



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

Determinación de las causas y factores que inciden en la
aparición de la esquizofrenia como enfermedad mental

Trabajo de Titulación para la optar el Título de Medico
General

Autor: Víctor Daniel Jiménez Veintimilla
Tutor: Msg. Francisco Andramuño Bermeo

Ecuador, Riobamba 2024

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **Víctor Daniel Jiménez Veintimilla**, con cedula de identidad: **1103797971**, autor del trabajo de investigación titulado: **“Determinación de las causas y factores que inciden en la aparición de la Esquizofrenia como enfermedad mental”**, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mi 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 económico, la posible reclamación de terceros respecto a los derechos de autor (a) de la obra referida, será en mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 3 de junio del 2024



Víctor Daniel Jiménez Veintimilla

1103797971

APROBACION DE TUTOR

Msg. Francisco Felipe Andramuño Bermeo, Docente de la Carrera de Medicina, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

CERTIFICO

Al ver observado y revisado el informe final del trabajo de investigación: **“Determinación de las causas y factores que inciden en la aparición de la Esquizofrenia como enfermedad mental”** presentada por el Estudiante: **VICTOR DANIEL JIMENEZ VEINTIMILLA** con cedula de identidad: **1103797971**, que cumplen con los parámetros establecidos por la institución, por lo tanto, queda **APROBADO Y APTO PARA PRESENTARSE EN LA DEFENSA.**

Es todo en cuanto puedo decir en honor a la verdad.

Atentamente:



Msg. Francisco Felipe Andramuño Bermeo

DOCENTE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CON FINES DE
TITULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA

Facultad de Ciencias de la Salud UNACH

Correo: ffandramuno.fsp@unach.edu.ec

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

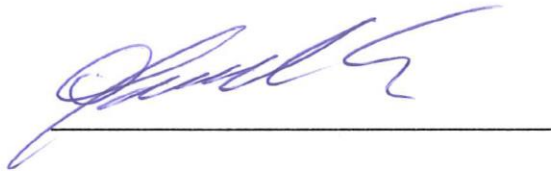
Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado del Trabajo de Investigación: “**Determinación de las causas y factores que inciden en la aparición de la esquizofrenia como enfermedad mental**”, presentado por, **Víctor Daniel Jiménez Veintimilla**, con cedula de identidad número **1103797971**, emitimos el **DICTAMEN FAVORABLE**, conducente a la **APROBACIÓN** de titulación. Certificamos haber revisado y evaluado el trabajo de investigación y cumplida la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 29 de mayo del 2024

Dr. Víctor Enrique Ortega Salvador
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dr. Edwin Gilberto Choca Alcoser
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dr. Wilson Lizardo Nina Mayancela
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO





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

Riobamba 27 de mayo del 2024
Oficio N°066-2023-2S-TURNITIN -CID-2024

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 el **Msc. Francisco Andramuño**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N°1182-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 TURNITIN, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos de los estudiantes	% TURNITIN verificado	Validación	
					Si	No
1	1182-D-FCS-20-12-2023	Determinación de las causas y factores que inciden en la aparición de la esquizofrenia como enfermedad mental	Jiménez Veintimilla Víctor Daniel	7	x	

Atentamente



Firmado digitalmente por:
FRANCISCO JAVIER
USTÁRIZ FAJARDO

PhD. Francisco Javier Ustáriz Fajardo
Delegado Programa TURNITIN
FCS / UNACH
C/c Dr. Vinicio Moreno – Decano FCS

DEDICATORIA

Eternamente agradecido por la realización de esta tesis a Dios, a la Virgen María, por quien debo mi vida y mi fe, por cuidarme y guiarme en mi etapa universitaria, por enviarme en el camino del bien y por ser mi fortaleza, cuando creía que no era capaz de lograr mis metas. A mi abuelo, que siempre se mantuvo presente desde lo más alto, velando mis metas y sé que estaría orgulloso de ver este gran paso. A mi madre quien me ha guiado y cuidado desde que emprendí mi sueño, lejos de mi tierra natal, Loja, para darme todo lo que necesité en mis estudios y me ha demostrado su confianza y amor sincero, me siento orgulloso de que sea la persona más valiente. A mi amor eterno, mi querida Martha, quien desde un inicio estuvo presente con su apoyo y amor el cual le estaré perennemente agradecido por su esfuerzo y dedicación, por sus abrazos que rompieron todos mis miedos y me enseñaron que hay que afrontar toda adversidad y aprender de cada situación, por sus valores que hicieron de mi la persona que soy hoy en día. A mis hermanas, por apoyarme y estar en mi vida, por ser el sostén cuando más necesitaba, por su ejemplo con el amor de mis queridos sobrinos. También a mi querida doña Lorena quien con esfuerzo, cariño y motivación me ayudo a seguir adelante. Así mismo para Arturo Mau, quien no le importo quedarse las madrugadas enteras soportando frio y malas noches, a pesar de ser un gatito, estuvo a mi lado.

Víctor Daniel Jiménez Veintimilla

AGRADECIMIENTO

Eternamente agradecido a Dios, a mi madre, mi querida Martha, por todo el apoyo recibido así mismo a docentes de la UNACH, por darme un granito de sabiduría y prepararme para mi vida profesional.

Víctor Daniel Jiménez Veintimilla

INDICE

DERECHOS DE AUTORÍA	
APROBACIÓN DEL TUTOR	
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT _	
I. INTRODUCCIÓN	13
EL PROBLEMA.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS:.....	18
GENERAL:.....	18
ESPECÍFICOS:.....	18
JUSTIFICACION.....	19
II. MARCO TEORICO.....	20
CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA	21
CLASIFICACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA.....	22
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:	22
ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA	23
ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA.....	23
ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	24
ESQUIZOFRENIA SIMPLE.....	24
SINDROMES POSITIVOS Y NEGATIVOS.....	24
SINDROMES POSITIVOS	24
SÍNDROME NEGATIVO	27
FASES DE LA EQUIZOFRENIA.....	28
PRIMER EPISODIO	28

FASE AGUDA.....	29
FASE DE ESTABILIZACIÓN	30
FASE ESTABLE.....	30
DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA.....	31
CRITERIO A:.....	31
CRITERIO B.....	31
CRITERIO C	31
CRITERIO D.....	32
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	32
EXAMENEN COMPLEMENTARIOS	32
TRATAMIENTO	33
TRATAMIENTO CON PSICOTERAPIA.....	34
FALTA DE APEGO TERAPÉUTICO	35
Factores psicológicos:.....	36
EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS	37
CONSUMO DE CANNABIS.....	37
CONSUMO DE COCAINA	37
CONSUMO DE ALCOHOL	38
CONSUMO DE TABACO	38
FACTORES PREDISPONENTES PARA LA ESQUIZOFRENIA	38
ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA.....	38
FACTORES GENETICOS	39
FACTORES AMBIENTALES.....	41
NEUROTRANSMISORES Y ESQUIZOFRENIA.....	42
DOPAMINA	42
SEROTONINA.....	42

GLUTAMATO	43
NEUROIMÁGENES	43
COMORBILIDADES	43
RELACIÓN ESQUIZOFRENIA Y COVID-19	46
III. MATERIALES Y MÉTODOS	48
TIPO DE ESTUDIO	48
SEGÚN EL NIVEL	48
DISEÑO.....	48
ENFOQUE.....	48
SECUENCIA TEMPORAL.....	49
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	49
POBLACION.....	49
MUESTRAS	50
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	50
INCLUSIÓN.....	50
EXCLUSIÓN.....	50
IV. DISCUSION Y RESULTADOS.....	51
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES.....	70
BIBLIOGRAFÍA	71

RESUMEN

La presente investigación bibliográfica determinó la esquizofrenia como una enfermedad mental, identifiqué los factores predisponentes y desencadenantes.

La metodología de investigación se basó mediante la revisión bibliográfica, la recolección de información, la elaboración de estrategias de búsqueda del material bibliográfico seleccionado. El cual consistió en artículos científicos en general, así como portales web de instituciones oficiales y privadas de reconocidas trayectorias en el ámbito científico académico, Scielo, Sciencedirect, PubMed, y UptoDate entre otros.

La investigación es descriptiva. Así mismo se determina como documental – no experimental. Es cualitativo porque el trastorno de esquizofrenia se describe y analiza a partir de una recopilación de información en los idiomas inglés y español de publicaciones científicas seleccionadas por diversos buscadores. Es de corte transversal y tiene características observacionales porque se centra únicamente en observar lo que les sucede a las personas sin intervenir ni experimentar.

La esquizofrenia es un trastorno mental que provoca deterioro físico, emocional, social e intelectual, pero lo más interesante es que aún se desconoce la diversidad de sus síntomas y el origen de la esquizofrenia. De hecho, los avances de la ciencia y la psicología aún no logran cambiar todos los síntomas y desventajas que enfrentan las personas con esta enfermedad, y es importante explorar nuevos tratamientos.

Palabras clave: Esquizofrenia, Citocinas, Neurotransmisores, Inflamación, Sistema Nervioso.

ABSTRACT

The present bibliographic Investigation determined schizophrenia as a mental illness, identifying the predisposing and triggering factors. The investigation methodology was based on bibliographic review, the collection of information, and the development of search strategies for the selected bibliographic material. This consisted of scientific articles in general and web portals from official and private institutions with recognized trajectories in the academic scientific field, such as Scielo, ScienceDirect, PubMed, and UpToDate, among others. The Investigation is Descriptive. Likewise, it is determined as a documentary – not experimental. It is qualitative because schizophrenia disorder is described and analyzed based on a compilation of information in English and Spanish from scientific publications selected by various search engines. It is cross-sectional and has observational characteristics because it focuses only on observing what happens to people without intervening or experimenting. Schizophrenia is a mental disorder that causes physical, emotional, social, and intellectual deterioration. However, the most exciting thing is that the diversity of its symptoms and the origin of schizophrenia are still unknown. Advances in science and psychology have not yet been able to change all the symptoms and disadvantages that people with this disease face, and it is essential to explore new treatments.

Keywords: Schizophrenia, Cytokines, Neurotransmitters, Inflammation, Nervous System.



Reviewed by:

Mgs. Maria Fernanda Ponce

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 0603818188

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales se caracterizan por deterioros clínicamente significativos en la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. A menudo se asocia con dolor o disfunción en otras áreas importantes. Hay muchos tipos diferentes de trastornos mentales. También se denominan problemas de salud mental, aunque este último término es más amplio e incluye enfermedades mentales, trastornos psicosociales y (otras) asociadas con un riesgo significativo de angustia, deterioro o comportamiento de autolesión. (Tena Hernández, 2020)

La historia de la esquizofrenia se desarrolla con la historia de la Psiquiatría con figuras representativas como Emil Kraepelin, que en 1890 distinguió una forma de demencia precoz, realizó la distinción de esta patología de la psicosis maniaca depresiva y la paranoia, mientras que Eugen Bleuler, en 1908 sugiere el término de esquizofrenia, el introduce conceptos de síntomas fundamentales las 4 a refiriéndose a asociaciones anormales, afecto anormal, ambivalencia, autismo, Benedict A. Morel y Karl Ludwig Kahlbaum siendo una de las primeras descripciones de las manifestaciones clínicas de esta afección admitidas hasta la actualidad y situadas por otros estudiosos, entre los que por solo citar algunos mencionaremos a: Adolf Meyer, Harry Stack Sullivan, Gabriel Langfeldt, Kurt Schneider y Karl Jasper, que de una forma u otra han intentado puntualizar criterios diagnósticos para la esquizofrenia. (Torres Lugo, 2022)

La esquizofrenia es una enfermedad mental caracterizada por un conjunto de varios síntomas, incluidos delirio y alucinaciones. Síntomas típicos de la psicosis. (Otárola, 2022)

A pesar de la disponibilidad de opciones eficaces de prevención y tratamiento, la mayoría de las personas con trastornos mentales no tienen acceso a una atención eficaz. Además, de sufrir estigma, discriminación y violaciones de derechos humanos. (Dong E, 2020)

Hoy en día, hablar de salud mental se refiere a un estado de bienestar en el que Los individuos responden a las demandas del entorno o contexto de interacción. por lo tanto, los elementos dan sus habilidades dependiendo de las circunstancias. Factores estresantes normales en la vida cotidiana y cómo convertirse en una persona productiva y competente. Para convertirse en personas operativas para la sociedad. En otras palabras, la salud no es sólo una carencia de enfermedades, sino también condiciones físicas, emocionales y sociales apropiadas al comportamiento del sujeto (Godoy, 2020)

Por otro lado, los factores de riesgo psicosociales son definidos por la OIT y la OMS como riesgo psicosocial dado en la interacción y proceso que se dan en las tareas laborales dentro de una organización, afectando en diferentes ambientes sociales como la familia y las prácticas socioculturales del individuo. (Artola, 2020)

En este texto, se analiza el trastorno esquizofrénico en sus diferentes etapas, para explorar las formas en que diferentes alternativas conceptuales intentan abordar la cuestión de qué constituye una enfermedad mental. Tras evaluar el alcance de su propuesta en tres dimensiones, se concluye que repensar el modelo biomédico puede ser una buena base para desarrollar un marco de referencia útil para la comprensión (dimensión ontológica), la explicación (dimensión científica) y el tratamiento (dimensión práctica). (Cavieres, 2021)

EL PROBLEMA

Determinación de los factores que inciden en la aparición de la esquizofrenia como enfermedad mental

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tasa de diagnóstico de esquizofrenia va en aumento a nivel mundial. La esquizofrenia, en cualquiera de sus formas, afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo y es más común en hombres (4,5 %) que en mujeres (2,9 %), aunque esto varía según la edad. Dado que la incidencia se duplica entre los 20 y los 49 años, se hace evidente a partir de los 65 años, cuando se produce un ligero aumento en las mujeres. Se encontraron claros gradientes sociales, particularmente en áreas de muy bajos ingresos, donde había una mayor prevalencia de hombres en este grupo. (López, M. D. I., & Rivera, M. J. C., 2023)

También es evidente en América del Norte, Estados Unidos, tiene una de las mayores incidencias de esquizofrenia, con 2,5 millones de personas que padecen la enfermedad, seguido de México con 1 millón y Canadá con 290.000 personas con esquizofrenia. La edad generalmente ocurre entre los 20 y 34 años, ocurre antes en hombres que, en mujeres. (Rodríguez Ravichagua, 2023)

Además, España es el país con mayor número de casos registrados de esquizofrenia en Europa, se han diagnosticado 600.000 personas de entre 18 y 30 años, de las cuales 432.000 suelen ocultarlo por miedo a la discriminación. (Rodríguez Ravichagua, 2023)

Por tanto, de estos casos notificados, sólo 187.000 personas reciben atención especializada en salud mental. Otros países europeos como Austria, Luxemburgo, Malta y Suiza informan que aproximadamente el 1,5% de su población total padece esquizofrenia; crea limitaciones en el desarrollo personal, social y psicomotor de las personas con este trastorno y genera conflictos en los grupos familiares. (Rodríguez Ravichagua, 2023)

Asimismo, el estado de la salud mental en América Latina es alarmante, con aproximadamente 6 millones de personas diagnosticadas con esquizofrenia, de las cuales 4 millones no reciben atención especializada en salud mental. Además, el informe muestra que el país con más casos reportados es Argentina, con 500.000 personas reportadas afectadas, seguido de Colombia con 471.000 casos registrados. Los usuarios de entre 18 y 29 años son los más afectados, con una alta prevalencia entre los hombres. Es más común en mujeres y

se detecta a una edad más temprana. Además, su impacto en el ámbito personal, familiar y social se traduce en una elevada tasa de mortalidad. (Santos Sabino, 2023)

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador (IESM), la esquizofrenia es la enfermedad más común a nivel hospitalario en el Ecuador. Según un estudio de 2016 de 30 personas con trastornos mentales realizado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, con sede en Esmeralda, la prevalencia de esquizofrenia era del 70% en comparación con otras enfermedades mentales. El Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) reportó 175 casos de esquizofrenia en personas entre 15 y 24 años en el País. (Analuisa Aguilar, P. F. , 2017)

Según el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 (Ecuador, 2014), en el Ecuador había 8.

660 pacientes psiquiátricos identificados y atendidos en el sistema de salud, sin ofrecer hasta la fecha estadísticas oficiales exactas de pacientes inimputables. (Patiño W. V., 2023)

El Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias de Guayaquil reportó un listado de casos de 151 pacientes en 2019, de los cuales 43 fueron diagnosticados con el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos mentales, siendo el más común el subtipo paranoico, seguido de la psicosis inducida por medicamentos. y trastornos del comportamiento. trastornos psiquiátricos con 28 casos, en tercer lugar, se ubicaron los trastornos psiquiátricos orgánicos con 24 casos y por último el trastorno bipolar con 14 casos, entre los cuales los más importantes fueron los episodios maníacos con síntomas psicóticos. (Patiño W. V., 2023)

Esta información es útil porque la prevalencia de esquizofrenia en Ecuador representa actualmente el 38% de todas las altas hospitalarias psiquiátricas. A pesar de estas importantes cifras, existe muy poca investigación sobre este tema en el Ecuador, por lo que es importante que la comunidad de la salud estudie este tema y consolide conocimientos útiles en la vida laboral de los médicos, enfocándose en el diagnóstico preciso y la mejora de la atención médica, con base en el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, centrándose en el objetivo 3 del buen vivir, con el objetivo de mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas. (López, M. D. I., & Rivera, M. J. C., 2023)

Durante la educación médica, se aprenden diversas especialidades del área de la salud que permitirán conocer la realidad de las enfermedades crónicas. El cumplimiento del

tratamiento en muchos casos decae de forma voluntaria o involuntaria. En particular, en psiquiatría deberán garantizar una buena calidad de vida a los pacientes.

En los centros de salud y hospitales con regularidad son visitados con mayor frecuencia por pacientes con esquizofrenia, una enfermedad degenerativa que requiere tratamiento de por vida. Afecta a todo tipo de niveles sociales, pero los pacientes con niveles socioeconómicos más bajos tienen tasas de reingreso más altas a dichas casa de salud.

Para poder investigar de forma apropiada el fundamento de esta revisión bibliográfica hay que estar familiarizado con diversas entidades clínicas como son las diferentes complicaciones mentales. Poniendo con mayor énfasis a los trastornos de la esquizofrenia que se dan con mayor frecuencia en la población general. (Silva M. A., 2019)

En el presente trabajo se realizará un recorrido no sintético sobre la determinación de las causas y factores de la esquizofrenia en sus orígenes hasta la actualidad en una revisión bibliográfica que ayude al conocimiento de la esquizofrenia en sus diferentes etapas y determinar el diagnóstico y llegar a un tratamiento adecuado del trastorno mental.

OBJETIVOS:

GENERAL:

Determinar los factores que inciden en la aparición de la esquizofrenia como enfermedad mental realizando una revisión bibliográfica.

ESPECÍFICOS:

1. Conocer la esquizofrenia como una enfermedad mental.
2. Identificar los factores predisponentes y desencadenantes de la esquizofrenia.

JUSTIFICACION

En la presente revisión bibliográfica, permitirá conocer a la esquizofrenia, en el ámbito de las enfermedades mentales, de modo específico, en los factores que originan el padecimiento cerebral, así como su etiología, focalizando los orígenes de la enfermedad y cuidados del paciente dando a conocer un escenario actual educativo.

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia padecen sintomatología positiva con la presencia de delirios, alucinaciones, conducta extravagante, trastornos formales del pensamiento y sintomatología negativa que son trastorno de la atención, alogia, abulia, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad, todos ellos conllevan a un retraimiento social, presentan una escasa mejoría con el tratamiento, ante una intervención farmacológica. Por lo que se buscara agrupar diferentes fuentes informativas que permitirán obtener un entendimiento más amplio de la Esquizofrenia.

Para lo cual dichos pacientes buscan en la rehabilitación desarrollar soportes que promuevan el funcionamiento social, por ende, se necesita conocer los factores que causan la esquizofrenia que pueden contribuir al riesgo de que una persona presente esquizofrenia.

Esta recopilación bibliográfica pretende aportar al personal de salud tomar conciencia de su rol en el control de la evolución de la enfermedad, la rehabilitación, la adherencia al tratamiento psicofarmacológico, aspectos fundamentales en el mantenimiento de la salud de los pacientes con esquizofrenia y crear espacios que les permitan minimizar las complicaciones, recaídas y posibles hospitalizaciones relacionadas con cuadros clínicos graves en este grupo de usuarios.

Así nos permitirá aportar con conocimiento científico recopilatorio a los futuros trabajos de investigación en el ámbito psiquiátrico nacional, en especial en la Universidad Nacional de Chimborazo, por lo cual, se espera que los resultados de esta investigación aporten cambios sustanciales en el abordaje de los factores y etiología de la enfermedad.

II. MARCO TEORICO

La historia relata que en tiempos antiguos la locura era el comportamiento de conductas irracionales, incomprensibles o descontroladas, siendo de esta manera que los primeros datos que pudiesen tener relación con síntomas psicóticos datan desde el año 2000 a.c. Las personas que padecían de esta locura eran calcinados porque la población creía que era el producto de brujería, magia negra, posesiones diabólicas y sin número de más razones que solo terminaban con la existencia de las personas que manifestaban estos síntomas, en el tiempo de la Ilustración se recluía forzosamente a los que se denominaban sin razón, las famosas casas de retiro iniciadas por Pinel y Tuckey con tratamiento ocupacional hasta las terapias de corte biológico como la electro convulsiva o los comas insulínicos. (Cruz, 2019)

En la corta historia de la psiquiatría, si bien muchos diagnósticos ya no se utilizan, otros han tenido más o menos éxito. Este proceso es resultado del progreso de la disciplina, resultado de cambios en conceptos como la relación entre la mente y el cerebro, el concepto de salud y la definición de enfermedad (mental), así como la influencia de los factores económicos y factores culturales, aspectos valiosos. y condiciones características de los diagnósticos psiquiátricos. Este desarrollo no es continuo ni lineal, y actualmente conviven diferentes ideas en una "batalla continua" sobre lo que debe entenderse como enfermedad mental. (Sy, 2020)

En los últimos años, el sistema de atención de salud se ha centrado cada vez más en la promoción de la salud mediante la prevención y el tratamiento de enfermedades. Tanto los países desarrollados como los países en desarrollo tienen sistemas de salud basados en la atención primaria. (Santamaría Pérez, 2020)

Según la Organización Mundial de la Salud, la atención primaria de salud es la atención sanitaria básica que está disponible para todos los individuos y familias de la comunidad con medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un precio aceptable para la sociedad y el país. (OMS, 2022)

Por lo tanto, la atención primaria de salud de las enfermedades mentales y neurológicas será el camino más seguro para promover su prevención, detección temprana y tratamiento oportuno. (Cañizares-Villalba, 2019)

La historia de la esquizofrenia se desarrolla con la historia de la Psiquiatría con figuras representativas como Emil Kraepelin, que en 1890 distinguió una forma de demencia precoz,

realizo la distinción de esta patología de la psicosis maniaca depresiva y la paranoia, mientras que Eugen Bleuler, en 1908 sugiere el término de esquizofrenia, el introduce conceptos de síntomas fundamentales refiriéndose a asociaciones anormales, afecto anormal, ambivalencia, autismo, Benedict A. Morel y Karl Ludwig Kahlbaum siendo una de las primeras descripciones de las manifestaciones clínicas de esta afección admitidas hasta la actualidad y situadas por otros estudiosos, entre los que por solo citar algunos mencionaremos a: Adolf Meyer, Harry Stack Sullivan, Gabriel Langfeldt, Kurt Schneider y Karl Jasper, que de una forma u otra han descritos los criterios diagnósticos para la esquizofrenia. (Mendonça, 2019)

En Ecuador la atención médica se basa en el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). (Cañizares-Villalba, 2019)

Sea cual sea el caso, el problema que surge al intentar definir que es una enfermedad mental parece tener, al menos, tres dimensiones insoslayables y complementarias. Ontológica: qué es una enfermedad mental y qué criterios deben cumplir para obtener esa categoría; Científica: Cuál es la mejor manera de estudiar sus causas y Práctica: Cuáles son las mejores formas de abordar su tratamiento. En su punto de partida filosófico, la cuestión trasciende el nivel conceptual cuando se observan sus consecuencias obvias en la práctica científica y clínica. (Juliá-Sanchis, 2020)

CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

La palabra "esquizofrenia", propuesta por Bleuler en 1911, tiene raíces griegas que significa esquizo (escisión) y frenia (mente) y se refiere a la escisión del sujeto "yo". Es decir, se refiere a la experiencia de fragmentación de la realidad que aparentemente experimentan las personas con la condición. Actualmente, el concepto de esquizofrenia tiene diferentes definiciones. Para el Instituto Nacional de Salud Mental, la esquizofrenia se conceptualiza como una enfermedad mental grave que afecta el pensamiento, los sentimientos y el comportamiento de una persona. ((NIMH)., 2021)

A su vez, la Asociación Psiquiátrica Americana, ((APA)., 2022) definen como trastornos psiquiátricos que causan importantes cargas sanitarias, ocupacionales, sociales y económicas debido a la aparición temprana, grave y persistente de los síntomas. ((APA)., 2022)

La Organización Mundial de la Salud (2021) describe la afección como una enfermedad grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo y se caracteriza por distorsiones en el pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la autoconciencia y el comportamiento. La esquizofrenia es definida generalmente por las organizaciones sanitarias más prestigiosas del mundo como un trastorno, trastorno o enfermedad mental. Sin embargo, se sabe poco sobre cómo definen los seres queridos esta enfermedad mental. (Audiffred Jaramillo, 2022)

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta el estado de ánimo y el comportamiento. Estos síntomas pueden afectar diferentes procesos mentales, como la percepción (alucinaciones), como cuando piensan que les estás leyendo la mente, y la prueba de la realidad (delirios) cuando estás teniendo una conversación y empiezan a hablar de otro tema, o sucederá. Se desorientan, por lo que es imposible mantener una conversación coherente con ellos. También hay sentimientos (sentimientos de gordura y sentimientos inapropiados) porque expresan cómo se sienten realmente. Por eso algunas personas a veces viven incómodas. con alguien que lo sufre. (Amador, 2019)

La edad que aparece la esquizofrenia está entre los 15 y los 45 años. Aunque suele comenzar al final de la adolescencia también hay casos de aparición en la infancia que suelen enmascararse con problemas escolares o alteraciones del comportamiento. (Enríquez-Sánchez, 2019)

CLASIFICACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA

En la clasificación de esta patología, existen diferentes tipos en las cuales podemos mencionar:

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:

Este tipo de esquizofrenia es caracterizada porque predominan las ideas delirantes, alucinaciones auditivas y visuales potenciándose aún más las auditivas. Esta clase de esquizofrenia se presenta comúnmente entre las edades de 20 a 30 años siendo la de mejor pronóstico, aunque los síntomas sean muy exagerados. Se diferencia de las otras por:

- Inquietud por ideas delirantes, alucinaciones auditivas y visuales frecuentes, ideas sobrevaloradas.

- Ausencia de lenguaje desorganizado, no existe catatonia en cuadros agudos existe agitación psicomotriz, agresividad y conducta suicida. (Velazco Fajardo, 2019)

ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA

- En la esquizofrenia catatónica predominan la crisis de movimientos es decir que el individuo tiende a pasar inmóvil, inerte, inexpresivo por mucho tiempo quien la padece tiene conciencia de todo lo que pasa en su entorno, no responde a ninguna clase de estímulo, pueden pasar días sin realizar ninguna actividad y sin satisfacer necesidades fisiológicas por largos plazos. Cabe recalcar quien padece este tipo de esquizofrenia en su interior existen sentimientos que se exteriorizan por medio de taquicardia, taquipnea, automatismos, ecopraxia etc. El pronóstico de esta patología a diferencia de la paranoica es desfavorable, puede durar semanas e incluso meses.

La sintomatología de esta esquizofrenia debe al menos tener dos de estos síntomas para que pueda clasificarse como tal:

- Pérdida del movimiento y sensibilidad del cuerpo.
- Movimientos abundantes y sin sentido.
- Negatividad excesiva
- Establece posturas extrañas durante varias horas, bloqueos pocas horas de sueño, mutista.

ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA

Conocida también como desorganizada es un trastorno mental en el cual la persona que lo padece tiende a poseer alteraciones en su personalidad, comportamiento sin ningún propósito o algo que motive estas actitudes. En esta esquizofrenia prevalecen conductas inadecuadas, anhedonia, aislamiento social, alucinaciones, delirios, falta de motivación, diálogo desorganizado, comportamiento errático.

Es común que se presente a temprana edad comenzando desde la pubertad hasta la adultez. El desarrollo de la esquizofrenia hebefrénica es progresivamente lenta y pasa inadvertida ya

que el cuadro clínico no presenta periodos prodrómicos siendo difícil su diagnóstico por la falta de síntomas. Aquí prevalece:

- Lenguaje incoherente
- Aplanamiento afectivo
- Anhedonia

ESQUIZOFRENIA RESIDUAL

Podemos decir que en esta clasificación se necesita mínimo haber padecido una crisis de esquizofrenia antes y debe cumplir los siguientes criterios

- Sin delirios, ni alucinaciones auditivas o visuales.

ESQUIZOFRENIA SIMPLE

Dentro de los síntomas el paciente no presenta delirio ni alucinaciones, sin embargo, pierde algunas de sus capacidades normales, como por ejemplo la comunicación o el aprendizaje (Capponi, 2017)

SINDROMES POSITIVOS Y NEGATIVOS

De manera más general, la neuropsicología tiene una clasificación diferente. Esta es la clasificación dual o modelo dual de la esquizofrenia propuesta por John S. Strauss y cols. (1974), más tarde con John Timothy Crowe (1980) y Nancy Coover Andreasen y S. Olson (1982). Este modelo distingue entre dos síndromes esquizofrénicos: el síndrome positivo (delirios, alucinaciones, comportamiento extravagante, trastornos del pensamiento formal) y el síndrome negativo (trastorno por déficit de atención, afasia, apatía, falta de afecto, anhedonia y habilidades sociales). La importancia del modelo de Crow en el ámbito clínico es que facilita la exploración de aspectos complejos del espectro de la esquizofrenia para caracterizar mejor a los pacientes con el trastorno de manera descriptiva. Los cuales de los describe a continuación:

SINDROMES POSITIVOS

- **Las Alucinaciones.** Que es diferente a una ilusión en el cual no existe un estímulo visual para la aparición de un objeto al contrario se convierte en una perturbación

sensorial de los sentidos el que padece de alucinaciones no reconoce que lo que está observando no es real y surge única y exclusivamente de su mente. (Frutuoso, 2022)

- **Visuales:** se producen cuando ve en los demás algo que antes no percibían.
- **Olfativas:** ocurren cuando percibe olores inusuales
- **Gustativas:** igual que las anteriores, aparecen cuando se perciben gustos inusuales
- **Táctiles:** consisten en que el sujeto tiene sensaciones corporales anómalas sin tocar o que sea tocado.
- **Auditivas:** son percepciones falsas de un sonido, generalmente voces, pero también pueden ser ruido o música. Son las más habituales, estimándose su prevalencia en torno al 70% en personas con esquizofrenia (Font, 2006). Las voces le pueden insultar o dar órdenes, pero la queja más frecuente es que la persona no puede actuar ni pensar con libertad. También pueden ocurrir fenómenos más específicos como el eco del pensamiento, donde hay una confusión entre la percepción auditiva con el lenguaje interior del individuo y su propio pensamiento.

Las pseudopercepciones visuales también se pueden presentar, normalmente en el momento agudo del trastorno, y pueden ser de varios grados de realismo o de gravedad. Estas pseudopercepciones se retroalimentan con las ideas patológicas. Lo distintivo de estas pseudoexperiencias esquizofrénicas es que el individuo las vive como extrañas a su yo, diferentes a las percepciones habituales, y de forma intrusiva y aversiva (Marcos Rubio, 2021)

Los Delirios. Se conoce como delirio al conjunto de creencias falsas que son de inicio patológico con frases creencias no sensatas e incoherentes, la convicción del delirio varia, aunque en ocasiones se produce una distorsión en su realidad que afecta a toda su familia y entorno. Los delirios pueden ser de referencia, de grandeza, de control etc. (Frutuoso, 2022)

- **Delirios persecutorios:** es la creencia de que alguien o algo lo está vigilando, persiguiendo o engañando, y que puede correr peligro.
- **Delirios de grandeza:** se produce cuando la persona piensa que tiene poderes, habilidades o conocimientos especiales. A veces está relacionado con deidades.

- **Delirio de perjuicio:** la persona cree que le intentan dañar o perjudicar de alguna manera.
 - **Delirios somáticos:** el individuo cree que tiene sensaciones extrañas en su cuerpo y suele sospechar que algo o alguien los está provocando para hacerle daño.
 - **Delirios erotomaníacos:** cuando el sujeto se cree que es el objeto de enamoramiento de otra persona.
 - **Delirios celotípicos:** cuando la persona tiene la sospecha de que alguien le está engañando, normalmente en relaciones de pareja.
 - **Delirio de referencia o autorreferencialidad:** la persona piensa que los demás hablan sobre él, incluso los medios de comunicación.
 - **Otros:** delirio de control, delirio metacognitivo, delirio de culpa o pecado, delirio de falsa identificación (como el delirio de Capgras o el Fregoli), Síndrome de Cotard, difusión del pensamiento, lectura del pensamiento, robo del pensamiento, entre otros. (Marcos Rubio, 2021)
- **Comportamiento** fuera de lo ordinario o extravagante. El implicado se viste de una manera muy inadecuada, su estilo al elegir la ropa se disgrega totalmente fuera de la temporada u realizando comportamientos como soliloquios, risa inmotivada, palabras groseras, depresión en lugares alegre agitación psicomotriz con agresividad etc.
 - **Formalismo del pensamiento:** La forma de comunicarse nos indica la ideología trastornada, la disgregación continua al hablar, presión al habla o fluidez excesiva a más de esto se suele acompañar de trastornos somatomorfos es decir no solo afectan al comportamiento del que lo padece, sino que se ve reflejado en palpitaciones, taquicardia, ansiedad mareo etc. (Frutuoso, 2022)

Entre más agudo sea el cuadro clínico mejor es el pronóstico ya que se puede tratar de mejor manera porque los síntomas pueden durar periodos de tiempos largos.

La sintomatología positiva se puede presentar en otras patologías que no correspondan a la esquizofrenia tratándose exitosamente con medicamentos antipsicóticos, es por tal motivo que los pacientes, que ya han sido diagnosticados llevan su medicación y no presentan síntomas por muchos años, pero la medicación debe ser llevada siempre por la familia ya que las personas que padecen de esta enfermedad no tienen conciencia terapéutica permanecer asintomáticas durante largos periodos de tiempo. (Vergara-Ramírez, 2020)

SÍNDROME NEGATIVO

Son síntomas a consecuencia de un déficit o disminución de las capacidades o condiciones habituales de los individuos, normalmente referidas a las funciones afectiva, volitiva y de relación interpersonal. Comprenden limitaciones en cuanto al ámbito o la intensidad de la expresión emocional (como el aplanamiento afectivo), también a la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (denominado alogia), y a la falta de voluntad o abulia. Puede presentarse también falta de higiene o cuidado personal, como por ejemplo que vaya excesivamente despeinado y con una forma de vestir inadecuada (Marcos Rubio, 2021)

- **AFECTIVIDAD.** Es la carencia de expresiones emocionales o sentimientos es el más notable síntoma puede aparecer con disminución de movimientos espontáneos escasez de ademanes, periodos de depresión, anhedonia, dificultad para entablar relaciones sociales. (Serrano, 2021)

Las personas con esquizofrenia presentan dificultades para expresar lo que sienten porque su capacidad emocional se encuentra reducida y empobrecida, a lo que se denomina embotamiento afectivo (Marcos Rubio, 2021)

Además, pueden tener un afecto inadecuado con la situación como risa en momentos que requieren seriedad, o reacciones emocionales incongruentes como llanto repentino (Marcos Rubio, 2021)

- **COMPORTAMIENTO.** En la esquizofrenia hay una rigidez y un empobrecimiento de la capacidad motora. Se encuentran faltos de espontaneidad y adquieren un modo de conducta más pasivo y con carencia de voluntad. Se produce una pérdida de voluntad, una falta de energía o de impulso vital denominada *abulia*
 - La persona con esquizofrenia tiene grandes problemas para comenzar actividades y en su constancia. Puede llegar incluso a que por esta desgana se descuiden a sí mismos, afectando negativamente a sus autocuidados y equilibrio ocupacional
 - También puede darse una falta de instinto de protección y autodefensa, incluso apareciendo conductas que ponen en peligro la integridad de la persona como autolesiones o la no ingesta de alimentos (Marcos Rubio, 2021)
- **ALOGIA.** Que es la dificultad para el pensamiento y el proceso de las ideas. Sus síntomas son mutismo, en ocasiones pobreza del contenido del lenguaje bloqueos, latencia de respuesta incrementada, ocurre cuando la espontaneidad y la elocuencia

en la conversación se ven disminuidas, provocando un habla escueto y vacío de contenido (Marcos Rubio, 2021)

- **APATÍA.** Es la falta de energía e interés. Hay que diferenciar que la falta de energía de la depresión en la patología de la esquizofrenia es de un cuadro crónico degenerativo y que siempre estará de la mano de una tristeza manifestándose con descuido en el aseo e higiene, descuido laboral, cansancio, pesadez, debilidad físico y mental. (Marcos Rubio, 2021)
- **PROBLEMAS DE ATENCIÓN.** Se concentran solo por periodos de tiempo y pierde la atención con facilidad no prosigue el hilo de una conversación, desinterés del tema. (Serrano, 2021)
- **ANHEDONIA.** Es la incapacidad de disfrutar de las actividades que antes sí resultaban placenteras. Sucede cuando se reduce el disfrute de los intereses y aficiones que tiene una persona, También se relaciona con el poco interés por las cosas, la escasa relación con los demás y la sensación de falta de sentimientos (Marcos Rubio, 2021)

La mayor parte de las personas con esquizofrenia no son violentas. En general, las personas con esquizofrenia tienen más probabilidades de dañar a otros que las personas sin esquizofrenia. Las personas con esquizofrenia corren un mayor riesgo de autolesionarse y sufrir violencia contra otros si la afección no se trata. Es importante ayudar a las personas con síntomas a recibir tratamiento lo antes posible. (McCutcheon, 2020)

FASES DE LA EQUIZOFRENIA

Una característica más de la esquizofrenia es que presenta ciertas fases las cuales son:

○ **PRIMER EPISODIO**

La condición comienza gradualmente, lo que conduce a un desarrollo lento y al mismo tiempo crónico y progresivo, deterioro de las capacidades mentales del paciente, como resultado de lo cual la condición del paciente se deteriora más rápidamente, lo que está estrechamente relacionado con la aparición de ciertos síntomas y señales de una enfermedad preexistente. En fase activa. El inicio puede ser repentino o puede ocurrir lenta y gradualmente, por ejemplo, debido a una mala

higiene, se muestra irritable etc. Al igual existirá una fase prodrómica que suele durar días o persistir por meses.

- 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 sí 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: es

FASE AGUDA

En esta fase, los síntomas anteriores aparecen principalmente en humanos, incluidos síntomas mentales, alucinaciones, delirios, mala higiene, etc., y estos síntomas se volverán más graves con el tiempo.

- Deterioro en el control de su salud: No cumple con su tratamiento, manejo inefectivo de las terapias, consumo de tóxicos.
- •Alteraciones metabólico-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

FASE DE ESTABILIZACIÓN

Como sugiere el nombre, después de que un paciente experimenta un episodio agudo como el descrito anteriormente, los síntomas de la fase aguda se estabilizan y disminuyen, y generalmente duran aproximadamente 6 meses.

- Deterioro en el control de su salud: Manejo inefectivo de las terapias
- Alteraciones metabólico-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

FASE ESTABLE

Se caracteriza por el hecho de que los síntomas anteriores se vuelven estables y por lo tanto menos pronunciados que en el primer ataque, y ahora aparecen síntomas no psicóticos, como Manejo inefectivo de las terapias, que debido a estos cambios repentinos conducen a una enfermedad confusional. Antes de entrar en esta fase estable, los pacientes a menudo experimentan patrones de síntomas positivos y pensamientos, comportamientos, personalidad o comportamientos culturales positivos que duran sólo unas pocas semanas o días.

- Deterioro en el control de su salud: Manejo inefectivo de las terapias
- Alteraciones metabólico-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 (Silva M. A., 2019)

DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

Para poder establecer el diagnóstico de la esquizofrenia, sus tipos y clasificación debemos guiarnos según los criterios que explica el DSM V. (Del Castillo J. S., 2022)

- **CRITERIO A:** Primero están los síntomas propios de la esquizofrenia: pudiendo ser Dos o más de los que mencionaremos a continuación:
 - Lenguaje desorganizado o conocido como disgregación frecuente o también incoherencia
 - Actitud catatónica
 - Ideas delirantes
 - Alucinaciones
 - También pueden presentarse como síntomas negativos como lo es la anhedonia apatía o abulia

Recordemos que cada uno de estos está vigente en un periodo de un mes conocido como el periodo prodrómico de la enfermedad, Solo se necesita un síntoma del Criterio A como son los delirios o alucinaciones auditivas de una o varias voces dentro del pensamiento o actitud del sujeto

- **CRITERIO B.** conocida como disfunción social laboral: Afecta directamente a la parte del desarrollo social entre ellas las relaciones interpersonales el autocuidado, el juicio, percepción de sí mismo y en lo laboral la falta de sentido de responsabilidad, deterioro de la cognición rendimiento laboral cansancio físico y mental en esta etapa es cuando se inicia la sintomatología.
- **CRITERIO C** el tiempo de duración de los signos y síntomas: están presentes a menos durante unos 6 meses. En este lapso de 6 meses debe contener al menos 1 mes de síntoma del A pudiendo incluir períodos de sintomatologías prodrómicas y residuales.

Durante estas fases prodrómicas o residuales, los signos de la enfermedad pueden aparecer sólo como síntomas negativos o dos o más síntomas de la lista de criterios A en una forma atenuada.

- **CRITERIO D.** Estos se llaman criterios de exclusión porque se excluye todo lo relacionado con el trastorno esquizoafectivo, y los trastornos del estado de ánimo también se excluyen porque en la fase activa de la esquizofrenia, si ocurre un evento que altera el estado de ánimo y la condición está en la fase activa, no hay depresión. En un episodio maníaco o mixto decimos que la duración total es corta en comparación con la duración de períodos como la fase activa y la fase residual. (Del Castillo J. S., 2022)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Un diagnóstico de esquizofrenia de aparición temprana requiere la exclusión de trastornos médicos y psiquiátricos subyacentes. El diagnóstico diferencial incluye afecciones médicas como epilepsia, encefalitis viral, tumores del sistema nervioso central, trastornos metabólicos y mutaciones cromosómicas. Por otro lado, existen varias enfermedades mentales que es necesario evaluar, entre ellas: el trastorno bipolar, el trastorno del espectro autista, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada. (Muñoz, 2022)

EXAMENEN COMPLEMENTARIOS

Las técnicas de neuroimagen como la tomografía computarizada y la resonancia magnética han logrado grandes avances en el tratamiento de la esquizofrenia en los últimos años, y se han observado cambios en las distintas etapas de la esquizofrenia. Destacamos que tales cambios en la estructura del cerebro están presentes desde el comienzo de la enfermedad. A nivel del sistema límbico y lóbulos temporales se observa reducción de volumen en estas dos regiones, y a nivel de la corteza prefrontal se ha descrito reducción de volumen en esta región durante el primer episodio psicótico; en términos de volumen cerebral total, es decir, se observa una disminución a nivel del tálamo, lo que indica una disminución de su volumen, y a nivel de los ganglios basales también se observa una disminución de su volumen y a nivel de la glándula pituitaria, lo que indica un aumento en su volumen. La tomografía de positrones ha contribuido al estudio de los cambios neurobiológicos, donde se han observado cambios en el volumen cerebral desde el primer episodio psicótico, así como en un estado de larga duración llamado esquizofrenia residual o crónica, a medida que avanza la

enfermedad, reducción progresiva de la corteza cortical. volumen. se asocia con una disminución de la función cognitiva (Gejman P. V., 2018)

TRATAMIENTO

El uso de fármacos antipsicóticos es una parte importante del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia, tanto para controlar los síntomas psicóticos en la fase aguda como para reducir el riesgo de recaída y ayudar a maximizar la capacidad funcional en la fase estable; sin embargo, algunos autores cuestionan su uso a largo plazo. El beneficio del tratamiento, incluidos los efectos sobre la función, se da principalmente en pacientes con un buen pronóstico después de un primer episodio psicótico. (Vílchez Salcedo, 2019)

Hay muchos fármacos antipsicóticos disponibles para tratar la esquizofrenia. En muchos casos, los objetivos del tratamiento no se logran debido al incumplimiento del paciente. Algunos antipsicóticos, que actúan principalmente regulando los niveles de dopamina, tienen un mayor efecto sobre los síntomas positivos, lo que hace que los pacientes sigan enfermos. estado negativo y estado cognitivo residual, es importante recalcar que el tratamiento rápido del primer episodio es en los primeros 5 años, porque durante este período ocurren los principales cambios neurofisiológicos de la enfermedad y pueden evitarse con un tratamiento rápido.

La American Psychiatry Association recomienda los antipsicóticos atípicos como tratamiento de primera línea para la esquizofrenia, pero no incluye la clozapina. Estos medicamentos se recomiendan porque están menos asociados con síntomas extrapiramidales, pero causan más efectos secundarios metabólicos como aumento de peso, hiperlipidemia y diabetes. y algunos tienen un riesgo potencial mayor que otros, lo que sugiere que la terapia combinada o la terapia con clozapina solo es apropiada para pacientes con una respuesta parcial al tratamiento estándar, ya que se ha descrito que la clozapina es más eficaz en el tratamiento de los síntomas positivos en pacientes con esquizofrenia resistente a los medicamentos.

Cabe señalar que su uso está limitado por varios efectos secundarios raros, graves y potencialmente mortales, como neutropenia o agranulocitosis graves, y complicaciones como miocarditis o miocardiopatía. Es importante enfatizar que los pacientes con un primer episodio de esquizofrenia tienen más probabilidades de responder a los antipsicóticos y tener

una respuesta a la dosis más baja que los pacientes con episodios múltiples, aunque son más susceptibles a los efectos secundarios, por qué es importante mantenerse alerta.

La duración del tratamiento debe mantenerse entre 3 y 6 semanas, a la hora de decidir si aumentar la dosis o cambiar de medicación es importante preguntar sobre el cumplimiento del tratamiento y los fármacos que se pueden utilizar, y cuándo es la respuesta al tratamiento. incompleto. el paciente debe ser tratado después de 8 semanas. La evaluación interna, y lo más importante, la ausencia de efectos secundarios, puede utilizar la escala PANSS (una escala para evaluar los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia), es importante reconocer que en pacientes con esquizofrenia, depresión y recaptación de serotonina. Combinaciones de antidepresivos depresivos y Se pueden utilizar antipsicóticos atípicos, aunque es fundamental distinguir la depresión de los síntomas negativos de la enfermedad.

En el amplio mundo de los antipsicóticos, existen antipsicóticos clásicos o de primera generación, cuyos mecanismos de acción incluyen el bloqueo de los receptores postsinápticos de dopamina en el cerebro, la reducción de los síntomas psicóticos al actuar sobre áreas de la corteza frontal y el sistema límbico, y que no logran controlar los efectos negativos en sus síntomas. Este grupo incluye: clorpromazina, mesoridazina, tioridazina, loxapina, molinona, tiotixol, perfenazina, trifluoperazina, flufenazina y haloperidol, los efectos secundarios dependen de la potencia del fármaco, lo que da como resultado fármacos muy potentes (p. ej.). explicar los síntomas negativos y la mejora de la función cognitiva. Los medicamentos de este grupo incluyen: aripiprazol, asenapina, clozapina, iloperidona, olanzapina, paliperidona, quetiapina, risperidona y paliperidona; este grupo Los efectos secundarios son mejores que con los antipsicóticos típicos. La mayoría de los pacientes no experimentan efectos extrapiramidales, pero sí pérdida de peso, potenciación, prolongación del intervalo QT, sedación, discrasias sanguíneas, cambios en el metabolismo de los lípidos, hipotensión ortostática, estreñimiento y umbral de epilepsia.

Se sabe que las intervenciones farmacológicas y psicosociales son adecuadas para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, pero se recomienda la musicoterapia como parte del plan de atención para dichos pacientes.

TRATAMIENTO CON PSICOTERAPIA

La psicoterapia (también llamada terapia de conversación) se refiere a una variedad de tratamientos diseñados para ayudar a las personas a identificar y cambiar sentimientos,

pensamientos y comportamientos perturbadores. La mayor parte de la psicoterapia se brinda individualmente con un profesional de salud mental autorizado u otros pacientes en un entorno grupal. ((NIMH)., 2021)

En general, los objetivos de la psicoterapia son aliviar los síntomas, mantener o mejorar el funcionamiento diario y mejorar la calidad de vida. Usted o alguien que conoce puede buscar psicoterapia por diversas razones, que incluyen:

- Hacer frente al estrés severo o crónico causado por situaciones laborales o familiares, la pérdida de un ser querido, problemas de relación o familiares.
- Si experimenta síntomas inexplicables, como cambios en el sueño o el apetito, poca energía, falta de interés o placer en las actividades que solía realizar, irritabilidad persistente, ansiedad excesiva o sentimientos persistentes de depresión o desesperanza.
- Un proveedor de atención médica que sospecha o tiene un diagnóstico de un trastorno mental que está afectando su vida. Apoyar a un niño o familiar diagnosticado con una condición que afecta su salud mental. (Fernández, 2021)

FALTA DE APEGO TERAPÉUTICO

Una de las principales causas de caídas en pacientes con esquizofrenia es la falta de adherencia a la medicación, que se produce en más del 40% de los pacientes. Un mejor cumplimiento se asocia con un mayor alivio psicosocial y de los síntomas y con una mayor integración comunitaria. Las formulaciones inyectables de acción prolongada (ILP), a menudo llamadas de depot, surgieron originalmente para mejorar el cumplimiento y consisten en una formulación que se administra por vía intramuscular y se libera gradualmente durante varias semanas para garantizar que la dosis eficaz permanezca en el cuerpo por más tiempo. (Escamilla-Orozco, 2022)

Algunos estudios sugieren que el uso de antipsicóticos inyectables de acción prolongada (ILP) puede reducir el riesgo de recaída y hospitalización en comparación con los medicamentos orales, aunque los resultados difieren de los estudios observacionales o los análisis de ensayos clínicos aleatorios, que son más rigurosos metodológicamente. Pero está lejos del efecto real y las condiciones de uso en la práctica clínica. Las indicaciones para el uso de esta forma galénica son un tema aún no cubierto por muchas guías de práctica clínica (GPC), por lo que actualmente los psiquiatras prescriben basándose en un modelo de toma

de decisiones compartida y asistida por un médico. Los pacientes eligen el mejor tratamiento en función de sus preferencias y valores, así como de su situación clínica. (Escamilla-Orozco, 2022)

Es un principio es posible que ni la enfermera ni el paciente conozcan las razones que explican la falta de apego. Resulta esencial explorar los factores que subyacen la conducta de falta de cumplimiento y determinar el paciente es ineficaz de dar seguimiento a su régimen terapéutico o no lo desea, y asistirlo para introducir cambios positivos. Los factores asociados con la falta de adherencia al tratamiento incluyen:

Factores psicológicos: Incluidos falta de conocimientos, actitudes, valores y creencias del paciente negación a la enfermedad y otros mecanismos de defensa. Tipo de personalidad y niveles de ansiedad.

- **Factores ambientales y sociales:** Como falta de sistema de apoyo, recursos financiero transportación y vivienda, y otros programas que puedan soslayar las necesidades de la salud.
- **Característica del régimen,** por ejemplo, falta de beneficio percibido por el paciente, demanda de cambios excesivo en el individuo, régimen demasiado difícil o complejos, efectos colaterales problemáticos, generación de aislamiento o estigmatización social.
- **Característica de la relación con los miembros del personal de la atención de la salud – paciente,** como en el caso de la comunicación deficiente en la que el enfermo percibe frialdad, falta de interés o autoritarismo, cuando el sujeto se siente desalentado o tratado como un objeto, o cuando el paciente y la el personal de salud, luchan por el control. (Rasmawati, 2023).

Se calcula que hasta el 50% de todos los pacientes carece de capacidad para dar seguimiento a su régimen prescripto en forma apropiada. Estas personas a menudo pueden indicar que comprenden las opciones de tratamiento, pero su comportamiento (incumplimiento) revela el problema. Para las personas con problemas de salud mental, el incumplimiento de la medicación es un motivo potencial de reingreso. La falta de cumplimiento del régimen farmacológico puede tener manifestaciones diversas, entre otras el rechazo completo al uso de los fármacos, la ingestión de dosis mayores o menores que la prescripta, la administración errática o esporádica del fármaco, o el uso de compuesto prescriptos a otras personas. Trabajar con un paciente que carece de apego puede resultar frustrante. (Rasmawati, 2023).

Si el paciente se encuentra dispuesto a seguir su régimen terapéutico, pero no puede hacerlo, es importante a valorar las causas de su incapacidad para cuidar de manera apropiada de sí mismo. Estos factores pueden incluir la falta de conocimiento, la complejidad del régimen terapéutico, los efectos desagradables del fármaco, los problemas con los recursos financieros o de otros tipos, Relaciones con personas cercanas, condiciones de vida, etc. Al utilizar esta información la enfermera puede colaborar con el equipo interdisciplinario para introducir cambios al régimen e identificar opciones para tener efecto sobre otros aspectos de las situaciones del enfermo, con el objetivo de favorecer su capacidad para proveerse al auto cuidado (Rasmawati, 2023).

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

Es de exclusión debido a los efectos directos que produce alguna sustancia o enfermedad y sea por esta causa las alteraciones que se puedan producir. Por lo consiguiente se puede excluir un trastorno generalizado del desarrollo: porque si una hay historia de trastorno de base como lo es autismo u otro trastorno del desarrollo y crecimiento anómalo de la persona, el diagnóstico de esquizofrenia solo se realizará si cumple los criterios de tipo A en fase activa con síntomas negativos durante un periodo al menos de un mes. (Soto, 2023)

CONSUMO DE CANNABIS

No es posible recomendar un antipsicótico sobre otro (olanzapina, risperidona o haloperidol) para mejorar los síntomas psicóticos y reducir el consumo de cannabis o mejorar las variables de utilidad en pacientes con esquizofrenia y consumo de cannabis (recomendación débil). No se puede recomendar la clozapina para reducir el consumo de cannabis (recomendación débil). Se recomienda imipramina adyuvante para mejorar los síntomas afectivos (recomendación débil). (Álvarez, 2019)

CONSUMO DE COCAINA

En pacientes con esquizofrenia y consumo de cocaína, recomendamos haloperidol sobre olanzapina para reducir el craving (deseo o ansias por introducir una sustancia en el cuerpo) (recomendación moderada), sin embargo, se recomienda olanzapina sobre haloperidol para mejorar los efectos secundarios motores en estos pacientes (recomendación moderada). No se puede recomendar el uso de agonistas dopaminérgicos (mazindol) para mejorar los

síntomas psicóticos, reducir el consumo de cocaína o el craving de cocaína o mejorar las variables pragmáticas (recomendación débil). (Estrada, 2023)

CONSUMO DE ALCOHOL

En pacientes con esquizofrenia y trastorno por consumo de alcohol, no hay evidencia suficiente para hacer recomendación alguna sobre el uso de antipsicóticos para mejorar los síntomas psicóticos, reducir el consumo de alcohol y/o craving de alcohol o mejorar las variables pragmáticas (recomendación débil). Sin embargo, mientras que se recomienda la naltrexona para reducir el consumo de alcohol (en términos de reducir el craving de alcohol) (recomendación débil), no hay evidencia suficiente para hacer recomendación alguna sobre el uso acamprosato (Estimulante del neurotransmisor inhibidor de la transmisión GABA, antagonista de aminoácidos excitatorios, particularmente el glutamato, Mantenimiento de abstinencia en pacientes dependientes del alcohol. Deberá ser combinada con psicoterapia), adyuvante para mejorar los síntomas psicóticos, reducir el consumo de alcohol o mejorar las variables pragmáticas (recomendación débil). (Estrada, 2023)

CONSUMO DE TABACO

En los pacientes con esquizofrenia y dependencia a la nicotina, no podemos recomendar el uso de bupropión para reducir los síntomas psicóticos (recomendación débil). Se recomienda bupropión o vareniclina adyuvante para reducir el uso de nicotina y la abstinencia de nicotina (recomendación fuerte/moderada). (Estrada, 2023)

FACTORES PREDISPONENTES PARA LA ESQUIZOFRENIA

ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA

Varios factores pueden contribuir al riesgo de que una persona presente esquizofrenia, entre ellos:

- **Genética.** A veces, la esquizofrenia es hereditaria. Pero el hecho de que alguien de la familia tenga esquizofrenia no significa que otros miembros de la familia también la tendrán. Varios estudios han demostrado que existen muchos genes diferentes que pueden aumentar las posibilidades de que una persona desarrolle esquizofrenia, pero ningún gen causa la enfermedad.

- **Ambiente.** Las investigaciones sugieren que una combinación de factores genéticos, factores ambientales y las experiencias de vida de una persona pueden desempeñar un papel en el desarrollo de la esquizofrenia. Estos factores ambientales pueden incluir vivir en la pobreza, ambientes estresantes o peligrosos y exposición prenatal a virus o problemas nutricionales.
- **Estructura y función del cerebro.** Las investigaciones muestran que las personas con esquizofrenia tienen más probabilidades de tener diferencias en el tamaño de ciertas áreas del cerebro y las conexiones entre las áreas que forman el cerebro. Algunas de estas diferencias cerebrales pueden desarrollarse antes del nacimiento. Los investigadores están trabajando para comprender mejor cómo se relacionan la estructura y función del cerebro con la esquizofrenia. ((NIMH)., 2021)

FACTORES GENETICOS

La esquizofrenia es una enfermedad degenerativa progresiva que se presenta en la edad adulta y tiene diversas causas que aún no se conocen, pero podemos mencionar algunos aspectos que pueden contribuir al trastorno. Actualmente, esta patología ha despertado un gran interés. Debido a que la enfermedad se manifiesta de forma interesante y diversa, se han realizado innumerables estudios. (López, 2023)

La investigación actual sobre la neurobiología de la esquizofrenia examina múltiples factores, que incluyen: genética, anatomía, circuitos funcionales, neuropatología, electrofisiología, neuroquímica, neurofarmacología y neuroevolución. A pesar de las investigaciones que se han realizado sobre la esquizofrenia, no se ha demostrado su etiología precisa, relacionan su aparición debido a causas multifactoriales (Torres Lugo, D. J., & Cabrera Pérez, A. E., 2022)

La esquizofrenia es una enfermedad altamente heterogénea en su etiología, debido a que la enfermedad puede resultar de varios componentes etiológicos en diferentes individuos. Sin embargo, al mismo tiempo se puede clasificar en fenotipos que se comparten entre varios individuos y sugieren que existe una manera misteriosa en la que estos componentes etiológicos se manifiestan en fenotipos comunes. Una explicación es que estos rasgos etiológicos de alguna forma encuentran caminos finales similares, dando así un fenotipo común. Esta convergencia puede ocurrir a varios niveles, como en los genes, epigenética, proteínas, caminos neuronales, y/o interacciones célula-célula (Moreira, 2021)

Debe tenerse en cuenta que en la etiología de esta enfermedad no hay hallazgos en las diferentes áreas de investigación que sostengan la hipótesis de que un único factor se pueda considerar suficiente para explicar el trastorno, no obstante, esto ha llevado al desarrollo de varias teorías: Teoría del neurodesarrollo, Teoría de los factores genéticos, Teoría de los factores neuroquímicos, teoría de los factores neuropsicológicos, teoría basada en estudios electrofisiológicos, teoría del entorno ambiental o social, teoría de los factores anatómicos patológicos. (Torres Lugo, D. J., & Cabrera Pérez, A. E., 2022)

Mientras que la influencia del medio ambiente es importante para el desarrollo de la esquizofrenia, los factores externos generalmente no son suficientes para desarrollar el trastorno, se ha sugerido que actúan en paralelo con la regulación alterada del genoma mediada por efectos medioambientales durante el embarazo o en los recién nacidos. Se han identificado variantes de genes que predisponen a desarrollar esquizofrenia, como es el caso del gen interrumpido de la esquizofrenia 1 (DISC1, disrupted in schizophrenia 1) y del gen de neuregulina 1 (NRG1). El DISC1 es uno de los genes más prometedores como candidato para el desarrollo de esquizofrenia y otras psicosis; estudios biológicos refieren el papel del DISC1 en la etapa de neurodesarrollo temprano y en procesos de regulación sináptica. (Gejman P. V., 2018)

NRG1 es otro gen candidato en el desarrollo de la esquizofrenia. Se expresa en las sinapsis del sistema nervioso central (SNC) y regula diversos procesos de desarrollo neuronal, incluida la migración neuronal, la mielinización y la plasticidad sináptica. Además, cuenta con los neurotransmisores adecuados. Un estudio reciente informó que las mutaciones NRG1 (intercambio de valina y leucina) se asocian con un aumento de las citocinas proinflamatorias (TNF- α , IL-1 β e IL-6), lo que sugiere un papel regulador clave para esta mutación. (Gejman P. V., 2018)

La esquizofrenia es probablemente una enfermedad influenciada genéticamente que generalmente se manifiesta después de la pubertad, lo que lleva a creer que la llamada esquizofrenia es en realidad un amplio espectro de manifestaciones fenotípicas, que van desde enfermedades menos graves hasta enfermedades como la "esquizofrenia", esquizofrenia con síntomas principalmente negativos. Además, los estudios han demostrado que la esquizofrenia es hereditaria, principalmente en niños o hermanos; Otras formas de psicosis son comunes en estas familias. (Gejman P. V., 2018)

Muchos ocurren temprano en el desarrollo del cerebro, pero otros son más comunes en la adolescencia y la edad adulta, como el consumo de marihuana. La mayoría de los factores de riesgo ambientales influyen durante el embarazo (virus del herpes simple tipo 2, influenza, rubéola, toxoplasmosis, niveles de vitamina D e inanición) o en el nacimiento: incompatibilidad Rh, extracción dental asistida por vacío, hipoxia, preeclampsia, muerte de un ser cercano. relativo. en el primer trimestre del embarazo (posiblemente reflejando los efectos del estrés severo) y deficiencia de hierro materna (Gejman P. V., 2018)

Otras anomalías son inmunológicas, como las enfermedades autoinmunes (artritis reumatoide, síndrome de Guillain-Barré, hepatitis autoinmune, tirotoxicosis y enfermedad de Crohn), donde los antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes también plantean riesgos. Otros antecedentes incluyen traumatismo craneoencefálico, epilepsia infantil y convulsiones febriles, y malformaciones graves. (Gejman P. V., 2018)

Los antecedentes familiares de esquizofrenia son el mayor factor de riesgo (hermano con esquizofrenia, padre, madre o ambos). La edad paterna avanzada se asocia con riesgo de esquizofrenia y, es de destacar, la edad paterna avanzada se asocia con déficits generales de desarrollo. Aunque el efecto de la edad paterna es relativamente pequeño en comparación con el efecto de los antecedentes familiares de esquizofrenia, la tendencia a largo plazo de retraso en el nacimiento en las poblaciones occidentales sugiere que este factor de riesgo aumentará su efecto atribuible porque depende directamente de la exposición a factores psicóticos. factores. Frecuencia de esquizofrenia en la historia familiar. población. (Gejman P. V., 2018)

FACTORES AMBIENTALES

La investigación académica sugiere que los factores ambientales son la causa de la esquizofrenia. Según la revista científica Salud Mental (2014), los factores de riesgo ambientales incluyen la exposición materna prenatal a ciertas enfermedades infecciosas como: virus de la influenza, toxoplasmosis, virus del herpes simple tipo 2, infecciones virales del sistema nervioso central (por infecciones bacterianas. No parecen estar relacionado), infección por citomegalovirus, desnutrición durante el embarazo, tabaquismo durante el embarazo y otras complicaciones obstétricas y condiciones estresantes. (García, 2021)

Se ha sugerido que la exposición al virus de la influenza durante el embarazo se asocia con un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia que aquellas no expuestas al virus de la

influenza, posiblemente porque los anticuerpos maternos cruzan la barrera placentaria y reaccionan con las proteínas neuronales fetales. (García, 2021)

Las investigaciones sugieren que ciertos factores ambientales físicos, como los ataques al feto cuando las células nerviosas migran a la corteza cerebral durante el desarrollo, pueden aumentar el riesgo. Esta hipótesis está respaldada por evidencia de cambios epigenéticos en el mesencéfalo y alteración de las estructuras del hipocampo y parahipocampo en la esquizofrenia (estas regiones son muy sensibles a la hipoxia). Pero también pueden ser cambios genéticos durante el desarrollo los que hacen que el embrión sea vulnerable a complicaciones del parto, o el resultado del comportamiento riesgoso de la madre porque se encuentra en el espectro de la enfermedad. (García, 2021)

Las personas interactúan en un entorno determinado que definitivamente afecta su estilo de vida y comportamiento. Una explicación ambiental Una explicación precisa de la esquizofrenia incluye la importancia de ver al sujeto perturbado por el entorno y enfatizar los factores ambientales que pueden estar presentes en presencia del trastorno. (García, 2021)

NEUROTRANSMISORES Y ESQUIZOFRENIA

DOPAMINA

El papel de la dopamina (DA) en las neuronas de la vía límbica del cerebro ha recibido especial atención, y la DA ha estado implicada en el estudio de los neurotransmisores y su relación con la esquizofrenia. Las investigaciones también sugieren que las drogas psicotrópicas como la cocaína y las anfetaminas inducen la liberación de DA y a menudo empeoran los síntomas psicóticos de la enfermedad. La "hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia" propone que la activación excesiva de los receptores dopaminérgicos D2 es la causa de los síntomas positivos de la esquizofrenia. (Ramírez-Jirano LJ, 2019)

SEROTONINA

Una nueva generación de fármacos llamados antipsicóticos atípicos, como la clozapina, puede ser tan eficaz como los antipsicóticos típicos. Los antipsicóticos atípicos pueden afectar la función de la serotonina (5-HT) y pueden ser menos eficaces en el bloqueo de la DA. Esto llevó a la propuesta de la "hipótesis de la serotonina en la esquizofrenia", que se

refiere a cambios en la función 5-HT durante el desarrollo del sistema nervioso central; ya sea por cambios en los receptores 5-HT_{2A} o por cambios en DA y 5-HT. Interacciones patológicas para activar la corteza prefrontal. (Ramírez-Jirano LJ, 2019)

GLUTAMATO

Se ha sugerido que la disfunción glutamatérgica puede contribuir a la patogénesis de la esquizofrenia.

En personas sanas que toman fenciclidina o ketamina, antagonistas del complejo receptor de N-metil-aspartato-glutamato (NMDA), se producen síntomas y problemas cognitivos similares a los de la esquizofrenia. La información obtenida condujo a la formulación de la "hipótesis del glutamato en la esquizofrenia", que proponía que el uso de antagonistas de NMDA puede exacerbar la aparición de síntomas positivos y negativos y cambios cognitivos en pacientes con esquizofrenia. (Ramírez-Jirano LJ, 2019)

El aumento de la neurotransmisión glutamatérgica en la corteza cingulada anterior en pacientes con esquizofrenia es consistente con la hipótesis de una función reducida del receptor NMDA. (Ramírez-Jirano LJ, 2019)

También se han encontrado anomalías morfológicas en pacientes con esquizofrenia: el volumen cerebral, y en concreto el volumen del hipocampo, está reducido, y el volumen de los ventrículos está aumentado (Ramírez-Jirano LJ, 2019)

NEUROIMÁGENES

En pacientes esquizofrénicos se han encontrado anomalías estructurales del cerebro, como una reducción del volumen total de materia gris y una reducción de los volúmenes cortical, del hipocampo y de amiloide. Específicamente, los pacientes con esquizofrenia tienen un volumen cerebral reducido en la infancia, y este disminuye gradualmente durante la adolescencia. (Giedd JN, 2022). Pueden presentar, además, ventriculomegalia con aumento progresivo con particular diferencia de tamaño en ventrículos laterales (Rapoport JL, 2022)

COMORBILIDADES

La esquizofrenia de inicio en la niñez está estrechamente relacionada con otros trastornos médicos y psiquiátricos. Dentro de las principales comorbilidades psiquiátricas se

encuentran: el trastorno obsesivo compulsivo, déficit atencional e hiperactividad, trastorno del lenguaje expresivo, déficits ejecutivos y trastornos del afecto como depresión mayor. Las principales comorbilidades médicas asociadas tras la instauración de regímenes terapéuticos incluyen: diabetes, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, obesidad, hiperprolactinemia y disquinesia (Driver DI, 2022)

Pero no todos los diagnósticos fueron por causas naturales. Un 65,7 por ciento de las defunciones se debieron a causas naturales, siendo las principales las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades cerebrovasculares, las neoplasias y las enfermedades del aparato respiratorio. Las causas no naturales de muerte implicaron intoxicaciones, homicidios, accidentes y sobredosis; el suicidio (el 38,9 por ciento del total de muertes intencionadas) fue la razón más común. El 14,67 por ciento restante de las muertes fueron de causa no clara. (Núñez Gómez, 2023)

Otras patologías también se han reconocido como causantes de muerte en pacientes con esquizofrenia, como la diabetes como un motivo común de fallecimiento. Las pruebas demuestran que los pacientes jóvenes con esquizofrenia experimentan cambios físicos previos a sufrir un primer episodio psicótico. (Núñez Gómez, 2023)

Los estudios muestran que estos pacientes tienen niveles elevados de glucosa e insulina en ayunas en las primeras etapas de la enfermedad, así como una intolerancia a la glucosa y una mayor resistencia a la insulina. De hecho, se estima que la prevalencia de diabetes tipo 2 en pacientes con esquizofrenia está entre el 10 y el 15%, dos o tres veces mayor que en la población general. Los antipsicóticos de segunda generación, como la olanzapina o el aripiprazol, se han asociado con el desarrollo de síndrome metabólico, aumento de peso o diabetes tipo II porque causan disfunción de las células beta pancreáticas. A pesar de estos efectos, los estudios muestran que los pacientes que no reciben tratamiento con antipsicóticos tienen una tasa de mortalidad más alta que aquellos que toman antipsicóticos. (Núñez Gómez, 2023)

Aunque estos pacientes tienen importantes comorbilidades y factores de riesgo, estos problemas médicos no reciben tratamiento. Las investigaciones muestran que las personas con esquizofrenia tienen menos probabilidades de buscar ayuda para su enfermedad física, lo que claramente afecta el cumplimiento del tratamiento. Por un lado, es común que los propios pacientes y quienes los rodean descuiden su salud física y, por otro, el propio sistema

de salud no implementa estrategias de atención y prácticas clínicas adecuadas. (Núñez Gómez, 2023)

Tomando como ejemplo las enfermedades cardiovasculares, es bien sabido que los pacientes con esquizofrenia suelen sufrir enfermedades coronarias, insuficiencia cardíaca, hipertensión, anomalías en el electrocardiograma, etc. Sin embargo, a pesar de los mayores factores de riesgo cardiovascular, estos pacientes reciben una atención de menor calidad debido a esta patología. Recibieron menos pruebas de detección de las requeridas por las pautas y recibieron menos tratamientos para mejorar el sistema vascular. (Núñez Gómez, 2023)

Además de los cigarrillos clásicos, en los últimos años también se ha vuelto muy común el uso de cigarrillos electrónicos. Para muchas personas, es una adición más al tabaquismo, y muchas personas utilizan este dispositivo de vaporización para dejar los cigarrillos tradicionales. Sin embargo, su consumo no es tan seguro como se sugirió inicialmente. Los estudios muestran que los cigarrillos electrónicos "crean un aerosol al calentar un líquido que contiene un solvente (glicerina, propilenglicol), uno o más saborizantes, nicotina y, a veces, derivados del cannabis (principalmente THC y CBD)". De hecho, los adolescentes utilizan estos dispositivos para consumir tanta o más nicotina que los cigarrillos tradicionales. (Núñez Gómez, 2023)

Las personas con alguna enfermedad mental tienen más de tres veces más probabilidades de fumar que las personas sin un diagnóstico psiquiátrico. El tabaquismo es el trastorno por uso de sustancias más común en personas con esquizofrenia. Cuando se inhala el humo del cigarrillo, la nicotina se adhiere a las gotas de alquitrán, se absorbe en la boca, la nariz y los tejidos alveolares y ingresa a la circulación venosa pulmonar. Después de la inhalación, la nicotina llega al cerebro entre 10 y 20 segundos después de cruzar la barrera hematoencefálica debido a su alta solubilidad en grasas. La nicotina es soluble en agua y polar. En su estado descargado, la nicotina cruza la barrera hematoencefálica y entra al cerebro, donde se convierte a una forma cargada y se une a los receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChR) en las neuronas. Imita el neurotransmisor acetilcolina y hace que las neuronas liberen grandes cantidades de dopamina. (Salud, 2023)

La nicotina altera la liberación de neurotransmisores como la acetilcolina, el glutamato, la noradrenalina, la serotonina o la dopamina. La nicotina altera la liberación de neurotransmisores como la dopamina, que a su vez altera los circuitos del sistema

dopaminérgico, que son los circuitos que regulan la motivación, la recompensa y el comportamiento placentero en los humanos. (Tamminga c., 2023)

Además, las personas con esquizofrenia suelen fumar mucho, es decir, más de 30 cigarrillos al día. La forma en que fuma significa que inhala más nicotina más rápido. Fumar, junto con la inactividad física, los malos hábitos alimentarios, el consumo de alcohol y otras drogas, contribuye a una peor salud y una mayor mortalidad temprana en las personas con esquizofrenia. (Salud., 2023)

La esperanza de vida de estos individuos se reduce entre 10 y 30 años en comparación con la población general. La razón es obvia: el estilo de vida poco saludable de estos pacientes conduce al desarrollo de diversas enfermedades: enfermedades cardiovasculares, cáncer o diabetes. Excepto, además, un diagnóstico y tratamiento inadecuados, así como una prevención inadecuada de los riesgos modificables asociados a esta enfermedad, también están asociados a esta muerte prematura. (Núñez Gómez, 2023)

RELACIÓN ESQUIZOFRENIA Y COVID-19

La pandemia de Covid-19 ha tenido un impacto sin precedentes en la población mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y varias agencias gubernamentales recomiendan varias medidas para frenar la propagación del virus. Estas medidas incluyen el lavado de manos, el distanciamiento físico y el aislamiento social, que en algunos casos pueden resultar en que las personas sean confinadas en sus hogares y solo se les permita realizar trabajos esenciales. (Freire Facal, 2021)

Además de los efectos sobre la salud física derivados de la reducción de la actividad, la mala nutrición o la reducción de la exposición al sol, estos esfuerzos también tienen efectos psicológicos negativos en la población del mundo, como miedo, ansiedad o preocupación. Se está investigando la relación entre las psicosis y los factores de riesgo psicosocial, como eventos estresantes como los causados por la pandemia, lo que sugiere que estos pueden ser factores de riesgo importantes para la aparición y exacerbación de la psicosis. (Salud., 2023)

Tomando como ejemplo la esquizofrenia, se puede decir que la epidemia ha afectado a estos pacientes de muchas maneras, modificando su riesgo de infección por SARS-CoV-2 o empeorando su salud mental en caso de brote. Por ejemplo, las personas con esquizofrenia se caracterizan por tener una capacidad de toma de decisiones deficiente y, por lo tanto, es

posible que no tomen o sigan las medidas necesarias para evitar el contagio, lo que aumenta el riesgo de contraer COVID-19. 19. Se sabe que las personas con esquizofrenia tienen menos y peores relaciones sociales que la población general. (Salud., 2023)

El apoyo social se debe a niveles más altos de renovación e integración en la sociedad, incluidas interacciones diarias como farmacias, supermercados o bares. Por lo tanto, la distancia social tendrá un impacto negativo en el desarrollo de la enfermedad. Además, la propia infección por SARS-CoV2 puede exacerbar los síntomas positivos de la esquizofrenia, ya que se ha demostrado que el coronavirus está asociado con síntomas psicóticos a través de diferentes mecanismos inmunológicos. Los tratamientos para Covid-19 también pueden ser importantes porque contienen altas dosis de corticosteroides para modular la inflamación, que se sabe que contribuye a los síntomas psiquiátricos. (Freire Facal, 2021)

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Dado que el propósito previsto es consultar, recopilar, organizar, analizar e interpretar datos e información contenidos en otros contenidos científicos académicos existentes, respaldados por fuentes, y métodos de investigación desarrollados pueden ser similares a las revisiones de la literatura. En el proceso, las consideraciones incluyen criterios de calidad para dar respuesta al avance, se define el tema a estudiar y se definen los tipos o categorías de documentos a considerar, que pueden incluir: libros, revistas, artículos, tesis de pregrado, guías; documentos y publicaciones institucionales, oficiales; entre otros, no se distinguen medios electrónicos como el escrito o el audiovisual.

TIPO DE ESTUDIO

Este estudio se realizó bajo el marco de revisión bibliográfica, se revisó publicaciones científicas que forman parte de diversas bases de datos, libros, sitios web y documentos que abarcaron la temática de estudio; las cuales fueron seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión donde se obtuvo un universo final de 22 trabajos científicos publicados en los últimos 5 años para revistas científicas y en los últimos 10 años para libros.

SEGÚN EL NIVEL

La investigación es descriptiva, ya que permite describir y buscar información relevante recopiladas y publicadas en diferentes bases de datos y actualizaciones durante los últimos 5 años.

DISEÑO

De acuerdo al diseño, se determina como documental – no experimental ya que no se han manipulado variables, por lo que la investigación está basada en información relevante que se contempla en los distintos artículos y revistas actualizadas.

ENFOQUE

Es cualitativo porque el trastorno de esquizofrenia se describe y analiza a partir de una recopilación de información en inglés y español de publicaciones científicas seleccionadas por diversos buscadores.

SECUENCIA TEMPORAL

Es de corte transversal y tiene características observacionales porque el investigador se centra únicamente en observar lo que les sucede a las personas sin intervenir ni experimentar; además su elaboración será mediante la obtención de resultados en un momento determinado.

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACION

La recolección de esta información se realizó mediante la elaboración de estrategias de búsqueda del material bibliográfico seleccionado consistió en artículos científicos en general, con un número de 22 artículos científicos, así como portales web de instituciones oficiales o privadas de reconocidas trayectorias en el ámbito científico académico. Se utilizaron los siguientes criterios de búsqueda: Esquizofrenia, *International Classification Diseases, ICD, ICD-11, ICD-10, Diagnostic Statistical Manual, DSM, DSM-5, psychiatric nosology, schizophrenia, Esquizofrenia, Etiología de la Esquizofrenia, Tipos de Esquizofrenia, Factores de riesgo, Etiología, comorbilidades, Farmacología y tratamiento de la esquizofrenia*; que fueron introducidos en el buscador de cada una de estas bibliotecas virtuales. La búsqueda en Scielo, Scencedirect, PubMed, y UptoDate entre otros. La búsqueda se restringió a los idiomas español e inglés, y los artículos de los cuales se obtuvo texto completo, con un límite de tiempo de los últimos 5 años.

Se llevó a cabo, en primer lugar, la lectura del título, resumen y palabras clave de los artículos. Luego se codificaron los artículos según la idoneidad presentada. Las características que debían cumplir los artículos fueron: a) Trastornos mentales b) esquizofrenia, c) tratamientos no farmacológicos y farmacológicos, d) etiología, e) comorbilidades. Se excluyeron aquellos artículos que trabajaron con población adulta mayor. También se excluyeron los estudios que se enfocaban en medir otra característica y median la relación entre el rol de género y los trastornos mentales de manera secundaria: estilos parentales, narcisismo, estilos de consumo, consumo de anabólicos o dietas, actividad deportiva, etc.

MUESTRAS

Se identificaron 22 referencias científicas con los criterios de búsqueda especificados, de las cuales, luego de leer el título y el resumen, se seleccionaron 22 que cumplían los criterios establecidos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN

- Artículos científicos publicados en los últimos 5 años, en español e inglés.
- Investigaciones pertenecientes a bases de datos de libre acceso.
- Artículos y documentos científicos pagados.
- Investigaciones con información relevante.

EXCLUSIÓN

- Libros y artículos no especificados el en tema.
- Páginas no confiables.
- Artículos con especificaciones en edades y género.

IV. DISCUSION Y RESULTADOS

A continuación, se realizará la triangulación del primer objetivo: Conocer la esquizofrenia como una enfermedad mental. En base a información recopilada se establecerá los descripción, sintomatología, fases y farmacoterapia que se han desarrollado este trastorno.

Tabla 1

Triangulación esquizofrenia como enfermedad mental.

AUTOR	CATEGORÍA (factores y causas de la esquizofrenia)	APORTE	POBLACIÓN	INSTRUMENTOS
López, M. D. I., & Rivera, M. J. C. (2023)	La esquizofrenia, comienza entre los 15 años y 35 años como tal es una enfermedad que cuando se presenta el individuo permanecerá con ella por el resto de su vida, más frecuente en los hombres (4,5%) que en las mujeres (2,9%)	El autor concluye que los hombres más jóvenes y adultos jóvenes tienen más probabilidades de sufrir esquizofrenia. De hecho, las investigaciones sobre esta enfermedad mental muestran que las principales causas de este trastorno comienzan con eventos estresantes, problemas de relación en la familia o un estado de shock debido a un evento que tiene un impacto emocional importante.	La esquizofrenia, en cualquier forma, afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo	Método analítico-sintético

Tena Hernández, (2020)	En Chile, la carga de enfermedad atribuible a los problemas y trastornos mentales es de un 23,2% del indicador años de vida perdidos por discapacidad o muerte, lo que genera un impacto significativo en la población.	Las enfermedades mentales se evidencia un deterioro en la capacidad del estilo de vida, la regulación de emociones y comportamiento de la persona.	La OPS, en su estimación sanitaria establece un número de personas con depresión a escala mundial superó los 300 millones de personas	Análisis de caso Ensayos clínicos randomizados
Rodríguez Ravichagua, (2023)	Las personas con esquizofrenia, la edad generalmente ocurre entre los 20 y 34 años, ocurre antes en hombres que, en mujeres. En Europa hay personas diagnosticadas con la enfermedad de entre 18 y 30 años de edad las cuales suelen ocultar por miedo a la discriminación, por lo tanto, se da atención especializada en salud mental.	La población padece de esquizofrenia el cual crea limitaciones en el desarrollo personal, social, y psicomotor de las personas con este trastorno y genera conflictos en grupos familiares	América del Norte, 2,5 millones de personas, México con 1 millón y Canadá con 290.000. España 600.000 personas	Cuestionario de salud general (GHQ- 12) de Goldberg para evaluar la salud mental Cuestionario de la escala de Fumat

Otárola, (2022)	La prevalencia de esquizofrenia de inicio en infancia es menor a 1 en 10,000. Mientras que la prevalencia a lo largo de la vida de esquizofrenia en el adulto es 4 en 1,000	El trauma infantil vinculado con el trastorno de la psicosis se propone que establecer dicho rol es el primer paso para anticipar y mitigar el desarrollo de enfermedades mentales mayores	La esquizofrenia de inicio precoz se define como el inicio de la enfermedad antes de los 13 años y abarca a la esquizofrenia de inicio en la infancia y en la adolescencia.	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V. Diagnóstico de trastorno del espectro autista.
López, M. D. I., & Rivera, M. J. C., (2023)	La esquizofrenia, en cualquiera de sus formas, es más común en hombres (4,5 %) que en mujeres (2,9 %),	Se presenta en los adolescentes y adultos jóvenes, e impide conseguir los objetivos educativos y laborales y reducen drásticamente la calidad de vida de los enfermos.	75 casos de esquizofrenia	Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)
Rodríguez Ravichagua, (2023)	España es el país con mayor número de casos registrados de esquizofrenia en	Hay un número significativo de personas con la enfermedad mental, la cual en el país europeo	Personas de entre 18 y 30 años	Cuestionario de salud general (GHQ-12) de

	Europa, se han diagnosticado 600.000 personas.	registra en jóvenes adultos un índice alarmante de la esquizofrenia		Goldberg para evaluar la Salud Mental
Santos Sabino, (2023)	Los usuarios de entre 18 y 29 años son los más afectados, con una alta prevalencia entre los hombres. Es más común en mujeres y se detecta a una edad más temprana.	Tiene un impacto en el ámbito personal, familiar y social se traduce en una elevada tasa de mortalidad.	La muestra estuvo conformada por 90 pacientes diagnosticados con esquizofrenia	Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Adultos-A: (2003) Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE)
Analuisa Aguilar, P. F., (2017)	El Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) reportó casos de esquizofrenia en personas entre 5 y 24 años en el País, actualmente no se ha verificado una	El número de registros de diagnósticos confirmados en relación a los egresos hospitalarios contrasta ampliamente en los principales problemas de salud mental, lo cual podría estar relacionado a la implementación	175 casos de esquizofrenia.	RDACAA Checklist to evaluating a mental Health Plan

	existencia de la enfermedad ya no existe datos actualizados a nivel nacional.	del sistema RDACAA en el procedimiento de registro de consultas ambulatoria		Entrevista individual.
Enríquez-Sánchez, (2019)	La edad de aparición de la esquizofrenia está comprendida entre los 15 y los 45 años. Aunque suele comenzar al final de la adolescencia también hay casos de aparición en la infancia que suelen enmascararse con problemas escolares o alteraciones del comportamiento	El estudio de la esquizofrenia de inicio en la infancia, nos dará la oportunidad de comprenderla y ayudará al desarrollo de nuevas teorías y líneas de investigación respecto a las anormalidades del neurodesarrollo.	152 pacientes con esquizofrenia.	<p>Escala de impresión clínica global.</p> <p>Escala de calificación psiquiátrica breve BPRS.</p> <p>Escala de evaluación psicopatológica completa – CPRS.</p> <p>Escala de síntomas positivos y negativos - PANSS</p> <p>Escala de clasificación de la</p>

psicosis Bunney-
Hamburg
Escala de
Simpson Angus -
SAS

Ñ, Velazco Fajardo, (2019)	En el 75 % de los casos los primeros síntomas de la enfermedad psiquiátrica.	La esquizofrenia paranoide, pues es una entidad con debut en la segunda década de la vida presente en este paciente por más de dos años. Existió una ruptura de la línea vital, donde aparecieron importantes alteraciones en las esferas cognoscitiva, afectiva y conductual dado por la presencia de alteraciones sensoriales de tipo alucinaciones auditivas complejas.	Pacientes con esquizofrenia paranoide entre 20 y 30 años de edad.	Caso clínico Test de personalidad de los 16 factores de Cattell.
Capponi, R. (2017)	En 100 % de los pacientes muestran similitud en la clasificación de la esquizofrenia y por ello dar un diagnóstico fiable para encontrar el tipo de esquizofrenia que tiene el paciente.	La esquizofrenia podemos decir que esta clasificación se necesita mínimo haber padecido una crisis de esquizofrenia antes y debe cumplir criterios diagnósticos para su clasificación como son lenguaje incoherente comportamiento errático	160 pacientes para el estudio de la clasificación de esquizofrenia.	Valoración patológica mental. método analítico-sintético

negatividad excesiva movimientos sin sentido,
posturas extrañas etc.

Frutuoso, L. P., de Sousa, (2022)	Existe otra clasificación de la neuropsicología, Se trata de una clasificación dual, o modelo dual de la esquizofrenia para ello el 100 % de los pacientes se distinguen a esta clasificación para el ámbito clínico que facilita el estudio del paciente esquizofrénico.	Este modelo distingue dos tipos de síndromes en la esquizofrenia, el síndrome positivo (delirios, alucinaciones, conducta extravagante, trastornos formales del pensamiento) y el síndrome negativo (trastorno de la atención, alogia, abulia, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad). Así mismo la falta de sueño es uno de los síntomas que los pacientes padecen a nivel mundial.	El mencionado artículo se refirió al estudio de 267.692 personas de 56 países, esquizofrénicos que fueron estudiados para descripción del síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia, así como la alteración del sueño.	Modelo de Crow. Ensayo clínico Aleatorizado
--	---	---	---	---

Álvarez, L.G., (2019)	En la población general se estima una tasa de prevalencia de trastornos por consumo de cannabis inferior al 10%, mientras que pacientes con esquizofrenia esta tasa ascendería al 27.1%. Además, si hablamos de consumo de cannabis en primeros episodios psicóticos (PEPs) estas cifras son todavía mayores, reportándose tasas hasta del 65.7%.	Diferentes estudios han observado una asociación positiva entre consumo de cannabis y cognición, en pacientes con esquizofrenia.	La 60 paciente en la descripción se refiere sobre el consumo de cannabis.	Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS)
scamilla-Orozco, (2022)	Una de las principales causas de caídas en pacientes con esquizofrenia es la falta de adherencia a la medicación, que se produce en más del 40% de los pacientes	En pacientes con conducta agresiva se recomienda tratar con antipsicóticos con efecto sedante y, si esto no es suficiente, se pueden utilizar durante un tiempo limitado benzodiazepinas	El autor se refirió un estudio de 20 pacientes sobre la conducta esquizofrénica.	CASO CLINICO .
Soto, M.D., (2023)	C. Se identificó que el 34.7% de la muestra reporta consumo de SPA; variables clínicas asociadas, tipo de medicamentos, número de ingresos hospitalarios y adherencia al tratamiento.	Los pacientes jóvenes, en su mayoría hombres, con diagnóstico de esquizofrenia, tienen mayor riesgo de consumo de SPA, lo que implica mayor riesgo de recaídas y menor adherencia al tratamiento farmacológico.	268 pacientes atendidos en una institución de salud mental de Medellín, en los	Historias clínicas Estudio observacional, retrospectivo de

últimos seis intención
meses del año analítica
2021. Odds Ratio
Modelo de
regresión
logística.

En base a la triangulación (tabla 1), se identifica a la esquizofrenia de comienzos tempranos en una edad juvenil desde los 15 años hasta los 35 años de edad el cual se evidencia que permanece para toda su vida teniendo en cuenta que los factores son netamente genéticos, siendo la más común en hombres que en mujeres.

Para señalar el autor Patiño W. V., (2023) describió a la esquizofrenia como trastorno psiquiátrico donde se estudió la sintomatología, consecuencias y repercusiones que tiene esta enfermedad a largo plazo, así mismo identifico las fases de la enfermedad para poder actuar en base al conocimiento ya que en estas personas lo que más dificultoso es realizar actividades muy básicas e inclusive una adecuada inserción a la sociedad y grupo familiar

Según Velazco Fajardo, (2019), mediante recolección de información, coinciden en que la enfermedad desde un inicio desde los 15 años de edad, tiene consecuencias de por vida y se agudiza pasado los 35 años de edad, la cual la esquizofrenia paranoide en donde hay alteraciones cognitivas afectivas y conductual dado la presencia de alteraciones de tipo alucinaciones auditivas muy complejas que se va dando durante toda su vida agudizándose con la edad y llegando en muchas ocasiones a descuidar su salud corporal. (Velazco Fajardo, 2019)

Así mismo (Frutuoso, L. P., de Sousa, 2022) resumió la clasificación de la esquizofrenia que es un instrumento para los criterios diagnósticos del tipo de esquizofrenia que presenta el paciente donde su comportamiento son el lenguaje incoherente, comportamiento errático, negatividad excesiva posturas extrañas etc., siendo esta clasificación quien determine los rasgos mas importantes para su posterior estudio y determinar el grado de esquizofrenia que tiene el paciente.

Se instituyó el tratamiento de la esquizofrenia ya sea farmacológico y no farmacológico se emplea psicoterapia como una alternativa más adecuada ya que en estudios realizados hay más de un tratamiento para mejorar la calidad de vida del paciente esquizofrénico y así poder controlar distintas fases del trastorno, se evidencia con un apego terapéutico bajo al tratamiento, ya que por varias circunstancias de su propia enfermedad o motivación, no tienes una conducta adecuada parta seguir de forma adecuada el régimen farmacológico. (Shultz & Videbeck, 2017)

Finalmente, el autor Álvarez, L.G., (2019) concluyo que el consumo de Cannabis en pacientes con esquizofrenia en alto en comparación a una persona normas que consume esta sustancia y su consumo se realiza durante los primeros episodios de esquizofrenia por lo que

puede tener patrones diferentes de este trastorno (leve, moderado, grave) con consecuencias en la enfermedad psiquiátrica.

Así mismo se realizará la triangulación del segundo objetivo: Identificar los factores predisponentes y desencadenantes de la esquizofrenia., para conocer sus causas que desencadena el trastorno esquizofrénico

Tabla 2

Triangulación factores predisponentes para la esquizofrenia

AUTOR	CATEGORÍA	APORTE	POBLACIÓN	INSTRUMENTOS
(NIMH), National Institute of Mental Health (2021)	El 100% de pacientes concuerdan con la redacción de la National Institute of Mental Health se menciona la importancia de que gran parte de las personas que reciben tratamiento pueden participar en la escuela o el trabajo, lograr su independencia y disfrutar de las relaciones personales.	Se menciona que las enfermedades psiquiátricas tienen un grado de diagnóstico en donde la sintomatología juega un papel importante para descubrir si el paciente esta con la enfermedad mental y si tiene cierto grado de agudeza según la sintomatología y naturaleza de la psicosis.	Las 65 personas con esquizofrenia son diagnosticadas entre los 16 y los 30 años, después de un primer episodio de psicosis hasta la edad adulta	Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA)

López, (2023) & Charry, J. (2023).	La esquizofrenia tuvo una prevalencia de un 70% comparando con otras enfermedades psiquiátricas, no se ha demostrado su etiología precisa ya que se relaciona su aparición a causas multifactoriales.	La contribución de factores genéticos como antecedentes familiares de esquizofrenia fueron determinantes para el desencadenamiento.	Hay un resultado de 30 personas con trastornos mentales.	Método analítico-sintético
Rapoport JL, 2022)	El rango de pacientes es desde los 12 años de edad y 24 controles cada uno emparejados por edad y sexo. Los sujetos fueron escaneados en el momento del ingreso inicial y vueltos a escanear después de 2 años con el mismo equipo y métodos de medición	Los resultados de las imágenes cerebrales respaldan otros datos clínicos que muestran desviaciones tanto tempranas como tardías en el desarrollo del cerebro para al menos este raro subgrupo de pacientes esquizofrénicos de inicio muy temprano refractarios al tratamiento.	Se obtuvieron imágenes de resonancia magnética cerebral anatómica de 16 niños y adolescentes con inicio de esquizofrenia	Imágenes de resonancia magnética cerebral Análisis de varianza, diagnóstico × Escala de Evaluación Premórbida Escala de Calificación Psiquiátrica Breve en el seguimiento

Ramírez- Jirano LJ (2019)	Los 20 artículos realizados refieren a la etiología de la esquizofrenia sigue siendo desconocida, las explicaciones sobre su origen son complejas y los mecanismos fisiopatológicos involucrados no son muy claros; se cree que es el resultado de la combinación de factores genéticos y del medio ambiente.	Aún se desconocen los mecanismos asociados con la inflamación y el sistema de defensa antiinflamatorio que puedan estar asociados con el desarrollo de la esquizofrenia. Existe un desbalance en el sistema inmunológico que propicia las alteraciones en la liberación de neurotransmisores: el estrés oxidativo, el sistema de defensa contra patógenos y los procesos necesarios para el neurodesarrollo, sin embargo, es necesario que se realicen más investigaciones para comprenderlos en su totalidad y esto proporcione la evidencia necesaria para su adecuado tratamiento y prevención.	20 artículos se refirió forma resumida de los que se consultó explican sobre la etiología de la esquizofrenia	Procesos de modulación de las funciones del sistema nervioso.
Ramírez- Jirano LJ, (2019)	Los 66 estudios realizados nos dicen que la patogenia de la esquizofrenia aún no está clara. Es una enfermedad compleja que resulta de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales.	En base a los síntomas y signos de la esquizofrenia, se han elaborado las siguientes hipótesis neurológicas sobre su fisiopatología como son hipótesis de la dopamina, hipótesis de	Se refirió sobre los síntomas y signos que el esquizofrénico presenta para si	Artículos de revisión Casos clínicos.

		glutamato e Hipótesis de la disfunción de interneuronas.	evolución de la enfermedad	
Rapoport JL, (2022)	En la esquizofrenia las muertes por causas naturales representarían un 65,7%, un 14,67% por causas no naturales y el 19,55% restante de las muertes fueron indeterminadas. En más estudios también se han reconocido a las endocrinopatías como otra causa de muerte en pacientes con esquizofrenia, siendo las complicaciones en la diabetes las que provocan mayor riesgo en estos casos	Las principales causas naturales de mortalidad fueron provocadas por enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares, neoplasias y enfermedades respiratorias. Entre las causas no naturales de muerte en personas con esquizofrenia se encuentran las intoxicaciones, homicidios, accidentes y el suicidio, siendo este último el motivo más común.	De 69 pacientes se realizó el estudio para el diagnóstico de las causas naturales y no naturales del paciente esquizofrénico	Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)
Núñez Gómez, 2023 Salud (2023)	Según los estudios, las muertes por causas naturales representarían un 65,7%, un 14,67% por causas no naturales y el 19,55% restante de las muertes fueron indeterminadas. La prevalencia estimada de tabaquismo en personas con trastornos mentales graves (TMG) y otros trastornos es entre 50-80% y	Tener esquizofrenia, fumar, practicar una vida sedentaria, tener malos hábitos alimenticios y consumir otras sustancias, se traduce en una peor calidad de vida, una menor esperanza de vida y en una mortalidad prematura.	Se relaciona que el 60 estudiante entre 14 y 18 años ha fumado tabaco alguna vez en la vida.	Test de fagerstrom

54-68% para esquizofrenia y trastorno bipolar, respectivamente

Freire Facal, (2021) & Salud (2022)	El 100 % de los pacientes consultados nos demuestra que la relación que tiene el paciente esquizofrénico con el COVID 19 es principalmente el tabaquismo como principal efecto de riesgo de contraer el SARS-CoV-2.	Importante centrarse en los factores ambientales de riesgo como prevenir el síndrome metabólico o disminuir el tabaquismo a la hora de disminuir el riesgo de COVID-19 grave en los pacientes de esquizofrenia ya que, pese a una hipotética genética protectora, algunos estudios epidemiológicos la siguen encontrando como factor de riesgo a presentar una enfermedad por el virus SARS-CoV-2 grave, con necesidad de ventilación mecánica y mayor mortalidad.	Consiste en 505 pacientes de esquizofrenia diagnosticados por psiquiatras senior	Datos del GWAS Criterios del Diagnostic and Statistical Manual
-------------------------------------	---	--	--	--

En esta matriz de triangulación de la tabla 2, se habla sobre su origen y mecanismos fisiológicos que no han sido aclarados hasta los actuales años, aunque se cree que los resultados de la combinación de factores genéticos y ambientales el cual los autores hablan sobre la etiología de la esquizofrenia desconociendo los mecanismos asociados con el desarrollo de la esquizofrenia. Pero concuerdan que existe un desbalance en el sistema inmunológico que propicia alteraciones como es el estrés oxidativo, el sistema de defensa contra patógenos y los procesos para el neurodesarrollo del paciente esquizofrénico desde sus inicios con la enfermedad.

El estudio de Ramírez-Jirano LJ, (2019) refirió sobre la patología de la enfermedad psiquiátrica y mencionan que es una enfermedad compleja que resulta de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales la cual no es específicamente clara por lo que ayudados por diferentes síntomas y signos de la enfermedad dan a conocer hipótesis sobre la fisiología como hipótesis de dopamina, hipótesis de glutamato hipótesis de disfunción de interneuronas, encontrado anomalías morfológicas en pacientes con esquizofrenia: el volumen cerebral, y en concreto el volumen del hipocampo, está reducido, y el volumen de los ventrículos está aumentado

El autor Nuñez Gomez (2023) determino que la enfermedad psiquiatrica como es específicamente la esquizofrenia es una de las causas de mortadidad por endocrinopatias como la causa de muertes de pacientes esquisofrenicos siendo la mas sobresaliente la diabetes por el mal cuidado y falta de apego terapeutico asi como las causas de personas con esquizofeenias son las intoxicaciones, homicidios, accidentes y suicidios al menos este ultimo es el motivo mas comun.

La esquizofrenia según Driver DI, (2022) determino que la esquizofrenia desde el inicio, en infancia, presenta alta correlación con otras enfermedades tanto médicas como psiquiátricas. Dentro de las principales comorbilidades psiquiátricas se encontraron: el trastorno obsesivo compulsivo, déficit atencional e hiperactividad, trastorno del lenguaje expresivo, déficits ejecutivos y trastornos del afecto como depresión mayor. Las principales comorbilidades médicas asociadas tras la instauración de regímenes terapéuticos incluyen: diabetes, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, obesidad, hiperprolactinemia y disquinesia.

Así mismo un estudio realizado por López, (2023) coincide que los pacientes adultos jóvenes y masculinos fueron los más propensos al debut de esquizofrenia. Lo cual asemeja con el estudio que realizo Charry, J. (2023), el cual fundamento que La contribución de factores

genéticos como antecedentes familiares de esquizofrenia fueron determinantes para el desencadenamiento de la enfermedad.

El estudio de Ramírez-Jirano LJ (2019), coincide de que se desconocen los mecanismos asociados con la inflamación y el sistema de defensa antiinflamatorio que puedan estar asociados con el desarrollo de la esquizofrenia. Existe un desbalance en el sistema inmunológico que propicia las alteraciones en la liberación de neurotransmisores: el estrés oxidativo, el sistema de defensa contra patógenos y los procesos necesarios para el neurodesarrollo, sin embargo, es necesario que se realicen más investigaciones para comprenderlos en su totalidad y esto proporcione la evidencia necesaria para su adecuado tratamiento y prevención

Con respecto a las principales causas naturales, el autor Rapoport JL, (2022) coincide de que la mortalidad fue provocada por enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares, neoplasias y enfermedades respiratorias. Entre las causas no naturales de muerte en personas con esquizofrenia se encuentran las intoxicaciones, homicidios, accidentes y el suicidio, siendo este último el motivo más común

El estudio de Núñez Gómez, 2023, y Salud (2023) coinciden en que tener esquizofrenia, fumar, practicar una vida sedentaria, tener malos hábitos alimenticios y consumir otras sustancias, se traduce en una peor calidad de vida, una menor esperanza de vida y en una mortalidad prematura

Para finalizar los autores Freire Facal, (2021), y Salud (2022) coinciden en que lo importante es centrarse en los factores ambientales de riesgo como prevenir el síndrome metabólico o disminuir el tabaquismo a la hora de disminuir el riesgo de COVID-19 grave en los pacientes de esquizofrenia ya que, pese a una hipotética genética protectora, algunos estudios epidemiológicos la siguen encontrando como factor de riesgo a presentar una enfermedad por el virus SARS-CoV-2 grave, con necesidad de ventilación mecánica y mayor mortalidad.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

La esquizofrenia ha sido uno de los trastornos más estudiados a lo largo de la historia. Su concepto y características han ido cambiando a medida que se ha desarrollado la investigación cambiando la perspectiva desde su abordaje. Aquí la esquizofrenia nos habla de como un paciente mantiene las etapas fases de la enfermedad desde muy temprana edad con síntomas que llaman la atención sobre todo por su comportamiento desde joven hasta la edad adulta llevando consigo múltiples problemas de salud tanto física como mental. Como se ve en este trabajo investigativo, la esquizofrenia es un trastorno psicótico cuyo curso y contenido varían con la edad y genero del individuo. Así encontramos que el tratamiento puede ser adecuado para el paciente, pero no tiene un apego terapéutico y conlleva a desequilibrio mental fuerte llevando a comorbilidades que conllevan a una recaída hospitalaria frecuente. Se necesitan nuevas investigaciones para intentar explicar dónde, que, a pesar de los avances, no se han logrado solucionar la enfermedad psiquiátrica.

Las investigaciones muestran que la esquizofrenia ofrece una visión general de los síntomas, las etapas de diagnóstico y los métodos de tratamiento, y examina si los antipsicóticos en combinación con la psicoterapia cognitiva y la terapia conductual son comparables a otros tratamientos y si es posible diagnosticar y tratar la enfermedad en una etapa temprana. la capacidad del paciente para adaptarse a las actividades diarias requiere no sólo de tratamiento farmacológico, sino también del uso de diversas terapias que mejoren la calidad de vida del paciente y eviten la aparición de síntomas, posibles recaídas en la diferenciación de aspectos cognitivos, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales. y resolución de problemas interpersonales.

RECOMENDACIONES

En la presente revisión bibliográfica se evidencia el desarrollo evolutivo de la esquizofrenia desde la infancia en los diferentes ámbitos. Se recomienda realizar estudios individuales y grupales que fomenten un adecuado comportamiento, una vinculación afectiva adecuada, manejo de emociones, responsabilidad y empatía, con la finalidad de contrarrestar la aparición de sintomatología positiva y negativa que origina un deterioro físico, emocional, social e intelectual severo, esta acción preventiva sería eficaz al desarrollarse con la colaboración de la familia y el personal médico, puesto que son quienes están en mayor contacto con los pacientes con enfermedad psiquiátrica.

Se evidenció que la esquizofrenia se asocia a otras comorbilidades, es común observar en pacientes esquizofrénicos el consumo de tabaco relacionado con cannabis, pacientes con hipertensión arterial, con diabetes mellitus, lo cual reduce su calidad de vida aún más. De hecho, los avances de la ciencia y la psicología aún no logran cambiar todos los síntomas y desventajas que enfrentan las personas con esta enfermedad, y es importante explorar nuevos tratamientos.

En este sentido, esta revisión bibliográfica nos permitirá aportar en el avance del conocimiento científico dado a la insuficiente contribución de trabajos de investigación en el ámbito Nacional, en especial en la Universidad Nacional de Chimborazo, por lo cual, se espera que los resultados de esta investigación aporten cambios sustanciales en el abordaje de los factores, etiología de la enfermedad y del cuidado del paciente que padece problemas de esquizofrenia, además el estudio permitirá servir como base para el desarrollo de futuras investigaciones dado que es parte de una necesidad real de la atención sanitaria en la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 (NIMH)., N. I. (01 de 01 de 2021). *La esquizofrenia. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos*. Obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>
- 2 Alsina, I. B. (2019). De la psicosis a la esquizofrenia. Genealogía de un concepto y su impacto en la actualidad. *Epistemología e Historia de la Ciencia*, 4(1), , 5-32.
- 3 Álvarez, L. G.-P. (2019). Consumo de cannabis y alteraciones cognitivas en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos. . *Adicciones* 31(2),, 89-94.
- 4 Amador, A. G. (2019). Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. . *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6(11), , 34-39.
- 5 Analuisa Aguilar, P. F. . (2017). Análisis del plan estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 de Ecuador en relación a los elementos propuestos para la elaboración de planes de salud mental de la Organización Mundial de Salud. *Master's thesis, Quito: USFQ*, , 12-21.
- 6 Artola, C. B. (2020). Actualización de los trastornos de personalidad. *Revista Médica Sinergia*,, 5-6.
- 7 Audiffred Jaramillo, R. I. (2022). La representación de la esquizofrenia en familiares de pacientes que habitan en el área metropolitana de Guadalajara: una perspectiva desde la teoría fundamentada. . *Acta universitaria*, 32., 13.
- 8 Cañizares-Villalba, M. J.-C. (2019). Cañizares-Villalba, M. J., & Enfermedades neuropsiquiátricas en atención primaria en una zona rural de la sierra Ecuatoriana en el 2018. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 28(3),, 15-18.
- 9 Capponi, R. (2017). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago: Universitaria. Santiago de Chile: Universitaria.
- 10 Cruz, C. (2019). Teorías de la personalidad a lo largo de la historia. *Psiquiatría y salud mental*, 36(3/4),, 119-130.
- 11 Del Castillo, J. S. (2022). Esquizofrenia, diagnóstico y tratamiento en pacientes pediátricos. . *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 6(4), , 12-25.

- 12 Driver DI, T. S. (2022). Childhood-onset schizophrenia and early-onset schizophrenia spectrum disorders. *An update. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 29(1), 71–90.
- 13 Ecuador, M. d. (30 de Junio de 2014). *PLAN ESTRATEGICO NACIONAL DE SALUD MENTAL*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Estrategico-Nacional-de-Salud-Mental-con-Acuerdo_compressed.pdf
- 14 Enríquez-Sánchez, H. &.-M. (2019). Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes. . *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 62(4), , 9-23.
- 15 Escamilla-Orozco, R. I.-P. (2022). Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gaceta médica de México*, 157(Supl. 4), , S1-S12.
- 16 Estrada, M. M. (2023). Esquizofrenia y consumo de sustancias: características sociodemográficas asociadas. . *Dominio de las Ciencias*, 9(4), , 1198-1216.
- 17 Fernández, J. M. (2021). Terapia cognitivo conductual y esquizofrenia: un estudio de revisión sobre su eficacia. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 5(41), , 362-372.
- 18 Freire Facal, C. .. (2021). Estudio de la variación genética común compartida entre esquizofrenia y COVID-19 grave. 10-13.
- 19 Frutuoso, L. P. (2022). SINTOMAS POSITIVOS E NEGATIVOS DA ESQUIZOFRENIA COMO FATOR PREDISPONENTE PARA DISTÚRBIOS DO SONO. *Contemporânea*, 2(3)., 54*56.
- 20 García, R. L. (2021). Acercamiento a los Profesionales de la Salud Mental: Sus Explicaciones sobre los Síntomas, Tratamientos y Etiología del Trastorno Esquizofrénico. . *University of Puerto Rico, Rio Piedras (Puerto Rico)*., 16-19.
- 21 Gejman, P. V. (2018). *La etiología de la esquizofrenia. Medicina* . Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000300007&lng=es&tlng=e
- 22 Giedd JN, R. A.-B. (2022). Child psychiatry branch of the National Institute of Mental Health longitudinal structural magnetic resonance imaging study of human brain development. . *Neuropsychopharmacology* , 43.

- 23 Giménez-Bertomeu, V. M.-A. (2023). La intervención social en territorios vulnerables, desde la perspectiva de los Servicios Sociales de Atención Primaria. Fundamentos y experiencias. *Universidad de Alicante.*, 54-56.
- 24 Godoy, D. E. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, , 169-173.
- 25 Juliá-Sanchis, R. A.-S.-L.-R. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. *Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria*, 34, 81-86.
- 26 López, M. D. (2023). Esquizofrenia. Fases, etiología, factores de riesgo y diagnóstico. . *E-IDEA 4.0 Revista Multidisciplinar*, 5(14), , 12-21.
- 27 Marcos Rubio, M. B. (2021). La esquizofrenia: concepto, sintomatología y actualidad.
- 28 McCutcheon, R. A. (2020). Schizophrenia—an overview. *JAMA psychiatry*, 77(2),, 201-210.
- 29 Mendonça, S. M. (2019). Dignidad y autonomía del paciente con trastornos mentales. . *Revista Bioética*, 27, 46-52.
- 30 Moreira, J. S. (2021). Revisión de Literatura Sobre Anormalidades Neurobiológicas en la Esquizofrenia. *PsicoInnova*, 5(2), 18-30., 18-30.
- 31 Muñoz, P. D. (2022). Esquizofrenia de inicio muy temprano en trastorno de espectro autista. 2. *REVISTA MÉDICA HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA*, 15(2), , 49-52.
- 32 Núñez Gómez, I. (10 de 05 de 2023). *El tabaco, el efecto de la nicotina y su relación con la esquizofrenia.* Obtenido de https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/29718/2023_Nu%c3%b1ezG%c3%b3mezI.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 33 OMS. (8 de junio de 2022). *trastornos mentales.* Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- 34 Otárola, P. E. (2022). Esquizofrenia de inicio precoz: Revisión bibliográfica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 6(3), ., 139-144.
- 35 Patiño, W. V. (2023). Factores Psicosociales de Riesgo y Delitos Asociados en Inimputables con Esquizofrenia. *Revista Cubana de Educación Superior*, 42(especial 2),, 205-220.

- 36 Patiño, W. V. (2023). Factores Psicosociales de Riesgo y Delitos Asociados en Inimputables con Esquizofrenia. Guayaquil-Ecuador 2013-2022. *Revista Cubana de Educación Superior*, 42(especial 2),, 205-220.
- 37 Ramírez-Jirano LJ, V.-R. S.-C. (2019). Cytokines and nervous system: relationship with schizophrenia. . *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 7(2),, 107-112.
- 38 Rapoport JL, G. J. (2022). Childhood-onset schizophrenia. Progressive ventricular change during adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 54(10), 897–903.
- 39 Rasmawati, R. P. (2023). La terapia Dhikr reduce los síntomas y mejora las capacidades funcionales de pacientes esquizofrénicos con alucinaciones: un estudio de caso. *Jurnal Kesehatan LLDikti Wilayah 1 (JUKES)*, 3 (2),, 79–85.
- 40 Rodríguez Ravichagua, L. U. (2023). Salud mental y calidad de vida en el adulto mayor del centro integral de atención CIAM,. *La Perla–Callao 2022.*, 45-56.
- 41 Salud., O. M. (2023). Esquizofrenia. *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*, 13-14.
- 42 Santamaría Pérez, C. (31 de mayo de 2020). *Estigma social sobre las enfermedades mentales*. Obtenido de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/20077/SANTAMARIA%20PEREZ%2c%20CRISTINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 43 Santos Sabino, D. C. (2023). Ansiedad y estilos afrontamiento en cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia . *Centro de salud mental comunitario Esperanza Huánuco*, 17-16.
- 44 Serrano, K. A. (2021). IMPLICACIONES DE LA ESQUIZOFRENIA EN LAS PERSONAS QUE LAS PADECEN. Amazônica-Revista de Psicopedagogia, . *Psicologia escolar e Educação*, 13(2, jul-dez), , 70-92.
- 45 Silva, J. M. (2018). Caso clínico: Esquizofrenia Paranoide. *ESPOCH —Facultad de Salud Pública-La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición*, 9(1.),, 10.
- 46 Silva, M. A. (2019). Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*,, 252-260.
- 47 Soto, C. M. (2023). Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas de un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de una institución de salud mental de Medellín, Antioquia. *Medicina UPB*, 42(1), , 10-19.

- 48 Tamminga c. (2023). Esquizofrenia - Trastornos psiquiátricos -. *Manual MSD*, 24.
- 49 Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista científicosanitaria*, 4(3), 36-45.
- 50 Torres Lugo, D. J., & Cabrera Pérez, A. E. (2022). La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la tecnología y la sociedad. *Revista Finlay*, 12(3), 322-330.
- 51 Valle, R. (2020). La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. . *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 95-104.
- 52 Velazco Fajardo, Y. Q. (2019). Velazco Fajardo, Y., Quintana Rodríguez, I., Fernández Romero, M. D. L. C. Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1163-1171.
- 53 Vergara-Ramírez, S. &.-U. (2020). Metacognición, apego y sintomatología en esquizofrenia primer episodio. . *Terapia psicológica*, 38(2), 131-152.
- 54 Vílchez Salcedo, L. A. (2019). El abordaje temprano y tratamiento mixto en el manejo de la esquizofrenia: Guía de práctica clínica basada en evidencia de un hospital especializado en salud mental del Ministerio de Salud del Perú. *In Anales de la Facultad de Medicina* 80/3, 389-396.