

Parte teórica

1. Concepto de Esquizofrenia.

Se entiende por esquizofrenia aquel trastorno mental grave que supone una alteración en el funcionamiento del cerebro, y como consecuencia una alteración en el pensamiento, las emociones, el comportamiento, la comunicación, etc. Dicha enfermedad se suele originar al final de la adolescencia o principio de la edad adulta. Puede desarrollarse en cualquier persona, sin importar su sexo, condición cultural o social y económica. Esta enfermedad tiene dos tipos de inicio: **brusco**, es decir, con una crisis aguda generalmente muy llamativa; o bien **lento**, con un deterioro o aparición progresiva de dificultades.

La enfermedad, como hemos dicho afecta al cerebro, es decir, a las neuronas que lo forman y que se transmiten información entre ellas mediante los neurotransmisores. Este intercambio de información posibilita que seamos conscientes de nosotros mismos y de lo que nos rodea. Durante una crisis esquizofrénica, la persona experimenta una alteración en su sensorio (oído, olfato), en su pensamiento o en su afectividad. Todo esto debido, según se ha estudiado, a un exceso de sensibilidad en el receptor de uno de estos neurotransmisores llamado **dopamina**. Se produce un exceso de éste en el circuito de la corriente nerviosa del cerebro. Pero no es esta alteración orgánica la única causante de la enfermedad, si no que existe también un aspecto de estrés ambiental.

2. Tipos de Esquizofrenia según el DSM-IV

- **Paranoide** 295.30
 - ◆ Preocupación por uno a varios delirios o frecuentes alucinaciones auditivas.
 - ◆ No existe predominio de los siguientes síntomas: habla desorganizada, conducta catatónica o desorganizada o afecto plano o inapropiado.
- **Desorganizada** 295.10
 - ◆ Son prominentes todos los siguientes síntomas: habla desorganizada, conducta desorganizada y afecto plano o inapropiado.
 - ◆ Los criterios para el tipo catatónico no se cumplen.
- **Catatónica** 295.20

Al menos hay predominio de dos de los siguientes síntomas:

- ◆ Inmovilidad motora evidenciada por cataplexia o estupor.
- ◆ Actividad motora excesiva (aparentemente sin propósito y no influida por estímulos externos)
- ◆ Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier indicación o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido), o mutismo.
- ◆ Movimiento voluntario peculiar evidenciado por posturas extrañas (posturas puestas de forma voluntaria inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos prominentes o muecas llamativas.
- ◆ Ecolalia (repetición por parte del enfermo de una palabra o frase que acaba de decir), o ecopraxia (el paciente repite los gestos que hace la persona con la que está hablando).
- **Indiferenciada** 295.90
 - ◆ Los criterios para el diagnóstico de los subtipos catatónico, paranoide o desorganizado no se cumplen a pesar de estar presentes en la actualidad los síntomas del primer criterio para el diagnóstico de esquizofrenia.
- **Residual** 295.60
 - ◆ No son predominantes los siguientes síntomas: alucinaciones, delirios, habla desorganizada o comportamiento desorganizado o catatónico.

- ♦ Hay evidencia del trastorno dada la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas atenuados de los indicados en el primer criterio para el diagnóstico de la esquizofrenia.

3. Sintomatología

Los síntomas de esta enfermedad se han dividido en dos grupos: positivos y negativos. Esta distinción hace referencia a las manifestaciones más expansivas, de excesos (síntomas positivos); y a aquellas carencias o empobrecimiento, que el enfermo manifiesta en determinadas fases de la enfermedad (síntomas negativos).

Los **síntomas positivos** son los que se manifiestan mediante:

Alucinaciones: son percepciones de estímulos externos que en realidad no existen. Pueden ocurrir en cualquiera de los cinco sentidos. Las **auditivas** consisten en voces que dictan órdenes, insultan al enfermo, o personas que hablan de él. Otro tipo de alucinaciones son las **visuales**, en las que se perciben imágenes o personas inexistentes. Normalmente son seres humanos. Existen también alucinaciones **cenestopáticas**, es decir, sensaciones sobre el propio organismo, como pinchazos en la piel, calor, frío, etc. Las **olfativas**, se distinguen porque el enfermo percibe olores sin que existan en realidad (de perfumes, o más habitualmente de malos olores como sustancias putrefactas o excrementos). Cabe destacar que el paciente percibe todo este tipo de alucinaciones como si fueran de verdad, es decir, está completamente convencido de que realmente existen. Esta sensación hace que se angustie al experimentarlas, o bien que conviva con ellas con toda normalidad.

Delirios: son creencias erróneas que suelen llevar a mal interpretaciones de percepciones o experiencias. El enfermo está completamente convencido de que ocurren de verdad, y que por lo tanto tiene razón, porque aquello que él percibe es la realidad. Los más frecuentes son: **Delirio de persecución**, la persona cree que quieren perjudicarlo o agredirlo, y se siente espiado o observado.

Delirio de Celotipia, el enfermo piensa que su pareja le engaña. Observa su comportamiento, y atribuye el significado que le interesa a miradas o gestos que la otra persona realiza. **Delirio de culpa**, la persona atribuye todo el lío de su mundo a algo que hizo mal. **Delirio de grandeza**, cree que es alguien escogido por un ser superior, y por eso está por encima de todos los demás. Puede manifestarse también con la creencia de que es el más inteligente del mundo, o incluso cree que tiene un mensaje para la humanidad y lo debe dar a conocer. **Delirio místico**, la persona puede entrar en una fase de misticismo religioso, y ve en cualquier acción la posibilidad de pecado. Hace penitencia, oración y busca la perfección en sus conductas. **Delirio somático**, el enfermo cree que tiene unas deformidades de tipo físico, aunque en realidad no son ciertas. Por este motivo cree que la gente lo mira por la calle, y se ríe de él. Éste es el motivo de que adopte una actitud defensiva hacia los demás. **Delirio de referencia**, todo lo que pasa alrededor del paciente tiene un significado para él. Él es el centro del Universo, y no hay nada que ocurra, o se diga por casualidad. Cualquier comentario que se dice en la televisión hace referencia a él; en definitiva, todo va dirigido a él creando un estado de tensión continuado o incluso reacciones agresivas. **Delirio de control**, el paciente cree que su pensamiento está dirigido y controlado por terceras personas (ya sean reales o imaginarias). **Ideas delirantes**, son introducidas en su pensamiento por otras personas o seres, y crean ideas ajenas o pensamientos que no son los suyos. A veces el enfermo tiene la sensación de que le roban el pensamiento, es decir, que lo que piensa lo conocen otras personas. Para concluir con los delirios quisiera destacar la idea de que cuando una persona se recupera de un episodio delirante se queda sorprendido de lo que pensaba cuando estaba enferma; se podría decir que es una sensación similar a la de despertar de un sueño.

Conducta extravagante, esto se refiere a la manera de vestir, la apariencia, la conducta social y sexual, la conducta agresiva o agitada, y por último, la conducta repetitiva o estereotipada. Puede darse el caso de que el paciente descuide su aseo, y vaya sucio y dejado. Su comportamiento social suele ser de aislamiento y de encerrarse en sí mismo; o por el contrario puede ser una persona muy habladora y pesada. En la persona esquizofrénica puede darse un incremento de la libido o deseo sexual, manifestándose en excesivas caricias y bromas de carácter sexual.

Desorden formal del pensamiento. las personas organizamos el pensamiento mediante un argumento con inicio y final, de manera que sea lógico y fácil de entender para los demás; en personas con esquizofrenia puede no ocurrir esto. Este síntoma se manifiesta con el **descarrilamiento** (saltar de un tema a otro), la **tangencialidad** (el enfermo contesta a las preguntas de manera indirecta, con significado irrelevante), la **incoherencia** (la forma de hablar es incomprensible), el **pensamiento ilógico** (las conclusiones elaboradas por el sujeto carecen de lógica alguna), la **circunstancialidad** (es una manera de hablar de forma indirecta, tardando tiempo en llegar a decir lo que se piensa), la **taquilalia** (el habla de la persona es rápida y difícil de interrumpir), la **asíndesis** (el paciente es distraído por estímulo insignificante que interrumpen el curso de su lenguaje), y por último la **asociación de sonidos** (habla en la que los sonidos son más importantes que el significado de lo que se quiere decir), en enfermo llega incluso a hacer rimas.

Alteración de la afectividad, es decir, la afectividad cambiada o alterada de diferentes maneras. El esquizofrénico muestra ambivalencia en las emociones o sentimientos hacia las personas. Esto se observa sobretodo en la relación con los padres o cuidadores, con unas demostraciones exageradas de afecto, o con sentimientos de odio y culpa a los de más de su estado y problemas. Los sentimientos de alegría y tristeza pueden no coincidir con los acontecimientos reales, de manera que a veces se ríe o llora sin motivo e incluso de manera contradictoria con la realidad. Cuando el enfermo tiene alterada su afectividad padece una importante angustia o sufrimiento psicológico. Es en este punto cuando las personas que rodean al paciente sepan darse cuenta de que éste no es consciente de tener ninguna enfermedad, ya que consideran reales las vivencias psicológicas que experimentan.

La agresividad, suele aparecer en las primeras manifestaciones de la enfermedad, o bien en posteriores brotes o recaídas. Esta agresividad es consecuencia de todo lo que pasa por su cabeza (delirios, alucinaciones, etc. en los que personas que le rodean están implicados pretendiendo hacerle daño). La agresividad puede ser **verbal** (insultos, palabrotas), pero también puede ser **física** (contra muebles u objetos que estén a su alrededor). Raramente la agresión es contra otra persona. Todas estas reacciones generalmente se producen de manera no premeditada. Ante un acto de este estilo el enfermo muestra, después de haberlo hecho, **indiferencia**, que será sustituida por **arrepentimiento** una vez pasadas unas horas o días. Un hábito habitual en pacientes con esquizofrenia es el fumar convulsivamente, se encuentran colillas en lugares insospechables, esto hace que quemen muebles o colchas.

Los **síntomas negativos** suelen aparecer una vez se ha diagnosticado la cronicidad de la enfermedad. Suelen aparecer después del segundo o tercer episodio psicótico. Son síntomas de **empobrecimiento** y de **carencia** de la persona enferma. Estos síntomas al contrario que los positivos, no disminuyen considerablemente con el tratamiento farmacológico, dificultando mucho más que el individuo mejore. Debido a esta circunstancia, a largo plazo, son más importantes que los positivos.

Los síntomas denominados como negativos son los siguientes:

Afecto embotado, es decir, inexpressividad facial, disminución de movimientos espontáneos, escasez de gesticulación expresiva, pobre contacto ocular, ausencia de respuesta afectiva, afecto inapropiado y ausencia de inflexiones en la voz (tono monocorde)

Alogia. Consiste en pobreza en el habla (respuestas breves, concretas y escasas), pobreza en el contenido del habla (poca información), bloqueos (el paciente dice que su pensamiento ha sido interrumpido), y por último un incremento en el tiempo de respuesta.

Abulia–apatía. La primera consiste en una falta o debilitación notable de la voluntad. La segunda hace que el enfermo mantenga una limpieza e higiene descuidada, una falta de continuidad laboral o escolar y una anergia física (la persona está como inerte).

Anhedonia–insociabilidad. Definimos anhedonia como la escasa o nula actividad lúdica, la disminución del

interés sexual, reducida capacidad para las relaciones íntimas o cercanas y aislamiento social.

Déficit de atención. Es la falta de contacto social (como si estuviera en la luna) y la distracción durante la entrevista con el sujeto.

Esta es la división de los síntomas más utilizada por los profesionales de la salud, pero las últimas investigaciones critican estos factores proponiendo una nueva agrupación compuesta por tres tipos de síntomas en lugar de dos: los positivos, los negativos y las alteraciones de comportamiento. En este nuevo sistema de clasificación, los positivos y los negativos están definidos igual que en el anterior, pero los de las alteraciones del comportamiento se refieren a todos aquellos cambios que el individuo sufre en su manera de actuar frente a diferentes situaciones, y a todo aquello que la esquizofrenia altera en su comportamiento.

4. Etiología (causas)

Las causas que desencadenan la esquizofrenia no son nada claras hoy por hoy. Esto es debido a que los estudios realizados hasta el momento no esclarecen ni siquiera el concepto de esta enfermedad.

Existen varios modelos para ayudar a explicar las causas que la pueden originar, como el biológico, el psicológico y el sociológico.

4.1 Modelo biológico

Este modelo defiende la idea de que la esquizofrenia tiene una base biológica. Se distinguen varios modelos dentro de éste:

4.1.1 Modelo genético: su idea es que esta enfermedad está condicionada de forma genética. A través de unos estudios se ha llegado a conclusiones como que el riesgo de padecer esquizofrenia aumenta cuando hay familiares que la tienen, o que cuando un niño cuyos padres biológicos tienen esquizofrenia, pero que es adoptado por padres que no la tienen, poseen mayor riesgo de desarrollarla que los niños cuyos padres no la padecen, pero que son adoptados por padres que sí que la han desarrollado. Se puede concluir con lo siguiente después de ver lo anterior: los factores genéticos intervienen en el inicio de la enfermedad, pero no se puede afirmar que determinen su aparición.

4.1.2 Modelos neurológicos: estos modelos se ocupan de estudiar las lesiones estructurales cerebrales que podrían ser causa esta enfermedad. Los datos de dichos estudios señalan una alteración del sistema límbico, aunque también se han encontrado alteraciones en los ganglios basales. Observando diferentes TACs (Tomografía axial computerizada) se ha encontrado una pequeña dilatación de los ventrículos cerebrales laterales en los primeros momentos de la enfermedad, y se mantiene así durante la evolución del trastorno. Eso no ocurre solo en la esquizofrenia, también en otros diagnósticos como el trastorno bipolar.

La resonancia nuclear magnética confirma lo dicho anteriormente, y encuentra además, que el lóbulo frontal está más reducido en tamaño que en la gente normal. Todos estos estudios confirman que al menos en una parte de personas con esquizofrenia aparecen anomalías estructurales en el cerebro. Este grupo que presenta estas alteraciones es el de aquellas personas con más síntomas negativos, mayores déficit neuropsicológicos, y peor respuesta al tratamiento farmacológico. Algunos estudios dicen que los esquizofrénicos pueden haber sufrido una alteración en la formación de su cerebro durante el embarazo, y que no se manifiesta hasta que las estructuras implicadas han madurado completamente, y aparece una fuente de estrés importante. Otros estudios se centran en los mecanismos neuroinmunológicos, planteando la posibilidad de una disminución funcional del sistema inmunológico, de forma que aparecería una infección viril, y que ésta a su vez provocaría lesiones en determinadas áreas cerebrales. También se ha observado que la proporción de personas

con esquizofrenia aumenta cuando se ha producido algún tipo de enfermedad generalizada en la sociedad en la época del nacimiento. El que la mayoría de enfermos hayan nacido a finales de invierno y principio de la primavera hace pensar en la idea de un virus (esquizovirus) en el origen del trastorno.

4.1.3 Modelo bioquímico: este modelo tiene su base en la eficacia de los neurolépticos, y en la inducción de síntomas psicóticos tras la administración de determinadas sustancias como las anfetaminas o el LSD. Se han detectado disfunciones a varios niveles:

- **Dopamina:** hay una hiperactividad de Dopamina debido a un aumento de los receptores. Este modelo solo explica los síntomas positivos de la esquizofrenia.
- **Noradrenalina:** se han encontrado niveles elevados de esta sustancia en sangre así como en el líquido cefalorraquídeo, fundamentalmente en aquellas personas con esquizofrenia de tipo paranoide.

Este modelo llega hoy a la conclusión de que la simple hipo/ hiperactividad de un sistema de neurotransmisión no es posible que explique un trastorno tan complejo como la esquizofrenia.

4.2 Modelo psicológico

Este modelo estudia las variables cognitivas bajo el paradigma del procesamiento de la información, rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento.

Paradigma del procesamiento de la información: estos estudios muestran que el déficit cognitivo es una característica central en el sujeto con esquizofrenia, haciendo que la eficiencia de las respuestas de afrontamiento ante sucesos estresantes queden mermadas. Un elevado estrés provoca una disminución del procesamiento de la información. Los déficits de información han sido demostrados con una prueba tradicional para evaluar atención sostenida (el CPT o test de ejecución continua). Consiste en una tarea de detección de un objeto previamente señalado por el evaluador ante el que la persona debe dar una respuesta (apretar un botón) y no dar respuesta ante la presentación del resto de estímulos. Todos los estímulos aparecen de forma secuencial, constante y aleatoria. La tasa de aparición de los aciertos es baja (entre un 10 y un 25%). Con esta prueba, tanto en niveles fáciles como en difíciles, se ha observado un rendimiento pobre o bajo en personas con esquizofrenia. En hijos de madres con esquizofrenia, personas con alta vulnerabilidad, se ha encontrado que en CPT fáciles, su rendimiento es igual al resto de los niños de su clase, pero si se dificulta la tarea entonces la realizan peor. El mismo resultado se ha obtenido con familiares de primer grado, padres de sujetos con esquizofrenia. Otro resultado obtenido en la investigación es un déficit en algunos pacientes (el 50% aproximadamente) para mantener una disposición sostenida de respuesta, es decir, si se avisa al individuo con 15 segundos de antelación sobre la próxima aparición de un estímulo al que debe dar respuesta, sería lógico pensar que esto le ayudará a estar preparado para dar una respuesta más rápida cuando el estímulo aparezca; sin embargo no ocurre de esta manera, y se alarga el tiempo de reacción (efecto de cruce). Es como si el sujeto se cansase de esperar, y la señal de aviso perdiese el valor informativo para preparar su respuesta. Este estudio no solo se da con esquizofrénicos, es decir, que no es una prueba evidente de poseer dicha enfermedad. Con relación a la memoria también se han encontrado resultados llamativos. Por ejemplo, las personas con riesgo elevado de desarrollar una esquizofrenia en un futuro, presentan una amplitud de aprehensión en la memoria sensorial visual o icónica reducida respecto a los sujetos de bajo riesgo.

Rasgos de personalidad: las personas con esquizofrenia presentan determinados rasgos a lo largo de su infancia. Se afirma desde esta perspectiva que estos sujetos, cuando son niños, se perciben menos eficaces, con menor capacidad para enfrentarse a aquellas situaciones en que se compromete el esfuerzo personal. Además, suelen ser individuos excitables, con tendencia a dar respuestas ansiosas. Según este modelo, las personas, antes de presentar la crisis, ya manifiestan una **personalidad esquizotípica**. No se detectan los síntomas propios de la esquizofrenia, pero sí unos rasgos de personalidad que estarían dentro de los desórdenes esquizofrénicos. Los **rasgos esquizotípicos** son los siguientes:

- **Capacidad reducida para las relaciones personales cercanas.** Piensan que mantener relaciones con otras personas es algo complicado y les suele resultar desagradable, aunque, al mismo tiempo, se quejan de no tener amigos. Su red social suele reducirse a sus familiares más próximos, y una relación con alguien de fuera de esta red supone un aumento de la ansiedad de la persona.
- **Distorsiones cognitivas o preceptuales.**
- **Comportamiento excéntrico** (raro, extravagante)
- **Habitualmente hay ideas de referencia** (no delirantes), son personas supersticiosas o preocupadas por los fenómenos paranormales, más allá de lo habitual en la sociedad. Suspicious y considerados por otras personas como extraños, ya que no siguen los convencionalismos sociales.

Es cierto que muchos de los sujetos con esquizofrenia han podido presentar rasgos esquizotípicos, lo contrario no es tan verdadero: la mayoría de los sujetos con un diagnóstico de esquizotipia no desarrollarán en su vida un trastorno esquizofrénico ni otro trastorno psicótico.

Estilos de afrontamiento: una vez que se produce el procesamiento cognitivo de la información sobre el medio ambiente, el sujeto debe poner en marcha las estrategias de afrontamiento para o bien resolver las demandas (**afrontamiento activo**), o para aguantar la situación si es que percibe que no puede cambiarla (**afrontamiento pasivo**). En este sentido, las persona con esquizofrenia, una vez que se percibe una situación estresante, ponen en marcha unas respuestas de afrontamiento que ellos mismos perciben como poco efectivas, a pesar de que fuesen igual de efectivas para ellos que para un grupo de sujetos sin esquizofrenia. Las personas con esta enfermedad, y las que son vulnerables a desarrollarla presentan un menor *locus* de control interno que los no vulnerables.

Si se comparan las personas con esquizofrenia paranoide con las no paranoide, se observa cómo los primeros suelen, una vez percibida la situación demandante, negar la aparición del estrés, a pesar de que la activación autonómica aparezca, lo cual sería una forma de afrontamiento pasivo. Sin embargo, los no paranoides suelen presentar pocas respuestas de afrontamiento o carecen de éste, siendo incapaces de afrontar las situaciones y recurriendo al aislamiento, lo que sería más un escape o una evitación de la situación. En general, existe un **uso abusivo del afrontamiento pasivo**.

4.3 Modelo sociológico

Todo modelo sociológico comparte la visión de que la enfermedad mental es producto de una serie de variables externas, que pueden ir de situaciones estresantes hasta de marginalidad o privación de la estimulación normal.

Eventos estresantes: desde mitad de la década de los cincuenta se desarrollaron diversos métodos y técnicas para el estudio de la relación entre sucesos vitales, estrés y enfermedad. Pero no fue hasta final de los sesenta cuando se empezó a evaluar el papel de los **sucesos vitales** con relación al inicio de la esquizofrenia. Hay tres grandes bloques de estudios:

- **Diseños en los cuales los sucesos vitales e inicio de la esquizofrenia se comparan con otros pacientes psiquiátricos** (generalmente con alteración del estado de ánimo). Los resultados obtenidos fueron: no hay evidencia de que los sucesos vitales que preceden al inicio de la enfermedad relatados por los esquizofrénicos sean más frecuentes que los relatados por enfermos con otro diagnóstico.. Los sucesos relatados por los pacientes esquizofrénicos fueron menos peligrosos o problemáticos que los relatados por los deprimidos.
- **Diseños donde se compara la frecuencia de los sucesos vitales entre personas con esquizofrenia y personas normales.** No se obtuvieron resultados concluyentes. Simplemente destacar un estudio que observó

que, aún no habiendo diferencias en la frecuencia de sucesos vitales, entre los pacientes con esquizofrenia en el período final de 3 semanas antes de la enfermedad se daba una acumulación de sucesos que no se producía en la población general.

– **Diseños donde se comparan sucesos vitales y curso de la enfermedad entre personas con esquizofrenia con y sin recaídas.** En general, los investigadores que estudiaron los sucesos vitales y el curso de la enfermedad encontraron más sucesos asociados a recaídas, aunque también observaron pacientes que no relataron sucesos vitales y que recayeron. Entre los pacientes con esquizofrenia crónicos de la comunidad se encontró un elevado número de sucesos en aquellos que tenían un mayor deterioro.

Según las investigaciones expuestas, se descarta la hipótesis de un mayor número de sucesos vitales estresantes remotos que influyan en un aumento de probabilidad en sujeto para desarrollar una esquizofrenia en un futuro. Sin embargo, sí que se encuentra un mayor número de eventos estresantes en las semanas previas al inicio del trastorno, en comparación con la población normal.

Estos estudios presentan algunos problemas metodológicos sobre sucesos estresantes (cómo medir lo estresante de un momento, el momento de evaluación, etc.) Pero existe otro problema importante: definir el inicio de la esquizofrenia, esto es importante para determinar los sucesos vitales que puedan precipitar la esquizofrenia y diferenciarlos de aquellos que han resultado de la enfermedad. Además, muchos de los síntomas del trastorno son estresantes (alucinaciones auditivas, delirios de persecución)

En los últimos años la investigación se ha centrado en el papel del estrés de los sucesos cotidianos: planificar las comidas, tomar decisiones, perder algo, estar solo sin tener nada que hacer o las interacciones sociales debido a la carencia de habilidades sociales. Estos resultados parecen ser alentadores, pero sin esclarecer muchas de las dudas.

Emoción expresada: hace algunos años se llegaba a firmar que la familia era la única responsable de la enfermedad, con lo que el sentimiento de culpa en los familiares se incrementaba. Pero no podían hacer otra cosa, solo llevar de la mejor manera posible el haber sido la causa de la enfermedad mental de su hijo. Diversos autores observaron que había personas con esquizofrenia que eran traídos por sus familiares cuando recaían, y muchas de esas familias tenían unas características comunes a las que denominaron emoción expresada: es el conjunto de **actitudes** de algún miembro de la familia hacia otro **caracterizado** por:

- **Críticismo:** manifestación sarcástica continua de cualquier comportamiento del sujeto, sea lo realizado positivo o negativo.
- **Hostilidad:** amplía la crítica anterior implicando una generalización constante. Se critica no tanto la conducta sino a la persona.
- **Sobreimplicación emocional:** es un comportamiento que refleja una respuesta emocional exagerada y desproporcionada en el familiar. Implica una conducta sobre protectora de su familiar y de control excesivo.
- **Calor:** son aquellas manifestaciones de empatía, comprensión, afecto e interés hacia el paciente.
- **Comentarios positivos:** son las expresiones valorativas que implican aprobación o aprecio de la conducta del familiar o de la persona como tal.

Hay una evidencia de que la atmósfera emocional que se genera en el hogar por los parientes importantes para el paciente ejerce una influencia significativa en la aparición de los síntomas. Existe una clara interacción entre los hechos vitales y las actitudes emocionales de los familiares en el período anterior al inicio de la esquizofrenia. Parece ser que una **mala emoción expresada produce un estrés suficiente**, de manera que el inicio o la recaída de la esquizofrenia está asociado a una alta emoción expresada o a sucesos vitales independientes.

Para concluir, decir que los estudios experimentales no han determinado aún si la emoción expresada es una

reacción de adaptación posterior a la situación de enfermedad o es un estilo familiar.

Otras variables sociales y ambientales: este modelo se basa principalmente en la diferencia de incidencia y prevalencia de la esquizofrenia en distintos grupos de población (clases sociales desfavorecidas, menores niveles educativos o vivir en las urbes). Es evidente que los factores sociales influyen en el inicio del trastorno. Sin embargo, la mayor prevalencia del trastorno esquizofrénico en las clases sociales más desfavorecidas o en emigrantes puede considerarse como causa de la esquizofrenia o como efecto. Por ejemplo, ser de una clase social desfavorecida puede suponer un acceso restringido a una serie de oportunidades y una menor capacidad económica para afrontar los problemas (infecciones, inadecuada alimentación, deficiente cuidado de la salud), además de la discriminación social, escasa educación o situaciones frecuentes de abuso, que pueden facilitar la aparición de una crisis. Pero también se podría decir que el enfermo y su familia van descendiendo de clase social por la situación generada por propio trastorno.

5. Tratamiento de la esquizofrenia

Como ya he mencionado anteriormente, la esquizofrenia es un trastorno complejo que presenta un componente bioquímico cerebral y que empeora con el estrés. Por lo tanto, el plan de tratamiento deberá considerar tanto la corrección del desequilibrio químico (tratamiento farmacológico), como la disminución del estrés vital (tratamiento psicológico).

5.1 Tratamiento farmacológico

En los años cincuenta se introdujeron las medicaciones psicotrópicas. desde entonces, éstas se han convertido en el componente principal del tratamiento de la esquizofrenia, y también de otras enfermedades psiquiátricas. Los efectos de estos fármacos han sido muy evidentes: disminución del número y duración de los ingresos hospitalarios, reducción, e incluso en algunos casos eliminación de las recaídas sintomáticas, y sobretodo, una mejora en la calidad de vida de los pacientes y de sus familias.

Los principales psicofármacos utilizados en la esquizofrenia se denominan **neurolepticos o antipsicóticos**. A pesar de que hay diferencias químicas entre ellos, los efectos terapéuticos son similares. Algunos de los más utilizados son:

(Nombre comercial)

- *Largactil*®
- *Sinogán*®
- *Meleril*®
- *Eskazine*®
- *Majeptil*®
- *Haloperidol*®
- *Orap*®
- *Modecate* ®
- *Leponex*®
- *Risgardal*®
- *Cisordinol*®
- *Zyprexa* ®

Estos dos últimos fármacos han sido comercializados recientemente en España, son consecuencia de las investigaciones farmacológicas en este campo.

La intensidad de estos medicamentos es diferente según el que se utilice, por ejemplo, 100 Mg de Largactil tienen la misma fuerza que 5 Mg de Eskazine.

La acción química de los neurolépticos se concentra en los receptores (dentritas) de la dopamina cerebral.

Hay dos **motivos** por los que se utiliza la medicación en el tratamiento de la esquizofrenia. El primero es para **reducir los síntomas del episodio agudo**. Cuando los síntomas positivos se han reducido (delirios, alucinaciones y dificultades para pensar) se utilizan, con menor dosis, para **prevenir recaídas posteriores**.

Los neurolépticos tienen efectos beneficiosos en un 75% de los pacientes. Los **síntomas que más probablemente mejoren** son:

- Delirios
- Alucinaciones
- Dificultades para pensar
- Reír o llorar sin motivo
- Agitación
- Hostilidad
- Desconfianza

Los **síntomas que menos probablemente mejoren** los neurolépticos son:

- Apatía
- Falta de energía y de iniciativa
- Retraimiento social
- Enlentecimiento psicomotor
- Falta de ilusión y satisfacción al hacer las cosas
- Cuidado personal
- Aplanamiento afectivo
- Empobrecimiento cognitivo

Es importante destacar que aunque estos fármacos ayuden a la mejoría del paciente, no son suficientes para el tratamiento de esta enfermedad.

5.2 Efectos secundarios de los neurolépticos

Los neurolépticos son un tipo de medicación que afectan a bastantes áreas del cuerpo humano. Algunos, como el *Largactil*, tiene **efectos en casi cada sistema del cuerpo**: en el cerebral, circulatorio, alimentario, neuromuscular y endocrino. Se utilizan porque actúan en la química cerebral, pero ello conlleva un efecto secundario o colateral en el resto de sistemas del organismo.

La aparición de estos efectos secundarios es muy molesta, pero debido a que la medicación es muy efectiva, el paciente debe aprender a combatirlos.

Efectos secundarios más frecuentemente dados en pacientes con esquizofrenia durante el tiempo de medicación:

- **Somnolencia o sedación**: aunque puede llegar a ser beneficiosa cuando existe hipertensión o hiperactividad, causa un Enlentecimiento psicomotor que puede dificultar la ejecución de tareas cotidianas (conducir, trabajar,). Por ello el médico tiene que ajustar la dosis, para que no interrumpa dichas actividades.
- **Síntomas extrapiramidales**: se manifiestan con rigidez muscular, temblores en manos o piernas, expresión facial perpleja y acatisia. Estos síntomas cuando afectan a músculos del cuello o de los ojos se pueden producir en forma de espasmos. Para aliviar estos síntomas se recetan fármacos antiparkinsonianos.

- **Efectos en el sistema endocrino:** estos efectos pueden provocar un aumento del apetito, irregularidades en la menstruación, dificultades erectivas y disminución de la eyaculación.

Hay otro grupo de efectos secundarios que son menos frecuentes:

- **Hipotensión:** manifestada en forma de cansancio, mareos y vértigos. Este efecto empeora cuando la persona consume alcohol o fármacos hipnóticos.
- **Discinesia tardía:** es un efecto que puede aparecer en personas que hayan estado tomando durante años altas dosis de neurolepticos. Se manifiesta con movimientos circulares de la lengua y de los labios, o también a otros músculos.

A pesar de el gran número de efectos secundarios que producen estos fármacos, son muy necesario porque sus efectos beneficiosos son superiores. Además, es importante que el paciente conozca que dichos efectos son transitorios. Cabe destacar que un enfermo no padece todos los efectos a la vez, sufrirá uno o dos de ellos. Cada persona tendrá una reacción distinta con un mismo neuroleptico.

5.2.1 Estrategias para afrontar los efectos secundarios

- **Esperar un tiempo.** La mayor parte de los efectos son peores los primeros días de tomar la medicación. Pasadas unas semanas desaparecerán, sin que los efectos beneficiosos lo hagan.
- **Ponerse en contacto con el psiquiatra.** Para el médico no es fácil al principio del tratamiento calcular la dosis exacta. Cuando aparezcan síntomas molestos que no muestran indicios de mejora, es necesario explicárselo. Muchas veces la dosis idónea, será aquella con la que no aparecen efectos secundarios o se manifiestan levemente.
- **Idear métodos para no olvidar la dosis diaria.** Los efectos secundarios también empeoran cuando no se toma la medicación diaria o cuando se varían las dosis día a día. Para no olvidarla existen varios métodos: desde colocarla en un lugar visible de la cocina, hasta poner un cartel en la pared. Hay personas a las que les sirve de mucho que algún familiar se lo recuerde si se olvidan. Esto último puede causar situaciones de tensión si se le recuerda muy a menudo.

Es importante destacar llegados a este punto, que este tipo de medicación no produce ningún tipo de adicción, y que las dosis irán disminuyendo con el tiempo.

5.3 Causas del abandono del tratamiento farmacológico

A) Por los efectos secundarios. Algunas personas pueden dejar el tratamiento uno o dos días, y sentirse mejor que con él. Esto es debido a que los efectos secundarios desaparecen, pero los beneficiosos tardan más en eliminarse, de manera que la recaída puede no ser inmediata. Esto puede hacer que la persona llegue a pensar que los fármacos son más negativos que positivos para su recuperación, sobre todo si no tiene la suficiente información acerca de la enfermedad y de su tratamiento.

Es importante recordar que la probabilidad de recaída cuando no se toma la medicación es de un 70%, mientras que siguiendo su tratamiento la probabilidad está en el 30%.

B) Se interpreta como un recordatorio de la enfermedad. El enfermo tiene la obsesión de que al tomar la medicación, se le está recordando que tiene una enfermedad. Esto puede ser muy molesto sobre todo cuando la persona ya se siente bien, y los síntomas han desaparecido. Al tomarla cada día se asegura de que estará bien.

C) Se buscan otros tratamientos. Esto suele pasar cuando aun siguiendo el tratamiento farmacológico, los síntomas psicóticos se mantienen (ideas delirantes, alucinaciones,). Esta situación es muy difícil de llevar tanto por el paciente como por su familia, se sienten frustrados al no ver mejoría en la persona. Debido a esto

se puede perder la confianza en el tratamiento y dejar la medicación. Es importante saber que el proceso de mejoría puede ser lento, pero lo que sí es que está claro es que abandonando la medicación se producirá una crisis tarde o temprano.

D) Se inicia una recaída. Algunas veces la persona abandona el tratamiento porque ya se encuentra recuperado y cree que puede estar sin él, de hecho se puede mostrar hiperactiva. La familia y el médico pueden llegar a variar el tratamiento para este momento, y evitar así la recaída. La dosis de mantenimiento dependerá de cada paciente (de su capacidad de absorción de sustancias químicas), pero también es importante que el médico conozca los cambios que se producen en la vida del paciente, para así ajustar el tratamiento y mantenerse bien o tener protección para afrontar los estresores vitales. De esta manera, queda claro, que la dosis óptima es la que prescriben en conjunto el médico con la familia y el paciente.

5.4 Otras medicaciones

A pesar de que los neurolépticos son los principales psicofármacos para el tratamiento de la esquizofrenia, algunos psiquiatras consideran que otros tipos de medicamentos pueden ser también útiles de manera complementaria, en combinación temporal:

- Las **sales de litio** (Plenur), prescritas para las alteraciones afectivas.
- Los **hipnóticos**, para el insomnio.
- Los **antidepresivos**, en depresiones.
- Los **ansiolíticos**, para momentos de alta ansiedad.
- La medicación **antiepiléptica** (Tegretol), que regula el humor y aumenta el efecto de los neurolépticos. Se consigue así poder disminuir la dosis.

5.5 La terapia electroconvulsiva (TEC)

Esta terapia consiste en aplicar unas descargas eléctricas en la cabeza del enfermo, antiguamente se creía que se curaría.

En un principio, se utilizaron para la terapia convulsiva sustancias químicas como el cardiozole y el metrazol. Se administraban en forma de inyección. Con la aparición de la electricidad surgió el aparato de electrochocs, que modula la corriente eléctrica para regular su voltaje y amperaje y poderlo aplicar al ser humano sin peligro para su vida. Durante muchos años se creía que esta terapia era beneficiosa para estos enfermos. El médico colocaba los electrodos en las zonas temporales del cráneo, y apretando un botón hacía que se produjera la descarga eléctrica. El paciente se convulsionaba y entraba en un sueño profundo. Al cabo de un rato se despertaba con una pérdida de memoria transitoria y hacía su vida habitual. Con el paso del tiempo se ha demostrado que no era cierta la hipótesis de que las convulsiones era lo que curaba la enfermedad, sino que lo que **curaba era el paso de la corriente por el cerebro**. Este hallazgo permitió que se profundizara en el estudio científico acerca de qué efectos reales produce la electricidad en el cerebro, y que en la actualidad los electrochocs no se apliquen directamente, sino que previamente se inyecta al paciente un inductor al sueño y un relajante muscular, por lo que el paciente no se angustie ante los preparativos, y al mismo tiempo desaparece el riesgo de fracturas causadas por las convulsiones. El paciente se duerme y al cabo de una media hora despierta pudiendo continuar con su vida normal.

Se puede afirmar que el electrochoc ha servido durante años para recuperar a enfermos que estaban en manicomios, considerados irrecuperables. La aparición de los neurolépticos (principalmente del *Haloperidol*®) ha hecho que el uso del electrochoc haya casi desaparecido. Hoy en día solo se utiliza esta técnica en los siguientes casos:

- **En el tratamiento de la fase aguda de la esquizofrenia, cuando hay gran confusión mental y**

agitación y el paciente no responde al tratamiento con neurolépticos.

- **Se aplica asociado a los neurolépticos para potenciar su efecto.**
- **En las formas catatónicas de esquizofrenia es el tratamiento de primera elección.**
- **En las depresiones graves con riesgo de suicidio y en aquellas que no responden al tratamiento con antidepresivos, o también cuando el paciente no tolera los efectos secundarios.**

5.6 El internamiento en una clínica (tratamiento psicológico)

El internamiento en una clínica es aconsejable en los siguientes casos:

- **Para tener al paciente en observación**, ya que al principio de la esquizofrenia muchas veces los síntomas aparecen de manera confusa y es necesario valorar la respuesta al tratamiento de manera rigurosa.
- **Cuando existe un riesgo físico relacionado con la vida del paciente o de las personas que lo rodean.** En crisis de agresividad, intentos de suicidio, o cuando la conducta que presenta el paciente es incompatible con una vida en libertad.

Antes de la aparición de los neurolépticos, el internamiento de las personas con esquizofrenia en clínicas o instituciones psiquiátricas era prácticamente inevitable. La agitación, la agresividad, el estado delirante y las alucinaciones hacían imposible la vida del individuo en la sociedad.

Durante mucho tiempo los manicomios han sido depósitos de enfermos mentales de diferentes enfermedades. Los recursos terapéuticos eran casi inexistentes, y se limitaban muchas veces a medidas de contención: camisas de fuerza, duchas de agua fría, celdas de aislamiento y inyecciones de trementina para las fases de agitación. Se utilizaban los electrochocs sin anestesia, tenían una doble función: calmar al enfermo y suprimir los delirios y las alucinaciones.

Otra causa que justificaba el ingreso es tener que instaurar un tratamiento que si el paciente estuviera en casa no haría, debido a que el paciente muchas veces no es consciente de su enfermedad, y por tanto no tienen necesidad de tomar las pastillas.

Muchas veces se realizan ingresos en el hospital para lograr relajar el ambiente tenso, de crisis, que se produce en la familia. Un distanciamiento puede ayudar a aliviar la tensión familiar, reducir el estrés y favorecer la estabilidad.

El alta de la institución se da cuando han desaparecido los síntomas que propiciaron el ingreso y el tratamiento puede ser seguido en casa, cuando no exista agresividad ni ideas de suicidio y cuando el paciente tenga un ambiente familiar adecuado (compresión y apoyo).

Actualmente no se puede ingresar ningún enfermo psíquico en una clínica psiquiátrica sin su propio consentimiento. Al entrar en la clínica el enfermo tiene que firmar una hoja de ingreso en la cual acepta su ingreso de manera voluntaria. Hay veces que el paciente se niega a firmar esta hoja; se le puede retener un máxima de 72 horas, en las que un familiar puede tramitar el ingreso mediante una orden judicial. Esto consiste en avisar al juez de las circunstancias que se dan y éste envía un médico forense que decidirá si finalmente hay ingreso o no.

Resumen de la parte teórica

Entendemos por esquizofrenia a aquel **trastorno mental grave** que supone una alteración en el funcionamiento del cerebro, del pensamiento, del comportamiento, de la comunicación, etc.

Se diferencian cinco tipos de esquizofrenia (según el DSM-IV): **Paranoide, Desorganizada, Catatónica,**

Indiferenciada y Residual. Cada una posee unos síntomas determinados que las diferencian.

Los síntomas de esta enfermedad se dividen en dos grupos: **positivos**, como las alucinaciones, los delirios, la conducta extravagante, el desorden formal del pensamiento, la alteración de la afectividad y la agresividad; dentro de los síntomas **negativos** se encuentran la inexpressividad corporal, la pobreza del habla, el descuido personal, el aislamiento social y la falta de contacto social

Las posibles causas de la esquizofrenia son de tres tipos: biológicas, psicológicas y sociológicas. Dentro de las **biológicas** destacamos las genéticas (basadas en que la principal causa es el factor hereditario), las neurológicas (basadas en que posibles lesiones en el cerebro podrían causar esta enfermedad) y las bioquímicas (se basan en que hay unas sustancias que propician desarrollar la esquizofrenia, estas sustancias son las anfetaminas o el LSD; lo que hacen es provocar disfunciones de Dopamina y Noradrenalina). En las causas **psicológicas** se destacan unas posibles maneras de ser o actuar que propician la aparición de la esquizofrenia, éstas son: la manera de procesar la información, los rasgos de personalidad, la reducida capacidad para las relaciones personales cercanas, etc. El último tipo de causas son las **sociológicas**, se basan en que hay unos determinados eventos en la vida que resultan estresantes para el individuo, o también que hay una emoción expresada de algún miembro de la familia hacia sus acciones, es decir, critica todo lo que el enfermo hace.

El tratamiento de la esquizofrenia es de dos tipos: farmacológico y psicológico. En el **farmacológico** se utilizan **neurolepticos** que disminuyen las posibilidades de que el paciente tenga una recaída. Estos fármacos producen unos **efectos secundarios**, como la somnolencia, los síntomas extrapiramidales (rigidez muscular) y los efectos en el sistema endocrino (aumento del apetito, irregularidades en la menstruación,).

Para tratar la esquizofrenia también se utiliza el **ingreso en una clínica** con el fin de tener al paciente en observación, o también cuando existe un riesgo físico relacionado con la vida del paciente o de los que le rodean.

Mensajeros químicos liberados por las terminales del axón neuronal (parte final de una neurona o célula del cerebro) en el espacio sináptico (zona de contacto entre dos neuronas), donde se unen a los puntos de recepción de la neurona receptora, acoplándose al receptor y transmitirle información.

Situación de un individuo en que se siente presionado por situaciones ajenas a él, o que no dependen de su conducta. Un ejemplo sería el de una persona que trabaja en un lugar donde le exigen un nivel muy elevado al que le es muy difícil llegar.

El DSM es un manual diagnóstico y estadístico de las personas con perturbaciones mentales. El primero fue propuesto en Estados Unidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) para establecer un diagnóstico psiquiátrico después del examen de un enfermo mental. Este manual se ha reeditado en cuatro ocasiones, ampliando el número de patologías mentales descritas. Actualmente se utiliza el DSM-IV.

Pérdida sorpresiva del vigor muscular, generalmente acompañada por una disminución de la fuerza muscular y una incontenible necesidad de dormir.

Reducción de la actividad motora que se caracteriza por la presencia de mutismo e inhibición profunda o completa del movimiento voluntario y falta de respuesta psicomotora.

Ausencia del habla, ya sea por defecto del desarrollo del lenguaje, por inhibición voluntaria o involuntaria, o bien por rechazo deliberado.

Diferencia entre alucinación y delirio:

Las alucinaciones son experiencias sensoriales falsas, mientras que los delirios son experiencias intelectuales

falsas.

Conjunto de órganos situados en el límite del tronco cerebral y los hemisferios cerebrales. Entre sus componentes destacan las amígdalas cerebrales, el hipocampo (representa un papel fundamental en la organización de la memoria, recuerdo de nombres, imágenes y hechos de la memoria a largo plazo) y el hipotálamo. Regula las emociones y las motivaciones básicas.

Ganglios localizados en sustancia blanca debajo de la corteza cerebral. Sirven de estación de varias vías del sistema nervioso central y comprenden los núcleos caudado, lenticular y amigdalino del tálamo.

Trastorno del humor de curso intermitente, caracterizado por la alternancia de episodios de depresión y de manía, con períodos de estado de ánimo normal entre los intervalos.

Grupo de fármacos con acción sedante, antidelirante y antialucinatoria.

Sustancia necesaria para el equilibrio nervioso y muscular.

Neurotransmisor del sistema nervioso simpático que incrementa la tensión arterial y provoca taquicardias. Es un estimulador del sistema nervioso central.

Acatisia: necesidad de estar en movimiento a la vez que incapacidad para estar sentado o tumbado.

Parte teórica

36