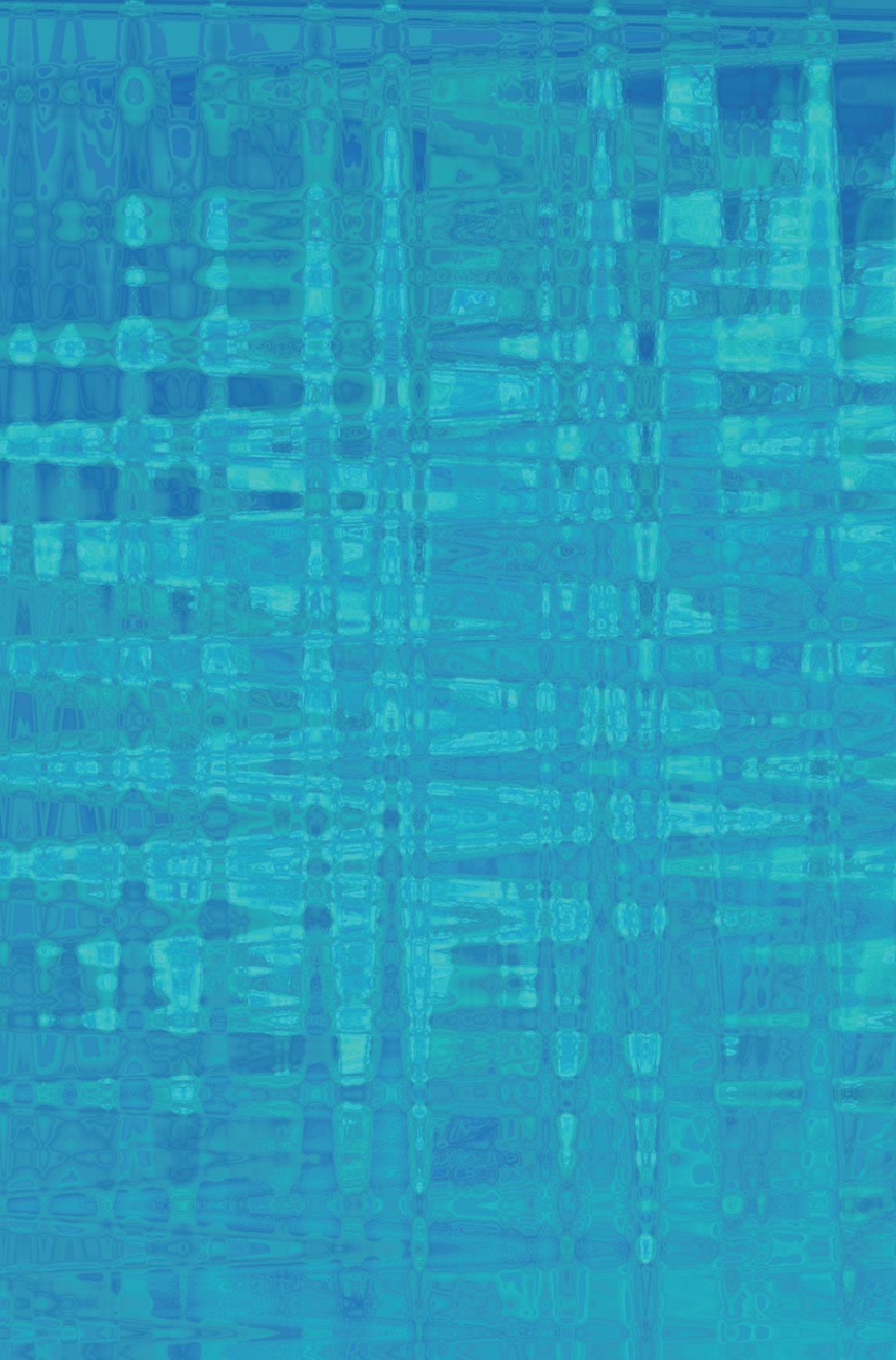


LA ESQUIZOFRENIA



National Institute
of Mental Health



ÍNDICE

¿Qué es la esquizofrenia?	2
¿Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia?	3
Síntomas positivos	3
Síntomas negativos	4
Síntomas cognitivos	5
¿Cuándo comienza la esquizofrenia y a quién le da?	5
¿Las personas con esquizofrenia son violentas?	6
La esquizofrenia y el suicidio	6
La esquizofrenia y los trastornos por consumo de sustancias	7
¿Qué causa la esquizofrenia?	8
Los genes y el medio ambiente	8
Diferencias en la química y estructura cerebral	9
¿Cómo se trata la esquizofrenia?	11
Medicamentos antipsicóticos	11
¿Cuáles son los efectos secundarios?	11
¿Cómo se toman los medicamentos antipsicóticos? ¿Cómo responden las personas a ellos?	13
¿Cómo interactúan los antipsicóticos con otros medicamentos?	13
Tratamientos psicosociales	14
Habilidades para el manejo de la enfermedad	14
Rehabilitación	15
Educación y apoyo familiar	15
Terapia cognitiva-conductual	15
Grupos de auto-ayuda	16
¿Cómo puede ayudar a una persona con esquizofrenia?	16
¿Cuál es el pronóstico para el futuro?	17

¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un trastorno crónico y grave que afecta la forma de pensar, sentir y actuar de las personas. Aunque la esquizofrenia es menos común que otros trastornos mentales, puede ser sumamente incapacitante. Alrededor de 7 u 8 personas de cada 1,000 desarrollarán esquizofrenia en su vida.

Muchas veces, las personas con este trastorno escuchan o ven cosas que no están allí o piensan que los demás pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o conspirar para hacerles daño. Esto puede aterrorizarlos y convertirlos en personas retraídas o extremadamente agitadas. También puede ser espantoso y molesto para las personas que los rodean.

Las personas con esquizofrenia a veces hablan de cosas extrañas o inusuales, lo que puede hacer difícil mantener una conversación con ellas. También pueden durar horas sentados sin hablar ni moverse. A veces las personas con esquizofrenia parecen estar perfectamente bien hasta que hablan de lo que realmente están pensando.

Las familias y la sociedad también se ven afectadas por la esquizofrenia. Muchas personas con este trastorno tienen dificultad para mantener un trabajo o cuidarse, lo que puede hacer que dependan de otros. El estigma en torno a la esquizofrenia es común, por lo que las personas con este trastorno a menudo prefieren no hablar sobre él, ni obtener el tratamiento adecuado.

Aunque las personas con esquizofrenia pueden tener síntomas durante toda su vida, el tratamiento ayuda a que muchas se recuperen y puedan perseguir sus metas en la vida. Usando nuevas técnicas de investigación para entender las causas de la esquizofrenia, los investigadores están desarrollando tratamientos más eficaces. En el futuro, estas investigaciones pueden ayudar a prevenir y tratar mejor la enfermedad.

¿Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia?

Los síntomas de la esquizofrenia se dividen en tres categorías amplias: síntomas positivos, negativos y cognitivos.

SÍNTOMAS POSITIVOS

Los síntomas positivos son comportamientos psicóticos que generalmente no se ven en personas sanas. Las personas con síntomas positivos pueden “perder el contacto” con la realidad. En ciertas personas, estos síntomas van y vienen, mientras que en otras, se mantienen constantes. A veces son graves, mientras que otras veces apenas se notan. La gravedad de los síntomas positivos puede depender de si la persona está recibiendo tratamiento o no. Los síntomas positivos incluyen las alucinaciones, los delirios, los trastornos del pensamiento y los trastornos del movimiento.



Las alucinaciones son experiencias sensoriales producidas en la ausencia de un estímulo. Pueden ocurrir con cualquiera de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto o tacto). Las “voces”, o alucinaciones auditivas, son el tipo más común de alucinaciones en la esquizofrenia. Muchas personas con este trastorno oyen voces. Las voces pueden ser internas, es decir, que parecen venir de dentro de la mente de la persona, o pueden ser externas y parecer tan reales como si otra persona estuviera hablando. Estas voces pueden hablar con la persona sobre su comportamiento, ordenarle que haga cosas, o advertirle acerca de algún peligro. A veces las voces se hablan entre ellas y otras veces las personas con esquizofrenia hablan con las voces que escuchan. Las personas con esquizofrenia pueden haber estado escuchando estas voces por mucho tiempo antes de que sus familiares y amigos se den cuenta de que tienen este problema.

Otros tipos de alucinaciones incluyen ver personas u objetos que no están allí, oler cosas que nadie más huele o sentir cosas tales como dedos invisibles que les tocan cuando no hay nadie cerca.

Los delirios son creencias falsas que se mantienen firmemente a pesar de que no son consistentes con la cultura de la persona. Los delirios continúan incluso cuando hay evidencia de que no son verdaderos o lógicos. Las personas con esquizofrenia pueden tener delirios que parecen extraños, como creer que los vecinos pueden controlar su comportamiento con ondas magnéticas. También pueden creer que las personas que salen en la televisión les están dirigiendo mensajes especiales o que las estaciones de radio están transmitiendo sus pensamientos en voz alta a los demás.

Éstos son los llamados “delirios de referencia”. A veces creen que son otra persona, como un personaje histórico famoso. También pueden tener delirios paranoicos y creer que otras personas están tratando de hacerles daño, sea por engaño, acoso, envenenamiento, espionaje o que están conspirando contra ellos o contra las personas que quieren. Estas creencias se llaman “delirios de persecución”.

Los trastornos del pensamiento son maneras inusuales o disfuncionales de pensar. Una de esas formas se llama “pensamiento desorganizado”. Esto ocurre cuando una persona tiene dificultad para organizar sus pensamientos o para conectarlos lógicamente, y puede hablar de una manera confusa y difícil de entender (lo que a menudo se conoce como “ensalada de palabras”). Otra forma se llama “bloqueo de pensamiento” o simplemente “bloqueos”. Esto ocurre cuando una persona deja de hablar repentinamente en la mitad de lo que estaba diciendo. Cuando se le pregunta por qué dejó de hablar, puede decir que sentía como si la idea se había ido de su cabeza. Por último, una persona con un trastorno del pensamiento puede inventar palabras sin sentido o “neologismos”.

Los trastornos del movimiento pueden aparecer como movimientos agitados del cuerpo, algunos de los cuales se repiten una y otra vez. En el otro extremo, una persona con trastorno del movimiento puede llegar a ser catatónica. La catatonía es un estado en el cual una persona no se mueve y no responde a los demás. Hoy en día, la catatonía es rara, pero era más común cuando no existían tratamientos para la esquizofrenia.

SÍNTOMAS NEGATIVOS

Los síntomas negativos están asociados con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer como parte de la enfermedad y pueden confundirse con la depresión u otros problemas. Entre los síntomas negativos se encuentran:

- “Afecto plano” (disminución en la expresión de emociones a través del rostro o tono de voz)
- Falta de satisfacción en la vida diaria
- Dificultad para comenzar y mantener actividades
- Reducción del habla



Las personas con síntomas negativos pueden necesitar ayuda con sus tareas diarias. Pueden descuidar la higiene personal básica. Esto puede hacer que parezcan perezosos o que no quieren ayudarse a sí mismos, pero esos comportamientos son síntomas de la esquizofrenia.

SÍNTOMAS COGNITIVOS

Los síntomas cognitivos de la esquizofrenia son sutiles para algunas personas y más graves para otras. A veces los propios pacientes pueden notar cambios en su memoria u otros aspectos del pensamiento. Al igual que con los síntomas negativos, puede ser difícil reconocer que los síntomas cognitivos forman parte de este trastorno. Con frecuencia, solo se detectan cuando se realizan pruebas específicas. Los síntomas cognitivos incluyen:

- Deficiencia en el “funcionamiento ejecutivo” (capacidad para comprender información y usarla para tomar decisiones)
- Problemas para concentrarse o prestar atención
- Problemas con la “memoria operativa”, también conocida como “memoria de trabajo” (capacidad para usar información inmediatamente después de haberla aprendido)

Una cognición disminuida se relaciona con peores resultados laborales y sociales, lo que puede causar angustia a las personas con esquizofrenia.

¿Cuándo comienza la esquizofrenia y a quién le da?

La esquizofrenia afecta ligeramente a más hombres que mujeres. Ocurre en todos los grupos étnicos del mundo. Síntomas como las alucinaciones y los delirios suelen comenzar entre los 16 y 30 años de edad. Los hombres tienden a tener síntomas un poco antes que las mujeres. Por lo general, la esquizofrenia se presenta al final de la adolescencia y en la adultez temprana.



Es poco común ser diagnosticado con esquizofrenia después de los 45 años. La esquizofrenia rara vez se da en los niños, pero cada vez se conoce más sobre casos de esquizofrenia que comienzan en la niñez.

A menudo es difícil diagnosticar la esquizofrenia en adolescentes. Esto se debe a que los primeros síntomas pueden incluir un cambio de amigos, bajas calificaciones, dificultad para dormir e irritabilidad; es decir, comportamientos que son comunes entre los adolescentes. Hay una

combinación de factores que puede predecir la esquizofrenia en hasta un 80 por ciento de los jóvenes que tienen un alto riesgo de desarrollar la enfermedad. Estos factores incluyen el aislamiento y alejamiento de las personas, aumento en los pensamientos inusuales y en las sospechas o desconfianza, y un historial familiar de psicosis. Esta etapa pre-psicótica de la enfermedad se llama período “prodrómico.”

¿Las personas con esquizofrenia son violentas?

La mayoría de las personas con esquizofrenia no son violentas. De hecho, los crímenes más violentos no los realizan personas con esquizofrenia. Las personas con esquizofrenia tienen más probabilidad de hacerse daño a sí mismas que a otros. El abuso de drogas y otras sustancias puede aumentar la posibilidad de que la persona actúe violentamente. El riesgo de violencia aumenta cuando la psicosis no se trata y disminuye considerablemente cuando la persona está en tratamiento.



La esquizofrenia y el suicidio

Los pensamientos y comportamientos suicidas son muy comunes en las personas con esquizofrenia. Las personas con esquizofrenia mueren antes que las personas que no tienen una enfermedad mental, en parte por el mayor riesgo de suicidio.

Es difícil predecir qué personas con esquizofrenia son más propensas a suicidarse, pero tratar de manera activa cualquier síntoma de depresión o abuso de sustancias que ocurran al mismo tiempo puede reducir el riesgo de suicidio. Las personas que toman sus medicamentos antipsicóticos siguiendo las indicaciones son menos propensas a intentar suicidarse en comparación con las que no lo hacen. Si alguien está hablando sobre el suicidio o ha intentado suicidarse, ayúdelo a encontrar ayuda profesional de inmediato o, en los Estados Unidos, llame al 911.



La esquizofrenia y los trastornos por consumo de sustancias

Los trastornos por consumo de sustancias suceden cuando el consumo frecuente de alcohol o drogas interfiere con la salud, familia, trabajo, escuela y vida social de la persona. El consumo de sustancias es el trastorno concurrente más común en las personas con esquizofrenia. Las relaciones complejas entre los trastornos por consumo de sustancias y la esquizofrenia han sido ampliamente estudiadas. Los trastornos por consumo de sustancias pueden hacer que el tratamiento para la esquizofrenia sea menos eficaz, y las personas también son menos propensas a participar en tratamientos para su enfermedad mental si están abusando de drogas y otras sustancias. Es una creencia común que las personas con esquizofrenia que también abusan de sustancias están tratando de “automedicar” sus síntomas, pero hay poca evidencia de que comiencen a abusar de sustancias en respuesta a los síntomas o de que el abuso de sustancias reduzca los síntomas.

La nicotina es la droga más consumida por las personas con esquizofrenia. Son mucho más propensas a fumar que las personas sin una enfermedad mental, y los investigadores están explorando si existe una razón biológica para esto. Hay algunas pruebas de que la nicotina puede aliviar temporalmente algunos déficits cognitivos observados frecuentemente en la esquizofrenia, pero los efectos perjudiciales del hábito de fumar sobre otros aspectos de la cognición y la salud en general no compensan estos beneficios. Se ha encontrado que el bupropión es eficaz para que las personas con esquizofrenia dejen de fumar. La mayoría de los estudios encuentran que dejar de fumar o fumar menos no empeora los síntomas de la esquizofrenia.

Las personas con esquizofrenia con frecuencia también consumen cannabis (marihuana). Esto puede empeorar el estado de salud. El consumo

intensivo de cannabis se asocia con la aparición más temprana y una mayor gravedad de los síntomas de esquizofrenia, pero las investigaciones aún no han determinado definitivamente si el cannabis provoca directamente la esquizofrenia.

El abuso de drogas puede aumentar la tasa de otras enfermedades médicas (tales como la hepatitis, las enfermedades cardíacas y las enfermedades infecciosas) así como el suicidio, el trauma y la falta de vivienda en las personas con esquizofrenia.

Se entiende que, por lo general, tanto la esquizofrenia como los trastornos por consumo de sustancias tienen fuertes factores de riesgo genéticos. Mientras que los trastornos por consumo de sustancias y una historia familiar de psicosis han sido individualmente identificados como factores de riesgo para la esquizofrenia, aun no se comprende bien si estos factores se relacionan entre ellos ni cómo se relacionan.

La mejor oportunidad de recuperación para las personas que tienen esquizofrenia y un trastorno por consumo de sustancias es un programa de tratamiento que integre el tratamiento de abuso de sustancias y el tratamiento de la esquizofrenia.

¿Qué causa la esquizofrenia?

A través de la investigación, se han identificado varios factores que contribuyen al riesgo de desarrollar esquizofrenia.

LOS GENES Y EL MEDIO AMBIENTE

Los científicos han sabido por mucho tiempo que la esquizofrenia puede ser hereditaria. La enfermedad ocurre en menos del 1 por ciento de la población general, pero ocurre en el 10 por ciento de las personas que tienen un parentesco de primer grado con alguien que tiene el trastorno, como un padre, hermano o hermana. Las personas que tienen un parentesco de segundo grado con alguien que tiene la enfermedad (abuelos, tíos o primos) también desarrollan esquizofrenia con más frecuencia que la población general. El riesgo es mayor para un gemelo idéntico de una persona con esquizofrenia. En este caso, existe entre un 40 a un 65 por ciento de posibilidad de desarrollar el trastorno. Aunque estas relaciones genéticas son fuertes, hay muchas personas con esquizofrenia que no tienen familiares con la enfermedad. Por otra parte, hay muchas personas con uno o más miembros de la familia con el trastorno, que no lo desarrollan.

Los científicos creen que no hay un solo gen en particular que cause la esquizofrenia, sino que hay muchos genes que contribuyen a un mayor

riesgo de tener este trastorno. De hecho, las investigaciones recientes han descubierto que las personas con esquizofrenia suelen tener índices más altos de mutaciones genéticas raras. Estas diferencias genéticas implican cientos de genes diferentes y es probable que interrumpen el desarrollo del cerebro de manera diversa y sutil.



Se están realizando investigaciones sobre los diversos genes que están relacionados con la esquizofrenia, pero aún no es posible usar la información genética para predecir quién tendrá la enfermedad. A pesar de esto, es posible hacerse pruebas genéticas sin receta médica ni asesoramiento de un profesional de la salud. Los anuncios para estas pruebas sugieren que con una muestra de saliva, la compañía puede determinar si una persona corre riesgo de desarrollar determinadas enfermedades, incluyendo la esquizofrenia. Sin embargo, los científicos aún no saben todas las variaciones genéticas que contribuyen a la esquizofrenia y las variaciones que se conocen solamente aumentan el riesgo en un porcentaje muy pequeño. Por lo tanto, es poco probable que estos “análisis del genoma” ofrezcan un panorama completo del riesgo que una persona puede tener de desarrollar un trastorno mental como la esquizofrenia.

Además, ciertamente no son solo los genes los que causan el trastorno. Los científicos creen que debe haber una interacción entre los genes y ciertos aspectos del medio ambiente para que una persona desarrolle la esquizofrenia. Pueden estar implicados muchos factores ambientales, como la exposición a un virus o desnutrición en la etapa prenatal, complicaciones durante el parto y otros factores psicosociales aún no conocidos.

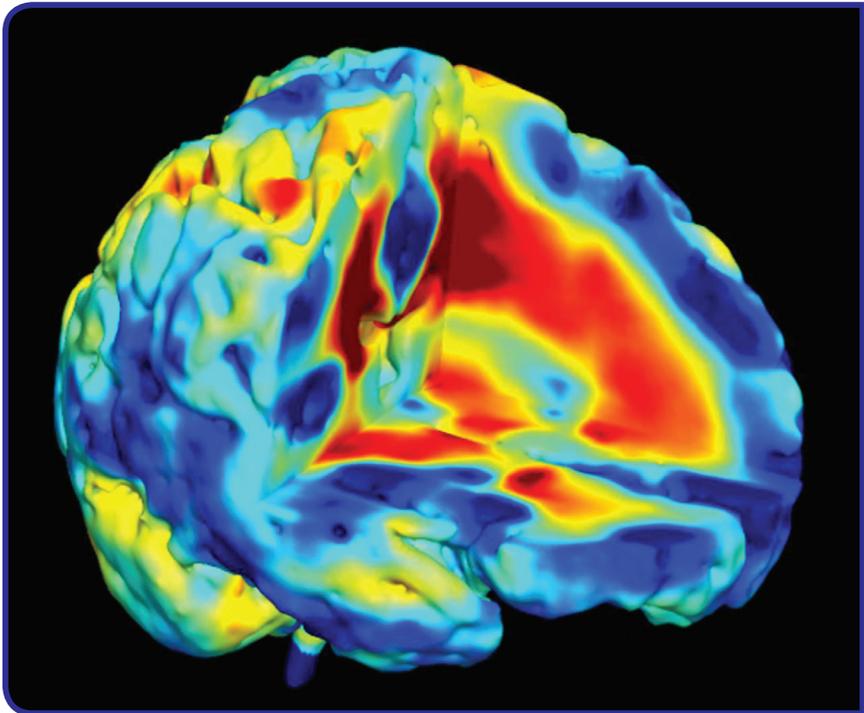
DIFERENCIAS EN LA QUÍMICA Y ESTRUCTURA CEREBRAL

En el cerebro ocurren reacciones químicas complejas e interrelacionadas. Los científicos creen que un desequilibrio en las reacciones químicas relacionadas con la dopamina y el glutamato, y posiblemente otros neurotransmisores, juega un papel en la esquizofrenia. Los neurotransmisores son sustancias que permiten que las células del cerebro se comuniquen entre sí. Los científicos siguen estudiando la química cerebral y su relación con la esquizofrenia.

Además, las estructuras cerebrales de algunas personas con esquizofrenia son ligeramente diferentes a las de las personas sanas. Por ejemplo, las cavidades llenas de líquido en el centro del cerebro, llamadas ventrículos, son más grandes en algunas personas con este trastorno. Los cerebros de las personas

con esquizofrenia también suelen tener menos materia gris, y algunas áreas del cerebro pueden tener un menor o mayor grado de actividad. Estas diferencias se pueden observar cuando se comparan las imágenes cerebrales de un grupo de personas con esquizofrenia con los de un grupo de personas sin esquizofrenia. Sin embargo, las diferencias no son suficientemente grandes como para identificar a las personas que tienen este trastorno, por lo que actualmente no se usan para diagnosticar la esquizofrenia.

Los estudios de tejidos cerebrales en las personas fallecidas también han revelado diferencias en los cerebros de las personas con esquizofrenia. Los científicos han descubierto pequeños cambios en la ubicación o la estructura de las células cerebrales que se forman antes del nacimiento. Algunos expertos piensan que los problemas durante el desarrollo cerebral antes del nacimiento pueden llevar a conexiones defectuosas. Es posible que el problema no se manifieste sino hasta la pubertad, cuando el cerebro experimenta cambios que podrían desencadenar síntomas psicóticos en personas que son vulnerables ya sea por su genética o las diferencias cerebrales. Los científicos han aprendido mucho sobre la esquizofrenia, pero se debe continuar realizando más investigaciones para descubrir cómo se desarrolla.



¿Cómo se trata la esquizofrenia?

Ya que aún no se conocen las causas de la esquizofrenia, los tratamientos se enfocan en tratar de eliminar los síntomas de la enfermedad. Los tratamientos incluyen medicamentos antipsicóticos y varios tratamientos psicosociales. Las investigaciones sobre la “atención especializada coordinada” han mostrado que este tipo de atención ofrece resultados prometedores para la recuperación. La atención especializada coordinada es cuando un administrador de casos, el paciente, y un equipo de profesionales en tratamientos farmacológicos y psicosociales trabajan juntos.

MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS

Los medicamentos antipsicóticos han estado disponibles desde mediados de la década de los cincuenta. Los más antiguos se llaman antipsicóticos convencionales o típicos.

En los años noventa, se desarrollaron nuevos medicamentos antipsicóticos. A estos nuevos medicamentos se les llama de segunda generación o antipsicóticos atípicos.

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

Algunas personas tienen efectos secundarios cuando comienzan a tomar medicamentos. La mayoría de los efectos secundarios desaparecen después de unos días. Otros son persistentes, pero a menudo se pueden controlar con éxito. Las personas que toman medicamentos antipsicóticos no deben manejar un vehículo hasta que se adapten a su nuevo medicamento. Los efectos secundarios de muchos antipsicóticos incluyen:

- Somnolencia
- Mareo al cambiar de posición
- Visión borrosa
- Latidos rápidos del corazón
- Sensibilidad al sol
- Erupciones en la piel
- Problemas menstruales en las mujeres

Los antipsicóticos atípicos pueden hacer que una persona suba bastante de peso y cambiar su metabolismo, lo que podría aumentar el riesgo de desarrollar diabetes y colesterol alto. El médico debe vigilar regularmente el peso, los niveles de glucosa y los niveles de lípidos de una persona que toma medicamentos antipsicóticos atípicos.

Los antipsicóticos atípicos también pueden tener efectos secundarios relacionados con el movimiento físico, como:

- Rigidez
- Temblores
- Espasmos musculares persistentes
- Agitación



Los médicos deben trabajar en equipo con los pacientes para elegir el medicamento, la dosis y el plan de tratamiento que sean correctos para cada paciente según las necesidades personales y la situación médica de cada persona. La información sobre los medicamentos se actualiza con frecuencia. Visite el sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) para obtener la información más reciente sobre las advertencias, guías de medicamentos para el paciente, o medicamentos recientemente aprobados: <http://www.fda.gov> (inglés) y <http://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspanol/default.htm> (español).

El uso a largo plazo de antipsicóticos típicos puede resultar en un trastorno llamado disquinesia tardía. La disquinesia tardía provoca movimientos musculares que no se pueden controlar, generalmente alrededor de la boca. Este trastorno puede variar de leve a grave. En algunas personas no se puede curar el problema, otras se recuperan parcial o totalmente después de dejar de tomar el medicamento.

La disquinesia tardía es menos común en las personas que toman antipsicóticos atípicos, pero también la pueden desarrollar. Las personas que piensan que podrían tener disquinesia tardía deben consultar con su médico antes de dejar de tomar su medicamento.

¿Cómo se toman los medicamentos antipsicóticos? ¿Cómo responden las personas a ellos?



Generalmente, los medicamentos antipsicóticos se toman a diario en forma de pastilla o líquido. Algunos antipsicóticos vienen en forma de inyecciones que se ponen una o dos veces al mes.

Los síntomas de la esquizofrenia, como la agitación y las alucinaciones, generalmente mejoran a los pocos días de haber comenzado el tratamiento antipsicótico. Otros síntomas como los delirios suelen mejorar a las pocas semanas. Después de unas 6 semanas, muchas personas sienten una mejoría en sus síntomas. Otras personas continuarán teniendo algunos síntomas pero, por lo general, el medicamento ayuda a que estos síntomas no sean muy intensos.

Ya que las personas responden de manera diferente a los medicamentos antipsicóticos, nadie puede decir de antemano cómo una persona en particular responderá. A veces es necesario probar varios medicamentos antes de encontrar el correcto. Los médicos y los pacientes deben trabajar juntos para encontrar el mejor medicamento o la mejor combinación de medicamentos, así como la dosis correcta.

La mayoría de las personas tienen una o más recaídas, es decir, sus síntomas reaparecen o empeoran. Por lo general, las recaídas suceden cuando las personas dejan de tomar su medicamento o cuando lo toman con menos frecuencia de lo que el médico indicó.

Algunas personas dejan de tomar los medicamentos porque se sienten mejor o quizás piensen que ya no los necesitan. Pero no se puede dejar de tomar un medicamento antipsicótico sin antes consultar con el médico. El medicamento jamás se debe dejar de tomar de una sola vez, sino que se debe ir dejando poco a poco.

¿CÓMO INTERACTÚAN LOS ANTIPSICÓTICOS CON OTROS MEDICAMENTOS?

Los antipsicóticos pueden producir efectos secundarios desagradables o peligrosos cuando se toman con ciertos medicamentos. Por esto, todos los médicos que tratan a un paciente deben estar al tanto de todos los



medicamentos que esa persona está tomando. Los médicos necesitan saber sobre todos los medicamentos de receta y de venta libre, las vitaminas, minerales y suplementos de hierbas. Los pacientes también deben informarles a sus médicos si consumen alcohol o drogas.

TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES

Los tratamientos psicosociales pueden ayudar a las personas con esquizofrenia que están estables. Los tratamientos psicosociales les ayudan a enfrentar los retos diarios que vienen con su enfermedad, como problemas para comunicarse, en el trabajo, y para establecer y mantener relaciones sociales. El aprendizaje y el uso de habilidades para enfrentar estos problemas ayudan a las personas con esquizofrenia a perseguir sus metas en la vida, tales como ir a la escuela o al trabajo. Las personas que participan en un régimen de tratamiento psicosocial regular son menos propensas a tener recaídas o ser hospitalizadas. Para obtener más información sobre los tratamientos psicosociales, consulte la sección en inglés sobre las psicoterapias en el sitio web del Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) en <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies/index.shtml>.

HABILIDADES PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD

Las personas con esquizofrenia pueden participar en el control de su propia enfermedad. Una vez que aprenden lo básico sobre la esquizofrenia y su tratamiento, pueden tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Si saben cómo estar atentos a las señales tempranas que les alertan de una recaída y tener un plan de acción, los pacientes pueden aprender a evitar las recaídas. Los pacientes también pueden usar estas habilidades para enfrentar los síntomas persistentes.



REHABILITACIÓN

La rehabilitación enfatiza la capacitación social y vocacional que ayudan a las personas con esquizofrenia a participar plenamente en sus comunidades. Ya que la esquizofrenia generalmente se desarrolla durante los años críticos de la carrera profesional (de los 18 a 35 años), las carreras profesionales y trayectorias de vida para las personas con esquizofrenia suelen quedar interrumpidas. Por esto, las personas necesitan aprender nuevas habilidades para poder volver a encaminar su vida laboral. Los programas de rehabilitación pueden incluir agencias de empleo, consejería para el manejo de dinero y capacitación en las habilidades necesarias para mantener relaciones positivas.

EDUCACIÓN Y APOYO FAMILIAR

La educación y el apoyo familiar enseña a los familiares y otras personas interesadas sobre la esquizofrenia y su tratamiento, y fortalece su capacidad para ayudar en la recuperación de su ser querido.

TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

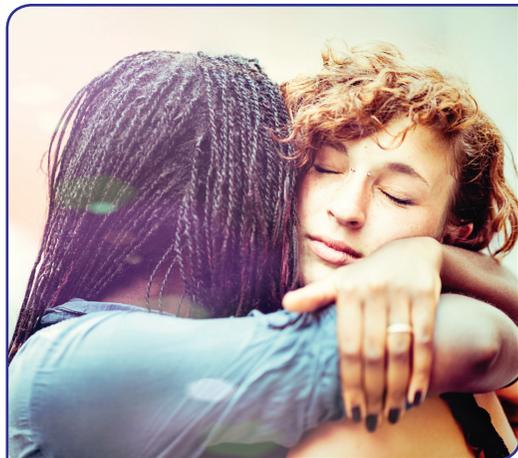
La terapia cognitiva-conductual es un tipo de psicoterapia que se basa en cambiar patrones de pensamiento y comportamiento que le hacen daño al paciente. El terapeuta enseña a las personas con esquizofrenia cómo comprobar la realidad de sus pensamientos y percepciones, cómo “dejar de escuchar” sus voces, y cómo manejar sus síntomas en general. La terapia cognitiva-conductual puede ayudar a reducir la gravedad de los síntomas y el riesgo de una recaída. La terapia cognitiva-conductual se puede realizar de manera individual o en grupo.

GRUPOS DE AUTO-AYUDA

En los grupos de auto-ayuda para las personas con esquizofrenia, los miembros se apoyan y se animan los unos a los otros al mismo tiempo que comparten información sobre las estrategias que usan para enfrentar sus problemas o sobre algún servicio que les es útil. Generalmente no hay terapeutas profesionales involucrados. Las personas en los grupos de auto-ayuda saben que los miembros del grupo también enfrentan los mismos problemas que ellos, lo que puede ayudarles a sentirse menos aislados y más conectados.

¿Cómo puede ayudar a una persona con esquizofrenia?

Los familiares y amigos de una persona con esquizofrenia pueden ayudarle dándole apoyo para que participe en el tratamiento y logre sus objetivos de recuperación. Establecer una comunicación positiva es de gran ayuda. Puede ser difícil saber cómo responder a alguien con esquizofrenia que dice cosas extrañas o claramente falsas.



Recuerde que estas creencias o alucinaciones parecen muy reales para esa persona. No sirve de nada decir que estas creencias están equivocadas o son imaginarias. Tampoco ayuda estar de acuerdo con los delirios. En cambio, puede decir con calma que usted ve las cosas de manera diferente. Dígale que reconoce que toda persona tiene derecho a ver las cosas de su propia manera. Además, es importante entender que la esquizofrenia es una enfermedad biológica. La mejor manera de acercarse a alguien con este trastorno es siendo respetuoso, amable y ofreciendo apoyo, sin aceptar un comportamiento peligroso o inadecuado.

¿Cuál es el pronóstico para el futuro?

El pronóstico para las personas con esquizofrenia es cada vez mejor. Existen tratamientos que funcionan bien y otros nuevos que se están desarrollando. Muchas personas con esquizofrenia se recuperan y llevan una vida independiente y satisfactoria.

Las investigaciones en curso y una mejor comprensión de la genética, la neurociencia y la ciencia del comportamiento ayudarán a los científicos y a los profesionales de la salud a comprender las causas de este trastorno y encontrar una manera de predecirlo y prevenirlo. Esta labor permitirá a los expertos a desarrollar mejores tratamientos para ayudar a las personas con esquizofrenia a alcanzar su potencial. En el 2009, el NIMH puso en marcha el proyecto de investigación para mejorar la recuperación después del primer episodio de esquizofrenia llamado Recovery After an Initial Schizophrenia Episode—RAISE. Su sitio web en inglés es **www.nimh.nih.gov/raise**. RAISE intenta cambiar de manera fundamental la trayectoria y el pronóstico de la esquizofrenia a través de un tratamiento coordinado en las primeras etapas de la enfermedad. El proyecto RAISE está diseñado para reducir la probabilidad de discapacidad a largo plazo que a menudo tienen las personas con esquizofrenia, así como ayudarles a llevar vidas productivas e independientes.

Animamos a las personas que viven con esquizofrenia y a sus familias a participar en la investigación clínica. Para información actualizada sobre las últimas investigaciones financiadas por el NIMH sobre la esquizofrenia, consulte el sitio web del NIMH en **www.nimh.nih.gov** (inglés) o **www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml** (español).

Para obtener más información sobre la esquizofrenia, visite MedlinePlus (Biblioteca Nacional de Medicina): <http://medlineplus.gov> (inglés) o <http://medlineplus.gov/spanish> (español).

Si desea obtener información en inglés sobre los ensayos clínicos, visite **ClinicalTrials.gov**: <http://www.clinicaltrials.gov>

Información de contacto:

Instituto Nacional de la Salud Mental

Oficina de Política Científica, Planificación y Comunicaciones

División de Redacción Científica, Prensa y Difusión

6001 Executive Boulevard

Room 6200, MSC 9663

Bethesda, MD 20892-9663

Teléfono: **301-443-4513** o **1-866-615-6464 (1-866-615-NIMH)***

Teléfono para personas con problemas auditivos:

301-443-8431 o **1-866-415-8051***

Fax: **301-443-4279**

Correo electrónico: nimhinfo@nih.gov

Sitios web: <http://www.nimh.nih.gov> (inglés) o

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml>
(español)

*Las llamadas a los números telefónicos que empiezan con 1-866 son gratuitas para quienes viven en los Estados Unidos.



National Institute
of Mental Health

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
Institutos Nacionales de la Salud

Publicación de NIH Núm. SP 15-3517
Traducida en el 2011

Modificada en octubre del 2015

