

## CARRERA DE MEDICINA

### Nombre del Ensayo

La esquizofrenia: su fisiopatología y la repercusión  
psicosocial del paciente

### Autor

Ana Carolina Mendoza Saltos

### Curso & Paralelo

4<sup>to</sup> "D"

### Asignatura

Fisiopatología

### Fecha

13 de septiembre de 2020

Manta- Manabí - Ecuador



## Contenido

<b>1. Introducción.</b> –.....	1
<b>1.1. Resumen.</b> –.....	1
<b>1.2. Introducción.</b> – .....	1
<b>1.3 Objetivos.</b> – .....	2
<b>1.3.1 Objetivo General.</b> –.....	2
<b>1.3.2 Objetivos específicos.</b> –.....	2
<b>1.4 Justificación del tema.</b> – .....	3
<b>1.5 Metodología de la investigación.</b> –.....	4
<b>2.0 desarrollo.</b> – .....	5
<b>2.1 Fisiopatología de la esquizofrenia.</b> – .....	5
<b>2.1.1 Síntomas.</b> – .....	5
<b>2.1.2 Anomalías.</b> – .....	6
<b>2.2 Etiología.</b> –.....	7
<b>2.3 Trastornos y violencia.</b> –.....	7
<b>2.3.1 jurisprudencia en los pacientes violentos con esquizofrenia.</b> –.....	8
<b>2.4 genero de la esquizofrenia.</b> –.....	9
<b>2.4.1 Edad de inicio.</b> - .....	10
<b>2.4.2 Sintomatología.</b> –.....	10
<b>2.5 Tratamiento.</b> –.....	10
<b>2.5.1 Formas actuales.</b> –.....	11
<b>2.6 Fármacos.</b> –.....	11
<b>2.6.1 Antipsicóticos de primera generación.</b> –.....	12
<b>2.6.2 Antipsicóticos de segunda generación.</b> – .....	13
<b>2.6.3 Benzamidas.</b> – .....	14
<b>2.7 Tratamiento social y familiar.</b> – .....	14
<b>2.7.1 Tratamiento familiar.</b> –.....	14
<b>3.0 Conclusión y recomendaciones.</b> – .....	16
<b>3.1 Conclusión.</b> –.....	16
<b>3.2 Recomendaciones.</b> –.....	17
<b>4.0 Bibliografía.</b> –.....	17

## **1. Introducción. –**

### **1.1. Resumen. –**

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que afecta la funcionalidad de las personas para poder comportarse, pensar y tener afecto de manera correcta, también afecta la relación social y familiar del paciente tanto como su funcionamiento neurológico. La esquizofrenia se presenta de distinta manera en géneros, los hombres son más propensos a padecer de este trastorno y por ende son más propensos a padecer de un trastorno crónico. La esquizofrenia es una enfermedad que hasta no hace mucho no se conocía su etiología, pero con la avanzada tecnología de hoy los científicos han puesto una hipótesis que la esquizofrenia puede darse por un problema genético. A pesar que existen múltiples tratamientos es muy probable que el paciente no acceda a probarlos ya que son demasiado fuertes y costosos y por lo general no son tan asequibles, pero es importante tomarlos porque al ser una enfermedad degenerativa con el pasar del tiempo puede volverse crónica y afectar de manera violenta al paciente. La presente investigación busca proveer información a la población sobre uno de los trastornos más importantes y comunes conocidos por el ser humano, la esquizofrenia, que la comunidad sepa como tratar y poder convivir con personas que padecen este trastorno, también parte de la investigación es poder dar a conocer cuáles son los mejores tratamientos para poder sobrellevar este trastorno y las repercusiones sociales y psicológicas que pueden padecer los pacientes, también los impactos dañinos y psicológicos para el círculo social cercano de este paciente como familiares o amigos.

### **1.2. Introducción. –**

La esquizofrenia es uno de los términos utilizados para describir un trastorno o un conjunto de trastornos psiquiátricos significativos e importantes que alteran la percepción, el pensamiento, el afecto y el comportamiento de un individuo; así mismo cada una de las personas que sufren de este trastorno, tienen su única y propia combinación tanto de síntomas como de experiencias, ya que están

influenciados por circunstancias particulares (Montaño 2013) la esquizofrenia no tiene un origen como tal ya especificado pero según expertos su origen se debe a alteraciones genéticas y aunque no exista un origen como tal los médicos pueden darse cuenta que una persona posee este trastorno por ciertas cualidades como son alteraciones de la estructura encefálica (p. ej., aumento de tamaño de los ventrículos cerebrales, adelgazamiento de la corteza, reducción del tamaño del hipocampo anterior y otras regiones del encéfalo), cambios en la neuroquímica, especialmente actividad alterada de los marcadores de la transmisión de dopamina y glutamato y factores de riesgo genético recientemente demostrados. Según algunos expertos, la esquizofrenia aparece con más frecuencia en personas vulnerables durante el desarrollo nervioso, y el inicio, la remisión y la recidiva de los síntomas son el resultado de las interacciones producidas entre estas vulnerabilidades duraderas y los factores estresantes medioambientales. La característica principal de la esquizofrenia es la pérdida de contacto con la realidad y no discernir lo que está bien y mal incluyendo emociones y reacciones, en la actualidad no existe una prueba para el diagnóstico definitivo. Este se basa en una entrevista exhaustiva de un psiquiatra al paciente, familiares y su círculo social. Para la familia el pariente enfermo es un integrante que trastorna la dinámica familiar, que mueve los afectos en forma polarizada: por un lado, puede obtener una sobreprotección que lo hace sumamente dependiente y lo incapacita más, y por otro, obtiene el rechazo total de la familia, de tal manera que lo quieren depositar permanentemente en la institución. Cuando existe un miembro en la familia con este trastorno se observa una alteración importante dentro de ella. (Padilla 2001)

### **1.3 Objetivos. –**

#### **1.3.1 Objetivo General. –**

Esta presente investigación tiene como finalidad demostrar la importancia de la salud pública mental en Ecuador e identificar las repercusiones psicosociales que acarrear los pacientes con esquizofrenia.

#### **1.3.2 Objetivos específicos. –**

Parte de la investigación también busca obtener los siguientes objetivos específicos:

- Describir la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia y porqué es importante el uso continuo del tratamiento.
- Evaluar las repercusiones psicosociales de pacientes con esquizofrenia y como afecta en su vida cotidiana con relación a la familia y su círculo social.
- Implementar técnicas de ayuda para los familiares y amigos de las personas que poseen este trastorno, para que puedan sobrellevar esta enfermedad de la mejor manera y puedan también ayudar a no sufrir tanto a su ser querido.

#### 1.4 Justificación del tema. –

La razón por la que se decidió escoger este tema de investigación es educar y concientizar a la población cuán importante es la salud mental y promover la prevención de enfermedades psiquiátricas. Por esta razón se decidió escoger una de las enfermedades mentales con mayor prevalencia en el territorio ecuatoriano como tema de investigación, la esquizofrenia, los datos estadísticos adquiridos de la unión de la OMS (organización mundial de la salud) en conjunto al IESM (Instituto ecuatoriano de salud mental) demuestran que, de todos los pacientes de los hospitales psiquiátricos del Ecuador, el 38% padece de esta enfermedad mental la cual es aún una enfermedad incurable. (IESM-OMS 2008)

Diagnóstico	Porcentaje
1. Trastornos mentales y de conducta debidos a uso de sustancias psicoactivas (F 10 – F19)	16
2.- Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes (F20 – F29)	38
3.- Trastornos del estado de ánimo (afectivos) (F 30. F 39)	17
4.- Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (F40 – F 48)	1.6
5.- Trastornos de personalidad y de conducta de adultos (F 60 – F 69)	1.4
6.- Otros (epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retardo mental, trastornos conductuales y emocionales cuya primera aparición ocurre en la infancia o adolescencia) (F-98)	26

**Elaboración:** encuestas hechas por el IESM Ecuador

**Fuente:** (IESM-OMS 2008)

La esquizofrenia es un tema muy poco conocido para la población común y las personas que lo padecen son víctimas de agresiones o malos tratos, de miedo hacia ellos, de discriminaciones por eso es importante hacer conocer a la ciudadanía como funciona este trastorno y también que sepan que mientras el paciente siga correctamente el tratamiento este trastorno no es peligroso para con la sociedad.

Es importante saber que la esquizofrenia no solo conlleva a padecer problemas mentales ni sociales, sino que también se padece de maltrato físico, automutilaciones y múltiples intentos de suicidios por parte del portador de este trastorno, por eso es importante que el paciente siga correctamente el tratamiento y visite muy frecuentemente a su médico de confianza, con la medicación, visitas a su médico constantes y cuidado de los familiares y amigos la persona que padece de este trastorno puede llegar una vida controlada y normal, esta enfermedad puede ser incurable y a veces dejar estragos muy fuertes pero no tienes demencia permanente, por eso estos pacientes pueden vivir tranquilos y en sociedad siempre y cuando visiten al médico y sigan correctamente el tratamiento.

### **1.5 Metodología de la investigación. –**

Este ensayo tiene como metodología la exhaustiva investigación de artículos científicos e informes de centros psiquiátricos que pasaron por el respectivo filtro de veracidad por las entidades correspondientes, también fue una investigación por testimonios personales de personas que han tratado en la vida de pacientes con este trastorno llamado esquizofrenia, estudios empíricos por experiencias con familiares y datos revelados por las entidades públicas que tienen a libre conocimiento para todos, se realizó este ensayo con las respectivas citas bibliográficas y un análisis propio.

## **2.0 desarrollo. –**

### **2.1 Fisiopatología de la esquizofrenia. –**

Aunque no existe mucha información sobre su prevalencia, estas alteraciones parecen ser más bien frecuentes. De 171 pacientes con esquizofrenia con un buen nivel de funcionamiento en la comunidad, sólo el 27% rendía normalmente en las pruebas neuropsicológicas administradas comparado con el 95% de los 63 controles normales. En el extremo de mayor severidad de la enfermedad, en una muestra de 308 pacientes con esquizofrenia mayores de 65 años pacientes crónicamente hospitalizados, el Mini Mental State Examination (MMSE) promedio fue de 14,5 puntos (Barrera 2006); en la misma muestra el 57% de los pacientes cumplía con los criterios DSM-III-R para el diagnóstico de demencia. Un reciente metaanálisis reveló que los familiares de pacientes con esquizofrenia exhiben dichos trastornos cognitivos, especialmente de la memoria verbal y las funciones ejecutivas, lo cual sugiere una base genética para dichos déficits. (Barrera 2006)

#### **2.1.1 Síntomas. –**

Tomando en cuenta las palabras de Álvaro Barrera en su publicación en la revista de Chile neuro-psiquiatra “los trastornos cognitivos de la esquizofrenia” la esquizofrenia posee varios síntomas a lo largo del proceso de la enfermedad, como lo son la pérdida de memoria, déficit de atención, la psicosis, severas alucinaciones o delirios. (Barrera 2006)

Como se sabe a ciencia cierta la esquizofrenia no presenta una base biológica, pero si puede ser reconocida por los médicos para darle un diagnóstico a los pacientes, los médicos pueden reconocerla por distintos puntos y factores que son los siguientes:

- Alteraciones de la estructura encefálica (p. ej., aumento de tamaño de los ventrículos cerebrales, adelgazamiento de la corteza, reducción del tamaño del hipocampo anterior y otras regiones del encéfalo)

- Cambios en la neuroquímica, especialmente actividad alterada de los marcadores de la transmisión de dopamina y glutamato
- Factores de riesgo genético recientemente demostrados

Según algunos expertos, la esquizofrenia aparece con más frecuencia en personas vulnerables durante el desarrollo nervioso, y el inicio, la remisión y la recidiva de los síntomas son el resultado de las interacciones producidas entre estas vulnerabilidades duraderas y los factores estresantes medioambientales.

### **2.1.2 Anomalías. –**

Una forma de graficar la severidad de estas alteraciones es constatar que los pacientes con esquizofrenia, como grupo, tienen un rendimiento global en pruebas neuropsicológicas el cual es más pobre que el de los pacientes que han sufrido TEC, tienen peor memoria y capacidad conceptual que los pacientes con epilepsia focal de tipo frontal o temporal, y manifiestan un peor nivel de memoria comparado con pacientes alcohólicos crónicos. Otra manera de dimensionar la severidad de estas alteraciones cognitivas es cuantificando el rendimiento de los pacientes con esquizofrenia en términos de las desviaciones estándar (DS) por debajo del promedio para individuos normales, considerando edad y educación. Desde este punto de vista, las habilidades perceptivas básicas, la memoria de reconocimiento y la capacidad para nombrar figuras están levemente afectadas (0,5 a 1,0 DS bajo el promedio normal). La capacidad para concentrarse, la memoria de recuperación, las habilidades visomotoras, y la memoria de trabajo están moderadamente afectadas (1 a 2 DS bajo el promedio normal). Finalmente, la memoria declarativa verbal, las funciones ejecutivas, la función de vigilancia, la velocidad motora, y la fluidez verbal están todas severamente dañadas (más de 2 DS bajo el promedio normal) verbal, así como en tareas de asociación de palabras. Por otro lado, la capacidad de recordar la información adquirida mucho tiempo antes esta indemne y, por tanto, el rendimiento es normal en pruebas como la escala verbal del WAIS y las pruebas que determinan el funcionamiento intelectual premórbido. (Barrera 2006)



No es difícil apreciar las implicancias clínicas de las anomalías de la memoria: los pacientes olvidarán las indicaciones, olvidarán tomar su medicación y la fecha de sus controles. Su habilidad para funcionar independientemente en la comunidad se verá seriamente afectada pues, por ejemplo, no podrán recordar qué iban a comprar en el supermercado ni la conversación que tuvieron minutos antes con un familiar o amigo. Por las mismas razones, estos trastornos de memoria serán un obstáculo para que los pacientes se beneficien del proceso de rehabilitación. (Barrera 2006)

## **2.2 Etiología. –**

Para los investigadores y toda la comunidad científica la esquizofrenia es una enfermedad complicada viéndola tanto desde el punto de vista clínico como el de la investigación. Aunque comúnmente se dice que la esquizofrenia tiene una etiología desconocida eso es un tanto erróneo, como lo cita Jordi E. Obiols en su texto etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia existen estudios empíricos y se pudo llegar a la conclusión de que la esquizofrenia es una enfermedad neurológica de origen genético con afectaciones ambientales con factores de riesgo precisos y conocidos. (Vicens-vilanoa 2003)

En los últimos 20 años, una nueva hipótesis ha ido ganando aceptación: el modelo del neurodesarrollo. Este postula como vía causante de la enfermedad una alteración en el desarrollo cerebral. Dicha alteración podría ser secundaria tanto a factores genéticos, como ambientales, como a una combinación de ambos. Se pretende revisar este paradigma etiológico del complejo fenotipo “esquizofrenia”, así como las implicaciones que tiene para futuras investigaciones y abordajes. (Vicens-vilanoa 2003)

## **2.3 Trastornos y violencia. –**

Algunos estudios científicos, ya clásicos, han concluido que las personas con trastornos mentales severos que tienen prescrito tratamiento inadecuado o no lo siguen son más propensas a involucrarse en conductas violentas que la población general. (Esbec y Echeburúa 2016)

En concreto, en estos estudios se relaciona la esquizofrenia, especialmente el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, con el comportamiento violento es abundante la bibliografía existente sobre la relación entre violencia y delirios, especialmente delirios de identificación defectuosa, amenaza o control, y alucinaciones auditivas, especialmente las imperativas, así como entre violencia y actitudes de hostilidad Así, los pacientes con esquizofrenia pueden llegar a perder el contacto con la realidad, atribuyen a los demás actitudes o intenciones hostiles y toman como ciertos e irrefutables sus fantasmas imaginarios. La mayoría de los actos violentos cometidos por personas con esquizofrenia se relacionan con la presencia de síntomas psicóticos positivos, es decir, con ideas delirantes persecutorias, alucinaciones auditivas amenazantes o imperativas y otros fenómenos psicóticos. (Esbec y Echeburúa 2016)

### **2.3.1 jurisprudencia en los pacientes violentos con esquizofrenia. –**

Argumentando un poco el texto de Enrique Esbec en un caso de violencia por un paciente esquizofrénico frecuentemente el paciente llega al perito como autor de un crimen violento o de delitos menos graves, o incluso por hechos que son habituales en la población delincuente común. También puede acceder al perito para valorar su estado mental durante la guardia de detenidos, para un ingreso involuntario o para examinar sus competencias de autogobierno. (Esbec y Echeburúa 2016) una vez examinado por un perito se puede tomar una decisión en el caso de haber violentado la ley, los pacientes con esquizofrenia generalmente son sentenciados con demencia o psicosis por lo cual no son sentenciados como personas normales sin embargo se los juzga como personas fuera de su cordura.

A nivel pericial penal, las psicosis constituyen el paradigma de la locura, la enajenación, alienación o alteración psíquica, al tratarse una pérdida de la conciencia de la realidad y/o de la continuidad histórico-biográfica. La percepción del mundo como amenazante explica las conductas agresivas en sujetos con síntomas esquizofrénicos de un trastorno que irrumpe en la personalidad y que implica. (Esbec y Echeburúa 2016)

El paciente psicótico puede engañar al perito y a los jueces. Al respecto, cabe decir que el paciente psicótico crónico puede ser muy inteligente y «aprovecharse» de su diagnóstico previo acreditado y sentirse «justificado» en todos los casos para delinquir, con un suficiente nivel de conocimiento y voluntad en beneficio de su persona. (Esbec y Echeburúa 2016) La psicosis simulada no va a ser fácil en la práctica. El paciente simulador deberá poseer ciertos conocimientos de psiquiatría, deberá tener la constancia de mantener en pie sus síntomas sin equivocaciones o inconsistencias de una anamnesis a otra y deberá simular al mismo tiempo todo un cortejo de síntomas. El estudio de la posible simulación debe ser tenido en cuenta en la evaluación. Hay ciertos signos de sospecha (Esbec y Echeburúa 2016)

Para la justicia los pacientes con casos de esquizofrenia o cualquier problema neurológico que los inhiba de todas sus capacidades mentales, son casos complicados los cuales deben ser tratados con peritos en esas áreas, la justicia no puede dar una sentencia a una persona con trastornos mentales como una persona cuerda y consciente con todas sus capacidades mentales porque no son iguales, generalmente las autoridades juzgan al paciente con la enfermedad con médicos de respaldo para poder dar un veredicto y saber si el paciente debe o no debe asistir a una clínica para pacientes con problemas mentales o simplemente debe seguir un tratamiento para vivir tranquilamente

#### **2.4 genero de la esquizofrenia. –**

La esquizofrenia es un trastorno que muestra una considerable heterogeneidad en varias de sus características básicas. Existe una gran variabilidad en la presentación clínica, curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento, tanto farmacológico como psicosocial. Para explicar parte de esta heterogeneidad puede ser útil emplear la variable género dada la fiabilidad, la estabilidad y la validez de su definición. (Usall 2003) la esquizofrenia presenta distintas variables al momento de afectar a los pacientes debido a su género, no se presenta de la misma manera en hombres como en mujeres, tienen sus particularidades.

La existencia de un mayor riesgo de padecer esquizofrenia en hombres que en mujeres es una realidad, aunque estudios antiguos no definían un riesgo por

diferencia de género, estudios recientes demostraron que los hombres son más propensos a padecer de esquizofrenia, dos trabajos con muestras comunitarias que estudiaron la incidencia de esquizofrenia teniendo en cuenta la variable género hallaron una mayor incidencia de esta enfermedad en hombres que en mujeres. (Usall 2003)

#### **2.4.1 Edad de inicio. -**

Las diferencias en la edad de inicio (Hombres 18-25 años; Mujeres 25-35) es el hallazgo más replicado en los estudios sobre diferencias de género en la esquizofrenia. Las diferencias de género en edad de inicio también han sido replicadas en diversas culturas y utilizando diversos sistemas diagnósticos. Además, las mujeres, a diferencia de los hombres, presentan otro pico de inicio de la enfermedad a partir de los 40 años. (Usall 2003)

#### **2.4.2 Sintomatología. –**

Los primeros estudios que examinaban las diferencias de género en la sintomatología de la esquizofrenia sugerían diferencias entre mujeres y hombres. Las diferencias más frecuentemente descritas eran que las mujeres presentaban más síntomas afectivos y menos síntomas negativos. Por otro lado, los hombres presentaban mayor comorbilidad en abuso de sustancias, más conductas antisociales y mayor riesgo de suicidio. Algunos de estos estudios adolecían de importantes problemas metodológicos. Uno de los más importantes era el de la variabilidad en los criterios diagnósticos utilizados. Lewine y cols., (1984) hipotetizaban que más mujeres esquizofrénicas eran rediagnosticadas de trastornos afectivos con criterios diagnósticos más restrictivos. En un estudio diseñado para comprobar esta hipótesis, Goldstein y Link (1988) hallaron diferencias clínicas entre hombres y mujeres que no podían ser atribuidas a las diferentes clasificaciones diagnósticas utilizadas. (Usall 2003)

#### **2.5 Tratamiento. –**

El tratamiento de la esquizofrenia ha evolucionado a lo largo de la segunda mitad del siglo pasado, principalmente gracias al desarrollo de los fármacos antipsicóticos. A pesar del gran avance realizado, que ha permitido la disponibilidad y uso de nuevos y diferentes fármacos, éstos continúan constituyendo tres grupos básicos (antipsicóticos típicos, atípicos y agonistas parciales dopaminérgicos), y todos ellos tienen como principal mecanismo de acción, la actuación sobre los sistemas dopaminérgicos. Se cree que una gran parte de los antipsicóticos de segunda generación (antipsicóticos atípicos y agonistas parciales dopaminérgicos) ofrecen ventajas añadidas a los de primera generación en el tratamiento de la esquizofrenia. (Tajima y Fernandez 2009)

### **2.5.1 Formas actuales. –**

Las estrategias y formas de tratamiento de la esquizofrenia varían en función de la fase y la severidad de la enfermedad. A pesar del desarrollo de diversas terapias psicosociales, como la terapia cognitivo-conductual o la psicoeducación, éstas son útiles como adyuvantes al tratamiento farmacológico, y todas requieren de este último para conseguir su máxima efectividad. A pesar de que todos los tratamientos farmacológicos existentes tienen limitaciones en cuanto a su eficacia y están relacionados con efectos adversos indeseables, es un hecho demostrado que los antipsicóticos pueden mejorar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y prevenir las recidivas. (Tajima y Fernandez 2009)

Actualmente se dispone de antipsicóticos típicos y atípicos. Los típicos, aunque efectivos, no suponen un tratamiento óptimo, pues sólo un porcentaje pequeño de pacientes responde a ellos, y causan unos niveles importantes de efectos adversos agudos y crónicos. En el momento actual, el único grupo de pacientes en que se prefiere claramente estos fármacos son aquellos para los que hay una clara indicación de preparaciones inyectables, o que tienen antecedentes de una excelente respuesta a ellos con mínimos efectos secundarios. (Tajima y Fernandez 2009)

### **2.6 Fármacos. –**

En la publicación por la revista papeles del psicólogo vol. 28 titulada **“EFECTIVIDAD DE LOS MODERNOS FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS: ¿AVANCE TERAPÉUTICO O MÁS DE LO MISMO?”** “se publica lo siguiente: “tradicionalmente, se suele considerar que la introducción clínica en 1952 de los primeros fármacos neurolépticos como la clorpromazina para el tratamiento de la agitación maníaca y la esquizofrenia supuso un avance crucial en el campo de la Psiquiatría. A pesar de que frecuentemente se atribuye la disminución progresiva del número de pacientes ingresados en instituciones mentales a la introducción de estos fármacos principalmente en los EE.UU., en realidad diversos motivos sociales, políticos y económicos no relacionados con la eficacia de los neurolépticos desencadenaron el conocido fenómeno de la “desinstitucionalización psiquiátrica” “ (pardo 2007)

### **2.6.1 Antipsicóticos de primera generación. –**

Todos los APG tienen en común una alta afinidad por el receptor D2 dopaminérgico, existiendo una fuerte correlación entre las dosis terapéuticas de estos fármacos y su afinidad por la unión al receptor. Se ha demostrado la importancia de la ocupación del receptor dopaminérgico como un indicador de la respuesta antipsicótica y los efectos adversos. Así, se ha visto que una ocupación del receptor D2 estriatal del 65-70 % se asocia con los efectos antipsicóticos, mientras que una ocupación mayor del 80 % incrementa significativamente el riesgo de efectos extrapiramidales. Por lo tanto, un umbral de entre 65 y 80 % de ocupación parece representar la ventana terapéutica para minimizar el riesgo de EPS de los APG (este modelo no es absoluto y tiene sus limitaciones). Curiosamente, dosis bajas de haloperidol (2-5 mg/día) deberían inducir una ocupación del receptor del 60-80 % y, en cambio, en la práctica clínica se suelen prescribir dosis entre 5 y 20 veces más. Esto se sustenta, en parte, por el hecho de que el tratamiento a largo plazo con APG induce un aumento de receptores D2, lo que parece asociarse con una supersensibilidad dopaminérgica D2. Por tanto, podríamos decir que, para producir el mismo efecto sobre la transmisión dopaminérgica en pacientes crónicos, se precisan aumentos en la dosis. (Tajima y Fernandez 2009)

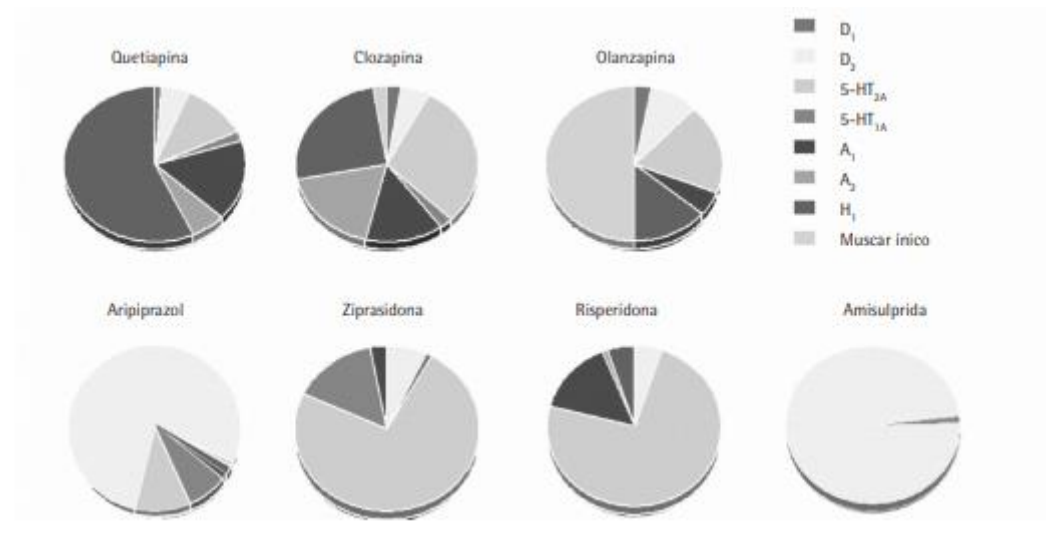
### **2.6.2 Antipsicóticos de segunda generación. –**

La teoría del antagonismo serotoninérgico-dopaminérgico propone que un nivel superior de afinidad del fármaco por el receptor 5-HT<sub>2A</sub> serotoninérgico, comparado con la afinidad por el receptor D<sub>2</sub> dopaminérgico puede explicar la «atipicidad», así como la mayor eficacia y menor tendencia a producir EPS, de los ASG. (Tajima y Fernandez 2009)

Estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) mostraron que dosis terapéuticas de risperidona, olanzapina y ziprasidona consiguen una ocupación de más del 70 % de los receptores D<sub>2</sub>, lo cual nos lleva a pensar que un umbral específico de ocupación del receptor D<sub>2</sub> sería importante en la producción de los efectos antipsicóticos de estos fármacos. Sin embargo, esta correlación no ocurre con clozapina, quetiapina y ziprasidona, por lo que otras propiedades farmacológicas, además del umbral de ocupación del receptor, influyen en la eficacia clínica. (Tajima y Fernandez 2009)

Clozapina, risperidona, olanzapina y ziprasidona ocupan más del 80 % de los receptores corticales 5-HT<sub>2A</sub> en el rango de dosis terapéutica en humanos. Aunque el antagonismo 5-HT<sub>2A</sub> es candidato a asociarse con la baja incidencia de EPS de los ASG, risperidona produce EPS a dosis mayores. Además, no está claro qué efectos clínicos produce el antagonismo 5-HT<sub>2A</sub>, más allá de mitigar el efecto adverso del antagonismo D<sub>2</sub> estriatal, y la tendencia a causar EPS. (Tajima y Fernandez 2009)

#### **Perfil receptorial en los antipsicóticos de segunda generación.**



**Fuente:** (Tajima y Fernandez 2009)

### 2.6.3 Benzamidas. –

Las benzamidas son antagonistas muy selectivos de los receptores D<sub>2</sub> y D<sub>3</sub>, con poca afinidad por los receptores D<sub>1</sub> o receptores no dopaminérgicos. Algunos estudios han propuesto que, a bajas dosis, bloquearían preferentemente autorreceptores D<sub>2</sub> presinápticos, provocando un incremento en la liberación y neurotransmisión dopaminérgica. Por el contrario, dosis mayores reducirían ciertos efectos mediados por el receptor de dopamina postsináptico, lo que se correlaciona con la eficacia antipsicótica, pero con muy poca o ninguna inducción de catalepsia, que reduciría el riesgo de EPS. (Tajima y Fernandez 2009)

Amisulpirida se caracteriza, además, por su rápida disociación del receptor D<sub>2</sub>. Su moderada afinidad por los receptores D<sub>2</sub> estriatales y su preferencia de unión sobre los receptores D<sub>2</sub> /D<sub>3</sub> de la corteza límbica podrían justificar su eficacia terapéutica y escasa tendencia a inducir EPS. (Tajima y Fernandez 2009)

## 2.7 Tratamiento social y familiar. –

### 2.7.1 Tratamiento familiar. –



El funcionamiento familiar es definido como el resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar, y es un importante concepto que ayuda a la comprensión de los esfuerzos para manejar las situaciones creadas por las enfermedades mentales severas. (Urizar y Giráldez 2008)

La enfermedad mental severa afecta a todos los aspectos del funcionamiento familiar, encontrándose alterado tanto los roles como las relaciones familiares (Marsh, 1992). Estas alteraciones incluyen finanzas, empleo, vida social, salud física, relaciones maritales y familiares, y actividades de la vida diaria. Además, se pueden experimentar cambios en la identidad familiar. (Urizar y Giráldez 2008)

Por otra parte, se ha observado que un buen funcionamiento familiar está asociado con el mayor uso de estrategias de afrontamiento, más apoyo social familiar, menos estrés psicológico familiar y pocos problemas conductuales del paciente (Saunders, 1999). En un estudio que evaluó la percepción del funcionamiento familiar en pacientes e integrantes de la familia en tres grupos diagnósticos del DSM-IV (depresión mayor, depresión bipolar y esquizofrenia), los resultados señalaron que no hubo diferencias significativas en la percepción del funcionamiento familiar entre los tres grupos de familiares, mientras que sí hubo diferencias significativas en algunas dimensiones en el grupo de pacientes. (Urizar y Giráldez 2008)

A continuación, se presenta la tabla para demostrar la afectación que hubo en las familias con base a las encuestas realizadas:

<i>Tabla 1</i> Selección preliminar y muestra final				
	Servicio de Salud Mental Norte		Servicio de Salud Mental Sur	
	Paciente	Familiar	Paciente	Familiar
Muestra preliminar	39	31	64	39
No acepta participar	5		12	
No se pudo establecer el contacto*	8		18	
Condiciones que no le permiten participar**	3		9	
Participa en el estudio	24	31	25	39

\* No corresponde la dirección, no contesta, no vive ahí, no está en la ciudad, etc.  
 \*\* Se fatiga, no puede hablar, no entiende, hospitalizado, en asilo, etc.

**Fuente:** (Urizar y Giráldez 2008)

**Elaboración:** encuestas por parte de los autores

Esta tabla nos muestra como las familias no son catastróficas, solo son desfavorables en casos de enfermedades severas o crónicas, comúnmente los pacientes con esquizofrenia más sufren por dejar los fármacos o tratamientos y empiezan a tener estrés en trabajos o tienen abandono de sus familiares o amigos y no tienen recursos para llevar una vida tranquila, en esos casos la esquizofrenia llega a ser catastrófica y peligrosa para el paciente y la sociedad en sí.

### **3.0 Conclusión y recomendaciones. –**

#### **3.1 Conclusión. –**

Después de una exhaustiva investigación y con base a las publicaciones científicas de los investigadores citados se llegó a la siguiente conclusión, el trastorno neurológico llamado esquizofrenia es un trastorno del cual hasta la actualidad no se sabe cuál es su etiología exacta pero las comunidades científicas actuales plantean que es una enfermedad que nace de daños genéticos y problemas obstétricos, esta enfermedad afecta al paciente de una manera en que pierde toda su noción de afectividad, sentimiento y cordura, no saben discernir de lo que está bien y lo que está mal, esta enfermedad puede llegar a ser crónica si no se trata a tiempo, los pacientes que siguen su tratamiento y toman medicinas pueden llevar una vida tranquila.

Los datos estadísticos señalan que este trastorno es el más incidente en el territorio ecuatoriano por ende esta investigación demuestra lo importante que es informar a la ciudadanía sobre las personas que lo padecen, para que sepan que este trastorno no es peligroso si se mantiene correctamente en orden el tratamiento y el paciente tiene afecto y apreciación por las personas que lo rodean, hoy en día también existen fármacos excelentes que controlan este trastorno y no se vuelven peligrosos ni adictivos.

Los familiares y el círculo social de los pacientes no suele ser afectado ni deteriorado cuando se padece esta enfermedad, sus relaciones repercuten mucho en como avanza el proceso de la enfermedad, si el paciente recibe afecto y ayuda de su círculo social es más fácil que pueda vivir tranquilo teniendo este trastorno, es normal que las personas sientan miedo porque la enfermedad produce psicosis y alucinaciones, pero es importante controlarlas y no dejarlas avanzar.

Las repercusiones sociales suelen afectar en toda su vida al paciente, bullying, sin ofertas de trabajo, una vida dura, es importante como comunidad saber integrar a estas personas y apoyarlas.

### **3.2 Recomendaciones. –**

Como recomendación a la ciudadanía este trabajo quiere dar es que traten de informarse, leer e investigar, las personas con problemas neuróticos sufren y ya tienen un problema como para lidiar con problemas sociales, si tienen un familiar o amigo que padece esta enfermedad lo más aconsejable es que lo guíen y lo ayuden a seguir con el correcto tratamiento y tomar su medicina a tiempo.

### **4.0 Bibliografía. –**

Barrera, Álvaro. «Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia.» *Revista Chile Neuro-psiquiatra*, 2006: 215-221.

Esbec, Enrique, y Enrique Echeburúa. «Violencia y Esquizofrenia: un análisis clínico-forense.» *Anuario de psicología jurídica*, 2016: 70-79.

IESM-OMS. «Sistemas de Salud Mental del Ecuador.» *Organización Mundial de la Salud*, 2008: 11-26.

Montaño, Lina. «ESQUIZOFRENIA Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS: UNA REVISIÓN TEÓRICA.» *Vanguardia Psicológica*, 2013: 86-107.

Padilla, María Teresa Cortes. «Scielo.» *Scielo*. 6 | de Noviembre de 2001.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342001000600003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000600003&lng=es&tlng=es) (último acceso: 20 de agosto de 2020).

pardo, Héctor González. «EFECTIVIDAD DE LOS MODERNOS FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICOTIOS: ¿AVANCE TERAPÉUTICO O MÁS DE LO MISMO?» *Papeles de psicólogo*, 2007: 111-116.

Tajima, k., y h. Fernandez. «Tratamientos para la esquizofrenia. revision crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos.» *actas esp psiquiatr*, 2009: 30-342.

Urizar, Alejandra Caqueo, y Serafín Lemos Giráldez. «Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana.» *Psicothema* , 2008: 577-582.

Usall, Judith. «diferencias de género en la esquizofrenia.» *Psiquiatría Fac Med Barna*, 2003: 276-287.

Vicens-vilanoa, Jordi E. Obiols y Jordi. «Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia.» *international journal of psychology and psychological therapy*, 2003: 235-250.