

LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS

La esquizofrenia es un trastorno grave que se caracteriza por un amplio espectro de disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen delirios y alucinaciones, habla y comportamiento desorganizado y emociones inapropiadas. Es poco frecuente de recuperarse de este trastorno. Afecta a una de cada cien personas.

PERSPECTIVAS SOBRE EL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

Figuras importantes en la historia de la esquizofrenia

Fecha	Figura histórica	Contribución
1809	John Haslam	En Observations on Madnes and Melancholy resumió en una descripción los síntomas de la esquizofrenia
1801/1809	Philippe Pinel	Medico francés que describió casos de esquizofrenia
1852	Benedict Morel	Empleo el termino de demencia precoz para significar la perdida temporal o prematura de la perdida de la mente a fin de describir la esquizofrenia y la distinguió de la enfermedad maniaco-depresiva (trastorno bipolar)
1898/1899	Emil Kraepelin	Unifico las diferentes categorías de la esquizofrenia bajo el nombre de demencia precoz
1908	Eugen Bleuler	Introdujo el termino esquizofrenia, con el sentido de escisión de la mente. El problema medular era el pensamiento y puso el acento en la “ruptura de hilos asociativos”, o destrucción de las fuerzas que conectan una función con la siguiente

IDENTIFICACION DE SINTOMAS

La esquizofrenia supone una gran cantidad de comportamientos y síntomas que no necesariamente comparten todas las personas con este diagnóstico y en última instancia encontraremos que también difieren las causas.

Kraepelin describió su punto de vista sobre la demencia precoz:

“La complejidad de condiciones que observamos en el campo de la demencia precoz es muy grande, de modo que su conexión interna se reconoce en principio solo cuando ocurren una después de otras en el curso de la misma enfermedad.”

Pese a estas complejidades, los investigadores han identificado conjuntos de síntomas que forman el trastorno de la esquizofrenia.

DESCRIPCION CLINICA

Psicótico => Este término se ha utilizado para caracterizar muchas conductas inusuales, aunque en sentido estricto por lo común incluye **delirios** (creencias irracionales) y/o **alucinaciones** (experiencias sensoriales en ausencia de sucesos externos). La esquizofrenia implica un comportamiento psicótico.

Se distinguen tres tipos de síntomas que experimenta la persona durante el trastorno (*síntomas de la fase activa*):

- **Sintomatología positiva:** comprende las manifestaciones más activas de la conducta anormal, o un exceso o distorsión del comportamiento normal, abarcando delirios y alucinaciones.
- **Sintomatología negativa:** implica deficiencias en la conducta normal en áreas como el habla y la motivación (retraimiento emocional y social, apatía y pobreza de pensamiento). Indican la ausencia o insuficiencia de comportamiento normal.
- **Sintomatología desorganizada:** incluyen habla divagante, comportamiento errático y afecto inapropiado.

Un diagnóstico de esquizofrenia exige que dos o más síntomas positivos, negativos y/o desorganizados estén presentes al menos durante un mes.

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado (p. Ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

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 comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de 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 adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período 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 períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. Ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

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, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la 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 períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. Ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

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 realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

SINTOMAS POSITIVOS

â DELIRIOS

“Una creencia que la mayor parte de los miembros de la sociedad considerarían como una mala interpretación de la realidad se llama un trastorno del contenido del pensamiento o delirio”.

Tipos de delirios:

- ♦ **Delirio de grandeza**: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.
- ♦ **Delirio de persecución**: ideas acerca de que los demás están intentando atraparlo.
- ♦ **Síndrome de Capgras**: la persona cree que alguien que conoce ha sido remplazado por un doble.
- ♦ **Síndrome de Cotard**: la persona cree que una parte de su cuerpo ha cambiado a una forma imposible.

Una posibilidad inquietante es que los delirios tal vez sirvan para un propósito en el caso de las personas con esquizofrenia que de otro modo estarían muy alteradas por los cambios que tienen lugar dentro de ellas. [Los individuos delirantes manifestaban un mayor propósito y sentido de la vida y menos depresión].

â ALUCINACIONES

“La experiencia de sucesos sensoriales sin ningún estímulo del medio circundante se llama alucinación estas pueden implicar cualquier sentido, aunque sólo cosas que no están presentes (alucinaciones auditivas) es la forma común en la esquizofrenia”.

Las personas con este trastorno suelen experimentar las alucinaciones de forma más frecuente cuando están desocupada o limitada en cuanto a los estímulos sensoriales (dejan cualquier actividad cuando sufren alucinaciones)

Por medio de la tomografía computarizada de emisión de positrones (TCEP) aplicada para estudiar el flujo

sanguíneo cerebral de hombres con esquizofrenia que también tenían alucinaciones auditivas revela que la parte del cerebro más activa durante las alucinaciones es el Área de Broca (Área asociada a la producción verbal). Esto es sorprendente porque por lo común las alucinaciones auditivas comprenden entender el habla de los demás, y cabría esperar más actividad en el Área de Wernicke.

Estas observaciones apoyan la teoría de que las personas que están alucinando de hecho no escuchan la voz de otros sino su propio pensamiento o su propia voz y no pueden reconocer la diferencia. Pueden tener déficits en el procesamiento del habla que generan estas distorsiones.

SINTOMAS NEGATIVOS

â APATIA

Incapacidad de iniciar y persistir en las actividades. Manifiestan poco interés en llevar a cabo incluso las funciones diarias más elementales. También se conoce como abulia.

â ALOGIA

Descripción: Alude a la ausencia relativa de habla. Puede responder a preguntas con respuestas muy breves que poseen poco contenido y quizá parecer poco interesada en la conversación.

Ej: ¿Tienes hijos? Sí.

Se considera que tal deficiencia en la comunicación refleja un trastorno de pensamiento negativo más que de habilidades de comunicación inapropiadas. En ocasiones la alogia adquiere la forma de comentarios de destiempo o respuestas lentas a preguntas, por lo que se sugiere que quizá tengan problemas para encontrar las palabras adecuadas y así formular sus ideas.

â ANHEDONIA

Descripción: Es la aparente falta de placer experimentada por algunas personas que padecen esquizofrenia. La anhedonia, como algunos de los trastornos del estado de ánimo, se trata una indiferencia por actividades que por lo común se considerarían placenteras como comer, interactuar socialmente, tener relaciones sexuales...

â AFECTIVIDAD PLANA

Cerca de dos terceras partes de esquizofrénicos padecen afecto plano.

Descripción: No manifiestan emociones cuando uno espera por lo general que lo hiciesen. Tienen una expresión ausente, hablan de manera monótona y apagada, y parece que nos les afectan las cosas que suceden en torno a ellos. Aun cuando no reaccionen de forma manifiesta a las situaciones emocionales, quizá de hecho sí respondan por dentro (confirmado en un estudio mediante registros fisiológicos)

En un estudio, los niños que llegaban a desarrollar esquizofrenia manifestaban de manera característica un afecto menos positivo y más negativo que sus hermanos. Esto sugiere que quizá la expresión emocional sea una forma potencial de identificar esquizofrenia en niños.

SINTOMAS DESORGANIZADOS

â HABLA DESORGANIZADA

Estas personas carecen de insight (o conciencia de que se tiene un problema). En unas ocasiones saltan de un tema a otro, y en otras hablan de manera ilógica. Unos ejemplos;

Tangencialidad: Se andan por las ramas en lugar de responder a una pregunta específica.

Asociación laxa o descarrilamiento: Presentan descarrilamiento, cambio de tema de la conversación de forma abrupta.

â AFECTO INAPROPIADO Y CONDUCTA DESORGANIZADA

Se ríen o lloran en momentos inadecuados. A veces presentan conductas extrañas como acumular objetos o se comportan de forma rara en público.

La *catatonia* es uno de los síntomas más curiosos, es una disfunción motriz que va de la agitación desenfadada a la inmovilidad. EN la parte más activa, puede implicar un balanceo corporal excesivo o movimientos estereotipados de brazos y manos. En el otro extremo, pueden adoptar posturas poco comunes, temerosos como si algo fuese a suceder si se moviesen (inmovilidad catatonica).

SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Â»ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

- ♦ Es el que tiene mejor pronóstico
- ♦ Los delirios y alucinaciones usualmente poseen un tema, como la grandeza o la persecución.

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo paranoide (295.30)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Â»ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA

- ♦ Si se presentan alucinaciones o delirios no suelen organizarse en torno a un tema.
- ♦ Tienden a manifestar en forma mas temprana signos de dificultades, y sus problemas a menudo son crónicos y carentes de las remisiones que caracterizan a otras formas de trastorno.

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo desorganizado (295.10)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

1. lenguaje desorganizado
2. comportamiento desorganizado
3. afectividad aplanada o inapropiada (reírse en momentos inadecuados d manera estúpida)

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Â»ESQUIZOFRENIA CATATONICA

Estas personas a menudo muestran:

- ♦ Ecolalia: Repetición o imitación de palabras.
- ♦ Ecopraxia: Repetición de movimientos de los demás

Su infrecuencia puede deberse al éxito de los fármacos en este trastorno, sin embargo y debido a esta infrecuencia se ha considerado eliminar como un subtipo.

Criterios para el diagnóstico de F20.2 Tipo catatónico (295.20)

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cerea) o estupor
- 2. actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
- 3. negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
- 4. peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
- 5. ecolalia o ecopraxia

Â»ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA

Criterios para el diagnóstico de F20.3 Tipo indiferenciado (295.90)

Comprende a las personas que tienen los síntomas principales de esquizofrenia, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Â»ESQUIZOFRENIA RESIDUAL

A las personas que han tenido al menos un episodio de esquizofrenia y que ya no manifiestan los síntomas principales se le diagnostica con este subtipo de esquizofrenia. Añ cuando pueden no sufrir delirios o alucinaciones extrañas, quizá presenten síntomas residuales como creencias negativas, o ideas raras que no son del todo delirantes. También puede mantener retraimiento social, inactividad y afecto plano.

Las investigaciones sugieren que el tipo de esquizofrenia paranoide tiene un vínculo familiar más fuerte y estas personas funcionan mejor antes y después de los episodios de esquizofrenia.

Criterios para el diagnóstico de F20.5 Tipo residual (295.60)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

Personas que experimentan los síntomas de la esquizofrenia durante unos cuantos meses solamente y reanudan su vida normal. Al parecer la prevalencia es de alrededor del 0,2%.

Criterios para el diagnóstico de F20.8 Trastorno esquizofreniforme (295.40)

A. Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.

B. Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como "provisional".)

Especificar si:

Sin características de buen pronóstico

Con características de buen pronóstico: indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems:

1. inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual
2. confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico
3. buena actividad social y laboral premórbida
4. ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

El pronóstico es similar al de quienes tienen esquizofrenia, no suelen mejorar de manera espontánea y tienen probabilidades de continuar experimentando dificultades importantes durante muchos años.

Criterios para el diagnóstico de F25 Trastorno esquizoafectivo (295.70)

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

TRASTORNO DELIRANTE

Mantienen una creencia persistente que resulta contraria a la realidad y se presenta en ausencia de otras características de la esquizofrenia, por esta razón pueden estar socialmente aislados. Los delirios persisten durante varios años.

Estos delirios difieren de los tipos más extraños que se hallan a menudo en la gente con esquizofrenia, pues en este trastorno los sucesos imaginados **podrán estar sucediendo** pero en realidad no tiene lugar (alguien le persigue), en la esquizofrenia los sucesos imaginados no son posibles (le controlan por ondas de TV)

La aparición de este trastorno es tardía, entre los 40 y 49 años de promedio, no obstante como muchos individuos pueden llevar una vida normal quizá no busquen tratamiento. Es más común en las mujeres (55% frente al 45% en hombres)

Existe una capacidad de funcionar más o menos adecuada a pesar de los delirios, mejor que los sujetos con esquizofrenia, pero no tan bien como las personas con algún otro trastorno psicótico, como el trastorno esquizoafectivo.

Criterios para el diagnóstico de F22.0 Trastorno delirante (297.1)

A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.

B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.

C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.

D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

Tipo (en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotoman  co: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.

Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.

Tipo celot  pico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.

Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.

Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.

Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.

Tipo no especificado

Â»TRASTORNO PSICOTICO BREVE

Criterios para el diagnóstico de F23.8 Trastorno psicótico breve (298.8)

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Codificación según tipos:

.81 Con desencadenante(s) grave(s) (psicosis reactiva breve): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

.80 Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

Especificar si:

De inicio en el posparto: si el inicio se produce en las primeras 4 semanas del posparto

Â»TRASTORNO PSICOTICO COMPARTIDO

Criterios para el diagnóstico de F24 Trastorno psicótico compartido (297.3)

A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.

B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

ESTADÍSTICAS

La esquizofrenia por lo general se cronifica y la mayoría de la gente con el trastorno tiene serias

dificultades para funcionar adecuadamente en la sociedad. No suelen establecer o mantener relaciones significativas. Los delirios de quienes sufren esquizofrenia suelen estar fuera del Ámbito de lo posible, a diferencia de los delirios de las personas con otros trastornos psicóticos.

La prevalencia de la esquizofrenia es más o menos equivalente para hombres y mujeres y se calcula entre un 0.2 y un 1.5% de la población general.

Diferencias de género en la aparición de la esquizofrenia en una muestra de 470 pacientes

OTROS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN

Un enfoque de clasificación distingue entre dos subtipos:

- Proceso esquizofrénico: llegaba de forma gradual, sin ningún suceso estresor obvio como activador, dejando a la persona retraída y en apariencia impenetrable.
- Esquizofrenia reactiva: es la respuesta a un conjunto sumamente estresante de situaciones, se presentaba repetidamente y generaba un comportamiento muy social, volátil e intenso. Se creía que el proceso esquizofrénico tenía una base fisiológica y un mal pronóstico.

Pero había algunos problemas que cuestionaban esta clasificación:

- Las categorías no se aplican perfectamente a muchas personas.
- Algunos individuos con esquizofrenia reactiva manifiestan muchas de las características del proceso esquizofrénico.

Se presentó otra clasificación con una división similar:

- Esquizofrenia premorbida positiva
- Esquizofrenia premorbida negativa

Se refieren al funcionamiento social de la persona justo antes de que se observen los principales síntomas del trastorno.

Timothy Crow sugirió que podría dicotomizarse sobre la base de una diversidad de características que incluyen los síntomas, la ausencia o presencia de deterioro intelectual:

- Tipo I: síntomas positivos: alucinaciones, delirios, una buena respuesta a la medicación un pronóstico optimista y ausencia de daño intelectual.
- Tipo II. Síntomas negativos: afecto plano y pobreza en el habla, los cuales manifiestan una mala respuesta a los medicamentos, un pronóstico pesimista y deterioro intelectual.

CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA

Los niños que posteriormente desarrollan la esquizofrenia manifiestan algunos signos anormales antes de presentar los síntomas característicos. Las reacciones emocionales pueden ser anormales (un afecto menos positivo y más negativo que los demás niños).

Puede ser que una lesión cerebral muy temprana en el periodo de desarrollo cause esquizofrenia, pero en lugar de tener como consecuencia un deterioro progresivo inmediato, el daño quizás permanezca latente hasta una etapa posterior del desarrollo. Cuanto más temprano se produzca el daño, más tiempo tiene el cerebro para compensarlo, lo que da como resultado síntomas más leves.

La gente con esquizofrenia tal vez presente una mejoría durante la edad adulta. Los adultos suelen manifestar muy pocos síntomas positivos y más signos negativos.

La mayoría de las personas con esquizofrenia fluctúan entre niveles graves y moderados de deterioro a lo largo de su vida.

FACTORES CULTURALES

La esquizofrenia es universal y le afecta a todos los grupos raciales y culturales. Pero el curso y los resultados varían de una cultura a otra. Por ejemplo, en Colombia, India y Nigeria hay más personas que mejoran o que se recuperan de forma significativa que en otras naciones.

CAUSAS

INFLUENCIAS GENÉTICAS

Kallmann demostró que la gravedad de la afección de los padres influyó en la probabilidad de que los hijos sufrieran de esquizofrenia: cuanto más severa era la esquizofrenia de los padres, más probabilidades tenían los hijos de desarrollar la predisposición general al trastorno que no necesariamente se manifiesta de igual manera que en el progenitor.

Es más probable que las familias en las que un miembro tenía esquizofrenia contaran con otros miembros afectados por el mismo trastorno o por otros trastornos psiquiátricos relacionados.

El riesgo de padecer el trastorno varía en correspondencia con la cantidad de genes que comparte un individuo con alguien que tiene la enfermedad.

La tasa de concordancia de gemelos idénticos es de 48.4% y la mellizos es de 3.6%. Sugiere que los genes compartidos por los gemelos idénticos pueden explicar las elevadas tasas de esquizofrenia. Incluso los hermanos que son muy cercanos pueden tener aun experiencias distintas en lo físico y lo social a medida que crecen, lo que tal vez tenga por consecuencia resultados muy diferentes en la afectación de la esquizofrenia.

Los hijos de personas con esquizofrenia que fueron adoptados por familias sin ella aun tienen una tasa mucho más elevada que el promedio de padecimiento del trastorno.

Se pueden poseer genes que predisponen a la esquizofrenia y no manifestar el trastorno, pero si transmitir los genes a los hijos. Hay un 17% de probabilidades de heredabilidad, lo que significa que hay otros factores que también determinan quien padecerá este trastorno.

Hasta la fecha se han considerado diversas ubicaciones de los genes que tal vez sean responsables de la esquizofrenia, algunas partes de los cromosomas 6 y 11 se han vinculado a este trastorno y un déficit genético particular (síndrome de supresión 22q) también esta siendo explorado como causa de un subtipo de esquizofrenia.

También se relaciona con el neurotransmisor dopamina, buscamos la ubicación de los genes de dopamina para ver si están relacionados.

Un marcador potencial de la esquizofrenia es el movimiento ocular de la actividad lenta, deben mantener la cabeza quieta y seguir con los ojos el movimiento del péndulo, las personas con el trastorno tienen dificultades.

INFLUENCIAS NEUROBIOLOGICAS

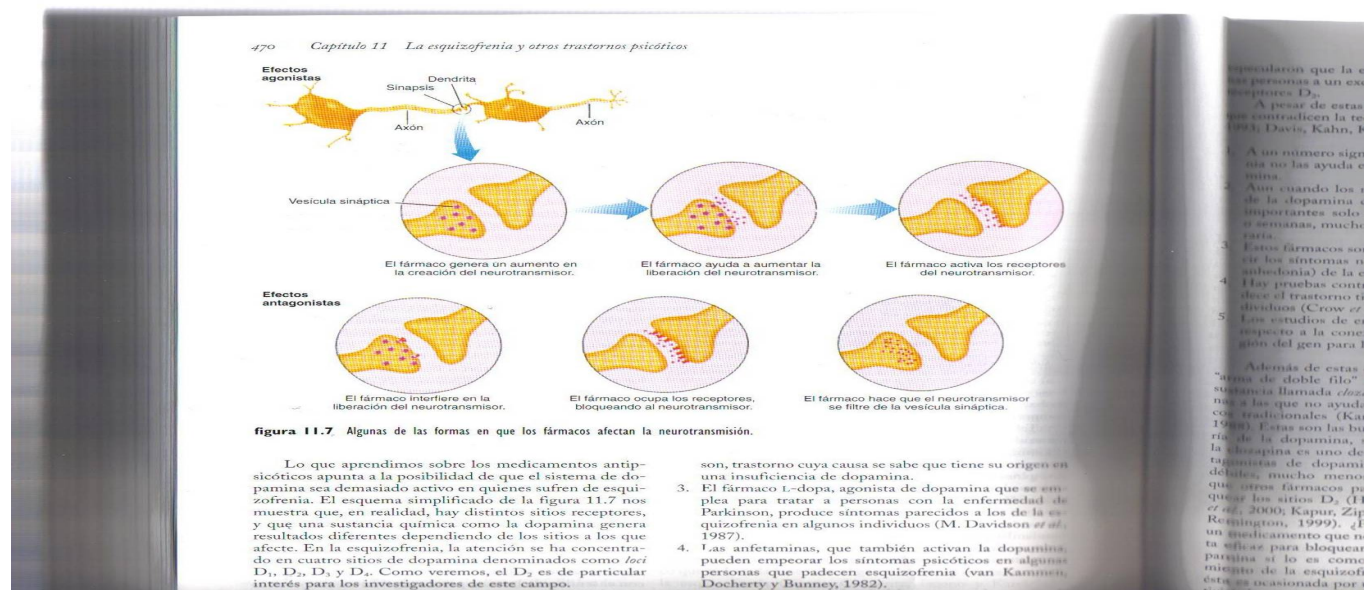
DOPAMINA

Los neurotransmisores son liberados de los vasos de almacenamiento en el extremo del axon, atraviesan la hendidura y son recogidos por los receptores en la dendrita del siguiente axon. De esta manera se transmiten los mensajes químicos de una neurona a otra a lo largo del cerebro.

Este proceso puede verse influido de muchas formas. Los mensajes químicos pueden aumentar por mediación de los **agentes agonistas** (ayudan a la transferencia de mensajes químicos y pueden generar demasiada actividad del neurotransmisor ya que incrementan la producción o liberación del mismo y afectan a más receptores en las dendritas) o disminuir merced a **agentes antagonistas** (hacen que disminuya o detienen la transmisión de los mensajes, evitan la liberación del neurotransmisor, bloqueando la absorción al nivel de la dendrita o generando fugas que reducen la cantidad del neurotransmisor que es liberado en última instancia).

El sistema de dopamina es demasiado activo en quienes sufren esquizofrenia. La atención la concentramos en cuatro sitios de dopamina denominados como loci D1, D2, D3 y D4, el D2 es de particular interés para los investigadores.

- Los fármacos antipsicóticos (neurolepticos) son antagonistas de dopamina, bloquean parcialmente el consumo cerebral de esta sustancia.
- Estos fármacos pueden generar efectos secundarios negativos similares a los de la enfermedad de Parkinson, por la insuficiencia de dopamina.
- El fármaco L-Dopa, agonista de dopamina que se emplea para tratar a personas con la enfermedad de Parkinson, produce síntomas parecidos a los de la esquizofrenia.
- Las anfetaminas que también activan la dopamina, pueden empeorar los síntomas psicóticos en algunas personas que padecen esquizofrenia.



Cuando se administran medicamentos que se sabe que aumenta la dopamina (agonistas), hay un incremento en el comportamiento esquizofrénico; y cuando se emplean fármacos que se sabe que disminuyen la actividad de la dopamina (antagonistas) suelen declinar los síntomas esquizofrénicos. Los fármacos neurolepticos (agentes antagonistas) parecen actuar sobre todo mediante el bloqueo de un grupo de

receptores de dopamina: los receptores D2.

Los investigadores especularon que la esquizofrenia era atribuible en algunas personas a un exceso de actividad de dopamina en los receptores D2. Pero hay pruebas que contradicen la teoría dopaminica:

- A un número significativo de personas con esquizofrenia no las ayuda el consumo de antagonistas de dopamina.
- Aun cuando los neurolepticos bloquean la recepción de la dopamina de forma muy rápida, los síntomas importantes solo disminuyen al cabo de varios días o semanas.
- Estos fármacos son solo parcialmente útiles para reducir los síntomas negativos
- hay pruebas contradictorias sobre si la gente que padece el trastorno tiene más receptores D2 que otros individuos.
- Los estudios de enlace genético no son concluyentes respecto a la conexión entre la esquizofrenia y la región del gen para los receptores.

Encontraron una sustancia llamada: **clozapina**, es eficaz para muchas personas a las que no ayudaron los medicamentos neurolepticos tradicionales. Es uno de los antagonistas de dopamina más débiles, mucho menos eficaz que otros fármacos para bloquear los sitios D2.

En varios estudios recientes se propone que tal vez dos neurotransmisores, la serotonina y la dopamina y su relación mutua expliquen algunos de los síntomas de la esquizofrenia (síntomas positivos).

Sistema postal: los investigadores miden los metabolitos, subproductos de los neurotransmisores, ácido homovanílico para la dopamina y ácido hidroxindoleacético para la serotonina en el líquido cefalorraquídeo. Aun cuando la producción de dopamina o de serotonina se interrumpiese, podría no haber una disminución en las cantidades de HVA y 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo en virtud de que aun queda una reserva extra. (Ver Ej., de correos PG 471). La dopamina y la serotonina interactúan y ambas se ven afectadas por antagonistas mezclados.

La clozapina resulta eficaz con casos resistentes de esquizofrenia pero que no bloquea tanta dopamina como otros medicamentos neurolepticos, confirman la interacción de estos neurotransmisores.

ESTRUCTURA CEREBRAL

Observaciones de personas con esquizofrenia:

- Ventrículos: Algunos de los cerebros de personas con este trastorno presentan ventrículos laterales anormalmente grandes, el problema no es el tamaño sino la dilatación (agrandamiento) de los ventrículos indica que partes adyacentes del cerebro no se han desarrollado del todo o se han atrofiado. Esto se observa en varones más a menudo, además los ventrículos parecen dilatarse en proporción a la edad y la duración de la esquizofrenia.
- Fenómeno de hipofrontalidad: la deficiencia de actividad de una determinada área de los lóbulos frontales: la corteza prefrontal dorsolateral. Cuando a la gente se le asignan tareas que hacen participar a estas áreas se registra menos actividad en el cerebro de quienes padecen el trastorno. Se asocia con los síntomas negativos de la esquizofrenia.
- Área prefrontal: parece menos activa en muchas personas con esquizofrenia, es también un sitio de una ruta importante de dopamina. Sugieren que la inactividad relativa genera los síntomas negativos de la esquizofrenia y que la actividad excesiva más profunda en el cerebro explica los síntomas positivos.

INFECCIONES VIRALES

Un esquizovirus podría haber ocasionado algunos casos de este trastorno debilitador.

Hay una elevada prevalencia de la esquizofrenia entre los hombre que viven en áreas urbanas implicando que tienen más probabilidades de haberse expuesto a agentes infecciosos.

Hay varios estudios que demuestran que la esquizofrenia tal vez este asociada con la exposición prenatal a la gripe. La aparición de una interrupción en el segundo trimestre del desarrollo fetal dando lugar a la esquizofrenia esto también afectaría a las células térmicas de las yemas de los dedos.

INFLUENCIAS PSICOLOGICAS Y SOCIALES

ESTRÉS

Se ha observado que personas que participan en combate durante una guerra a menudo manifiestan síntomas temporales que se parecen a los de la esquizofrenia..

FAMILIAS Y RECAIDAS

Esquizofrenizante: se emplea para describir a madres cuya naturaleza fría, dominante y de rechazo se pensaba que causaba esquizofrenia en los hijos.

Doble ciego: tipo de estilo de comunicación que genera mensajes conflictivos los cuales, hacían que se desarrollara el trastorno.

Investigación sobre el estilo de comunicación emocional: **emoción expresada (EE):** los ex pacientes que tenían un contacto limitado con sus parientes estaban mejor que los que pasaban periodos más largos con su familia. Si el nivel de critica (desaprobación), hostilidad y sobreimplicacion emocional (intrusividad) expresada por los familiares era elevado, los pacientes tendían a recaer.

Los niveles de emoción expresada en una familia son un buen indicador de recaída entre personas que padecen esquizofrenia crónica.

TRATAMIENTO

En el mundo occidental actual, el tratamiento por lo común comienza con uno de los fármacos neurológicos imprescindible para reducir los síntomas de la esquizofrenia. Estos se combinan con una gran variedad de tratamientos psicosociales a fin de reducir la recaída, compensar las habilidades deficientes y mejorar la adherencia al consumo de los medicamentos.

INTERVENCIONES BIOLÓGICAS

Varios tratamientos:

- Inyección de dosis masivas de insulina a fin de inducir comas, esta practica acarrea un gran riesgo de enfermedad grave y de muerte.
- Psicocirug a: **Lobotom a:** se cortan los lóbulos frontales de la parte inferior del cerebro, lo que en ocasiones calmaba al paciente pero también ocasionaba deficiencias cognitivas y emocionales.
- Terapia electroconvulsiva (TEC)
- Medicamentos:
- Neurológicos: ayudan a los individuos a pensar de manera más clara y reducen o eliminan las alucinaciones y los delirios. Influyen en síntomas positivos y en menor medida en los negativos y desorganizados. Son eficaces en un 60% de la población.

- Clozapina, risperidona y olanzapina. Tienen efectos secundarios menos serios. Se utilizan con personas que han rechazado la dopamina.
- Consecuencias de los fármacos: síntomas extrapiramidales (dificultades motoras), aquinesia (rostro inexpressivo, actividad motora lenta y habla monotona) y la disquinesia tardía (movimientos involuntarios de la lengua, el rostro, la boca o la mandíbula).

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

El trastorno es resultado de problemas de adaptación al mundo debidos a experiencias tempranas. Si los individuos logran un insight con su historia personal podrán llegar a enfrentar con seguridad la situación existente.

En el siglo XIX, el cuidado en un hospital consistía en un tratamiento moral, ponía el acento en mejorar la socialización de los pacientes, ayudarlos a establecer rutinas de autocontrol y mostrarles el valor del trabajo y la religión.

Gordon Paul y Robert Lentz diseñaron un ambiente para pacientes internos que motivaba la socialización apropiada, la participación en sesiones de grupo y el cuidado personal y desalentaba al mismo tiempo los arrebatos violentos. Diseñaron una economía de fichas, en la que los internos podían obtener acceso a alimentos y pequeños lujos si se comportaban de manera apropiada. Esto se combinaba con un programa completo de actividades cotidianas. Los resultados fueron positivos.

Los clínicos tratan de re enseñar habilidades sociales como conversación básica, asertividad y generación de relaciones sociales en las personas que padecen la esquizofrenia. Los pacientes hacen ejercicios de role-playing y practican sus nuevas habilidades en el mundo real, para lo cual siempre reciben retroalimentación y estimulación ante los signos de progreso.

La terapia conductual familiar: se informa a los miembros de la familia sobre la esquizofrenia y su tratamiento, liberándolos del mito que generaron sobre el trastorno, y se les enseñan datos prácticos sobre los medicamentos antipsicóticos y sus efectos secundarios. Se les ayuda asimismo con habilidades de comunicación, de manera que puedan volverse oyentes más empáticos y aprendan formas constructivas de expresar emociones negativas para reemplazar la dura crítica.

Los tratamientos de multicomponentes reducen el número de recaídas entre las personas que reciben la terapia farmacológica en comparación con el simple apoyo social o esfuerzos educativos.

EL TRATAMIENTO EN OTRAS CULTURAS

El tratamiento y la consideración del trastorno difieren de un país a otro:

- Los hispanos tienen menos probabilidades que otros grupos de buscar ayuda en entornos institucionales y dependen del apoyo familiar.
- En China se aplica el tratamiento de la medicación antipsicótica, también utilizan medicina herbolaria y se practica acupuntura.
- En países africanos se les encierra en prisión
- Occidente se tiende a llevar a las personas a entornos institucionales.

PREVENCION

Hay que tratar de identificar y tratar a los niños susceptibles de padecerlo en un futuro. Estos pequeños con alto riesgo han sido el centro de atención de varios estudios tanto prospectivos (antes y durante una situación esperada) como longitudinales (por largos periodos).

Las influencias del entorno activan la aparición de la esquizofrenia, inestabilidad del ambiente de crianza familiar temprano.

Intervenciones como las vacunaciones contra virus para las mujeres en edad fértil e intervenciones relacionadas con la mejora de la nutrición y el cuidado prenatal podrían ser medidas preventivas eficaces.

Falsamente se cree que todos los que sufren de esquizofrenia son peligrosos y violentos.