

# Caso clínico: Esquizofrenia Paranoide

(Case report: Paranoid schizophrenia)

Jorge Eduardo Silva Frey<sup>(1)\*</sup>, Ashley Dayana Mejía Barros<sup>(2)</sup>, Gabriela Quinteros Moyano<sup>(2)</sup>, Erika Alejandra Romero Minaya<sup>(2)</sup>, Ruddy Yecenia Sócola Macas<sup>(2)</sup>

(1)Hospital Andino, Riobamba, Ecuador, EC060155, <http://hospitalandino.org/>

(2)Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador, EC060155, [www.esPOCH.edu.ec](http://www.esPOCH.edu.ec)

\*Correspondencia: Jorge Eduardo Silva Frey, Departamento de Psicología, Hospital Andino, Pastaza sn y Manabí (Ciudadela 24 de Mayo), EC060155, correo electrónico: [esilvafrey80@gmail.com](mailto:esilvafrey80@gmail.com)

Artículo recibido el 12.12.2017, aceptado el 25.02.2018

## RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta el área cognitivo, social y afectivo de quienes lo padecen. El subtipo paranoide es el más frecuente, en el que predominan las ideas de persecución. La presentación de este caso clínico permite orientar a los profesionales de la salud en el reconocimiento temprano de la esquizofrenia paranoide y diferenciarlo de otros trastornos mentales. El presente caso trata de una mujer de 59 años de edad diagnosticada con esquizofrenia paranoide en el Centro Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Ambato, Ecuador por medio de una anamnesis detallada, basada en criterios diagnósticos de esquizofrenia y los ejes del DSM IV. Actualmente en el Ecuador la esquizofrenia, tiene una prevalencia del 38% del total de los egresos en hospitales psiquiátricos, y un 21,7% de las atenciones en consulta externa. A pesar de estas cifras significativas, existen escasos estudios sobre el tema en Ecuador, por lo cual consideramos prudente la presentación de este caso, para despertar el interés en nuestra comunidad de salud y consolidar conocimientos útiles para la vida laboral del médico, enfocados en mejorar las intervenciones médicas basados en diagnósticos certeros que se enmarquen en el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017, acorde con el Ministerio de Salud Pública, enfocados en el objetivo 3 del Buen Vivir que busca mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población.

**Palabras clave:** trastorno mental, esquizofrenia paranoide, diagnóstico, salud pública

## ABSTRACT

Schizophrenia is a severe mental disorder that affects cognition, social and emotional life of the persons. Paranoid schizophrenia is the most common subtype in which dominates the perception of persecution. The purpose of the present case report is to orientate health professionals to recognize paranoid schizophrenia in early stages and to distinguish this kind of pathology from another mental disorders. The present article reports the clinical case of a 59 year old woman with paranoid schizophrenia from the Psychiatric Center "Sacred Heart of Jesus" of the City of Ambato, Ecuador who has been diagnosed with paranoid schizophrenia by a detailed anamnesis, based in diagnostic criteria for paranoid schizophrenia and the DSM-IV classification. Currently schizophrenia has a prevalence of 38% of the total of psychiatric hospitalizations in Ecuador and a prevalence of 21,7% in ambulatory consultation. Despite these significant numbers there are only a few reports about the paranoid schizophrenia in Ecuador, reason why we consider it from mayor importance to present the following case report, with the intention to awake interest in our health community and strengthen knowledge for the daily work of physicians, focused in medical interventions based in adequate diagnostic procedures and framed in the National Strategic Plan of Mental Health 2015-2017 in accordance with the Ministry of Public Health, guarantying criteria 3 of the "Buen vivir" to improve the well-being and quality of life of the population.

**Keywords:** paranoid schizophrenia, mental disorders, diagnosis, public health

### 1. Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental psicótico, de etiología desconocida, caracterizada por alteraciones del pensamiento, del estado de

ánimo y del comportamiento, las alteraciones del pensamiento se manifiestan por una distorsión de la realidad, acompañada a veces de delirios y alucinaciones, las alteraciones del estado de ánimo abarca la ambivalencia y res-

puestas afectivas inadecuadas o constreñidas, produciendo una desorganización severa del funcionamiento social, el subtipo paranoide se caracteriza por delirios de persecución, perturbación de la percepción y alucinaciones (sobre todo auditivas) (1)

Según datos de la Organización Mundial de Salud OMS afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo (2). Existe mayor índice de casos en hombres con una edad de inicio más temprana (12 millones), que en mujeres (9 millones) (3,4). Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana, esto se debe por lo general a enfermedades físicas, cardiovasculares, metabólicas e infecciosas que suelen padecer, además de la estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos (4).

En el Ecuador a nivel de los hospitales psiquiátricos, la esquizofrenia es la enfermedad más prevalente de acuerdo con el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador (IESM) realizado por la Organización Mundial de la Salud (5), además según un estudio de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Esmeraldas realizado en el 2016 determino mediante una muestra de 30 personas con trastornos mentales, que la esquizofrenia tuvo una prevalencia de un 70% comparando con otras enfermedades psiquiátricas (6). El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reporto 175 casos de esquizofrenia en personas que oscilan entre los 5 y 24 años (7).

En la guía de práctica clínica del Ecuador (4) el manejo de la esquizofrenia tiene varios niveles y aproximaciones desde el punto de vista psicosocial, psicoterapéutico y farmacológico, el manejo de un caso sospechoso es igual al de uno con diagnóstico definitivo. Según las guías del Ecuador (4), Colombia (8) y la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica (9), un aspecto fundamental de cualquier terapia psicológica o psicoterapia es el desarrollo de una relación terapéutica positiva. Es decir, para una buena terapia psicológica, un prerrequisito clave es conseguir y consolidar una visión compartida de la naturaleza de la enfermedad del paciente, en un entorno donde no exista ver-

güenza y/o estigma. Esto es muy importante en la esquizofrenia porque la psicosis asociada a la imposición del tratamiento acarrea dificultades implícitas (10).

Cuando se cuente con el diagnóstico de esquizofrenia, los profesionales deben asegurarse de que la persona, sus familiares y los cuidadores estén informados claramente acerca de lo que significa la patología y cuáles son sus características y manifestaciones. Es recomendable incluir a la persona con esquizofrenia en un proceso terapéutico para que pueda entender los síntomas de su padecimiento y los riesgos que conllevan para él y su familia cuando no se maneja un tratamiento continuado y regular (4).

Para el trabajo con la familia de un paciente con esquizofrenia se debe promover un ambiente acogedor, familiar, de contención, promoviendo la empatía con cada integrante de la familia. Se recomienda considerar el adecuado cumplimiento de la intervención psicológica, tomando en cuenta los espacios de atención necesarios (4). Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas (11) y se estima que más del 50 % de personas con esquizofrenia no reciben atención apropiada mientras que en países en vías de desarrollo más del 90 % no recibe tratamiento, esto representa una grave violación a los derechos humanos (12).

El ser humano al ser un ente integral del cual no se puede separar su constitución orgánica, de la mental, ni del entorno inmediato que lo rodea, necesita un equilibrio entre todos estos factores para lograr el máximo desarrollo de sus potencialidades, esta filosofía ha sido adoptada en nuestro país y en su constitución bajo la cosmovisión andina del Sumak Kawsay, traducido como el "Buen vivir", pero el bienestar de la población ha sido relegada a tratar netamente los problemas orgánicos (13), demostrando actualmente una deficiente investigación en el ámbito de las enfermedades mentales, convirtiéndose esta la principal limitante para el desarrollo de nuevas políticas y estrategias que mejoren el sistema de salud de nuestro país.

Es por tal motivo que el presente artículo busca contribuir con la producción científica y médica de nuestro país, debido a la escasa bibliografía sobre el tema y en sintonía con las actuales políticas de gobierno, se busca potencializar el desarrollo científico y tecnológico de las Universidades Ecuatorianas.

## 2. Información del paciente

La paciente de 59 años, sexo femenino, que en el año 2012 fue a acude persuadida por su hermana a una evaluación psicológica en el centro psiquiátrico "Sagrado Corazón de Jesús", refiere que desde hace 6 meses presenta alucinaciones auditivas de conspiración hacia ella, sin causa aparente, acompañadas de ansiedad y pensamientos de muerte de sus seres queridos, además de deterioro de la memoria y hiporexia.

De acuerdo con la anamnesis de su infancia relata haber tenido terrores nocturnos, demasiada timidez, trastornos conductuales y alimentarios, pero a pesar de estos antecedentes ella la cataloga como normal. En su segunda infancia no tenía buenas relaciones con sus compañeros o maestros a causa de su timidez, constantemente se peleaba en la escuela porque se reían de ella, nos manifestó "yo escuchaba sus burlas"; la paciente hace referencia que desde su niñez presentaba constantes dolores de cabeza e ideas tales como "sentía que los familiares de su madre se meten a escondidas por la noche en la casa con cuchillos para matarlos" refiriendo haber visto cómo su tío tenía un cuchillo clavado en la cara. En su adolescencia contaba con pocos amigos, fue regular en el desempeño de sus estudios, no terminó la secundaria ya que su familia no la dejó concluir por su comportamiento. Inicio precoz de su vida sexual a los 15 años.

La relación familiar estuvo inmersa de problemas por la falta de comunicación y confianza con sus padres, a los 17 años empieza con el consumo del alcohol sin llegar a la embriaguez. La paciente presentaba delirios de grandeza al relatar que en su juventud vivió en Estados Unidos y estudio en Boston en donde obtuvo un título universitario, y ahí se rodeó de personas famosas como la actriz "Verónica Castro",

todos estos datos fueron corroborados como falsas mediante la revisión de la historia clínica. No presenta antecedentes orgánicos patológicos personales ni familiares de importancia. De acuerdo con sus datos ginecológicos: menarquia a los 12 años de edad, pubarquia y telarquia a los 13 años respectivamente, sus ciclos menstruales fueron regulares con una frecuencia de 30 días, inicio de vida sexual a los 15 años refiere haber tenido 3 parejas sexuales, tiene 7 hijos su esposo los abandonó cuando ellos fueron pequeños, menopausia a los 47 años.

## 3. Timeline

La paciente ha cursado por diversos centros de salud en la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua, en la actualidad lleva como paciente en el centro "Sagrado Corazón de Jesús", desde enero del 2014 fue la primera vez correctamente diagnosticada con Esquizofrenia Paranoide, en donde recibe tratamiento con Risperidona 2mg una tableta las 6am y 10pm, Levomepromazina 100mg una tableta a las 6am y 10pm, el cual está basado en la Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia (14).

Al administrar este esquema de tratamiento no muestra brotes o síntomas graves de la enfermedad tales como agresividad, sin embargo las alucinaciones son constantes y persisten la mayor parte del tiempo, con sus compañeras del centro de salud manifiesta tener una buena relación, no obstante siente que hablan de ella en su ausencia, la paciente muestra inquietud durante el interrogatorio preguntando al personal de salud acerca de las personas que le hicieron daño, además de indicar que varios familiares y personas famosas la amenazaban para que robara o matara a lo que refiere "yo no haría eso porque es pecado".

No muestra signos de agresividad, su pasatiempo es el tejido. Durante la entrevista la paciente se presenta lúcida, en su discurso la velocidad al hablar es normal pero el sentido de su conversación es incoherente con ideas generalizadas como "toda la gente es mala"

además continuamente pregunta sobre las personas a las que ella quisiera ver muertas porque las considera malas, presenta una correcta presencia personal ya que se evidencia su higiene personal.

#### 4. Examen físico

##### 4.1 Signos vitales

Tensión arterial brazo izquierdo sentada 110/70 mmHg, pulso arterial 63 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, tensión arterial brazo derecho sentado 100/70 mmHg, temperatura axilar 36°C.

##### 4.2 Cabeza

Conformación general del cráneo normocéfalo, no presenta malformaciones, ni evidencia de cicatrices, cabello de implantación normal de acuerdo a la edad y sexo, color castaño.

##### 4.2.1 Ojos

Parpados con movilidad conservada, pupilas reactivas e isocóricas, escleras normocoloreadas, movimiento de globo ocular conservado.

##### 4.2.2 Oídos

Pabellón auricular de forma y tamaño normal, conducto auditivo externo permeable, no se evidencian lesiones.

##### 4.2.3 Nariz

Simétrica, central, fosas nasales: Permeables, mucosas nasales húmedas, sin secreciones.

##### 4.2.4 Boca

Mucosas orales semihúmedas, orofaringe no congestiva, piezas dentales en regular estado.

##### 4.3 Cuello

Movilidad activa y pasiva conservada, tiroides OA, sin adenopatías.

##### 4.4 Tórax

##### 4.4.1 Aparato respiratorio

Inspección: no se evidencia la presencia de masas ni cicatrices, movimientos respiratorios

presentes.

Palpación: expansión y elasticidad conservadas

Percusión: claro pulmonar.

Auscultación: murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados.

##### 4.4.2 Aparato cardiovascular

Inspección: latido de la punta: No visible.

Palpación: latido de punta no palpable.

Auscultación: ruidos cardiacos normofónicos, regulares con el pulso radial.

##### 4.5 Sistema arterial periférico

Pulsos periféricos: simétricos, sincrónicos con ruidos cardiacos.

Llenado capilar: normal, 2 segundos.

##### 4.6 Abdomen

Inspección: no se evidencia cicatrices ni abombamientos.

Auscultación: ruidos hidroaéreos presentes 9 por minuto.

Palpación: no doloroso a la palpación superficial y profunda, puntos ureterales superiores y medios negativos, puntos apendiculares negativos.

Percusión: timpánico

##### 4.7 Extremidades

Simétricas, no edema.

##### 4.8 Examen Neurológico

-Tono y trofismo muscular conservado.

-Movimientos activos y pasivos: Normal.

-Reflejos superficiales: Normales.

-Reflejos profundos: Normales.

-Fuerza muscular segmentaria: 5/5.

-Sensibilidad:

- Táctil: presente y conservada.
- Dolorosa: presente y conservada.
- Térmica: presente y conservada.

-Nervios Craneales:

•1º Olfatorio: discrimina olores en ambas fosas nasales, reconoce sabores.

•2º Óptico: campo visual conservado.

•3º, 4º y 6º: pupilas isocóricas, reflejos normales y movimientos conservados.

•5º Trigémino: función motora conservada y sensibilidad facial conservada.

•7º Facial: función motora conservada, sensibilidad de los 2/3 anteriores de la lengua conservado, adecuada gesticulación.

•8º Vestibulococlear: percibe sonidos de manera bilateral

•9º Glossofaríngeo: presencia de velo del paladar presente sin alteraciones con úvula central, reflejo nauseoso presente, sin alteraciones de la deglución.

•10º Neumogástrico: Elevación del paladar sin alteraciones, simétrico.

•11º Espinal: adecuada fuerza de los músculos esternocleidomastoideo y trapecio.

•12º Hipogloso: movimientos extrínsecos de la lengua sin alteraciones, motilidad conservada.

#### 4.9 Valoración Psíquica

Paciente se muestra desconfiada al primer contacto, situación que cambia al transcurrir la entrevista presenta una facie con expresividad de calma en todo el trascurso de la entrevista.

-Respuesta verbal: normal, su comunicación es fluida.

-Estado de ánimo: eutímico.

-Actitud con el personal: desconfiada en primer instante.

-Juicio: sin conciencia de enfermedad.

-Percepción: alucinaciones auditivas y visuales, ideas delirantes de daño hacia ella.

-Pensamiento: estructura incoherente al describir sus alucinaciones.

-Observación (apariencia y conducta):

•Sensorio: paciente orientada en tiempo y espacio reconoce lugar de hospitalización, y ciudad, pero no presenta juicio sobre su enfermedad.

•Pensamiento y lenguaje: velocidad del lenguaje rápida durante toda la entrevista, ideas incoherentes a la realidad, presenta ideas generalizadas como "toda la gente es mala" además continuamente pregunta sobre las personas a las que ella quisiera ver muertas porque las considera malas. Puede expresarse claramente; pero no razona sobre su estado de salud mental actual, cambia constantemente de tema de conversación.

•Afectividad: refiere no confiar en nadie desde niña por temor a que le hagan daño, no le gusta hablar de su familia porque menciona que la abandonaron, con sus compañeras del centro de rehabilitación dice mantener buena relación sin embargo ha escuchado que hablan y la critican cuando están reunidas.

•Sensopercepción: presenta alucinaciones de tipo auditivas y visuales; refiriéndose que siente que alguien la persigue.

• La paciente no presenta un retraso Mental en estudio; es capaz de seguir indicaciones y ejecutarlas adecuadamente.

## 5. Evaluación diagnóstica

La paciente fue diagnosticada utilizando los criterios del DSM IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders) (15), con Esquizofrenia tipo paranoide (F20.0); que es un sistema de clasificación de los trastornos mentales.

## 6. Discusión

La esquizofrenia es considerada un problema de salud pública de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se la define como un trastorno bastante grave que afecta como la persona piensa, siente y actúa (16). No se ha determinado un único factor etiológico que cause esquizofrenia, por lo que se considera que la interacción de factores genéticos, médicos y ambientales conllevan al desarrollo de la misma (4). Diversos estudios epidemiológicos se han enfocado en conocer la importancia de los genes de la enfermedad realizando estudios en niños adoptados. En un estudio reciente se comparó a 56 niños adoptados cuyas madres biológicas eran esquizofrénicas, con 96 niños adoptados cuyos padres biológicos no sufrían esta enfermedad. Las familias fueron observadas durante la crianza y al convertirse en adultos, fueron evaluados psiquiátricamente, se descubrió que un riesgo genético combinado con un cuidado deficiente durante el crecimiento puede hacer que se desarrolle la esquizofrenia, pero que la tendencia genética por sí sola no condena a padecer la enfermedad (17).

La mayoría de los factores de riesgo ambientales actúan durante el embarazo (virus herpes simple tipo 2, gripe, rubéola, toxoplasmosis, niveles bajos de vitamina D y las hambrunas) o el parto: incompatibilidad de Rh, extracción con asistencia de aspiradora, hipoxia, pre-eclampsia, la muerte de un familiar cercano durante el primer trimestre del embarazo (probablemente reflejando un efecto del estrés grave), y la deficiencia materna de hierro, el lugar de nacimiento urbano confiere riesgo así como el nacimiento en invierno, posiblemente vinculado a exposiciones infecciosas (19). Otras susceptibilidades son de carácter inmunológico como las enfermedades auto-inmunes (artritis reumatoide, síndrome de Guillain-Barré, hepatitis autoinmune, tirotoxicosis y la enfermedad

de Crohn) en donde la historia familiar de enfermedad auto-inmune también confiere riesgo. Otros antecedentes incluyen el traumatismo craneano, la epilepsia y las convulsiones febriles en niños y las deformaciones serias (18).

Desde el punto de vista bioquímico la neurotransmisión excesiva de dopamina ocasiona episodios psicóticos como se observa en pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia. La hipótesis dopaminérgica se postuló en base al descubrimiento de que el exceso de este neurotransmisor sobre la vía mesolímbica es el responsable de los síntomas positivos de la Esquizofrenia (Delirios y Alucinaciones fundamentalmente) y como los Antipsicóticos, que son Antagonistas (o Bloqueadores) de los Receptores de Dopamina (en concreto de los conocidos como D2), mejoran los síntomas al controlar este exceso. Alternativamente, se ha propuesto que la actividad aferente excesiva sobre las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral, particularmente del hipocampo ventral, aumenta la neurotransmisión de la dopamina, lo que lleva a la psicosis (19).

La esquizofrenia se clasifica como un trastorno psicótico, y el modelo que los clínicos describen con mayor frecuencia es el de un trastorno psicótico que se debe principalmente a una función anormal de la dopamina (17), además entre sus síntomas fundamentales figuran: autismo, disgregación del pensamiento y desarmonía ideo-afectiva, a los cuales se añaden además delirios y alucinaciones. Aparece habitualmente entre 15 y 16 años (18), artículos señalan que existen déficits cognitivos, son severos y afectan especialmente la memoria declarativa verbal, las funciones ejecutivas, la atención sostenida y la memoria de trabajo (18). No existe un factor etiológico único en la esquizofrenia, sino es una combinación de varios criterios.

El diagnóstico de la paciente fue Esquizofrenia tipo paranoide; para llegar a este diagnóstico las evaluaciones se basaron en los criterios del (DSM-IV) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), la cual fue creada por la asociación estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association) (20) (Tabla 1).

Este sistema de clasificación fue creado con el objetivo de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas de trastornos mentales, permitiendo a médicos e investigadores, el diagnóstico, estudio y tratamiento de personas con trastornos psiquiátricos.

Ejes	Descripción
Eje 1	Trastornos clínicos
Eje 2	Trastorno de la personalidad
Eje 3	Problemas médicos
Eje 4	Estresores psicosociales y ambientales
Eje 5	Funcionamiento global del paciente

**Tabla 1.** Criterios clínicos DSM IV para el diagnóstico de esquizofrenia, modificado de la *American Psychiatric Association*.

A continuación se describirá como se hizo el diagnóstico según los antes mencionados criterios. De acuerdo al *Eje 1 (trastornos clínicos)*, presenta: esquizofrenia y trastornos psicóticos, esto fue corroborado en la anamnesis de la paciente al manifestar ideas no acordes con la realidad y repetir la frase: “me quieren matar”. *Eje 2 (trastornos de personalidad)*, presenta: ideas delirantes características de este tipo de personalidad, es desconfiada, hecho que se evidencia porque menciona que sus compañeras emiten comentarios negativos cuando no está presente; tiene delirios de persecución al manifestar que la gente es mala y le quiere hacer daño; sentimientos de superioridad al referirse ser sobrina de Verónica Castro (actriz mexicana) y que estudió en Boston; siente rencor hacia las personas que la maltrataron en el pasado, dichos maltratos no se evidencian en la historia clínica. *Eje 3 (problemas médicos)*, presenta: cefalea holocraneana ocasional. *Eje 4 (estresores psicosociales y ambientales)*, presenta: manifiesta actualmente no tener amigos y que, en su niñez fue víctima de maltrato verbal por parte de sus padres y familiares cercanos, en la adolescencia declaró haber tenido lazos sentimentales con varios individuos, pero al revisar la historia clínica no se constató relaciones sociales de ningún tipo debido a que su desconfianza la llevaba a alejarse paulatinamente de su círculo social y familiar.

## 7. Tratamiento

El plan terapéutico fue iniciado en el año 2014, se trató a la paciente con antipsicóticos basados en la Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia (14). El Esquema terapéutico empleado fue: Levomepromazina 100mg (1 tableta) a las 6H00am y a las 10H00pm, Risperidona 2 mg (1 tableta) a las 6H00am y a las 10H00pm, estos medicamentos han disminuido las alucinaciones auditivas y delirios de persecución, aunque no la llegan a curar.

En Ecuador según la guía de práctica clínica 2017 sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la esquizofrenia (4), se recomienda que se realice una evaluación clínica integral para el diagnóstico de la enfermedad, cuando hay un primer episodio de la fase aguda cualquier antipsicótico es recomendable como medicamento de primera línea, excepto la clozapina y la olanzapina por su mayor riesgo de efectos adversos metabólicos, la única excepción para usarlos es cuando no exista respuesta a un primer antipsicótico y luego a un segundo antipsicótico, en caso de exacerbación aguda o recurrencia de esquizofrenia, se recomienda el uso de risperidona como primera opción de tratamiento, como segunda línea, se puede considerar a la clorpromazina, a la levomepromazina u otros antipsicóticos típicos (4) (Ilustración 1).

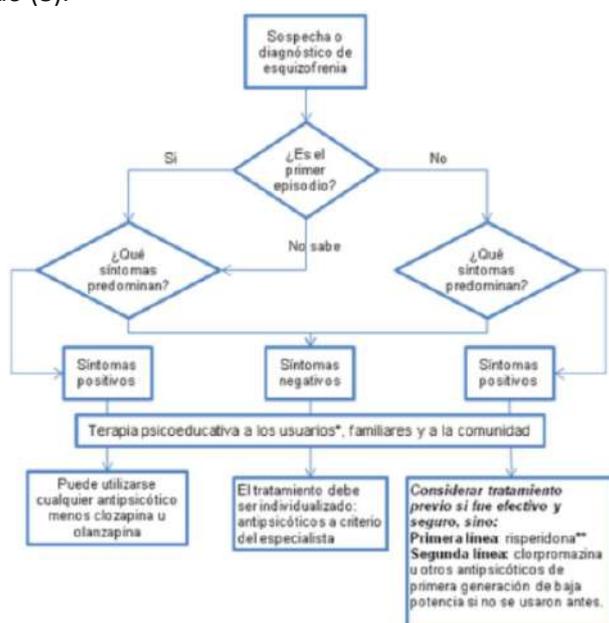
En comparación con la Guía Colombiana de práctica clínica 2014 (8), para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia se recomienda de igual forma una evaluación clínica integral antes de iniciar el tratamiento farmacológico para ello se realizan pruebas como: perímetro abdominal, glicemia en ayunas, perfil lipídico (colesterol total LDL, HDL y triglicéridos), ECG, hemograma, transaminasas, con la finalidad reconocer los efectos adversos de los antipsicóticos por ejemplo aumento de peso (olanzapina, clozapina, quetiapina, risperidona), síndrome metabólico (clozapina y olanzapina) etc. Los antipsicóticos de primera línea para episodios agudos de esquizofrenia se sugieren: aripipra-

zol, haloperidol, quetiapina o ziprasidona, clozapina, mientras que para el manejo farmacológico del adulto con diagnóstico esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación, se recomienda: haloperidol más benzodiacepina parenteral, benzodiacepina parenteral sola o haloperidol solo. El uso de olanzapina y clozapina como tratamiento inicial en pacientes tengan factores de riesgo como dislipidemia, hipertensión, sobrepeso o diabetes, y la amisulprida o Ziprasidona en pacientes con antecedente de arritmia cardíaca o prolongación del QTc, la clozapina en pacientes con antecedentes de discrasias sanguíneas o convulsiones está contraindicado (8).

clozapina (21).

## 8. Conclusiones

Consideramos relevante la presentación de este caso debido la esquizofrenia es un trastorno mental que afecta la calidad de vida de quien la padece, distorsionando su realidad. Esta condición se convierte en una limitante para el desarrollo personal, afectivo, profesional y familiar del individuo, teniendo además repercusión en el progreso de un país. El caso de nuestra paciente es uno de los tantos que existen en Ecuador, los cuales muchas veces pasan desapercibidos por nuestra sociedad sin



**Ilustración 1.** Flujograma del manejo general del paciente con sospecha o diagnóstico de esquizofrenia. Guía de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la esquizofrenia, 2017 (4).

Según la guía de práctica clínica canadiense para poder realizar el diagnóstico de esquizofrenia es necesario signos continuos durante un período de al menos 6 meses, aunque, incluso entonces, los médicos deben estar atentos con respecto a la posibilidad de cambio en el diagnóstico. Para el tratamiento en el primer episodio de psicosis, se debe recomendar la medicación antipsicótica, se puede administrar 300 a 400 mg de clorpromazina, 4 a 6 mg de risperidona, después de la resolución de los síntomas positivos de un episodio agudo de esquizofrenia, a los pacientes se les debe ofrecer tratamiento de mantenimiento y medicación antipsicótica durante 2 y posiblemente hasta 5 años o más, cuando la esquizofrenia es resistente al tratamiento se debería administrar

darle la importancia que realmente abarca esta enfermedad, es por eso que los profesionales de salud y familiares deben asegurarse y estar informados correctamente para cumplir un proceso terapéutico eficaz y brindar un tratamiento oportuno a estos pacientes. Se debe trabajar conjuntamente con los familiares del paciente con esquizofrenia para promover un ambiente acogedor, familiar, de contención, promoviendo la empatía con cada integrante de la familia. Se recomienda considerar el adecuado cumplimiento de la intervención psicológica, tomando en cuenta los espacios de atención necesarios.

Se considera que la presentación de este caso es relevante debido a la importancia de dar a conocer esta enfermedad al público en general y en especial a los profesionales de la salud. A los familiares de personas que sufren este trastorno, el artículo brinda información sobre las características de esta enfermedad y la repercusión objetiva que tendrá en la dinámica familiar. Se ha comprobado el diagnóstico de la paciente por medio de la revisión de su historia clínica y una entrevista que se le realizó, corroborado sus respuestas, basado en la clasificación DSM IV, fue evidente que presenta Esquizofrenia tipo paranoide (F20.0).

Con respecto al tratamiento se presentaron tres diferentes guías, algunas difieren en el manejo del paciente con esquizofrenia a largo plazo y en fases de exacerbación aguda de la enfermedad. En Colombia por ejemplo se recomienda el haloperidol como primera línea mientras en nuestro país la risperidona se usa como primera elección. En Ecuador se trabaja con la Guía de práctica clínica 2017 del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la esquizofrenia del Ministerio de Salud Pública (4). Sin embargo el médico suele escoger el tratamiento basándose en su experiencia y la situación individual del paciente, para tratar adecuadamente la esquizofrenia tipo paranoide.

### Agradecimientos

Agradecemos a la Revista de la Facultad de Salud Pública de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo por la oportunidad para la publicación de nuestro trabajo.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

### Limitación de responsabilidad

Los puntos de vista expresados e información recolectada son de entera responsabilidad del autor de esta revisión y no de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

### Referencias bibliográficas

1. Victoria JC BJ. Schizophrenia. NCBI [Internet].

2007 Jul; 335: 91-95.

2. SALUD OMDL. Mental Health action Plan 2013-2020. OMS. 2017 Oct; 1:54.
3. Rosa NC MV. Deterioro Cognitivo en pacientes esquizofrenicos del Instituto Psiquiatrico Sagrado Corazon de la Ciudad de Quito. UNACH. 2017 January; 1:58(Disponible en: <http://dSPACE.unach.edu.ec/bitstream/51000/4505/1/UNACH-EC-FCS-PSC-CLIN-2017-0050.pdf>).
4. Patricio B APEB. Diagnostico tratamiento y seguimiento de la esquizofrenia Guia de practica clinica. MSP. 2017 October; 1:30(<http://www.hvalenzuela.gob.ec/files/Guias%20clinicas%20practicas%2051/Psiquiatr%C3%ADa/GPC%20Esquizofrenia%20DNN%2011-10-16.pdf>).
5. Ministerio de Salud del Ecuador OPdIS-DdSMAdSdOMdS. Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluacion para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. IESM-OMS. 2008 Diciembre; 1:33(Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/ecuador\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf)).
6. Quiñonez MVB. Determinacion de alteraciones mentales en personas de los barrios de la riveras del rio Esmeraldas. Pontificia Universidad Catolica del Ecuador. 2016 Septiembre; 1:45(Disponible: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/895/1/BOLANOS%20QUINONEZ%20%20MARIUXI%20VERONICA.pdf>).
7. Petita QQC, Jessenia AJJ. Factores asociados a esquizofrenia en pacientes adultos de la sala de emergencia en un Hospital de especialidad de la sala de Guayaquil de Octubre 2016 a Marzo 2017. Universidad Catolica Santiago de Guayaquil Facultad de Ciencias Medicas. 2017 Marzo; 1:52(Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7497/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-348.pdf>).

8. Alejandro G, Fernando R, Norman M, Gerardo B, José O. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. [Online].; 2014 [cited 2018 May 5. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-Esquizofrenia-Completa.pdf>.
9. Carlos A, Nancy A, Thomas B, Emin C, Jorge C, Timothy C. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). [Online].; 2015 [cited 2018 May 5. Available from: [http://www.wfsbp.org/fileadmin/user\\_upload/Treatment\\_Guidelines/Hasan\\_et\\_al\\_\\_2015\\_.pdf](http://www.wfsbp.org/fileadmin/user_upload/Treatment_Guidelines/Hasan_et_al__2015_.pdf).
10. Puerta Polo JV PDD. Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión. Duazary [Internet]. 2017 October; 2011;8(2) :251-7(Recuperado de: : <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3903329&info=resumen&idioma=ENG>).
11. Francisco IfHaAUoCoS. The economic impact of schizophrenia. Pubmed. 1999 January; 1: 4-6(Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10037163>).
12. A J. Epidemiology of Schizophrenia The Global. Burden of disease and disability. Europ. Arch Psychiatry Clin Neuro. 2000 Jan(Cited 2018 20 May); 274-85(Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11153962>).
13. Salud OMdl. OMS. [Online].; 2018 [cited 2018 Mayo 21. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
14. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. SCIELO. 2014 Abril; 37(Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000700001#6](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001#6)).
15. Juan J. López-Ibor Aliño APAMVM. DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. In 0-89042-025-4 I, editor. DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Abril: MASSON; 2008. p. 1:1049.
16. Clin J. The Economic Impact of Schizophrenia. The journal of Clinical Psychiatry. 2015 January; 4(6).
17. Barrón Hernández Alba Lucía BTEMMBSP-KDAJMBJECG. FACTORES QUE ORIGINAN LA ESQUIZOFRENIA INFANTIL. APDQUE. 2012 Julio; 1(1).
18. Pablo V. Gejman ARS. La etiología de la esquizofrenia. Scielo. 2012 junio; 72(3)..
19. E T, L B, MB O, C M, MN DG, F DF, et al. Deletion of dopamine D2 receptors from parvalbumin interneurons in mouse causes schizophrenia-like phenotypes. PUDMED. 2018 March; 1.
20. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association - APA. [Online].; 2018 [cited 2018 Mayo 24. Available from: <https://www.psychiatry.org/>.
21. Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, Teehan, et al. Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults. Can J Psychiatry. 2017 Sep; 62(9): 604-616. Published online 2017 Jul 13. doi: 10.1177/0706743717720448. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5593252/>.