociativa, conducta catatónica, afectividad embotada o claramente inapropiada. Ideas delirantes extrañas incluyendo fenómenos que serán considerados inverosímiles por cualquier individuo de su medio cultural. Alucinaciones predominantes de una voz que aparentemente no tiene relaciones con la depresión o la euforia, de una voz que comenta los pensamientos o conducta del sujeto, o dos o más voces conversando entre sí.

Durante el curso de las alteraciones, la vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están notablemente por debajo del nivel previo al inicio del cuadro. Debe de haberse descartado el trastorno esquizofrénico y el trastorno del estado de ánimo como causa de los síntomas. Signos continuos de la alteración durante seis meses como mínimo que debe incluir una fase activa, no debido a una alteración del estado de ánimo, ni a un trastorno por uso de sustancias psicoactivas, y que como mínimo presenta dos de los síntomas abajo indicados. A continuación y a este periodo se llama fase residual.

Los síntomas prodrómicos o residuales incluyen: aislamiento o retraimiento social; notable deterioro de actividades de asalariados, estudiantes o ama de casa; conducta peculiar llamativa,

notable deterioro del aseo o higiene personal; afectividad embotada o inapropiada; lenguaje disgregado, vago o sobre elaborado, detallado o pobreza del lenguaje o del contenido del lenguaje; experiencias perceptivas inhabituales; notable falta de iniciativa, intereses o energía.(3)

CLASIFICACION DE LA ESQUIZOFRENIA

El DSM-IV señala 4 tipos principales de trastornos esquizofrénicos:

1. *Catatónico.* Es un tipo relativamente raro con características de estupor, rigidez, excitación o postura fija.
2. *Desorganizado.* Es un tipo caracterizado por incoherencia y afecto deprimido o desorganizado.
3. *Paranoide.* Es un tipo caracterizado por preocupación con desconfianza y uno o más delirios sistematizados.
4. *Indiferenciado.* Es un trastorno con delirios importantes, alucinaciones, incoherencias o conducta desorganizada, que no satisface los criterios de los otros tres tipos. (6).

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Factores Neurobiológicos. Los estudios de seguimiento durante cinco años, muestran que el 60% de las personas esquizofrénicas logran la recuperación social y la mitad de ellas tienen trabajo. El 30% son incapacitados y el 10% permanecen hospitalizados. Se suele afirmar que el pronóstico de la esquizofrenia es mejor cuando hay desorientación, síntomas afectivos y el comienzo es agudo. Se considera que el pronóstico de la esquizofrenia es peor cuando el paciente está bien orientado, tiene menos síntomas afectivos y el comienzo es insidioso.

El pronóstico de los esquizofrénicos ha mejorado mucho mediante el uso de fármacos antipsicóticos potentes y eficaces, como las fenotiacinas.

Las modalidades de tratamiento primarias para los trastornos esquizofrénicos agudos consisten en antipsicóticos junto con terapias psicosociales y de rehabilitación.

Los antipsicóticos alteran el equilibrio dopaminérgico-colinérgico (mediante el bloqueo de la dopamina) de forma que se inducen efectos colaterales extrapiramidales agudos (distonía, inquietud motora). Asimismo el uso de antipsicóticos a largo plazo puede inducir daños nigroestriales y discinesia tardía, síndrome de larga duración y potencialmente incapacitante.

Factores Psicosociales: El pronóstico de los trastornos esquizofrénicos pueden dividirse en los ejes semiindependientes de síntomas, rehospitalización, función social y función vocacional. Es posible tratar los síntomas psicóticos específicos de un individuo esquizofrénico (afectando el eje sintomático del pronóstico) pero éste puede quedar con déficit psicosocial importante (el eje social del pronóstico). Por ello, deben combinarse los antipsicóticos con el tratamiento psicosocial sensible, que incluya, si procede, psicoterapia individual o de grupo, asesoramiento familiar, y rehabilitación vocacional para obtener los mejores resultados terapéuticos y llevar al paciente al nivel premórbido de ajuste. El asesoramiento familiar es a menudo un determinante crítico de la superación terapéutica de los trastornos esquizofrénicos. (3,10)

AUTOMANEJO

Algunas de las medidas de una persona con esquizofrenia pueden tomar para maximizar su recuperación son:

1. Aceptar la enfermedad.
2. Identificar sus puntos fuertes y limitaciones.
3. Fijar metas claras y realistas.
4. Después de una recaída, regresar de nuevo lenta y gradualmente a sus responsabilidades.
5. Planear una rutina diaria regular, uniforme y predecible. Escribirse en un calendario diario cada día.
6. Hacer el hogar lo más silencioso, quieto y relajado que pueda.
7. Tomar la medicación exactamente prescrita.
8. Ser un(a) socio(a) de una terapia.
9. Identificar y reducir el estrés. Hacer solo un cambio de vida a la vez
10. Identificar los signos tempranos de una recaída. Hacer una propia lista de advertencias.

11. Pasar el tiempo con personas que se siente comodo(a).
12. Evitar las drogas y el alcohol.
13. Comer una dieta balanceada.
14. Conseguir suficiente descanso.
15. Hacer ejercicio regularmente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los pacientes esquizofrénicos no tienen síntomas y signos únicos patognomónicos; y a veces esto dificulta su diagnóstico. El DSM-IV separa las enfermedades psicóticas según su criterio de duración reactiva breve de 2 semanas de duración, trastornos esquizofrenoides que duran 2 a 6 meses, y trastornos esquizofrénicos, de más de 6 meses de duración. Para complicar más las cosas la apariencia clínica inicial de un paciente intoxicado con fenciclidina (PCP) o anfetamina puede ser imposible de distinguir de la de un paciente esquizofrénico paranoide.

Entre las enfermedades orgánicas que causan cambios de personalidad tenemos:

Neoplásicas: Astrocitoma maligno, Linfoma primario del sistema nervioso central, aparece en inmunodeprimidos puede ser focal o multicéntrico.

Infecciosas: Meningitis bacteriana.

Entre las producidas por bacterias que alteran el estado de conciencia tenemos Absceso cerebral y el empiema subdural.

Las enfermedades producidas por virus lentos: Panencefalitis esclerosante subaguda, Leucoencefalopatía multifocal progresiva, Encefalitis rubeólica progresiva, Fiebre tifoidea, Virus de la rabia.

Enfermedades desmielinizantes: Esclerosis Múltiple.

Nutricionales: Encefalopatía de Wernicke, Degeneración cerebelosa alcohólica. Todas alteran la personalidad y causan demencia. (5, 11)

VI. MATERIAL Y METODOS

1. Tipo de estudio: Descriptivo, retrospectivo
2. Población: Total de expedientes clínicos de pacientes que consultaron por primera vez con diagnóstico de Esquizofrenia de Enero-Junio de 1998 en el Hospital Nacional de Salud Mental, siendo esta una muestra por conveniencia, por el tiempo, espacio, lugar, la factibilidad y confiabilidad de obtener los datos.
3. Criterios de inclusión: pacientes que consultaron por primera vez y cuyo diagnóstico fue de Esquizofrenia.
4. Criterios de exclusión: Pacientes que reconsultaron por diagnóstico de Esquizofrenia.

5. Recursos:

Materiales:

a. Económicos: Hojas bond
lápiz
fotocopias
transporte

b. Físicos: Hospital Nacional de Salud Mental
Biblioteca USAC

Humanos: Personal de archivo del Hospital Nacional de Salud Mental.
Personal de biblioteca USAC.

6. Aspectos éticos: Se revisaron todas las papeletas de los pacientes que ingresaron por primera vez al Hospital Nacional de Salud Mental con diagnóstico de Esquizofrenia, dándole a la misma uso exclusivo del investigador

VARIABLES A ESTUDIAR

Variable	Conceptual	Operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Tiempo que ha vivido la persona, desde su nacimiento hasta el día del estudio	Ficha clínica	Cuantitativa	Años
Sexo	Condición orgánica que distingue masculino de femenino	Ficha clínica	Cualitativa	Masculino Femenino
Escolaridad	Nivel educativo de la entrevistada	Ficha Clínica	Cuantitativa	Ninguna Primaria completa e incompleta Secundaria completa e incompleta Diversificado completo e incompleto Universitaria
Esquizofrenia	Enfermedad mental grave que tiene una duración de 6 meses o más y que causa sufrimiento e incapacidad social, laboral y personal.	Ficha clínica	Cualitativa	DSM-IV CIE-10

Variable	Conceptual	Def. Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición
Ocupación	Oficio en el cual la persona invierte la mayor proporción de su tiempo como actividad productiva de bienes y servicios	Ficha clínica Interrogatorio	Cualitativa	Ama de casa Obrero Comerciante Estudiante Otros
Diagnóstico	Dícese de los signos que permiten reconocer las enfermedades	Ficha clínica	Cualitativa	Ficha clínica
Procedencia	Lugar o sitio de origen de la persona	Ficha clínica	Cualitativa	Urbana Rural

EJECUCION DE LA INFORMACION

- Se reviso el archivo medico del 1 de Enero al 30 de Junio de 1998 encontrandose 46 pacientes con Esquizofrenia
- Se revisaron los expedientes de los pacientes encontrados, llenando la boleta de recolección de datos
- Los datos fueron recopilados personalmente por el investigador, además se tabularon los datos y se analizaron estadísticamente para luego poder ser presentados.

PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS

1. Se tomaron los expedientes clínicos de todos los pacientes que cumplieron con lo criterios de inclusión y exclusión se lleno la boleta adjunta que incluyo las variables a estudiar, durante el periodo comprendido del 1 de Enero al 30 de Junio de 1998 cuya indicación fue Esquizofrenia
2. La población la constituyó el total de casos encontrados en el archivo medico del Hospital Nacional de Salud Mental.
3. En base a lo anterior , se solicito al archivo medico los expedientes clínicos.
4. La boleta fue tabulada y analizada para su efecto.
5. Todos los datos se recabaron por el investigador y se anotaron en al boleta.

PLAN DE ANALISIS

1. Presentación de resultados en cuadros con frecuencia y porcentaje, por ser un estudio de tipo descriptivo.
2. Se interpretó cada cuadro.
3. Se compararon los resultados con los reportados en la literatura.
4. Se formularon conclusiones y recomendaciones.

TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LA INFORMACION

Para el presente estudio el tratamiento estadístico fue descriptivo, ya que consistió posterior a la tabulación de los datos, realizar cuadros en donde se tiene la frecuencia y los porcentajes.

PRESENTACION DE RESULTADOS

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION SEGUN EDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE ENERO-JUNIO DE 1998.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-20 AÑOS	6	13%
21-26 AÑOS	18	39%
27-32 AÑOS	10	21.7%
33-38 AÑOS	4	8.7%
39-44 AÑOS	5	10.9%
45 - MAS AÑOS	3	6.5%
TOTAL	46	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION SEGUN SEXO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE ENERO-JUNIO DE 1998.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	26	56.5%
FEMENINO	20	43.5%
TOTAL	46	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION SEGUN LA OCUPACION DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE ENERO-JUNIO DE 1998.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	14	30.4%
OBRERO(A)	9	19.5%
COMERCIANTE	1	2.1%
ESTUDIANTE	7	15.2%
OTROS	15	32.6%
TOTAL	46	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION SEGUN ESCOLARIDAD EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE ENERO-JUNIO 1998.

ESCORALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	16	34.7%
PRIMARIA	22	47.8%
SECUNDARIA	6	13%
DIVERSIFICADO	1	2.1%
UNIVERSIDAD	1	2.1%
TOTAL	46	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No5

DISTRIBUCION SEGUN PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE ENERO-JUNIO DE 1998.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SUCHITEPEQUEZ	3	6.5%
AMATITLAN	6	13%
CIUDAD CAPITAL	13	28.2%
CHIMALTENANGO	4	8.7%
QUETZALTENANGO	4	8.7%
PROGRESO	2	4.3%
EXTRANJERO	2	4.3%
BAJA VERAPAZ	5	10.9%
JUTIAPA	7	15.2%
TOTAL	46	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION SEGUN DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE ENERO-JUNIO DE 1998.

PERIODO DE DIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 MES-3 MESES	41	89.1%
4 MESES-6 MESES	5	10.9%
7 MESES O MAS	0	0%
TOTAL	46	100%

FUENTE: Boleta de recolección datos

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION SEGUN CONDICION DE EGRESO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL CON DIGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE ENERO-JUNIO DE 1998.

CONDICION DE EGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FALLECIDO	0	0%
CONTRAINDICADO	2	4.3%
MEJORADO	39	84.8%
TRASLADADO	2	4.3%
FUJADO	3	6.5%
TOTAL	46	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio se analizo la incidencia de la esquizofrenia de primer ingreso en el Hospital Nacional de Salud Mental durante el primer semestre de 1998, el cual se representa el universo de los pacientes estudiados. Cabe mencionar que el grupo etareo más afectado se encontro entre las edades de 21 a 32 años, siendo estas las más afectadas como lo describe la literatura.

Como se aprecio en la presentación de resultados vemos que los pacientes estudiados con diagnóstico de esquizofrenia según el sexo el cual el más afectado fue el masculino. El cuadro 3 nos presenta la ocupación del grupo investigado en el que 30.4% (ama de casa) y el 32.6% (otros) siendo estas personas que se encuentran sin ocupación demostrandonos que el nivel socioeconómico bajo afecta en su mayoría el estado del enfermo.

Se determino que la escolaridad del grupo investigado que el 34.7% (analfabeta) y el 47.8% lo constituyeron personas que cursaron algun grado de primaria.(Cuadro 4). Con respecto a la procedencia del grupo podemos observar que su mayoría se encuentran en la ciudad capital (28.2%) siguiendole en frecuencia el departamento de Jutiapa con (15.2%) y el departamento de Baja Verapaz (10.9%) . Lo que nos indica a pensar que la mayoría de los pacientes procedentes de la capital se encuentran sin ocupación manteniendolos en un nivel socioeconómico bajo y por ende corren el riesgo de poder enfermarse.

El tiempo de estancia hospitalaria se representa en Cuadro 6 en donde podemos notar que el rango de 1-3 meses obtuvo el mayor porcentaje, lo que nos puede indicar que los pacientes con esquizofrenia según lo indica la literatura el tiempo de duración de la crisis es de 1 a 6 meses . En el cuadro 7 presenta la condición de egreso de los pacientes tratados por esquizofrenia que en su mayoría presentaron una condición mejorada, lo que indica que el tratamiento brindado a los pacientes fue satisfactorio. Como lo describe la literatura que si los síntomas son tratados adecuadamente por lo menos durante los primeros 6 meses la respuesta de los pacientes es satisfactoria.

IX. CONCLUSIONES

1. Las edades más afectadas fueron las comprendidas al final de la adolescencia y principios de la edad madura, siendo estas de 21-32 años.
2. Es sexo más afectado fue el masculino.
3. El mayor porcentaje de pacientes dignósticados con Esquizofrenia se encontró entre las personas que estan sin ocupación.
4. El tiempo de hospitalización no es un factor que influya en la desición de dar uno u otro tipo de tratamiento a los pacientes, ya que el tiempo que permanecen hospitalizados no es un indicador del tiempo que dure la enfermedad, sino el tiempo que tarda al paciente en responder satisfactoriamente al medicamento utilizado.

X. RECOMENDACIONES

1. Evaluar a todo paciente con cualquier tipo de esquizofrenia según el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) previo a instituir una terapia.
2. Implementar terapias familiares para obtener mejor resultados terapéuticos y poder propiciar la integración de los pacientes a una vida laboral y social plena.
3. Implementar visitas a la familia y al paciente por medio de trabajo social.
4. Que se registren correctamente todos los datos diagnósticos y terapéuticos en las historias clinicas de los pacientes, para que sea de utilidad al realizar trabajos como el presentes.

XI. RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, realizado en Hospital Nacional de Salud Mental, con el fin de conocer los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia. Revisándose un total de 442 historias clínicas de pacientes de ambos sexo; de las cuales 46 contaban con Esquizofrenia, cuyos números de historias clínicas se obtuvieron previamente de los libros de egreso de dicho Hospital, en el periodo comprendido del 1 de Enero al 30 de Junio de 1998.

Posteriormente se elaboró una boleta de recolección de datos para cada historia clínica revisada.

De las historias clínicas revisadas se estableció que en su mayoría se encontraba afectado el sexo masculino comprendido entre las edades de 21-32 años de los cuales se encontraban sin ocupación.

La ciudad capital fue el lugar de procedencia más frecuente de los pacientes que ingresaron al Hospital, seguido por el departamento de Jutiapa.

El periodo de estancia hospitalaria para el total de los pacientes fue en su mayoría dentro del rango de 1-3 meses, egresaron del hospital en una condición mejorada 39 pacientes, 2 pacientes fueron trasladados, 2 de egreso contraindicado, y 3 pacientes se fugaron por lo que no se tiene conocimiento de su evolución.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Barnes Mary y J. Berke. Viaje a través de la locura. Ediciones Martines Roca. Primera Edición. Barcelona 1989.
2. Boleo Manuel. Esquizofrenia Edición de la Biblioteca Colección Avance. UNIV Central de Venezuela.
3. Calderón Amanda. Factores Esenciales en tratamiento de paciente con Diagnostico de Esquizofrenia. Tesis, USAC, Junio 1994.
4. Geza Roheim Magia y Esquizofrenia Ediciones Paidós Iberia S.A. Impreso en España 1982.
5. Oleida Jordi, E y Joan. Esquizofrenia Ediciones Martinez Roca S.A. Impreso en España 1989.
6. Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10). Publicado por la Organización Mundial de la Salud 1992.
7. Váldez Miyar Manuel. (Coordinador de la edición en español). Manual Diagnóstico Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV). Impreso en México, Masson S.A. 1995
8. Vidal Guillermo, Renato Alarcon. Psiquiatria Editorial Medica Panamericana. Impreso en la Aragentina . 1990.
9. Warner R. Schizofrenia. Organización Mundial de la Salud. Geneva. 1995
10. Wilson-Braunwald-Isselbacher-Petersdorf-Martin-Fauci-Root. Harrison: Tratado de Medicina Interna Interamericana Mcgraw-Hill. 13a. Edición 1995
11. Woonuff Robert A.Jr. El Diagnóstico en Psiquiatria. Ediciones Manual Moderno.México D.F 1992.

XIII. ANEXOS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Del trabajo de tesis: ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES INGRESADOS DE ENERO-JUNIO
DE 1998 EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL

No. de Registro: _____ Fecha de egreso: _____
Fecha de ingreso: _____ Sexo: _____
Edad: _____ Escolaridad: _____
Ocupación: _____ Procedencia: _____

Diagnóstico _____

Días de estancia en el hospital:

- Un mes a tres meses
- Tres meses a seis meses
- Seis meses o más

Condición de egreso:

- Fallecido
- Contraindicado
- Mejorado
- Traslado