

Guía de ayuda a pacientes y familiares

# ¿QUÉ ES LA ESQUIZOFRENIA?

Dra. M<sup>a</sup> Inés López-Ibor Alcocer



FUNDACIÓN JUAN JOSÉ  
LÓPEZ-IBOR



Fundación **Arpegio**



• FUNDACIÓN JUAN JOSÉ LÓPEZ-IBOR ([www.fundacionlopezibor.es](http://www.fundacionlopezibor.es)).

Creada en 2005 por el doctor en psiquiatría Prof. Juan José López-Ibor Aliño, tiene por objeto la asistencia, docencia e investigación en el campo de la psiquiatría, la salud mental, la neurociencia y otros campos relacionados de las ciencias de la salud. Desarrolla sus actividades tanto en territorio nacional como en el ámbito internacional. La Fundación integra a prestigiosos expertos nacionales e internacionales en el campo de las enfermedades mentales.

• FUNDACIÓN ARPEGIO ([www.fundacionarpegio.es](http://www.fundacionarpegio.es)).

En nuestra sociedad existen cuestiones que todos consideramos que han de ser resueltas antes de que produzcan una seria fractura social, como son la violencia de género y escolar, la inmigración y su integración normalizada, las discapacidades, las dependencias, la exclusión, el trabajo para los jóvenes y para las personas en edades más avanzadas; las ayudas y los servicios de ayuda a las familias; la formación profesional; la vivienda para los jóvenes, el desarrollo cultural y tecnológico, la protección de la salud, la defensa de los consumidores y del medio ambiente, entre otros.

La Comunidad de Madrid puso en marcha en 2007 la Fundación Arpegio como un instrumento ágil, flexible y capaz para llegar a tiempo allí donde haya que satisfacer un interés general de carácter social o cultural, para ayudar a las personas y colectivos que lo precisan así como colaborar con instituciones que cumplen fines encomiables.

# ¿QUÉ ES LA ESQUIZOFRENIA?

Dra. M<sup>a</sup> Inés López-Ibor Alcocer

¿Qué es la esquizofrenia?	3
¿Cuáles son los síntomas más importantes de esta enfermedad?	4
¿Son todos los pacientes iguales? ¿Tienen el mismo pronóstico?	6
¿Qué factores se asocian a un mejor o a un pronóstico de la enfermedad?	6
<b>Drogadicción y esquizofrenia</b>	<b>7</b>
¿Es hereditaria la esquizofrenia?	8
¿A cuánta gente afecta?	8
¿Cómo podemos diagnosticar esta enfermedad?	9
¿Todo el que presenta delirios o alucinaciones tiene esquizofrenia?	10
¿Se acompaña la esquizofrenia de un mayor riesgo de comportamientos violentos?	10
¿A qué es debida esta enfermedad?	11
¿Cuál es el tratamiento de esta enfermedad?	13
<b>Medicamentos</b>	<b>13</b>
Intervenciones psicosociales	15
<b>Falsos tópicos sobre la esquizofrenia</b>	<b>16</b>
Tengamos en cuenta que...	17
<b>Anexo : Pautas para el diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10</b>	<b>17</b>
Bibliografía	19

## ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es una enfermedad o un grupo de enfermedades que hace que los pacientes tengan dificultad para reconocer lo que es real, controlar sus emociones, pensar con claridad, emitir juicios y comunicarse.

Se puede considerar que la esquizofrenia es una de las enfermedades más complejas y que más sufrimiento causa no sólo a los pacientes sino también a sus familiares, es una enfermedad grave e incapacitante que sigue un curso crónico.

Se caracterizan por la aparición a veces brusca y otras no tanto de un deterioro en el pensamiento, lenguaje, sentimientos o habilidades sociales que en la mayoría de los casos aparece en el contexto que de lo que se denomina como un “síndrome psicótico” que se caracteriza por la aparición de alucinaciones, delirios, y comportamiento extravagante.

El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la



existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir en sus actos o pensamientos. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vivos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la

creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo.

## ¿Cuáles son los síntomas más importantes de esta enfermedad?

La esquizofrenia se caracteriza por una mezcla de signos y síntomas, aunque no necesariamente todos tengan que estar presentes. Para diagnosticar la enfermedad es necesario que aparezcan varios síntomas, durante un periodo de tiempo que puede oscilar entre uno y seis meses y que además produzca un deterioro importante en el funcionamiento del paciente, en su trabajo y en sus relaciones personales.

Tradicionalmente los síntomas de la esquizofrenia se han clasificado como positivos y negativos, pero el patrón puede variar. Un paciente puede escuchar voces y sentirse perseguido, mientras que en otros casos puede ser más desorganizado, hablar incoherentemente, puede estar agitado o tener un comportamiento extraño.

Mientras que los síntomas positivos de la esquizofrenia a menudo son muy llamativos y hacen notar la enfermedad del paciente, los síntomas negativos suelen afectar más a su capacidad de funcionar en la vida diaria, impidiéndoles tener relaciones familiares normales, asistir a la escuela, mantener un trabajo, o desarrollar amistades y relaciones íntimas.

Dentro de los síntomas positivos destacan las alucinaciones que son alteraciones en la percepción (es decir, escuchar voces sin que haya nadie hablando); las ideas delirantes que son alteraciones del proceso de pensamiento (es decir, malinterpretar información, a menudo en una forma que indica peligro o daño).

Las ideas delirantes que son creencias falsas pero de las que el enfermo está firmemente convencido, a pesar de no poseer pruebas concretas. Las personas que experimentan delirios creen que son perseguidas, que tienen poderes o talentos especiales o que sus pensamientos o acciones están bajo el control de una fuerza extraña.

Las alucinaciones son alteraciones de la percepción, las más habituales en la esquizofrenia son las auditivas, en forma de voces imaginarias. Algunas veces, los enfermos mantienen conversaciones con ellas. Las voces pueden darles órdenes o comentar el carácter y las acciones de la persona con esquizofrenia. Otras alucinaciones menos frecuentes consisten en ver, sentir, saborear u oler cosas que no existen y que son percibidas como reales.

Los enfermos que sufren trastornos del pensamiento tienen una forma de pensar

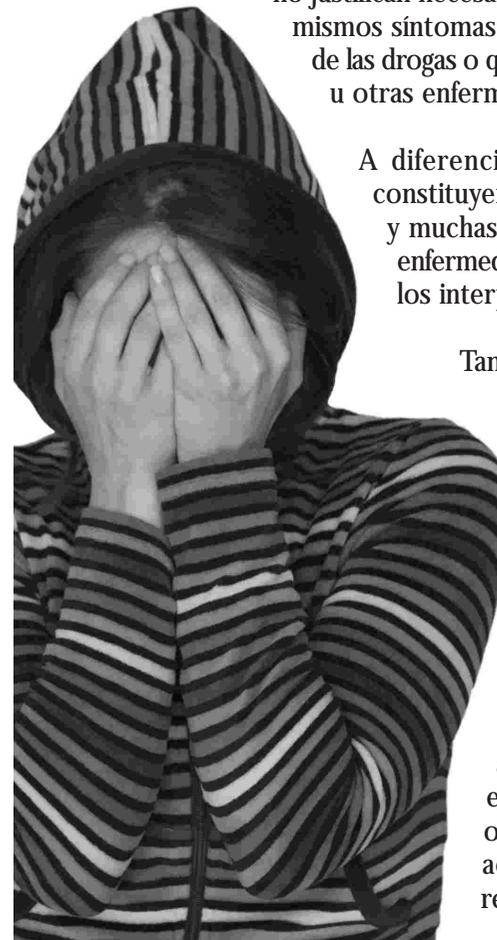
confundida, que se manifiesta en el contenido y en la forma de lo que dicen. La conversación resulta difícil de seguir, ya que salta de un tema a otro con poca o ninguna conexión lógica. También se producen interrupciones en el hilo del pensamiento (bloqueo de pensamiento). En algunos casos, los pacientes creen que sus pensamientos están siendo difundidos o robados o controlados o impuestos por agentes externos (p.ej.: un extraño, un demonio). Estos fenómenos reciben el nombre de eco, difusión, inserción, o robo del pensamiento. A veces la manera de hablar se vuelve extraña, de manera que sólo tiene sentido para quien habla. En los casos más graves, el lenguaje suele ser tan confuso e inconexo que es imposible entenderlo.

Hay que tener en cuenta que las ideas delirantes y las alucinaciones no justifican necesariamente el diagnóstico de esquizofrenia. Estos mismos síntomas se dan en personas que abusan del alcohol o de las drogas o que sufren depresión grave, manía, daño cerebral, u otras enfermedades.

A diferencia de los síntomas positivos, los negativos constituyen alteraciones más sutiles del funcionamiento y muchas veces no se reconocen como síntomas de la enfermedad. En ocasiones, los familiares u otras personas los interpretan erróneamente como signos de pereza.

También la esquizofrenia reduce la motivación de las personas y disminuye su capacidad de trabajar o de participar en diversiones. Se interesan poco por actividades cotidianas y en algunos casos descuidan su higiene personal y la propia alimentación. Surge en ellos indecisión, negativismo y pasividad, mezclados con impulsos súbitos.

A veces las personas que padecen esquizofrenia tienen un estado emocional embotado, de manera que no responden a lo que pasa a su alrededor. Son incapaces de reflejar cambios emocionales en su expresión facial, en sus gestos o en el tono de su voz y de no responder a acontecimientos felices o tristes, o bien, de reaccionar de forma inadecuada.



## ¿Son todos los pacientes iguales? ¿Tienen el mismo pronóstico?

Hoy sabemos que las personas pueden recuperarse de la esquizofrenia o por lo menos mejorar mucho. El concepto erróneo de que no se recuperan conduce a la desesperación y a la desmoralización de los pacientes y de la familia.

Aunque la esquizofrenia puede seguir un curso crónico y debilitante, el deterioro no es inevitable.

Algunos enfermos sufren episodios que duran semanas o meses, con una total remisión o vuelta a la normalidad de los síntomas entre cada uno de ellos; en otros casos se produce una evolución fluctuante y la presencia de síntomas es más o menos continuos, y, también, hay quien experimenta una mínima variación de los síntomas en el transcurso de los años.

En varios estudios que han investigado la evolución de la enfermedad durante 40 años se ha observado que de uno a dos tercios de los pacientes muestran un nivel de vida social bueno o, por lo menos, moderadamente bueno, y que una gran proporción de pacientes es capaz de llevar una vida satisfactoria y casi completamente independiente dentro de la comunidad. Existen pacientes que padecen un solo episodio de esquizofrenia seguido de una recuperación completa y vuelta a la normalidad pero en el otro extremo se encuentra la evolución de una enfermedad que no cede.

Estos estudios consideran que casi un 50% de los pacientes van a tener uno o más episodios pero que se van a recuperar bastante bien y por lo tanto la evolución es buena. Un tercio de los pacientes van a tener varios episodios que les van a dejar secuelas en su funcionamiento y que nunca van a llegar a recuperarse totalmente, pero estos déficits van a ser moderados y un 15% van a tener un pronóstico malo, no pudiendo, en el peor de los casos, vivir de manera independiente, necesitando mucho apoyo.

## ¿Qué factores se asocian a un mejor o a un pronóstico de la enfermedad?

Diversos estudios han examinado los factores asociados a un mejor o peor pronóstico de la esquizofrenia. Parece que uno de los factores más importantes en este sentido es la detección precoz de los primeros síntomas para que

puedan ser tratados cuanto antes, por eso es tan importante acudir al médico en cuanto aparezcan los primeros síntomas.

Los estudios también indican que existen otros factores que se asocian a un mejor pronóstico y son: ser mujer, vivir en un ambiente familiar cálido y estable, estar casado o tener buena adaptación social, tener un empleo. También es muy importante tomar la medicación de manera adecuada y constante.

Existen, por el contrario, factores que se asocian a una peor evolución de la enfermedad, que son: ser varón, que los síntomas de la enfermedad aparezcan a una edad temprana, tener antecedentes familiares de esquizofrenia, que sea una enfermedad de larga evolución y que no haya sido diagnosticada y tratada durante tiempo y vivir en un ambiente familiar y social desfavorable. El abuso de alcohol y drogas también se ha relacionado con un peor pronóstico de esta enfermedad.

## Drogadicción y esquizofrenia

Se ha tratado de poner en relación el consumo de drogas con la aparición o exacerbación de los síntomas de la enfermedad.

La drogadicción por sí sola no causa esquizofrenia (pero empeora el estado de los enfermos). Se sabe que las drogas alucinógenas, como el LSD, provocan episodios breves de psicosis y que el uso excesivo de marihuana y de drogas estimulantes, como la cocaína y la metanfetamina, desencadenan psicosis tóxicas breves, con rasgos similares a los de la esquizofrenia.

También es posible, aunque no seguro, que la drogadicción precipite el inicio de la esquizofrenia; sin embargo, el consumo de estas sustancias no causa esquizofrenia en alguien que de otra manera no hubiese desarrollado la enfermedad. La drogadicción y el alcoholismo empeoran la evolución de la enfermedad. Varios estudios han comprobado que los enfermos mentales que consumen drogas o beben mucho alcohol presentan más síntomas psicóticos, se integran peor en la comunidad e ingresan con más frecuencia en los hospitales. También se ha observado que este tipo de pacientes toman sus medicamentos con menos regularidad, lo que explica en parte por qué sus síntomas son más graves y la evolución de la enfermedad peor.

En muchos casos, el consumo de marihuana y drogas estimulantes, como la cocaína, aumenta los síntomas esquizofrénicos, como los delirios y las alucinaciones.

## ¿Es hereditaria la esquizofrenia?

Los familiares de personas con esquizofrenia tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad. El riesgo es progresivamente mayor en los familiares genéticamente más parecidos.

Se sabe por ejemplo que si el padre o la madre padecen la enfermedad, el riesgo de que la hereden los hijos es de un 13%, pero si la padecen ambos padres el riesgo aumenta a un 46%. Si la padece un hermano, el riesgo de que la tenga otro hermano es de un 9%; en el caso de que fuesen gemelos homocigóticos es de un 48%; si la padece alguno de los abuelos, el riesgo de los nietos es de un 5%.

Se han hecho muchos estudios para tratar de averiguar los genes afectados y por el momento se considera que es probable que esta enfermedad esté causada por varias alteraciones genéticas. Además hay que tener en cuenta que, como sucede en otras enfermedades, el ambiente, el estrés y otros factores inciden en la aparición y evolución de la enfermedad.

## ¿A cuánta gente afecta?

Es una de las enfermedades más devastadoras que existen. Se estima que alrededor del 1% de la población sufre de esquizofrenia. Normalmente, la esquizofrenia aparece al final de la adolescencia o a principios de la edad adulta por lo que los pacientes viven muchos años tras el inicio de la enfermedad y continúan sufriendo por su causa. En algunos casos, el inicio de la enfermedad es gradual (en el transcurso de meses o de años), pero también se presenta repentinamente (en horas o días).



La esquizofrenia de inicio tardío (después de los 40 años) es, generalmente, más leve y menos frecuente que la esquizofrenia de inicio temprano. Sin embargo, la esquizofrenia de comienzo tardío es menos leve y, aproximadamente, dos veces más frecuente en mujeres que en varones. Es probable que se deba a la disminución de la secreción de estrógenos en la menopausia, ya que esta hormona sexual femenina tiene un ligero efecto protector contra la esquizofrenia.

La esquizofrenia suele ocultarse, debido a la vergüenza y a la estigmatización a que da lugar. Por eso, muchas personas que padecen la enfermedad no están diagnosticadas ni son tratadas, especialmente al comienzo del trastorno.

Según la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades más discapacitantes para personas con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años.

## ¿Cómo podemos diagnosticar esta enfermedad?

Para diagnosticar esta enfermedad es necesario que el paciente presente síntomas psicóticos característicos, durante un periodo de tiempo más o menos prolongado, entre uno y seis meses, como consecuencia de ello debe existir un deterioro del funcionamiento social, familiar y laboral y en el cuidado personal.

*La evaluación diagnóstica de la esquizofrenia debería incluir, en condiciones ideales, lo siguiente:*

- Historia detallada del paciente, basada en informes del propio enfermo y de personas cercanas (p.ej.: miembros de la familia, amigos), con el fin de evaluar la personalidad y el funcionamiento global del paciente.
- Examen del estado mental (lenguaje, pensamientos, sentimientos,...).
- Exploración física (también una exploración neurológica).
- Estudio de laboratorio habitual con análisis de bioquímica sanguínea y hemograma.

Pero hay que tener en cuenta que por desgracia la esquizofrenia no tiene signos o síntomas patognomónicos, ni tampoco alteraciones en pruebas diagnósticas específicas que puedan ayudar al diagnóstico. Como pasa en la mayor parte de los diagnósticos psiquiátricos el de la esquizofrenia se basa en el diagnóstico clínico, que consiste en hacer una buena historia clínica y de un examen del estado mental.

## ¿Todo el que presenta delirios o alucinaciones tiene esquizofrenia?

Uno de las características de esta enfermedad es que muchos de los síntomas aparecen también en otras enfermedades. Estos síntomas aparecen en personas que han consumido drogas como anfetaminas, cannabis, cocaína y alcohol, también pueden aparecer en personas que se hayan intoxicado con algunos fármacos (como los corticoides, levodopa...) y en enfermedades infecciosas, metabólicas y endocrinas. Algunos tumores cerebrales pueden causar también estos síntomas. La epilepsia del lóbulo temporal puede asociarse con alucinaciones e ideas delirantes.

Es importante también tener en cuenta que estos síntomas pueden aparecer también otras enfermedades psiquiátricas, como trastornos depresivos severos, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad y las alteraciones de conducta también aparecen en personas con demencia.

## ¿Se acompaña la esquizofrenia de un mayor riesgo de comportamientos violentos?

La idea de la mayoría de la población de que la enfermedad mental está íntimamente relacionada con la violencia no tiene bases científicas.

La gran mayoría de los enfermos mentales no cometen nunca actos violentos y, en general, no son más peligrosos que los individuos sanos.

Los enfermos con esquizofrenia se caracterizan por una incidencia ligeramente elevada de delitos violentos, pero es probable que sólo cometan este tipo de delitos quienes no están en tratamiento o se medican de forma inadecuada. Un síntoma importante que aumenta el riesgo de actuar de forma violenta es la idea delirante de que la propia vida está siendo amenazada, y por lo tanto responden a esa vivencia de amenaza defendiéndose.

No es la enfermedad la que causa la violencia, sino todo lo contrario: es la falta de diagnóstico adecuado o del tratamiento la que hace que los síntomas aumenten o no mejoren, el paciente se siente amenazado, o angustiado, confundido y puede responder de manera violenta. Por eso es tan importante el buen cumplimiento terapéutico.

## ¿A qué es debida esta enfermedad?

Cuando Kraepelin a finales del siglo XIX describió esta enfermedad por primera vez y la llamó “demencia precoz”, creyó que era una enfermedad de base orgánica, es decir que debían existir alteraciones cerebrales que son los que serían responsables de los síntomas, pero en aquella época no se pudo demostrar.

Ahora sabemos que es esencialmente una enfermedad del cerebro, es decir, las alteraciones del pensamiento, de los sentimientos o del comportamiento aparecen cuando el funcionamiento cerebral se encuentra modificado o alterado.



Hay diversas teorías que tratan de explicar por qué se produce esta enfermedad, una de ellas es la hipótesis de la dopamina y que considera que esta enfermedad es producida por un exceso de transmisión dopaminérgica en el cerebro y que este exceso se corrige mediante la acción de los medicamentos neurolepticos que actúan en el nivel del receptor de dopamina.

La hipótesis de que en la esquizofrenia se producen alteraciones neuroquímicas no es nueva. Sin embargo, sólo se tuvieron pruebas empíricas cuando se demostró que el mecanismo de acción de los antipsicóticos estaba relacionado con el metabolismo de las catecolaminas en el cerebro y, más específicamente, con el efecto bloqueador de estos medicamentos en los receptores postsinápticos de las neuronas dopaminérgicas.

La hipótesis de la dopamina tiene dos componentes. El primer componente se centra en la naturaleza de la alteración en el cerebro de la psicosis (que la transmisión dopaminérgica es excesiva). El segundo, está relacionado con el mecanismo del efecto antipsicótico (que ocurre mediante el bloqueo de los receptores de dopamina).

Existen otras teorías como la hipótesis del neurodesarrollo:

Según esta teoría, las personas que padecen esquizofrenia han sufrido alguna alteración en el desarrollo cerebral durante la gestación, en particular durante el segundo trimestre. Por diversas razones neurobiológicas, el trastorno se manifestaría solamente al principio de la edad adulta, porque hay algunos sistemas neuronales que maduran mucho después del nacimiento.

En algunos pacientes con esquizofrenia se han identificado alteraciones cerebrales: Los primeros estudios de tomografía axial computarizada descubrieron anomalías en muchos pacientes con esquizofrenia, sobre todo asimetrías del cerebro y del sistema ventricular que afectaban especialmente a los lóbulos frontales y al hemisferio izquierdo.

Utilizando las técnicas de neuroimagen funcional, la tomografía por emisión de positrones (PET) o por emisión de fotón único (SPECT) que miden el flujo sanguíneo regional cerebral, se ha podido relacionar la presencia de síntomas específicos o perfiles de síntomas con alteraciones en el flujo sanguíneo de diferentes regiones. En general, los síntomas positivos se asocian con hiperfuncionamiento en algunas áreas e hipofuncionamiento en otras, mientras que los síntomas negativos se relacionan siempre con hipoperfusión.

El registro electrofisiológico del cerebro utilizando el electroencefalograma (EEG) nos revela que la mayoría de las personas con esquizofrenia responden en exceso a estímulos ambientales repetidos (como clics reiterados y luces destelleantes) y tienen una capacidad limitada a la hora de suprimir material irrelevante.

En exámenes post mortem del tejido cerebral de individuos con esquizofrenia se han detectado problemas en un tipo de células cerebrales: las interneuronas inhibitorias. Estas células atenúan la acción de las neuronas principales, impidiendo que respondan a demasiados estímulos. Por tanto, estas células impiden que el cerebro se vea desbordado por la llegada de demasiada información sensorial ambiental. Las interneuronas producen normalmente varios neurotransmisores, como el ácido gamma-amino butírico (GABA), que tiene una función inhibitoria. La presencia de muchos de estos neurotransmisores está disminuida en las personas que padecen una esquizofrenia.

Considerados en conjunto, estos datos indican que en la esquizofrenia se produce un déficit en la regulación de la actividad cerebral, de manera que el cerebro se excede en su respuesta a las muchas señales ambientales que recibe y carece de la capacidad de descartar los estímulos no deseados. Al mismo tiempo, se

produce una disminución del tamaño de los lóbulos temporales, que son los que procesan la información sensorial y los que permiten que un ser humano desarrolle un comportamiento innovador y adecuado.

## ¿Cuál es el tratamiento de esta enfermedad?

Las perspectivas de tratamiento de los pacientes con esquizofrenia han mejorado notablemente gracias al desarrollo de una serie de medicamentos e intervenciones psicosociales.

Hoy en día se han emprendido nuevas investigaciones para encontrar tratamientos más inocuos y eficaces. Tres son los componentes principales que conforman el tratamiento de la esquizofrenia:

- Fármacos, para aliviar los síntomas y evitar las recaídas. Los nuevos fármacos antipsicóticos controlan mejor los síntomas del trastorno, al tiempo que tienen menos efectos secundarios estigmatizantes.
- Enseñanza e intervenciones psicosociales, para ayudar a los pacientes y sus familiares a resolver problemas, hacer frente al estrés, afrontar la enfermedad y sus complicaciones y prevenir las recaídas.
- Rehabilitación social, para ayudar a los pacientes a reintegrarse en la comunidad y recuperar la actividad educativa y laboral.
- La psicoeducación y otras intervenciones psicosociales ayudan al paciente y a sus familiares a manejar el trastorno de manera más efectiva, a reducir la disfunción social y laboral y a conseguir la reintegración social.

## Medicamentos

*Los fármacos que se emplean actualmente para tratar la esquizofrenia se dividen en dos grupos:*

- Antipsicóticos convencionales (denominados anteriormente neurolépticos).
- Nuevos antipsicóticos (también denominados de segunda generación o antipsicóticos «atípicos»).

Los primeros antipsicóticos se introdujeron en la práctica clínica a comienzos y a mediados de los años cincuenta. El término «estándar» (o «tradicional» o «convencional») se emplea para referirse a todos los antipsicóticos anteriores a la clozapina. Antiguamente se les denominaba neurolépticos, porque tenían efectos secundarios característicos sobre el sistema motor extrapiramidal, los pacientes tenían dificultad para moverse con agilidad o por el contrario la sensación de no poder estarse quietos, a veces aparecían movimientos anormales o temblores en distintas partes del cuerpo (disonía, parkinsonismo, discinesia y acatisia). Estos fármacos resultan útiles para reducir, y, a veces, eliminar, los síntomas positivos de la esquizofrenia, como trastornos del pensamiento, alucinaciones e ideas delirantes. También alivian síntomas asociados, como agitación, impulsividad y agresividad. Lamentablemente no son eficaces a la hora de disminuir los síntomas negativos de la esquizofrenia, como la apatía, el retraimiento social y el empobrecimiento del pensamiento. El uso a largo plazo de este tipo de fármacos también reduce el riesgo de recaídas.



Actualmente se están desarrollando nuevos medicamentos que actúan sobre una variedad mayor de receptores cerebrales, entre los que se incluyen los receptores serotoninérgicos y los dopaminérgicos. Estos nuevos fármacos, a los que se les denomina de segunda generación, nuevos o «atípicos», resultan eficaces cuando fracasan los antipsicóticos convencionales.

Los efectos secundarios de los otros antipsicóticos de segunda generación consisten en aumento de peso, estreñimiento y sedación. También se ha observado que algunos de estos fármacos causan síntomas extrapiramidales si se administran en dosis elevadas.

Cuando un paciente, tras un período de prueba adecuado (duración y dosis), responde o es mínima su respuesta, los médicos aumentan la dosis, cambian de medicamento o combinan más de un fármaco (p.ej.: usar más de un antipsicótico o combinar el antipsicótico con un tipo diferente de fármaco, como una benzodiazepina, litio o un anticonvulsivo).

Como la esquizofrenia suele ser un trastorno crónico, mantener la adherencia al tratamiento durante mucho tiempo se convierte en uno de los aspectos más difíciles del mismo.

## Intervenciones psicosociales

Muchas personas con esquizofrenia ven limitada su capacidad para encontrar trabajo, hacer amigos, casarse y cuidar de sí mismas. La mayoría puede funcionar en la sociedad si cuenta con cuidadores solícitos e informados que les ayuden a adaptarse a estas limitaciones.

Un objetivo esencial de los programas de salud mental es asegurar que los pacientes reciban un tratamiento adecuado y que se reduzcan la discapacidad y las minusvalías sociales de los mismos. Es decir, conseguir que los pacientes vivan de manera independiente.

La rehabilitación de las personas con esquizofrenia persigue dos objetivos principales: 1) mejorar el funcionamiento social, y 2) reducir las minusvalías, la estigmatización y las discapacidades sociales.

Aunque no todos los pacientes necesitan estos servicios, son importantes para los que sufren de discapacidad o deterioro persistentes.

*Los objetivos a medio plazo del proceso de rehabilitación psicosocial son los siguientes:*

- Reducir los síntomas con fármacos e intervenciones psicológicas y psicosociales.
- Reducir las consecuencias, somáticas y comportamentales, adversas de la enfermedad.
- Mejorar la vida social del individuo.
- Fomentar el apoyo familiar y social en el área laboral, de vivienda y en las relaciones sociales.

Encontrar un empleo (permanente o temporal) es la etapa final del proceso de rehabilitación. El hecho de que una persona con esquizofrenia sea capaz de trabajar aumenta su autoestima, le proporciona beneficios o ingresos económicos y le ofrece la oportunidad de interacción social y comunicación interpersonal.

Para evitar las recaídas es muy importante ayudar a las personas con esquizofrenia a continuar tomando la medicación prescrita. Si pueden evitar las recaídas, seguirán progresando en su rehabilitación, manteniendo su empleo, su hogar y sus relaciones sociales y reducirán, por tanto, la estigmatización asociada con

sus relaciones sociales y reducirán, por tanto, la estigmatización asociada con este trastorno.

El principal objetivo es ayudar al enfermo a que funcione con independencia, controle su enfermedad y lleve una vida propia.

## Falsos tópicos sobre la esquizofrenia

- *Nadie se recupera de la esquizofrenia.*
- *La esquizofrenia es una enfermedad intratable.*
- *Las personas que padecen esquizofrenia son violentas y peligrosas.*
- *Las personas con esquizofrenia contagian a otras su locura.*
- *Las personas con esquizofrenia son perezosas e informales.*
- *La esquizofrenia es el resultado de una debilidad deliberada de la voluntad y del carácter («se podría salir de ella si se quisiese»).*
- *Todo lo que dicen las personas con esquizofrenia son tonterías.*
- *Las personas con esquizofrenia no pueden informar debidamente sobre los efectos del tratamiento u otras cosas que les ocurran.*
- *Las personas con esquizofrenia son totalmente incapaces de tomar decisiones racionales sobre sus propias vidas (p.ej.: dónde vivir).*
- *Las personas con esquizofrenia son impredecibles.*
- *Las personas con esquizofrenia no pueden trabajar.*
- *Las personas con esquizofrenia van enfermando cada vez más a lo largo de su vida.*
- *Los padres son los culpables de la esquizofrenia de sus descendientes.*

## Tengamos en cuenta que...

- *La enfermedad mental es un problema fundamental de salud pública.*
- *Las personas que padecen una enfermedad mental no suelen recibir la atención sanitaria apropiada.*
- *Es un derecho del ser humano recibir asistencia para la enfermedad mental.*
- *La asistencia debe prestarse en las condiciones menos restrictivas posibles.*

## Pautas para el diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10

Anexo

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
  - f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
  - g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cerea, negativismo, mutismo y estupor.
  - h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
  - i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.
- .....

## Bibliografía

- Gelder, López-Ibor JJ Andreasen N (2002) NEW OXFORD TEXT BOOK OF PSYCHIATRY
- Organización Mundial de la Salud: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) trastornos mentales y de comportamiento EDITOR: MADRID, 1992.
- Bellack AS: Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Is it possible? Is it necessary? SCHIZOPHR BULL 1992;18:43-50.
- Asociación Americana de Psiquiatría: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 4.a edición (DSM-IV), MASSON. BARCELONA, 1995.
- Andreasen NC, Olsen S: Negative vs positive schizophrenia: Definition and validation. ARCH GEN PSYCHIATRY 1982; 39:789-794.
- López-Ibor JJ; Cuenca O: La esquizofrenia abre las puertas. Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir el estigma y la discriminación debidos a la esquizofrenia. ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA, 2000, ANUAL MÉDICA EDICIONES
- Kane JM, McGlashan TH: Treatment of schizophrenia. LANCET 1995;346:820-825.
- Arboleda-Florez J, Sartorius N, Understanding the stigma of mental illness; Theory and interventions. ED WILEY, 2008

## Dra. M<sup>a</sup> Inés López-Ibor Alcocer

---

Nacida en Madrid, la Dra. María Inés López-Ibor Alcocer es Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Médico especialista en Psiquiatría. Fue Premio Extraordinario a la mejor tesis doctoral (1994).

Actualmente es Profesor Titular del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense (desde 2001), Presidenta del consejo asesor Grupo USP Hospitales (desde septiembre 2006) y Representante para Europa del Operational Committee on Meetings. Asociación Mundial de Psiquiatría (desde 2002). Es también asesora del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid, y miembro del Patronato de la Fundación Juan José Lopez-Ibor y de la Fundación Salto para la integración laboral de las personas con enfermedad mental crónica.

Recientemente, ha sido nombrada académica correspondiente de la Real Academia de Medicina de España.

Así mismo fue Viceconsejera de Ordenación Sanitaria, Salud Pública y Consumo de la Comunidad de Madrid (2003-2005).

Guía de ayuda a pacientes y familiares

# ¿QUÉ ES LA ESQUIZOFRENIA?

Conocer en profundidad las enfermedades mentales, su génesis, manifestaciones y efectos para la persona y su entorno, es un factor clave para su correcto tratamiento. La información rigurosa y profesional, alejada de estereotipos, contribuye eficazmente a mejorar la relación del enfermo con la terapia, a promover actitudes positivas frente al problema en el propio paciente y en su entorno familiar, a apoyar la labor de los profesionales sanitarios y, por ende, a superar las barreras sociales y relacionales que provoca la ignorancia.

El objetivo del conocimiento ha unido a la Fundación Juan José López-Ibor y a la Fundación Arpegio, de la Comunidad de Madrid, en la edición de las Guías Médicas de ayuda a pacientes y familiares.

La Fundación Juan José López-Ibor tiene como misión principal difundir información sobre los aspectos más relevantes de las enfermedades mentales, con el objetivo último de “combatir el estigma y la discriminación de las personas que padecen una enfermedad mental y que acaba por afectar también a sus allegados”.

Una labor que la Fundación Arpegio apoya a través tanto de la promoción de actividades dirigidas a la integración y rehabilitación de colectivos desfavorecidos, como de la transmisión del conocimiento científico y sanitario.