



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

TEMA:

**Prevalencia de Esquizofrenia en los pacientes del Hospital
de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el
periodo 2019-2021.**

AUTORES:

León Castro Christopher Andres

Ramón García Alex Gabriel

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Vasquez Cedeño Diego Antonio

Guayaquil, Ecuador

29 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **León Castro Christopher Andrés y Ramón García Alex Gabriel**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR

Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs

Guayaquil, a los 29 del mes de septiembre del año



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros: **León Castro Christopher Andrés y Ramón García Alex Gabriel**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de Esquizofrenia en los pacientes del Hospitalde Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sidodesarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 29 días del mes de septiembre del año 2023

AUTORES

León Castro Christopher Andrés

Ramón García Alex Gabriel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros: **León Castro Christopher Andrés y Ramón García Alex Gabriel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de Esquizofrenia en los pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 29 días del mes de septiembre del año 2023

AUTORES

León Castro Christopher Andrés

Ramón García Alex Gabriel

Document Information

Analyzed document	TESIS FINAL ESQUIZOFRENIA.doc (D173239904)
Submitted	2023-08-30 02:14:00
Submitted by	
Submitter email	alex9715ramon@gmail.com
Similarity	0%
Analysis address	diego.vasquez.ucsg@analysis.arkund.com

TUTOR (A)



f. _____
DR. VÁSQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecerle a Dios por cada día poder permitirme obtener este logro, sin él no lo hubiese logrado durante todos estos años. A mis padres, Fanny García y Enrique Ramón, por ser el motor que me impulsaba diariamente para poder lograrlo, siempre estuvieron dándome ese aliento desde el primer día que entre a la universidad, mostrando el apoyo incondicional, no permitiendo que doblegue en ninguna circunstancia. Mis compañeros que fui conociendo en todo este viaje el cual aportaron para poder forjarme como persona y estudiante. Es muy importante para mí mencionar a mis hermanos Jonathan, Katherine y Darwin que en todo este camino supieron comprenderme en cualquier estado emocional que haya estado, al igual que mis padres siempre creyeron en mí.

Muy agradecido con nuestro tutor Vásquez Cedeño Diego por la guía, enseñanza para poder realizar y perfeccionar nuestro trabajo de tesis.

Alex Ramón García

Sería en vano tratar enlistar a todas las personas que se merecen el agradecimiento de este logro. Entre mi familia, que estuvo conmigo en todo el camino y que no me permitió desviarme o rendirme, por más insistente que yo fuera. Entre mis amigos, que estuvieron conmigo durante la carrera y que muchas veces me ayudaron a entender algún tema, otras tantas a confundirme más, pero sobre todo lograron que sonría durante todo el proceso. Y a mi novia, que, junto a mí, somos un equipo experto en ahogarnos en vasos de agua, pero que poco a poco hemos aprendido a nadar. Finalmente está el grupo inmenso de personas entre profesores, ayudantes, o inclusive extraños, que me regalaron una sonrisa, un consejo, un chiste, o una lección que puede que no recuerde en detalle ahora, pero que definitivamente me ayudaron a ser quien soy ahora.

Christopher León Castro



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f.

DR. AGUIRRE MARTÍNEZ JUAN LUIS, MGS
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f.

Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f.

OPONENTE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVOS.....	3
Objetivo General	3
Objetivos específicos	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO	5
DEFINICIÓN	5
FISIOPATOLOGÍA.....	5
FACTORES DE RIESGO.....	6
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	8
Síntomas positivos.....	8
Alucinaciones.....	8
Delirios.....	8
Desorganización	9
Síntomas negativos	9
Deterioro cognitivo.....	9
Alteraciones del humor y ansiedad.....	9
DIAGNÓSTICO.....	9
TRATAMIENTO	10
PREVALENCIA.....	11
RESEÑA HISTÓRICA.....	12
HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	14
DEFINICIÓN	14
HISTORIA.....	14
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL.....	14
INVESTIGACIONES MÁS RECIENTES.....	15
METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	18

Tipo de la investigación	18
Técnicas e instrumentos de investigación	18
Población y muestra	18
Criterios de inclusión.....	18
Criterios de exclusión.....	18
Cálculo del tamaño de muestra	19
Representación estadística de los resultados.....	20
Discusión	25
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES.....	29
REFERENCIAS	30
Anexos.....	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalencia de sexo.....	19
Gráfico 2. Histograma de edad.....	20
Gráfico 3. Categorías de comorbilidades psiquiátricas.....	20
Gráfico 4. Presencia de antecedentes familiares.....	21
Gráfico 5. Tipos de alucinaciones.....	21
Gráfico 6. Prevalencia de Desorganización.....	23
Gráfico 7. Prevalencia de tipos de delirio.....	23
Gráfico 8. Prevalencia de síntomas negativos.....	24

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia es una enfermedad mental que se caracteriza por una alteración de los pensamientos, humor, percepción y comportamiento. A nivel mundial, se estima que entre el 0.1 al 1% de la población la padece, y a nivel nacional está entre las primeras enfermedades en hospitales psiquiátricos.

Metodología: Se realizó un estudio de corte transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021

Resultados: Se analizaron a 208 pacientes, y el sexo predominante fue el femenino (53%). El grupo etario de mayor prevalencia fueron los pacientes con una edad superior a 55 años (35,58%). Se encontraron comorbilidades psiquiátricas en 48,56% de los pacientes y la principal fueron los trastornos de ansiedad en 25,96% de pacientes. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las alucinaciones (85%), siendo las auditivas las principales (60,23%). Los delirios se hallaron en 50% de los pacientes, y el paranoide fue el tipo más frecuente (77,88%). La desorganización se encontró en más de la mitad de pacientes (60,1%). Los síntomas negativos se hallaron en (50%)

Conclusiones La prevalencia de esquizofrenia en los pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021 fue de 14.8%

Palabras Claves: *Esquizofrenia, Prevalencia, Alucinaciones, Delirio, Desorganización, Comorbilidades*

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a mental disease which characterized by an alteration of thoughts, mood, perception and behavior. Globally, its estimated that 0.1 to 1% of the population suffers from it, and nationally its considered to be within the main diseases on psychiatric hospitals

Methodology: A cross sectional, retrospective, observational and descriptive study was conducted on patients with a diagnosis of schizophrenia on the “Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo” during the period of 2019-2021

Results: A group of 208 patients were included on the study. The predominant sex (53%). The main age group were patients with an age superior to 55 years (35,58%). Psychiatric comorbidities were found on 48,56% of patients, and the main comorbidity were anxiety disorders. Most common clinical features were hallucinations (85%), and the most common type were auditory (60,23%). Delusions were found on 50% of patients, and paranoid delusions were the most common (77,88%). Disorganization, was found on more than half of patients (60,1%). Negative symptoms were found on half the population (50%)

Conclusion: The prevalence of schizophrenia on patients of the “Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo “during the period of 2019-2021 was 14.8%

Key words: Schizophrenia, Prevalence, Hallucinations, Delusions, Disorganization, Comorbidities.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un síndrome psiquiátrico caracterizado por un conjunto de síntomas “positivos” como alucinaciones y delirios, por síntomas “negativos” como menor motivación o expresividad, por déficits cognitivos y alteraciones del humor. Este trastorno suele originar en la adolescencia tardía y adultez temprana, pero niños que posteriormente presentarán esta condición, pueden mostrar alteraciones tempranas como un menor coeficiente intelectual o incomodidad social (1).

A nivel mundial, se estima que entre el 0.1 al 1% de la población padece de esta enfermedad. Se la sitúa dentro de las 10 principales discapacidades, por el deterioro que provoca en el desempeño del paciente en la esfera laboral, entre otras esferas sociales(1) (2). Adicional a las repercusiones sociales, se considera que las personas que padecen esta enfermedad tienen una probabilidad de muerte 3 veces mayor que la población general(3).

En Ecuador, si bien no existen cifras específicas, se estima que es la enfermedad encontrada con mayor frecuencia en hospitales psiquiátricos. Esto se corrobora en estudios locales donde se ha hallado incidencia que supera al 50% (4)

A pesar de la elevada frecuencia de esta condición en el mundo, se estima que solo el 31,3% de personas con esquizofrenia reciben atención de salud mental especializada, que se atribuye al hecho de que la frecuencia de esquizofrenia es mayor en países con recursos más limitados (5).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de Esquizofrenia en los pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de Esquizofrenia en los pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019- 2021

Objetivos específicos

1. Establecer la frecuencia de Esquizofrenia según la edad y sexo de los pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021
2. Reconocer la presencia de antecedentes familiares esquizofrenia de los pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021
3. Categorizar las comorbilidades psiquiátricas de los pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021
4. Identificar la frecuencia de las manifestaciones clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021

JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es una de las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en Ecuador y se estima que tanto su incidencia y prevalencia están en ascenso a nivel global (3). Es una enfermedad que deteriora significativamente la calidad de vida del paciente en su esfera personal, social, familiar y laboral. Aun así, más del 50% de las personas con esquizofrenia no recibe una atención especializada apropiada y en países en vías de desarrollo el 90% no recibe tratamiento, lo que puede considerarse inclusive una violación de los derechos humanos (6).

El propósito del estudio es conocer más en detalle la situación actual de esta enfermedad en el país. Esto podría ayudarnos a definir la población más vulnerable y permitirnos desarrollar estrategias para una ayuda precoz. Además, este estudio podría ayudar a orientar al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, ya que no existe una guía clínica sobre esta enfermedad en Ecuador. El objetivo de este estudio es proporcionar nueva información sobre las características demográficas de los pacientes, sobre sus manifestaciones clínicas y factores sociodemográficos que podrían tener alguna relación con el eventual desarrollo de la enfermedad. Información que será de utilidad para médicos generales, estudiantes y especialistas.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad mental que se caracteriza por una alteración de los pensamientos, humor, percepción y comportamiento (7). Existen criterios específicos basados en la clínica que determinan el diagnóstico de la enfermedad.

Si bien son condiciones relacionadas, la psicosis no es lo mismo que esquizofrenia. Psicosis se refiere de forma general, a la pérdida del contacto con la realidad y puede ser visto como resultado de varias condiciones físicas y mentales, entre ellas la esquizofrenia. Además, cabe recalcar que no todos los pacientes que presenten un episodio de psicosis desarrollarán esquizofrenia (8).

FISIOPATOLOGÍA

La etiología de la esquizofrenia sigue sin ser totalmente entendida, sin embargo, los estudios sugieren que en su origen se involucra la genética, el entorno y procesos psicológicos y sociales(2). El modelo de la diátesis- estrés es el más común para explicarlo. Este describe que una persona con la predisposición (diátesis) está expuesta por un determinado periodo de tiempo a influencias que producen estrés (estresantes) que finalmente conducen a los síntomas(3).

El efecto de la terapia farmacológica ha derivado en diversas hipótesis del rol de los neurotransmisores para su desarrollo. Gran parte de las drogas utilizadas para el manejo de la esquizofrenia bloquean al receptor D2. Por esta razón, surgió la hipótesis de que el exceso de dopamina en el tracto mesolímbico es responsable en parte por la enfermedad (9). Sin embargo, en pacientes con niveles de dopamina controlados con medicación aún presentan síntomas psicóticos, lo cual sugiere que otros factores deben

estar involucrados. Se ha encontrado una relación con la hipofunción de los receptores NMDA y disfunción de las interneuronas GABAérgicas (10)(11).

FACTORES DE RIESGO

Existen múltiples factores de riesgo asociados a la esquizofrenia, que se pueden clasificar en genéticos y externos.

Factores genéticos

Estudios en pacientes gemelares muestran que existe probablemente una relación importante entre factores genéticos y la esquizofrenia. Específicamente, la concordancia en gemelos monocigóticos es de un 40-50 por ciento y de gemelos dicigóticos es de un 10-15 por ciento. Sin embargo, esto también implica que no es una condición dictaminada en su totalidad por la genética, sino que debe existir también un impacto del ambiente (12).

No se han identificado todavía los genes involucrados en el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, estudios de asociación del genoma completo podrían indicar que existe un efecto aditivo de múltiples genes que es responsable del desorden. En estudios de polimorfismos de hasta 500,000 nucleótidos se encontró una asociación significativa con hasta 108 de los mismos (13).

Factores externos Complicaciones obstétricas

Problemas perinatales están relacionados con un incremento del riesgo de hasta dos veces de esquizofrenia. Estos incluyen hipoxia fetal, prematuridad, infección materna y hemorragia(14) . Además, se han encontrado otros factores de riesgo como ser producto de un embarazo no deseado, hambruna, etc. Que tienen como mecanismo fisiopatológico común un aumento de estrés perinatal (15).

Infecciones

Existen estudios que sugieren que ciertos agentes infecciosos pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia. Hay estudios donde se han encontrado un aumento de prevalencia de esquizofrenia en pacientes nacidos durante alguna epidemia de influenza (16). Altos niveles de IgG materno para el parásito de toxoplasma gondii han sido relacionados con un aumento de riesgo relativo de desarrollar esquizofrenia que supera el 50%, entre otros (17).

Inflamación

La elevación en los niveles de citoquinas pro inflamatorias ha sido encontrado como un hallazgo frecuente en pacientes con esquizofrenia. Existe evidencia de desórdenes autoinmunes que se asocian a una mayor prevalencia de esquizofrenia, tales como enfermedad celiaca o cistitis intersticial (18)

Hábitos tóxicos

Hay estudios que han evidenciado que el uso de cannabis es un factor de riesgo para el desarrollo de psicosis. Sin embargo, este aumento de riesgo está relacionado a otros factores de riesgo como los antecedentes familiares (19). Así mismo, el consumo de cigarrillos también se ha relacionado a una mayor prevalencia de esquizofrenia, siendo el riesgo dosisdependiente (20).

Factores sociales

Poblaciones inmigrantes tienen un riesgo superior a las nativas para el desarrollo de esquizofrenia. Posibles explicaciones incluyen un diagnóstico excesivo en estas poblaciones, el stress por razones múltiples y la deficiencia de vitamina D (21). También se ha encontrado una relación positiva entre el desarrollo de esquizofrenia y el abuso físico, psicológico o sexual durante la infancia (22).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia pueden agruparse en 4 categorías principales:

- Síntomas positivos
- Síntomas negativos
- Déficit cognitivo
- Alteraciones del humor y ansiedad

Síntomas positivos

Aquí se agrupan a las alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado y alteraciones de comportamiento (23).

Alucinaciones

Se pueden definir como la percepción sensorial de un estímulo sin la existencia del mismo. A su vez puede subclasificar de acuerdo al sentido involucrado, pero las más frecuentes son las alucinaciones auditivas y visuales. Las alucinaciones auditivas se han encontrado en varios estudios en un 40-80% de pacientes. Frecuentemente se escuchan voces, pero también pueden ser otros estímulos sensitivos como música (24).

Delirios

Los delirios son creencias firmes pero falsas, y se presentan también en la mayoría de pacientes con esquizofrenia. Estas creencias pueden ser el medio del paciente para explicar las alucinaciones, ya que la noción de su enfermedad puede ser limitada. Se pueden clasificar de forma general en delirios bizarros cuando son claramente imposibles y su contenido es incomprensible. O no bizarros, donde el contenido es comprensible y tiene la posibilidad de ser verdad, aunque no lo sean.

De acuerdo con el contenido, se pueden clasificar en delirios paranoides, nihilistas, de grandiosidad, referencia y erotomaníacos (24).

Desorganización

Aquí se engloba un patrón de comportamiento o pensamientos desconectado, inconexo, etc. Las formas más comúnmente encontradas son tangencialidad, donde el paciente se aleja del tema sin responder a una pregunta apropiadamente, y discurso circunstancial, en que el paciente responde a una pregunta, pero de una forma retardada e indirecta (25)

Síntomas negativos

Son usualmente la presentación inicial de esquizofrenia, siendo hallazgos en un 70% de los pacientes. Estos pueden ser primarios o ser resultado de las otras manifestaciones de la esquizofrenia. Por ejemplo, el aislamiento social que resulta de la paranoia. Se los puede subdividir en apatía, anhedonia, asocialidad, alogia y aplanamiento afectivo (26).

Deterioro cognitivo

Aquí se engloban varias áreas cognitivas que se pueden deteriorar en la esquizofrenia: Atención, memoria de trabajo, aprendizaje verbal y visual, razonamiento, comprensión verbal y cognición social. Los pacientes con esquizofrenia tienen como media dos desviaciones estándar menos en el desempeño de estas áreas con respecto a sujetos sanos en estudios neuropsicológicos.

Alteraciones del humor y ansiedad

Estos son hallazgos en mayor frecuencia en esta población que la población general. La depresión es un hallazgo en hasta el 25% de pacientes con esquizofrenia (27). Así mismo, la presencia de un desorden de ansiedad es una comorbilidad común en la esquizofrenia (28).

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico se utilizan los criterios de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) o el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). De forma general, se requiere de la presencia

de síntomas característicos más disfunción social u ocupacional por al menos 6 meses

Según la CIE-11 se requiere de una combinación de al menos un síntoma psicótico de primer rango o al menos 2 de otros síntomas como catatonía o pensamiento desorganizado.

Por otro lado, según el DSM-5 se requiere de: 2 o más síntomas característicos presentes por una porción significativa de tiempo durante un periodo de 1 mes; Disfunción laboral, interpersonal o de autocuidados desde el inicio del cuadro; persistencia de las manifestaciones por más de 6 meses; Descarte de otros trastornos de humor o psicoafectivos y no ser resultado del abuso de una sustancia (29).

TRATAMIENTO

El tratamiento depende de la presentación de la enfermedad. La terapia con antipsicóticos en el manejo de psicosis aguda tiene como objetivo la estabilización de la psicosis aguda. Se recomienda el uso de antipsicóticos de segunda generación como el tratamiento de primera línea en la mayoría de casos. Entre los antipsicóticos disponibles, escoger aquel que se acomode más a las comorbilidades del paciente síntomas y efectos adversos potenciales. Más comúnmente se utiliza al aripiprazol o risperidona por su perfil de efectos secundarios favorable.

Se opta por los antipsicóticos de segunda generación porque tienden a producir menos síntomas extrapiramidales. Más allá de esto, las diferencias en el perfil de los antipsicóticos de primera o segunda generación, es similar. Se recomienda una administración que pase de la dosis inicial al rango terapéutico lo más pronto posible, a menos que haya alguna contraindicación. La resolución de los síntomas suele tomar entre varios días hasta 6 semanas.

Hasta ahora, no existe una cura definitiva para la enfermedad. Los objetivos del tratamiento de mantenimiento son: Minimizar los síntomas y las limitaciones funcionales, evitar recaídas, minimizar los efectos secundarios de la medicación y la integración completa del paciente a la sociedad

El enfoque recomendado actualmente es uno multidisciplinario en pacientes que hayan pasado por un episodio agudo de psicosis. Estos se han asociado a menor tasa de hospitalización, menor sintomatología y mejores habilidades interpersonales y cotidianas. Este enfoque involucra de forma individualizada farmacoterapia, intervención familiar, y otros servicios de alcance a la comunidad

Además, se debe destacar el rol de la educación al paciente, con respecto a la toma de su medicación. Para aumentar la adherencia, es especialmente importante su educación con respecto a los posibles efectos adversos (como síntomas extrapiramidales o sedación) y del posible riesgo de la recurrencia en la sintomatología si se interrumpe el esquema farmacológico de forma prematura (30).

PREVALENCIA

Mundialmente, la esquizofrenia afecta aproximadamente a 24 millones de personas, o, dicho de otro modo, al 0,32% de la población. Afecta por igual a hombres y mujeres, se inicia entre la segunda y tercera década de la vida y hasta el momento no se ha encontrado tratamiento efectivo (31).

Se encuentra además dentro de las principales 10 causas de discapacidad a nivel global. Existe un amplio rango de variabilidad en la capacidad de los pacientes de desempeñar en su vida diaria, pero por lo general se asocia a un deterioro importante de los estratos sociales, familiares y personales del paciente (1) (6). Añadido a sus repercusiones en el bienestar psicológico del paciente, se estima que las personas con esquizofrenia tienen una probabilidad de morir 2 a 3 veces mayor que la de la población general que

resulta de causas orgánicas como cardiovasculares, metabólicas, entre otras(32).

En Ecuador, según el informe de sobre el IESM realizado por la OMS, esta es la enfermedad encontrada con mayor frecuencia en hospitales psiquiátricos. Esto se corrobora por un estudio de la Universidad Católica de Esmeraldas en que se encontró una prevalencia del 70% en una muestra tomada en la localidad. Según la INEC, se han registrado 175 casos en personas entre 18 y 25 años (4).

Tanto la incidencia como la prevalencia de la Esquizofrenia parecen aumentar con el paso del tiempo (33). A nivel mundial, la proporción de un tratamiento para los pacientes con esquizofrenia es un desafío. Se estima que solo el 31,3% de personas con psicosis reciben atención de salud mental especializada en parte relacionado en que existe una mayor incidencia de esquizofrenia en poblaciones de bajos recursos (5).

RESEÑA HISTÓRICA

El estudio que fue realizado por el francés Morel en los entre los años de 1857-1860 donde determina e indica el término de la demencia precoz. Que es como aparece en la bibliografía de las ciencias médicas por primera vez (34)

Abraham y Taylor en el año de 1983, refirieron que el factor de la genética es un tema importante en función de heredar a sus ascendientes con la esquizofrenia, aunque esto aún está en debate actualmente.

En la época del siglo XX existió más profundización sobre los temas psiquiátricos, en el año de 1938 el neurólogo italiano Hugo Cerletti y su ayudante Lucio Bini empezaron por optar maniobras o técnicas de electrochoques que se comenzó a utilizar en animales por lo que surgió este tipo de terapia electro convulsivante, teniendo sus objetivos de logro reducir

los aspectos positivos de esta patología en comparación a otros tratamientos (35).

En un principio dentro de los primeros tratamientos que se realizó para la esquizofrenia fue la intervención como un experimento en su inicio el cual fue la descarga eléctrica en animales, y en el año de 1938 fue cuando se aplicó por primera vez en un humano, que se escogió a un vagabundo que fue llevado a un centro psiquiátrico. Se le aplicó la descarga eléctrica con una intensidad de menor a mayor, luego de once sesiones dejó de tener alucinaciones y fue catalogado como un éxito. Por lo que se apartó el uso de analépticos, dejando así a esta nueva terapia (36).

Frente al tratamiento en la esquizofrenia, se realiza el uso de antipsicóticos, que va actuar principalmente como un sedante y a la vez antipsicótico. Estos van a intervenir en los trastornos de alucinación, delirios, entre otros. Donde se presencia que tiene más efectividad en los síntomas positivos.

Cuando se hace el uso de estos antipsicóticos va a ser dependiendo de la edad, el deterioro y el estado físico del paciente, así mismo los cuadros de estimulación psicomotriz. Estos pueden mostrar varios efectos adversos. La respectiva indicación de la dosis es de 30 mg/día de haloperidol, en un lapso de 5 semanas, y si no se ha visto alguna respuesta esperada ya se hace el uso de pimozida o clozapina.

Desde un principio de la esquizofrenia ya se daba varias teorías como su definición y así mismo criterios o síntomas que indican un diagnóstico donde en los años 1887-1967 Schneider mencionó cuáles eran estos principales síntomas los cuales eran las alucinaciones; las ideas delirantes; los trastornos accesorios de la memoria; los síntomas catatónicos y las peculiaridades del lenguaje y de la escritura que se lo conoce como accesorios de Bleuler y aisló una serie de experiencias psicóticas que denominó de “primer rango” por su utilidad para detectar la presencia de lo esquizofrénico. En el año de 1950 en su clínica él formula estos síntomas en los que están incluidos “la

sonorización del pensamiento, la audición de voces que opinan y replican al sujeto, la audición de voces que comentan sus acciones, las experiencias corporales de influencia, el robo del pensamiento y otras influencias ejercidas sobre el pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y la convicción de ser influenciado en los sentimientos, tendencias y voliciones” (31).

HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

Definición

El Hospital Teodoro Maldonado Carbo es una unidad prestadora de servicios de salud de tercer nivel, de referencia zonal y que forma parte del IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social). Está integrada a la Red Pública de Salud y provee tanto de atención ambulatoria como hospitalaria en áreas como cirugía clínica, cuidado materno-infantil, entre otras especialidades (37)

Historia

El Hospital Teodoro Maldonado Carbo se llamó inicialmente “Hospital Regional de Guayaquil” durante su fundación el 7 de octubre de 1970. Fue durante la década de los sesenta en la que, junto al hospital Carlos Andrade Marín en Quito y Teodoro Carrasco en Cuenca que se inauguró el hospital (38).

Departamento de salud mental

El Hospital consta, entre otras unidades técnicas, con una unidad de salud mental en el que se trata, entre otras enfermedades: Depresión, Esquizofrenia, demencia, etc. Se atendió durante el periodo entre enero y agosto del 2022 a 17511 pacientes por el equipo que se compone tanto de médicos psiquiatras, como psicólogos (39)

Investigaciones más recientes

Durante los últimos cinco años se han hecho varios estudios que han permitido ahondar el conocimiento existente sobre esta enfermedad. Entre los más destacados tenemos:

En un estudio publicado en el 2022 por la JAMA (Journal of the American Medical Association) se evaluó la eficacia de la estimulación cerebral no invasiva en el manejo de los síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia. En esta revisión sistemática se evaluaron los hallazgos de la estimulación transcraneal magnética repetitiva, estimulación transcutánea del nervio vago, etc. Se halló que la estimulación en la corteza prefrontal dorsolateral izquierda estaba asociada con disminución de la severidad de los síntomas negativos (40).

En un estudio publicado en 2019 por ELSEVIER, se realizó una revisión sistemática para evaluar la relación entre las alteraciones subjetivas del sueño y experiencias psicóticas. Aquí se encontró que el insomnio y el trastorno de pesadillas representaban los problemas del sueño más prevalentes. Las interrupciones del sueño son predictoras de la aparición y persistencia de experiencias psicóticas como la paranoia y las alucinaciones. Además, todos los estudios con intervenciones psicológicas reportaron un efecto significativo en la mejora del sueño (41).

En un estudio publicado en 2022 por la librería de Cochrane, se comparó la reducción de dosis de antipsicóticos a las dosis mínimas terapéuticas, con el mantener la dosis actual en pacientes con esquizofrenia. Esta revisión sistemática llegó a la conclusión de que no existía una diferencia entre los grupos en que se redujo la dosis y aquellos que la mantenían en cuanto a la calidad de vida, funcionamiento y números de pacientes con al menos un efecto adverso. Sin embargo, los grupos con reducción de dosis presentaban mayor riesgo de recaídas y de abandono del tratamiento (42).

En un estudio publicado en 2021 por la Revista Americana de Psiquiatría, en que se evaluaba la prevención de recaídas y aceptabilidad de antipsicóticos inyectables de larga acción en el tratamiento de mantenimiento de pacientes con psicosis no afectivas, un grupo de fármacos como la Paliperidona (en formulación de 1 y 3 meses) así como aripiprazol y olanzapina, presentaron los efectos más significativos en la prevención de recaídas y aceptabilidad (43).

En un estudio publicado en 2022 por Cambridge, se evaluó la efectividad de 3 esquemas de manejo para el primer episodio de esquizofrenia durante 5 años. Tratamiento especialista sostenido, Tratamiento especializado más grupos de padres o tratamiento usual con recaídas psicóticas y funcionamiento social. Finalmente se encontró que no existían diferencias significativas entre los diferentes esquemas en cuanto al tiempo para la primera recaída o tasa de la primera recaída (44).

En un estudio publicado en 2022 en que se evaluaba el impacto inmediato y sostenido del entrenamiento Meta cognitivo y evaluar el tratamiento y moderadores para identificar los factores posiblemente asociados con la variedad de efectos. Se encontró que la terapia meta cognitiva está asociada con beneficios hasta 1 año posterior a la intervención en varios contextos de tratamiento (45).

En un estudio de cohorte publicado en 2021 por Oxford, se evaluó el riesgo de morbilidad y mortalidad de COVID-19 en entre pacientes con esquizofrenia, controlando variables de confusión sociodemográficas y médicas. Se encontró una mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad en pacientes con esquizofrenia, en comparación a los controles, más allá de los factores médicos y sociodemográficos (46).

Hallazgos recientes en el tratamiento con neuro retroalimentación para las alucinaciones auditivas para la esquizofrenia prometen permitir a los pacientes ganar control sobre sus alucinaciones auditivas regulando sus propias redes relacionadas al lenguaje y discurso. Sin embargo, permanece siendo un número limitado de estudios y existen desafíos logísticos (47).

METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tipo de la investigación

Estudio de prevalencia o de corte transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo.

Técnicas e instrumentos de investigación

Se realizó la recolección de datos mediante el análisis cualitativo de historias clínicas, las cuales fueron realizadas en el departamento de emergencias y emitidas por el departamento de tecnología, investigación y comunicación en salud (TICS) del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. La información una vez recolectada fue almacenada en una hoja de Microsoft Excel 2016

Población y muestra

El universo estuvo conformado por un total de 459 pacientes correspondientes al diagnóstico CIE-10: F200 (esquizofrenia paranoide), de este grupo se excluyeron 43 pacientes por no cumplir los criterios de inclusión, obteniendo una población de 416 pacientes que corresponden a los pacientes con esquizofrenia del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide (CIE-10 F200)
- Pacientes que fueron atendidos para esta condición por consulta externa u hospitalización en el período de enero del 2019 a diciembre del 2021.

Criterios de exclusión

- Pacientes con información incompleta en su historia clínica, al no poderse constatar las variables de estudio
- Pacientes agregados con un diagnóstico erróneo en el sistema
- Pacientes hospitalizados por otra causa clínica que no corresponda a esquizofrenia paranoide

Cálculo del tamaño de muestra

Con una población de 416 pacientes, se determinó el tamaño de la muestra bajo los parámetros de un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Se obtuvo un valor final de 200 pacientes. Para la elección de pacientes, se utilizó un método de muestreo no aleatorio sistemático, en que se tomó a 1 de cada 2 pacientes, dándonos como valor final a 208 pacientes para la muestra

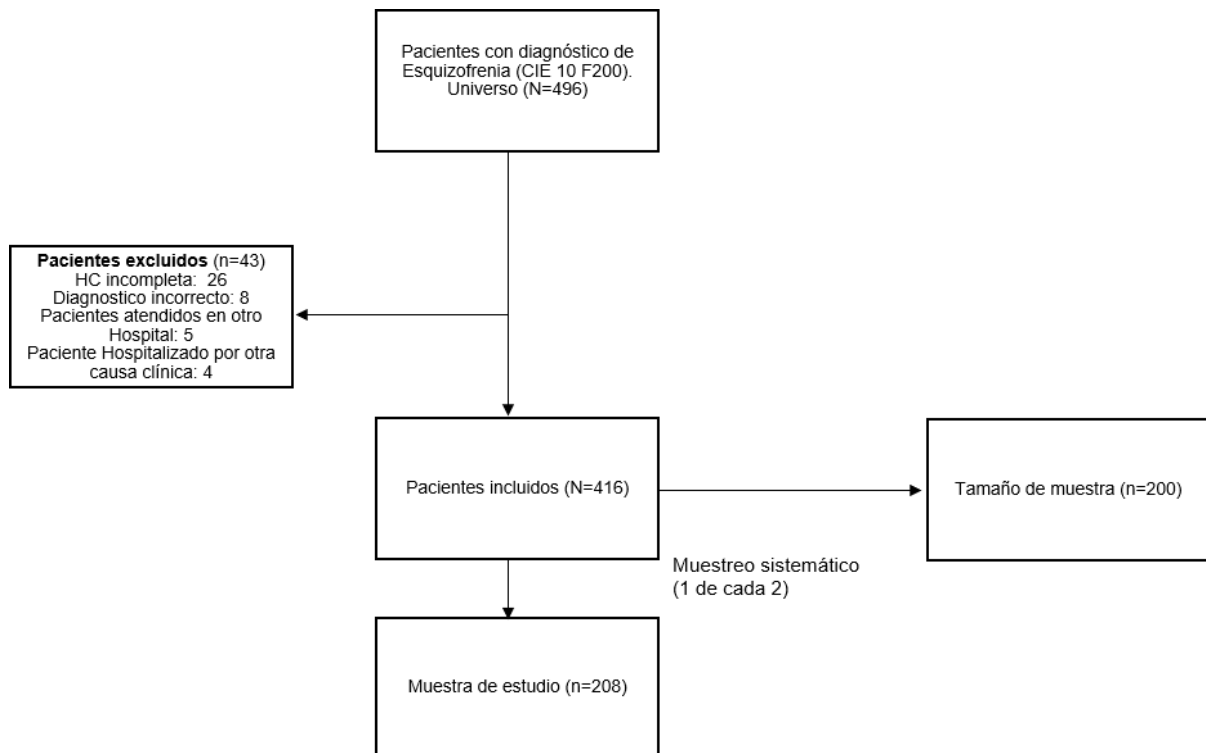


Figura 1. Diagrama de flujo con las etapas de la selección de muestra de estudio

REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS RESULTADOS

$$P = 416 / 2810 \times 100 = 0,148 \times 100 = 14,8\%$$

La población del estudio corresponde a 416 pacientes que fueron atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado durante el periodo 2019-2022, de los cuales 208 se tomaron como muestra.

El total de pacientes atendidos en el departamento de psiquiatría durante los años 2019 a 2021 fue de 2810. El total de la población de estudio corresponde a 416 pacientes. La prevalencia de pacientes con esquizofrenia corresponde a 14.8% de los pacientes.

Ante el análisis de los datos, se encontró que el 53% de los pacientes corresponde al sexo femenino y el 47% al sexo masculino.

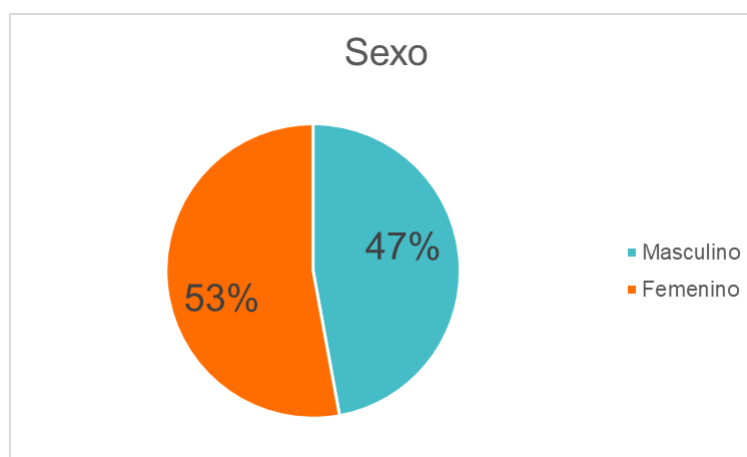


Gráfico 1. Prevalencia de sexo

Se encontró que la frecuencia de pacientes con esquizofrenia aumentó con la edad. El grupo de mayor prevalencia fueron los pacientes con una edad superior a 55 años, con el 35,58%. Fueron seguidos en frecuencia por los de 45-54 años con el 26,44%; luego los de 35-44 años con el 21,15%, los de 25-34 años con el 11,06% y finalmente el grupo de menor frecuencia fueron los menores a 25 años con el 5,77%.

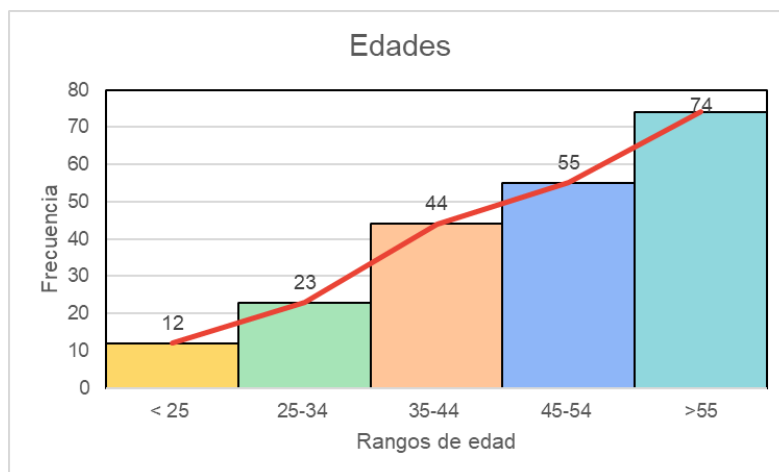


Gráfico 2. Histograma de edad

En lo que corresponde a las comorbilidades psiquiátricas, estas se hallaron en cerca de la mitad de la población, en 48,56% de los pacientes. Entre las comorbilidades, la más común fueron los trastornos de ansiedad, hallados en un 25,96% de pacientes, seguidos de la depresión en un 16,82%. También se hallaron en menor proporción el trastorno bipolar y el retraso mental con una frecuencia de 4,33% y 1,92% respectivamente

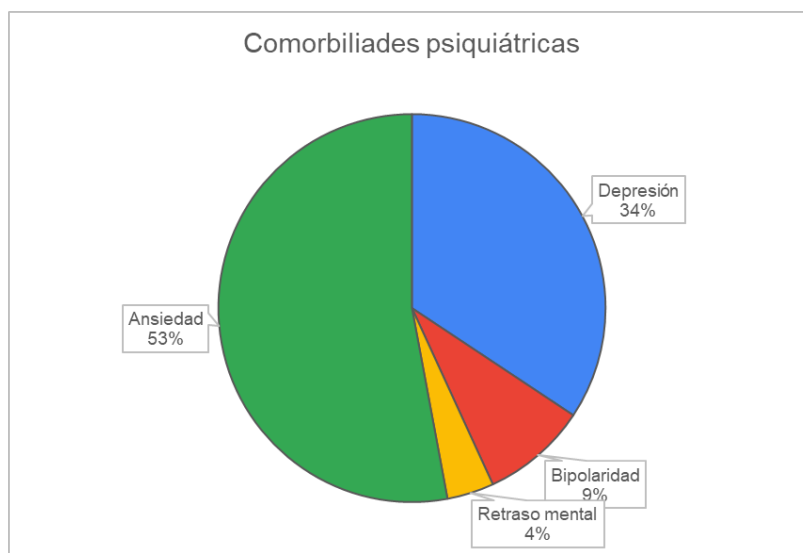


Gráfico 3. Categorías de comorbiliades psiquiátricas

Los antecedentes familiares de esquizofrenia no fueron un hallazgo muy frecuente, siendo encontrados solo en el 5,77% de la población versus el 94,23% que no los presentaba

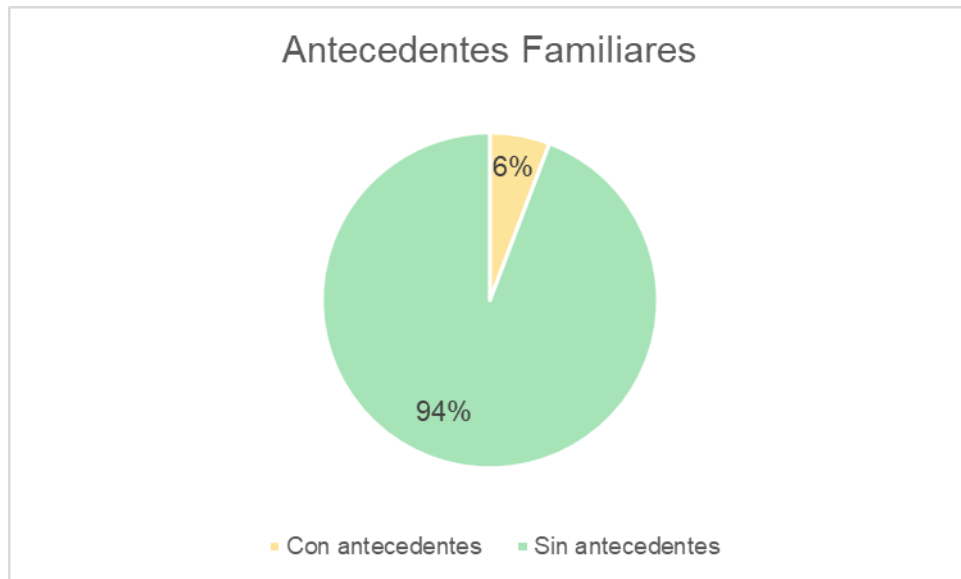


Gráfico 4. Presencia de antecedentes familiares

Con respecto a las manifestaciones clínicas que presentaron en algún punto de su condición, las alucinaciones fueron la más frecuente, siendo un hallazgo en el 85% de los pacientes. En lo que corresponde a los tipos de alucinaciones, las alucinaciones auditivas fueron las más frecuentes, con el 60,23%, seguido de un cuadro mixto de alucinaciones visuales y auditivas en un 24,43% de los pacientes. Luego están los pacientes que sufrían solamente alucinaciones visuales con un 14.20%. Finalmente, en la menor proporción se reportaron 2 pacientes o 1,14% con alucinaciones táctiles y no hubo reportes de alucinaciones olfatorias o gustativas

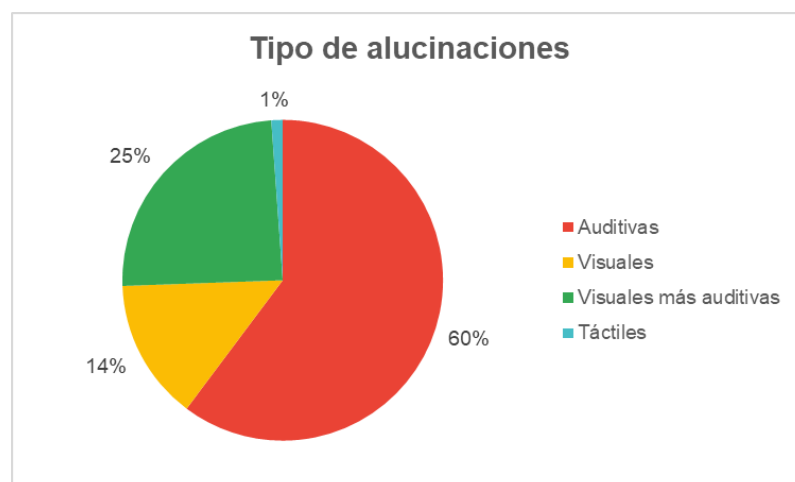


Gráfico 5. Tipos de alucinaciones

Otra manifestación clínica muy frecuente fue la desorganización, ya sea de lenguaje o de comportamiento. Este fue un hallazgo en 39,90% de los pacientes versus el 60,1%.



Gráfico 6. Prevalencia de Desorganización

Además, la mitad de los pacientes presentaron algún tipo de delirio. Entre los tipos de delirio, el más frecuente fue del tipo paranoide, en un 77,88% de los pacientes, seguido de delirios bizarros o no clasificables en un 11,54%. En menor proporción se hallaron el delirio de referencia en un 5,77%; el delirio de grandiosidad en un 2,88% de los pacientes y el delirio erotomaniaco en 1,92% de los pacientes

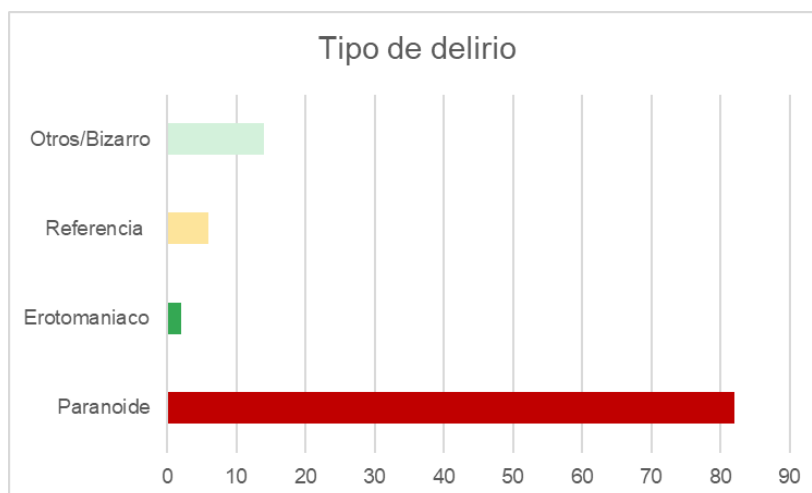


Gráfico 7. Prevalencia de tipos de delirio

Finalmente, en lo que corresponde a los síntomas negativos, lo cual incluye apatía, anhedonia, asocialidad, alogia y aplanamiento afectivo. Fue un hallazgo en la mitad de la población los presentó, o, en otras palabras, el 50% de los pacientes.



Gráfico 8. Prevalencia de síntomas negativos

Discusión

La esquizofrenia está situada dentro de las principales 10 causas de discapacidad a nivel global y por lo general se asocia a un deterioro importante de los estratos sociales, familiares y personales del paciente (1) (6). Es una de las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en Ecuador y se estima que tanto su incidencia y prevalencia están en ascenso a nivel global (3). Existen en la actualidad múltiples investigaciones con el propósito de poder profundizar en el conocimiento de sus causas y mejorar el manejo disponible.

En un estudio realizado por Julián et Al (48), se evidenció que la prevalencia de esquizofrenia de 14.6%. En un estudio por Rivera Heidi (49) se encontró una incidencia de 22.02%. En nuestro estudio, la prevalencia fue de 14.8% de los pacientes, siendo un valor similar al hallado en los demás estudios.

En un estudio de las características Epidemiológicas de pacientes con Esquizofrenia realizado por la Benavides-Portilla et al(50), en Colombia, se encontró que el grupo predominante era el sexo masculino, conformando el 65% de los pacientes, lo cual difiere con la prevalencia del 47% hallada en este estudio. Por otro lado, en un trabajo realizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Virgen de Fátima, en Perú 2019, la frecuencia de pacientes masculinos correspondió al 40.9% (51). A nivel global se estima que existe una ligera predominancia del sexo masculino sobre el femenino, a una razón de 1.4:1, sin embargo, esta diferencia no es corroborada por muchos estudios (52).

Con respecto al grupo etario, Benavides-Portilla et al mostraron que el principal grupo correspondía al de 27-33 años, con el 19.6% y una media de 40 años. Así mismo, en el mismo estudio realizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Virgen de Fátima se halló que el grupo

etario predominante el de pacientes con edades entre 15-29 años, con el 40%, seguidos por los de 30-44 años, con el 29.5%.

Por otro lado, en nuestro estudio se observó que la media correspondía a 49 años, y el mayor grupo etario era superior a los 55 años, correspondiente al 35,58% de pacientes.

Con respecto a las manifestaciones clínicas, en un trabajo realizado por Stentebjerg-Olesen et al. realizado en 2016 en una recopilación de varios países, se indica que la prevalencia de alucinaciones es de un 70.3% de los pacientes. Entre los tipos de alucinaciones, las más frecuentes son las alucinaciones auditivas, en un 81.9% de los casos. En este mismo trabajo, se expone que los delirios son un hallazgo en 77.5% de los pacientes y entre estos, el delirio de persecución fue el más representativo con un 48.5% de los pacientes. La desorganización del pensamiento se reportó en un 65.5% de los pacientes (53). Así mismo, en un estudio por McCarthy-Jones et al (54) donde se observó la prevalencia de diferentes tipos de alucinaciones en pacientes con esquizofrenia, el tipo principal fueron las alucinaciones auditivas en 64% de la población, seguidas de las visuales en 23% de los pacientes.

En un estudio por Copo et Al (55) en Cuba durante el año 2011, los antecedentes familiares fueron un hallazgo presente en el 90% de los casos, siendo mayor el porcentaje si hay un mayor parentesco. Por otro lado, en un metaanálisis realizado por Chu et Al (56), se encontró una prevalencia de 3.03% de antecedentes familiares de primer grado. En nuestro estudio el hallazgo encontrado en el 5,77% de la población.

Podemos afirmar que los hallazgos fueron muy similares a los descritos en nuestro estudio, siendo las alucinaciones un hallazgo en la mayoría de la población, el 84.62%. Además, las alucinaciones auditivas también fueron el grupo preponderante, con el 60.23%. Los delirios fueron un hallazgo así mismo, en aproximadamente la mitad de los pacientes y el delirio paranoide fue la categoría principal, con el 77.88% de los pacientes. Finalmente, la

desorganización del lenguaje fue hallado en una proporción similar, con el 60% en nuestro estudio

La prevalencia del trastorno depresivo en pacientes con esquizofrenia se ha reportado a ser un valor alrededor del 40%(57). En un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico de La Habana (58), se evaluó la prevalencia de depresión en pacientes con esquizofrenia. En este grupo de pacientes, la depresión fue una comorbilidad en el 20% de los casos. Así mismo, en un estudio realizado en Eslovenia en el 2009 por la el hospital psiquiátrico Hospital Ljubljana, se encontró que la prevalencia de depresión en pacientes con esquizofrenia fue de aproximadamente el 25%. En nuestro estudio la prevalencia de depresión fue similar, con un 16,83%, siendo un hallazgo

Con respecto a los trastornos de ansiedad, un estudio realizado por Braga et Al (59) reportó la presencia de alguna comorbilidad dentro de esta categoría en un 41.5% de los pacientes. Así mismo, en un metaanálisis realizado por Achim et al (28), se halló una prevalencia de 38.3% . En nuestro estudio, los trastornos de ansiedad fueron menos frecuentes, descritos en 25.96% de los pacientes

Finalmente, con respecto a los síntomas negativos, Robes et Al (60) manifestaron que los síntomas negativos se presentaron en 57.6% de pacientes dentro de su estudio. Así mismo, en un estudio realizado por Wolfram et al (61), se encontró que la prevalencia de al menos 1 síntoma negativo en pacientes con esquizofrenia fue del 35-70% durante el curso de su enfermedad. En nuestro estudio, la prevalencia se encontró dentro de este rango, con un 50% manifestando al menos un síntoma negativo.

CONCLUSIONES

La prevalencia de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo entre los años 2019-2021 corresponde a 14.8% de los pacientes

Existe una mayor prevalencia en el sexo femenino con el 52,88%, mientras que el sexo masculino representa el 47,12%. En cuanto a la frecuencia encontrada según en el grupo de edades, se observó que el mayor grupo etario era superior a los 55 años, correspondiente al 35,58% de los pacientes.

La presencia de antecedentes familiares con esquizofrenia fue un hallazgo en el 6% de pacientes.

Las comorbilidades psiquiátricas fueron un hallazgo en 48,56% de los pacientes, y las más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad con el 25,96%, seguidos de Depresión con el 16,82%, y con menor frecuencia el trastorno bipolar, retraso mental con el 4,33% y 1,92%.

Finalmente, entre las manifestaciones clínicas que se registraron en nuestro estudio, se encontraron alucinaciones en el 85% de los pacientes. Las alucinaciones auditivas siendo la más frecuente de estas, con un total de 60,23%. El 50% de los pacientes manifestó algún tipo de delirio, siendo el más frecuente el paranoide, en un 77,88%. El 40% presentó algún tipo de desorganización y los síntomas negativos fueron encontrados en el 50% de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización de estudios adicionales sobre las características de la esquizofrenia. Especialmente se recomienda estudios multicéntricos y prospectivos, que permitan corroborar los resultados de este estudio. También, se recomienda informar a los pacientes sobre la elevada frecuencia de esta enfermedad, sus características clínicas y factores relacionados para poder recibir atención más precozmente. Adicionalmente, se sugiere que pacientes que presenten las manifestaciones clínicas más comunes, especialmente los adultos mayores, reciban una evaluación especializada para el diagnóstico de esta enfermedad.

Finalmente, se recomienda que en personas que ya presenten el diagnóstico de esquizofrenia se investigue la presencia de alguna comorbilidad psiquiátrica, y que se hagan evaluaciones periódicas respaldadas por alguna escala.

REFERENCIAS

1. Marder SR, Cannon TD. Schizophrenia. Ropper AH, editor. N Engl J Med. 31 de octubre de 2019;381(18):1753-61.
2. Volkan K. Schizophrenia: Epidemiology, Causes, Neurobiology, Pathophysiology, and Treatment. Journal of Health and Medical Sciences. 2020;
3. BMJ Best Practice Schizophrenia. BMJ Publishing Group; 2022.
4. Frey JES, Barros ADM, Moyano GQ, Minaya AR, Macas RYS. Caso clínico: Esquizofrenia Paranoide. 2018;9(1):10.
5. Jaeschke K, Hanna F, Ali S, Chowdhary N, Dua T, Charlson F. Global estimates of service coverage for severe mental disorders: findings from the WHO Mental Health Atlas 2017. Glob Ment Health (Camb). 21 de julio de 2021;8:e27.
6. WHO. WHO.int. 2022 [citado 11 de octubre de 2022]. Esquizofrenia. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
7. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management.
8. Psychosis in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation - UpToDate [Internet]. [citado 25 de agosto de 2023].
9. Benjamin KJM, Chen Q, Jaffe AE, Stolz JM, Collado-Torres L, Huuki-Myers LA, et al. Analysis of the caudate nucleus transcriptome in individuals with schizophrenia highlights effects of antipsychotics and new risk genes. Nat Neurosci. noviembre de 2022;25(11):1559-68.
10. Recent advances in the phencyclidine model of schizophrenia. AJP. octubre de 1991;148(10):1301-8.
11. Bojesen KB, Ebdrup BH, Jessen K, Sigvard A, Tangmose K, Edden RAE, et al. Treatment response after 6 and 26 weeks is related to baseline glutamate and GABA levels in antipsychotic-naïve patients with psychosis. Psychol Med. 50(13):2182-93.
12. Cardno AG, Marshall EJ, Coid B, Macdonald AM, Ribchester TR, Davies NJ, et al. Heritability Estimates for Psychotic Disorders: The Maudsley Twin Psychosis Series. Archives of General Psychiatry. 1 de febrero de 1999;56(2):162-8.
13. Ripke S, Neale BM, Corvin A, Walters JT, Farh KH, Holmans PA, et al. Biological Insights From 108 Schizophrenia-Associated Genetic Loci. Nature. 24 de julio de 2014;511(7510):421-7.

14. Clarke MC, Harley M, Cannon M. The Role of Obstetric Events in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* enero de 2006;32(1):3-8.
15. Koenig JI, Elmer GI, Shepard PD, Lee PR, Mayo C, Joy B, et al. Prenatal exposure to a repeated variable stress paradigm elicits behavioral and neuroendocrinological changes in the adult offspring: potential relevance to schizophrenia. *Behavioural Brain Research.* 30 de enero de 2005;156(2):251-61.
16. Brown AS, Derkits EJ. Prenatal infection and schizophrenia: a review of epidemiologic and translational studies. *Am J Psychiatry.* marzo de 2010;167(3):261-80.
17. Mortensen PB, Nørgaard-Pedersen B, Waltoft BL, Sørensen TL, Hougaard D, Torrey EF, et al. *Toxoplasma gondii* as a Risk Factor for Early-Onset Schizophrenia: Analysis of Filter Paper Blood Samples Obtained at Birth. *Biological Psychiatry.* 1 de marzo de 2007;61(5):688-93.
18. Chen YJ, Wu CY, Lin MW, Chen TJ, Liao KK, Chen YC, et al. Comorbidity profiles among patients with bullous pemphigoid: a nationwide population-based study. *British Journal of Dermatology.* 1 de septiembre de 2011;165(3):593-9.
19. Andréasson S, Engström A, Allebeck P, Rydberg U. CANNABIS AND SCHIZOPHRENIA A Longitudinal Study of Swedish Conscripts. *The Lancet.* 26 de diciembre de 1987;330(8574):1483-6.
20. King M, Jones R, Petersen I, Hamilton F, Nazareth I. Cigarette smoking as a risk factor for schizophrenia or all non-affective psychoses. *Psychological Medicine.* junio de 2021;51(8):1373-81.
21. Werbeloff N, Levine SZ, Rabinowitz J. Elaboration on the association between immigration and schizophrenia: a population-based national study disaggregating annual trends, country of origin and sex over 15 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 de febrero de 2012;47(2):303-11.
22. Vassos E, Sham P, Kempton M, Trotta A, Stilo SA, Gayer-Anderson C, et al. The Maudsley environmental risk score for psychosis. *Psychol Med.* 50(13):2213-20.
23. Carpenter WT, Strauss JS, Bartko JJ. The diagnosis and understanding of schizophrenia. Part I. Use of signs and symptoms for the identification of schizophrenic patients. *Schizophr Bull.* 1974;(11):37-49.
24. Andreasen NC, Flaum M. Schizophrenia: the characteristic symptoms. *Schizophr Bull.* 1991;17(1):27-49.
25. Andreasen NC, Olsen S. Negative v Positive Schizophrenia: Definition and Validation. *Archives of General Psychiatry.* 1 de julio de 1982;39(7):789-94.

26. Correll CU, Schooler NR. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:519-34.
27. Conus P, Abdel-Baki A, Harrigan S, Lambert M, McGorry PD, Berk M. Pre-morbid and outcome correlates of first episode mania with psychosis: Is a distinction between schizoaffective and bipolar I disorder valid in the early phase of psychotic disorders? *Journal of Affective Disorders*. 1 de octubre de 2010;126(1):88-95.
28. Achim AM, Maziade M, Raymond É, Olivier D, Mérette C, Roy MA. How Prevalent Are Anxiety Disorders in Schizophrenia? A Meta-Analysis and Critical Review on a Significant Association. *Schizophr Bull*. julio de 2011;37(4):811-21.
29. Bernard F. UptoDate.com. 2022 [citado 11 de octubre de 2022]. Schizophrenia in adults: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis - UpToDate.
30. Stephen M. UptoDate.com. [citado 9 de abril de 2023]. Psychosis in adults: Initial management - UpToDate.
31. Enric J. N, Rafael H. El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clín salud*. 2010;21(3):205-19.
32. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess Early Mortality in Schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 28 de marzo de 2014;10(1):425- 48.
33. McGrath JJ. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology– the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;111(1):4- 11.
34. Lugo DJT, Ledo IC, Díaz IR, Rangel AM, Janet S, Torres M, et al. La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la tecnología y la sociedad. 2022;
35. Borges F. Esquizofrenia y Rehabilitación Psicosocial.
36. abc [Internet]. 2018 [citado 5 de abril de 2023]. Cómo se trataba la esquizofrenia, provocando crisis al enfermo: la verdadera historia del cardiazol.
37. IESS. Plas Médico Funcional HTMC 2014-2017.
38. Historia – HETMC [Internet]. [citado 5 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.htmc.gob.ec/index.php/historia/>
39. La Unidad Técnica de Salud brinda apoyo psicológico y mental a los afiliados - Afiliado - IESS - mobile [Internet]. [citado 5 de abril de 2023].
40. Tseng PT, Zeng BS, Hung CM, Liang CS, Stubbs B, Carvalho AF, et al. Assessment of Noninvasive Brain Stimulation Interventions for Negative

Symptoms of Schizophrenia: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 de agosto de 2022;79(8):770-9.

41. Waite F, Sheaves B, Isham L, Reeve S, Freeman D. Sleep and schizophrenia: From epiphenomenon to treatable causal target. *Schizophr Res*. julio de 2020;221:44-56.

42. Rodolico A, Siafis S, Bighelli I, Samara MT, Hansen WP, Salomone S, et al. Antipsychotic dose reduction compared to dose continuation for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 24 de noviembre de 2022;2022(11):CD014384.

43. Ostuzzi G, Bertolini F, Del Giovane C, Tedeschi F, Bovo C, Gastaldon C, et al. Maintenance Treatment With Long-Acting Injectable Antipsychotics for People With Nonaffective Psychoses: A Network Meta- Analysis. *AJP*. mayo de 2021;178(5):424-36.

44. Haan L de, Linszen D, Wouters L, Zwinderman K, Dingemans P. Sustained specialized and family treatment in first-episode schizophrenia or related disorders: a 5-year randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 8 de junio de 2022;1-8.

45. Penney D, Sauvé G, Mendelson D, Thibaudeau É, Moritz S, Lepage M. Immediate and Sustained Outcomes and Moderators Associated With Metacognitive Training for Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 de mayo de 2022;79(5):417-29.

46. Tzur Bitan D, Krieger I, Kridin K, Komantscher D, Scheinman Y, Weinstein O, et al. COVID-19 Prevalence and Mortality Among Schizophrenia Patients: A Large-Scale Retrospective Cohort Study. *Schizophr Bull*. 19 de febrero de 2021;47(5):1211-7.

47. Hirano Y, Tamura S. Recent findings on neurofeedback training for auditory hallucinations in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. mayo de 2021;34(3):245-52.

48. Alvis-Peña DJ, Gonzales-Ceron J, Valero-Granados LM, Calderón-Franco CH, Alvis-Peña MP, Peña-Mazabel OS, et al. Epidemiología de los trastornos mentales en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (2017-2018). *Acta Médica Peruana*. enero de 2021;38(1):48-52.

49. Colca R, Myrella H. "Prevalencia de la esquizofrenia en la unidad de hospitalización psiquiatría del hospital nacional ramiro prialé prialé essalud huancayo – periodo 2017".

50. Benavides-Portilla M, Nel Beitia-Cardona P. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*. 2016;

51. Zabarburu bti. Frecuencia de la esquizofrenia en el servicio de psiquiatría del hospital regional virgen de fátima, chachapoyas 2017-.

52. Li X, Zhou W, Yi Z. A glimpse of gender differences in schizophrenia. *Gen Psychiatr.* 30 de agosto de 2022;35(4):e100823.
53. Stentebjerg-Olesen M, Pagsberg AK, Fink-Jensen A, Correll CU, Jeppesen P. Clinical Characteristics and Predictors of Outcome of Schizophrenia-Spectrum Psychosis in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.* junio de 2016;26(5):410-27.
54. McCarthy-Jones S, Smailes D, Corvin A, Gill M, Morris DW, Dinan TG, et al. Occurrence and co-occurrence of hallucinations by modality in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research.* 1 de junio de 2017;252:154-60.
55. Copo ACN, Montoya CF, Estenoz H. Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud «28 de septiembre».
56. Chou IJ, Kuo CF, Huang YS, Grainge MJ, Valdes AM, See LC, et al. Familial Aggregation and Heritability of Schizophrenia and Co-aggregation of Psychiatric Illnesses in Affected Families. *Schizophr Bull.* septiembre de 2017;43(5):1070-8.
57. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries DE, Kinon BJ. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* febrero de 2007;90(1-3):186-97.
58. hph153h.pdf [Internet]. [citado 27 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2015/hph153h.pdf>
59. Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP, Figueira IL. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *Journal of Psychiatric Research.* 1 de julio de 2005;39(4):409-14.
60. Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M, Rejas J, CLAMORS Study Collaborative Group. Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. *J Clin Psychiatry.* marzo de 2010;71(3):280-6.
61. An der Heiden W, Leber A, Häfner H. Negative symptoms and their association with depressive symptoms in the long-term course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* agosto de 2016;266(5):387-96.

Anexos

Tabla 1. Características de la población de estudio.

Variables	N	%	Media ± DE
Edad (años)			49 ± 15
Género			
Femenino	110	52,88	
Masculino	98	47,12	
Comorbilidades Psiquiátricas			
Con comorbilidades	101	48,56	
Sin comorbilidades	107	51,54	
Comorbilidades			
Sin comorbilidades	106	50,96	
Depresión	35	16,83	
Trastorno bipolar	9	4,33	
Retraso mental	4	1,92	
Trastorno de ansiedad	54	25,96	
Antecedentes familiares de Esquizofrenia			
Con antecedentes familiares	12	5,77	
Sin antecedentes familiares	196	94,23	
Alucinaciones			
Presencia de alucinaciones	176	84,62	
Ausencia de alucinaciones	32	15,38	
Tipo de alucinaciones			
Auditivas	106	60,23	
Visuales	25	14,20	
Táctiles	2	1,14	
Visuales más auditivas	43	24,43	
Lenguaje desorganizado			
Presencia de lenguaje desorganizado	83	39,90	
Ausencia de lenguaje desorganizado	125	60,10	
Delirio			
Presencia de delirio	104	50	
Ausencia de delirio	104	50	
Tipo de delirio			
Paranoide	81	77,88	
Erotomaniaco	2	1,92	
Referencia	6	5,77	
Grandiosidad	3	2,88	
Otros/Bizarro	12	11,54	
Síntomas negativos			
Con síntomas	104	50	
Sin síntomas	104	50	
Total	208	100	

Tabla 2. Prevalencia de edad según grupo etario

Grupo de edad	N	%
< 25	12	5,77
25-34	23	11,06
35-44	44	21,15
45-54	55	26,44
>55	74	35,58
Total	208	100,00



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **León Castro Christopher Andrés** con C.C: # **0925494064** y **Ramón García Alex Gabriel**, con C.C: # **0929445989** autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de esquizofrenia en los pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 29 de septiembre del 2023

León Castro Christopher Andrés
C.C: 0925494064

Ramón García Alex Gabriel
C.C: 0929445989



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de Esquizofrenia en los pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021.		
AUTOR(ES)	Christopher Andrés León Castro Alex Gabriel Ramón García		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Diego Antonio Vásquez Cedeño		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	29 de septiembre de 2023	No. DE PÁGINAS:	36
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psiquiatría; Psicología; Epidemiología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	<i>Esquizofrenia, Prevalencia, Alucinaciones, Delirio, Desorganización, Comorbilidades</i>		
RESUMEN:	<p>Introducción: La esquizofrenia es una enfermedad mental que se caracteriza por una alteración de los pensamientos, humor, percepción y comportamiento. A nivel mundial, se estima que entre el 0.1 al 1% de la población la padece, y a nivel nacional está entre las primeras enfermedades en hospitales psiquiátricos.</p> <p>Metodología: Se realizó un estudio de corte transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021</p> <p>Resultados: Se analizaron a 208 pacientes, y el sexo predominante fue el femenino (53%). El grupo etario de mayor prevalencia fueron los pacientes con una edad superior a 55 años (35,58%). Se encontraron comorbilidades psiquiátricas en 48,56% de los pacientes y la principal fueron los trastornos de ansiedad en 25,96% de pacientes. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las alucinaciones (85%), siendo las auditivas las principales (60,23%). Los delirios se hallaron en 50% de los pacientes, y el paranoide fue el tipo más frecuente (77,88%). La desorganización se encontró en más de la mitad de pacientes (60,1%). Los síntomas negativos se hallaron en (50%)</p> <p>Conclusiones La prevalencia de esquizofrenia en los pacientes del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021 fue de 14.8%</p>		

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-969205789 +593 - 987983099	E-mail: alex.ramon@cu.ucsg.edu.ec christopher.león@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Diego Antonio Vásquez Cedeño	
	Teléfono: +593-982742221	
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		