

Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia

Clinical and epidemiological features of patients with schizophrenia and treated at the Psychiatric University Hospital del Valle, Colombia

Características clínicas e epidemiológicas de pacientes com esquizofrenia atendidos no Hospital Universitário de Psiquiatria del Valle, Colômbia

Mercedes Benavides-Portilla^{1*}, Pedro Nel Beitia-Cardona¹,
Carolina Osorio-Ospina²

¹ Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia

² Universidad Santiago de Cali, Palmira, Colombia

*Correspondencia: Dirección: Tel: 3155655552.

Correo electrónico: mercebenavides@hotmail.com

Fecha de recibido: 22-04-15

Fecha de aceptación: 19-10-15

Citar este artículo así:

Benavides-Portilla M, Beitia-Cardona P, Osorio-Ospina C. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. Rev Inv Salud UB. 2016;3(2):146-160

RESUMEN

Introducción. En Colombia, la esquizofrenia presenta una prevalencia similar a la de otras partes del mundo, de 1 %, lo que permite estimar una población de 471.052 colombianos con esta enfermedad. En regiones como Cali y Bogotá, alcanza el 1,5 %, por encima del promedio mundial.

Objetivo. Describir el perfil sociodemográfico y clínico de un grupo de pacientes con esquizofrenia, atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, en el período de enero a diciembre de 2012.

Materiales y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, en el que se revisaron 8.472 historias clínicas de la base de datos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia; se identificaron aquellas que cumplían con los criterios de inclusión y, finalmente, se incluyeron 1.410 historias clínicas.

Resultados. El 65 % de los pacientes eran hombres y la edad osciló entre los 13 y los 89 años, con un promedio de 40 (DE=31,6). El 89 % eran solteros (IC95% 87,2-90,6 %), el 98 % provenían de la zona urbana (IC95% 97,3-99,4 %) y el 76,6 % residía en la ciudad de Cali. La esquizofrenia indiferenciada fue el diagnóstico más frecuente (81 %), seguida de la paranoide (9 %) y de la de tipo desorganizada (3 %). Los fármacos más prescritos fueron clozapina (18 %), biperideno (15 %) y levomepromazina (14 %).

Conclusiones. La descripción de la esquizofrenia en el hospital muestra que la mayoría de los pacientes cumplen con el tratamiento farmacológico indicado; la principal razón para no observarlo, lo cual sucede en un bajo porcentaje de los pacientes, es la falta de conciencia de la enfermedad.

Palabras clave: esquizofrenia, perfil epidemiológico, salud mental.

SUMMARY

Introduction: In Colombia, schizophrenia prevalence is similar to that of other parts of the world, 1%, which allows estimating a population of 471,052 Colombians with this disease. In regions such as Cali and Bogotá, it reaches 1.5%, above the world average.

Objective: To describe the sociodemographic and clinical profile of a group of patients with schizophrenia treated at the Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, from January to December of 2012.

Materials and methods: A retrospective descriptive study was conducted; 8,472 medical records from the database of patients diagnosed with schizophrenia were reviewed; those meeting the inclusion criteria were selected for a total of 1,410 medical records.

Results: 65% of patients were male aged between 13 and 89 with an average of 40 years (SD=31.6). 89% were single (CI 95% 87.2%-90.6%) and 98% came from urban areas (CI 95% 97.3%- 9.4%), 76.6% lived in the city of Cali. Undifferentiated schizophrenia was the most frequent diagnosis (81%), followed by paranoid (9%), and disorganized type (3%). The most prescribed medicines were clozapine (18%), biperideno (15%) and levomepromazina (14%).

Conclusions: The description of schizophrenia in the Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle evidences compliance and adherence to the established pharmacological treatment. Among the low percentage of patients with no adherence, the main cause was found to be the lack of awareness of the disease.

Keywords: Schizophrenia, epidemiological profile, mental health

RESUMO

Introdução. Na Colômbia, a esquizofrenia apresenta uma prevalência semelhante à de outras partes do mundo, de 1%, o que permite estimar uma população de 471,052 colombianos com esta doença. Em regiões tais como Cali e Bogotá, atinge 1,5%, acima da média mundial.

Objetivo. Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de um grupo de pacientes com esquizofrenia atendidos no Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, no período de Janeiro a Dezembro de 2012.

Materiais e métodos. Se realizou um estudo descritivo e retrospectivo, foram revisados 8,472 registros médicos do banco de dados dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia; aqueles que atenderam com os critérios de inclusão foram selecionados obtendo 1,410 registros médicos.

Resultados. 65% dos pacientes eram do sexo masculino e a idade variou entre 13 a 89 anos, com uma média de 40 (DP = 31,6). O 89% eram solteiros (95% CI 87,2-90,6%), 98% eram procedentes de áreas urbanas (95% IC 97,3-99,4%) e 76,6% moravam na cidade de Cali. A esquizofrenia indiferenciada foi o diagnóstico mais comum (81%), seguido por paranoico (9%) e o tipo desorganizado (3%). Os medicamentos mais prescritos foram clozapina (18%), biperideno (15%) e levomepromazina (14%).

Conclusões. A descrição da esquizofrenia no hospital mostra que a maioria dos pacientes cumprem com o tratamento farmacológico indicado; a principal razão para não observar o tratamento adequado, que ocorre em uma pequena porcentagem de pacientes, é a falta de conscientização sobre a doença.

Palavras-chave: esquizofrenia, perfil epidemiológico, saúde mental.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia hace parte del conjunto de trastornos mentales caracterizados por alteraciones sustanciales y específicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, su singularidad y el dominio de sí misma (1). Esto afecta la calidad de vida, no solo de quien padece la enfermedad, sino la de quienes lo rodean.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esquizofrenia es una enfermedad mental cuya frecuencia está estimada entre 1 y 1,5 % de la población. Comparada con otras enfermedades mentales, esta frecuencia es relativamente baja, pero cobra una gran relevancia como un grave problema de salud pública al ser catalogada por

la OMS como una de las diez enfermedades que producen más discapacidad a nivel mundial (2). Esto se debe a su aparición en etapas tempranas de la vida, a su carácter crónico y a que afecta, no solo al individuo, sino a la sociedad y al Estado, tanto en términos de aumento del gasto médico en asistencia y tratamiento, como en los de pérdida de productividad y aumento de la carga familiar (3).

En Colombia, según los estudios del Ministerio de Salud y de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, la esquizofrenia presenta una prevalencia similar a la de otras partes del mundo, de 1 %. Esto permite estimar una población de 471.052 colombianos que padecen esta enfermedad, a excepción de algunas regiones, como Cali y Bogotá, donde su prevalencia llega a 1,5 %, por encima del promedio mundial. Específicamente

en Cali, en el primer trimestre de 2012, hubo una demanda mayor de atención en salud mental en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (4).

La esquizofrenia trae consigo diversas dificultades, debido a que la enfermedad se inicia en etapas tempranas de la vida, asociadas al desarrollo personal, laboral y psicoafectivo, y a su desenvolvimiento en la sociedad. Esto conlleva enormes conflictos en el proceso de afrontar cada una de las circunstancias de la vida.

Esta enfermedad mental es fuente de perturbación y sufrimiento para el paciente y para su núcleo familiar cercano, debido a la sobrecarga económica y emocional que se genera, al crearse un sentimiento colectivo de miedo, vergüenza, culpabilidad y rechazo, el cual se basa en falsas percepciones del problema derivadas de información insuficiente y confusa, además de los estigmas que la sociedad impone en quienes padecen esta enfermedad.

Aunque se sabe que es comparable a la de la población general, la productividad laboral de las personas con esquizofrenia se ve disminuida en los diversos países alrededor del mundo, incluso en los países desarrollados, donde se esperaría que el estigma no fuese tan acentuado. Menos de la quinta parte de la población con este padecimiento tiene un empleo en horario completo y la mayoría se ve marginada de la posibilidad de

trabajar, por lo que las tasas de desempleo en ella pueden alcanzar cifras elevadas y se calcula que los esquizofrénicos constituyen una parte importante de la población en estado de invalidez (5).

En diversos estudios a nivel mundial, las características sociodemográficas y clínicas de esta enfermedad son similares. Se trata de personas que viven en áreas urbanas, principalmente, en estratos socioeconómicos bajo y medio bajo. Predomina en hombres entre los 20 y los 30 años de edad. La mayoría de las veces son individuos con dificultad para crear lazos afectivos no destructivos, solteros, que viven con su familia de origen. Establecen relaciones psicoafectivas frecuentemente nocivas, lo que implica redes de apoyo deficientes, lo cual se evidencia en su círculo afectivo más cercano, como también, en su convivencia en sociedad. Cuando se agudiza la enfermedad, de carácter crónico e incapacitante, un paciente no controlado puede llegar a ser un peligro inminente para la comunidad, por su comportamiento muy agresivo (6).

En el perfil clínico se observan pacientes que regularmente requieren de manejo médico especializado, en su mayoría han consultado en varias ocasiones, y dan poco cumplimiento al tratamiento instaurado. Todo esto genera una importante carga económica para el sector salud, debido a los largos períodos de hospitalización, el tratamiento ambulatorio indefinido, la necesidad

de apoyo y constante supervisión, el incumplimiento terapéutico, la alta tasa de suicidio y una prevalencia con tendencia al incremento. Los pacientes con trastornos psiquiátricos están expuestos a un alto riesgo de exclusión, estigma y discriminación, lo que hace que muchas personas que padecen la enfermedad no tengan un diagnóstico ni sean tratadas, especialmente al comienzo del trastorno. Esto obstaculiza la prestación de un tratamiento eficaz y la reintegración en la sociedad (2,3,5).

A pesar de todos los esfuerzos de investigación y de todos los logros, el cerebro humano continúa siendo un misterio. No obstante, es seguro que el gran esfuerzo que se hace en la investigación finalmente dará resultados positivos. Recientemente, se publicó una noticia en Forum Clinic sobre la creación del **Proyecto Obama (7)** que, junto con el *The Human Brain Project* de la European Commission, sin duda hacen crecer la esperanza de obtener finalmente una información científica sobre el funcionamiento del cerebro y, como consecuencia, del origen de los trastornos mentales.

El análisis de toda esta coyuntura, vista desde la perspectiva de salud pública, estatal, comunitaria, sanitaria, social, familiar e individual demuestra en definitiva que la esquizofrenia es claramente un grave problema sanitario que no ha recibido aún atención suficiente. Por esta razón, surgió el

interés por conocer el comportamiento de esta enfermedad en nuestro medio, especialmente en el departamento del Valle del Cauca, por lo que se realizó esta investigación, en la cual se analizan el perfil sociodemográfico, el clínico y los factores asociados, en un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, en el periodo de enero a diciembre de 2012.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal, retrospectivo y descriptivo, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron 8.472 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, en el periodo de enero a diciembre de 2012, de las cuales, en 1.410 historias clínicas se cumplieron los criterios de inclusión de los pacientes. Estos fueron: tener el diagnóstico de esquizofrenia, haber sido atendidos en el periodo de enero a diciembre de 2012, y contar con los datos completos y legibles.

Para esta investigación se diseñó un cuadro o matriz de información que condensa todos los datos acerca de las variables sociodemográficas y clínicas pertinentes para el estudio. Se tuvieron en cuenta los principios bioéticos universales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (8); también, se contó con la debida autorización

de la dirección médica de la institución para la revisión de las historias clínicas.

La información obtenida fue recopilada en un formato de Excel, en el cual se tuvieron en cuenta todas y cada una de las variables sociodemográficas y clínicas. Las sociodemográficas incluyeron: edad, sexo, procedencia, departamento, estrato socioeconómico, estado civil y aseguramiento. Las variables clínicas fueron el subtipo de esquizofrenia, la observancia del tratamiento y las causas de su incumplimiento.

Se hizo un análisis univariado para obtener promedios, porcentajes y medidas de tendencia central, usando el paquete estadístico PASW Statistics™ versión 18.0.

% residentes en la ciudad de Santiago de Cali. El 78 % (IC95% 75,7-80,1 %) de los pacientes no contaban con seguridad social en salud (tabla 1).

RESULTADOS

En la caracterización sociodemográfica de las variables cualitativas y cuantitativas, se evidenció que el 65 % de los pacientes con esquizofrenia eran hombres (IC95% 65,5-67,5 %). La edad varió entre los 13 y los 89 años, con un promedio de 40 años (desviación estándar, DE=31,6). El grupo con mayor porcentaje (19.6%) se encontraba entre los 27 y 33 años. La mayoría de los sujetos eran solteros (89 %) (IC95% 87,2-90,6 %). El Valle del Cauca fue el departamento de origen de la mayoría de los pacientes, el 98 % (IC95% 97,3-99,4 %) de la zona urbana y, de estos, el 76,6

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la población objeto de estudio

| VARIABLE | n | X | IC95% | |
|-------------------------|-------|------|----------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Sexo | | | | |
| Femenino | 493 | 35,0 | 32 | 37 |
| Masculino | 917 | 65,0 | 62 | 67 |
| Estado civil | | | | |
| Soltero | 1.255 | 89,0 | 87 | 90 |
| Casado | 56 | 4,0 | 3 | 5 |
| Unión libre | 56 | 4,0 | 3 | 5 |
| Viudo | 15 | 1,1 | 0,6 | 1,8 |
| Separado | 28 | 2,0 | 1,3 | 2,9 |
| Procedencia | | | | |
| Urbana | 1.396 | 98,0 | 97 | 99 |
| Rural | 14 | 1,0 | 0,6 | 1,7 |
| Seguridad social | | | | |
| Sí | 310 | 22,0 | 18 | 26 |
| No | 1.100 | 78,0 | 75 | 80 |

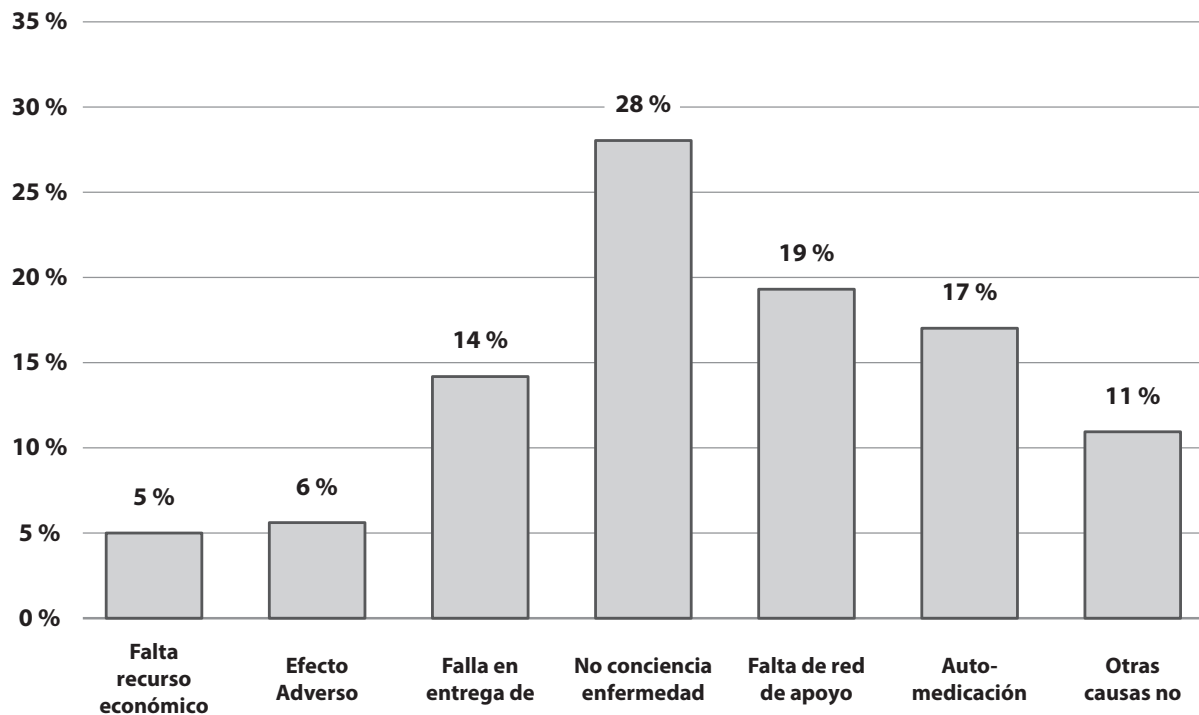
El tipo de esquizofrenia más común fue la indiferenciada (81 %), seguida de la paranoide (9 %), la desorganizada (3 %), la catatónica (1 %) y otras (6 %). La mayoría (97 %) de los pacientes solicitó atención en la consulta externa y el 98 % había consultado más de una vez en esta institución. El 83 % de los pacientes fueron atendidos por el psiquiatra, el 15 %, por médico interno, y el 2 % por un médico general.

En el tratamiento farmacológico, el medicamento más usado fue el antipsicótico clozapina (18 %), seguido por el antiparkinsoniano biperideno (15%) y el antipsicótico sedante levomepromazina (14 %). Estos medicamentos hacen parte del protocolo institucional para tratar la esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, y están incluidos en el plan obligatorio de salud colombiano.

El 78 % de los pacientes cumplen con el tratamiento y el 22 % no lo hace. Existe entre el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, las entidades promotoras de salud (EPS) y la gobernación del Valle del Cauca, un programa de atención domiciliaria del paciente esquizofrénico, el cual ha permitido hacer un seguimiento estricto, con lo cual se han alcanzado cifras satisfactorias de observancia del tratamiento.

La principal causa para no cumplir con el tratamiento es la falta de conciencia de la enfermedad (28 %), es decir, la incapacidad del sujeto para reconocer la propia enfermedad, seguida por la falta de red de apoyo (19 %) y la automedicación (17 %) (figura 2).

Figura 2. Causas de incumplimiento del tratamiento



DISCUSIÓN

En el presente estudio, la mayoría de los pacientes provenía de la zona urbana; esto coincide con lo encontrado en varios estudios incluidos en una revisión sistemática publicada en el 2004, en los cuales se consideraron los factores de riesgo para desarrollar esquizofrenia y se encontró un mayor riesgo en personas que nacen o que viven en las áreas urbanas (9). Es relevante aclarar que la institución de salud donde se desarrolló este estudio es un hospital de referencia, el cual está ubicado en la zona urbana, lo que facilita más el acceso de pacientes que residen en las áreas urbanas que en las rurales y podría explicar esta tendencia. Es necesario tener en cuenta que la literatura científica refiere que no hay zonas geográficas que tengan más o menos riesgo del padecimiento.

Por muchos años se ha tratado de ahondar en la relación entre la esquizofrenia y el sexo como un factor de riesgo, y se ha sostenido la premisa de la paridad de sexos en el padecimiento de esta enfermedad. En el presente estudio, se observó que la mayoría de las historias clínicas analizadas corresponden a pacientes del sexo masculino (65 %). En un estudio en el Hospital Psiquiátrico de Tampico, Estado de Tamaulipas, México, se encontró que el 54 % de la población estudiada correspondía al sexo masculino y, 46 %, al femenino (10). Los estudios internacionales de la OMS para los países de Europa (11), refieren que la

prevalencia estimada es de 3 por 1.000 habitantes por año para los hombres y 2,86 por 1.000 para las mujeres.

Es de suma importancia tener en cuenta que, a pesar del mayor porcentaje de hombres afectados, no se puede concluir que esto se deba solamente al sexo. Se deben tener en cuenta factores asociados que podrían explicar esta tendencia, entre ellos, el tipo de esquizofrenia y las características de los cuadros delirantes o alucinatorios en los hombres (que son mucho más graves que en las mujeres). También, se debe considerar que la edad de inicio de la enfermedad en los hombres es mucho más temprana (15-25 años) y en las mujeres es más tardía (25-35 años), lo que equivale a un peor pronóstico para los hombres. Por otra parte, la actividad diaria de las mujeres se concentra en las labores del hogar, donde ellas funcionan adecuadamente y no están tan fuertemente expuestas a factores psicosociales desencadenantes, y su sintomatología no es tan grave como en los hombres. Esto último hace que los episodios psicóticos no sean tan graves en ellas y no acudan a los servicios; por esto, se podría inferir que los hombres son los que más consultan, lo cual explicaría esta tendencia.

En el presente estudio se observó que el grupo de edad con el mayor porcentaje (19,6 %) fue el de 27 a 33 años y el promedio de edad fue de 40 años. Estas cifras pueden compararse con

otros estudios, como el llevado a cabo en Cuba, en el cual la enfermedad predominó entre los 30 y 39 años (12). Según la OMS, en Europa el rango de edad es de 24 años para el hombre y de 27 años para la mujer (11).. La media de la edad de inicio de la enfermedad fue de 39,88 años para los varones y en 39,76 años para las mujeres, en un estudio realizado en Navarra, España (13), de 35,6 años, en uno de Asturias (14) y, de 40,3 años, en otro de Grecia (15).

La mayoría de los pacientes (78 %) no tienen seguridad social en salud y pertenecen a la población pobre (16). Es importante destacar que en estos casos, el Estado y los pacientes deben asumir los costos del servicio médico requerido, lo que dificulta más el acceso a la salud. Según la OMS, esto es un fenómeno mundial, ya que las personas con trastornos de salud mental tienen menor acceso a la atención en salud (17). En los Estados Unidos, de 17 a 28 % de las personas con discapacidades mentales no cuentan con seguro de salud (18).

En un estudio sobre la falta de cumplimiento del tratamiento en adultos esquizofrénicos llevado a cabo en Bogotá, se encontró que la mayoría (72 %) de los pacientes eran solteros, en un porcentaje similar al encontrado en el presente estudio (89 %) (16).

El subtipo de esquizofrenia más frecuente en el presente estudio fue el indiferenciado (81 %), cuyo diagnóstico se hace cuando no se puede caracterizar como ningún otro de los ya existentes (19). Esto evidencia la complejidad que representa para el profesional de la salud hacer un diagnóstico correcto y oportuno, y por ende, administrar un tratamiento adecuado en este subtipo de la esquizofrenia.

En un estudio del Hospital Psiquiátrico de Tampico, en México, se observó predominio (45 %) del subtipo paranoide (10), muy diferente a lo encontrado en la presente investigación, en la cual el subtipo paranoide representó el 9,29 %.

La clozapina, el biperideno y la levomepromazina, en su orden, son los medicamentos más utilizados, los cuales ya estaban incluidos en el POS (Plan Obligatorio de Salud) al momento del estudio y, en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle hacen parte del protocolo institucional de manejo de la esquizofrenia; el haloperidol es el medicamento de primera línea y, la clozapina, el de segunda línea.

En un estudio en Bogotá sobre el incumplimiento del tratamiento farmacológico en adultos, la clozapina también fue el medicamento más recetado (55 %), seguido del haloperidol (25 %) (20). Contrario a esto, en un estudio multicéntrico en Portugal, se evidenció que el 50 % de los

pacientes recibió el esquema ASG (amisulpiride, olanzapina, quetiapina o ziprasidona) como tratamiento principal, aunque el haloperidol fue la medicación prescrita con mayor frecuencia (35,9 %), seguido de la risperidona (17,4 %) y la olanzapina (16,2 %) (21); esto fue similar a los encontrado en un estudio de Quito, Ecuador, donde el tratamiento farmacológico de primera elección y de menor costo fue el haloperidol (34,2 %) (22).

En una publicación de las asociaciones psiquiátricas nórdicas, se observó que la escasa observancia del tratamiento fue la causa principal (58,6 %) de la hospitalización en pacientes esquizofrénicos (23) y en otro estudio en Bogotá (19), el incumplimiento del tratamiento con antipsicóticos alcanzó el 51,1 %, mientras que, en el presente estudio la mayoría de los pacientes (78 %) sí lo cumplía.

Entre el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, las EPS y la gobernación del Valle del Cauca, existe un programa de atención domiciliaria al paciente con esquizofrenia, el cual ha permitido hacer un seguimiento estricto y facilitar la entrega de los medicamentos; con esto, se han alcanzado cifras satisfactorias de cumplimiento, contrario a lo que ocurre a nivel mundial. No obstante, aún hay un porcentaje importante (22%) de incumplimiento que, aunque es inferior a la de los estudios antes mencionados, no deja de ser muy significativa.

La principal causa del incumplimiento observada en el presente estudio, falta de conciencia de la enfermedad, conocida como insight (24), también lo fue en una publicación española, en la cual se reportó que 83,3 % de los psiquiatras encuestados la consideran la razón fundamental de dicho incumplimiento (25). No obstante, en otros estudios se observan diferencias significativas en este punto; por ejemplo, en el estudio nórdico se observó que el incumplimiento se relacionaba con el tipo de medicamento prescrito y era mayor con los antipsicóticos atípicos (23).

En un estudio en México, los motivos de abandono más frecuentes incluyeron: sentirse mejor (19,6 %), atenderse en otra institución (17,4 %), falta de recursos (10,9 %), motivos varios (7,6 %), efectos colaterales de medicamentos (6,5 %) y maltrato (6,5 %) (26).

Es de gran importancia fortalecer las estrategias ya existentes de seguimiento y control estricto al paciente con trastornos mentales implementadas por el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, con la Secretaría de Salud Departamental, la Secretaría de Salud Municipal y las EPS, desarrollar estrategias para mejorar el acceso de los pacientes con esquizofrenia a los servicios de salud, y crear programas que permitan divulgar información sobre esta enfermedad y sensibilizar a la población frente a la enfermedad mental; además, poner en práctica las estrategias del Plan

Decenal de Salud (27), la Ley 1616 de 2013 (28), la Ley 100 (29) y el artículo 65 de la Ley 1438 del 2011 (30) en sus encisos sobre salud mental.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

FINANCIACIÓN

Universidad Santiago de Cali. Cali.

REFERENCIAS

1. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Publicación Científica 554. Washington, D.C.: OPS; 1995.
2. Lalucat L. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Centro de Higiene Mental. Barcelona; 2009. Consultado en Junio 2014. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf.
3. Murray JL, López A. The global burden of disease. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 1996. Consultado en Junio 2014. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/>
4. Salguero L, Soraide J. Factores asociados para el desarrollo de la esquizofrenia y su incidencia en pacientes del Hospital San Juan de Dios gestión. Rev Cient Cienc Méd. 2012;15:18-21
5. Lehman AF, Lieberman J. Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, Pharm JK. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second edition. Washington, D.C.: APA, Practice Guideline. ; 1997.
6. Sotolongo Y, Menéndez O, Valdés JR, Campos MA, Turró M, Esquizofrenia: historia, impacto socioeconómico y atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina Militar. 2004;33. Consultado en Junio 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000200008&lng=es.
7. Proyecto Obama. Forumclinic. Consultado en Julio 2014. Disponible en: <http://www.forumclinic.org/es/esquizofrenia/noticias/proyecto-obama>,
8. Principios de la Bioética. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFIC). Fecha de consulta: 2 de marzo de

2014. Disponible en: http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTrellall/Docs/etica/cast_industria.pdf.
9. McGrath JS, Welham S, El-Saadi J, MacCaulley O, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*. 2004; 2: 13.
 10. Velásquez J, García VM, Saldívar G, Martínez AH, García G. Perfil sociodemográfico, clínico y terapéutico de pacientes con “trastornos del espectro de esquizofrenia” atendidos en un Hospital Psiquiátrico Mexicano. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2010;16:117–24.
 11. OMS, Esquizofrenia, Centro de prensa, Plan de acción sobre salud mental 2013.2020.
 12. Escalona C, Estrabao M, Meneses OA. Caracterización clínica, epidemiológica y genealógica de la esquizofrenia en pacientes de la Policlínica Alcides Pino Bermúdez de Holguín. *CCM vol.17 no.2 Holguín abr.-jun. 2013*
 13. Mata I, Beperet M, Madoz V. Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra. *Anales Sis San Navarra*. 2000;23:29–36.
 14. Santamarina S, Iglesias C. Esquizofrenia y sustancias psicótropas de consumo frecuente en nuestro medio. *Adicciones*. 2001;13:385-91.
 15. Tsiolka EC, Mavreas VG, Chatzamanolis IA, Karavatos AA. Socio-demographic and clinical characteristics of 2040 schizophrenic out patients in Greece (The Greek ‘ACE’ study). *Eur Psychiatry*. 2007;22:S142.
 16. Sistema de Salud en Colombia, Bogotá. Consultado en Julio 2014. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_salud_en_Colombia. 2012.
 17. Martín J C. Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en Centros de Salud Mental. OMS .Murcia (España): Subdirección de Salud Mental, Servicio Murciano de Salud; 2009.
 18. 18. Boletín de la OMS. Salud Mental: Mayores necesidades, acceso limitado. Vol. 87, 2009. 245:324
 19. Díaz M. Afrontando la esquizofrenia. Guía para pacientes y familias. Madrid: Enfoque Editorial S.C., Universidad Complutense de Madrid; 2013.

20. Barreras A, Amézquita L, Vargas T. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia (tesis). Bogotá: Universidad del Rosario, Universidad CES; 2012.
21. Simões do Couto F, Queiroz C, Barbosa T, Ferreira L, Firmino H. Caracterización clínica y terapéutica de un muestreo portugués de pacientes con esquizofrenia. *Revista Actas de Especialidades Psiquiátricas*. 2011;39:147-54.
22. Herrera F. Incidencia de esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, 1995. *Revista Facultad Ciencias Médicas*. 1997;22:36-9.
23. San L, Bernardo M, Gómez A, Martínez P, González B, Peña M. Socio-demographic, clinical and treatment characteristics of relapsing schizophrenic patients. *Nord J Psychiatry*. 2013;67:22-9.
24. Esparza F. La no conciencia de enfermedad (insight) desde el trabajo social con enfermos mentales. Documento de Trabajo Social No. 49, Hospital Psiquiátrico Román Alberca Murcia, 2011. Consultado en Julio 2014. Disponible en: http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/49_14.pdf.
25. Giner J, Cañas F, Olivares JM, Rodríguez A, Burón JA, Rodríguez-Morales A, et al. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34:386-92.
26. Velázquez A, Sánchez JJ, Lara MC, Senties H. El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología*. 2000;18:315-40.
27. Ministerio de la Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP 2012-2021. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2012.
28. Ministerio de la Protección Social. Ley 1616 de 2013. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2013.
29. Ministerio de la Protección Social. Reforma a la Ley 100 - Salud mental. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2013.
30. Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de 2011. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2011.