

Trastorno psiquiátrico- esquizofrenia

Schizophrenia- A chronic mental disorder

*Areli Guadalupe Líceá Amador¹, Daniela Robles Saavedra², Catherine Xiadany Diaz Garfia²,
Jorge Juárez Chávez⁴**

Abstract:

Schizophrenia is a chronic mental disorder, the disease is characterized, because patients have disturbances in thinking, delirium, hallucinations, emotional disturbances, and behavioral changes. This disease affects both men and women, causes limitation for the individual who suffers from it in their personal, family and motor development. This disease has different symptoms and stages in which it is triggered, as well as little defined factors that cause schizophrenia. It can be treated according to the type, the patient must be a treatment to reduce symptoms and prevent a relapse, the cure for this disorder is not definitive.

Keywords:

Disorder, schizophrenia, symptoms, causes, treatment.

Resumen:

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico, esta enfermedad se caracteriza porque los pacientes presentan alteraciones en el pensamiento, delirio, alucinaciones, trastornos emocionales y cambios de conducta. Esta enfermedad afecta tanto a hombres como a mujeres, provoca una limitación para el individuo que la padece en su desarrollo personal, social y psicomotor, a su vez esta enfermedad genera conflictos en el grupo familiar. Esta enfermedad presenta diversos síntomas y fases en las que se desencadena, así como existen factores poco definidos que causan la esquizofrenia. Puede ser tratada según el tipo, el paciente debe estar en un tratamiento para lograr reducir los síntomas y prevenir una recaída, ya que la cura de este trastorno aun no es definitiva.

Palabras Clave:

Trastorno, esquizofrenia, síntomas, causas, tratamiento.

1. DESCRIPCIÓN ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno psicótico severo que afecta las emociones y el comportamiento. Los síntomas afectan a diversos procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones) un ejemplo de esta es cuando piensas que estás leyendo su mente, también la comprobación de la realidad (delirios) este se presente cuando tienes una conversación y comienzan a hablar de otro tema y se pierden y por ello es imposible llevar una plática coherente con ellos, también están los sentimientos (afecto plano y afecto inapropiado) ya que ellos expresan lo que realmente sienten por esa razón a veces es incómodo para algunos convivir con una persona que padezca este padecimiento. [1-2]

Es un trastorno que afecta alrededor de 7 a 8 personas de cada 1000. Este comienza entre los 15 años y 35 años como tal es una enfermedad que cuando se presenta el individuo permanecerá con ella por el resto de su vida. [2] La esquizofrenia no es hereditaria como muchos lo piensan. La evidencia la investigación de este padecimiento realmente sugiere que la razón principal que sufra de este trastorno psicótico inicia por acontecimientos estresantes, dificultades de relación dentro de la familia o por un estado de shock por algún acontecimiento de gran impacto emocional. [3] La esquizofrenia afecta de distinta forma a los individuos. Existen dos formas de grupos "positivos" y "negativos". Pero normalmente siempre padecen de los dos tipos. [2]

¹ Lic. Médico Cirujano, Universidad Autónoma de Estado de Hidalgo, Escuela superior de Tepeji del Río, Av. Del Maestro No. 41 Colonia Noxtongo 2ª Sección, Tepeji del Río, Hidalgo, México. Email: Areli_licea@outlook.com, ² saavedra-daniela@hotmail.com, ³ xiadany95@gmail.com, ⁴ jorge_jua97@hotmail.com*.

1.1 Antecedentes históricos.

A lo largo de la edad media se quemaban a las personas con enfermedades mentales ya que los acusaban de Brujos, en la época de la ilustración se reclusa forzosamente a los que se denominaban sin razón o que prácticamente locos, hubo casas de retiro conocidas como Pinel y Tuckey con tratamiento ocupacional hasta las terapias de electroconvulsiva o los comas insulínicos, ya hasta que en el siglo XX empezaron aparecer los primeros psicofármacos [4-6].

Sin embargo, con el uso generalizado de los psicofármacos, se comprobó que la mejoría de los pacientes era relativa, para alcanzar la independencia funcional de las personas con enfermedad mental no bastaba administrar un buen fármaco, sino que se demostró la necesidad de potenciar alternativas de rehabilitación psicosocial.

La comprensión de las enfermedades mentales, a través del tiempo fue evolucionando hasta llegar a conceptos utilizados hoy en día; por ejemplo 1899 donde Kraepelin formulaba su concepto de enfermedad mental a la que le denominó demencia precoz, empleo la expresión “trastorno básico”, no en sentido estricto, sino en sentido de “síntomas frecuentes característicos”, para Kraepelin la definición de esquizofrenia era concisa y restringida, con edad de inicio en la primera década o principios de la segunda.

Para 1911 Eugen Bleuler reconociendo el término de demencia precoz acuñado por Kraepelin, Bleuler consideró que el rasgo más característico de este trastorno era la disgregación de las funciones y por lo tanto consideraba más apropiado denominarla esquizofrenia.

Kurt Schneider en 1959 en su libro sobre psicopatología clínica, intenta superar la diversidad de conceptos definiendo a la esquizofrenia en términos puramente sintomatológicos, reconoce que la esquizofrenia es un trastorno de las asociaciones y sin discrepar abiertamente de Bleuler, considera que es difícil establecer un diagnóstico según sus criterios. [4]

Fases

Una característica más de la esquizofrenia es que presenta ciertas fases las cuales son [7, 10]:

- Primer episodio

Este comienza de una forma gradual llevando un desarrollo lento y a su vez crónico y progresivo que en el paciente deteriora sus capacidades mentales y por tanto el paciente empeora de una manera más rápida lo cual va de la mano con que se presentan ciertos síntomas y signos de la enfermedad que ya está en una fase activa. Este episodio puede ser brusco o presentar la fase de forma lenta y gradual, por ejemplo, se deteriora la higiene,

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

PATRONES DEL PRIMER EPISODIO	
CONTROL DE SALUD	-Incumplimiento de tratamiento -Consumo de tóxicos -Manejo inefectivo de las terapias
METABOLICO Y NUTRICIONAL	-Desequilibrio nutricional, que trae alucinaciones o delirios
ELIMINACION	-Estreñimiento.
ACTIVIDADES	-Carencia de autocuidados
SUEÑO, DESCANSO	-Deterioro del sueño -No hay descansos
CONDUCTUAL	-Pensamientos distorsionados
AUTOPERCEPCION	-Desesperanza -Baja autoestima
RELACIONES (ROLES)	-Aislamiento social -Riesgo de soledad -Deterioro de comunicación verbal
SEXUALIDAD	-Disfunción sexual
TOLERANCIA AL ESTRES	-Violencia a el mismo o a los demás

- Fase aguda

En esta fase se presentan los síntomas ya mencionados de forma principal en la persona, síntomas psicóticos, alucinaciones, delirios, poca higiene entre otros y estos síntomas pasan a ser más intensos con el tiempo.

FASE AGUDA	
CONTROL DE SALUD	-Incumplimiento de tratamiento -Consumo de tóxicos -Manejo inefectivo de las terapias
METABOLICO Y NUTRICIONAL	-Desequilibrio nutricional, que trae alucinaciones o delirios
ELIMINACION	-Estreñimiento
ACTIVIDADES	-Carencia de autocuidados
SUEÑO, DESCANSO	-Deterioro del sueño -No hay descansos
CONDUCTUAL	-Trastorno del pensamiento -Déficit de conocimiento -Déficit de interpretación de su entorno
AUTOPERCEPCION	-Ansiedad -Temor -Violencia
RELACIONES	-Interrupción de procesos familiares -Cansancio de roles
SEXUALIDAD	-Disfunción sexual

- Fase de estabilización

Como su nombre lo dice las manifestaciones de la fase aguda se estabilizan, se hacen menores y suelen tener una duración de 6 meses aproximadamente, después del episodio agudo ya mencionado que presentó el paciente.

FASE DE ESTABILIZACIÓN

CONTROL DE SALUD	-Incumplimiento de tratamiento -Consumo de tóxicos -Manejo inefectivo de las terapias
METABOLICO Y NUTRICIONAL	-Desequilibrio nutricional: exceso
ELIMINACION	-Estreñimiento
ACTIVIDADES	-Déficit de autocuidados
SUEÑO, DESCANSO	-Deterioro o privación del sueño
CONDUCTUAL	-Conflicto de decisiones -Déficit de conocimiento -Trastorno del pensamiento
AUTOPERCEPCION	-Baja autoestima -Ansiedad
RELACIONES	-Riesgo de soledad -Aislamiento social
SEXUALIDAD	-Disfunción sexual

- Fase estable

Se caracteriza porque los síntomas ya antes mencionados se tornan estables y por tanto no son tan graves como en su primer episodio, ahora presentaran tensión, depresión, ansiedad los cuales serán síntomas no psicóticos, trayendo a su vez confusión en la enfermedad por estos cambios repentinos.

Antes de entrar en esta fase estable el paciente tiende a tener formas de síntomas positivos y conductas de pensamiento, actuar, carácter o cultural positivos el cual dura solo semanas o días.

FASE DE ESTABLE	
CONTROL DE SALUD	-Incumplimiento de tratamiento -Consumo de tóxicos -Manejo inefectivo de las terapias
METABOLICO Y NUTRICIONAL	-Alteración del patrón alimenticio
ELIMINACION	-Estreñimiento
ACTIVIDADES	-Déficit de autocuidados -Trastorno o riesgo de movilidad
SUEÑO, DESCANSO	-Deterioro o privación del sueño
CONDUCTUAL	-Conflicto de decisiones -Deterioro de la memoria
AUTOPERCEPCION	-Baja autoestima -Desesperanza
RELACIONES	-Deterioro de la interacción social -Deterioro de la comunicación verbal
SEXUALIDAD	-Disfunción sexual

1.2 Síntomas

En la esquizofrenia existen factores positivos y negativos, puesto que es una enfermedad el sistema nervioso central

cuya aparición se da en cambios de comportamiento y estos suelen ser habituales o no habituales "raros". [6]

Hasta estos días existen diferentes tipos de esquizofrenia debido a sus síntomas y con signos diferentes entre ellos, esta enfermedad se caracteriza por la alteración de sentimientos (afecto), la forma de pensar y por supuesto la conducta de la persona. [6]

Si hablamos de síntomas positivos encontramos que se caracterizan por las ideas, comportamientos y percepciones de la persona, solo lo presenta el enfermo y no la gente en su alrededor pareciendo que el enfermo se inventa cosas o historias pero él percibe otra realidad, el paciente a su vez, no tiene consciencia de su enfermedad y no es recomendable contraponerse a ellos. [6]

El paciente con esquizofrenia presentará ciertas características como [7]:

- Alteraciones

Se dan específicamente en la conducta y son un tanto extravagantes y sin finalidad concreta, presentando conductas extravagantes, fuera de lugar.

- Desorganización

En el aspecto de pensamiento es aquella incapacidad de decir u ordenar algún pensamiento de forma clara lo que lleva a expresarlo de una forma poco normal, carente de sentido y de lógica.

- Alucinaciones

El enfermo presenta estímulos sin que existiera algo previo antes, otro "estimulo", algo más recurrente es que la persona con esquizofrenia suele escuchar voces cuando se encuentra solo o simplemente nadie le habla, estas alucinaciones no solo son a nivel auditivo sino que pueden ser gustativas o visuales.

Alucinaciones táctiles o cenestésicas la persona tiene sensaciones fuera de lo normal que no suceden en ese momento.

Alucinaciones olfatorias la persona percibe olores que no corresponden al lugar en el que esta o simplemente no existen.

Alucinaciones gustativas, percibe sabores anormales, inventos de sabores (tierra, cemento, cal).

Alucinaciones visuales la persona observa cosas más allá, ataques, objetos extras, gente que no se encuentra ahí etc.

- Aislamiento

La persona suele perder el interés y la capacidad de socializar y llega a quedar solitario.

- Afectividad aplanada

El paciente esquizofrénico reduce su capacidad de expresarse, está apático, nada le interesa, reduce sus movimientos, deja de gesticular, disminuye la tonalidad de voz, la mirada y al hablar ya no expresa tantas palabras.

- Delirios

Son aquellas ideas falsas e ilógicas que crea la persona interpretándolos de forma errónea, teniendo: delirios de

persecución donde cree que hay algo o alguien que lo está viendo o lo persigue, los delirios de grandeza donde piensa que él es más que todos, que es invencible, delirios de perjuicio la persona cree que todo están en su contra y desean dañarlo.

Existen también factores negativos:

Estos son un tanto más difícil de reconocer ya que se encuentran de forma disminuida y por tanto no llaman la atención, la persona se encuentra antisocial, desalineada, apático, deja de disfrutar las cosas que le gustaba o solía hacer, tiene un bloqueo para poder establecer contacto con otras personas.

1.3 Tipos de esquizofrenia.

Hay cinco tipos tradicionales de esquizofrenia:

1. Esquizofrenia paranoide: el paciente presenta delirios, alucinaciones auditivas, ansiedad, ira y violencia. En este tipo de esquizofrenia la persona no sufre comportamiento desorganizado, ni cambios afectivos, por lo tanto, en la mayoría de los casos se presentan síntomas positivos y los síntomas negativos y cognoscitivos no se desarrollan.

2. Esquizofrenia desorganizada: el paciente presenta lenguaje y comportamiento desorganizado, sus ideas son delirantes que giran en torno a temas incoherentes. El paciente parece sentirse decaído. No sabe cómo actuar de forma adecuada en el mundo que lo rodea.

3. Esquizofrenia catatónica: el paciente sufre alteraciones psicomotoras, el paciente es muy negativo y no acostumbra interactuar con los demás, realiza movimientos poco normales (muecas, posturas extrañas), cuando está charlando con alguien puede llegar a copiar lo que dice o hace la otra persona.

4. Esquizofrenia simple: dentro de los síntomas el paciente no presenta delirio ni alucinaciones, sin embargo, pierde algunas de sus capacidades normales, como por ejemplo la comunicación o el aprendizaje.

5. Esquizofrenia hebefrénica: este tipo de esquizofrenia se presenta a una edad temprana (12 y 13 años), la persona sufre de delirios y tiene una grave alteración en su conducta, los síntomas se encuentran en relación con una enfermedad psiquiátrica por lo tanto muchas veces se confunde con algún tipo de retraso mental.

Existe otra clasificación de la neuropsicología, para generalizar más. Se trata de una clasificación dual:

1. Esquizofrenia tipo I: hay una abundancia de síntomas positivos (en los síntomas positivos hay más actividad de la persona). En cuanto a sintomatología se presentan delirios y alucinaciones. La causa se establece en una hiperactividad dopaminérgica en regiones

subcorticales, que son las causas de dicha sintomatología.

2. Esquizofrenia tipo II: se presenta sintomatología negativa (los síntomas son más tranquilos), hay poca actividad. La causa se establece por un descenso de la actividad dopaminérgica en regiones prefrontales

1.4 Factores causantes de la esquizofrenia

La esquizofrenia es el resultado de la interacción de numerosos factores. Los factores de riesgo que pueden predisponer a la enfermedad son:

- Aspectos genéticos: la esquizofrenia es más frecuente entre los familiares de los pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, hay excepciones, ya que, entre gemelos genéticamente idénticos, es posible que uno tenga la enfermedad y el otro no. Por esto la genética tiene importancia ya que facilita o predispone el desarrollo de la enfermedad.

Porcentaje de aparición: población general (1%), hermanos no gemelos (8%), hijos de progenitor afectado (12%), hijo de dos progenitores afectados (40%), humanos gemelos dicigotos (12%), hermanos gemelos monocigotos (47%).

- Química y estructura del cerebro: los científicos creen que un desequilibrio en las reacciones químicas relacionadas con la dopamina y el glutamato, y posiblemente otros neurotransmisores, juega un papel en la esquizofrenia. Las estructuras cerebrales de una persona con esquizofrenia son ligeramente diferentes a las de una persona sana, por ejemplo: los ventrículos cerebrales estarán más grandes en una persona con este trastorno, el cerebro de una persona con esquizofrenia suele tener menos materia gris, y algunas zonas del cerebro pueden tener mayor o menor grado de actividad.

- Factores prenatales: la esquizofrenia se puede presentar por una complicación durante el proceso de gestación, como la exposición materna al virus de la influenza o desnutrición, esto afecta al desarrollo neurológico del feto y aumenta la probabilidad de adquirir la enfermedad.

- Factores sociales: no son la causa principal de la aparición de la enfermedad, pero si suelen actuar como desencadenantes, esto puede incluir: el vivir en un medio urbano, sufrir de alguna desventaja social como por ejemplo la pobreza, estos puntos aumentan el riesgo de contraer esquizofrenia.

- Drogodependencia: el consumo crónico de drogas, sobre todo de cannabis, puede ser desencadenante de trastornos psiquiátricos como la "esquizofrenia endógena" o "psicosis cannábica".

El consumo de sustancias tóxicas como: el alcohol, el cannabis, los derivados anfetamínicos, cocaína, entre otros, favorecen la evolución de la esquizofrenia, provocando un número mayor de recaídas.

1.5 Epidemiología y estadística

La esquizofrenia está presente en todos los países del mundo y es una de las primeras 20 causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años, pero no están común como otros trastornos mentales. La prevalencia e incidencia va depender de los factores como: económicos, geográficos y socio-culturales.[13]. La edad varía de los 15 a los 35 años teniendo un pico a los 25, también puede iniciar en infancia y tercera edad.

Esta patología afecta a 21 millones de personas alrededor del planeta, es más frecuente en hombres (12,000) que en mujeres según la OMS (Organización Mundial de la Salud) [14]. (figura 1). Se ha presentado una prevalencia entre adultos en el rango del 0,5 al 1,5%, y mayor prevalencia en raza negra. La relación que existe entre hombres y mujeres es de 1,4:1. También el pronóstico es mejor en mujeres suele relacionarse a la aparición más tardía en ese sexo, probablemente por el efecto antidopaminérgico del estrógeno. En mujeres la esquizofrenia aparece en un rango de edad de 15 a 30 años y 45 a 55 relacionado con la menopausia, mientras que en los hombres es de 15 a 25 años. Las mujeres tienden más riesgo familiar de manifestarse la esquizofrenia. [15]

Las personas que sufren esquizofrenia pueden sufrir más trastornos como la depresión y trastornos de ansiedad. Los esquizofrénicos tienden riesgo al suicidio de un 10 %. El exceso de mortalidad es causada debido a enfermedades físicas, cardiovasculares, metabólicas e infecciosas, también se le asocia a los efectos farmacológicos, estilos de vida poco saludable y a una atención médica deficiente. Las enfermedades cardiovasculares y pulmonares se ha estimado que representan aproximadamente el 60% de muertes prematuras. [16]

Los pacientes con este trastorno el 47% son consumidores de drogas principalmente: 30- 40% alcohol, 15-25% cannabis, 5-10% cocaína y tabaco [17]. El Instituto Nacional de Psiquiatría en México informo que tienen 80% de consumir drogas por el descuido y soledad que sufren. [18]

Los emigrantes y las personas que habitan en áreas urbanas presentan también una mayor probabilidad de contraer la enfermedad comparados con las personas que viven en zonas rurales o mixtas. [19]

En México se calcula que más de un millón 100 de personas padecen esquizofrenia y ocupan su principal causa de incapacidad según el IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social) y que 50% de los pacientes no cuenta con el tratamiento, diagnóstico oportuno. [19]

1.6 Diagnóstico

El diagnóstico (Dx) de la esquizofrenia se puede realizar a través de la historia clínica, esta es una manera más usual para referir este diagnóstico; en esta se reflejan los antecedentes familiares, eventos sufridos por el paciente y algunos tratamientos prescritos. Otra manera de recabar información del paciente es hacer una entrevista a familiares que forman parte de su entorno. [20]

El diagnóstico de esquizofrenia también se apoya de algunos criterios clínicos estos a base de pruebas psicométricas, pruebas de neuroimagen y neuropsicológicas. [20]

Existen algunos criterios que clasifican a la enfermedad, tales como los síntomas positivos, referidos a delirios y/o alucinaciones, síntomas negativos, desorganización del pensamiento, conducta y lenguaje. Estos síntomas deben presentarse como un mínimo de 6 meses y que no se deban a otras situaciones tóxicas o psicopatológicas. [20, 21]

La esquizofrenia no suele ser de aparición súbita, propiamente se desencadena con un primer periodo, el cual oscila en varios días hasta llegar a años, en los cuales el paciente presenta cambios mínimos de carácter, disminución de rendimiento, ansiedad y aislamiento social. [20, 21]

Cuando existe la aparición del primer episodio psicótico suelen predominar los síntomas positivos, en esta fase para hacer un diagnóstico se requiere la determinación de tóxicos en la orina o en sangre, TAC craneal y electroencefalograma. [21]

Conclusiones

Es importante dar a conocer esta enfermedad, más allá de solo el concepto porque incluye diversos factores que afectan a la persona, sabiendo que existen varias personas que pueden presentar tan siquiera un solo episodio de esta enfermedad y a su vez continuar con sus actividades cotidianas sin dejar a un lado que existe la parte contraria en la que el paciente desafortunadamente recae y esto lo limita.

Cabe recalcar que las personas con esquizofrenia deben recibir tratamiento y atención médica a su enfermedad que los condiciona a una calidad de vida baja, deteriora la vida, convirtiendo a la persona en un ser extraño y solitario a la vez, con consecuencias también sociales y en su entorno, recibiendo un trato discriminatorio a lo cual existe una rehabilitación ya que la enfermedad puede ser controlada pero no sanada, logrando a su vez la reincorporación del paciente incluyendo seguir con sus actividades cotidianas.

Agradecimientos

A nuestros padres que nos han apoyado de manera incondicional para llegar hasta donde estamos, para formarnos académicamente, creyeron en nosotros en todo momento y sin dudar de nuestras habilidades, no nos dejaron solos para intentar y lograr. A nuestro Catedrático, Dr. Tangirala Venkata Krishna Karthik por alentar a prepararnos, investigar, tenernos paciencia y realmente enseñanza. A nuestros compañeros quienes han estado en el corto o largo camino junto a nosotros en la Universidad Autónoma de Hidalgo Campus Tepeji del Río. Ya que junto a ellos hemos tenido enseñanzas, de cada uno de ellos hemos aprendido.

Bibliografía

- [1] sp-15-3517_156292.pdf página 2
https://www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/sp-15-3517_156292.pdf
- [2] GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf página 11
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
- [3] 21-Esquizofrenia.pdf página 1,
<http://www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf>
- [4] antecedentes.pdf página 1-2,
<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21800/antecedentes.pdf>
- [5] Transtornolimit.com/ trastornos y enfermedades mentales "trastorno límite de personalidad" TLP
<https://www.trastornolimit.com/trastornos/la-esquizofrenia>
- [6] "Síntomas de la esquizofrenia, ¿Cuáles son?" Janssen-Cilag 2017, mayo 23, 2017. España.
<https://www.esquizofrenia24x7.com/sobreesquizofrenia/sintomas-esquizofrenia/sintomas-comunes-esquizofrenia>
- [7] Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. -AZNAR Moya, Juan Antonio-Martin Garcia Sancho. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Masson. Barcelona: 2005. Ayuso-Mateos, J.L. Gutierrez-Recacha P., Haro J.M. and Chisholm D. (2006) Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. Schizophrenia Research. 86, 194–201 Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines.
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
- [8] LÓPEZ, B. S. y IBARRA, M. U. (2013) "esquizofrenia", Revistas bolivianas. V.35, La paz. Consultado en:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000800004&script=sci_arttext
- [9] Germán Abeleira Padín (2012). Universidad de Salamanca. Esquizofrenia. Consultado en:
[file:///C:/Users/Areli/Downloads/Dialnet-Esquizofrenia-4018442%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Areli/Downloads/Dialnet-Esquizofrenia-4018442%20(1).pdf)
- [10] Michael Woods. Rose, Medical center (2015). factores de riesgo para esquizofrenia. Consultado en:
<https://aspenmedgroup.org/hl/?/20110/Next/sp>
- [11] Institutos nacionales de la salud (2015). NIH. Pag 9 y10. Consultado en:
https://www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/sp-15-3517_156292.pdf
- [12] Forumclínic. "la esquizofrenia: causas, síntomas, tratamiento y evolución". Transtornolimit.com consultado en:
<https://www.trastornolimit.com/trastornos/la-esquizofrenia>
- [13] Esquizofrenia. (2018, 18 abril). Recuperado 13 septiembre, 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- [14] Esquizofrenia. (2018, 18 abril). Recuperado 13 septiembre, 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- [15] Usall, J., & Coromina, M. (2012). Género y esquizofrenia. Recuperado 13 septiembre, 2018, de <http://www.whhttp://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1772/62/1v00n1772a90021172pdf001.pdfho.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- [16] Brown, S., Barraclough, B., Inskip, H. (2000). «Causes of the excess mortality of schizophrenia». British Journal of Psychiatry 177: 212-7.
- [17] Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. ADICCIONES, Vol.19 Núm. 2, Págs.191-204. Manuel Ramiro, A. L. (2013)
- [18] En México un millón 100 mil personas padecen esquizofrenia. (2014, 28 noviembre). Recuperado de <http://www.jornada.com.mx/2014/11/28/ciencias/a02n1cie>
- [19] Mexico, S. S. A. (2016). Diagnostico Epidemiológico. Recuperado 13 septiembre, 2018, de www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap3.pdf
- [20] Formas de diagnóstico (2018) Consultado en:Healthcare, S.A.<https://www.webconsultas.com/esquizofrenia/diagnostico-de-la-esquizofrenia-531>
- [21] Tipos de diagnóstico (2009) Consultado en: Guía clínica para el tratamiento de esquizofrenia en Centro de Salud Mentalhttp://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.