

Esquizofrenia – un descripción básica. Información del Instituto Nacional de Salud (NIMH)

¿QUÉ ES?

La esquizofrenia es una enfermedad del cerebro crónica, grave e incapacitante. El uno por ciento de la población es afectada por esta enfermedad en algún momento de su vida. Cada año más de dos millones de estadounidenses desarrollan esta enfermedad. La esquizofrenia afecta al hombre y a la mujer con la misma frecuencia. Esta enfermedad tiende a producirse en una edad más temprana en el hombre, generalmente entre los dieciséis y veinticuatro años, mientras que en la mujer generalmente se produce entre los veinte y treinta y cuatro años. Las personas con esquizofrenia a menudo sufren síntomas aterradores tales como escuchar voces, estar convencido que otras personas pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o están conspirando en contra de ellos. Estos síntomas causan temor y retraimiento. El habla y el comportamiento son afectados y pueden tornarse hasta incomprensibles. Hoy hay tratamientos que alivian varios de los síntomas pero, aún con tratamiento, muchos enfermos continúan sufriendo durante toda su vida. Se estima que sólo uno de cada cinco pacientes con esquizofrenia se recupera completamente.

Actualmente existe más esperanza para los enfermos de esquizofrenia y para sus familias. Gracias a los estudios de investigación, se están descubriendo medicinas con menos riesgos. También, se está empezando a entender mejor qué causa la enfermedad. Para continuar realizando avances, los científicos utilizan diversos métodos como la genética molecular, y la epidemiología (estudios de cómo se manifiesta esta enfermedad en la población) lo que va permitiendo entender mejor porqué ciertas personas son afectadas. Las técnicas que permiten obtener imágenes de las estructuras y funciones del cerebro también prometen avanzar el entendimiento de esta enfermedad.

La esquizofrenia como enfermedad

La esquizofrenia se da en todas partes del mundo. La gravedad de los síntomas y la larga duración de la enfermedad tienden a causar un alto grado de discapacidad. Los medicamentos y otros tratamientos usados para la esquizofrenia sirven para reducir y controlar los síntomas, solo si se siguen de la manera indicada por el médico. A pesar de todo, algunas personas no se benefician mucho con los tratamientos disponibles. Otras los suspenden de manera prematura. Una de las razones para que esto suceda es la presencia de efectos secundarios de la medicación, los cuales pueden ser desagradables e inconvenientes. Inclusive cuando el tratamiento en si es moderadamente efectivo, la capacidad de funcionamiento de algunos enfermos es afectado por la falta de oportunidades de trabajo, el estigma que se asocia con esta enfermedad y los síntomas que no mejoran con la medicación.

Los primeros síntomas de la esquizofrenia generalmente son cambios peculiares del comportamiento. Estos síntomas pueden causar desconcierto y confusión en los familiares del enfermo. La presencia de estos síntomas es especialmente chocante para

los familiares más cercanos que conocían como era el paciente antes de enfermarse. Resulta extremadamente difícil comprender cómo una persona que era tan saludable y llena de vida puede tener un cambio tan drástico. La aparición súbita de síntomas sicóticos se conoce como la fase "aguda" de la esquizofrenia. La "psicosis", un estado común en la esquizofrenia, representa un deterioro mental marcado. Las alucinaciones, como el oír voces que no son reales, son un trastorno de la percepción muy común. También son comunes los delirios, es decir el desarrollar creencias falsas que surgen como consecuencia de la incapacidad para distinguir lo real de lo imaginario. Otro síntoma menos obvio es el aislamiento social, es decir el evitar el contacto social con familiares, amigos y otras personas. Dicho aislamiento puede presentarse antes, al mismo tiempo, o después de los síntomas sicóticos.

La evolución de la esquizofrenia es variable. Algunas personas sufren un solo episodio sicótico y se recuperan. Otras tienen muchos episodios de psicosis en el transcurso de su vida, pero entre dichos períodos llevan una vida normal. Otras personas sufren de esquizofrenia "crónica", la que se manifiesta en forma continua o recurrente. Éstas generalmente no se recuperan del todo y típicamente requieren tratamiento con medicamentos a largo plazo.

¿Cómo se diagnóstica?

Es necesario descartar otras enfermedades para llegar a un diagnóstico correcto. Algunas veces síntomas mentales graves e incluso psicosis se deben a trastornos médicos que no han sido detectados. Por esta razón, el médico obtiene el historial médico del paciente, incluyendo la historia de la evolución de la enfermedad. Con este fin también, el médico conduce un examen físico y obtiene análisis de laboratorio. Estos procedimientos son necesarios para descartar otras causas posibles antes de concluir que se trata de esquizofrenia. Además, dado que el uso de drogas ilegales es común y que algunas pueden causar síntomas parecidos a los de la esquizofrenia, a veces el médico pide análisis de sangre u orina para detectar la presencia de drogas. Dichos análisis pueden ser pedidos tanto en el hospital como en el consultorio médico.

Varias enfermedades psiquiátricas se pueden presentar en forma parecida. Por esto inicialmente a veces es difícil distinguir la esquizofrenia de otros trastornos mentales. Por ejemplo, algunas personas con síntomas de esquizofrenia también presentan una alteración extrema y prolongada de su estado de ánimo. Es decir, tienen un estado afectivo muy elevado o bajo, y esta alteración persiste por mucho tiempo. Es necesario determinar si dichos pacientes tienen esquizofrenia, o si se trata de un trastorno maníaco-depresivo (o bipolar) o de un trastorno depresivo mayor. Las personas cuyos síntomas no pueden clasificarse claramente a veces reciben el diagnóstico de "trastorno esquizoafectivo".

¿Pueden sufrir de esquizofrenia los niños?

Los niños mayores de cinco años pueden desarrollar esquizofrenia, pero es muy raro que esta enfermedad se presente antes de la adolescencia. Algunos niños que desarrollan

esquizofrenia tienen peculiaridades de personalidad o comportamiento que preceden la enfermedad. Los síntomas comunes en los adultos, las alucinaciones y los delirios, son extremadamente raros antes de la adolescencia.

El mundo de las personas con esquizofrenia

- Percepciones distorsionadas de la realidad

El enfermo de esquizofrenia puede tener percepciones de la realidad muy diferentes a las que comparten las personas que lo rodean. El enfermo puede sentirse asustado, ansioso y confundido debido a que vive en un mundo distorsionado por alucinaciones y delirios.

En parte debido a la realidad inusual que experimenta, el enfermo de esquizofrenia puede comportarse de manera diferente en distintos momentos. A veces puede parecer distante, indiferente o preocupado. A veces puede mantener una pose fija, por ejemplo se sienta rígido, sin moverse ni emitir sonido durante horas. Otras veces puede estar completamente alerta, moverse constantemente y hacer algo sin parar.

- Alucinaciones e ilusiones

Las alucinaciones e ilusiones son trastornos de percepción comunes en las personas que sufren de esquizofrenia. Las alucinaciones son percepciones que no se basan en la realidad, pueden ocurrir a través de todos los sentidos, audición, vista, tacto, gusto u olfato. Sin embargo, el escuchar voces que otras personas no escuchan es el tipo más común de alucinación en la esquizofrenia. Las voces a veces describen las actividades del paciente, mantiene una conversación entre ellas, o advierten al paciente de peligros inminentes e incluso le dan órdenes. Las ilusiones son diferentes de las alucinaciones. Mientras que las alucinaciones ocurren sin un estímulo sensorial, las ilusiones son la distorsión de un estímulo sensorial. Cuando la persona experimenta una ilusión está interpretando incorrectamente algo que ocurre en la realidad.

- Delirios

Los delirios son creencias falsas que no responden a la razón ni a la evidencia y que no son compartidas por las personas que rodean al enfermo. No se consideran delirios las creencias culturales que son compartidas por los miembros de una cultura. Los delirios pueden ser acerca de temas diferentes. Por ejemplo, los

pacientes que sufren de esquizofrenia de tipo paranoica, aproximadamente un tercio de todos los que sufren de esquizofrenia, generalmente tienen delirios de persecución, por lo que creen ser engañados, acosados, envenenados y a veces creen que otras personas conspiran en contra de ellos, sin que estas cosas estén realmente sucediendo. Estos pacientes pueden creer que ellos, un miembro de su familia o alguien muy cercano, es víctima de una persecución por otra persona u organización. Otro tipo de delirio que se puede dar en la esquizofrenia es el de grandeza. El enfermo cree ser una persona famosa o importante. Algunas veces los delirios experimentados por las personas con esquizofrenia son insólitos. Por ejemplo, el enfermo cree que un vecino controla su comportamiento con ondas magnéticas, que las personas que aparecen en televisión le están enviando mensajes, o que sus pensamientos están siendo transmitidos por ondas radiales y son captados por otros.

- Trastorno del pensamiento

La esquizofrenia generalmente afecta la capacidad de pensar. A veces los pensamientos surgen y desaparecen rápidamente. Muchas veces el paciente no parece prestar atención a las cosas, no se puede concentrar en un tema y se distrae fácilmente.

En ciertas situaciones las personas con esquizofrenia no pueden determinar lo que es o no relevante, pierden la capacidad de hilar los pensamientos en una secuencia lógica de manera que se presentan desorganizados y fragmentados. Esta pérdida de continuidad lógica llamada "trastorno del pensamiento", puede dificultar mucho la conversación. En general, cuando las personas alrededor del paciente no entienden lo que este dice, se sienten incómodas y tienden a evitarle, contribuyendo a su aislamiento social.

- Expresión emocional

Las personas que sufren de esquizofrenia generalmente sufren de una limitación en su capacidad de expresión afectiva. Es decir, la capacidad para expresar sentimientos y estados emocionales está disminuida. El enfermo puede mostrar una apariencia de no sentir emociones, puede hablar con la voz monótona y mantener una expresión facial apática. Puede aislarse socialmente y evitar el contacto con otros. Cuando el enfermo es forzado a interactuar con otros, parece no tener nada que decir y su capacidad de pensamiento parece empobrecida. El interés en hacer cosas puede disminuir marcadamente. También puede disminuir la capacidad para gozar de los aspectos placenteros de la vida. En casos graves, el enfermo puede pasarse días enteros sin hacer nada, e inclusive ignorar la higiene personal más básica. Estos problemas de expresión emocional y de motivación, que pueden ser muy preocupantes para los familiares y amigos, son síntomas de

esquizofrenia y no deben ser considerados como defectos de personalidad o debilidades de carácter.

La diferencia entre lo normal y lo anormal

Ocasionalmente, las personas normales pueden sentirse, pensar, o actuar de maneras que se asemejan superficialmente a la esquizofrenia. Por ejemplo, a todas las personas normales les puede suceder en algún momento que no pueden pensar claramente por ansiedad extrema como cuando tienen que hablar frente a grupos de personas. En una situación que produce ansiedad marcada, uno puede sentirse confundido e incapaz de coordinar los pensamientos u olvidarse lo que quería decir. Esto no es esquizofrenia. De igual modo, las personas con esquizofrenia no siempre actúan de manera anormal. De hecho, algunas personas esquizofrénicas pueden parecer completamente normales y perfectamente responsables aún cuando están experimentando alucinaciones y delirios. La condición del paciente puede variar marcadamente a través del tiempo mostrando períodos de empeoramiento, especialmente cuando los medicamentos son suspendidos, y períodos en los que vuelve casi a la normalidad, generalmente cuando está recibiendo el tratamiento apropiado.

La esquizofrenia no es lo mismo que la "personalidad múltiple"

Es un error pensar que la esquizofrenia es lo mismo que la "personalidad múltiple", es decir un cambio de personalidad como en el caso del Dr. Jekyll y el Sr. Hyde.

Este error es bastante común.

¿Los actos de violencia son comunes en las personas que sufren de esquizofrenia?

La prensa, radio y televisión muchas veces presentan a la violencia criminal como si fuera el resultado de enfermedades mentales. Sin embargo, la realidad es otra. Los estudios de investigación indican que las personas con esquizofrenia no tienen una predisposición a la violencia, excepto aquéllas que tienen antecedentes de violencia criminal antes de enfermarse, y aquéllas con problemas de drogas o alcohol. La mayoría de personas que sufren de esquizofrenia no son violentas. Lo habitual es que prefieren estar solas y se aíslan. La mayoría de los crímenes violentos no son cometidos por personas con esquizofrenia, y la mayoría de personas con esquizofrenia no cometen crímenes violentos.

El abuso de drogas eleva significativamente la probabilidad de cometer actos de violencia en las personas con esquizofrenia, pero lo mismo sucede con las personas sin enfermedad mental. Las personas que sufren de síntomas paranoicos y sicóticos, los cuales tienden a empeorar si se suspenden los medicamentos, también tienen un riesgo más alto de

cometer actos violentos. Es común que éstos sean dirigidos a familiares y amigos, y generalmente ocurren en el hogar.

¿Cuál es la relación con el suicidio?

El suicidio es un peligro grave para las personas que sufren de esquizofrenia. Si una persona trata de suicidarse o indica que lo va a hacer, debe obtenerse ayuda profesional inmediatamente. La proporción de personas con esquizofrenia que se suicidan es más alta que la de la población general. Aproximadamente el diez por ciento de personas con esquizofrenia (especialmente hombres jóvenes) cometen suicidio. Desdichadamente, es muy difícil predecir el suicidio en personas con esquizofrenia.

¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA ESQUIZOFRENIA?

No se ha identificado una causa única para la esquizofrenia. Muchas enfermedades, tales como las cardíacas, son el resultado de la interacción de factores genéticos, del comportamiento y otros. Es posible que ese sea también el caso en la esquizofrenia. Los científicos todavía no han descubierto qué factores son necesarios para que se produzca. Hoy día, se están utilizando todas las herramientas de la investigación biomédica moderna para aclarar que papel juegan los genes, cuáles son los momentos críticos del desarrollo cerebral y qué otras causas contribuyen en el desarrollo de la enfermedad.

¿La esquizofrenia es hereditaria?

Se sabe desde hace tiempo que la esquizofrenia viene de familia. Las personas que tienen un pariente cercano con esquizofrenia tienen una probabilidad mayor de desarrollar la enfermedad que las personas que no tienen parientes enfermos. Por ejemplo, el gemelo monocigótico (idéntico) de una persona con esquizofrenia tiene una probabilidad más alta, cuarenta a cincuenta por ciento, de desarrollar la enfermedad. Una persona que tiene padre o madre enfermo tiene aproximadamente una probabilidad del diez por ciento. Comparativamente, el riesgo de esquizofrenia en la población general es de aproximadamente el uno por ciento.

Los científicos están estudiando los factores genéticos de la esquizofrenia. Es probable que múltiples genes estén implicados en la predisposición a la enfermedad. Además, es posible que factores tales como dificultades prenatales, malnutrición intrauterina, infecciones virales durante la gestación, complicaciones peri natales y otros factores contribuyan a que se produzca la enfermedad. Aún no se conoce cómo se transmite la predisposición genética y no se puede predecir si una persona en particular desarrollará o no la enfermedad.

Actualmente se están investigando varias regiones del genoma humano para identificar los genes que confieren susceptibilidad a la esquizofrenia. La evidencia más sólida hasta

la fecha indica que los cromosomas 13 y 16 pueden estar implicados, pero esto aún no se ha confirmado. La identificación de los genes específicos que participan en el desarrollo de esta enfermedad proporcionará información importante sobre qué es lo que deja de funcionar en el cerebro y permitirá el desarrollo de tratamientos mejores.

¿La esquizofrenia se asocia con un defecto químico en el cerebro?

El conocimiento básico de la química cerebral y su vinculación con la esquizofrenia se está expandiendo rápidamente. Desde hace tiempo se cree que los neurotransmisores, sustancias que permiten la comunicación entre las células nerviosas, están implicados en el desarrollo de la esquizofrenia. Es probable, aunque no se sabe con certeza, que el trastorno se deba a un desequilibrio de los sistemas químicos complejos e interrelacionados del cerebro. También es probable que los neurotransmisores dopamina y glutamato estén implicados. Esta área de investigación es prometedora.

¿La esquizofrenia es causada por una anomalía física del cerebro?

Las técnicas de imágenes del sistema nervioso permiten a los científicos estudiar la estructura y función del cerebro en personas vivas. Esta tecnología ha avanzado significativamente en los últimos tiempos. En varios estudios se han descubierto anomalías en la estructura del cerebro. Por ejemplo, una dilatación de las cavidades llenas de fluido llamadas ventrículos, y un encogimiento de ciertas regiones. También se han descubierto anomalías en las funciones. Por ejemplo, una reducción de la actividad metabólica en ciertas regiones del cerebro. Debe enfatizarse que éstas son anomalías sutiles y no se observan en todas las personas con esquizofrenia. Tampoco ocurren únicamente en las personas que sufren la enfermedad. Los estudios microscópicos del tejido cerebral obtenidos después de la muerte del paciente muestran cambios menores en la distribución y el número de las células cerebrales. Aparentemente muchos de estos cambios, aunque probablemente no todos, se producen antes que la persona se enferme.

Se cree que la esquizofrenia puede ser, en parte, un trastorno del desarrollo del cerebro. Los neurobiólogos patrocinados por el National Institute of Mental Health (NIMH) que estudian el desarrollo del sistema nervioso han descubierto que la esquizofrenia se produce cuando las neuronas forman conexiones incorrectas durante el desarrollo del feto. Estos defectos pueden no manifestarse hasta la pubertad, cuando los cambios cerebrales que ocurren normalmente durante esta etapa de maduración interactúan adversamente con las conexiones defectuosas. Estos estudios de investigación han motivado esfuerzos para identificar los factores prenatales que producen estas anomalías en el desarrollo cerebral.

En estudios con técnicas de imágenes cerebrales, los investigadores han hallado evidencia de cambios bioquímicos tempranos que pueden ser anteriores a la presentación de los síntomas de la enfermedad. Estos hallazgos sugieren que es necesario examinar los circuitos de neuronas que probablemente estén implicados en la producción de esos

cambios. Por otro lado, los científicos que trabajan en el aspecto molecular están explorando la base genética de las anomalías en el desarrollo cerebral y de los sistemas neurotransmisores que controlan la función cerebral.

¿CÓMO SE TRATA?

La esquizofrenia posiblemente no es una condición única sino la expresión de varios procesos patológicos que resultan en cuadros clínicos similares. Dado esto, y dado que las causas todavía no se conocen, los métodos actuales de tratamiento se basan en la experiencia y en la investigación clínica. El tratamiento se basa en la habilidad de los medicamentos para reducir los síntomas y reducir el riesgo de que estos vuelvan a presentarse una vez que han disminuido o desaparecido.

¿Qué información hay acerca de los medicamentos?

Los medicamentos antipsicóticos han estado disponibles desde mediados de la década de los años cincuenta. La aparición de éstos mejoró significativamente la calidad de vida de los pacientes, ya que reducen los síntomas psicóticos y generalmente permiten que el paciente funcione mejor. Los medicamentos antipsicóticos son el mejor tratamiento disponible actualmente, pero no curan la esquizofrenia ni garantizan que no se produzcan otros episodios psicóticos en el futuro. Un médico capacitado para tratar enfermedades mentales debe determinar cuál medicamento debe usarse y la dosis apropiada. La dosis del medicamento es individual para cada paciente puesto que la cantidad necesaria para reducir los síntomas sin producir efectos secundarios varía de persona a persona.

La mayoría de las personas con esquizofrenia mejoran de manera significativa cuando son tratadas con medicamentos antipsicóticos. Sin embargo, hay excepciones y los medicamentos no son efectivos para algunos pacientes. Por otro lado, algunos no necesitan ser medicados. Es difícil predecir qué paciente no va a responder a los medicamentos antipsicóticos, afortunadamente la mayoría responden.

A partir del año 1990, se han lanzado una serie de medicamentos antipsicóticos nuevos llamados medicamentos "antipsicóticos atípicos". El primero de ellos, clozapina (Clozaril®), ha demostrado ser más eficaz que los otros antipsicóticos, aunque tiene la posibilidad de efectos secundarios graves, principalmente una enfermedad llamada agranulocitosis (pérdida de los glóbulos blancos que combaten las infecciones), que requiere análisis de sangre cada una o dos semanas para monitorear los glóbulos del paciente. Los nuevos medicamentos antipsicóticos, tales como risperidona (Risperdal®), olanzapina (Zyprexa®), ziprasidone (Geodon®) y aripiprazole (Abilify®), son más seguros que los medicamentos antiguos o la clozapina y también se toleran más fácil. Sin embargo, parece que no son tan efectivos como la clozapina. Actualmente están en desarrollo varios medicamentos antipsicóticos nuevos.

Los medicamentos antipsicóticos generalmente son muy eficaces en el tratamiento de algunos síntomas de la esquizofrenia, especialmente las alucinaciones y los delirios. Desdichadamente, estos medicamentos posiblemente no ayuden con otros síntomas, tales como la falta de motivación y de expresividad emocional. Más aún, los antipsicóticos antiguos (llamados "neurolepticos"), como por ejemplo haloperidol (Haldol®) o clorpromazina (Thorazine®), pueden producir efectos secundarios como una disminución de la motivación y de la expresividad emocional. Por lo general, una reducción de la dosis, o un cambio de medicamento, reducen estos efectos secundarios. Las nuevas medicinas, entre ellas olanzapina (Zyprexa®), quetiapina (Seroquel®), risperidona (Risperdal®), ziprasidone (Geodon®) y aripiprazole (Abilify®) parecen producir estos problemas con menos frecuencia o intensidad. Cuando los pacientes con esquizofrenia se deprimen, los otros síntomas, como la psicosis, parecen empeorar. Estos síntomas a veces mejoran con la adición de medicamentos antidepresivos.

Los pacientes y sus familiares pueden temer que los medicamentos antipsicóticos causen problemas. Los motivos de preocupación más comunes son los efectos secundarios y la posibilidad de que estos medicamentos causen adicción. Por lo tanto es necesario enfatizar que los medicamentos antipsicóticos no producen euforia ni tampoco llevan a que los pacientes se vuelvan adictos a ellos.

Otra creencia errónea acerca de los medicamentos antipsicóticos es que éstos son una manera de "controlar la mente" o una "camisa de fuerza química". Los medicamentos antipsicóticos no hacen que las personas estén "noqueadas" o pierdan su voluntad libre cuando se usan en dosis apropiadas, aunque pueden tener un efecto sedante el cual puede ser útil en el inicio del tratamiento, especialmente si el paciente está muy agitado. Sin embargo, su utilidad principal es la capacidad de disminuir las alucinaciones, la agitación, la confusión y los delirios psicóticos. Es por ello que los medicamentos antipsicóticos en última instancia ayudan a que el paciente se relacione con el mundo de una manera más racional.

¿Durante cuánto tiempo deben tomar medicamentos antipsicóticos las personas que sufren de esquizofrenia?

Los medicamentos antipsicóticos reducen el riesgo de futuros episodios psicóticos en los pacientes que se han recuperado de un episodio agudo. Sin embargo, aún con tratamiento continuo, pacientes recuperados pueden sufrir recaídas. Los índices de recaída son más altos en el grupo de enfermos que han suspendido los medicamentos. Pero aun así, no es realista esperar que el tratamiento continuo con medicamentos evite las recaídas, pero sí que reduzca la intensidad y frecuencia de las mismas. El tratamiento de síntomas psicóticos graves generalmente requiere dosis más altas que las usadas para el tratamiento de mantenimiento. Si los síntomas reaparecen con dosis bajas, un aumento temporal de la dosis puede evitar una recaída total.

Es muy importante que las personas con esquizofrenia trabajen en equipo con sus médicos y familiares para asegurar que se cumpla con el plan de tratamiento, dado que es más probable que ocurran recaídas cuando los medicamentos antipsicóticos se suspenden o

se toman de manera irregular. Cumplir con el tratamiento se refiere a seguir el plan tal como fue recomendado por el médico. Un buen cumplimiento se refiere a tomar los medicamentos recetados, en las dosis adecuadas y a las horas indicadas todos los días. También se refiere a ir a las citas en la clínica y a seguir cuidadosamente todos los aspectos del tratamiento recomendado. El cumplir con el tratamiento muchas veces es difícil para el enfermo, pero puede facilitarse con ayuda de ciertas estrategias. El buen cumplimiento con el tratamiento puede llevar a una mejor calidad de vida.

Las personas que sufren de esquizofrenia posiblemente no cumplan con el tratamiento por varias razones. El paciente puede creer que no está enfermo y por lo tanto negarse a tomar medicamentos. Su pensamiento puede estar tan desorganizado que se olvida de tomar sus dosis diarias. Familiares y amigos pueden estar mal informados y aconsejar incorrectamente que suspenda el tratamiento cuando se siente mejor. El médico puede olvidarse de preguntar con qué frecuencia toma sus medicamentos, y puede negarse a cambiar la dosis o a iniciar un tratamiento nuevo cuando el paciente lo solicita. Algunos pacientes opinan que los efectos secundarios de los medicamentos son peores que la enfermedad. El abuso de sustancias puede interferir con la eficacia del tratamiento y puede llevar a que el paciente deje de tomar los medicamentos. El cumplimiento se vuelve aún más difícil cuando a estos factores se les añade un régimen de tratamiento complicado.

Afortunadamente hay varias estrategias que los pacientes, los médicos y las familias pueden usar para asegurar un mejor cumplimiento, y así evitar un empeoramiento de la enfermedad. Algunos medicamentos antipsicóticos, entre ellos haloperidol (Haldol®), flufenazina (Prolixin®), perfenazina (Trilafon®) y otros, están disponibles en formas inyectables de acción prolongada, lo que elimina la necesidad de tomar pastillas a diario. Una meta importante de estudios actuales es desarrollar una mayor variedad de medicamentos antipsicóticos de acción prolongada. Es de sumo interés que puedan administrarse por inyección los agentes más nuevos, ya que tienen efectos secundarios más leves. Apuntes en un calendario y el uso de cajas para píldoras (cajas con compartimientos para cada día de la semana) sirven para que los medicamentos se tomen correctamente. Otras estrategias son el uso de alarmas que suena para recordar al paciente que debe tomar el medicamento, y el sincronizar la administración de medicamentos con eventos de rutina como las comidas. Estos procedimientos simples sirven para que el paciente cumpla con el horario de tomar los medicamentos. Cuando los familiares colaboran para que observen los horarios de administración de los medicamentos orales, se mejora el cumplimiento.

El médico puede monitorear si la toma de píldoras es un problema y trabajar en equipo con el paciente y sus familiares para facilitar el cumplimiento. Es necesario motivar a los pacientes para que continúen tomando sus medicamentos correctamente. Además de estas estrategias, la educación del paciente y la familia acerca de la esquizofrenia, sus síntomas y los medicamentos son partes importantes del tratamiento y favorecen el cumplimiento del mismo.

¿Qué información hay acerca de los efectos secundarios?

Los medicamentos antipsicóticos, al igual que prácticamente todos los medicamentos, producen efectos indeseados junto con los efectos beneficiosos. Durante las fases iniciales del tratamiento con medicamentos, los pacientes pueden sufrir efectos secundarios tales como somnolencia, inquietud, espasmos musculares, temblores, boca seca o visión nublada. La mayoría de estos efectos pueden corregirse reduciendo la dosis o pueden ser controlados por otros medicamentos. Cada paciente puede reaccionar de una manera diferente a un mismo medicamento. Es decir, tomando el mismo medicamento un paciente puede desarrollar un efecto secundario, mientras que otro paciente no desarrolla ninguno o desarrolla un efecto secundario diferente. El paciente puede sentirse mejor con un medicamento que con otro.

Los efectos secundarios que resultan del tratamiento a largo plazo con medicamentos antipsicóticos pueden ser más serios. La disquinesia tardía o DT (TD, siglas en inglés) es un trastorno caracterizado por movimientos involuntarios repetidos que usualmente afectan la boca, los labios y la lengua, y ocasionalmente el tronco, los brazos y las piernas. Se presenta en el quince al veinte por ciento de los pacientes tratados durante muchos años con medicamentos antipsicóticos "típicos". La DT también puede desarrollarse en pacientes tratados con estos medicamentos por cortos períodos de tiempo. En la mayoría de casos, los síntomas de DT son leves y el paciente puede no darse cuenta de los movimientos anormales.

Los medicamentos antipsicóticos desarrollados en los últimos años, también conocidos como "antipsicóticos atípicos", posiblemente conllevan un riesgo mucho menor de producir DT que los medicamentos más antiguos, también conocidos como "antipsicóticos típicos". Pero, a pesar de que los nuevos medicamentos tienen en general menos riesgos, no están completamente libres de efectos secundarios. Por ejemplo, pueden producir aumento de peso, si se administran en dosis demasiado altas, pueden producir problemas tales como aislamiento social y síntomas parecidos a la enfermedad de Parkinson, un trastorno del movimiento del cuerpo. No obstante, los antipsicóticos atípicos representan un avance significativo en el tratamiento, y su uso óptimo en los pacientes esquizofrénicos es objeto de varias investigaciones actuales.

¿Qué información hay acerca de los tratamientos psicosociales?

Los medicamentos antipsicóticos han demostrado ser cruciales para aliviar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia, por ejemplo las alucinaciones, los delirios y la incoherencia, pero no son tan confiables cuando se trata de síntomas del comportamiento. Aún cuando el paciente está relativamente libre de síntomas psicóticos, puede tener dificultades de comunicación, motivación, actividades diarias y también dificultades para establecer y mantener relaciones con otros. Más aún, puesto que los pacientes con esquizofrenia generalmente se enferman durante los años críticos de formación profesional (es decir entre los dieciocho y treinta y cinco años de edad), es menos probable que completen la capacitación requerida para trabajos calificados. Por lo tanto, muchas personas con

esquizofrenia, además de tener dificultades de pensamiento y emocionales, carecen de experiencia y de habilidades sociales y de trabajo.

Los tratamientos sicosociales pueden ser de mucha utilidad para estos problemas psicológicos, sociales y ocupacionales. Los métodos sicosociales son de valor limitado para los pacientes en una etapa de psicosis aguda; es decir, aquellos que no tienen contacto con la realidad o tienen alucinaciones o delirios prominentes. Sin embargo, son útiles para los pacientes con síntomas menos graves o para pacientes cuyos síntomas sicóticos están controlados. Existen muchas formas de terapia sicosocial para personas con esquizofrenia, la mayoría se concentran en mejorar el funcionamiento social del paciente, ya sea en el hospital o en la comunidad, en la casa o en el trabajo. Algunos de estos métodos se describen en este documento. Desdichadamente, la disponibilidad de las diferentes formas de tratamiento varía mucho de un lugar a otro.

Rehabilitación

La rehabilitación, ampliamente definida, incluye varias intervenciones no médicas para las personas con esquizofrenia. Los programas de rehabilitación enfatizan la capacitación social y vocacional para ayudar a los pacientes recién diagnosticados o que han estado enfermos por un tiempo a superar dificultades en estas áreas. Los programas pueden incluir asesoramiento vocacional, capacitación para el trabajo, técnicas para solucionar problemas de la vida diaria, administración del dinero, uso del transporte público y aprendizaje de destrezas sociales para interactuar mejor con otras personas. Estos métodos son muy útiles para los pacientes tratados en la comunidad, porque proporcionan las técnicas necesarias para poder llevar mejor la vida en comunidad a los pacientes que han sido dados de alta del hospital.

Psicoterapia individual

La psicoterapia individual incluye sesiones programadas con regularidad en las que el paciente habla con un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social o un enfermero psiquiátrico. Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o pasados, experiencias, pensamientos, sentimientos o reacciones personales. El paciente puede llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de sus problemas al compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva. También puede aprender a distinguir entre lo real y lo distorsionado. Estudios recientes indican que tanto la psicoterapia individual de apoyo orientada a la realidad, como los métodos cognoscitivos y de comportamiento, pueden ser beneficiosos para los pacientes externos. Los métodos cognoscitivos y de comportamiento enseñan técnicas de adaptación y solución de problemas. A pesar de sus beneficios, la psicoterapia no es un sustituto de los medicamentos antisicóticos, y resulta más útil una vez que el tratamiento con medicamentos ha aliviado los síntomas sicóticos.

Educación familiar

Con frecuencia los pacientes son dados de alta del hospital y quedan a cuidado de sus familias, por esta razón es importante que los familiares aprendan todo lo que puedan acerca de los desafíos y problemas asociados con la enfermedad. También es útil que los familiares aprendan maneras de minimizar las recaídas, como son las estrategias para asegurar el cumplimiento del tratamiento. Es necesario que los familiares conozcan los servicios disponibles para asistirlos durante el período posterior a la hospitalización. El educar a la familia en todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento se llama "psico-educación familiar". La psico-educación familiar incluye aprender estrategias para manejar la enfermedad y técnicas de solución de problemas. Estos conocimientos son útiles para poder relacionarse mejor con el enfermo y así lograr que el paciente se mantenga en el mejor estado posible.

Grupos de autoayuda

Los grupos de autoayuda para los familiares que tienen que lidiar con la esquizofrenia son cada vez más comunes. Aunque no son liderados por un terapeuta profesional, estos grupos son terapéuticos a través del mutuo apoyo que se brindan los miembros. El compartir experiencias con personas que están en una situación parecida proporciona consuelo y fortaleza. Los grupos de autoayuda también pueden desempeñar otras funciones importantes, tales como solicitar que se hagan estudios de investigación y exigir que existan tratamientos adecuados en los hospitales y clínicas de su comunidad. Si en vez de actuar individualmente los pacientes se unen para actuar como grupo, ellos hacen presión para que la sociedad elimine el estigma en contra de los enfermos mentales. Los grupos también tienen un papel importante para hacer que el público tome conciencia de los casos de abuso y discriminación.

Los grupos de apoyo y defensoría formados por familiares y personas con circunstancias similares proporcionan información útil para los pacientes y las familias de los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos mentales. Al final de este documento se incluye una lista de organizaciones.

¿CÓMO PUEDEN AYUDAR OTRAS PERSONAS?

El paciente necesita apoyo de un gran número de personas en diferentes roles. Entre ellas están los familiares, los profesionales de los programas terapéuticos residenciales y los programas por el día, los administradores de programas de acogida temporal para las personas que se encuentran sin vivienda, los amigos o compañeros de vivienda, los profesionales que manejan el caso clínico, las autoridades religiosas de iglesias y sinagogas, etc. A continuación usaremos el término "familia" cuando hablemos del sistema de apoyo. Sin embargo, esto no significa que solo las familias constituyen el sistema de apoyo.

El paciente puede necesitar ayuda de su familia o comunidad en muchas situaciones. A menudo el paciente se resiste a recibir tratamiento, cree que no necesita tratamiento psiquiátrico y que los delirios o alucinaciones son reales. A veces es la familia o son los amigos los que deben tomar decisiones para que el enfermo sea evaluado por un profesional. Cuando otras personas tomen decisiones de tratamiento, los derechos civiles del enfermo deben ser tomados en consideración. Hay leyes que protegen a los pacientes contra el internamiento involuntario en hospitales. Estas leyes varían de estado a estado. Debido a restricciones impuestas por la ley, la familia puede ser frustrada en sus esfuerzos de ayudar al enfermo mental grave. Generalmente la policía solo puede intervenir para que se realice una evaluación psiquiátrica de emergencia cuando el estado del enfermo representa un peligro para sí mismo o para otros. En algunos casos, la policía puede ayudar a que el enfermo sea hospitalizado. Si el enfermo no va por su voluntad a recibir tratamiento, en algunas jurisdicciones, el personal de un centro de salud mental de la comunidad puede ir a su casa para evaluarlo.

A veces sólo la familia y personas cercanas al enfermo tienen conocimiento del comportamiento y de sus ideas extrañas. Los familiares y amigos deben hablar con el profesional que lo evalúa a fin de que se tenga en consideración toda la información relevante, dado que el enfermo puede no ofrecer voluntariamente dicha información.

Es muy importante asegurar que el enfermo continúe con su tratamiento después de la hospitalización. El paciente puede dejar de tomar sus medicamentos o dejar de ir a las visitas con el médico, lo que generalmente lleva a un empeoramiento de los síntomas sicóticos. La recuperación del enfermo puede ser ayudada dándole ánimo al paciente para que continúe con el tratamiento y asistiéndole con este. Algunos enfermos se vuelven tan sicóticos y desorganizados que no pueden satisfacer sus necesidades básicas, tales como proveer su propia vivienda, comida y vestido. A menudo las personas con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, terminan como indigentes o en la cárcel, donde raramente reciben el tratamiento que necesitan.

No es raro que las personas que rodean al paciente se sientan inseguras de cómo responder cuando éste hace declaraciones que parecen extrañas o son decididamente falsas. Para el enfermo, sus creencias o alucinaciones son completamente reales y no son productos de su imaginación. En lugar de simular estar de acuerdo con lo que dice el paciente, los miembros de la familia y amigos deben indicar que no ven las cosas de la misma manera o que no están de acuerdo con sus conclusiones. Al mismo tiempo pueden reconocer que las cosas pueden parecer diferentes para el paciente.

De igual forma, es útil llevar un registro de los síntomas que van apareciendo, los medicamentos (incluyendo las dosis) que toma y los efectos que han tenido los diversos tratamientos. Al saber qué síntomas estuvieron presentes anteriormente, los familiares pueden tener una idea más clara de lo que puede suceder en el futuro. Así se pueden identificar síntomas que sirvan de advertencia temprana para las recaídas. Por ejemplo un mayor aislamiento o un cambio en el patrón de sueño pueden indicar que el paciente está empeorando. De esta forma, el retorno de la psicosis puede detectarse temprano y el tratamiento se puede iniciar antes de que se produzca una recaída total. Además, el saber

qué medicamentos han sido efectivos y cuáles han causado efectos secundarios problemáticos en el pasado es muy útil para el médico que trata al paciente. Esta información le permite seleccionar el mejor tratamiento lo más rápidamente posible.

Además de colaborar a obtener ayuda, la familia, los amigos, y los grupos de personas con condiciones similares, pueden proporcionar apoyo y fomentar que el paciente esquizofrénico recupere sus capacidades. Es importante plantearse metas alcanzables ya que un paciente que se siente presionado o criticado probablemente tendrá estrés, lo que puede causar un empeoramiento. Al igual que otros, las personas con esquizofrenia necesitan saber cuando están haciendo bien las cosas. A largo plazo, un enfoque positivo puede ser útil y quizás más eficaz que la crítica. Este consejo es aplicable a todas las personas que se relacionan con el paciente.

¿ CUÁL ES LA PERSPECTIVA PARA EL FUTURO?

La perspectiva para el futuro de las personas con esquizofrenia ha mejorado en los últimos veinticinco años. Aunque todavía no se ha descubierto una terapia totalmente efectiva, es importante recordar que muchos pacientes mejoran lo suficiente como para mantener una vida independiente y satisfactoria. En la medida que aprendamos más acerca de las causas y de los tratamientos, podremos ayudar a que más pacientes obtengan logros positivos.

Los estudios que siguen a las personas con esquizofrenia durante un tiempo largo, desde el primer episodio hasta la edad avanzada, revelan que una gran variedad de logros positivos es posible. Cuando se estudian grupos de pacientes numerosos, se observa que algunos factores tienden a estar asociados con resultados mejores. Por ejemplo, la buena adaptación social, escolar y de trabajo antes de la enfermedad lleva a resultados mejores. A pesar de todo, los conocimientos actuales no permiten predecir con precisión suficiente el resultado a largo plazo de cada paciente.

Dada la complejidad de la esquizofrenia, las preguntas principales acerca de este trastorno, es decir su causa o causas, su prevención y tratamiento, deben resolverse investigando. El público debe ser cauteloso cuando alguien ofrece "la cura" (o determina "la causa") de la esquizofrenia. Dichas aseveraciones pueden provocar expectativas no realistas que, cuando no se cumplen, llevan a una decepción grande. Aunque se ha avanzado en el entendimiento y tratamiento de la esquizofrenia, es muy importante continuar investigando. El NIMH es la agencia federal líder en estudios de trastornos mentales. El NIMH lleva a cabo y aporta fondos para un espectro amplio de estudios de investigación. Dichos estudios cubren una gama amplia, desde los relacionados con genética molecular hasta los estudios epidemiológicos de gran escala de poblaciones. Se espera que la investigación científica, incluyendo los estudios del cerebro, continúe iluminando los procesos y principios esenciales para entender mejor las causas de la esquizofrenia y para desarrollar tratamientos más eficaces.

Fuentes de información

Organizaciones que proveen información, apoyo y abogacía:

National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)
Colonial Place Three
2107 Wilson Blvd., Suite 300
Arlington, VA 22201-3042
Teléfono: 1-800-950-NAMI (6264) ó (703) 524-7600
Dirección de sitio web: <http://www.nami.org/>

National Mental Health Association (NMHA)
2001 N. Beauregard Street, 12th Floor
Alexandria, VA 22311
Teléfono: 1-800-969-NMHA (6642) ó (703) 684-7722
TTY: 800-443-5959
Dirección de sitio web: <http://www.nmha.org/>

National Mental Health Consumers' Self-Help Clearinghouse
1211 Chestnut Street, Suite 1207
Philadelphia, PA 19107
Teléfono: 1-800-553-4KEY (4539) ó (215) 751-1810
Dirección de sitio web: <http://www.mhselfhelp.org/>

National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression (NARSAD)
60 Cutter Mill Road, Suite 404
Great Neck, NY 11021
Teléfono: (516) 829-0091
Línea de información: 1-800-829-8289
Dirección de sitio web: <http://www.narsad.org/>

Para obtener más información sobre la investigación en el cerebro, el comportamiento, y desórdenes mentales, comuníquese con:

National Institute of Mental Health (NIMH)
Office of Communications
6001 Executive Boulevard, Rm. 8184, MSC 9663
Bethesda, MD 20892-9663
Teléfono: 301-443-4513 o 1-866-615-6464
TTY: 301-443-8431; Fax: 301-443-4279
Sistema de Autofax: Salud Mental FAX4U at 301-443-5158
Correo electrónico: nimhinfo@nih.gov
Dirección de sitio web: <http://www.nimh.nih.gov/>

No existen restricciones de derechos de autor respecto a esta publicación y por lo tanto puede copiarse, reproducirse o duplicarse sin el permiso del NIMH; se agradecerá que mencionen la fuente de información.

Este folleto fue escrito por Melissa K. Spearling, M.H.S., Oficina de Comunicaciones, Instituto Nacional de la Salud Mental (Office of Communications, National Institute of Mental Health). La información y las revisiones científicas fueron proporcionadas por los miembros del personal de NIMH David Shore, M.D. y John K. Hsiao, M.D. Quisiéramos agradecer a Edgardo Menvielle, M.D., miembro del personal médico del Instituto Nacional de la Salud Mental y del Hospital de Niños de Washington, D.C., por su ayuda en la traducción de este folleto.