



DOI: 10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.111-123

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/988>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 111-123



Esquizofrenia. Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería

Schizophrenia. Diagnosis, treatment and nursing care

Esquizofrenia. Diagnóstico, tratamiento e cuidados de enfermagem

Paula Daniela Merchán Chóco¹; Jazmin Lilibeth Franco Cajas²; Jandry Efren Zumba Castillo³; Geoconda Isabel Shagñay Pucha⁴

RECIBIDO: 15/09/2022 **ACEPTADO:** 20/11/2022 **PUBLICADO:** 01/02/2023

1. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Médico General; Investigadora Independiente; Cuenca, Ecuador; pau-danny@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-5817-4463>
2. Estudiante de Enfermería de Octavo semestre de la Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador; jazmin.franco@est.umet.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-5312-4256>
3. Médico General; Investigador Independiente; Loja, Ecuador; jandryz_1994@outlook.com;  <https://orcid.org/0000-0003-0776-8955>
4. Médico General; Investigadora Independiente; Riobamba, Ecuador; gisa_shap.15@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1706-4118>

CORRESPONDENCIA

Paula Daniela Merchán Chóco

pau-danny@hotmail.com

Cuenca, Ecuador

RESUMEN

Los trastornos mentales abarcan las discapacidades psicosociales y estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica que generalmente comienza durante la adolescencia o la adultez temprana y tiende a presentar un curso crónico fluctuante acompañado de incapacidad. Aunque existen opciones eficaces de prevención y tratamiento, la mayoría de las personas que padecen trastornos mentales no tienen acceso a una atención efectiva. Siendo esto un tema de relevancia en cuanto a la salud pública se realiza una actualización bibliográfica breve acerca del diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería de la esquizofrenia. La esquizofrenia es una enfermedad que requiere constante atención, principalmente por las dificultades que presenta su correcto diagnóstico. Se conoce que la falta de diagnóstico desencadena una serie de complicaciones que influye en los índices mortales adjudicados a ella. En la actualidad siguen desarrollándose estudios que enriquecen la práctica de las ciencias de la salud para mejorar la calidad de vida del paciente diagnosticado con espectro de esquizofrenia que van desde las pruebas farmacológicas, utilizadas en principio como única alternativa terapéutica para estos pacientes, hasta Prácticas psicosociales y psicoterapéuticas que preparan de cierta manera el entorno del paciente, pues se entiende que dicha enfermedad no solo tiene una influencia directa en quien la padece sino en su entorno familiar y social. La investigación deja como reflexión primordialmente la actualización y refrescamiento de los criterios diagnósticos, sobre todo en los casos en donde sus primeros síntomas se confunden con otros trastornos psiquiátricos, sensiblemente en edad pediátrica. La práctica de enfermería en este sentido muestra las mismas características que la práctica médica, se pierde en el camino un protocolo de abordaje único, se hace necesario un conocimiento global del entorno y de la enfermedad para determinar las actividades adecuadas para un aporte certero.

Palabras clave: Trastornos Mentales, Enfermedad Psiquiátrica, Esquizofrenia, Discapacidad Funcional, Conducta Autolesiva.

ABSTRACT

Mental disorders encompass psychosocial disabilities and mental states associated with significant distress, functional disability, or risk of self-injurious behavior. Schizophrenia is a psychiatric illness that generally begins during adolescence or early adulthood and tends to have a fluctuating chronic course accompanied by disability. Although effective prevention and treatment options exist, most people with mental disorders do not have access to effective care. Being this a topic of relevance in terms of public health, a brief bibliographical update on the diagnosis, treatment and nursing care of schizophrenia is carried out. Schizophrenia is a disease that requires constant attention, mainly due to the difficulties presented by its correct diagnosis. It is known that the lack of diagnosis triggers a series of complications that influences the fatality rates assigned to it. At present, studies continue to be developed that enrich the practice of health sciences to improve the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia spectrum, ranging from pharmacological tests, initially used as the only therapeutic alternative for these patients, to psychosocial practices, and psychotherapeutics that prepare the patient's environment in a certain way, since it is understood that said disease not only has a direct influence on the person who suffers from it, but also on their family and social environment. The research primarily reflects on updating and refreshing the diagnostic criteria, especially in cases where its first symptoms are confused with other psychiatric disorders, especially in the pediatric age group. Nursing practice in this sense shows the same characteristics as medical practice, a unique approach protocol is lost along the way, a global knowledge of the environment and the disease is necessary to determine the appropriate activities for an accurate contribution.

Keywords: Mental Disorders, Psychiatric Illness, Schizophrenia, Functional Disability, Self-Injurious Behavior.

RESUMO

As perturbações mentais abrangem deficiências psicossociais e estados mentais associados a angústia significativa, deficiência funcional, ou risco de comportamento auto-injugador. A esquizofrenia é uma doença psiquiátrica que geralmente começa durante a adolescência ou no início da vida adulta e tende a ter um curso crônico flutuante acompanhado de deficiência. Embora existam opções de prevenção e tratamento eficazes, a maioria das pessoas com perturbações mentais não tem acesso a cuidados eficazes. Sendo este um tópico de relevância em termos de saúde pública, é feita uma breve atualização bibliográfica sobre o diagnóstico, tratamento e cuidados de enfermagem da esquizofrenia. A esquizofrenia é uma doença que requer atenção constante, principalmente devido às dificuldades apresentadas pelo seu diagnóstico correcto. Sabe-se que a falta de diagnóstico desencadeia uma série de complicações que influenciam as taxas de mortalidade que lhe são atribuídas. Actualmente, continuam a ser desenvolvidos estudos que enriquecem a prática das ciências da saúde para melhorar a qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com o espectro da esquizofrenia, desde testes farmacológicos, inicialmente utilizados como única alternativa terapêutica para estes pacientes, até práticas psicossociais e psicoterapêuticas que preparam de certa forma o ambiente do paciente, uma vez que se entende que esta doença não só tem uma influência directa sobre a pessoa que dela sofre, mas também sobre o seu ambiente familiar e social. A investigação reflecte principalmente na actualização e refrescamento dos critérios de diagnóstico, especialmente nos casos em que os seus primeiros sintomas são confundidos com outras perturbações psiquiátricas, especialmente no grupo etário pediátrico. A prática de enfermagem neste sentido mostra as mesmas características que a prática médica, perde-se um protocolo de abordagem único pelo caminho, é necessário um conhecimento global do ambiente e da doença para determinar as actividades apropriadas para uma contribuição precisa.

Palavras-chave: Distúrbios Mentais, Doenças Psiquiátricas, Esquizofrenia, Deficiência Funcional, Comportamento Auto-Injugável.

Introducción

Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional 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 y abarca los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y (otros) estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva según se describe en la Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). (OMS, 2022)

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por un conjunto variable de síntomas que incluyen el delirio y las alucinaciones (síntomas clásicos de la psicosis); la desorganización del pensamiento, síntomas deficitarios de función cerebral como la reducción de las emociones, el lenguaje y la motivación, la disminución en la función cognitiva, y cambios en tono muscular y actividad, como en el síndrome catatónico. Los síntomas afectivos son muy comunes, particularmente la depresión. La esquizofrenia generalmente comienza durante la adolescencia o la adultez temprana y tiende a presentar un curso crónico fluctuante acompañado de incapacidad. (Gejman & Sanders, 2012)

A escala mundial, la esquizofrenia afecta a aproximadamente 24 millones de personas, es decir, a 1 de cada 300 personas (0,32%). En los adultos, la tasa es de 1 de cada 222 personas (0,45%). No es tan común como muchos otros trastornos mentales. Lo más frecuente es que aparezca al final de la adolescencia o entre los 20 y los 30 años de edad, y en los hombres suele manifestarse antes que entre las mujeres. (OMS, 2022)

En 2019, una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de personas) padecían un trastorno mental.

Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos, que en 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año. Aunque existen opciones eficaces de prevención y tratamiento, la mayoría de las personas que padecen trastornos mentales no tienen acceso a una atención efectiva. Además, muchos sufren estigma, discriminación y violaciones de los derechos humanos. (OMS, 2022)

Los trastornos mentales y neurológicos en los adultos mayores, contribuyen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles. En las Américas, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46 % y 8,48%. Las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años. Para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos, graves y moderados, la mediana de la brecha de tratamiento es de 73,5% en la Región de las Américas, 47,2% en América del Norte y 77,9% en América Latina y el Caribe (ALC). La brecha para la esquizofrenia en ALC es de 56,9%, para la depresión es de 73,9% y para el alcohol es de 85,1%. El gasto público mediano en salud mental en toda la Región es apenas un 2,0% del presupuesto de salud, y más del 60% de este dinero se destina a hospitales psiquiátricos. (OPS, 2023)

Siendo esto un tema de relevancia en cuanto a la salud pública se realiza una actualización bibliográfica breve acerca del diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería de la esquizofrenia.

Metodología

Se aborda la temática de la esquizofrenia, diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería a través de una investigación bibliográfica basada en la recolección de información científica de relevancia académica dispuesta en repositorios univer-

sitarios, revistas científicas, libros, guías, bibliotecas y páginas web de organismos internacionales y conglomerado especializado en ciencias de la salud.

Se considera y organiza la información según su relevancia. Para ello se analiza la exposición y según su aporte se ordena para presentarla en el apartado resultados de la investigación.

Resultados

La conceptualización de la esquizofrenia ha evolucionado desde su concepción inicial a finales del siglo XIX hasta la reciente publicación de la CIE-11 en el 2018. Los cambios en su conceptualización se deben a lo poco esclarecido de su naturaleza (anomalías genéticas, desregulación de neurotransmisores, alteraciones anatómicas), que hace que hasta la fecha no exista un marcador biológico que permita hacer un diagnóstico empírico. Esto ocasiona que el diagnóstico de la esquizofrenia se siga fundamentando en los datos obtenidos mediante la observación clínica en lugar de estar basados en marcadores biológicos relacionados con la función o enfermedad cerebral. En ese sentido, la conceptualización de la esquizofrenia realizada por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) por sus siglas en inglés, tiene una vital importancia para el estudio, diagnóstico y tratamiento de esta patología. (Valle, 2020)

La CIE-11 ha puesto en evidencia que los cuadros de psicosis, incluidos bajo el constructo de esquizofrenia, no presentan las características de una entidad categórica. Esto se evidencia en los problemas diagnósticos que surgen al evaluar casos que presentan conjuntamente síntomas de psicosis y del estado del ánimo, la alta comorbilidad que presenta la esquizofrenia con otros trastornos mentales y las dificultades en el diagnóstico de los cuadros psicóticos subumbrales. De esta forma, aunque la esquizofrenia está conceptualizada como una entidad categórica en los actuales sistemas

de clasificación diagnóstica, la enfermedad psicótica no muestra poseer tal característica. Esto ha puesto en duda la existencia de las estrictas separaciones entre trastornos mentales (zona de rareza) que asume el enfoque categórico y, por lo tanto, la adecuación de este enfoque para el estudio de la enfermedad psicótica. (Valle, 2020)

El enfoque dimensional coloca la esquizofrenia junto con el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar con síntomas psicóticos dentro del espectro psicótico. Así, considera que los trastornos dentro de este espectro comparten varios factores etiológicos (genéticos y ambientales) y que mientras los factores compartidos explican el desarrollo de psicosis, los factores no compartidos explican los síntomas específicos de cada enfermedad. El enfoque dimensional no es excluyente del categórico; por ello, se está planteando el estudio de la esquizofrenia con un modelo híbrido que combine el enfoque categórico y dimensional. (Valle, 2020)

Distintos movimientos argumentan que el término “esquizofrenia” es altamente estigmatizante y que está asociado con desesperanza, violencia y discriminación. En ese sentido, se han propuesto nuevos nombres que buscan reemplazar la denominación de esquizofrenia, tales como: “enfermedad de Kraepelin-Bleuler”, “síndrome de susceptibilidad a la psicosis” y “enfermedad de Bleuler”. Estas ideas han calado en países de Asia que han cambiado el nombre de esquizofrenia por el de trastorno de integración (Japón), trastorno de la sintonización (Corea del Sur) y disfunción del pensamiento y percepción (Hong Kong y Taiwán). (Valle, 2020)

Tabla 1. Comparación entre los sistemas de clasificación diagnóstica

Aspectos	CIE-10	DSM-5	CIE-11
Nombre del capítulo	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de Ideas delirantes	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos primarios
Síntomas de primer rango	Enfatiza en los síntomas de primer rango	No enfatiza en los síntomas de primer rango	No enfatiza en los síntomas de primer rango
Duración de síntomas	Síntomas psicóticos por al menos un mes	Un mes para síntomas de la sección A. Síntomas del trastorno persisten por al menos 6 meses	Síntomas psicóticos por al menos un mes
Criterio de funcionalidad	No incluye criterio de funcionalidad	Criterio B: el funcionamiento a nivel laboral, interpersonal o autocuidado está muy por debajo del nivel premórbido	No incluye criterio de funcionalidad
Subtipos	ESQ paranoide ESQ Hebefrénica ESQ cartatónicaESQ Indiferendada Depresión posesquizofrénica ESQ residual ESQ SimpleOtras ESQ ESQ inespecífica	No incluye subtipos	No incluye subtipos
Especificador de síntomas	No incluye especificador de síntomas	Alucinaciones Delirios Discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal Síntomas negativos Alteración Cognitiva Depresión Manía	Síntomas positivos Síntomas negativos Síntomas depresivos Síntomas maníacos Síntomas psicomotores Alteraciones Cognitivas
Criterio de daño cognitivo	Incluye el criterio de daño cognitivo	Incluido como un especificador de síntomas	Incluido como un especificador de síntomas
Especificador de curso	Continuo Episódico con déficit progresivo Episódico con déficit estable Episódico remitente Remisión completa Remisión Incompleta Otra Curso Incierto, período de observación muy corto	Primer episodio, actualmente en episodio agudo Primer episodio, actualmente en remisión parcial Primer episodio, actualmente en remisión total Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial Episodios múltiples actualmente en remisión total Continuo No especificado	Primer episodio actualmente sintomático Primer episodio, en remisión parcial Primer episodio en remisión total Primer episodio no especificado Múltiples episodios actualmente sintomática Múltiples episodios en remisión parcial Múltiples episodios en remisión total Múltiples episodios, no especificado Continuo, actualmente sintomático, Continuo en remisión total, Continuo en remisión parcial Continuo no especificado Otra ESQ especificada ESQ, no especificada

Fuente: Tomado de La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5, de R. Valle, 2020, Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 13 (2)



Se considera que el grupo nuclear de la esquizofrenia consiste en tres subcategorías: hebefrénica, catatónica y paranoide. La desorganización y regresión del yo son más profundas en la esquizofrenia hebefrénica (o, de acuerdo con el sistema del DSM, desorganizada), que es también de comienzo más precoz, se manifiesta usualmente antes de los veinticinco años y frecuentemente de manera gradual. Las alucinaciones auditivas predominan particularmente en este tipo de esquizofrenia (aunque también se observan en trastornos más leves, algunas veces incluso como el único síntoma psicótico). (Alanen, 2003)

La esquizofrenia catatónica, que habitualmente tiene un inicio agudo, también presenta alteraciones psicomotoras además de los otros síntomas; éstos toman la forma ya sea de estupor o de pánico y a veces agitación violenta. (Alanen, 2003)

En la esquizofrenia paranoide predominan los delirios y las alucinaciones asociadas; aparte de las alucinaciones auditivas, las sensaciones somáticas de ser influenciado por otros son muy comunes, mientras que la desintegración de las funciones del yo es menos llamativa. En el caso de los pacientes crónicos resulta más difícil discriminar entre estas subcategorías. Muchos de ellos tienden a mostrar las consecuencias de la institucionalización, tales como la desesperanza apática, la adaptación a la inactividad pasiva y la pérdida del contacto y las habilidades sociales cotidianas. (Alanen, 2003)

Las edades límite de riesgo para desarrollar una esquizofrenia se sitúan usualmente entre los 15 y 45 años. También se presentan casos de esquizofrenia infantil, aunque con poca frecuencia, y no deben confundirse con el autismo infantil precoz (si bien la línea divisoria entre ambos puede ser difícil de trazar). También hay pacientes mayores de 45 años en los que se desencadena una psicosis cuyos síntomas son similares a los de la esquizofrenia paranoide. (Alanen, 2003)

El diagnóstico de esquizofrenia en la infancia puede ser difícil. La rareza del trastorno disminuye el valor predictivo de cualquier criterio de diagnóstico. También se cree que hay diferencias fenomenológicas y que requiere un cierto nivel de desarrollo/ madurez cognitiva para manifestar síntomas positivos complejos. En comparación con la esquizofrenia adolescente o adulta, las ideas delirantes son menos frecuentes, particularmente en niños menores de 10 años. Solo alrededor del 50% de los casos mostrarán ideas delirantes y es probable que sean menos complejas y no sistematizadas. Las alucinaciones auditivas ocurren más comúnmente y se informan en alrededor del 80% de los casos. Las alucinaciones en la infancia se describen con mayor frecuencia como localizadas internamente, por lo que es difícil distinguir tales experiencias del habla interna o pensamientos. Tales variaciones de desarrollo en la presentación y expresión de la enfermedad, pueden llevar a una serie de dilemas diagnósticos y ambigüedades, y pueden dificultar determinar cuándo comenzó la enfermedad. (Enríquez Sánchez & Ochoa Madrigal, 2019)

Tabla 2. Criterios diagnósticos DSM-5

DSM 5 (duración 6 meses)
Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
1. Delirios
2. Alucinaciones
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente)
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia)

Fuente: Tomado de Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes de H. Enríquez, M. Ochoa Madrigal, Revista de la Facultad de Medicina,2 Revista de la Facultad de Medicina (62)4, 2019.

CIE-11. 6 A20 (duración 1 mes)
La esquizofrenia se caracteriza por alteraciones en múltiples modalidades mentales, que incluyen:
Pensamiento (delirios)
Percepción (alucinaciones)
Experiencia propia (sentimientos, impulsos, pensamientos o comportamiento están bajo el control de una fuerza externa)
Cognición (deterioro de la atención, memoria verbal y cognición social)
Volición (pérdida de motivación)
Afecto (expresión emocional embotada)
Comportamiento (respuestas emocionales extrañas o sin propósito, impredecibles o inapropiadas)
Las alteraciones psicomotoras, incluida la catatonía, pueden estar presentes. Los delirios persistentes, las alucinaciones persistentes, el trastorno del pensamiento y las experiencias de influencia, pasividad o control se consideran síntomas centrales

Fuente: Tomado de Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes de H. Enríquez, M. Ochoa Madrigal, Revista de la Facultad de Medicina,2 Revista de la Facultad de Medicina (62)4, 2019.

Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento, incluida la abstinencia. Los jóvenes con esquizofrenia de inicio temprano generalmente pueden describir aspectos relevantes de sus síntomas psicóticos, aunque algunos estarán demasiado desorganizados, confundidos y/o paranoicos para proporcionar detalles precisos o antecedentes relevantes. Al evaluar a los jóvenes, especialmente a los niños menores de 12 años, el clínico debe asegurarse de que el niño comprenda la pregunta y de que se tengan en cuenta

las consideraciones de desarrollo. Los verdaderos síntomas psicóticos generalmente confunden al individuo y se experimentan como fenómenos externos angustiantes más allá del control del individuo. Los informes altamente descriptivos, detallados, organizados y/o específicos de la situación tienen menos probabilidades de representar una verdadera psicosis. (Enríquez Sánchez & Ochoa Madrigal, 2019)

No hay pruebas de neuroimagen, psicológicas o de laboratorio que establezcan un diagnóstico de esquizofrenia. La evaluación



médica se centra en descartar las causas no psiquiátricas de la psicosis y establecer los parámetros de laboratorio de referencia para controlar la terapia con medicamentos. Se recomienda una evaluación más extensa para las presentaciones atípicas, como un gran deterioro de las capacidades cognitivas y motoras, síntomas neurológicos focales o delirio (Enríquez Sánchez & Ochoa Madrigal, 2019).

Patogenia

La psicosis se define como la interrupción severa del pensamiento y el comportamiento que resulta en la pérdida de las pruebas de realidad. El diagnóstico se basa en cambios manifiestos en el comportamiento y el funcionamiento de una persona, con evidencias de pensamiento interrumpido evidente en el examen del estado mental. Aunque los síntomas psicóticos son característicos de la esquizofrenia, también pueden presentarse con otras enfermedades, incluidos los trastornos del estado de ánimo (p. ej. depresión), las afecciones neurológicas y la intoxicación aguda por consumo de sustancias. Las experiencias normativas de la niñez, incluyendo imaginaciones hiperactivas y fantasías vívidas, pueden malinterpretarse como psicosis. Distinguir el trastorno del pensamiento formal de los trastornos del desarrollo que afectan la función del habla y el lenguaje puede ser un desafío. (Enríquez Sánchez & Ochoa Madrigal, 2019)

Las demoras cognitivas son comunes en la esquizofrenia de inicio temprano. Se observan déficits en la memoria, el funcionamiento ejecutivo, la atención y las deficiencias globales. Los niños que más tarde desarrollan esquizofrenia a menudo tienen problemas premórbidos con el razonamiento verbal, la memoria de trabajo, la atención y la velocidad de procesamiento. El deterioro cognitivo generalmente ocurre en el momento del inicio de la enfermedad. Las anomalías premórbidas son evidentes en la mayoría de los jóvenes que desarrollan esquizofrenia, especialmente aquellos con EII. Las dificultades comunes premórbi-

das incluyen aislamiento social, trastornos del comportamiento, dificultades académicas, problemas del habla y del lenguaje y retrasos cognitivos. Debido a que la esquizofrenia en la juventud a menudo tiene un inicio insidioso, el desarrollo gradual de los síntomas psicóticos en un niño con retrasos del lenguaje premórbidos y el aislamiento social puede ser difícil de reconocer (Enríquez Sánchez & Ochoa Madrigal, 2019)

Tratamiento de la esquizofrenia

Las opciones de atención para los pacientes con esquizofrenia las componen:

1. La psicoeducación,
2. Las intervenciones familiares,
3. Las terapia cognitivo-conductual y rehabilitación psicosocial,
4. Medicamentos
5. La hospitalización. (OMS, 2022)

Así mismo, los centros de atención médica prolongada, las viviendas con servicios de apoyo y el empleo asistido son opciones de atención esenciales de las que deben disponer las personas que padecen esquizofrenia. Un enfoque orientado a la recuperación, que ofrezca a las personas la posibilidad de intervenir en las decisiones de tratamiento, es esencial para las personas que padecen esquizofrenia y para sus familias y cuidadores. (OMS, 2022)

La esquizofrenia infantil requiere tratamiento de por vida, incluso en períodos en los que los síntomas parecen haber desaparecido. El tratamiento es un desafío excepcional para los niños con esquizofrenia. Los tratamientos principales para la esquizofrenia infantil son los siguientes:

1. medicamentos;
2. psicoterapia;
3. capacitación para desarrollar habilidades importantes para la vida;

4. hospitalización. (MFMER, 2021)

Casas et al. (2021 citado por Tinjaca y otros, 2022) refieren tratamientos: no farmacológicos, psicosocial, farmacológico.

No Farmacológicos. Refieren a los métodos psicoeducativos. Incluye el conocimiento de las características de la enfermedad y sus causas, las opciones de tratamiento disponibles y los factores que favorecen o dificultan la recuperación de los pacientes. Además, se brindan herramientas para el manejo del estrés y para la detección oportuna de los síntomas en caso de recaída. (Tinjaca Del Castillo, Castro Santos, Pachon Amon, Caicedo, & Carolina, 2022)

Debido a la potencial alta tasa de falsos positivos para el tratamiento de los ECAR, y el perfil desfavorable de efectos adversos de la mayoría de fármacos mencionados, el tratamiento psicoterapéutico es una opción de relevancia clara y contundente. (Cabrera, Michel, & Cruzado, 2017)

El tratamiento psicoterapéutico con enfoque cognitivo conductual (TCC) es la recomendación principal de las guías de manejo desarrolladas hasta el momento. En el metaanálisis practicado por Schmidt et al., se encontraron nueve estudios, cinco con TCC, en los cuales la duración promedio de la terapia fue de 6,87 meses (DE 2,7; rango 2-12), la tasa de seguimiento fue de 16,67 meses (DE 10,4; rango 2-36) y la tasa de abandono fue de entre 15 y 45%. Hubo intervenciones tanto individuales como grupales, y todas demostraron ser efectivas en la reducción de la tasa de transición a psicosis. (Cabrera, Michel, & Cruzado, 2017)

Entre las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas se encuentra la normalización, experimentos cognitivos y conductuales y reestructuración cognitiva para mejorar el manejo del estrés y de las alteraciones subjetivas que van apareciendo -como síntomas básicos o similares-. En un metaanálisis reciente de intervenciones cognitivo conductuales, se encontró que todas las in-

tervenciones estudiadas constaban de sesiones estructuradas y de tiempo limitado, formulación, automonitoreo, colaboración, uso de tareas en casa, enfoque en metas del paciente y estrategias de afrontamiento (coping strategies) las cuales diferían entre sí según el manual de terapia utilizado. (Cabrera, Michel, & Cruzado, 2017)

Las intervenciones cognitivo-conductuales se suelen combinar con intervenciones psicoeducativas, con la meta de que la persona afectada aprenda y logre una mejor comprensión de la naturaleza de su enfermedad y cómo afrontarla. Un punto final a ser considerado en las intervenciones psicoterapéuticas es la alta tasa de abandono del tratamiento. Los factores a ser considerados son muchos: síntomas presentes, dificultades cognitivas, resistencia a usar servicios de salud mental y desorganización conductual general. Aún está pendiente plantear soluciones a estos problemas. (Cabrera, Michel, & Cruzado, 2017)

El tratamiento psicosocial. Pueden incluir estrategias de psicoeducación, psicoterapia y rehabilitación; las cuales son llevadas a cabo mediante programas integrales de tratamiento, en el que los objetivos son: desarrollar un mayor conocimiento acerca de la condición, generar la adaptación a la misma, enmendar el funcionamiento psicosocial, disminuir la comorbilidad y evitar las recaídas. (Tinjaca Del Castillo, Castro Santos, Pachon Amon, Caicedo, & Carolina, 2022)

El tratamiento farmacológico. Aun se contemplan los antipsicóticos de primera línea para los trastornos del espectro de la esquizofrenia en la juventud, estando en primera opción los de segunda generación. Las recomendaciones sugieren sean usados a la par de las intervenciones psicoterapéuticas. La idea es indicar la dosis más baja y efectiva posible a fines de reducir las eventuales circunstancias adversas. La carga general de la medicación del paciente debe volver a evaluarse con el tiempo, con el objetivo

de mantener dosis efectivas y minimizar los efectos síntomas negativos) y/o benzodiazepinas (para la ansiedad, insomnio, acatisia) (Tinjaca Del Castillo, Castro Santos, Pachon Amon, Caicedo, & Carolina, 2022)

Se pudieran enumerar las siguientes terapias farmacológicas:

Antipsicóticos atípicos

El uso de antipsicóticos atípicos puede prevenir o al menos posponer el inicio de una psicosis. Esta información proviene del máximo nivel de evidencia estudiado. Se recomienda que se ofrezca a pacientes con APS con insight mínimo o decreciente, o BLIPS de frecuencia creciente, con el fin de estabilizar los síntomas durante una intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual. Las dosis deben ser bajas. No se recomienda su uso por tiempo prolongado debido al perfil de efectos adversos, principalmente el riesgo de síndrome metabólico. (Cabrera, Michel, & Cruzado, 2017)

Antidepresivos

La depresión es un marcador de progresión a psicosis. La acción de los antidepresivos podría modular la respuesta del individuo ante los estresores del ambiente, directamente a través de mecanismos neuroquímicos que median las respuestas al estrés, o indirectamente al modular la ansiedad o depresión secundarios a los estresores. (Cabrera, Michel, & Cruzado, 2017) Estabilizadores del ánimo

Se ha establecido que la fisiopatología de los estados de riesgo involucra a la poda neuronal o eliminación sináptica. En este sentido, agentes como el litio, que tienen efectos neuroprotectores, inclusive a bajas dosis, pueden proteger a las sinapsis de una larga variedad de noxas, como toxicidad por glutamato, privación de factores de crecimiento neuronal, isquemia y estrés oxidativo. (Cabrera, Michel, & Cruzado, 2017)

Ácidos grasos Omega 3

Los ácidos grasos omega 3 tienen un rol neuroprotector por su gran liposolubilidad y por su capacidad de alterar la fluidez de la membrana neuronal y de respuesta de receptores tras su incorporación a la membrana. Este grupo de agentes representa un campo promisorio de estudio debido a su favorable perfil de efectos adversos. Entre los principios activos estudiados encontramos el ácido eicosapentaenoico (EPA, por sus siglas en inglés) y el ácido docosahexaenoico (DHA). Ambos han demostrado en estudios preclínicos claro potencial neuroprotector. Varios estudios clínicos se han hecho para probar su eficacia, pero la evidencia es aún contradictoria. (Cabrera, Michel, & Cruzado, 2017)

Eritropoietina

La eritropoietina (EPO) es una hormona glicoproteica que actúa como un factor de desarrollo para la formación de eritrocitos durante la hematopoyesis. Actualmente está siendo estudiada para una serie de trastornos, tanto somáticos como psiquiátricos. Estudios preclínicos han demostrado su acción neuroprotectora y neuroplástica, así como su acción en el crecimiento de células madres. Para el estudio de estados prodrómicos se ha estudiado un análogo de EPO, llamado EPO carmabilada. Los estudios clínicos son incipientes. (Cabrera, Michel, & Cruzado, 2017)

Estrógenos

Los estrógenos tienen un papel neuroprotector importante; el desarrollo de cuadros psicóticos está influenciado por estas hormonas, y es común observar pacientes que presentan exacerbaciones durante caídas en los niveles de estradiol, como en la fase luteal del ciclo menstrual, el posparto o la menopausia. Estudios como los de Kulkarni et al., han demostrado su efectividad como tratamiento coadyuvante a la esquizofrenia; hacen falta aún estudios que avalen su utilidad en cuadros prodrómicos. (Cabrera, Michel, & Cruzado, 2017)

Complicaciones

Si no se trata, la esquizofrenia puede dar lugar a graves problemas que afectan a todos los ámbitos de la vida. Las complicaciones que la esquizofrenia puede causar o con las que esta puede estar asociada incluyen las siguientes:

- Suicidio, intentos de suicidio y pensamientos de suicidio
- Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- Depresión
- Abuso de alcohol o de otras drogas, incluida la nicotina
- Incapacidad para trabajar o asistir a la escuela
- Problemas financieros y falta de vivienda
- Aislamiento social
- Problemas de salud y médicos
- Victimizarse
- Comportamiento agresivo, aunque es poco común (MFMER, 2021)

El incumplimiento del tratamiento sigue siendo un problema de primer orden en la esquizofrenia. Las tasas de adherencia en los pacientes tratados por enfermedades crónicas de cualquier especialidad oscilan entre el 43 y el 78%, y aunque las tasas de adherencia en esquizofrenia son muy variables según los estudios, en una revisión de 10 estudios publicados se ha estimado una tasa media del 41,2%. El impacto del incumplimiento terapéutico en la evolución de los pacientes con esquizofrenia es muy importante ya que aumenta el riesgo de recaídas con ingresos hospitalarios más frecuentes, aumenta el riesgo de suicidio, incrementa los costes sanitarios, disminuye la calidad de vida y repercute claramente en las familias y cuidadores. (García, y otros, 2010)

Enfermería ha sido siempre sensible a la problemática de la adherencia al tratamiento y ha realizado algunas propuestas de intervención, sin embargo, no existe ningún planteamiento de intervención consensuado. El consenso de enfermería surge como necesidad de complementar los datos obtenidos en el consenso clínico con las opiniones de los enfermeros/as de salud mental, integrados en el proyecto ADHES como una pieza clave para el éxito de las estrategias a diseñar para la mejora de la adherencia en la esquizofrenia. El grupo de trabajo considera que es preciso intervenir de manera específica cuando el paciente ha sufrido ya varias recaídas a causa del bajo cumplimiento terapéutico o se detecta una nula conciencia de enfermedad. La potenciación de las actitudes positivas hacia el tratamiento y el establecimiento de acuerdos con el paciente acerca de la importancia de tomar los fármacos son las estrategias preferidas por el personal de enfermería para reducir las recaídas por falta de adherencia. (García, y otros, 2010)

El cumulo de profesionales de la salud, incluyendo los cuidados de enfermería tienen el objetivo no solo de estabilizar al enfermo, sino de ayudarlo a mejorar su calidad de vida, a huir de su desestructurada vida, a su inclusión social, defendiendo siempre autonomía y capacidad para llevar una vida normal. (Villa Bonet, 2016)

Un plan de cuidados de enfermería ha de estar bien elaborado y trabajado de manera interdisciplinar con otros profesionales, ha de ser individualizado para cada paciente y a su contexto familiar y debe incluir la rehabilitación y la integración del enfermo en la sociedad. Enfermería no es solo una profesión que presta cuidados, sino que, mediante la Práctica Basada en Evidencia, enfermería se convierte en un cuerpo de conocimientos que le hacen ser autónoma y a la vez parte del equipo de salud. (Villa Bonet, 2016)

Conclusiones

La esquizofrenia es una enfermedad que requiere constante atención, principalmente por las dificultades que presenta su correcto diagnóstico. Se conoce que la falta de diagnóstico desencadena una serie de complicaciones que influye en los índices mortales adjudicados a ella.

En la actualidad siguen desarrollándose estudios que enriquecen la práctica de las ciencias de la salud para mejorar la calidad de vida del paciente diagnosticado con espectro de esquizofrenia que van desde las pruebas farmacológicas, utilizadas en principio como única alternativa terapéutica para estos pacientes, hasta Prácticas psicosociales y psicoterapéuticas que preparan de cierta manera el entorno del paciente, pues se entiende que dicha enfermedad no solo tiene una influencia directa en quien la padece sino en su entorno familiar y social.

La investigación deja como reflexión primordialmente la actualización y refrescamiento de los criterios diagnósticos, sobre todo en los casos en donde sus primeros síntomas se confunden con otros trastornos psiquiátricos, sensiblemente en edad pediátrica.

La práctica de enfermería en este sentido muestra las mismas características que la práctica médica, se pierde en el camino un protocolo de abordaje único, se hace necesario un conocimiento global del entorno y de la enfermedad para determinar las actividades adecuadas para un aporte certero.

Bibliografía

Alanen, Y. (2003). *La Esquizofrenia*. Madrid: Janssen-Cilag, S.A. Obtenido de https://cordescorporacion.cl/wp-content/uploads/2020/07/LA_ESQUIZOFRENIA-Sus-origenes-y-trat.pdf

Cabrera, S., Michel, C., & Cruzado, L. (2017). Estados clínicos de alto riesgo para esquizofrenia y otras formas de psicosis: una breve revisión. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(1), 42-59. doi:<http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3059>

Enríquez Sánchez, H., & Ochoa Madrigal, M. (2019). Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(4), 9-23. doi:<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.4.02>

García, I., Granada, J., Leal, M., Sales, R., Lluch, M., Fornés, J., . . . Giner, J. (2010). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(1), 1-45. Obtenido de <https://actaspsiquiatria.es/PDFS/SUPLEMENTOS/38/AEP%20Vol%2038%20SPL%201.pdf>

Gejman, P. V., & Sanders, A. R. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina*, 72(3), 227-234. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802012000300007&script=sci_arttext&lng=pt

MFMER. (29 de julio de 2021). Esquizofrenia. Obtenido de Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER): <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizophrenia/symptoms-causes/syc-20354443>

OMS. (21 de enero de 2022). Esquizofrenia. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

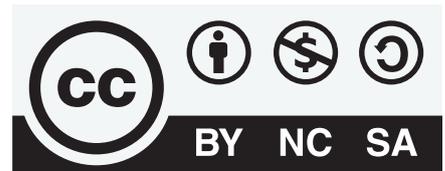
OMS. (8 de junio de 2022). Trastornos mentales. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

OPS. (2023). Salud Mental. Obtenido de Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Tinjaca Del Castillo, J. S., Castro Santos, A. M., Pachon Amon, A. L., Caicedo, A., & Carolina, M. (2022). Esquizofrenia, diagnóstico y tratamiento en pacientes pediátricos. *RECIMUNDO*, 12-25. doi:10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.12-25

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.

Villa Bonet, L. (2016). Plan de Cuidados de Enfermería al paciente con esquizofrenia. Universitat de Lleida. Obtenido de <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/57652/lvilab.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Merchán Chóco, P. D., Franco Cajas, J. L., Zumba Castillo, J. E., & Shagñay Pucha, G. I. (2023). Esquizofrenia. Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería. RECIAMUC, 7(1), 111-123. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(1\).enero.2023.111-123](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.111-123)