

Entendiendo la Esquizofrenia: Una Guía Para Las Personas Que Sufren

La Esquizofrenia Y Sus Familias

En Ingles

¿Que es la Esquizofrenia?

La esquizofrenia es un trastorno severo del cerebro que hace difícil, para la persona que la sufre, distinguir entre lo real y lo

que no lo es. Las personas con esquizofrenia no pueden pensar lógicamente o tener reacciones emocionales normales y

muchas veces se comportan de una manera extraña en situaciones sociales. Los individuos que sufren la esquizofrenia pueden

tener también problemas con la memoria, con la conversación y con su conducta.

La esquizofrenia puede ser una enfermedad devastadora no sólo para el que la sufre sino también para su familia y otros

queridos. Las personas con esquizofrenia tienen dificultades en su funcionamiento social, no pueden trabajar o estudiar y las

familias tienen que proveer apoyo financiero y emocional y asegurarse de que tomen sus medicamentos.

La esquizofrenia no es una "doble personalidad" ni está causada por una mala crianza, debilidad en el carácter ni pereza. La

esquizofrenia es una enfermedad con causas biológicas como el cáncer o la enfermedad cardíaca.

La esquizofrenia es una enfermedad muy costosa. En los Estados Unidos el costo es de aproximadamente 48 mil millones de

dólares anuales. Este total incluye el costo del cuidado médico, los pagos a través de la Seguridad Social y el lucro cesante

de las personas que sufren la enfermedad.

Hoy por hoy no existe una cura para la esquizofrenia pero los tratamientos disponibles ayudan a controlar los síntomas. Con un tratamiento apropiado las personas con esquizofrenia pueden vivir una vida productiva y llena de satisfacciones. Esto ocurre

cuando las personas afectadas pueden trabajar, ir a la escuela, vivir con sus familias y disfrutar de múltiples relaciones

interpersonales.

¿Quiénes Sufren La Esquizofrenia?

La esquizofrenia es una enfermedad mental relativamente común. Una de cada 100 personas sufrirá la enfermedad en el curso

de su vida. En los Estados Unidos hay aproximadamente 2.5 millones de personas que sufren la esquizofrenia causando más

hospitalizaciones que cualquier otra enfermedad.

La esquizofrenia comienza entre los 15 y 25 años de edad y a pesar de que afecta hombres y mujeres en la misma proporción,

los síntomas en las mujeres aparecen más tarde. Es raro que los síntomas de la esquizofrenia aparezcan antes de los 12 años;

cuando esto ocurre la enfermedad tome un curso más crónico afectando el desarrollo normal del lenguaje.

¿Cuáles son los Síntomas de la Esquizofrenia?

Las personas con esquizofrenia tienen una gran variedad de síntomas. Algunas veces estos síntomas aparecen de repente pero lo más usual es que la enfermedad se desarrolle lentamente, en un proceso que puede durar meses y aun años. Al comienzo, los síntomas no se notan o parecen ser producidos por otros problemas. Por ejemplo: las personas con esquizofrenia pueden sentirse tensas, o tener problemas durmiendo o dificultades concentrándose. A menudo se sienten aisladas y se retraen cuando el control de la realidad va desapareciendo. Debido a estos problemas, estas personas no son capaces de hacer amistades y descuidan su higiene y apariencia personal. Abandonar la escuela o dejar de trabajar son otros signos tempranos de la

enfermedad.

Con el progreso de la enfermedad, los síntomas de la psicosis comienzan a aparecer. La persona comienza a actuar de

manera extraña y a hablar cosas sin sentido. Las personas con esquizofrenia pueden desarrollar alucinaciones; es decir, que

pueden ver, sentir, oler o escuchar cosas que no existen en la realidad. También pueden desarrollar síntomas físicos, como el

cuello fruncido movimientos poco usuales y pueden permanecer de pie o sentados en posiciones extrañas. Algunas personas se

vuelven casi inmóviles, mientras que otras se mueven constantemente.

La severidad de los síntomas varía de una persona a otra y los síntomas pueden presentar un curso variable. Cuando los

síntomas mejoran, la persona parece conducirse normalmente pero en general se darán episodios repetidos de la enfermedad

(recaídas) lo que ocasionará la reaparición de los síntomas.

En general, los síntomas de la esquizofrenia pueden ser clasificados en dos grandes grupos: los síntomas positivos y los

síntomas negativos. Los síntomas positivos incluyen delirios paranoides, alucinaciones auditivas y conducta extraña. Los

síntomas negativos incluyen falta de iniciativa e incapacidad de desarrollar relaciones interpersonales. Estos síntomas son los

mayores responsables del aislamiento social que las personas con esquizofrenia sufren.

Algunos de los síntomas de la esquizofrenia se describe a continuación con sus nombres médicos.

Síntomas Comunes de la Esquizofrenia

Positivos:

Trastorno del pensamiento: Los pensamientos "saltan" de un tópico a otro, a veces sin relación o pueden ser "bloqueados." La

persona habla sin sentido, crea palabras o las reemplaza con sonidos y rimes.

Delirios: Creencias o pensamientos falsos, sin base en la realidad. Ejemplo: Un vecino está controlando los pensamientos o los

sentimientos de la persona con esquizofrenia.

Alucinaciones: Ver, oír o sentir sensaciones que no son reales. Las personas con esquizofrenia pueden oír voces que comentan

sobre su conducta o que les dan órdenes.

Negativos:

Afecto rudo (o sin interés): Incapacidad de reaccionar afectivamente hacia otras personas. La persona con esquizofrenia no

muestra sentimientos o emociones. La cara luce "inmóvil" comparada con la cara de una persona que no sufre esquizofrenia.

La persona evita el contacto con la mirada, y hace pocos gestos y movimientos, y no responde con un intercambio de

palabras normal cuando entra en una conversación. En casos severos el movimiento puede reducirse a un mínimo (catatonia).

Abulia: Falta de energía, espontaneidad o iniciativa.

Anhedonia: Falta de placer o interés en las actividades que una vez fueron placenteras.

Deficit de la atención: Problemas con la concentración mental.

Como se diagnostica la Esquizofrenia?

Debido a que otras enfermedades pueden causar síntomas psicóticos es importante que un psiquiatra (doctor

en medicina especializado en el diagnóstico tratamiento de enfermedades mentales) haga el diagnóstico final. El diagnóstico se hace basado en una cuidadosa entrevista psiquiátrica de la persona y su familia. Al presente no existen pruebas médicas diagnósticas para la esquizofrenia.

En la clasificación de trastornos mentales existen otros estrechamente relacionados con la esquizofrenia. Por ejemplo: El trastorno de la personalidad esquizotípica una forma menos aguda de la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo en el cual la esquizofrenia se encuentra acompañada de hiperactividad inapropiada (manía) depresión.

Depresión, Suicidio Y Esquizofrenia

La depresión es un problema real y severo para las personas con esquizofrenia. Estos pacientes tienen la tendencia a sufrir depresiones severas durante el periodo de tiempo entre los episodios psicóticos. Aproximadamente dos de cada diez personas con esquizofrenia tratan de suicidarse y aproximadamente la mitad de ellas lo consiguen, convirtiéndose de esta manera en la causa número uno de muerte en personas jóvenes con esta aflicción.

Por qué se suicidan las personas con esquizofrenia? En un número pequeño de casos la persona actúa bajo la influencia de los delirios y alucinaciones, tales como escuchar voces, pero usualmente el suicidio ocurre cuando la persona con esquizofrenia está pensando más claramente tiene un entendimiento de la enfermedad y sus consecuencias.

¿Que Causa la Esquizofrenia?

La esquizofrenia es una enfermedad de una gran complejidad; aun los expertos no están seguros de la causa pero algunos han postulado que el cerebro no puede procesar información de una manera correcta. En la sección siguiente discutiremos algunas

de las anomalías químicas y estructurales en el cerebro de las personas con esquizofrenia. Se cree que estas anomalías causan que estas personas sufran una sobrecarga de información, debido a la capacidad que tienen de filtrar y eliminar la información que está considerada no necesaria. Por ejemplo: Una persona con esquizofrenia tiene dificultades cuando en una conversación no puede filtrar o ignorar el sonido de un tren y el ladrido de un perro en la lejanía.

Herencia. Una de las causas probables de la esquizofrenia es la transmisión genética o herencia. Los expertos creen que la tendencia a adquirir la esquizofrenia es heredada y que la enfermedad aparece en los miembros de una familia afectada de acuerdo a la consanguinidad. Por ejemplo: Si ambos progenitores biológicos sufren la enfermedad el riesgo de que el hijo la tenga es de un 40%. Esto ocurre aun si el hijo es criado por adultos que no sean los padres ni que tengan la enfermedad. En el

caso de gemelos idénticos (monocigóticos) el riesgo aumenta hasta casi el 50%.

En contraste, los hijos cuyos padres biológicos son mentalmente sanos, sin importar si los padres adoptivos sufren de esquizofrenia, tienen aproximadamente un 1% de riesgo de adquirir la enfermedad. Este riesgo es casi igual al de la población general como se muestra en la tabla a continuación.

Probabilidad de Desarrollar Esquizofrenia

Población general 1%

Hermano/a con esquizofrenia 8%

Un padre con esquizofrenia 12%

Gemelo dicigòtico con esquizofrenia 14%

Ambos padres con esquizofrenia 39%

Gemelo idèntico tiene esquizofrenia 47%

La esquizofrenia no se transmite directamente como el color de los ojos o el color del pelo ya que se necesita que otros factores estèn envueltos para que se produzca la enfermedad. Esto es evidente porque si la transmisión fuera 100% directa y completa, ambos gemelos idènticos tendrían esquizofrenia.

Medio Ambiente. Algunos investigadores creen que eventos en el medio ambiente pueden precipitar episodios de

esquizofrenia. Algunos estudios han demostrado que una infección con el virus de la influenza, una mala nutrición durante el

embarazo o complicaciones durante el parto aumentan el riesgo de que el infante desarrolle esquizofrenia más tarde en su vida.

Muchos investigadores creen que la esquizofrenia está causada por una compleja combinación de factores genéticos y del

medio ambiente. Es decir, la esquizofrenia se manifiesta en personas que nacen predispuestas a esta enfermedad cuando se

exponen a infecciones, traumas o estreses excepcionales.

¿Que Pasa en el Cerebro Cuando una Persona Desarrolla la Esquizofrenia?

Las personas con esquizofrenia tienen un desbalance químico en el cerebro que cause una hipersensibilidad o un exceso en la

producción de la sustancia llamada dopamina.

La dopamina es una de las muchas sustancias químicas cerebrales (neurotransmisores) que facilitan la comunicación entre las

diversas células del cerebro. Los investigadores han hallado varios tipos de receptores dopaminérgicos en diferentes áreas del

cerebro. Otros neurotransmisores y sus receptores pueden estar afectados en las personas con esquizofrenia.

Los investigadores han venido usando técnicas modernas para mostrar las diferencias entre los cerebros de las personas con

esquizofrenia comparados con los de las personas sin enfermedad mental. Las pruebas especializadas que producen imágenes

de las diferentes partes del cerebro muestran que algunas de ellas tienen diferente tamaño y forma en las personas con

esquizofrenia cuando se comparan con las mismas áreas en personas sin enfermedad mental.

En las personas afectadas con la enfermedad hay un aumento en el volumen de las cavidades cerebrales llamadas ventrículos y

una disminución en la masa del hipocampo (una parte del cerebro). Otras pruebas han mostrado que el cerebro de las

personas con esquizofrenia muestra una actividad menor en la parte del cerebro que controla los pensamientos y otras

funciones mentales de alta complejidad (corteza prefrontal).

¿Cómo se Trata la Esquizofrenia?

La esquizofrenia es tratada comúnmente con medicinas antipsicóticas. Algunas personas con esquizofrenia también se

benefician si reciben consejería y rehabilitación. A veces es necesaria la hospitalización durante un ataque agudo. El objetivo

del tratamiento es reducir los síntomas durante un ataque agudo y prevenir las recaídas. Hoy en día, no hay cura definitiva para

la esquizofrenia.

Los Medicamentos Antipsicóticos. Las medicinas antipsicóticas (a menudo llamadas neurolepticos) son muy efectivas para

controlar los síntomas de la esquizofrenia. Estas medicaciones que aparecieron en el firmamento terapéutico en los años

cincuenta han mejorado la calidad de vida de millones de personas con esquizofrenia al ayudarles a vivir en la comunidad.

Antes de esa época, las personas con esquizofrenia pasaban la mayor parte de sus vidas en hospitales abarrotados de gente.

Pero ahora, con las medicinas antipsicóticas, muchas personas pueden participar de la vida en sociedad.

Debido a la complejidad de la esquizofrenia y a la calidad individual de los síntomas no existe una medicación que produzca

los mismos resultados en todas las personas. La medicación ideal para una persona puede no ser la mejor selección para otra.

A pesar de que los medicamentos antipsicóticos no curan la enfermedad, pueden reducir las alucinaciones y las ideas

delirantes ayudando a la persona a recuperar el control sobre la realidad. La medicación también reduce el riesgo de las

recaídas y cuando estas ocurren las veces menos severas.

Desafortunadamente, muchas personas con esquizofrenia no toman los medicamentos que necesitan. El entendimiento de la

importancia de la medicación para el control de la esquizofrenia es importantísimo para los pacientes, las familias y la comunidad.

Consejería y Rehabilitación. Las personas con esquizofrenia tienen grandes dificultades comunicándose con otras personas y

en la capacidad de ejecutar tareas ordinarias. Esto ocurre cuando los síntomas positivos se hayan reducido. La consejería y la

rehabilitación pueden ayudar a aumentar las capacidades necesarias para funcionar fuera de la protección de un hospital, sin

embargo, estos tratamientos no son de mucha ayuda durante los episodios agudos.

Los programas de rehabilitación pueden ayudar a las personas con esquizofrenia a desarrollar las capacidades necesarias para

llevar a cabo las actividades de la vida diaria (manejo financiero, preparación de comidas, cuidados personales, etc.), a trabajar

o asistir a la escuela. La psicoterapia individual (llamada algunas veces terapia hablada) puede ayudar a la persona con

esquizofrenia a diferenciar lo real de lo irreal.

La terapia de grupo puede ayudar a que las personas con esquizofrenia aprendan a llevarse bien con otras personas. Los

grupos de autoayuda distribuyen información y ayudan a los pacientes a sus familiares a entender que otras personas

comparten los mismos problemas.

La terapia familiar puede ser de gran ayuda a que los miembros de la familia tienen un papel activo en el cuidado de la persona

con esquizofrenia. Es importante que la familia entienda lo que es la enfermedad y su tratamiento para proveer el apoyo

necesario una vez el paciente es dado de alta del hospital. Los miembros de la familia deben estar alertos a los signos que

marcan una recaída y deben ayudar a la persona con esquizofrenia a buscar ayuda médica inmediatamente para disminuir la

severidad de la recaída y prevenir rehospitalizaciones.

¿Que Hacen las Medicaciones?

Los medicamentos antipsicóticos trabajan r estableciendo el balance de las sustancias utmicas en el cerebro. En el presente

existen dos clases de antipsicóticos: los tradicionales los de la nueva generaciòn.

Antipsicóticos Tradicionales. Los antipsicóticos tradicionales controlan eficazmente los sntomas positivos (alucinaciones, ideas

delirantes, confusiòn) de la esquizofrenia. Los investigadores creen que parse de este efecto puede ser explicado por la acciòn

de es estos medicamentos sobre el neurotransmisor dopamina. Este grupo de edicamentos parece bloquear los receptores de

la dopamina tipo 2, evitando que tomen la informacion transportada por la dopamina.

La dopamina regula funciones normales del individuo como el movimiento, las emociones, la conducta y el apetito. Muchas de

estàs funciones estàn afectadas en las personas con esquizofrenia haciendo pensar a muchos investigadores que los sntomas

positivos son producidos por un exceso de dopamina en el cerebro o una hipersensibilidad de los receptores.

A pesar del beneficio que las personas obtienen al tomar estàs medicinas, muchas de ellas la discontinùan debido a dos

rezones principales: Primero, estàs medicinas tienen efectos secundarios molestos particularmente en dosis elevadas, o

sequedad en la boca, visiòn borrosa, estreñimiento, mareos y somnolencia. Estos efecto secundarios, usualmente denominados

anticolinèrgicos, no son serios y desaparecen despues de unas pocas semanas de tratamiento.

Los efectos secundarios màs severos tienen que ver con el control de los movimientos. Debido a que estàs medicinas

bloquean los receptores en la parte del cerebro que controla los movimientos musculares normales, es comùn encontrar

efectos secundarios manifestàdos por movimientos anormales llamados efectos secundarios extrapiramidales (ESE).

Mas de 60% de las personas que toman antipsicóticos tradicionales experimentan alguna forma de ESE usualmente

manifestada por espasmos y contracciones musculares dolorosas en diferentes partes del cuerpo (distonias) o por una

sensación de inquietud (akatisia). Otras personas pueden desarrollar síntomas parecidos a los que tienen las personas con

enfermedad de Parkinson. Estos efectos incluyen temblores y una marcha de estilo chaplinesco. Aproximadamente una tercera

parte de las personas que toman antipsicóticos tradicionales desarrollan tics faciales, movimientos anormales de la lengua,

labios y cara. Estos movimientos anormales reciben el nombre de diskinesia tardía (DT).

Segundo, estos medicamentos no mejoran los síntomas negativos de la esquizofrenia (tales como la depresión y el retraimiento

emocional). Esto se debe probablemente a que otras sustancias químicas cerebrales, diferentes de la dopamina, controlan los

síntomas negativos.

Nuevos Antipsicóticos. Los nuevos antipsicóticos son efectivos en el manejo de los síntomas positivos de la esquizofrenia y

parecen ser efectivos en el manejo de los síntomas negativos.

Estos nuevos antipsicóticos no parecen ausar tantos problemas con el control muscular como los antipsicóticos tradicionales.

Esto puede ocurrir debido a que además de bloquear la dopamina estas medicaciones bloquean otra sustancia química en el

cerebro: la serotonina.

Otra explicación es que son altamente selectivos y parecen trabajar en las áreas del cerebro donde se originan los síntomas

psicóticos y no en las áreas donde ocurre el control de los movimientos musculares normales.

Uno de los nuevos antipsicóticos es la Clozapina (producida por la compañía Sandoz). La Clozapina posee una mayor

afinidad por los receptores serotoninérgicos que por los dopaminérgicos. La Clozapina también parece tener mayor afinidad por

otros receptores dopaminérgicos que por los receptores dopamina 2.

La Clozapina es efectiva en el tratamiento de los síntomas psicóticos sin producir ESE. Sin embargo y debido a que bloquea

muchos receptores en el cerebro además de los receptores de dopamina y serotonina, produce sedación y efectos

anticolinérgicos como sequedad de la boca, visión borrosa, estreñimiento y mareos. También, en un grupo

pequeño de

personas, puede producir aumento de peso, convulsiones y salivación excesiva. La Clozapina también puede causar una

reducción significativa en el número de las células en la sangre (glóbulos blancos) que combaten las infecciones. Debido a este

efecto secundario las personas tomando Clozapina deben tener un examen de sangre semanal.

Otro de los nuevos antipsicóticos es la Risperidona (producida por la compañía Janssen) que se cree bloquea los receptores

de la dopamina tipo 2 y los receptores de la serotonina tipo 2. La Risperidona se cree disminuye los síntomas positivos y

negativos de la esquizofrenia. La Risperidona tiene un perfil de efectos secundarios con menos ESE, efectos anticolinérgicos y

sedación. No tiene efectos secundarios hematológicos pero puede producir ESE cuando se use en dosis altas.

Medicaciones Futuras. Se espera que el desarrollo de nuevas medicinas mejore el tratamiento de los pacientes con

esquizofrenia produciendo un mejor control de los síntomas con menos efectos secundarios. La Olanzapina y el Sertindole

están esperando aprobación de la FDA (Administración de Drogas y Alimentos). El Seroquel (quetiapina) y la Ziprasidona se

espera apliquen a la FDA por aprobación muy pronto.

La Olanzapina (producida por la compañía Eli Lilly) es similar a la Clozapina. Es efectiva en síntomas negativos y positivos y

cause pocos efectos extrapiramidales pero como la Clozapina puede causar sedación y efectos anticolinérgicos debido a los

múltiples receptores que bloquea.

El Sertindole (producido por la compañía Abbott) es diferente a la Clozapina pero bloquea los receptores dopamina 2 y

serotonina 2. El bloqueo de los receptores de la dopamina ocurre en las partes del cerebro responsables por la producción de

los síntomas psicóticos y no en las áreas responsables por el control de los movimientos musculares. El Sertindole es efectivo

en el manejo de los síntomas positivos y negativos sin causar ESE, sedación o efectos anticolinérgicos. En un número pequeño

de pacientes el Sertindole ha causado congestión nasal y algunos hombres han experimentado disminución en el volumen del

líquido producido durante la eyaculación sin disminuir el deseo y la función sexual.

La quetiapina (Seroquel, producido por la compañía Zeneca) bloquea una variedad de receptores pero es más selectiva en los

receptores dos de la serotonina y dos de la dopamina. Es también más selectivo en las áreas del cerebro responsables de los

síntomas psicóticos y tiene un efecto mínimo en el tono muscular. Los efectos secundarios más comunes incluyen somnolencia,

aumento en los latidos del corazón, aumento de peso y agitación.

La Ziprasidona (producida por los laboratorios Pfizer) es un fuerte bloqueador de la serotonina 2a y un bloqueador moderado

de los receptores dopamina 2. También bloquea los receptores de la serotonina 2c, 1d y estimula los 1a. Debido a su efecto en

otros receptores la Ziprasidona causa más reducción en la presión arterial y sedación que los antipsicóticos tradicionales.

¿Cuándo se Pueden Dejar de Tomar las Medicaciones?

La esquizofrenia es una enfermedad que usualmente dura toda la vida como la diabetes y la hipertensión arterial. La mayoría

de las personas con esquizofrenia necesitarán atención médica especial y medicación de por vida. Los antipsicóticos no curan

la esquizofrenia— sólo controlan los síntomas.

Cuando la persona con esquizofrenia deja de tomar la medicina es posible que ocurra una recaída. Esto quiere decir que los

síntomas característicos de un ataque agudo reaparecen. Muchas personas que dejan de tomar su medicación tienen una

recaída durante el primer año. Es muy importante que las personas con esquizofrenia tomen su medicación sin interrupción

para prevenir nuevos ataques.

Un número de personas afectadas continúan teniendo ataques psicóticos aun tomando sus medicaciones. Estos síntomas son

probablemente menos severos y a veces un simple aumento en la dosis de la medicación puede abortar la recaída.

¿Como Prevenir las Recaidas?

La mejor manera de prevenir las recaídas es tomar la medicación sin interrupción. Las personas con esquizofrenia dejan de

tomar las medicaciones por varias razones.

Entre estas razones probablemente la más importante es la presencia de los efectos secundarios producidos por los

antipsicóticos. Es muy difícil para las personas el tolerar efectos secundarios por periodos largos de tiempo y en especial

cuando se sienten bien. Por esto es de una gran importancia el hallar la medicación apropiada y la dosis necesaria para

controlar los síntomas sin producir efectos secundarios.

La conveniencia en el número de veces que la persona tiene que tomar la medicación es importante. Algunas medicaciones

tienen que tomarse varias veces al día y otras solamente una vez. Las personas usualmente recuerdan más fácilmente al tomar

la medicación una sola vez al día que varias veces. Otras personas prefieren recibir una inyección una vez al mes con las

medicaciones de larga duración llamadas de depósito. En resumen: La mejor manera de prevenir las recaídas y las

hospitalizaciones es tomar la medicación regularmente.

Para mayor información... Para mantenerse al tanto de los últimos avances en la esquizofrenia, llame al 1-800-829-8289 y

dejen su nombre y dirección. Si desea conocer más detalles personalmente llámenos al 1-516-829-0091, o escríbanos a la

dirección siguiente para recibir gratis la hoja de información publicada por NARSAD. Una copia de los papeles son

disponible gratis. Por favor, llame para más información cantidades grandes.

NARSAD RESEARCH

60 Cutter Mill Road, Suite 404

Great Neck, NY 11021

Fax: (516) 487-6930

Worldwide Web Address: <http://www.mhsource.com>

webmaster@mhsources.com

Pregúntale a NOAH sobre la salud mental

Hoja informativa: Esquizofrenia

Definición

Síntomas

Causa

Curso

Tratamiento

Automanejo

Confrontando la recaída

Información adicional y apoyo

Definición

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que incluye graves problemas con el pensar, con los sentimientos y con el

comportamiento.

Síntomas

Los síntomas de la esquizofrenia incluyen ilusiones; paranoia; alucinaciones; el habla o el pensamiento sumamente

desconectado; un habla pobre; la ausencia de sentimientos; sentimientos inapropiados; el aislamiento social; la incapacidad

para funcionar en el hogar, en el trabajo o en la escuela; falta de interés; falta de iniciativa; falta de energía; problemas con la

higiene o el cuidado personal; un comportamiento extraño; sentidos sobreactivos; el pasearse, mecerse, o comportarse en

manera excesivamente desorganizada o catatónica; sentimientos fuertes de depresión, ansiedad, ira o de no realidad; o

inquietudes excesivas acerca del cuerpo de uno(a).

Causa

La causa exacta de la esquizofrenia es desconocida. Hay varias teorías. Puede ser que haya diferentes causas para diferentes

personas.

La esquizofrenia no es causada por una crianza pobre o por una niñez infeliz. La mayoría de los casos de la esquizofrenia

probablemente son causados por problemas en el cerebro que pueden estar relacionados con un desajuste químico, con la

herencia genética, con enfermedades cerebrales autoinmunes, con una toxina ambiental o con una lesión temprana al cerebro.

Curso

El curso de la esquizofrenia varía de persona a persona, aunque generalmente es una enfermedad prolongada. Una cuarta

parte de las personas diagnosticadas con esquizofrenia con el tiempo tiene una recuperación total; una mitad se recupera al

menos parcialmente y la cuarta parte restante requiere atención de largo plazo. En este momento es imposible predecir el

curso de algún individuo.

Durante los tiempos estresantes de la vida, los síntomas pueden convertirse en algo más que un problema. Estos períodos de

síntomas agravados, llamados recaídas, pueden ser lo suficientemente severo como para limitar el funcionamiento y hacer la

hospitalización necesaria. Después de una recaída, generalmente hay un retorno gradual al nivel de funcionamiento previo.

Tratamiento

El tratamiento consta de la psicoterapia, de medicamentos y del adiestramiento de aptitudes. Los medicamentos usados con

mayor frecuencia para tratar la esquizofrenia son los antipsicóticos. Según los síntomas exactos de la persona, los

medicamentos antipsicóticos pueden combinarse con otros medicamentos, como el litio o los antidepresivos.

La psicoterapia es generalmente más útil cuando el(la) paciente y el(la) terapeuta trabajan juntos para aprender sobre la

enfermedad, para fijar y trabajar hacia las metas del paciente y para administrar los problemas diarios que surgen. A menudo

la terapia de grupo es un lugar donde los pacientes pueden aprender más sobre las relaciones con otras personas. Cuando

miembros de familia o amigos son una parte de de la vida diaria del(a) paciente, pueden beneficiarse del aprender sobre la

enfermedad y acerca del cómo proporcionar apoyo útil.

En el adiestramiento de aptitudes, se les enseña a los pacientes paso por paso técnicas para cómo confrontar situaciones

diarias como por ejemplo el conocer y reunirse con personas, el cuidado personal y la higiene, el administrar una cuenta

bancaria, el comprar productos alimenticios, el hacer conversación, el cocinar y así sucesivamente.

Automanejo

Algunas de las medidas que una persona con esquizofrenia puede tomar para maximizar su recuperación son:

1. Aceptar la enfermedad.
2. Identificar sus puntos fuertes y sus limitaciones.
3. Fijar metas claras y realistas.
4. Después de una recaída, regresar de nuevo lenta y gradualmente a sus responsabilidades.
5. Planear una rutina diaria regular, uniforme y predecible. Escribirse un calendario diario cada día. Acordarse de incluir cosas que usted goza.
6. Hacer su hogar lo más silencioso, quieto y relajado que pueda.
7. Tomar su medicación exactamente como prescrita.
8. Ser un(a) socio(a) en su terapia.
9. Identificar y reducir el estrés. Hacer solo un cambio en su vida a la vez.
10. Identificar los signos tempranos de una recaída. Hacer su propia lista de advertencias tempranas.
11. Pasar tiempo con personas con quienes usted se siente cómodo(a), quienes son útiles y comprensivos.
12. Evitar las drogas callejeras y el alcohol.
13. Comer una dieta balanceada.
14. Conseguir suficiente descanso.
15. Hacer ejercicios regularmente.
16. Si usted no está seguro(a) si se está comportando bien, pregúntele a alguien en quien confía o compare su

comportamiento con otros.

Confrontando la recaída

Durante un período de bien, el(la) paciente y el(la) proveedor(a) de atención de salud y un(a) amigo(a) o miembro de familia

deben hacer un plan sobre qué pasos tomar si signos de la recaída aparecen. El plan debe incluir qué síntomas específicos son

advertencias importantes de la recaída. Un convenio debe hacerse para llamar al terapeuta de inmediato cuando aquellos

síntomas específicos ocurran y para notificar a los amigos y miembros de familia quienes puedan ayudar a reducir el estrés y la

estimulación. Maneras concretas de limitar el estrés y la estimulación deben planearse durante un período de bien, así como

detalles para aumentar la cantidad de estructura diaria durante los períodos de riesgo para la recaída.

Información adicional y apoyo

Hay varios buenos libros acerca de la esquizofrenia y su tratamiento y varias organizaciones que pueden proporcionar apoyo,

consejo e información. Su enfermera puede proporcionar una lista de estos recursos.

The New York City Hospital (El Hospital de Nueva York)

Cornell Medical Center (Centro Médico Cornell)

Westchester Division

Department of Psychiatry

21 Bloomingdale Road

White Plains, NY 10605

Para información o referencias, llame al 1-800-796-4797

Derechos de autor © 1996 por El Hospital de Nueva York–Centro Médico Cornell, Departamento de Enfermería

Psiquiátrica, revisado 3/96

Este material ha sido traducido al español utilizando software especial proporcionado por la Organización Panamericana de la Salud (Pan

American Health Organization, PAHO) y poseditado por el personal de NOAH.

Esta página ha sido publicada por los miembros del personal de NOAH. Desafortunadamente, NOAH no es capaz de

responder a preguntas personales relacionadas a la salud, sin embargo, por favor vea nuestros recursos

adicionales de información médica. Para preguntas y comentarios de índole técnica, por favor mandenos correo

electrónico a webmaster@noah.cuny.edu, o visite nuestra página de comentarios.

Autismo y esquizofrenia

Como se ve en la ficha 1, entre autismo y esquizofrenia parecen existir diferencias en cuanto a la edad de comienzo, tal y como se ha referido antes. El autismo y la esquizofrenia difieren ampliamente: en la historia familiar (existe una alta predisposición familiar a la esquizofrenia, rara en autismo), en la fenomenología (en el autismo son raros los delirios y alucinaciones), en la evolución (en la esquizofrenia existen episodios con períodos de normalidad o próximos a la normalidad), en la asociación con crisis epilépticas (rara en la esquizofrenia, pero presente en alrededor de una cuarta parte de los casos de autismo).

Algunas diferencias entre autismo y esquizofrenia

AUTISMO	ESQUIZOFRENIA
Incidencia: 4/5 x 10.000	Incidencia: 8/10 x 10.000
Aparición temprana: primera in fancía	Aparición tardía: adolescencia
Predisposición familiar: infrecuente	Predisposición familiar: muy frecuente
Fenomenología: ausencia o rara presencia de delirios y alucinaciones	Fenomenología: frecuentes delirios y alucinaciones
Evolución: persistencia de autismo	Evolución: cíclica con períodos de normalidad
Crisis epilépticas: frecuentes en ¼ población	Crisis epilépticas: infrecuentes

Autismo y retraso mental

Como se observará, entre autismo y retraso mental existen también diferencias a pesar de que alrededor de las 3/4 partes de los niños autistas tienen también retraso mental.

En ambos grupos se presentan accesos epilépticos; sin embargo, hay una marcada diferencia en la edad de comienzo (frecuentes durante la primera infancia en el retraso mental y durante la adolescencia en el autismo). Se diferencian también en los correlatos médicos, en la distribución por sexo (ligero predominio masculino en el retraso mental frente a una ratio sexual de 4 a 1 en el autismo), en los modelos de déficit cognitivo (los niños autistas tienen una mayor probabilidad de fracasar en tareas que requieren habilidades de abstracción, lenguaje y uso de significados) y en

la discriminación de las señales socioemocionales (muy dañados en autismo, pero no en la deficiencia mental).

Algunas diferencias entre autismo y retraso mental

AUTISMO	RETRASO MENTAL
Accesos epilépticos en adolescencia	Accesos epilépticos en primera infancia
Ratio sexual: cuatro varones sobre una niña	Ratio sexual: ligero predominio masculino sexual

Mayor déficit cognitivo	Menor fracaso en tareas cognitivas
Discriminación señales socioemocionales: muy dañado	Discriminación señales socioemocionales: no dañado
Disarmonía evolutiva	Retraso generalizado

Autismo y trastornos severos del desarrollo del lenguaje receptivo

Las similitudes y solapamientos existentes entre el autismo y los trastornos severos del desarrollo del lenguaje receptivo han llevado a algunos autores a formular la hipótesis de una continuidad entre el autismo y la afasia o disfasia receptiva, a concebir, incluso, el autismo como una afasia receptiva grave, es decir: como una alteración consistente, primariamente en una deficiencia del lenguaje receptivo, que secundariamente daría lugar a las alteraciones conductuales, efectivas, de relación, etc. de los niños autistas (Rivière y Belinchón, 1981).

Los trabajos de Rutter (1978) y sus colaboradores sobre estudios de comparación entre los autistas y los disfásicos vienen a mostrar que el autismo no es sólo una disfasia, es algo más, y ese algo más se relaciona con los mecanismos de comunicación prelingüística o no lingüística (por ejemplo, gestual) con el mundo simbólico en general y con el hecho de que en el lenguaje de los niños autistas aparecen anomalías que indican la existencia de pautas en el lenguaje no sólo retrasadas, sino claramente alteradas. Como puede verse, a modo de resumen, en la ficha 3, el autismo difiere de los trastornos severos del desarrollo del lenguaje receptivo en términos de su distribución por sexo, en cuanto a su peor pronóstico, en el modelo de déficit cognitivo (más amplio y más severo en autismo) y en el persistente problema de conductas socioemocionales.

Algunas diferencias entre autismo y trastornos severos del lenguaje receptivo

AUTISMO	TRASTORNOS SEVEROS LENGUAJE RECEPTIVO
Incidencia: cuatro varones sobre una niña	Incidencia: ligero predominio masculino
Peor pronóstico	Mejor pronóstico
Déficit cognitivo más amplio	Déficit cognitivo más limitado
Persistentes problemas de conductas socioemocionales	Alteración socioemocional más limitada
Persistente inhabilidad comunicativa	Menor afectación en otros sistemas alternativos de comunicación