



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Actualización diagnóstica y terapéutica de la esquizofrenia según su
clasificación

Trabajo de Titulación para optar al título de: Médico General

Autores:

Jaramillo Velastegui Erika Gisell

Grijalva Yépez Javier Alejandro

Tutor:

Dra. Zilma Diago Alfes

Riobamba, Ecuador 2023

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotros Erika Gisell Jaramillo Velastegui, con cédula de ciudadanía 060437638-4 y Grijalva Yépez Javier Alejandro, con cédula de ciudadanía 100374508-8, autores del trabajo de investigación titulado: Esquizofrenia y su asociación con enfermedades médicas crónicas, revisión bibliográfica, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de nuestra exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 03 de julio de 2023



Erika Gisell Jaramillo Velastegui.

C.I: 060437638-4



Grijalva Yépez Javier Alejandro.

C.I: 100374508-8

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

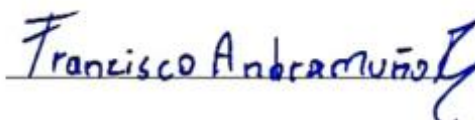
Quienes suscribimos, catedráticos designados Tutor y Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación, **Actualización diagnóstica y terapéutica de la esquizofrenia según su clasificación**, presentado por Grijalva Yépez Javier Alejandro con cédula de ciudadanía 100374508-8 y Jaramillo Velastegui, Erika Gisell, con cédula de ciudadanía 060437638-4, certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha asesorado durante el desarrollo, revisado y evaluado el trabajo de investigación escrito y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 11 de julio de 2023

Dr. Patricio Vásconez.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dr. Francisco Andramuño Bermeo.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

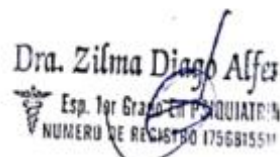


Dra. Mónica Caiza Asitimbay.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dra. Zilma Diago Alfes.
TUTOR

Dra. Zilma Diago Alfes
Esp. 1er Grado en PSIQUIATRÍA
NUMERO DE REGISTRO 1756815511



CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Actualización diagnóstica y terapéutica de la esquizofrenia según su clasificación**, presentado por Grijalva Yépez Javier Alejandro con cédula de ciudadanía 100374508-8 y Jaramillo Velastegui, Erika Gisell, con cédula de ciudadanía 060437638-4, bajo la tutoría de la Dra. Zilma Diago Alfes; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 11 de julio de 2023

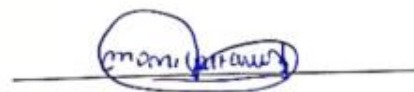
Dr. Patricio Vásconez.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dr. Francisco Andramuño Bermeo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dra. Mónica Caiza Asitimbay.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO





UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 04 de julio del 2023
Oficio N° 62-2023-1S-URKUND-CID-2023

Dr. Patricio Vásquez
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH

Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por **la Dra. Zilma Diago Alfes**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 0383-D-FCS-ACADÉMICO-UNACH-2023, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	0361-D-FCS-27-04-2023	Actualización diagnóstica y terapéutica de la esquizofrenia según su clasificación	Erika Gisell Jaramillo Velastegui Javier Alejandro Grijalva Yépez	1	x	

Atentamente,

0603371907 GINA
ALEXANDRA
PILCO
GUADALUPE
Firmado digitalmente
por 0603371907 GINA
ALEXANDRA PILCO
GUADALUPE
Fecha: 2023.07.04
12:19:41 -05'00'

PhD. Alexandra Pilco Guadalupe
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

DEDICATORIA

Dedico a Dios, por ser mi guía y fortaleza en el transcurso de mi Carrera, a mis padres quienes me han brindado su apoyo, cariño y sacrificio, a mis abuelos paternos por ser la motivación de mi vida.

Erika Gisell Jaramillo Velastegui

Dedico a mis padres quienes me han brindado su apoyo, cariño y sacrificio, a mi hermana por ser la motivación de mi vida y de sentirse orgullosa de culminar esta meta.

Grijalva Yépez Javier Alejandro

AGRADECIMIENTO

Expreso mi gratitud a Dios, a mis padres, a mis abuelos por estar siempre presentes en mis necesidades, a las amistades que se han ido forjando en el transcurso de mis estudios. Mi profundo agradecimiento a mi tutora Dra. Zilma Diago Alfes, por compartir sus conocimientos, enseñanzas durante todo este proceso de culminar el proyecto de investigación, por ser un apoyo en el último peldaño de mi Carrera que me ha permitido seguir adelante con mis metas. De igual manera un profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Chimborazo, por abrirme las puertas, y por haberme brindado valiosos conocimientos para así llegar a ser una gran profesional, hoy puedo sentirme dichosa y contenta de cumplir mi meta de ser Médico.

Erika Gisell Jaramillo Velastegui

Expresando mi gratitud a Dios, por brindarme bendiciones a mi vida, a mis padres y hermana por estar siempre presentes. Mi profundo agradecimiento a mi tutor Dra. Zilma Diago Alfes, por compartir sus conocimientos, de igual manera la Universidad Nacional de Chimborazo, por abrirme las puertas y permitirme cumplir mi meta de ser Médico.

Grijalva Yépez Javier Alejandro

ÍNDICE GENERAL

AUTORIA.....	
DICTAMEN DEL TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL.....	
CERTIFICADO TRIBUNAL.....	
CERTIFICADO URKUND.....	
DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTO.....	
INDICE.....	
RESUMEN.....	
ABSTRACT.....	
CAPÍTULO I.....	12
INTRODUCCION.....	12
CAPÍTULO II.....	16
MARCO TEÓRICO.....	16
Definición.....	16
Epidemiología.....	16
Etiopatogenia.....	18
Factores de Riesgo.....	19
Cuadro Clínico.....	20
Subtipos De Esquizofrenia.....	21
Síntomas de la Esquizofrenia.....	23
Fases de la Esquizofrenia.....	25
Salud mental en el Ecuador.....	27
Evolución Clínica y Pronóstico.....	28
Diagnóstico de la Esquizofrenia.....	29
Tratamiento.....	31
Tratamiento Farmacológico.....	32
Efectos Secundarios más comunes del uso de antipsicóticos.....	36
Psicoterapia en pacientes Esquizofrénicos.....	37
Alteraciones Metabólicas más frecuentes en pacientes esquizofrénicos.....	41
Exámenes complementarios.....	41
Medidas dietéticas.....	42
CAPÍTULO III.....	43
METODOLOGÍA.....	43
CAPÍTULO IV.....	46
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	46

CAPÍTULO V.	53
Conclusiones.....	53
Recomendaciones.	54
BIBLIOGRAFÍA	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS.....	20
Tabla 2. SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA.	22
Tabla 3. SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA.	24
Tabla 4. PRIMERA FASE DE ESQUIZOFRENIA.	25
Tabla 5. FASE AGUDA DE LA ESQUIZOFRENIA.	26
Tabla 6. FASE DE ESTABILIZACIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA.	26
Tabla 7. FASE ESTABLE EN LA ESQUIZOFRENIA.	27
Tabla 8. ANTIPSICOTICOS ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DE DMII.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. OPS CARGA DE ENFERMEDADES POR TRASTORNOS MNSS 2020	17
--	----

RESUMEN

La esquizofrenia, es una enfermedad mental crónica e incapacitante, de etiología desconocida que afecta aproximadamente a 24 millones de personas, a nivel mundial sin diferencia de predominancia por el sexo masculino y femenino, la esquizofrenia se caracteriza por síntomas positivos y negativos, los cuales pueden llegar a ser controlados parcialmente con el uso de fármacos antipsicóticos, este trastorno mental está asociado en gran parte con enfermedades metabólicas, las cuales afectan de forma negativa al curso de la enfermedad, tomando en cuenta datos y estadísticas internacionales y sin dejar de lado los reportes nacionales sobre la esquizofrenia, esta enfermedad requiere de una evaluación específica y debe considerarse poner en práctica la rehabilitación psico-social del paciente, se revisó sobre los diferentes trastornos cognitivos de la esquizofrenia y se hizo referencia a los diferentes tipos y clasificaciones de la esquizofrenia, pasando desde su presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y complicaciones, en el presente trabajo se aplicó una investigación de tipo descriptiva con diseño documental no experimental, la técnica empleada se basó en la observación para la recolección de datos e información, la población de estudio fue de 60 publicaciones, para esto se realizó una revisión y recopilación bibliográfica en diferentes artículos científicos de estudios y casos clínicos, en páginas oficiales en Google Académico, Scielo, Pub Med, Science Direct, Medigraphic, lo que permite orientarse al objetivo principal de este trabajo el cual es el de aportar al manejo clínico y social de pacientes esquizofrénicos para así lograr mejor su calidad de vida.

Palabras clave: esquizofrenia, síndrome metabólico, psicoeducación, tratamiento.

Abstract

Schizophrenia is a chronic mental disorder associated with considerable disability. The etiology of schizophrenia is unknown. It affects approximately 24 million people worldwide, with men and women affected equally. Schizophrenia exhibits both positive and negative symptoms which can be partially controlled with the use of antipsychotic medications. This mental disorder is also associated with metabolic disturbances, which in turn negatively affect the course of the disorder. Taking into account statistical data from both international and local research, schizophrenia requires a specific evaluation and approaches such as psychosocial rehabilitation should be considered to treat patients. In this study, the different cognitive types of schizophrenia were described, including an analysis of the clinical manifestations, diagnosis, treatment, and complications of the disorder. Thus, a descriptive research with a non-experimental documentary design was conducted. This investigation, therefore, involves an observational method in order to collect data and other information. The study includes a total of 60 publications, which were chosen carefully after analyzing different research papers and case studies. The source of these documents comes from official websites such as Google scholar, Scielo, PubMed, Science direct, and Medi graphic. These allows to focus in the main goal of this study: to contribute to the clinical and social management of patients with schizophrenia and eventually improve their quality of life

Keywords: schizophrenia, metabolic syndrome, psychoeducation, treatment



Revisado por la docente: Alison Tamara Varela Puente

CI:0606093904

CAPÍTULO I.

INTRODUCCION.

En la actualidad, dentro de la cultura popular se dispone de innumerables fuentes artísticas de entretenimiento convencional, en este amplio mundo se encuentran los thrillers cinematográficos, los cuales tienen una gran influencia sobre sus espectadores acerca de la creencia de varios conceptos en salud mental, la esquizofrenia no es un tema que se pase por alto y suele ser un recurso útil para explicar el comportamiento errado de quien perpetra actos irracionales⁽¹⁾. Las manifestaciones visuales conceptualizadas por este medio son útiles para hacer entender las acciones atroces que pueden realizar varios protagonistas con enfermedades mentales y, es increíble cómo estas obras tienen gran impacto en la sociedad sobre cómo entender o percibir a las enfermedades mentales, y algunas de las veces implantando miedo a este tipo de pacientes, y para entender mejor la referencia se ha analizado la película “Joker” del director Todd Phillips, en donde el protagonista de la función tiene “visiones” con su vecina en las que interactúa con ella e incluso crea una historia de tipo amorosa, la cual no es real, y para poder sustentarla crea una compleja historia para poder explicarlo, es lo que llamamos delirios o creencias que se mantienen de forma férrea aunque se les demuestren que no sean ciertas, e incluso el protagonista comete homicidios con el fin de aliviar su carga emocional ⁽¹⁾. Como se puede apreciar, la comprensión de las enfermedades mentales se ve influenciada por la comunidad, llegando a estigmatizar a este tipo de pacientes, afectando a la manera en la que se relaciona el enfermo con su medio social.

Los cambios en la conceptualización de la esquizofrenia fueron variando a través del tiempo debido a lo poco esclarecido de la naturaleza de la enfermedad, es atribuida a ella la teoría de las anomalías genéticas, la alteración de los neurotransmisores, las alteraciones anatómicas, entre otras, y es importante recalcar que no existe un marcador biológico que permita hacer un diagnóstico empírico, es decir que el diagnóstico se fundamenta en los datos obtenidos mediante la observación clínica individual de cada paciente ⁽²⁾.

Recordando un poco de historia, durante la edad media se solía quemar a las personas con enfermedades mentales con el propósito de ponerle fin a su sufrimiento y al sufrimiento de sus familiares, y en la época de la ilustración se solía recluir forzosamente a los enfermos mentales para evitar que realizaran acciones poco coherentes y que pongan en riesgo a la comunidad local, Pinel y Tuckey, científicos, utilizaban las terapias

electroconvulsivas o los comas insulínicos inducidos con el fin de buscar la mejoría de los pacientes psiquiátricos, poniendo en riesgo su vida, mientras que Bleuler, otro ilustrado en la materia consideró que el rasgo más característico de este trastorno era la disgregación de las funciones y considero más apropiado denominarla esquizofrenia, y buscar otras alternativas de manejo, en el siglo XX aparecieron los primeros psicofármacos, lo cual supuso un tramo de esperanza para estos pacientes ⁽³⁾.

La Psiquiatría es una especialidad que se basa en objetivos un tanto abstractos cuya finalidad es la de resolver los conflictos mentales del paciente, en la que se obtienen pocos datos de exámenes complementarios, no existen muchos síntomas patognomónicos, el paciente es difícil de tratar sin apoyo de terceras personas ya los pacientes afectados no suelen estar conscientes de su problema y en la cual se observa poca adherencia al tratamiento prescrito por las mismas características de la enfermedad, en las diferentes enfermedades mentales que se desarrollan en el ser humano es imprescindible la exploración psicopatológica y con mayor importancia a pacientes con esquizofrenia ⁽⁴⁾.

La esquizofrenia es el trastorno mental más grave e incapacitante en todo el mundo, qué afecta de manera multifactorial al paciente que la padece, llegando a tener un impacto en su núcleo familiar, un deterioro económico, y una gran afectación emocional, los motivos por el cual es de suma importancia conocer la naturaleza de la enfermedad es imprescindible para ayudar a la familia a apoyar y comprender al enfermo, además de brindar herramientas a los familiares con las cuales puedan vencer la problemática de la enfermedad, dentro de los factores de riesgo y beneficio está el tratamiento farmacológico ya mencionado que ayudan con la sintomatología del paciente, pero que a su vez puede ayudar a desarrollar otro tipo de problemas de salud que se debe aprender a corregir o manejar concomitante al problema principal e imponer mejorías en el estilo de vida del paciente y los familiares con el fin de evitar la progresión de las posibles alteraciones, y, por su puesto el manejo psicológico del individuo y núcleo familiar es de suma importancia, ya que son medidas preventivas que ayuda al médico a evitar otra complicación en lo posible ⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

El presente trabajo tiene como objetivo principal aportar al manejo clínico y social de pacientes con esquizofrenia con el fin de mejorar la calidad de vida del enfermo, dar a conocer sobre la enfermedad mental, su impacto y relación con otras patologías de tipo metabólico crónicas asociadas al tratamiento farmacológico antipsicótico e incluso previo a su diagnóstico y tratamiento, en publicaciones estudiadas y poco actualizadas se puede evidenciar la nula importancia que se le brindaba a las enfermedades mentales, lo que se ve

reflejado en los datos estadísticos tanto a nivel nacional y a nivel mundial, es importante también el diagnóstico oportuno en un paciente con esquizofrenia, y es un punto clave que el primer contacto dentro del área de la salud que tenga un paciente con una enfermedad mental, se encuentre frente a un personal que esté capacitado para aprender a reconocer los primeros síntomas de la esquizofrenia temprana y no dejar dilatar el tiempo en el que se puede llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno con la referencia a un especialista en el tema, y para llevar a cabo este objetivo es necesario conocer desde lo esencial como lo es la definición de la enfermedad, y demás características, según Amador Licea menciona que “la esquizofrenia es un trastorno mental crónico que se caracteriza por alteraciones de la personalidad, alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad ya que los pacientes que la padecen presentan alteraciones en el pensamiento y cambios de conducta, esta enfermedad afecta a hombres y mujeres por igual provocando una limitación para el individuo afectado ya que pueden llegar a padecer limitaciones que afectan en su desarrollo personal, social y psicomotor que posteriormente llevarán a conflictos dentro de un grupo familiar”⁽⁷⁾.

Además de los conceptos básicos es de suma importancia destacar a la salud mental como un problema de salud real, existen datos reportados a nivel mundial los cuales mencionan que la esquizofrenia afecta aproximadamente a 24 millones de personas, traduciéndose en 1 de cada 300 personas lo que equivale a 0,32% y se incrementa en adultos llegando a 1 de cada 222 personas lo que equivale a 0,45%, a nivel de Latinoamérica aproximadamente 6 millones de personas padecen de esquizofrenia, pero la falta de diagnóstico deja sin tratamiento aproximadamente a 75% de los pacientes, y del total de pacientes diagnosticados con esta enfermedad, según datos reportados aproximadamente 32% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, son de forma correcta y aproximadamente el 19% recibe un tratamiento adecuado. En el Ecuador la esquizofrenia es la enfermedad mental más prevalente en hospitales psiquiátricos, de acuerdo con el Informe sobre el sistema de salud mental en el Ecuador o también conocido como IESM, además otro estudio realizado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Esmeraldas, publicado en 2023, determino que de una muestra de 30 personas con trastornos mentales, la esquizofrenia tuvo una prevalencia del 70 % en comparación con otros trastornos mentales, según el Instituto Nacional de Estadísticas y de Censos INEC, se reportaron 175 casos de esquizofrenia en personas que oscilan entre los 5 y 24 años de edad en el transcurso del año 2022. ⁽⁷⁾

Aunque los datos no son actualizados de manera inmediata, en los portales oficiales del ministerio de salud pública nos indica que del total de atenciones en relación a la salud mental o a patologías similares los pacientes atendidos con esquizofrenia pertenecen a un 0.6% catalogándose como una enfermedad no tan común, a su vez se hace una revisión a los diferentes factores de riesgo con los cuales la esquizofrenia está relacionada y que en varios estudios comprobados científicamente tratan de explicar, partiendo desde hipótesis como las complicaciones durante el embarazo y el nacimiento, la malnutrición, la exposición a ciertas toxinas o virus además de factores socioeconómicos y culturales de cada individuo ⁽⁸⁾. El cuadro clínico de la patología manifiesta problemas del pensamiento, comportamiento y de las emociones los cuales se manifiesta a través de síntomas positivos y síntomas negativos de la enfermedad, estos pueden variar, y dependen del tipo de esquizofrenia que padece el paciente para observar la predominancia de ciertos síntomas respecto a otros ⁽⁹⁾.

Los exámenes complementarios se pueden utilizar como apoyo para diagnosticar el estado previo de salud del paciente antes del uso de medicamentos antipsicóticos, así como después de instaurada la terapia farmacológica habitual, las diferentes políticas de estado que ha implementado el Ecuador a lo largo de los últimos años, han apoyado a esta problemática, pero es importante mencionar que una vez brindada el certificado de incapacidad laboral, es importante la reinserción de los pacientes en actividades que mantengan su mente trabajando en actividades que no le generen tanto estrés, también es importante mencionar la elección farmacológica por parte del profesional de salud a su familia, y posibles consecuencias o efectos secundarios, además de brindar apoyo y una guía sobre el manejo multifactorial de un paciente con esquizofrenia.

OBJETIVOS GENERAL

- Aportar al manejo clínico y social de pacientes con esquizofrenia mediante la revisión bibliográfica de artículos actualizados para asistir al personal de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reflejar la importancia del apoyo psicoterapéutico en pacientes con esquizofrenia.
- Evidenciar los trastornos metabólicos más comunes en pacientes con esquizofrenia.
- Constatar la incidencia de efectos secundarios tras el uso de medicamentos antipsicóticos.

1. CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO.

Definición.

Etimológicamente la palabra esquizofrenia deriva del griego esquizo que significa “escindir” y, de la palabra frenia, que significa “mente”; dando origen a la palabra compuesta “mente escindida” o separada de la realidad ⁽¹⁰⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia es conceptualizado como un trastorno mental caracterizado por la distorsión del pensamiento, las emociones, la percepción, el lenguaje, la conducta y la conciencia de sí mismo ⁽¹¹⁾. La esquizofrenia es una enfermedad psicótica de carácter crónico, de etiología desconocida que se caracteriza por alteraciones en la forma y contenido del pensamiento, el cual se acompaña de remisiones y exacerbaciones ^(12,2).

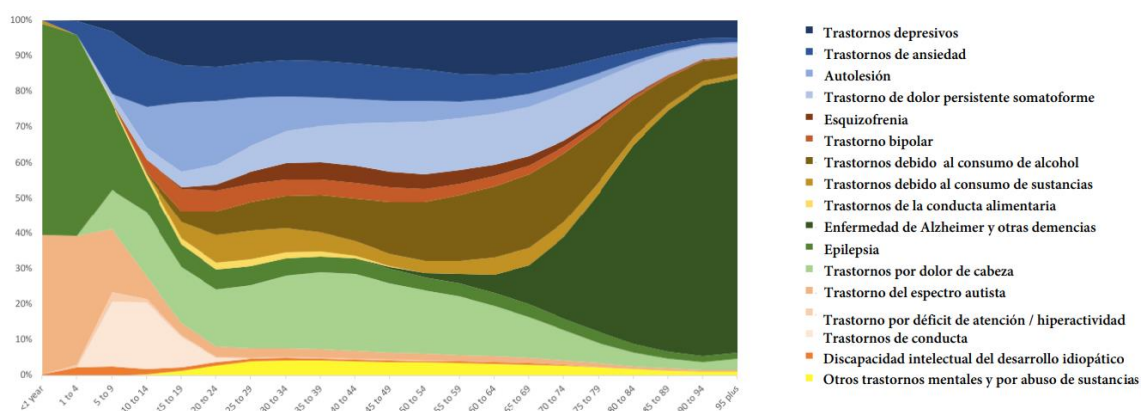
Epidemiología.

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico grave que afecta a cualquier grupo poblacional a escala mundial llegando a afectar a aproximadamente a 24 millones de personas a nivel mundial, es decir a 1 de cada 300 personas, además que las personas que padecen de esquizofrenia llegan a ser víctimas del estigma social, discriminación y violación de sus derechos, de igual manera según la Organización Mundial de la Salud una gran cantidad de estas personas no reciben una atención en salud mental oportuna y ningún tipo de ayuda lo que lleva al deterioro del paciente, se plantea la idea de que si las personas con esquizofrenia fueran tratadas de manera oportuna al menos uno de cada tres podría llegar a recuperarse por completo ⁽¹³⁾. La esquizofrenia se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre 18 a 44 años como promedio general, y respecto a la diferencia de sexo, los hombres suelen presentar un inicio más temprano de la enfermedad, comprendida entre los 15 y los 25 años de edad, y en las mujeres suele presentarse entre los 25 y los 35 años de edad ⁽¹⁴⁾. La esquizofrenia tardía suele presentarse de los 40 años en adelante y la parafrenia o conocida también como esquizofrenia en adultos mayores suele presentarse a partir de los 60 años de edad ⁽¹⁰⁾. Se ha demostrado también que las personas con esquizofrenia tienen una probabilidad de 2 a 3 veces más de

morir prematuramente que la población general por enfermedades físicas tales como afectaciones cardiovasculares, metabólicas o infecciosas ⁽¹⁵⁾.

Según la Organización Panamericana de Salud, en el Ecuador en el año 2020, en la carga resultante de los trastornos MNSS es decir los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias ,la carga se debe principalmente a la epilepsia con un 57%, el autismo con un 37%, y entre los 5 y 15 años, la carga se direcciona a de los trastornos de conducta con un 18%, trastornos de ansiedad un 16%, y dolores de cabeza un 15% , incluyendo migraña, alrededor de los 20 años de edad surge un patrón que se mantiene estable durante la juventud y la edad adulta con los trastornos comunes como ansiedad, depresión, autolesiones y trastorno somatomorfe que representan el 42% de la carga, los trastornos por consumo de sustancias el 17% , el 12% debido al alcohol y los trastornos mentales graves como la esquizofrenia y trastorno bipolar alrededor del 8% .

Figura 1. OPS CARGA DE ENFERMEDADES POR TRASTORNOS MNSS 2020



Fuente <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-perfil-pais-ecuador>

Se puede apreciar según este estudio que el inicio de la esquizofrenia en el Ecuador suele ser entre los 15 años con una duración de hasta cerca de los 80 años independientemente del sexo en el Ecuador, se reporta además que cerca del 50 % de personas con esquizofrenia no reciben atención apropiada y en países en desarrollo más del 90 % no reciben tratamiento, lo cual es un problema de salud a nivel de esta población, y una grave violación a los derechos humanos, se manifiesta que en el Ecuador, del total de los egresos de los hospitales psiquiátricos, el 38% de pacientes tiene esquizofrenia, y de las atenciones de consulta externa de estos hospitales psiquiátricos, la esquizofrenia es la enfermedad más prevalente ⁽¹⁶⁾.

Del total de personas diagnosticadas con esquizofrenia a nivel mundial, aproximadamente un 25 a 50% de estas consumen sustancias adictivas, las cuales producen alteraciones a nivel cerebral, produciendo efectos alucinógenos, de relajación, somnolencia y otros efectos los cuales pueden generar efectos permanentes que deriven en otros problemas psiquiátricos asociados, los pacientes habitualmente son consumidores de algún tipo de droga como el alcohol y el tabaco siendo estas las sustancias de mayor abuso, un estudio realizado en pacientes con esta enfermedad demostró que el 29.5% de pacientes esquizofrénicos consumían alcohol mientras que el 69.8% consumían tabaco ⁽¹⁷⁾.

Etiopatogenia.

Se conocen varias fuentes etiológicas en la literatura científica acerca del desarrollo de la esquizofrenia, sin embargo en la actualidad sigue siendo una hipótesis, dentro de ellas se encuentran la teoría del neurodesarrollo, la teoría genética, la teoría de factores neuroquímicos, la teoría de factores anatomopatológicos, teorías basadas en estudios electrofisiológicos, y medioambientales ^(18,19).

En varias publicaciones se habla de factores de riesgo en relación a la aparición de la esquizofrenia los cuales son poco conocidos como las complicaciones durante el embarazo y el parto, la exposición a la gripe común, o la inanición de la madre durante el embarazo, la incompatibilidad del factor Rh, el factor social estresante de las zonas urbanas, y la teoría ya conocida como la heredabilidad en la esquizofrenia, que es de un 50 a 90% en total, es decir un hermano no gemelo de un paciente esquizofrénico tiene la probabilidad del 8-9% de desarrollar la enfermedad, el hijo de un padre esquizofrénico tiene una probabilidad del 12-13% de desarrollar la enfermedad, gemelo dicigótico de un paciente esquizofrénico tiene la probabilidad del 12%, un hijo de dos padres esquizofrénicos tiene un 40% de probabilidad de desarrollar la enfermedad, otros estudios refieren que el factor genético representa netamente el 83% de la etiología de la enfermedad y que solo el 17% de debe por otros factores ⁽⁶⁾. Se indica también que la edad del padre tiene una relación directa con el desarrollo de la enfermedad, es decir niños nacidos de padres mayores de 60 años son vulnerables al desarrollo del trastorno, aunque se desconoce su porcentaje, al igual que la violencia familiar es una forma de violencia emocional se considera un factor prevalente durante la infancia, seguida del abuso sexual, se habla del consumo de sustancias que forman parte de un trastorno dual ya que aumenta el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos y afecta negativamente el curso de la esquizofrenia ⁽³⁾. Un estudio en 2019 indica que una de

cada ocho personas en el mundo lo que equivale a 970 millones de personas padece de un trastorno mental ⁽²⁾. Según estudios realizados en los últimos 5 años, la razón principal de que sufra de este trastorno psicótico inicia por acontecimientos estresantes, es decir dificultades de relación dentro de la familia o por un estado de shock por algún acontecimiento de gran impacto emocional ⁽³⁾.

Factores de Riesgo.

Dentro de los factores detonantes de la aparición de la esquizofrenia se encuentran múltiples causas entre las cuales se menciona la presencia de un perfil psicopático o antisocial del individuo que le llevaría al consumo de drogas y a comportamientos violentos en un intento por compensar su bajo estado de activación psicofisiológica lo que se agravaría tras el debut de la esquizofrenia ⁽³⁾. Se habla del maltrato durante la infancia como un factor estresante que detona este tipo de trastorno mental, aunque en varios perfiles de los pacientes no es necesario haber sido maltratado para desarrollar la enfermedad ⁽²⁰⁾. Existe el factor de los alelos genéticos en pacientes esquizofrénicos con un carácter excesivamente violento, lo que ha concluido en que existen alelos genéticos que afectan al desarrollo de su cerebro, es decir que existen varios alelos que contribuyen al funcionamiento del sistema cerebral dopaminérgico, este neurotransmisor es una de las sustancias químicas que emplea el cerebro para comunicarse, estos alelos de riesgo se relacionarían con la liberación de la dopamina respecto a su eliminación y su recepción ⁽¹⁾. Nos encontramos también con el factor de riesgo de un sistema dopaminérgico alterado que produce un exceso de dopamina y ese exceso no puede ser recibido ni eliminado, produciendo la enfermedad ⁽¹⁾. Existe otro neurotransmisor que está involucrado, el ácido gamma amino butírico, el cual al momento de disminuir predispone a un aumento de la actividad dopaminérgica desencadenando la enfermedad ⁽¹⁾. Otro factor de riesgo está la del consumo de cannabis en donde la perfecta funcionalidad del sistema neuronal se ve alterada al introducir cannabinoides exógenos los cuales interactúan con los receptores cannabinoides y alteran la estabilidad de todo el sistema encannabinnoide, este sistema podría definirse como un sistema de regulación de neurotransmisión que está conformado por los endocannabinoides y los receptores cannabinoides, entre los receptores cannabinoides tenemos el CB1 predominante en el sistema nervioso central con acción inhibitoria de diversos neurotransmisores y el CB2 que se encuentra predominantemente en la periferia y con una función más dirigida al sistema inmunitario y acción en la modulación de liberación de diversos neurotransmisores como la acetilcolina, dopamina, GABA,

histamina, serotonina, glutamato, norepinefrina, prostaglandinas y los péptidos opioides, además de tener una función en la regulación de la percepción del dolor, función a nivel cardiovascular, inmunitario, gastrointestinal y hepático ⁽²¹⁾. Existe la hipótesis de una activación exagerada del sistema inmunitario, como por inflamación, el cual se desconoce su mecanismo, pero contribuye al desarrollo de la enfermedad, además del factor de padre de mayor de 60 años, el consumo de medicamentos que afecten la mente (psicoactivos) durante la adolescencia, el embarazo y la desnutrición prenatal ⁽¹⁵⁾.

Cuadro Clínico.

Respecto al cuadro clínico de los pacientes con esquizofrenia, existe una historia premórbida que no siempre está presente, en donde los pacientes tienen rasgos de personalidades de tipo esquizoide o esquizotípica, el cual es entendido como una inclinación permanente a comportarse de una manera determinada en distintas situaciones ⁽²²⁾. Los pacientes con esquizofrenia muestran rasgos duraderos y estables de naturaleza cognitiva, afectiva y conductual que pueden ser concebidos como características de la personalidad y que el esclarecimiento de las interacciones rasgo y estado en la esquizofrenia ayudarán a entender la presentación de los síntomas, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, ⁽²³⁾⁽²⁴⁾.

Tabla 1. RASGOS DE PERSONALIDAD MÁS FRECUENTES EN PACIENTES ESQUISOFRÉNICOS.

Personalidad Esquizoide	Personalidad Esquizotípico
<ul style="list-style-type: none"> • Se apartan de contactos afectivos. • Muestra sus emociones con dificultad. • Le dificulta y no le interesa relacionarse en un medio social. • Bajo libido. • No cuenta con amistades, solo su familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad reducida para relacionarse con personas • Comportamiento excéntrico • Ideas que no concuerdan con las normas socioculturales • Experiencias inhabituales • No cuenta con amistades, solo su familia • Presenta ideas paranoides, delirios, alucinaciones auditivas, ilusiones

	sin la necesidad de provocación de un estímulo externo
--	--

Fuente http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252012000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Respecto al primer episodio en la esquizofrenia, este suele ser solapado, ya que viene precedido por meses e incluso años con síntomas prodrómicos, los cuales son sutiles, llegando a alterar la pasividad encontrándonos con pacientes irritables, un claro ejemplo se puede citar cuando una persona comienza con el deterioro del funcionamiento laboral, social y personal, otro signo prodrómico es una actitud extraña por parte del sujeto que es llamativo, cambio en la afectividad, lenguaje e ideas estafalarias, el paciente cuenta experiencias perceptuales raras, que muchas de las veces no son tomadas con la importancia del caso y cuando finalmente se logra identificar suele ser cuando el paciente comienza con la observación de síntomas psicóticos e ideas que lo llevan a perder el contacto con la realidad de una manera más acentuada, es común clasificar a los síntomas de la esquizofrenia como síntomas positivos y negativos de la enfermedad aunque muchos pacientes presentan por lo general síntomas negativos, es decir de déficit, la psicosis es la característica definitoria del espectro de la esquizofrenia, lo que es un rasgo característico de la esquizofrenia paranoide, la más común en nuestro medio⁽²⁵⁾.

Subtipos De Esquizofrenia.

La esquizofrenia se centra en las tres subcategorías de tipo más comunes, entre las cuales se encuentra la esquizofrenia Hebefrénica, Catatónica y Paranoide⁽²⁾. Además la esquizofrenia se caracteriza por tener fases, en las cuales se detalla el primer episodio, el cual es gradual y progresivo, se deterioran las capacidades mentales y a su vez se presentan algunos síntomas de la enfermedad lo cual se transforma en una fase activa⁽²⁶⁾.

Tabla 2. SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA.

<p>Esquizofrenia Hebefrenia o Desorganizada</p>	<p>Se caracteriza por que los pacientes presentan alteraciones afectivas las cuales no son apropiadas dentro del contexto de la situación, como el reírse al recibir una mala noticia, risas inmotivadas, además de un comportamiento despectivo, discurso incoherente , este tipo de esquizofrenia no es muy perceptible por la ausencia de síntomas, es de inicio precoz, predomina síntomas negativos.</p>
<p>Esquizofrenia Catatónica</p>	<p>En los pacientes predominan los trastornos de tipo psicomotriz, como la inmovilidad, posturas fijas, movimientos repetitivos, existe un importante mutismo, también se suman las alteraciones en el lenguaje como la ecolalia, o ecopraxia, responde de mejor manera a la TEC y al tratamiento antipsicótico, este tipo es poco frecuente.</p>
<p>Esquizofrenia Paranoide</p>	<p>En este tipo de esquizofrenia predomina las alucinaciones y los delirios, es de inicio tardío, dentro de la clasificación, es la esquizofrenia menos deteriorante a nivel funcional, suele ser menos marcados los síntomas negativos, responde de buena manera al tratamiento con antipsicóticos.</p>
<p>Esquizofrenia Indiferenciada</p>	<p>En este tipo de esquizofrenia no predomina algún síntoma en específico, este combinado, por lo que se lo llevo a denominar de esa forma.</p>

Esquizofrenia Residual	En este tipo, el paciente debe de haber pasado por un episodio previo de psicosis, pero en el momento actual no se aprecia sintomatología positiva, suelen ser más notorios los síntomas negativos.
Esquizofrenia Simple	En este tipo de esquizofrenia los pacientes tienen síntomas negativos sin tener previo la aparición de clínica positiva, , es poco frecuente y tiene un mal pronóstico.
Esquizofrenia de inicio tardío	Suele aparecer en pacientes mayores de 45 años, se acompaña de delirios bien estructurados, y alucinaciones, es un tipo tardío de esquizofrenia paranoide, tiene escasa clínica negativa.

Fuente https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352021000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Síntomas de la Esquizofrenia.

Dentro de la sintomatología en la esquizofrenia como tal, existe un amplio abanico que se la ha llegado a catalogar como síntomas positivos y negativos, los síntomas positivos suelen aparecer en la fase aguda de la enfermedad, mientras que los síntomas negativos, se observa a largo plazo ⁽²⁷⁾.

Tabla 3. SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA.

SINTOMAS POSITIVOS Suponen un exceso de las funciones normales		SINTOMAS NEGATIVOS Suponen un déficit de las funciones normales	
Delirios	La persona cree cosas que no son ciertas, suelen ser de contenido variado de persecución, de referencia haciendo alusión a medios de comunicación que aluden contra él, de tipo somáticas, el paciente cree que tiene cambios corporales, comunicación con Dios, de robo , de inserción de pensamientos ajenos , pensamientos de grandiosidad.	Aplanamiento afectivo	Se relaciona con la motivación y el interés, o la expresión verbal o emocional, el paciente es apático y distante.
Alucinaciones	Las personas generalmente tienen alucinaciones auditivas, las cuales son varias personas hablándole que le insultan, pueden presentarse las alucinaciones de tipo visuales, con formas extrañas, alucinaciones cenestésicas o de tipo táctiles, paciente refiere ser penetrado de tipo sexual, tocado, o golpeado.	Problemas para planificar y mantener una actividad	A las personas con esta patología les es difícil mantener un plan en concreto a realizar
Trastornos del pensamiento y lenguaje	Hablan de forma incoherente, la conversación suele perder el hilo, las respuestas suelen ser tangenciales, es decir que guarda poca relación con la pregunta , tienen bloqueos del pensamiento.	Hiponimia/ Anhedonia	Incapacidad para experimentar placer, asociada con pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades;
Trastornos del movimiento, comportamiento	Podemos ver a los pacientes con agitación, peculiaridades como vestir de manera estrafalaria, descuido en el aseo, conducta sexualmente inapropiada.	Retraimiento social /Apatía /Abulia	Estado de desinterés y falta de motivación o entusiasmo en que se encuentra una persona y que comporta indiferencia ante cualquier estímulo externo

FUENTE http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1647-21602021000200021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Fases de la Esquizofrenia.

Se puede llegar a reducir las fases de la esquizofrenia en la forma, prodrómica, la cual se presenta meses antes, cambios en el estado de ánimo, alteración de la interacción social, ansiedad, seguido de la fase psicótica conocida como el brote, y finalmente la fase residual, en donde son marcados los síntomas negativos, el paciente tiene problemas con su cuidado personal, y el área sociolaboral ⁽²⁸⁾.

La primer fase puede presentarse de forma brusca o lenta, es decir el paciente puede observarse con falta de higiene o irritabilidad ,un rasgo muy común en el inicio de la enfermedad, se detallan algunas características de la primer fase.⁽³⁾

Tabla 4. PRIMERA FASE DE ESQUIZOFRENIA.

Primera Fase en la Esquizofrenia:	
• Deterioro en el control de su salud	No cumple con su tratamiento, manejo inefectivo de las terapias
• Alteraciones metabólico-nutricionales	Sufre de desequilibrios nutricionales que trae alucinaciones
• Alteración en la eliminación	Estreñimiento
• Actividades	Carencia de Cuidados de si mismo
• Alteraciones de sueño, descanso	No hay descansos, sueño interrumpido
• Alteración Conductual	Pensamientos distorsionados
• autopercepción	Desesperanza, baja autoestima, tendencia al aislamiento social
• Roles	Deterioro de la comunicación verbal, Riesgo de soledad
• Sexualidad	Disfunción Sexual
• Tolerancia al estrés	Violencia a la persona misma o a los demás

Fuente: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/3832>

La siguiente fase es la fase aguda, en la cual se vuelven a presentar las características antes ya mencionadas, pero con más intensidad llegando a ser así:

Tabla 5. FASE AGUDA DE LA ESQUIZOFRENIA.

Fase Aguda en la Esquizofrenia:	
• Deterioro en el control de su salud	No cumple con su tratamiento, manejo inefectivo de las terapias, consumo de tóxicos.
• Alteraciones metabólicas-nutricionales	Sufre de desequilibrios nutricionales que trae alucinaciones o delirios
• Alteración en la eliminación	Estreñimiento
• Actividades	Carencia de Cuidados de sí mismo
• Alteraciones de sueño, descanso	No hay descansos, sueño interrumpido
• Alteración Conductual	Trastornos de pensamiento, déficit de conocimientos, no interpretación del entorno que lo rodea
• Autopercepción	Ansiedad, Temor, Violencia
• Relaciones	Cansancio de roles, interrupción de los procesos familiares.
• Sexualidad	Disfunción Sexual

Fuente: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/3832>

A continuación, tenemos la fase de estabilización, se estabilizan los síntomas ya antes descritos, se hacen menores y suelen tener una duración de 6 meses.

Tabla 6. FASE DE ESTABILIZACIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA.

Fase de Estabilización en la Esquizofrenia:	
• Deterioro en el control de su salud	Manejo inefectivo de las terapias
• Alteraciones metabólicas-nutricionales	Sufre de desequilibrios nutricionales, el exceso
• Alteración en la eliminación	Estreñimiento
• Actividades	Carencia de Cuidados de sí mismo
• Alteraciones de sueño, descanso	Privación del sueño
• Alteración Conductual	Conflicto de decisiones, trastorno del pensamiento, déficit de conocimientos
• Autopercepción	Baja autoestima, ansiedad
• Relaciones	Riesgo de soledad
• Sexualidad	Disfunción Sexual

Fuente: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/3832>

Finalmente se encuentra la Fase Estable, los síntomas ya citados no son tan graves, se presentan síntomas no psicóticos trayendo a su vez confusión en la enfermedad por los cambios repentinos.

Tabla 7. FASE ESTABLE EN LA ESQUIZOFRENIA.

Fase Estable en la Esquizofrenia:	
• Deterioro en el control de su salud	Manejo inefectivo de las terapias
• Alteraciones metabólicas- nutricionales	Alteración del patrón alimenticio
• Alteración en la eliminación	Estreñimiento
• Actividades	Déficit de autocuidados, riesgo de movilidad
• Alteraciones de sueño, descanso	Privación del sueño, deterioro del sueño
• Alteración Conductual	Conflicto de decisiones, alteraciones de la memoria.
• Autopercepción	Baja autoestima, Desesperanza
• Relaciones	Deterioro de la Comunicación Verbal
• Sexualidad	Disfunción Sexual

Fuente: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/3832>

Salud mental en el Ecuador.

El país cuenta con un Plan Nacional de Salud Mental el cual fue publicado por primera vez en el periodo 2014-2017, está constituido por 5 lineamientos estratégicos:

1. Implementar un enfoque de promoción de la salud mental y prevención del sufrimiento mental, con abordaje de los determinantes sociales de la salud.
2. Fortalecer los servicios de salud mental orientándolos hacia la atención primaria de salud.
3. Brindar atención integral en salud a las personas que usan o consumen drogas.
4. Fortalecer la rectoría del ministerio de salud pública sobre el sistema nacional de salud en el componente de salud mental.
5. Promover la investigación en temas relacionados a la salud mental tanto en el MSP como en los espacios de formación académica, con el enfoque en salud mental ⁽²⁹⁾.

Evolución Clínica y Pronóstico.

La esquizofrenia es esencialmente un trastorno del pensamiento con manifestaciones en diferentes áreas como lo es la del afecto, la percepción, la motivación, la conducta y la actividad motora, es decir es una enfermedad mental grave debilitante cuyo tratamiento se basa en la administración de antipsicóticos durante toda la vida del paciente, lo cual disminuye las recaídas por lo cual es importante prescribirlas ^(4,16). Las alteraciones en el lenguaje y la distorsión emocional, hace que la capacidad para responder a los requisitos de la vida social sean difíciles, tanto que les impide desempeñar un rol activo en la comunidad y desarrollar los roles que la sociedad espera de ellos, se destaca que las personas con esquizofrenia muestran dificultades para identificar la ironía y entender la metáfora, estas dificultades generalmente se atribuyen a una afectación de la capacidad de abstracción y a una degradación de las representaciones semánticas ⁽¹⁷⁾.

Es común en nuestro medio observar a pacientes con trastornos mentales, en especial pacientes esquizofrénicos que a pesar de mantener un control estricto con su médico, presentan algún otro problema de salud concomitante, ya sea por la conducta errada previa al tratamiento que termina afectando su salud, o por la asociación de medicación antipsicótica a larga data, o por la falta de adherencia al tratamiento, es por eso que es importante recalcar acerca de los efectos secundarios de la medicación utilizada en el manejo de la esquizofrenia, y de igual manera recalcar que el curso clásico de la esquizofrenia sucede con exacerbaciones y remisiones, y cerca del 80% de los pacientes que remiten ,recaen, y cerca del 40% de los pacientes con esquizofrenia mantienen una mala evolución a pesar de las intervenciones farmacológicas por lo que presentan dificultades para obtener y mantener un empleo, lo cual interviene para su mal pronóstico⁽⁴⁾.

Muchos usuarios con esquizofrenia necesitan una estabilización de la enfermedad mediante la prescripción farmacológica , sin embargo, la falta de adherencia está presente en el 50% de los usuarios con este tipo de patología, la adherencia es entendida como el comportamiento de una persona que coincide con las recomendaciones de un profesional de la salud, cumpliendo con las instrucciones sobre la toma de medicamentos, el cumplimiento de las enseñanzas/consultas, la búsqueda de atención médica y el cambio de estilos de vida, por lo que es importante instaurar la psicoeducación ⁽¹⁵⁾. La psicoeducación, es una

intervención psicoterapéutica diseñada para promover el afrontamiento en usuarios y familiares y se considera un proceso que permite enseñar a los usuarios con trastornos mentales y a sus familias sobre la naturaleza de la enfermedad, en su etiología, progresión, consecuencias, pronóstico y alternativas de tratamiento, además que promueve un mejor funcionamiento social y es importante instaurarla, se ha observado que en países occidentales existen programas de inserción social, pero que a pesar de ser un programa avanzado en comparación a nuestro sistema de salud en el Ecuador, aun se siguen planteando programas que se limitan a controlar la sintomatología y/o medicación sin llegar a trabajar plenamente en la inserción social de estos pacientes, se concluye que el abordaje multidisciplinario es clave (5). En la esquizofrenia de inicio temprano (antes de los 18 años) y la esquizofrenia de inicio tardío (después de los 40 años) el diagnóstico es más complejo y la evidencia sobre la efectividad y seguridad del tratamiento es limitada⁽⁵⁾.

Diagnóstico de la Esquizofrenia.

El diagnóstico de la esquizofrenia es imprescindible descartar otros trastornos de salud mental y determinar que los síntomas no se deben al abuso de sustancias, medicamentos o afecciones ⁽³⁰⁾.

Para diagnosticar la esquizofrenia puede realizarse lo siguiente:

Exploración física: es necesaria para descartar otros problemas que podrían estar causando los síntomas y para detectar cualquier otra complicación que se puede presentar en el transcurso de la persona diagnosticada con esquizofrenia. ⁽³¹⁾

Análisis y pruebas de detección: pueden incluirse pruebas que permitan descartar afecciones con síntomas similares, y para detectar el consumo de alcohol y drogas. Aquí puede ser necesario el estudio por imágenes, como resonancia magnética o una tomografía. ⁽³¹⁾

El diagnóstico de la esquizofrenia por tomografía se considera como una técnica nueva, ya que es necesario optimizar la búsqueda de biomarcadores de la enfermedad, el método utilizado es el de analizar el fondo de ojo, esto mediante tomografía de coherencia óptica, que es considerada como una técnica novedosa de neuroimagen llamada también como “ventana del cerebro”, es un método no invasivo que permite observar el engrosamiento o adelgazamiento de las fibras de la retina y del nervio óptico, el cual constituye un reflejo del sistema nervioso central, la investigación mencionada fue realizada en el país de Argentina en donde se seleccionó un grupo de personas que padecían la enfermedad y otro grupo que

no la padecía, y los hallazgos han logrado controlar diferentes factores de confusión ya que los pacientes que padecen de esquizofrenia presentaban neuroinflamación de las células retinianas y conforme avanza la enfermedad las fibras de la retina se van modificando, las cuales se van engrosando por lo que en este estado se puede empezar con un tratamiento oportuno y precoz, sin embargo en otros estadios más avanzados de la enfermedad los estudios realizados muestran un notable cambio, produciéndose un efecto adverso el cual es la neurodegeneración esto quiere decir que la enfermedad ya está presente y es más difícil su tratamiento ⁽³²⁾. Algunos los hallazgos neuroanatomicos procedentes de los estudios estructurales de resonancia magnética más importantes en la esquizofrenia incluyen dilatación ventricular, anomalías en el lóbulo temporal medial (amígdala, hipocampo y circunvolución parahipocámpica), la circunvolución parietal y las regiones subcorticales incluyendo el cerebelo ⁽³³⁾. El hallazgo más relevante la dilatación de los ventrículos cerebrales ya que en los pacientes con esquizofrenia la superficie de esta estructura suele ser mayor en volumen, sin embargo, la ventriculomegalia suele presentarse desde el inicio y no ser progresiva, no hay relación con la duración de la enfermedad o el uso de medicación antipsicótica ⁽³⁴⁾.

Sin embargo, hasta la fecha no se han determinado pruebas físicas que permitan determinar la precisión de algún diagnóstico psiquiátrico, por lo que la búsqueda de biomarcadores (características somáticas susceptible de ser medible y cuantificable) es uno de los retos para la comunidad científica, un biomarcador biológico se define como una característica que es medible, evaluable objetivamente como un indicador de procesos normales o patológicos en respuesta a fármacos por alguna intervención terapéutica, así como otros marcadores que pueden tratarse de indicadores diagnósticos para la asignación de tratamiento ⁽³⁵⁾. Es importante mencionar que el uso de exámenes de imagen es una técnica relativamente moderna la cual se está aplicando en el área de neurología y neuropsiquiatría la cual consiste en una obtención de imágenes de matrices de sensores los cuales son sensibles a la luz y demuestran mínimos daños dentro del sistema nervioso central, sin embargo al ser una ciencia nueva actualmente se encuentra en desarrollo y en investigación por lo que no se considera como un procedimiento auxiliar en el diagnóstico de la esquizofrenia ⁽³⁶⁾. Otras pruebas neuropsicológicas, como el electroencefalograma y otras pruebas de función cerebral no ayudan a distinguir entre los principales trastornos psicóticos, sin embargo, estos

exámenes tienen otra utilidad ya que ayudan a clasificar y agrupar los principales trastornos psicóticos. Por ejemplo, pueden ayudar a diferenciar trastornos de la personalidad en especial el esquizotípico ya que presentan síntomas similares a los de la esquizofrenia, entonces ahí se refleja la utilidad de este tipo de exámenes el cual es utilizado para diferenciar y clasificar enfermedades ⁽³⁷⁾.

Para el diagnóstico de la esquizofrenia podría aplicarse la K-SADS-PL es una entrevista semi estructurada que recolecta información personal al igual que información de terceros, mediante esta entrevista, es posible determinar la presencia de episodios actuales (en los últimos seis meses) y episodios previos ⁽³⁸⁾. Existe otro instrumento de evaluación el PANSS que evalúa la psicopatología de la esquizofrenia, con 30 preguntas que exploran síntomas positivos y negativos (7 de cada uno) y 14 síntomas generales. La versión abreviada de 6 ítems está compuesta por los síntomas positivos 1 (delirios), 2 (desorganización conceptual), 3 (comportamiento alucinatorio), 6 (susplicacia) y 7 (hostilidad) y el ítem de psicopatología general 8 (falta de cooperación) ⁽³⁹⁾.

Una vez descartados los factores predisponentes para la esquizofrenia se debe mencionar que hasta el momento no existe una prueba significativa para el diagnóstico de esquizofrenia, la esquizofrenia se diagnostica basándose en una evolución del historial de la persona, sus antecedentes de importancia además de su sintomatología, este conjunto de datos orienta de mejor manera para el diagnóstico de esta enfermedad mental ⁽⁴⁰⁾.

Tratamiento.

El tratamiento adecuado para un paciente con esquizofrenia se ve conformado por el tratamiento farmacológico, tratamiento de comorbilidades, la psicoterapia, el entrenamiento de habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva, los grupos de autoayuda y la educación de sus familias y la comunidad que los rodea, es decir la psicoeducación ⁽³⁹⁾. Es importante recalcar que las personas afectas de esquizofrenia habitualmente tienen altas tasas de tabaquismo, obesidad y abuso de sustancias, por lo que la mayoría de las muertes prematuras se deben a enfermedades de causa cardiovascular y cáncer, además que durante el tratamiento y seguimiento siempre está la posibilidad de que los síntomas psicóticos aparezcan nuevamente al alta del paciente, además el deterioro en la inteligencia y afectación en el área prefrontal se puede evidenciar en la mayoría de las personas con esta patología

interfiriendo en el desarrollo intra e interpersonal⁽⁴¹⁾. El rechazo social que implica tener una enfermedad mental ocasiona que las personas no quieran asistir a los sistemas de salud favoreciendo al agravamiento de la enfermedad⁽²⁸⁾. El paciente se debe enfrentar a las dificultades para costear el tratamiento y permanecer en el tratamiento dadas las actitudes negativas del personal de salud, la falta de dinero y el desempleo, mencionando un poco del pasado, la idea de tratar las enfermedades mentales era induciendo crisis convulsivas, esta idea surgió ya que se observó que en pacientes con esquizofrenia que sufrían crisis convulsivas generalmente por los efectos secundarios presentaban mejoría de la sintomatología psiquiátrica⁽⁴²⁾. En 1938 el neurólogo italiano Ugo Cerletti y Lucio Bini diseñaron y construyeron una máquina con la capacidad de enviar una ráfaga de corriente eléctrica a través de 2 electrodos para inducir crisis convulsivas de manera controlada, lo que se denominó como TEC al estímulo eléctrico que pasa a través del cerebro por medio de electrodos que se colocan en la región fronto-temporal ya sea de manera bilateral o unilateral, la dosificación más usada está basada en la edad; en la cual el porcentaje del estímulo se determina de acuerdo a la mitad de la edad del paciente, dentro de los efectos secundarios se reportaron alteraciones cognitivas a nivel de la memoria verbal, de aprendizaje, así como de la fluidez verbal, amnesia retrograda y anterógrada, el paro cardiaco es una complicación, incrementa la permeabilidad de la barrera hematoencefálica (BHE) con el aumento de la presión intracraneal durante la TEC ⁽⁴²⁾. Hoy en día existe el tratamiento de primera elección los cuales son los fármacos antipsicóticos, y como última elección el uso de la TEC.

Tratamiento Farmacológico.

Existen múltiples antipsicóticos para el tratamiento de la esquizofrenia, que muchas de las veces no alcanzan sus objetivos terapéuticos por la falta de adherencia que tienen los pacientes, algunos antipsicóticos que funcionan principalmente mediante la modulación de la dopamina actúan más sobre los síntomas positivos haciendo que los pacientes permanezcan con síntomas negativos y cognitivos residuales, es importante recalcar que el tratamiento oportuno del primer episodio se lo realice dentro de los primeros 5 años ya que en este periodo ocurren los cambios neurofisiológicos más importantes de esta enfermedad y se pueden llegar a evitar con el manejo oportuno ⁽⁴³⁾. Para la elección del medicamento antipsicótico, es importante reconocer los efectos secundarios de los mismos, no existen

estudios que aseguren fielmente la superioridad de un medicamento sobre otro, es decir la superioridad de un antipsicótico de segunda generación o atípico vs. antipsicótico de primera generación o típico ⁽⁴³⁾. La American Psychiatry Association recomienda los antipsicóticos atípicos como tratamiento de primera línea de la esquizofrenia, excluyendo la clozapina, se prefieren estos medicamentos porque se asocian con menos frecuencia de síntomas extrapiramidales, aunque causan más efectos adversos metabólicos como el aumento de peso, hiperlipidemia y diabetes mellitus, y algunos conllevan un riesgo potencial mayor que otros, se indica que la terapia combinada o el tratamiento con clozapina se reserva para pacientes que tienen una respuesta parcial al tratamiento estándar, la clozapina se distingue por su mayor eficacia en el tratamiento de síntomas positivos en pacientes con esquizofrenia resistente, cabe recalcar que su uso está limitado por varios efectos adversos raros, graves y potencialmente mortales como lo es la neutropenia grave o agranulocitosis y complicaciones como miocarditis o miocardiopatía, es importante recalcar que los pacientes que tienen un primer episodio de esquizofrenia tienden a tener una mayor probabilidad de respuesta a los medicamentos antipsicóticos y tienen una dosis respuesta más bajas que los pacientes con múltiples episodios, aunque son más vulnerables a los efectos secundarios por lo que es importante la vigilancia ⁽⁴³⁾.

La duración del tratamiento se debe mantener entre 3 y 6 semanas, en donde se decide si aumentar la dosis o cambiar de fármaco, es importante indagar acerca de la adherencia al tratamiento y el posible uso de sustancias, y cuando la respuesta al tratamiento es parcial, se debe evaluar al paciente dentro de 8 semanas siendo importante la ausencia de efectos adversos, se puede aplicar la escala PANSS (escala para la evaluación de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia), es importante reconocer que en pacientes esquizofrénicos es común la asociación de la depresión, y se puede usar la combinación de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina con un agente antipsicótico atípico, aunque es de vital importancia diferenciar la depresión con los síntomas negativos propios de la enfermedad, respecto al tratamiento de mantenimiento es de vital importancia, más aun después de la recuperación de un episodio psicótico en donde es importante recalcarle al paciente que debe mantenerse con la medicación de manera indefinida, ya que el uso incluso de la medicación no descarta un episodio psicótico, los pacientes generalmente son reacios a continuar con la medicación cuando su condición se ha estabilizado ya sea por los efectos adversos o por el mismo curso de la enfermedad lo cual les dicta que no es lo

correcto, cayendo en un círculo vicioso de recaídas y estabilizaciones, existe un conflicto cuando se requiere la interrupción del tratamiento ya instaurado debido a los efectos secundarios que afecten al paciente, es por eso que existen medicamentos antipsicóticos inyectables de acción prolongada intramusculares, los cuales se han recomendado según la nueva evidencia, es decir su uso temprano en el curso de la enfermedad y que su uso no debe limitarse solo a aquellos pacientes con falta de adherencia, respecto al riesgo del suicidio en estos pacientes, se asume que estos intentos autolíticos se deben a la conciencia de los deterioros de sí mismo, lo que conduce a la desmoralización y desesperanza, por lo que es importante controlar la administración de los medicamentos de manera debida, dentro del amplio mundo de los fármacos antipsicóticos existen los antipsicóticos clásicos o de primera generación, en donde su mecanismo de acción consiste en bloquear los receptores cerebrales postsinápticos de la dopamina, provocando una disminución de los síntomas psicóticos al actuar en las regiones de la corteza frontal y límbica, no es capaz de controlar los síntomas negativos de la enfermedad, dentro de los fármacos que pertenecen a este grupo son: Clorpromazina, Mesoridazina, Tioridazina, Loxapina, Molindona, Tiotixeno, Perfenazina, Trifluoperazina, Flufenazina y Haloperidol, y sus efectos secundarios dependen de la potencia del fármaco, provocando los de alta potencia, como el haloperidol, efectos extrapiramidales y los de baja potencia, como la clorpromazina, alto riesgo de sedación y efectos antiadrenérgicos y anticolinérgicos, los antipsicóticos atípicos o conocidos como de segunda generación, presentan una afinidad menor por los receptores dopaminérgicos D2 y actúan sobre los receptores serotoninérgicos 5HT2 de la corteza frontal, lo cual podría explicar la mejora de los síntomas negativos y de la función cognitiva, los fármacos que pertenecen a este grupo son: Aripiprazol, Asenapina, Clozapina, Iloperidona, Olanzapina, Paliperidona, Quetiapina, Risperidona y Paliperidona, y los efectos secundarios de este grupo tienen mejor perfil que el de los antipsicóticos típicos, la mayoría de pacientes no presentan efectos extrapiramidales pero presentan un aumento de peso, prolongación del segmento QT, sedación, discrasias sanguíneas, alteración del metabolismo de lípidos, hipotensión ortostática, estreñimiento, disminución del umbral de convulsión y raramente síndrome neuroléptico maligno, durante los últimos años han aumentado el número de estudios encaminados a identificar nuevas dianas, se ha estudiado el papel del aminoácido D-serina en el desarrollo de esta patología, así como la potencial utilidad terapéutica de su regulación para el tratamiento de la esquizofrenia, este aminoácido D-serina es un potente y endógeno coagonista de los receptores de NDMA, el cual podemos encontrar en el sistema

nervioso y, en menor medida, en el sistema endocrino. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾. Estudios establecen una relación entre la disminución de los niveles de D-serina y la aparición de la sintomatología característica en la esquizofrenia, estudios genéticos concluyen que algunos polimorfismos de la enzima encargada de degradar el aminoácido, la D-aminoácido oxidasa (DAAO), y de la enzima encargada de la producción de este, la serina racemasa, se relacionado con una disminución de los niveles de D-serina y consecuentemente un empeoramiento en la sintomatología positiva, negativa y déficits cognitivos de la enfermedad⁽²⁷⁾.

Se conoce que las intervenciones farmacológicas y psicosociales son adecuadas en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, pero se ha recomendado la incorporación de la musicoterapia en los programas de atención a este tipo de pacientes, en un estudio analizado el programa de musicoterapia fue administrado a veintidós sesiones grupales con una sesión semanal de una hora en el estudio se comprobó que tras las 22 sesiones de musicoterapia se han observado mejorías significativamente mayores respecto a pacientes con el tratamiento habitual ⁽⁴⁴⁾.

En el tratamiento de la esquizofrenia resistente al tratamiento, caracterizado por la falta de respuesta al tratamiento, se lo define como la falta de respuesta de 2 antipsicóticos durante al menos 6 semanas, la clozapina sigue siendo de elección en este tipo de esquizofrenia resistente al tratamiento a pesar del amplio número de eventos adversos relacionados al uso de este medicamento, no se le considera un tratamiento de primera línea porque a menudo puede ser difícil de tolerar por presentar efectos secundarios molestos como sedación, aumento de peso, sialorrea, y otros, potencialmente severos como la agranulocitosis, miocarditis, convulsiones, hipomotilidad gastrointestinal, la clozapina presenta actividad antidopaminérgica como antiserotonérgica, pero también es un potente antagonista de los receptores adrenérgicos, histaminérgicos y muscarínicos, presenta poco efecto sobre la secreción de prolactina y es poco frecuente con su uso síntomas extrapiramidales, actúa como agonista parcial en algunos receptores de serotonina especialmente los receptores 5-HT1A, lo que está asociada con la mejora de la depresión y la ansiedad, también parece tener alta afinidad por los subtipos de receptores serotoninérgicos 5-HT2A, 5-HT2C y 5-HT3C, lo que puede contribuir a sus propiedades antipsicóticas, tiene alta afinidad por los receptores histamínicos H1, lo que explica su efecto sedante, su bloqueo alfa-1-adrenérgico a menudo conduce a hipotensión ortostática, taquicardia refleja y sedación. Ejerce efectos anticolinérgicos como visión borrosa, retención urinaria, estreñimiento, confusión, deterioro

cognitivo y delirio, hipersalivación a través de su antagonismo en los receptores muscarínicos M3 y su agonismo en receptores M4 ⁽⁴⁵⁾.

La elección del antipsicótico ya sea de primera o segunda elección, debe estar en función a las características individuales del cuadro clínico de cada persona, además de las características de los antipsicóticos, de las características de los efectos adversos, de acuerdo a la evidencia todos los antipsicóticos en general son útiles y tienen el mismo potencial, cuando en estudios se encontraron diferencias entre el Haloperidol que mostro menos eficacia que la clozapina, dentro de los medicamentos de segunda generación la olanzapina tiene una mejoría en la capacidad funcional en relación con la quetiapina y ziprasidona, en relación a efectos secundarios, fueron más frecuentes en medicamentos como la olanzapina clozapina y quetiapina, y refiriéndose a los síntomas extrapiramidales el haloperidol y la perfenazina están mayormente relacionado, de acuerdo a los efectos adversos cardiovasculares y los efectos anticolinérgicos no hubo diferencias entre la mayoría de las comparaciones entre si, pacientes refieren presentar como efecto de boca seca al tratamiento de la quetiapina, se sugiere además que la elección de ser administrada tratamientos de forma oral o parenteral estará condicionado de acuerdo a la clínica del paciente y de la adherencia al tratamiento y apoyo familiar, es así como los antipsicóticos de depósito podrían aplicarse en aquellas situaciones de emergencia en pacientes con crisis no controladas y grado psicosis alto, se recomienda el uso de terapias de tipo mixtas, en donde se considera la terapia farmacológica y psicosocial, los beneficios de sumar terapias psicosociales a los tratamientos farmacológicos convencionales son altos, ya que permiten la mejoría clínica y el control de síntomas, reduciendo la presencia de efectos adversos ocasionados por el cambio o aumento de fármacos. Además, permite mejorar la adherencia y el continuo del tratamiento farmacológico, así como mejorar la funcionalidad social y con ello la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia ⁽⁵³⁾.

Efectos Secundarios más comunes del uso de antipsicóticos

Cuando hablamos del tratamiento con fármacos antipsicóticos, nos encontramos con fármacos con varios cambios moleculares, pero con un dominante común, su actividad de tipo antidopaminérgica, dentro de los antipsicóticos, se habla de una clasificación de antipsicóticos típicos y atípicos, los antipsicóticos típicos o de primera generación que

tienen una acción principalmente antidopaminérgica, son conocidos ya que controlan los síntomas positivos de la enfermedad, pero que no son tan efectivos para controlar los síntomas negativos del paciente, y la magnitud de los efectos secundarios varía de acuerdo a cada paciente pero se destaca que los efectos adversos más comunes están los síndromes extrapiramidales, la sedación, efectos anticolinérgicos, hipotensión ortostática, y en menor magnitud, el síndrome neuroléptico maligno. Los antipsicóticos atípicos o medicamentos de segunda generación, son conocidos ya que actúan bloqueando los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos, lo que ayuda al paciente al control de los síntomas positivos y negativos del paciente, el primer fármaco antipsicótico atípico fue la clozapina, el cual tenía menos incidencia en el desarrollo de signos extrapiramidales y aumento de la prolactina, aunque se observó otros efectos adversos como la aparición de convulsiones y el aumento del peso, dentro de los beneficios de la terapia con los antipsicóticos atípicos se observó la mejoría de los síntomas negativos y cognitivos y una mejor eficacia en el tratamiento de la esquizofrenia resistente al tratamiento.

Sin embargo, esta clasificación de medicamentos típicos y atípicos es subjetiva, ya que alguno muestra unos efectos que otros no, pero que termina afectando al paciente con un tercer efecto adverso, o con el que se quería evitar de primera generación, se conoce que la Clozapina, Olanzapina, y la Quetiapina tiene una menor incidencia en efectos extrapiramidales, la Risperidona un antipsicótico atípico está relacionado al desarrollo de parkinsonismo, el Aripiprazol está relacionado con el desarrollo de la acatisia, mientras que el Tioridazina un antipsicótico de primera generación tiene una menor incidencia de efectos extrapiramidales, respecto a la hiperprolactinemia están relacionados los medicamentos tales como la Risperidona, y la Amisulprida, por otro lado la Clozapina, Quetiapina y el Aripiprazol tienen una menor incidencia respecto a la hiperprolactinemia, en relación con el síndrome metabólico, están relacionados netamente los antipsicóticos de segunda generación aunque con mayor prevalencia la Clozapina y la Olanzapina y con menor incidencia del desarrollo del síndrome metabólico al uso de Ziprasidona y el Aripiprazol ⁽²¹⁾.

Psicoterapia en pacientes Esquizofrénicos

Las principales estrategias de tratamiento se han desarrollado basándose en el modelo de vulnerabilidad-estrés, que se guía o hace referencia a la interacción entre factores estresantes

y a la vulnerabilidad biológica, lo más recomendado como tratamiento para la esquizofrenia son los tratamientos psicológicos combinados los cuales se agrupan en diferentes categorías y que han demostrado gran eficacia. ⁽⁷⁾ .

Intervenciones familiares psicoeducativas

Aquí van incluidos diferentes modelos de intervención familiar que incluyen, psicoeducación, técnicas de solución de problemas, apoyo familiar e intervención en crisis. Y actualmente existen varios modelos que usan de forma habitual entre los más destacados están el modelo psicoeducativo de Anderson, el paquete de intervenciones socio familiares de Leff, estos modelos mencionados no son más que guías que permiten combinar la medicación antipsicótica con las terapias familiares ya que a lo largo del tiempo el uso de estas terapias han demostrado y han probado ser eficaces ya que reducen la carga y emoción expresada por los familiares del paciente con esquizofrenia y además en la persona que padece esta enfermedad disminuye la sintomatología clínica, las recaídas y el ingreso a hospitalizaciones ⁽⁷⁾ .

Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento de diferentes habilidades sociales es una técnica que se ha ido utilizando en pacientes con esquizofrenia con el fin de entrenar habilidades de afrontamiento ante factores estresantes los cuales pueden llegar a desestabilizar al paciente y producir una recaída o bien la aparición de síntomas ⁽⁷⁾ .

Tratamiento cognitivo conductuales para delirios y alucinaciones

Las terapias de corte cognitivo-conductual son las únicas diseñadas para el abordaje específicamente de las alucinaciones y los delirios, y su objetivo es manejar las experiencias psicóticas que pueden llegar a presentar los pacientes con esquizofrenia. Por mencionar algunas de las terapias cognitivas que existen en la actualidad tenemos la terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia de Chadwick, estrategias de potenciación del afrontamiento para alucinaciones y delirios de Yusupoff y Haddock, entre muchas más terapias siendo las anteriormente mencionadas las más importantes y que más impacto han llegado a tener y que se usan en conjunto para tratar a la esquizofrenia. Los hallazgos más relevantes de estas intervenciones reportan que los pacientes con esquizofrenia demuestran reducción de la gravedad y la cantidad de síntomas psicóticos, fundamentalmente los positivos y también los negativos como la anhedonia, además mejora el régimen farmacológico y disminuye el número de recaídas y reduce los síntomas ⁽⁷⁾ .

Paquetes integrados multimodales

Estos se caracterizan por tener un enfoque múltiple, ya que mejoran las habilidades cognitivas y sociales en pacientes con esquizofrenia. Los paquetes más representativos son: la terapia psicológica integrada de Brenner, este paquete integra el tratamiento neurocognitivo y social además que incluye rehabilitación psicosocial la cual se enfoca en la diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales, comunicación social y verbal, y solución de problemas interpersonales. Los diferentes modelos comparten una técnica común que incluyen, ensayo conductual, feedback y reforzamiento y que las personas con esquizofrenia son capaces de adquirir diferentes habilidades sociales que mejoran su funcionamiento interpersonal siempre y cuando no presenten alguna recaída. El entrenamiento de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia ha demostrado que los pacientes con esta enfermedad presentan una mayor tolerancia al estrés lo que se traduce en disminución de los síntomas, disminución de las recaídas y disminución de hospitalizaciones, siendo una buena opción junto con el tratamiento farmacológico para la esquizofrenia. También se habla de la terapia de grupo en pacientes esquizofrénicos, la cual se centra en los problemas, los planes, y relaciones de la vida real, estos grupos se pueden llegar a centrar en un solo objetivo, se propone una frecuencia de 1 a 2 veces por semana con duración de 60 minutos, esta terapia prepara al enfermo para su egreso y su reinserción social, estará prevista para que el paciente acepte su enfermedad como cualquier otra, fortalecer su identidad, mejorar las relaciones interpersonales y su adaptación según las capacidades personales⁽⁷⁾.

Necesidades, apoyo e intervención social.

Una forma clave de intervenir en el tratamiento de un paciente con esquizofrenia es la terapia psicosocial, la capacitación en habilidades sociales, terapia familiar, rehabilitación vocacional, y apoyo guía para conseguir un trabajo⁽⁴⁶⁾. La esquizofrenia es una enfermedad que genera muchas complicaciones para los cuidadores primarios, quienes sufren de niveles elevados de sobrecarga emocional, física y económica, situación que interfiere en el bienestar psicológico del cuidador y, esta dinámica negativa provoca en los individuos con esquizofrenia un deterioro del autoconcepto, mala adherencia al tratamiento, conductas emocionales negativas, exacerbaciones sintomáticas y recaídas continuas⁽²⁰⁾. Es importante reconocer el gran impacto causado en el entorno familiar por la tarea de cuidar a los pacientes con trastornos mentales, el camino del cuidado sin conocimientos y sin preparación es una

condición de riesgo para los familiares, sumado a esto existen estereotipos que abarcan ideas de que las personas diagnosticadas con esquizofrenia son agresivas, impredecibles, perezosas, improproductivas, extrañas, irracionales y, culpables de su trastorno ⁽²⁰⁾. Se deben realizar intervenciones psicoeducativas para las familias en sus propios entornos, lo que les permitiría a todos tener una mejor comprensión de la enfermedad y reducir la alta emoción expresada y el estigma, este tipo de apoyo puede ayudar a la comprensión de los factores relacionados con la cultura y el entorno familiar, que a su vez podrían influir en el curso de la esquizofrenia ⁽⁴⁷⁾. Un estudio de 229 pacientes esquizofrénicos que fueron dados de alta de hospitales psiquiátricos notó que el vínculo más fuerte entre la recaída y el reingreso era el tipo de hogar al que regresaban los pacientes después de dada su alta, los pacientes que regresaron a la casa de sus padres o esposas fueron más propensos a recaídas y reingresos, mientras que los pacientes que permanecieron con sus madres tuvieron un menor riesgo de recaídas ⁽⁴⁸⁾. Brown desarrolló el concepto de “Emoción Expresada” (EE), proponiendo sus cinco componentes: 1. comentarios críticos, 2. hostilidad, 3. implicación emocional, 4. comentarios positivos y 5. Calidez, es un concepto que refleja el clima emocional dentro de un núcleo familiar expresado hacia aquellos que están enfermos o tienen trastornos de conducta, es importante aplicar además la Terapia Conductual Familiar (FBT), la cual se basa en la teoría del aprendizaje social y su efecto es explicado por la teoría de la vulnerabilidad al estrés a través de los conceptos de comunicación desviada (DC), estilos afectivos (AS) y emoción expresada (EE), la Terapia Conductual Familiar se encarga de utilizar técnicas conductuales directivas altamente estructuradas para el desarrollo de habilidades, como la evaluación de las habilidades y las deficiencias de cada miembro de la familia y del grupo familiar en su conjunto, la educación, la práctica repetida, la formulación objetiva, el modelado, el ensayo conductual, el refuerzo y la asignación de tareas ⁽⁴⁸⁾⁽⁴⁹⁾. Los pacientes con esquizofrenia son susceptibles a sufrir de crisis, el concepto de crisis tiene diversas connotaciones y se asocia a la ruptura del equilibrio con la aparición o reaparición súbita de un trastorno, los familiares de pacientes con esquizofrenia, al ser los responsables del cuidado del enfermo son quienes viven y constatan los diferentes tipos de crisis durante el transcurso de la enfermedad, a partir de lo expuesto por los familiares, podemos destacar tres principales situaciones de crisis, la primera crisis cuando aparecen los primeros síntomas psicóticos en la fase prodrómica, los familiares desconocen lo sucedido y, por tanto, demora el tratamiento del paciente, existe también una crisis familiar ante el diagnóstico y en el proceso de aceptación de la enfermedad, lo que aparece cuando hay un impacto en los

familiares que dificulta la aceptación del diagnóstico, cambia la dinámica familiar, aumenta el estrés en los cuidadores y se dedican tiempo a cuidar a su familiar pero sin recibir capacitación y las recaídas son subsecuentes, las crisis se originan por diversas causas, no siempre siendo de índole emocional o estresante, una simple infección puede detonar una crisis, es importante la necesidad de contar con servicios de urgencias que funcionen como verdaderos "centros de solución de crisis" con personal capacitado, es necesario implementar una asistencia integral donde se complemente el tratamiento farmacológico, psicológico, psicosocial y familiar ⁽⁵⁰⁾.

Alteraciones Metabólicas más frecuentes en pacientes esquizofrénicos

Es común observar en estudios en donde pacientes con esquizofrenia fallecen de manera prematura, con una disminución de la prevalencia de vida de entre 9 a 12 años, una de ellas es el suicidio y por causas cardiovasculares, se ha observado que estos pacientes presentan síndrome metabólico, del cual se componen la obesidad abdominal, la hipertensión arterial, hiperglucemia, e hipertrigliceridemia, se concluye que pacientes esquizofrénicos tienen un riesgo mayor de hasta 4 veces más que la población en general. Sin embargo, aunque los pacientes con esquizofrenia estén o no con tratamiento farmacológico, estos tienen una mayor predisposición a la obesidad abdominal, sin embargo, aún no se conoce del todo los procesos fisiopatológicos del por qué sucede esto, se mantiene como una hipótesis que los pacientes con esquizofrenia, tiene una alteración hipotalámica hipofisaria adrenal que causa la hipercotisolemia lo que da lugar a un pseudo cushing lo que da como resultado aumento de la adiposidad abdominal, resistencia a la insulina, dislipidemia e hipertensión arterial, además esta vulnerabilidad metabólica también está relacionado al uso de antipsicóticos que causen alteraciones endocrinas, lo que aumentaría su prevalencia ⁽⁵⁰⁾.

Exámenes complementarios.

En el manejo de la esquizofrenia, las técnicas de neuroimagen tales como la tomografía computarizada y la resonancia magnética han demostrado un gran desarrollo en los últimos años, se ha llegado a observar cambios en las diferentes etapas de la esquizofrenia, en los ventrículos laterales se observa un agrandamiento de los ventrículos laterales, es importante recalcar que este cambio estructural cerebral está presente desde el comienzo de la enfermedad ⁽⁵¹⁾. A nivel del sistema límbico y lóbulo temporal se observa la reducción del

volumen de ambas áreas y, a nivel de la corteza prefrontal se ha descrito reducción del volumen de esta zona en los primeros episodios psicóticos, respecto al volumen cerebral total, se observa una disminución y a nivel de tálamo sugiere una reducción en su volumen, a nivel de los ganglios basales se observa igual una reducción de su volumen, a nivel de la glándula pituitaria igual se puede observar un incremento en su volumen ⁽⁵¹⁾. La Tomografía por Emisión de Positrones ha contribuido a estudiar las alteraciones neurobiológicas en donde se han objetivado volúmenes cerebrales desde el primer episodio psicótico, así como en cuadros de larga data llamadas esquizofrenias residuales o crónica, a medida que el trastorno progresa, la reducción del volumen cortical se acentúa, asociándose a deterioro de la función cognitiva ⁽³⁶⁾.

Medidas dietéticas.

Con el desarrollo de nuevos fármacos antipsicóticos, han surgido los antipsicóticos de segunda generación con más ventajas que desventajas, pero se sabe que el uso crónico de estos fármacos se asocia con la aparición de cambios metabólicos que aumentan significativamente el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular lo que es hoy en día la principal causa de muerte en individuos con esquizofrenia ⁽⁵²⁾. La razón de estos cambios son diversos y surgen de la propia enfermedad, en estos pacientes existe un aumento del estrés, aumento de la respuesta inflamatoria, un efecto secundario del fármaco, y también factores ligados a componentes genéticos, estilo de vida, el sedentarismo y el consumo inadecuado de alimentos, una opción terapéutica no farmacológica para la prevención y el control de los trastornos metabólicos es el aumento de la ingesta de fibra dietética, el consumo de cereales integrales y fibra que ayuda con la disminución del índice de resistencia a la insulina, la Asociación Dietética Americana recomienda una ingesta diaria de 20-35 g de fibra dietética o de 10 a 14 g de fibra, en definitiva los cambios en el estilo de vida son los mejores patrones dietéticos, una mayor actividad física para prevenir y controlar los cambios en los componentes del síndrome metabólico y el riesgo de ECV aunque importantes son difíciles de implementar, es importante mencionar que el salvado de avena es una forma fácil, viable y económica para el control de los factores de riesgo en estos pacientes, mejora de la obesidad abdominal y la reducción de los niveles de colesterol total y triglicéridos ⁽⁵²⁾.

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA.

La presente investigación se realizó con el siguiente enfoque:

Tipo de Investigación.

Descriptivo: El presente trabajo es de tipo descriptivo, se realizó una revisión y recopilación bibliográfica, de diferentes artículos científicos de estudios y casos clínicos, que están, en relación con el tema de investigación, en las que se revisa actualizaciones diagnósticas y terapéuticas de la esquizofrenia.

Diseño de Investigación.

El presente trabajo tiene un diseño investigativo de tipo documental no experimental; en este trabajo no se manipulo las variables de investigación y la búsqueda de información comprende análisis de estudios de casos clínicos, publicaciones científicas, revisión de artículos científicos, trabajos y publicaciones de relevancia y con carácter técnico y científico, lo cual permite tener una visión más profunda del tema tratado.

El presente trabajo tiene un estudio de tipo descriptivo en el cual, se hace una revisión de actualizaciones diagnósticas y terapéuticas de la esquizofrenia según su clasificación.

La cronología de este trabajo es de tipo retrospectivo, por motivos de que el estudio tuvo inicios posteriores a los hechos, los datos recopilados, son de estudios asociados al tema presentado y se encuentran registrados en varios artículos, revistas y publicaciones reconocidas por su interés e impacto científico.

Es una investigación de enfoque cualitativo, debido a que se basó en la obtención de información de diversas fuentes bibliográficas de los últimos 5 años, como también de la selección, organización, interpretación y análisis de hechos y resultados de otras investigaciones profundizando en los ensayos de la esquizofrenia, los cuales han sido descritos y publicados previo al desarrollo de este tema.

El desarrollo del presente trabajo tiene una redacción de temas publicados a manera general a partir de estudios y resultados particulares que han sido publicados, lo cual describe la utilización del método inductivo, así como también, se utilizó el método analítico para sintetizar, la información, además se incluyó la búsqueda y el análisis y la exclusión de información seleccionada.

Técnica de recolección de datos.

La técnica empleada en este trabajo se basó en la observación, para la recolección de datos e información, se registraron los datos recopilados de manera descriptiva realizando una evaluación científica de la información real en publicaciones confiables obtenidas en el internet, al cual se le estable el instrumento de estudio.

Población de estudio y tamaño de la muestra.

La población de estudio utilizada en el presente trabajo fue de 70 publicaciones, entre fuentes primarias y secundarias, de revistas indexadas, artículos, estudio y publicaciones científicas que abordan el tema actualización diagnóstica y terapéutica de la esquizofrenia según su clasificación, se consultó páginas oficiales en Google Académico, Scielo, Pub Med, Science Direct, Medigraphic, repositorios de universidades a nivel nacional.

La muestra quedo conformada por, 60 estudios relacionados al análisis interpretativo en relación con el tema actualización diagnóstica y terapéutica de la esquizofrenia según su clasificación, en Scielo (32), Pub Med (13), Elsevier (10), Medigraphic (3), repositorios de universidades (2)

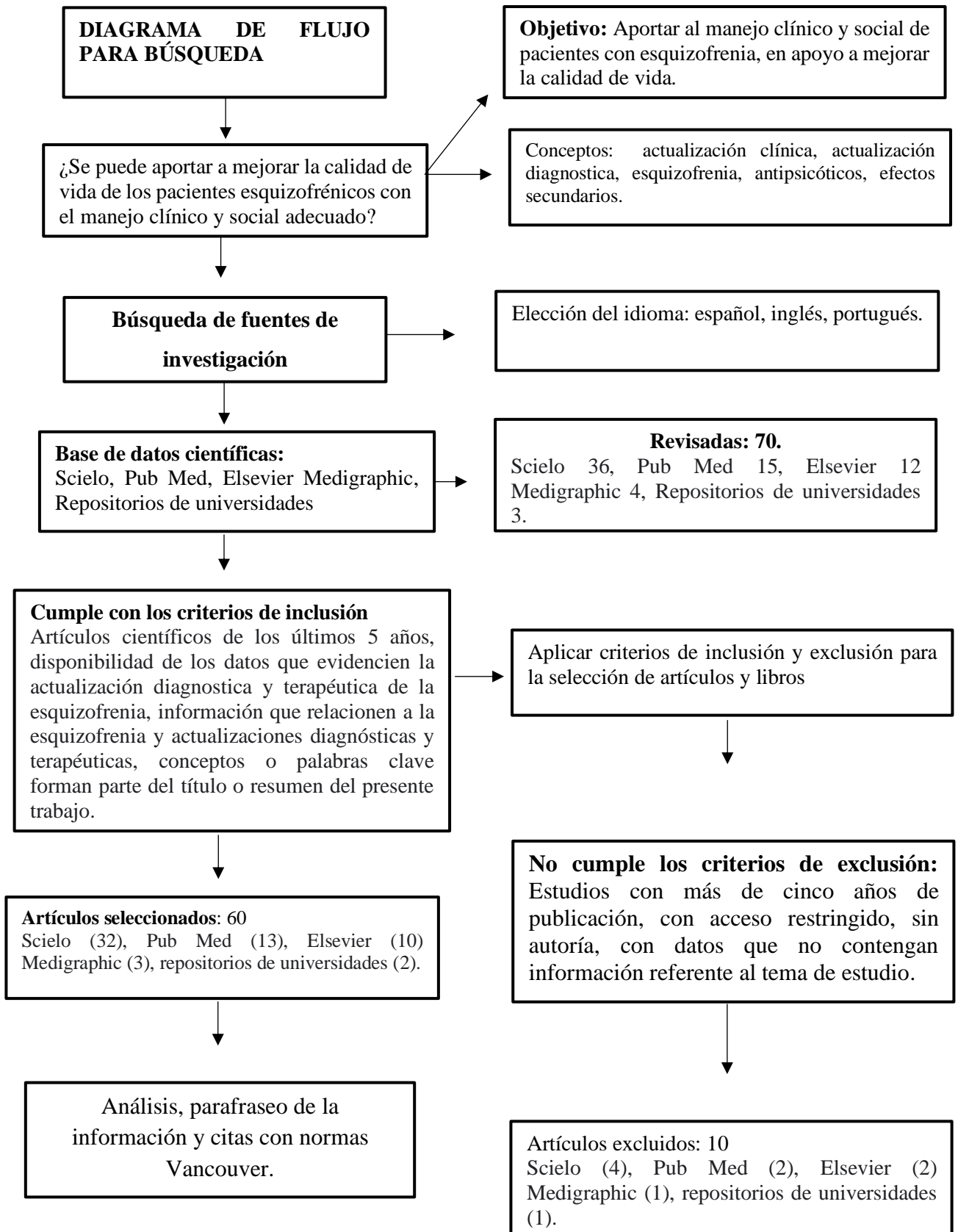
Criterios de inclusión.

Artículos científicos de los últimos 5 años, disponibilidad de los datos que evidencien los temas actualizados de forma diagnóstica y terapéutica de la esquizofrenia según su clasificación, información que se relacione, conceptos o palabras clave que formen parte del título o resumen del presente trabajo, se incluyeron artículos: Scielo 32, Pub Med 13, Elsevier 10, Medigraphic 3, repositorios de universidades 2, del total de 60 artículos los cuales se encontraban 46 artículos en Español, 10 artículos en Inglés y 4 artículos en Portugués, respecto a la calidad de los artículos se tomó en cuenta la clasificación SJR: (Scientific Journal Rankings) en donde se trabajó con páginas de categoría temática que se encontraban dentro del cuartil Q1 y Q2, las cuales indican que son artículos de buena calidad y que se relacionan con el tema consultado.

Criterios de exclusión.

Artículos con investigación de estudios con más de cinco años de publicación, artículos con acceso restringido, artículos sin autoría, artículos con datos que no contengan información referente al tema de estudio, artículos que no aporten a los objetivos de la investigación, publicaciones con carencia técnica y científica.

Estrategia de búsqueda de bibliografía



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito identificar y describir los diferentes conceptos, las causas, además de las diferentes clasificaciones de la patología estudiada así como también el tratamiento multidisciplinario y las complicaciones del mismo, todo esto mencionado incide en el comportamiento de la enfermedad, pero sobre todo se pretendió examinar cuales son los factores más relevantes o porque se manifiesta la enfermedad en un determinado grupo de personas y como los pacientes sobrellevan la situación y la calidad de vida. se identificó factores asociados a otras comorbilidades y a otras patologías que este grupo de personas pueden desarrollar, a continuación, se estarán discutiendo los principales hallazgos de este estudio, de los diferentes puntos tratados en esta investigación, se puede deducir que la esquizofrenia va asociada a otras enfermedades de tipo crónico degenerativas ya que en algún momento de su vida las personas que fueron diagnosticadas presentaron complicaciones de salud las cuales no estaban relacionadas de forma directa con la patología mental ya descrita, estas complicaciones aparecen por el estilo de vida que llevaban los pacientes antes del diagnóstico o por el consumo de otro tipo de sustancias lo cual agrava la condición actual en la cual se encuentra el paciente, siendo el consumo de sustancias un factor predisponente a que la persona presente complicaciones en su salud en un futuro, además la exposición de estas personas diagnosticadas con esquizofrenia que sin embargo no recibían ningún tipo de tratamiento tenían más factores de riesgo de presentar complicaciones con su salud en un futuro ya que los factores sociales de discriminación y desigualdad existen en nuestro país y en diferentes partes del mundo. En los últimos años los pacientes con enfermedades mentales pueden ser tratados de una mejor manera ya que las políticas de estado han ido cambiando de forma beneficiosa, o se han ido instaurando dentro de la política de salud del Ecuador, ya que como podemos evidenciar en la investigación no existe datos anteriores ni datos actualizados sobre la cantidad de personas con diferentes enfermedades mentales las cuales han sido tratadas y que del total de estas exista un seguimiento por parte del estado por lo que se evidencia que los problemas de salud mental son enfermedades con una alta incidencia dentro del país y constituye un problema de salud, la esquizofrenia es un enfermedad mental crónica que se puede llegar a controlar mediante el uso de farmacoterapia e intervenciones por parte de la familia en el manejo de la enfermedad, lo cual es el pilar fundamental en el manejo de estos pacientes, por otro lado

con la obtención de estos datos se puede concluir que las enfermedades de salud mental en especial las esquizofrenias no siempre son reportadas y muchas de las personas afectadas cursan su vida con este problema, de todos los valores que se obtuvo en la investigación pertenece al número reportado de personas que padecen esta patología sin embargo un gran número de personas afectadas refieren que más de un familiar tiene un problema de salud mental y esto está descrito dentro de las causas y los factores para desarrollar ese tipo de patología, sin embargo, solo se lleva un conteo de aquellas personas que acudieron para una valoración médica y posterior diagnóstico de dichas enfermedades. Se puede concluir que los factores de riesgo de una persona con patología mental, especialmente con esquizofrenia y en asociación con otras patologías crónicas, corresponde al sexo masculino, tener antecedentes familiares de esta patología, sufrir de experiencias traumáticas las cuales influyan en su vida, consumo de sustancias y hasta causas genéticas, por lo que la esquizofrenia puede aparecer en cualquier etapa de la vida de una persona.

A escala mundial el porcentaje de personas diagnosticadas con esquizofrenia pertenece a un 0.32% del total de enfermedades mentales y en Ecuador ocupa un 5.9 % del total de patologías mentales por lo que la podemos catalogar como una enfermedad no tan común dentro del grupo de patologías mentales, si comparamos los datos reportados por el ministerio de salud pública del Ecuador con los datos reportados por la organización mundial de la salud, evidenciamos que la prevalencia de la enfermedad es muy similar a nivel mundial y a nivel nacional, uno de los hallazgos principales de la investigación es la prevalencia de la enfermedad de forma genética o hereditaria en grupos poblacionales vulnerables como lo menciona el siguiente estudio publicado en la ciudad de Guayaquil en el año 2020 menciona que : “entre las diferentes patologías encontradas en un albergue (San Juan de Dios) destaca la esquizofrenia , estas personas han presentado un dram humano , personas quienes sus familiares los mantenían encerrados debido al desconocimiento y el miedo a que les ocasionen daño o los lastimen, muchas de estas personas sufriendo una descompensación de su enfermedad y en múltiples ocasiones estas personas abandonan los hogares con rumbos desconocidos ”⁽⁵³⁾.

De igual manera a nivel mundial se estima que cada una de cuatro personas padece de algún tipo de enfermedad mental en algún momento de su vida, las enfermedades mentales presentan aproximadamente 40 % de las enfermedades crónicas y conforme se avanza en la edad de la persona pueden aparecer mayores discapacidades, ocasionando disminución en la calidad de vida y aumentando a su vez el uso de los servicios de salud y de los costos que están relacionados en la atención médica⁽⁵⁴⁾.

En el Ecuador del total de los egresos hospitalarios de pacientes psiquiátricos, cerca del 38% de pacientes presento esquizofrenia y de las atenciones realizadas en consulta externa del total de pacientes con enfermedades mentales aproximadamente el 22.7% de los pacientes atendidos presentan algún tipo de esquizofrenia, teniendo en cuenta los reportes de los hospitales psiquiátricos, siendo la esquizofrenia la enfermedad más común según informa el ministerio de salud pública, y también se debe mencionar que la mayoría de personas que padecen esta enfermedad a nivel mundial accede a una atención de salud limitada por los procesos que deben realizar y además de recibir un tratamiento inadecuado⁽⁵⁵⁾.

En cuanto al tratamiento, uno de los medicamentos asociados al manejo de la enfermedad son los fármacos antipsicóticos y su uso prolongado de estos puede generar complicaciones ya que estos medicamentos tienen efectos secundarios, una de las enfermedades que puede aparecer por el uso de estos medicamentos a larga data es la diabetes mellitus tipo II, los fármacos antipsicóticos interfieren en el metabolismo de la glucosa, produciendo aumento de peso, y síndrome metabólico, los efectos de estos medicamentos sobre el cuerpo son los siguientes: a) aumento de peso por resistencia a la insulina b) mecanismos antipsicóticos atípicos c) efecto directo en la insulina, d) efecto citotóxico en células beta del páncreas inducido por el mecanismo de acción⁽⁵⁶⁾.

La tasa de obesidad en personas diagnosticadas algún tipo de enfermedad mental aumenta de 2 a 3 veces en comparación con la población en general, los medicamentos antipsicóticos atípicos se los conoce como obesogenicos los cuales producen resistencia a la insulina ⁽⁵⁶⁾.

Tabla 8. ANTIPSICOTICOS ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DE DMII.

Bajo	Intermedio	Alto
Aripiprazol	Risperidona	Clazapina
Amisulpride	Quetiapina	Olanzapina

Fuente <https://ojs2.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/24439>

Los medicamentos antes mencionados trabajan sobre los receptores de dopamina, serotonina, histamina y receptores muscarínicos, ya que la farmacodinamia estos medicamentos compite con dichos receptores ocasionando un desequilibrio en el organismo del paciente, alterando el metabolismo de la glucosa, las proteínas plasmáticas y producen agotamiento de las células pancreáticas alterando el funcionamiento de estas ⁽⁵⁷⁾. Al verse alterada la función de las células beta del páncreas, se produce una resistencia a la insulina produciendo una disminución de la absorción de la glucosa, los medicamentos antipsicóticos atípicos producen fosforilacion evitando que la proteína quinasa ejerza su función, al aumentar este factor ATK2 (proteína quinasa b) causa resistencia a la insulina lo que en un futuro ocasionara diabetes mellitus tipo 2, también los receptores IRIS-1 (receptor de insulina) PI3K (fosfoquinasa) fosfadilinositol (PIP2) trifosfato (PIP3), (GLUT-4) transportadores de la glucosa se ven afectados por el uso de de estos medicamentos antipsicóticos ⁽⁵⁸⁾.

Referente al efecto citotóxico en células beta del páncreas inducido por el mecanismo de acción los medicamentos antipsicóticos están relacionados con un aumento de la apoptosis de las células beta del páncreas llevando a una hipotrofia pancreática lo que produce una disminución en la secreción de insulina, proceso mediado por la apoptosis mitocondrial que ocasiona el uso prolongado de estos medicamentos antipsicóticos, el uso prolongado de medicamentos antipsicóticos producen efectos adversos en los vasos sanguíneos ya que uno de los efectos secundarios de estos medicamentos es producir vasoconstricción de los vasos sanguíneos o a su vez producen taquicardia lo que aumenta el gasto cardiaco y se produce el mecanismo de la hipertensión arterial, lo que asocia al paciente psiquiátrico con hipertensión arterial añadida ⁽⁵⁹⁾.

Uno de los objetivos del tratamiento farmacológico resulta en una reducción de los síntomas positivos comunes de la esquizofrenia, pero este bloqueo de los receptores en la vía

tuberoinfundibular aumenta la secreción de prolactina, se propone que el aumento de los niveles hormonales puede ser debido a una hiperrespuesta de los sistemas biológicos de estrés, lo que condujo a la hipótesis sobre la contribución de la prolactina al desarrollo de psicosis en individuos vulnerables⁽⁶⁰⁾. Los síntomas extrapiramidales son consecuencia de un efecto adverso de la farmacoterapia, se desarrollan con mayor frecuencia al comienzo del tratamiento con antipsicóticos o cuando se aumenta la dosis, mientras que los de inicio tardío suelen ocurrir después de un tratamiento prolongado y se presentan como discinesia tardía, los síntomas extrapiramidales agudos son una de las principales causas de mala adherencia al tratamiento antipsicótico, la distonía aguda se define como la contracción anormal y prolongada de los músculos de los ojos, cabeza, cuello, extremidades o tronco, que se desarrolla a los pocos días de comenzar o aumentar la dosis de un medicamento, la APA recomienda que los pacientes que tienen distonía aguda asociada con la terapia antipsicótica se traten con un medicamento anticolinérgico, se puede revertir mediante la administración de difenhidramina, un antagonista del receptor de histamina con propiedades anticolinérgicas, generalmente la distonía debería resolverse entre 10 a 30 minutos, y es necesario el uso de medicamento anticolinérgico oral para prevenir la recurrencia, al menos hasta que pueda reducirse la dosis del antipsicótico o cambiar por otro medicamento, el parkinsonismo, se resuelve con la interrupción del medicamento antipsicótico, o reducir la dosis del medicamento antipsicótico, cambiar a otro medicamento antipsicótico o tratar con un medicamento anticolinérgico, es importante resolverlo de una manera oportuna ya que en el paciente puede desencadenar depresión, la amantadina es una alternativa al uso de un medicamento anticolinérgico para tratar el parkinsonismo inducido por medicamentos. La Acatisia se define como inquietud, agitación de las piernas, balanceo e incapacidad para sentarse o permanecer quieto, este tipo de comportamiento va a desencadenar disconfort e incluso hacer que el paciente cometa suicidio, se sugiere reducir la dosis del medicamento antipsicótico, cambiar a otro medicamento antipsicótico, agregar un medicamento benzodiazepínico o agregar un agente bloqueador betaadrenérgico. La discinesia tardía, se caracteriza con movimientos anormales que surgen después de meses o años de tratamiento con un medicamento antipsicótico, los movimientos suelen ser espasmos atetoides y lentos o coreiformes rápidos; ambos tipos de movimientos se manifiestan comúnmente en la boca, cara, mandíbula, lengua, manos o pies, el papel de los anticolinérgicos en el desarrollo de discinesia tardía aún debe dilucidarse, se debe reducir la dosis de la medicación, cuando se requiere del uso de la clozapina en pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento, se

debe realizar un monitoreo continuo con biometrías hemáticas ya que su uso causa agranulocitosis, la clozapina es un antipsicótico atípico de segunda generación, con actividad antidopaminérgica y antiserotonérgica, además de ser un potente antagonista de los receptores adrenérgicos, histaminérgicos y muscarínicos, tiene poco efecto sobre la secreción de prolactina y, rara vez, causa efectos secundarios extrapiramidales, actúa como agonista parcial en algunos receptores de serotonina (receptores de 5-hidroxitriptamina o receptores 5-HT) especialmente los receptores 5-HT_{1A}, acción asociada con la mejora de la depresión y la ansiedad. También parece tener alta afinidad por los subtipos de receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C} y 5-HT_{3C}, lo que puede contribuir a sus propiedades antipsicóticas y atipicidad, además tiene alta afinidad por los receptores histamínicos H₁ dando un efecto sedante, el bloqueo alfa-1-adrenérgico a menudo conduce a hipotensión ortostática, taquicardia refleja y sedación. Ejerce efectos anticolinérgicos potentes que pueden explicar eventos adversos como visión borrosa, retención urinaria, estreñimiento, confusión, deterioro cognitivo y delirio, e hipersalivación a través de su antagonismo en los receptores muscarínicos M₃ y su agonismo en receptores M₄ ⁽⁴⁵⁾.

El síndrome metabólico es considerado como un conjunto de factores de riesgo que contribuyen a la aparición de enfermedades cardiovasculares y al desarrollo de diabetes mellitus de tipo II, el uso del término de Síndrome Metabólico (SM) fue utilizado por primera vez por el médico Eskil Kylin, en 1923, para referirse a la asociación de hipertensión arterial, aumento de glucosa sérica e hiperuricemia.⁽⁶¹⁾ El uso de medicación neuroléptica y antipsicótica, especialmente los denominados antipsicóticos de segunda generación o atípicos, están relacionados con la aparición del síndrome metabólico, existe evidencia científica que aporta un grado de prueba de que el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, trastornos bipolares y patologías que requieren el uso de antipsicóticos atípicos o de segunda generación también puede conducir a cambios relacionados con el síndrome metabólico en forma de aumento de peso, cambios en el metabolismo de los lípidos, niveles de glucosa y presión arterial. ⁽⁶¹⁾.

El uso de sustancias en pacientes esquizofrénicos está relacionado con un alto incremento de la morbimortalidad ya que empeoran el curso de la enfermedad ya que se sufre una gran pérdida de volumen de masa cerebral, aumento de la violencia y los suicidios y las opciones

actuales para tratar el abuso de sustancias en pacientes esquizofrénicos son muy limitadas.⁽²⁷⁾ El consumo de alcohol es tres veces superior en esquizofrénicos que en la población general, los pacientes refieren sentir mejoría del humor, síntomas negativos de la esquizofrenia y mejora en las relaciones sociales también tras el consumo de alcohol ⁽²⁷⁾.

Las fallas en la Fluidez verbal se asocian al deterioro en el córtex frontal que es una de las características propias de las enfermedades neurodegenerativas y de patologías psiquiátricas.

CAPÍTULO V.

Conclusiones.

- Se demostró que diagnosticar y tratar de manera temprana la enfermedad, mejora de forma significativa la adaptabilidad del paciente para realizar sus actividades cotidianas, no solo es necesario el tratamiento farmacológico sino que debe ser un tratamiento llevado por varios profesionales de la salud y hacer participe a los familiares aplicando diferentes terapias que apoyen a todos los miembros mejorando así la calidad de vida del paciente y evitando la aparición de síntomas y posibles recaídas, se constató que la terapia de Paquetes integrados multimodales es la más completa en pacientes con esquizofrenia ya que integra el tratamiento neurocognitivo y social además que incluye rehabilitación psicosocial la cual se enfoca en la diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales, comunicación social y verbal, y solución de problemas interpersonales.
- Se evidenció que la esquizofrenia se asocia a otras comorbilidades por lo cual es importante implementar medidas preventivas que permitan realizar una evaluación periódica de estos pacientes para evitar complicaciones, es común observar a pacientes esquizofrénicos con síndrome metabólico, pacientes con hipertensión arterial, con diabetes mellitus de tipo II, lo cual reduce su calidad de vida, estas comorbilidades se asocian al uso del tratamiento farmacológico y sin el uso del tratamiento farmacológico, sin embargo se mantiene la hipótesis de que los antipsicóticos atípicos causan alteraciones metabólicas que aumentan la prevalencia de estas alteraciones.
- Se reflejó en la investigación la importancia del uso de los antipsicóticos y sus efectos secundarios, los cuales deben ser tomados en cuenta antes de instaurar un tratamiento antipsicótico más apropiado para cada paciente, en la actualidad se prefiere el uso de los antipsicóticos de segunda generación o atípicos que los antipsicóticos típicos o de primera generación por su mayor control sobre los síntomas negativos del paciente esquizofrénico, sin embargo se ha demostrado que no se descartan otros

efectos secundarios durante su uso, como lo es el parkinsonismo en el uso de la Risperidona, y el uso de la Clozapina y la Olanzapina con el mayor riesgo de desarrollar un síndrome metabólico.

Recomendaciones.

- Es importante realizar un buen diagnóstico clínico de la enfermedad, sobre todo en pacientes con manifestaciones tempranas, ya que, al ser diagnosticadas de manera oportuna, por el personal de salud capacitado, puede ayudar a evitar manifestaciones más acentuadas de la enfermedad aplicando solamente la terapia farmacológica.
- Se recomienda la realización de exámenes de control continuo de los pacientes previo a su tratamiento, ya que pueden estar afectados por comportamientos errados al momento del diagnóstico, implementar cambios en el estilo de vida de ser necesario, y hábitos alimenticios.
- Es importante la aplicación de la terapia mixta, la cual incluye la terapia farmacológica y la terapia psicosocial, ya que se evidencia menos recaídas en los pacientes no solo esquizofrénicos sino con alguna enfermedad mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez ÁR. ¿Existe una relación entre la esquizofrenia y la violencia y los homicidios? Is there a relationship between schizophrenia and violence and homicides? ARS MEDICA Rev Cienc Médicas [Internet]. 24 de marzo de 2022;47(1):58-64. Disponible en: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1844>
2. Chóco PDM, Cajas JLF, Castillo JEZ, Pucha GIS. Esquizofrenia. Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería. RECIAMUC [Internet]. 11 de enero de 2023;7(1):111-23. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/988>
3. Amador AGL, Saavedra DR, Garfía CXD, Chávez JJ. Trastorno psiquiátrico- esquizofrenia. TEPEXI Bol Científico Esc Super Tepeji Río [Internet]. 5 de enero de 2019;6(11):34-9. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/3832>
4. López Valladares M de los Á, Piña Guzmán V, Gómez Frode CX, López Valladares M de los Á, Piña Guzmán V, Gómez Frode CX. Esquizofrenia asociada a consumo de múltiples sustancias. Responsabilidad profesional. Rev Fac Med México [Internet]. octubre de 2022;65(5):36-52. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0026-17422022000500036&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Fulone I, Silva MT, Lopes LC. Use of atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia in the Brazilian National Health System: a cohort study, 2008-2017. Epidemiol E Serviços Saúde [Internet]. 20 de marzo de 2023;32:e2022556. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/ress/2023.v32n1/e2022556/>
6. Peña Freitas PA. Factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo de enero 2016 - agosto 2019. Repos Inst - URP [Internet]. 2021; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/4350>
7. Amador AGL, Saavedra DR, Garfía CXD, Chávez JJ. Trastorno psiquiátrico- esquizofrenia. TEPEXI Bol Científico Esc Super Tepeji Río [Internet]. 5 de enero de 2019;6(11):34-9. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/3832>
8. Recuperación funcional en la esquizofrenia - ScienceDirect [Internet]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745017301142>
9. Mac-Kay APMG. Afasia y esquizofrenia: aspectos lingüístico-comunicativos. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. marzo de 2019;57(1):52-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272019000100052&lng=es&nrm=iso&tlng=en
10. Tinoco CA. Teorías intuitivas y modelos causales de la esquizofrenia en profesionales de la salud mental y legos. 5 de agosto de 2022; Disponible en: <http://riaa.uaem.mx/xmlui/handle/20.500.12055/2549>
11. Martín Gómez A. Análisis de la influencia de la esquizofrenia y el consumo del alcohol en el mantenimiento del sinhogarismo. Una aproximación desde la psicología social. 2022; Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/61250>
12. Torres Lugo DJ, Castillo Ledo I, Rojas Díaz I, Masot Rangel A, Masot Torres SJ, Cabrera Pérez AE, et al. La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la tecnología y la sociedad. Rev Finlay [Internet]. septiembre de 2022;12(3):322-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342022000300322&lng=es&nrm=iso&tlng=es

13. Esquizofrenia [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
14. Torres Lugo DJ, Castillo Ledo I, Rojas Díaz I, Masot Rangel A, Masot Torres SJ, Cabrera Pérez AE, et al. La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la tecnología y la sociedad. *Rev Finlay* [Internet]. septiembre de 2022;12(3):322-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342022000300322&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Tinjaca Del Castillo JS, Castro Santos AMA, Pachon Amon AL, Alfonso Caicedo MC. Esquizofrenia, diagnóstico y tratamiento en pacientes pediátricos. *RECIMUNDO Rev Científica Investig El Conoc* [Internet]. 2022;6(4):12-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8603935>
16. Calleri-Herrera IM, Garaicoa-Salas MA, Vélez-Almea MD. Desempeño ocupacional en mujeres adultas con esquizofrenia. *Residencia Santa Mariana del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Ecuador. Polo Conoc* [Internet]. 18 de octubre de 2020;5(10):598-615. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1835>
17. Charlson F, Van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* [Internet]. julio de 2019;394(10194):240-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619309341>
18. Coll-Florit M, Miranda X, Climent S. Metáforas de la esquizofrenia: Un estudio sobre el discurso de afectados y profesionales. *Rev Esp Lingüíst Apl J Appl Linguist* [Internet]. 24 de julio de 2019;32(1):1-31. Disponible en: <https://www.jbe-platform.com/content/journals/10.1075/resla.16003.col>
19. Torales J, De Doménico Meyer E, Duarte Fariña E, Torales J, De Doménico Meyer E, Duarte Fariña E. Esquizofrenia y alteraciones de la percepción visual. *Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna* [Internet]. septiembre de 2020;7(2):96-104. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2312-38932020000200096&lng=en&nrm=iso&tlng=es
20. Audiffred Jaramillo RI, García de Alba García JE, García Monzón I, Loza Salazar CI, Limón Cervantes L, Audiffred Jaramillo RI, et al. Violence as a main symptom of schizophrenia and expressed emotion in relatives of users from Instituto Jalisciense de Salud Mental. *Salud Ment* [Internet]. diciembre de 2021;44(6):277-85. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252021000600277&lng=es&nrm=iso&tlng=en
21. Moncada Moreno SA. Dependencia a marihuana como factor de riesgo para esquizofrenia. *Univ Priv Antenor Orrego* [Internet]. 2019; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5621>
22. Ulloa Flores RE, Sauer Vera T del R, Apiquian Guitart R. Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. *Salud Ment* [Internet]. octubre de 2011;34(5):429-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252011000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Guízar Sánchez DP, Saracco Álvarez R, Fresán Orellana A. Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia. *Salud Ment* [Internet]. agosto de 2012;35(4):339-44. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252012000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Fonseca CFM, Vásquez AF, Adriano JLB, Porras JFO. Personalidad y delitos sexuales: Personality and sexual offences. *LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanidades* [Internet]. 26 de abril de 2023;4(2):143-54. Disponible en: <http://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/600>

25. Torales J, Barrios I, García Franco O, López Ruiz RD, Torales J, Barrios I, et al. Características de pacientes con diagnóstico de primer episodio psicótico internados en un hospital universitario. *Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna* [Internet]. septiembre de 2020;7(2):34-40. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2312-38932020000200034&lng=en&nrm=iso&tlng=es
26. Rodríguez Díaz L. Rol de enfermería en la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia. 2022; Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/28977>
27. Gutiérrez Royano B. Rol de la enfermería en el abordaje de pacientes con patología dual: esquizofrenia y alcoholismo. *Nursing's role in dual pathology: schizophrenia and alcoholism* [Internet]. 4 de junio de 2019; Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/16511>
28. Pérez Cardozo M. Esquizofrenia : consecuencias del estigma social y la importancia de la rehabilitación. 2020; Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/27317>
29. ley_organica_discapacidades.pdf [Internet]. [citado 10 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf
30. Figueroa-Barra A, Martínez Herrera C, Figueroa-Barra A, Martínez Herrera C. Índices de estereotipia verbal en textos escritos por personas con diagnóstico de esquizofrenia. *Lit Lingüíst* [Internet]. noviembre de 2021;(44):447-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0716-58112021000200447&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Corrales A, Vilapriño Duprat M, Benavente Pinto C, Garay C, Corral R, Gargoloff PR, et al. Consenso argentino sobre diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia resistente al tratamiento. *Vertex Rev Argent Psiquiatr* [Internet]. diciembre de 2021;32, n.º 154. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/150668>
32. Editores V. Neurología.com [Internet]. Disponible en: <https://neurologia.com/noticia/5329/noticia/5329/rapido-diagnostico-de-la-esquizofrenia-mediante-tomografia-de-coherencia-optica>
33. imagen_resonancia_magnética.pdf [Internet]. [citado 16 de junio de 2023]. Disponible en: https://sid-inico.usal.es/idos/F8/ART11078/imagen_resonancia_magn%C3%A9tica.pdf
34. Genis-Mendoza AD, Elizalde-Martínez C, Martínez-Magaña JJ, Cabrera-Mendoza B, Morales-Guadarrama A, Sacristán E, et al. Evaluación longitudinal mediante resonancia magnética del modelo de esquizofrenia de lesión neonatal en el hipocampo ventral. *Cir Cir* [Internet]. diciembre de 2021;89(6):785-91. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2444-054X2021000600785&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Pineda Arana M, Moreno Escobar JJ, Martínez González CL, Pineda Arana M, Moreno Escobar JJ, Martínez González CL. Una revisión sistemática del uso de patrones neuroanatómicos basados en resonancia magnética. *Comput Sist* [Internet]. diciembre de 2019;23(4):1323-36. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-55462019000401323&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. Urzúa-Álvarez C, Labbé-Atenas T, Venegas-Bustos J, Urzúa-Álvarez C, Labbé-Atenas T, Venegas-Bustos J. Contribución de la neuroimagen al diagnóstico y seguimiento de la Esquizofrenia: una breve revisión sistemática. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet]. septiembre de 2022;60(3):325-36. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272022000300325&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
37. Valle R. Validez, confiabilidad y utilidad clínica de los trastornos mentales: el caso de la esquizofrenia de la CIE-11. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 1 de enero de 2022;51(1):61-70. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745020300846>

38. Otárola PE. Esquizofrenia de inicio precoz: Revisión bibliográfica. *Rev Cienc Salud Integrando Conoc* [Internet]. 15 de junio de 2022;6(3):139-44. Disponible en: <https://www.revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/452>
39. Torre Ayllón M. Manejo integral del paciente con esquizofrenia. *Comprehensive treatment of the patient with Schizophrenia* [Internet]. 2 de julio de 2021; Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/25471>
40. Díaz-Soto CM, Vélez-Gómez P. Aportes de la conectividad cerebral a la comprensión y el diagnóstico de la enfermedad mental. *Neurol Neurocir Psiquiatr* [Internet]. 8 de octubre de 2021;49(1):5-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101749>
41. Arias Cardoso PA, Ortiz Ochoa AC, Vargas Moreno HV, Rodriguez Zuluaga MC. Revisión sistematizada sobre las intervenciones basadas en la inclusión social y calidad de vida en personas con esquizofrenia. 2021; Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/8957>
42. Lamas Aguilar RM, Colín Piana R, González Aguilar A, Lamas Aguilar RM, Colín Piana R, González Aguilar A. Panorama general de la terapia electroconvulsiva: indicaciones y funcionamiento. *Rev Fac Med México* [Internet]. diciembre de 2020;63(6):20-30. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0026-17422020000600020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. Escamilla-Orozco RI, Becerra-Palars C, Armendáriz-Vázquez Y, Corlay-Noriega IS, Herrera-Estrella MA, Llamas-Núñez RE, et al. Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gac Med Mex*. 2021;157(Supl 4):S1-12.
44. Pérez-Aguado O. Eficacia de un programa de musicoterapia como tratamiento complementario a la intervención psicosocial en la recuperación de la esquizofrenia y otras psicosis [Internet] [doctoral thesis]. 2022. Disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/85646>
45. Luque Espino JC, Oscanoa Espinoza TJ, Luque Espino JC, Oscanoa Espinoza TJ. Agranulocitosis inducida por clozapina. *Horiz Méd Lima* [Internet]. enero de 2020;20(1):69-76. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X202000100069&lng=es&nrm=iso&tlng=es
46. Sanguino Ruiz C. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social. 2022; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/56985>
47. Belon-Hercilla MV, Denegri-Solís L, Soto-Añari M, Belon-Hercilla MV, Denegri-Solís L, Soto-Añari M. Comparison of the cognitive profile in patients with alcoholism and schizophrenia. *Rev Neuro-Psiquiatr* [Internet]. enero de 2020;83(1):26-32. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-8597202000100026&lng=es&nrm=iso&tlng=es
48. Vidal Gutiérrez DA, Saldivia S, Grandón Fernández P, Inostroza Rovegno C, Vidal Gutiérrez DA, Saldivia S, et al. Effectiveness of behavioral family therapy in people with schizophrenia: a randomized, controlled clinical trial. *Salud Ment* [Internet]. abril de 2019;42(2):65-74. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252019000200065&lng=es&nrm=iso&tlng=en
49. Sánchez-Balsa A, Sobrido-Prieto M. Efectividad en intervenciones destinadas a la participación social en personas con esquizofrenia: revisión sistemática. *Cad Bras Ter Ocupacional* [Internet]. 16 de enero de 2023;31:e3299. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/8YGC76yV9dwXsc5TXykNkLv/?lang=es>
50. Rascón ML, Valencia M, Domínguez T, Alcántara H, Casanova L. Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud Ment* [Internet]. junio de 2014;37(3):239-46. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252014000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

51. Saiz Ruiz J, Vega Sánchez DC de la, Sánchez Páez P. Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica Salud* [Internet]. 2010;21(3):235-54. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-52742010000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
52. Oliveira ECD, Barbosa GC, Corrente JE, Komuro JE, Papini SJ. Oat bran in cardiovascular risk control in mental disorder. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 1 de junio de 2020;73:e20190277. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Hww4cyZzFMNvyGN3dg7qVMd/?lang=en>
53. Guerrero SPV, Reyes JEP, Rodas RIP, Baque BEC, Fernández LP. Perfil Neuropsicológico en la Educación para la Salud y la Inclusión Social del Paciente con Esquizofrenia. *Rev Científica Hallazgos21* [Internet]. 16 de julio de 2020;5(2):127-39. Disponible en: <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/453>
54. Bestard Ricoy J, Cutiño Segura MB, Bestard Ricoy J, Cutiño Segura MB. Psicoterapia de grupo para tratar pacientes con esquizofrenia hospitalizados en servicios de salud pública. *MEDISAN* [Internet]. febrero de 2019;23(1):165-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192019000100165&lng=es&nrm=iso&tlng=es
55. Salud Mental Perfil del País- Ecuador - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-perfil-pais-ecuador>
56. Vallejos Narváez ÁA, Chamorro GA, Rodríguez López LM, Vallejos Narváez ÁA, Chamorro GA, Rodríguez López LM. Diabetes mellitus asociada al uso crónico de antipsicóticos atípicos. *Rev Médica Risaralda* [Internet]. diciembre de 2020;26(2):148-53. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0122-06672020000200148&lng=en&nrm=iso&tlng=es
57. Flores-Rojas LE, González-Zúñiga Hernández LA, Flores-Rojas LE, González-Zúñiga Hernández LA. Efectos secundarios metabólicos de los antipsicóticos de segunda generación. *Med Interna México* [Internet]. octubre de 2019;35(5):721-31. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0186-48662019000500721&lng=es&nrm=iso&tlng=es
58. Vallejos Narváez ÁA, Chamorro GA, Rodríguez López LM. Diabetes mellitus association with chronic use of atypical antipsychotics. *Rev Médica Risaralda* [Internet]. diciembre de 2020;26(2):148-53. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0122-06672020000200148&lng=en&nrm=iso&tlng=es
59. García LEV, Mateos AD. Consumo de drogas: enfrentamiento a un problema latente. *MEDISAN* [Internet]. 29 de abril de 2023;27(2):4269. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4269>
60. Medina-Loera S, Flores-Medina Y, Escamilla-Orozco RI, Saracco-Álvarez RA, Rosel-Vales M, Flores-Ramos M, et al. Association between prolactin serum levels and cognitive function in chronic schizophrenia patients. *Salud Ment* [Internet]. febrero de 2020;43(1):21-5. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252020000100021&lng=es&nrm=iso&tlng=en