

## Factores de riesgo para el debut esquizofrénico en pacientes de un servicio de psiquiatría

### *Risk factors for the schizophrenic premiere in psychiatry service's patients*

Lázaro Raidel Moreira Díaz <sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6289-8125>

Yannyk Palenzuela Ramos <sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8154-8638>

Yaimara Dorta Correa <sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3346-2415>

<sup>1</sup> Estudiante de 6<sup>to</sup> año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Filial Manuel Piti Fajardo. Artemisa, Cuba.

<sup>2</sup> Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Artemisa. Hospital General Docente Comandante Pinares. Artemisa, Cuba.

\* Correspondencia. Correo electrónico: [lazaroraidelmd@infomed.sld.cu](mailto:lazaroraidelmd@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

**Fundamento:** los desórdenes mentales representan el 11 % de todas las enfermedades en el mundo, si no se adoptan medidas, se elevaría a 14 % en 2020.

**Objetivo:** determinar factores de riesgos asociados al debut esquizofrénico en pacientes ingresados en el servicio de Psiquiatría.

**Métodos:** se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos-contróles. En el servicio de Psiquiatría, Hospital Comandante Pinares, durante el 2018. El universo fue de 203 pacientes y la muestra de 79 (casos) y 79 (contróles aleatorizados). Las variables fueron: edad, sexo, antecedentes familiares de esquizofrenia, personalidad premórbida, estado civil soltero, evento estresante y familia disfuncional. Se calculó la oportunidad relativa. Se aplicó la prueba *Chi* cuadrado de *Pearson*, con 95 % de confiabilidad.

**Resultados:** el antecedente familiar de esquizofrenia (58 casos para 36,7 % y 33 contróles para 20,9 %) fue un factor genético altamente significativo. Mientras, la personalidad premórbida (70 casos para 44,3 % y 47 contróles para 29,7 %), estado civil soltero (45 casos para 28,5 % y 25 contróles para 15,8 %), evento estresante relacionado (72 casos para 45,6 % y 35 contróles para 22,2 %) y la familia disfuncional (62 casos para 39,2 % y 45 contróles para 28,5 %) fueron factores no genéticos asociados.

**Conclusiones:** la contribución de factores genéticos como antecedentes familiares de esquizofrenia fueron determinantes para el debut esquizofrénico. Fue significativa la influencia de factores no genéticos como la personalidad premórbida, estado civil soltero, evento estresante y familia disfuncional. Lo que es necesario el trabajo y el asesoramiento de las familias de riesgo para mejor prevención, tratamiento y rehabilitación.

**DeCS:** ESQUIZOFRENIA/epidemiología; ESQUIZOFRENIA/terapia; ESQUIZOFRENIA/Prevención& control; ESQUIZOFRENIA/rehabilitación; ESTUDIO OBSERVACIONAL.

---

## ABSTRACT

**Background:** the mental disorders represent 11% of all the illnesses in the world, if measures are not adopted, it will rise to 14% in 2020.

**Objective:** to determine associated risk factors to the schizophrenic premiere in patients entered in a Psychiatry service.

**Methods:** an observational, analytic, and retrospective of case-controls study was carried out in Psychiatry Service, Comandante Pinares Hospital, during 2018. Universe was 203 patients, the sample: 79 (cases) and 79 (randomized). The variables were: age, sex, family antecedents of schizophrenia, premorbid personality, single civil state, stressed event and dysfunctional family. The relative opportunity was calculated. The test square Chi of Pearson was applied, with 95% of reliability.

**Results:** the family antecedent of schizophrenia (58 cases for 36.7% and 33 controls for 20.9%) it was a highly significant genetic factor. While, the premorbid personality (70 cases for 44.3% and 47 controls for 29.7%), single civil state (45 cases for 28.5% and 25 controls for 15.8%), stressed event related (72 cases for 45.6% and 35 controls for 22.2%) and the dysfunctional family (62 cases for 39.2% and 45 controls for 28.5%) were non-genetic associates factors.

**Conclusions:** the contribution of genetic factors as family antecedents of schizophrenia was decisive for the schizophrenic premiere. It was significant the influence of non-genetic factors as the premorbid personality, single civil state, stressed event and dysfunctional family. That's why is necessary the work and the advice with the risk families for better prevention, treatment and rehabilitation.

**DeCS:** SCHIZOPHRENIA/epidemiology; SCHIZOPHRENIA/therapy; SCHIZOPHRENIA/prevention& control; SCHIZOPHRENIA /rehabilitation; OBSERVATIONAL STUDY.

---

## INTRODUCCIÓN

Los desórdenes mentales representan el 11 % de todas las enfermedades en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son 400 millones de personas afectadas en todo el orbe y si no se adoptan medi-

didias, esta proporción se elevará a 14 % en 2020. <sup>1</sup> La mayoría de los enfermos que ingresan en un hospital psiquiátrico lo hacen por presentar un tipo de trastorno psicótico, la esquizofrenia. <sup>2</sup>

Desde 1996 la esquizofrenia se encuentra incluida en la lista de las diez causas más importantes de enfermedad y muerte en el mundo, con una prevalencia mundial que oscila entre 0,5 y 1,5 %, con escasas variaciones entre los países. En el país dicha prevalencia es de 1,2 %; con un estimado de 380 000 pacientes diagnosticados con esquizofrenia.<sup>3</sup>

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales de mayor complejidad, y ello se debe en lo esencial a su causa multifactorial aún no totalmente dilucidado; factores genéticos y ambientales se entrelazan para generar las diversas formas clínicas de esquizofrenia.<sup>4</sup> Afecta no solo al individuo que la padece sino a su medio ambiente familiar, incapacitando a su vez al familiar cuidador, el que de por vida tiene que dedicarse a la atención del enfermo, durante las etapas de crisis.<sup>5</sup>

Las enfermedades mentales y con ellas las personas que las padecen, con lamentable frecuencia han sido causa y pretexto para la marginación y estigmatización social. El estigma es un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamiento que está configurado como prejuicio y trae como consecuencias discriminatorias hacia la persona estigmatizada.<sup>1,6,7</sup>

Las descripciones y relatos de la locura datan de la antigüedad. A principios del siglo XX, Kraepelin caracterizó dos formas de locura: enfermedad maniaco-depresiva y demencia precoz.<sup>8</sup> En el año 1911 se modificó el enfoque existente sobre el término demencia precoz, para lo cual fue tomada la experiencia psicopatológica como base de su fundamentación nosológica y se consideró que su sintomatología principal era la disgregación del pen-

samiento, razón por la cual se denomina esquizofrenia o mente rota. Más tarde, en 1920, Adolf Meyer la considera más que una enfermedad nosológica, una modalidad de reacción que se desarrolla en ciertos tipos de personalidades.<sup>9</sup>

El término psicosis se utiliza como un constructo para describir ciertos estados clínicos en los que la persona afectada pierde el contacto con la realidad. Cuando los síntomas psicóticos aparecen o se reactivan (ideación delirante y alucinaciones), este estado se describe como un episodio o brote psicótico.<sup>10</sup>

El concepto más actualizado es el definido por Mirabal-Requena JC,<sup>11</sup> donde expone que la esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento. Es la forma más frecuente de trastorno mental severo y afecta a una persona de cada 100. Es poco frecuente antes de la pubertad y más probable que comience entre los 15 y los 35 años.

Al respecto, en la clasificación cubana de enfermedades psiquiátricas se conceptualiza la esquizofrenia como un grupo de afecciones mentales caracterizadas por síntomas psicológicos específicos, que en la mayoría de los casos provocan una desorganización de la personalidad del enfermo.<sup>12</sup>

A estas definiciones Cardet Escalona M et al.<sup>13</sup> agregan que es una enfermedad mental de comienzo agudo o insidioso, de evolución crónica por brotes y que es la consecuencia de una alteración de las conexiones entre las regiones cerebrales responsables de la coordinación y sincronización de las funciones cognitivas (circuito cortico-talámico-cerebelo-cortical).

Los estudios epidemiológicos han establecido

que numerosos factores confieren riesgo de esquizofrenia. Muchos de estos actúan durante el período temprano del desarrollo cerebral pero otros son más comunes durante la adolescencia y la edad adulta.<sup>14</sup>

En el 50 % de los casos se hace necesaria la hospitalización del paciente, el cual evoluciona en forma crónica con un deterioro progresivo de todas sus capacidades, lo que provoca un elevado costo directo por la atención médica y paramédica, e indirecto por lo que dejan de producir pacientes y familiares cuidadores, más un costo intangible relacionado con el sufrimiento que produce en el paciente, en familiares, amigos y en la sociedad en general.<sup>5</sup> Lo que representa un verdadero problema sanitario, cultural y social.

Según el Anuario Estadístico de Salud 2019,<sup>15</sup> se reportó la psiquiatría como una de las especialidades que más consultas externas brindó con un total de 966 060 consultas (8,6/ 100 habitantes). Fue la especialidad que más afectó los indicadores de la utilización de camas con promedio de estadía hospitalaria de 61,1 días, superior al año anterior (54,4 días en el 2018), índice ocupacional de 84,4 % e índice de rotación de 5,4. En Artemisa se reportó una prevalencia de ingresos de 0,1 por cada 100 habitantes.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, los escasos estudios al respecto y el gran valor teórico y metodológico del actual estudio, fue que se decidió la realización de la investigación con el objetivo de determinar los factores de riesgos asociados al debut de esquizofrenia en pacientes ingresados en el servicio de Psiquiatría.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles en pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría, perteneciente al Hospital General Docente Comandante Pinares San Cristóbal, Artemisa, durante el año 2018.

Criterios de inclusión:

Para los casos: pacientes con diagnóstico definitivo de esquizofrenia, independientemente del tipo según clasificación. Para los controles: pacientes con otro tipo de psicosis, descartada la esquizofrenia y que haya requerido atención médica en el mismo servicio. Para los casos y controles: pacientes en edad pediátrica con debut esquizofrénico.

Criterios de exclusión:

Para los casos y controles: pacientes a los cuales no se les pudo recoger todas las variables que se registran en la investigación por sesgo en la historia clínica.

El universo estuvo conformado por todos los pacientes ingresados en el período correspondiente con psicosis que totalizaron 203.

Se crearon dos grupos para el estudio, un primer grupo (casos), que estuvo constituido por todos los pacientes con esquizofrenia N=79; un grupo (controles), constituido por pacientes escogidos de forma probabilística (muestreo aleatorio simple) con otra psicosis y descartada la esquizofrenia, con N=79, en una razón de 1:1 (por cada caso un control). Totalizando una muestra de 158 pacientes. Para la selección de los 79 controles se empleó el método de tómbola.

Las variables fueron edad, sexo, antecedentes familiares de esquizofrenia, personalidad pre-

mórbida, estado civil soltero (a), evento estresante relacionado, y familia disfuncional. Fueron recogidas a través de un modelo de recolección de datos. Se consideró como variables independientes a: antecedentes familiares de esquizofrenia, personalidad premórbida, estado civil soltero, evento estresante relacionado y familia disfuncional. Como variable dependiente a la esquizofrenia. Fue evaluada la exposición del paciente a cada factor de riesgo y se asignaron las categorías expuesto, cuando estuvo presente el factor, y no expuesto, cuando este no figuraba. Para el análisis se computarizaron los datos en el paquete estadístico *Statiscal Package for the Social Sciencies* (SPSS), versión 21.0.

Se llevó a efecto: análisis porcentual, frecuencias absolutas, la media aritmética (X) y desviación estándar (DE). Se calculó la Oportunidad Relativa (OR) y se hizo el análisis de riesgo atribuible en expuestos (RAE) y el riesgo atribuible poblacional (RAP). Se aplicó la prueba estadística  $\chi^2$  de Spearman, con 95 % de confiabilidad (IC). Se realizaron los correspondientes análisis bivariados para evaluar probabilidad.

## Normas éticas

Se solicitó la aprobación del Comité de Ética Médica y del Consejo Científico del Hospital. Se cumplieron los requisitos básicos establecidos para el manejo de las historias clínicas. Los datos personales de los pacientes no fueron publicados. Se cumplieron los principios básicos de la ética médica: no maleficencia, justicia social, beneficencia y respeto a la autonomía.

## RESULTADOS

Predominaron los pacientes entre 25 y 34 años de edad (24 pacientes para un 30,4 %), edad media (X) de 37,4 años, desviación estándar (DE) de 12,2; y masculinos (41 casos para un 51,9 %).

El 36,7 % de los casos (58 pacientes) tuvo antecedentes familiares psiquiátricos. Según el *Odds Ratio* (OR), fue 3,9 veces más probable el debut de esquizofrenia en estos casos que en los demás pacientes. Lo que constituye un factor de riesgo significativo (50 %), de manera que si se suprimiera se redujera el riesgo en un 79,1 % (Tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución de pacientes según antecedentes familiares de esquizofrenia

APF	Grupo Caso		Grupo Control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Expuestos	58	36,7	33	20,9	91	57,6
No expuestos	21	13,3	46	29,1	67	42,4
Total	79	50	79	50	158	100

OR= 3,9  $\chi^2= 16,2$  IC=1,97- 7,52 RAE= 50 % RAP= 79,1 % p= 0,00006

Fuente: historias clínicas.

El 44,3 % de los casos (70 pacientes) tuvo una personalidad premórbida para el debut esquizofrénico, ya que fue 5,3 veces más probable el debut de la enfermedad en estos casos.

Al constituir un factor de riesgo significativo (54 %), de manera que se redujera el mismo en un 90,5 % si se eliminara (Tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de pacientes según personalidad premórbida

Personalidad premórbida	Grupo Caso		Grupo Control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Expuestos	70	44,3	47	29,7	117	74,1
No expuestos	9	5,7	32	20,3	41	25,9
Total	79	50	79	50	158	100

Fuente: historias clínicas.

Predominaron los casos (45 pacientes) con estado civil soltero al debut (28,5 %), según valor de OR, fue 2,9 veces más frecuente encontrar esquizofrenia en estos pacientes que en los

que estaban casados, al constituir un factor de riesgo (43 %) altamente significativo, de manera que si se eliminara se reduciría el riesgo en un 66,5 % (Tabla 3).

**Tabla 3.** Distribución de pacientes según estado civil soltero (a)

Estado civil soltero (a)	Grupo Caso		Grupo Control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Expuestos	45	28,5	25	15,8	70	44,3
No expuestos	34	21,5	54	34,2	88	55,7
Total	79	50	79	50	158	100

Fuente: historias clínicas.

El 45,6 % de los casos (72 pacientes) presentó un evento estresante al debut de la enfermedad, por lo que fue 12,9 veces más frecuente debutar con esquizofrenia en estos pacientes que en los que no tuvieron ningún

evento estresante, constituyendo un factor de riesgo significativo (63 %), de manera que si se suprimiera se reduce el riesgo en un 93,4 % (Tabla 4).



**Tabla 4.** Distribución de pacientes según evento estresante relacionado

Evento estresante relacionado	Grupo Caso		Grupo Control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Expuestos	72	45,6	35	22,2	107	67,7
No expuestos	7	4,4	44	27,8	51	32,3
Total	79	50	79	50	158	100

Fuente: historias clínicas.

Se observó que el 39,2 % de los casos (62 pacientes) provenía de una familia disfuncional. Según valor de OR, fue 8,7 veces más frecuente encontrar esta enfermedad en estos casos que en los demás pacientes, por lo que fue un factor de riesgo muy significativo (47 %). De manera que se redujera el riesgo en un 81,4 % si se eliminara el mismo.

## DISCUSIÓN

En la investigación se evidenciaron las edades más afectadas por la esquizofrenia, así como los factores de riesgo más asociados a la enfermedad. De forma que si se interviniera en los aspectos más vulnerables de cada uno de ellos desde la atención primaria de salud, se lograra una disminución en la incidencia y prevalencia de una de las psicosis más discapacitantes conocida como el cáncer de la psiquiatría.

En la actual investigación predominaron los adultos jóvenes, resultado que coincidió con lo reportado por Avilés Castellanos GA,<sup>9</sup> donde evidenció que los pacientes entre 25 a 34 años de edad fueron los más afectados representando el 40,5 % de la serie.

La esquizofrenia es una enfermedad enigmática

ca y con un diagnóstico difícil, ya que aparece de manera común en la adolescencia y la adultez temprana, cuando los adultos jóvenes cambian los hábitos y comienzan una nueva vida social. El estigma sobre la enfermedad retrasa el diagnóstico y el tratamiento. Durante este tiempo de resistencia a la ayuda médica, puede pasar años y pueden ocurrir muchas pérdidas neuronales en el cerebro y el tipo de esquizofrenia puede ser peor.<sup>8</sup> Por lo que es fácil de entender que por los elementos anteriores se dificulte en gran medida el diagnóstico en edades más tempranas de la vida, de forma que pasan años y pueda ser diagnosticada en etapas más tardías de la juventud.

Aunque en la investigación no se encontró diferencia significativa en cuanto al sexo, sí se evidenció un ligero predominio de los varones con respecto a las féminas. Lo cual coincide con lo expuesto por Sabina Roméu B, et al.<sup>10</sup> en Cienfuegos, quienes encontraron un ligero predominio del sexo masculino (57,1 %).

Se conoce que en la esquizofrenia existen diferencias de sexo debido a que los hombres tienen un riesgo vital un 30-40 % mayor que las mujeres y la edad de inicio es unos 3-4 años antes en los hombres. Los autores consi-

deran que este fenómeno pudiera estar dado a que por lo general, las féminas poseen una red de apoyo familiar más funcional que los varones.

En la actual investigación fue evidente la fuerte relación entre la genética y la esquizofrenia. Estos resultados concuerdan con Cardet Escalona M et al.<sup>13</sup> quienes encontraron que era 4,8 veces más frecuente encontrar esta enfermedad en pacientes con antecedentes familiares de primer grado que en los que no tenían parientes enfermos (OR= 4,82 IC 95 % = 3,19 -21,1 X<sup>2</sup>= 24,1 p= 0,0009).

La adopción y los estudios de gemelos sugieren que los factores genéticos aumentan en gran medida el riesgo de esquizofrenia. Varias anomalías neurobiológicas presentes en pacientes con esquizofrenia de inicio en el adulto también están presentes en un número sustancial de sus parientes de primer grado no psicóticos (endofenotipos). Los endofenotipos son características intermedias para el fenotipo y el genotipo de la esquizofrenia.<sup>8</sup>

Por lo tanto, los autores de la investigación son defensores de la hipótesis que plantea que los pacientes portadores de endofenotipos están más cerca de los efectos de los genes de la esquizofrenia que los que no.

La personalidad premórbida es aquella que preocupa desde la niñez y que termina de concretarse con la formación de la personalidad, los rasgos más distintivos son la agresividad mal manejada en la infancia, impulsividad descontrolada, negativismo e inadaptabilidad escolar. De forma que según los resultados de la actual casuística estos patrones preocupantes se asocian significativamente al debut esquizofrénico. Los resultados coinciden

con Núñez Copo AC et al.<sup>3</sup> en Santiago de Cuba, quienes encontraron que estos antecedentes postnatales estuvieron altamente asociados a la esquizofrenia con 51,7 veces mayor la probabilidad del debut esquizofrénico en estos pacientes (IC entre 14,37 -203,57, p < 0,019). Los efectos de los antecedentes postnatales, como patrón premórbido preocupante, fueron expresivos de que no constituyen un factor confusor y que se tiene más posibilidad de desarrollar la enfermedad.<sup>3</sup> También es fácil percatarse de que el riesgo se incrementa aún más cuando están presentes los mismos en conjunto con los antecedentes familiares.

Se notó que las personas que ingresan por primera vez a los hospitales con el diagnóstico de esquizofrenia, representan un alto porcentaje de solteros, lo cual quedó demostrado en el actual estudio, donde más de la mitad de los individuos afectados presentaban esta condición.

Esta casuística concuerda con lo notificado por Núñez Copo AC et al.<sup>3</sup> donde evidenciaron que el estado civil soltero constituyó un riesgo estadísticamente significativo (p < 0,05; OR de 3,45; IC= 1,25 a 9,66).

Se considera que debido a la enfermedad, la cual lleva a dificultades en las relaciones interpersonales y tendencia marcada al aislamiento, estas personas prefieren quedarse solteros, o si se casan, debido a la incapacidad de afrontar las responsabilidades y obligaciones propias del matrimonio, se presentan separaciones y divorcios frecuentes.

La esquizofrenia constituye una enfermedad de causa multifactorial donde se destaca el papel genético y el ambiental, donde este último se encuentra asociado al debut de la enfermedad,



lo cual fue demostrado en la actual investigación.

Este resultado coincide con lo encontrado por Núñez Copo AC et al.<sup>3</sup> donde el 72,5 % presentó algún tipo de acontecimiento considerado como estresante en el debut de la enfermedad, problemas personales (30 %), divorcio (15 %).

Hasta el momento no se ha podido evaluar especificidad entre una noxa ambiental y el desarrollo de la esquizofrenia desde el punto de vista científico, al no poderse explorar la estabilidad de los datos epidemiológicos.<sup>3</sup>

A pesar de la alta asociación del debut de la enfermedad con eventos estresantes, no quedaron evidenciadas estas como causas definitivas, solo se evidenció la actuación de factores estresantes en el desencadenamiento de la enfermedad. Este riesgo se incrementa en los individuos que sean endofenotipos.

La estabilidad en el funcionamiento familiar constituye un factor protector en el desencadenamiento de la enfermedad. Por el contrario en un individuo predispuesto genéticamente juega un papel en contra los ambientes en familias disfuncionales, lo cual fue demostrado en la actual casuística.

Este resultado coincide con lo encontrado por Cardet Escalona M. et al.<sup>13</sup>, quienes evidenciaron la asociación significativa entre este factor de riesgo no genético y la enfermedad (OR = 4,36; IC 95% = 1,72-11,08; p = 0,001). Al hacer el análisis del funcionamiento familiar se evidenció el predominio de las familias disfuncionales determinado por las situaciones desfavorables del entorno familiar como la no existencia de cooperación y ayuda, la atmósfera de tensión e inseguridad, los problemas matrimoniales.

Estas tendencias multifactoriales de la esquizofrenia propicia el establecimiento de estrategias de intervención desde el nivel primario y herramientas terapéuticas multidisciplinarias, para disminuir la incidencia de la enfermedad en quienes están predispuestos a padecerlas y hacerla más benevolente en quienes la padecen, se tuvo en cuenta el principio de la rehabilitación y reinserción social de las personas esquizofrénicas.

## CONCLUSIONES

Los pacientes adultos jóvenes y masculinos fueron los más propensos al debut de esquizofrenia. La contribución de factores genéticos como antecedentes familiares de esquizofrenia fueron determinantes para el desencadenamiento. También, fue significativa la influencia de factores no genéticos como personalidad premórbida, estado civil soltero, evento estresante y familia disfuncional. Lo que es necesario el trabajo y el asesoramiento de las familias de riesgo para mejor prevención, tratamiento y rehabilitación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chang Paredes N, Ribot Reyes VC, Pérez Fernández V. Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018 [citado 16 Dic 2019];17 (5):705-719. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2415>
2. Bestard Ricoy J, Cutiño Segura MB. Psicoterapia de grupo para tratar pacientes con esquizofrenia hospitalizados en servicios de

- salud pública. MEDISAN [Internet]. 2019 [citado 16 Dic 2019];23(1):165-175. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192019000100165&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000100165&lng=es)
3. Núñez Copo AC, Frómata Montoya C, Hecharría Estenoz D. Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud 28 de septiembre. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 [citado 16 Dic 2019];29(2):141-150. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252013000200005&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200005&lng=es)
4. Almaguer Mederos LE. Esquizofrenia: genética, ambiente social y complejidad. CCM [Internet]. Jun 2013 [citado 16 Dic 2019];17(2):186-188. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000200009&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000200009&lng=es)
5. Velazco Fajardo Y, Quintana Rodríguez I, Fernández Romero MC, Alfonso Fernández A, Zamora Lombardía E. Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. Rev Med Electrón [Internet]. 2018 [citado 16 Dic 2019];40(4):1163-1171. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000400022&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400022&lng=es)
6. Rodríguez S. Familiarización con el estigma: una breve introducción. Boletín informativo de Psiquiatría. Publicación del Centro de Investigación de Sistemas y Avances Psicosociales (anteriormente Centro de Investigación de Servicios de Salud Mental). Departamento del Centro de Excelencia de Investigación en Salud Mental de Massachusetts [Internet]. 2014 [citado 16 Dic 2019];11(4):6-15. Disponible en: <http://escholarship.umassmed.edu/pib/vol11/iss4/1>
7. Campo-Arias A, Herazo E. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. Rev Colombiana Psiq [Internet]. 2015 [citado 16 Dic 2019];44(4):243-50. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015000438>
8. Enríquez-Sánchez H, Ochoa-Madrugal MG. Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2019 [citado 15 Sep 2019];62(4):9-24. Disponible en: <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.4.02>
9. Avilés Castellanos GA. Caracterización de pacientes con esquizofrenia. MEDISAN [Internet]. 2014 [citado 16 Dic 2019];18(5):602-605. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000500002&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500002&lng=es)
10. Sabina Roméu B, Sarmiento González D, Alzuri Falcato M, Leyva Madrighales A. Caracterización clínico-farmacológica de pacientes psicóticos atendidos en Servicio de Salud Mental, Hospital Pediátrico de Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2016 [citado 16 Dic 2019];14(3):289-299. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2016000300011&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000300011&lng=es)
11. Mirabal-Requena JC. Necesidad de Rehabilitación integral individualizada al adulto mayor con esquizofrenia residual. Arch méd Camagüey [Internet]. 2019 [citado 16 Dic 2019];23(5):559-562.

Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552019000500559&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000500559&lng=es)

12. Touriño R, Acosta FJ, Giráldez A, Álvarez J, González JM, Abelleira C. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con Esquizofrenia y autoestigma. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2018 [citado 16 Dic 2019];46(2):33-41. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/112/ESP/20-112-ESP-33-41-571736.pdf>

13. Cardet Escalona M, Álvarez Estrabao OA, Reyes Vega JF. Factores de riesgo genéticos y no genéticos asociados con la esquizofrenia. CCM [Internet]. 2013 [citado 16 Dic 2019];17(2):130-138. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000200003&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000200003&lng=es)

14. Pérez Ayala M. Claves éticas en el tratamiento clínico-comunitario de personas con Esquizofrenia. Rev Bio y Der [Internet]. 2017 [citado 16 Dic 2019];41(2):171-186. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n41/1886-5887-bioetica-41-00171.pdf>

15. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de salud.

Anuario Estadístico de Salud 2019 [Internet]. La Habana: Minsap; 2020 [citado 16 Dic 2019]; [aprox. 193 p.]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

I. Lázaro Raidel Moreira Díaz (Autor intelectual. Participó en la concepción y diseño de la investigación. Recolección y procesamiento estadístico de la información. Redacción, revisión y aprobación del manuscrito. Descarga de las referencias bibliográficas).

II. Yannik Palenzuela Ramos (Recolección de la información, revisión y aprobación del manuscrito).

III. Yaimara Dorta Correa (Descarga de las referencias bibliográficas, redacción, revisión y aprobación del manuscrito).

Recibido: 29/05/2020

Aprobado: 17/06/2020