

PSIQUIATRIA

ESQUIZOFRENIA: DETECCIÓN OPORTUNA EN ATENCIÓN PRIMARIA

María Jesús Vargas Baldares*

SUMMARY

Schizophrenia is a disorder that usually occurs in young subjects, its relates with high levels of suffering in both, the person who has it in their families. Its mainly characterized with delusions, hallucinations and disorganized behavior. Staff at primary level health care are and have the first contact with the people, which will provide basic information and guide their journey and those generally are closer to the problems of its inhabitants. The purpose of this article is to provide health staff primary care information on the pathogenesis and early detection of schizophrenia, which is one of the most disabling mental illness

that affects humans and causes a major impact on the family members in the health system and society.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia, es una de las enfermedades más invalidantes de los seres humanos, conocida como “el cáncer de la psiquiatría” se impone como un gran reto social debido a su incidencia, su potencial cronicidad y severidad y las consecuencias importantes para la familia y la sociedad en general. (8, 12) Es un desorden cerebral, que deteriora la capacidad para pensar, para dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse

con los demás. Es una enfermedad psíquica que afecta a la mente, al conjunto de actividades o procesos psíquicos conscientes o inconscientes. Las personas que padecen esquizofrenia asocian también pérdida de hábitos e interés, aislamiento social, depresión y/o irritabilidad. (10) La esquizofrenia es un trastorno mental que se encuentra dentro del grupo de los llamados trastornos psicóticos. (10) Se caracteriza por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, delirios bizarros, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. (2, 14) Entre el conjunto de las enfermedades

* Médico general. Hospital Nacional Psiquiátrico. CCSS. e-mail: marjvb@yahoo.es

mentales graves que provocan una modificación profunda y duradera de la persona, la esquizofrenia es la alteración mental caracterizada por un proceso de disgregación, que ha sido llamado alternativamente “demencia precoz”, “discordancia intrapsíquica” o disociación autística de la personalidad”. Históricamente, a finales del siglo XIX, estos enfermos fueron denominados por Morel, en Francia, como “dementes precoces”. En Alemania, Hecker designó esta enfermedad como una hebefrenia (estado demencial de la gente joven); y Kahlbaum, como catatonia, haciendo referencia a los trastornos psicómotores. Kraepelin reunió todos estos tipos en una sola entidad nosológica que definió como “demencia precoz”. Distinguía tres formas clínicas: simple o hebefrénica, catatónica y paranoide. (16) Bleuler, en 1911 designa el concepto “esquizofrenia”, que describe un síndrome deficitario de disociación y un síndrome secundario de producción de ideas, sentimientos y actividad delirantes. (16) La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos

de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), atención, concentración, motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea por sí solo patognomónico de la esquizofrenia. (2, 18)

EPIDEMIOLOGÍA

Los datos epidemiológicos muestran que la incidencia de esquizofrenia es de 1/1000 habitantes, y su prevalencia está entre un 0,2-2%. (15) Si tomamos en cuenta que aproximadamente el 1% de la población general la sufre, en Costa Rica se calcula que deben existir aproximadamente 35.000 esquizofrénicos, lo que constituye un problema de salud pública importante. (21)

ETIOLOGÍA

Dentro de la etiología de la esquizofrenia se han realizado múltiples investigaciones que han estudiado diversos factores que podrían influir en la aparición de esta patología. La esquizofrenia se definió primero como una condición dopaminérgica, y más adelante, como noradrenérgica, como serotoninérgica y por último como una mezcla de diferentes sistemas de neurotransmisores. Sin embargo, esta perspectiva carece de explicaciones mecanicistas. (5) Posteriormente, en otros estudios se observó que la esquizofrenia

podría ser consecuencia de una anomalía en la lateralización del lenguaje. En la bibliografía de la esquizofrenia, centenares de publicaciones han correlacionado anomalías de lateralización, de la sincronización, interhemisférica y del lenguaje. Los resultados de estos estudios sugieren una actuación anormal de la dominancia cerebral en la patofisiología de la esquizofrenia. (5) En otras investigaciones se muestra evidencia que apoya la hipótesis del rol que juegan las infecciones prenatales en la etiología de los casos de esquizofrenia, donde se incluyen a rubéola, influenza, virus herpes simple y toxoplasmosis, observándose un incremento del riesgo de padecer esquizofrenia posterior a su exposición in-útero. (4) Otros factores que se ha visto que podrían aumentar el riesgo de padecer esquizofrenia, son las consecuencias a largo plazo del abuso físico y sexual infantil, para lo cual se han realizado diversos estudios. Sin embargo, la evidencia continúa siendo controversial. (11)

CURSO

El inicio de la esquizofrenia se puede producir durante la adolescencia e incluso en la infancia, o al inicio de la edad adulta. Afecta de forma similar a ambos sexos. Sin embargo,

en los varones, la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en las mujeres lo es a finales de la tercera década y comienzos de la cuarta. La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. (1) Esta enfermedad, que a menudo es de tipo crónico, puede caracterizarse mediante tres fases que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas. 16)

Fase aguda (o crisis): Presencia de síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado. Generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Síntomas negativos también son más intensos.

Fase de estabilización (o post-crisis): Se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. Su duración puede ser de 6 meses o más, tras el inicio de un episodio agudo.

Fase estable (o de mantenimiento): Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Algunos pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los

síntomas negativos y/o positivos, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, circunstancialidad en vez de relajación, ilusiones en vez de alucinaciones, ideas sobrevaloradas en vez de delirios). Antes de que un paciente, que se encuentra en la fase estable, presente una recidiva, habitualmente se produce un periodo prodrómico en el que puede haber síntomas disfóricos no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos o conductas idiosincrásicas. Este periodo prodrómico dura generalmente entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios meses. (18)

La mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable. La remisión completa (es decir, el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno) no es frecuente en esta enfermedad. (18)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las personas que padecen un trastorno esquizofrénico presentan diferentes tipos de síntomas, no obstante, ninguno es específico de la esquizofrenia. Los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos

Mentales (DSM-IV) son similares en muchos aspectos, pero no idénticos, descritos en la Tabla 2. (2, 14) Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en 2 grandes categorías: síntomas positivos y síntomas negativos. (2, 18)

Síntomas positivos: Son los síntomas más llamativos. Predominan la extravagancia y el simbolismo de la conducta. Son típicas las ideas delirantes múltiples y extrañas, normalmente de temática autorreferencial o persecutorio, aunque también se pueden presentar delirios de control o temáticas diversas (religiosa, de grandiosidad o simplemente ilógicas). Los síntomas positivos se refieren a nuevas experiencias psicológicas fuera del alcance normal de la cognición como las alucinaciones, los delirios, el trastorno del pensamiento (manifestado por marcada incoherencia, descarrilamiento, tangencialidad, falta de lógica) y las conductas extrañas o desorganizadas. Son prevalentes durante los episodios agudos de la enfermedad, pueden precipitar una hospitalización, muchas veces responden adecuadamente al tratamiento neuroléptico y pueden remitir por periodos extensos.

Síntomas negativos: Indican la pérdida de las funciones normales. Se manifiestan por el afecto amortiguado, pobreza del habla y del pensamiento, apatía,

anhedonia (incapacidad de sentir placer), pérdida de motivación, falta de interés social e inatención a los estímulos sociales. Gran parte del deterioro en la calidad de vida de los pacientes es atribuible a estos síntomas, ya que no pueden mantener una función adecuada en la escuela o en el trabajo. Las relaciones con familiares y amigos decaen gradualmente frente al afecto sin respuesta y a la desatención a los indicios sociales, los intereses personales. Las personas que tienen síntomas negativos necesitan ayuda con las tareas diarias. Muchas veces hasta descuidan la higiene personal básica. Fue Crown, en 1980, quien en relación al mayor predominio de una u otra sintomatología realizó una clasificación que se ilustra en Tabla 1:

Tabla 1. Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia

Síntomas Positivos	Síntomas Negativos
Alucinaciones severas dominan el cuadro clínico	Afecto amoriguado
Delirios (persecutorios, hipocondriacos)	Alogia
Alteración del pensamiento abstracto	Abolición - Apatía
Conductas bizarras y desorganizadas	Anhedonia - Asocialidad
Lenguaje desorganizado	Deterioro de la atención

Trastornos cognoscitivos: La presencia de deterioro cognoscitivo en pacientes con esquizofrenia está bien descrita en la literatura. Kraepelin y Bleuer hicieron referencia a las dificultades de atención, memoria y funciones ejecutivas. (3, 13) La presencia de alteraciones cognitivas se

ha descrito tanto en muestras de episodios psicóticos agudos como en pacientes crónicos. Están presentes en las fases tempranas de la enfermedad y sin duda persisten a pesar del tratamiento. (13) Un trastorno cognitivo, para ser clínicamente significativo y teóricamente interesante, deben alcanzar una severidad más allá del déficit generalizado que, como grupo, los pacientes con esquizofrenia tienden a presentar en prácticamente cualquier prueba. Estos trastornos cognitivos no son patognomónicos de la esquizofrenia pues ocurren en otras condiciones neuropsiquiátricas. (3) La teoría de la mente se refiere a la habilidad cognitiva de atribuir pensamientos, creencias e intenciones a los demás, permitiendo explicar, manipular y

La evaluación diagnóstica de la esquizofrenia debe incluir lo siguiente:

- Historia detallada del paciente, basada en informes del propio enfermo y de personas allegadas con el fin de evaluar la personalidad y el funcionamiento global del paciente.
- Examen del estado mental.
- Exploración física (incluida una exploración neurológica).
- Estudios de laboratorio habituales con análisis de bioquímica sanguínea y hemograma.

Aunque no existen datos físicos o de laboratorio específicos que confirmen el diagnóstico de esquizofrenia, se deben realizar para descartar otras posibles causas de los síntomas como trastornos orgánicos, y para evaluar enfermedades somáticas comórbidas.

CONSECUENCIAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Mortalidad: Los índices de mortalidad en la población afectada de esquizofrenia son el doble de la población general. Este fenómeno ha sido asociado al descuido en el cuidado por parte de los propios pacientes y sus familias, a las pobres condiciones de vida, a enfermedades relacionadas con estilos de vida no saludables y a limitaciones en el acceso a los

DIAGNÓSTICO

predecir el comportamiento en los otros. En 1992, Frith propone una relación existente entre la teoría de la mente y los síntomas severos de esquizofrenia, explicado por una discapacidad mental. (17)

Tabla 1. Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia

CIE-10	DSM-IV
<p>Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o 2 o más si son menos evidentes, pertenecientes a cualquiera de los grupos a) a d), o síntomas de por lo menos 2 de los grupos referidos entre el e) y i). Los síntomas deben haber estado claramente presente por un periodo de 1 mes o más:</p> <p>a) Eco, robo, inserción o transmisión del pensamiento</p> <p>b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencias o de pasividad claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros, o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepciones delirantes</p> <p>c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo y otros tipos e voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo</p> <p>d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son totalmente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos)</p> <p>e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente</p> <p>f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos</p> <p>g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características, flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor</p> <p>h) Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social); debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica</p> <p>i) Un cambio consistente de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social</p>	<p>A. Síntomas característicos. 2 o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito): 1) ideas delirantes, 2) alucinaciones, 3) lenguaje desorganizado, por ejemplo, descarrilamientos frecuentes o incoherencia, 4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, 5) síntomas negativos, por ejemplo aplanamiento afectivo, alergia o abulia.</p> <p>NOTA. Sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comentan continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si 2 o más voces conversan entre ellas.</p> <p>B. Disfunción social/laboral. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral)</p> <p>C. Duración. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos, prodrómicos y residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por 2 o más síntomas de la lista del criterio A, presentes en forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales)</p> <p>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo. El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual</p> <p>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica</p> <p>F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo. Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito)</p>

sistemas 12 veces mayor que en la población general. (9)

Discapacidad social: Se considera una discapacidad a cualquier restricción o falta de habilidad para desarrollar una actividad en la manera o dentro del rango considerado normal para un individuo en su propio

medio sociocultural. (6, 9) En la esquizofrenia, la discapacidad puede afectar el funcionamiento social en varias áreas, por ejemplo:

- Autocuidado (higiene, vestuario, alimentación)
- Rendimiento ocupacional (trabajo remunerado, estudios, labores domésticas)

- Funcionamiento en roles familiares
- Funcionamiento en roles sociales (participación con otros miembros de la comunidad en actividades de esparcimiento y de otro tipo)

Estigma social: Existe un estigma fuertemente asociado al

diagnóstico de esquizofrenia que produce numerosas consecuencias en el individuo como el uso de un lenguaje peyorativo, barreras para encontrar trabajo o vivienda, acceso restringido a servicios sociales, escasas posibilidades de conseguir pareja, aumento de posibilidades de un mal tratamiento e institucionalización. El estigma se encuentra profundamente enraizado en la sociedad, con grados variables según la cultura en la cual se desenvuelve el individuo. El estigma opera incluso, y eso es más grave, en los servicios de salud; a menudo de una manera sutil con actitudes de rechazo hacia los usuarios y perpetuando prácticas que favorecen la segregación, la dependencia y la falta de poder. (9)

TRATAMIENTO

El abordaje terapéutico de la esquizofrenia es integral, es decir, se realiza de manera global, combinando diferentes tipos de tratamientos: el médico y las terapias psicosociales. En el plan de tratamiento, habrá que tener en cuenta el tipo y el lugar donde se realiza, así como las preferencias de la persona que padece el trastorno y su familia. La medicación es una parte importante para el tratamiento de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico. Se ha demostrado su eficacia para

atenuar los síntomas en periodos de crisis (episodios agudos), para la prevención de recaídas y para la mejoría de los síntomas entre crisis. Los antipsicóticos son la medicación principal, ya que disminuyen los síntomas y previenen recaídas. Asimismo, otras medicaciones son utilizadas como coadyuvantes, para estabilizar el estado de ánimo y/o corregir efectos adversos. (19) Todos los antipsicóticos son efectivos en dosis adecuadas para reducir la mayor parte de los síntomas de la esquizofrenia. El tipo de medicación y la dosis adecuada varían de una persona a otra, en función de sus características, el tipo de síntomas que manifiesta, los efectos adversos que pueda tener la medicación, así como sus preferencias. Para un buen funcionamiento del tratamiento, es importante tomar la medicación tal y como ha sido prescrita, sin abandonarla ni cambiar las dosis. Recientes estudios sustentan la teoría de que los antipsicóticos podrían modificar el curso deteriorante de la enfermedad, teniendo en cuenta que los síntomas psicóticos sobre todo cuanto mayor es su duración, su debut y el periodo de tiempo sin recibir tratamiento, se asocian a un peor pronóstico. Recordar la existencia de comorbilidades médicas que pueden influir en el abordaje terapéutico de estos pacientes. (19) Es imprescindible

mantener una buena comunicación con el médico a fin de informar bien de los síntomas que padecen, o de las dificultades que puedan observarse. Al mismo tiempo, es necesario que el médico informe sobre los tipos de tratamientos que se pueden realizar y los efectos adversos que éstos pueden producir, incorporando así a la persona afectada a la búsqueda del tratamiento óptimo. El desarrollo de diversas terapias psicosociales como la terapia cognitivo-conductual o la psicoeducación, son útiles como adyuvantes al tratamiento farmacológico, para mejorar la percepción emocional y social en los sujetos con esquizofrenia. (6, 19)

CONCLUSIONES

La esquizofrenia es una enfermedad mental, en la cual se deben tener en cuenta las implicaciones personales, sociales y familiares que asocia. En los últimos años el abordaje de la esquizofrenia ha ido en avance en aspectos sociales, legislativos, farmacológicos y de psicoterapia. Todo esto con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno que se presenta generalmente en sujetos jóvenes y asocia altos

niveles de sufrimiento tanto en la persona que la padece como en sus allegados. Se caracteriza principalmente por delirios, alucinaciones y desorganización del comportamiento. El personal de salud del primer nivel de atención es que tiene el primer contacto con las personas, brindan información básica y guían su recorrido y generalmente están más próximos a los problemas de sus habitantes. El propósito de este artículo es brindar al personal de salud del primer nivel de atención información sobre la etiopatogenia y detección oportuna de la esquizofrenia, la cual es una de las enfermedades mentales más discapacitantes que afecta al ser humano y que causa un impacto importante en los miembros de una familia, en el sistema de salud y en la sociedad en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154(4): 1-63
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. 1ª Edición. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2002
3. Barrera A. Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Rev Chil Neuro Psiquiatr* 2006; 44(3): 215-221
4. Brown AS. Prenatal infection as a risk for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32(2): 200-202
5. Casanova MF. La esquizofrenia como condición neurológica debida a un fallo en la lateralización del cerebro: Observaciones macro y microscópicas. *Rev Neurol* 2009; 49(3): 136-142
6. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32(S1): S44-S63
7. Elizondo Armendáriz JJ. Clozapina. Una visión histórica y papel actual en la esquizofrenia resistente al tratamiento. *Ars Pharm* 2008; 49(2): 135-144
8. Kelly BD, Feeney L. Schizophrenia. *Lancet* 2004; 364: 1312-1321
9. Ministerio de Salud. División de rectoría y regulación sanitaria. Unidad de Salud Mental. Orientaciones técnicas: Tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia. 2000. [en línea] [accesado el 15 de agosto de 2012]. Disponible en: www.minsal.gov.cl
10. Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. 1ª Edición. Madrid, España: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009
11. Morgan C, Fisher H. Environmental factors in schizophrenia: Childhood trauma – A critical review. *Schizophrenia Bulletin* 2007; 33(1): 3-10
12. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet* 2004; 363: 2063-2072
13. Ojeda N, Sánchez P, Elizagárate E, et al. Evolución de los síntomas cognitivos en la esquizofrenia: Una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35(4): 263-270
14. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid, España: MEDITOR; 1993.
15. Perona Garcelón S. La intervención en esquizofrenia: Nuevos avances desde la investigación y la práctica clínica. *Apuntes de Psicología* 2006; 24(1-3): 5-10
16. San Emeterio M, Aymerich M, Faus G, et al. Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión extensa. Barcelona, España: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2003
17. Sprong M, Schothorst P, Vos E, et al. Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *BJP* 2007; 191: 5-13
18. Subdirección de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud. Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. 2009. [en línea] [accesado el 20 de agosto de 2012] Disponible en: www.guiasalud.es
19. Tajima K, Fernández H, López-Ibor JJ, et al. Tratamiento para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37(6): 330-342
20. Ulloa Flores RE, Sauer Vera, T, Fernández Aguirre C, et al. Guía clínica: Esquizofrenia en niños y adolescentes. [en línea] [accesado el 5 de agosto de 2012] Disponible en: www.sapsalud.gob.mx
21. Zoch Zannini C. Esquizofrenia. CCSS. Universidad de Costa Rica, 2004. Extraído el 4 de agosto del 2012 de www.binasss.sa.cr