



La esquizofrenia

forumclínic | Hospital Clínic de Barcelona

GUÍA INTERACTIVA PARA PACIENTES
CON ENFERMEDADES DE LARGA DURACIÓN

Autor: Miquel Bernardo

La esquizofrenia

forumclínic | Hospital Clínic de Barcelona

GUÍA INTERACTIVA PARA PACIENTES
CON ENFERMEDADES DE LARGA DURACIÓN

Autor: Miquel Bernardo

¿Qué es la esquizofrenia?

La **esquizofrenia** es una enfermedad cerebral compleja en la que se produce un funcionamiento defectuoso de los circuitos cerebrales que provoca un desequilibrio entre los neurotransmisores. Por consiguiente, se verán afectadas algunas de las funciones que rigen el pensamiento, las emociones y la conducta.

El funcionamiento defectuoso se asocia con anomalías estructurales y alteraciones funcionales en determinadas áreas del sistema nervioso central.

Se está desarrollando un gran volumen de investigación que permitirá avanzar en el diagnóstico y en la manera de afrontar la enfermedad.

**EN LA ACTUALIDAD,
SE HAN PRODUCIDO
IMPORTANTES
PROGRESOS EN EL
TRATAMIENTO DE
LA ENFERMEDAD.**

¿Qué no es la esquizofrenia?

La estigmatización de muchas de las enfermedades mentales, y quizás de forma más acusada en el caso de la esquizofrenia, ha hecho que persistan aún opiniones confusas y erróneas a las que hay que hacer frente porque no definen esta enfermedad.

- No se trata de un estado de *doble personalidad*.
- No es fruto de una baja escolarización.
- No es el resultado de un trauma psicológico infantil.
- No existen culpables en el origen de la esquizofrenia.

Edita:
Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica

Autor:
Miquel Bernardo
Instituto Clínic de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona

Diseño y maquetación:
Núria Garí
Área de Audiovisuales. Hospital Clínic de Barcelona

Imagen 3D:

virtualjoint 
al margen de la realidad

Depósito legal:
B-35830-2006

¿Por qué aparece?

La esquizofrenia es el resultado de la interacción de numerosos factores. La teoría en la que se basan actualmente los científicos es que existiría una alteración en el desarrollo del sistema nervioso central, ya desde la vida prenatal, que podría explicar el funcionamiento anómalo posterior.

Los factores de riesgo son:

- Predisposición genética.
- Alteraciones durante el embarazo.
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Estresantes ambientales.
- Incumplimiento de la medicación como factor de recaída.

¿Se puede hablar de esquizofrenia ante un primer episodio psicótico?

Un paciente que presente un primer episodio psicótico no significa que tenga que sufrir necesariamente de esquizofrenia.

Son la historia clínica, los resultados de las pruebas complementarias y la evolución en el tiempo los que permiten establecer el diagnóstico definitivo.

¿Cómo se manifiesta?

Existe una gran variedad de manifestaciones clínicas, lo que en ocasiones puede hacernos pensar que diagnosticamos con el mismo nombre a pacientes que se parecen poco entre sí.

Hasta el momento, existen diferentes subtipos de esquizofrenia descritos, dependiendo de que predominen unos síntomas y signos más que otros, y según cómo se manifiesten en cada caso (paranoide, hebefrénica, catatónica, simple, etc.).

Subtipos de esquizofrenia

Paranoide	Pensamiento/Percepción	Delirios y alucinaciones
Hebefrénica	Emociones	Afectividad inapropiada
Catatónica	Actividad motora	Estupor/Agitación
Simple	Voluntad/Personalidad	Retraimiento, pobreza de ideas, disminución de impulsos

Síntomas positivos y síntomas negativos

De forma general, los síntomas más importantes se pueden clasificar en dos grupos:

SÍNTOMAS POSITIVOS

Se conocen así las percepciones, ideas y comportamientos patológicos que presenta el enfermo, pero que no aparecen en la población general. No hay que atribuirlo a que *el enfermo se inventa cosas*, porque realmente él cree que está viviendo en esa nueva y propia realidad percibida. En este momento no tiene conciencia de la enfermedad y no es recomendable contraponer de forma drástica sus ideas frente a las de los familiares.

Síntomas positivos más destacados

- **Ideas delirantes:** son aquellas creencias personales que tiene el paciente, quien cree, absolutamente convencido, que están sucediendo, cuando no es así. Según la temática de lo que explique podemos tener diferentes ejemplos de ideación delirante: creer que lo persiguen, que es una persona escogida por Dios, que todo el mundo lo observa...
- **Alucinaciones:** son aquellas percepciones sensoriales que el enfermo tiene sin que exista un estímulo. Las más frecuentes son las alucinaciones auditivas (oír voces cuando nadie está hablando), aunque también pueden ser visuales, gustativas...

- **Desorganización del pensamiento:** consiste en la incapacidad de organizar un pensamiento coherente, de forma que en muchas ocasiones el lenguaje resultará inconexo y carente de sentido.
- **Alteraciones de la conducta:** pueden aparecer conductas extravagantes y erráticas, sin ninguna finalidad clara.

La falta de conciencia de la enfermedad es uno de los síntomas que más dificultan el tratamiento y que más complican el pronóstico.

SÍNTOMAS NEGATIVOS

Se llaman así porque las conductas habituales de la población general no afectada faltan o están disminuidas en el enfermo. A veces pueden ser más difíciles de detectar puesto que, en un primer momento, no llaman tanto la atención.

Síntomas negativos más destacados

- **Apatoabulia:** pérdida de la iniciativa para desarrollar propósitos y finalizarlos.
- **Anhedonía:** pérdida de la capacidad de disfrutar con las cosas que habitualmente le gustaba hacer.
- **Aislamiento social:** disminución del interés por las relaciones sociales, con tendencia a las actividades solitarias.

- **Afectividad aplanada:** reducción de la intensidad de la expresión y de la respuesta emocional.

Se manifiesta de diferentes maneras: expresión facial inmutable, disminución de los movimientos espontáneos, pobreza en la gesticulación, poco contacto visual y disminución del tono de la voz y de la cantidad de palabras cuando habla.

- **Otros:** lentitud o bloqueo en la conversación, dificultades para establecer relaciones con otras personas, etc.

Otros síntomas que presentan estos enfermos, y que no están incluidos en estas clasificaciones, pueden ser: creer que la gente puede saber lo que piensan, que pueden imponerles determinados pensamientos, o robarles ideas propias, etc.

De entre todos los síntomas, los observados con más frecuencia en pacientes esquizofrénicos son: falta de conciencia de la enfermedad, afectividad aplanada, retraimiento social, ideas delirantes, pérdida de intereses y del cuidado del aspecto personal, alucinaciones auditivas y apatía.

Diagnóstico

En la actualidad, el diagnóstico de esquizofrenia se realiza a través de la historia clínica del paciente y de la información de los familiares y compañeros.

La enfermedad se diagnostica según unos criterios clínicos, reforzados con la realización de pruebas psicométricas y neuropsicológicas y, en algunos casos, mediante técnicas de diagnóstico por la imagen (neuroimagen).

Bases del tratamiento

¿Cómo evoluciona?

La esquizofrenia es una enfermedad con tendencia a la cronicidad. Suele empezar por una fase que puede durar días, meses, o incluso años, en la que aparecen cambios mínimos en el carácter, disminuye el rendimiento escolar, aumenta la ansiedad y se produce cierto aislamiento social.

En la aparición del primer episodio psicótico, generalmente predominan los llamados síntomas positivos, aunque existe algún tipo de esquizofrenia en la que estos síntomas no aparecen nunca.

Cuando aparece el primer episodio psicótico puede ser necesaria la hospitalización del enfermo y la instauración del tratamiento que tendrá que seguir de forma prolongada.

Tras la remisión del episodio, el enfermo puede conseguir buena adaptación en la esfera laboral, social y familiar.

Evolución

- Evolución cronicada (43%)
- Ausencia de recaídas (22%)
- Recurrencia de recaídas (35%)

Factores de buen pronóstico

- Presentar un inicio tardío.
- Tener una buena adaptación previa, con inicio agudo, coincidiendo con factores vitales estresantes.
- Responder bien a la medicación.
- Cumplir estrictamente la medicación y los controles.
- Mantener un ritmo de vida con cierta estabilidad de horarios laborales y de sueño, evitar el consumo de sustancias tóxicas, etc.
- Pertener al sexo femenino.
- No tener antecedentes familiares o un historial familiar de trastornos afectivos tales como depresiones o trastorno bipolar.
- Pertener al subtipo paranoide, con predominio de síntomas positivos.
- No presentar alteraciones neuroestructurales en la neuroimagen y tener buenos resultados en las pruebas neuropsicológicas.

¿Cómo se debe hacer frente a la enfermedad?

El tratamiento de la esquizofrenia incluye un conjunto de medidas farmacológicas y psicológicas y de recursos sociales que tienen la finalidad de actuar potenciándose unos a otros para lograr la remisión de los síntomas y la adaptación aceptable del enfermo en todos los ámbitos de la vida cotidiana.

¿Cuál es el papel de la familia en la evolución de la enfermedad?

Cuando el paciente esquizofrénico presenta el primer episodio de la enfermedad suele estar conviviendo en el ámbito familiar.

Cada núcleo familiar es diferente y, por tanto, reaccionará también con conductas y sentimientos diversos.

La manera en que se desarrolla esta relación es uno de los factores clave en la evolución de la enfermedad.

Ha de existir una buena comunicación con los familiares para poder aportarles la información y la educación necesarias para que entiendan la enfermedad, la compartan y puedan ayudar en las necesidades del paciente.

Es muy importante que la familia participe en el mismo equipo que incluye al paciente y a los profesionales.

Complicaciones

Signos de riesgo de recaídas:

- Cambios en el comportamiento.
- Irritabilidad o agresividad.
- Insomnio.
- Incremento de dificultades en la concentración.
- Sentimientos de abatimiento o depresión.
- Actitud de bloqueo.

RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

La esquizofrenia, ¿produce siempre los mismos síntomas?

No. Hay una gran variedad de manifestaciones clínicas dentro del trastorno esquizofrénico, lo que provoca que a menudo se hable de grupo de las esquizofrenias y no de un único cuadro clínico.

La esquizofrenia, ¿siempre evoluciona negativamente?

No. Aproximadamente un 25% de los enfermos se recupera totalmente después del primer episodio. Un 25% mejora considerablemente y puede vivir casi de manera independiente. Un 25% mejora ligeramente pero mantiene algunos síntomas y necesita una red de apoyo social. El 25% restante no mejora, tiene una mala evolución y una mala adaptación social.

¿Por qué se producen las recaídas?

Las causas más frecuentes de las recaídas son abandonar la medicación, reducir las dosis o no llevar un control en la toma de la medicación, así como tener un entorno familiar de rechazo, de hostilidad o de sobreprotección, consumir sustancias adictivas y sufrir acontecimientos vitales estresantes.

¿Cuáles son los riesgos más frecuentes?

A menudo la esquizofrenia comporta riesgos que contribuyen a que la enfermedad evolucione peor o comporta otras enfermedades.

Estos riesgos son el abuso de sustancias tóxicas como el tabaco, el alcohol y otras drogas, así como el incumplimiento de la medicación por falta de conciencia de la enfermedad o por padecer efectos secundarios.

También puede haber riesgo de suicidio entre los enfermos que presenten sintomatología depresiva.

¿Se tendrá que tomar siempre la medicación?

No hay un tiempo preestablecido de duración del tratamiento.

Se recomienda que después de un primer episodio de la enfermedad se mantenga la medicación al menos 2 años y, en todo caso, se tendrá que retirar de manera escalonada.

En caso de recaída, la medicación se tendrá que mantener de manera continua, ya que es más importante la prevención de recaídas que los riesgos que provoca el mantenimiento de la medicación.

Glosario

Definición de términos

- **Psicosis:** pérdida del juicio de la realidad. No es específica de la esquizofrenia y se puede observar en otros trastornos psiquiátricos y no psiquiátricos.
- **Idea delirante o delirio:** creencia irreductible a la lógica que gobierna el pensamiento y la conducta del paciente. En función del contenido del delirio, se clasifican en diferentes tipos: de persecución, de perjuicio, megalomaniacos...
- **Alucinación:** percepción sensorial sin estímulo que la provoque. Hay tantos tipos diferentes de alucinaciones como órganos sensoriales: auditivas (las más frecuentes en la esquizofrenia), visuales, táctiles...
- **Antipsicótico o neuroléptico:** fármaco que trata la psicosis. Existen dos generaciones diferentes de estos fármacos con distintos mecanismos de acción, aunque todos actúan sobre la dopamina.
- **Dopamina:** neurotransmisor que permite la comunicación entre las neuronas del cerebro. De todos los diferentes neurotransmisores, la dopamina es actualmente la más implicada en la fisiopatología de la esquizofrenia y de la que se dispone de más información.
- **Cognición:** función mental superior, como la atención, la memoria y la función ejecutiva, encargada de la capacidad de planificar y anticipar y de la secuenciación temporal de nuestra conducta. Los pacientes con esquizofrenia pueden presentar deterioro en dicha función.

ÍNDICE

¿Qué es la esquizofrenia? 5

- ¿Por qué aparece?
- ¿Cómo se manifiesta?
 - Síntomas positivos
 - Síntomas negativos
- Diagnóstico

Bases del tratamiento 11

- ¿Cómo evoluciona?
- ¿Cómo se debe hacer frente a la enfermedad?

Complicaciones 14

Respuestas a las preguntas más frecuentes 15

Glosario. Definición de términos 17

forumclínic es una iniciativa realizada por **profesionales e instituciones sanitarias** con el objetivo de proporcionar información útil a los pacientes.

Presentamos una **guía práctica**, accesible al paciente y su familia, para mejorar su conocimiento de la enfermedad y de su tratamiento.

Un conocimiento más profundo de la enfermedad facilita la **participación activa de los pacientes**, junto con el equipo de salud que los atiende, en la toma de decisiones referidas a su tratamiento.

Con el soporte de:



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN
Y CIENCIA

Editado por:

Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica

D.L.: B-35830-2006