

Esquizofrenia: la Escisión de la Mente

An Exscinded Mind

Leonor Guasco Pérez^a

Abstract:

Schizophrenia is a mental disorder in which the individual loses touch with reality due to the presence of hallucinations and delusions; this causes an inability to properly function in society, turning schizophrenia in one of the most challenging mental disorders in existence, for both the patient and their family. Schizophrenia treatment implies medication and assistance to therapy.

Keywords:

Schizophrenia, mental disorder, hallucinations, delusions, DSM 5, risk factors, treatment

Resumen:

La esquizofrenia es un trastorno mental en el cual el sujeto presenta pérdida de contacto con la realidad debido a la presencia de alucinaciones e ideas delirantes; esto conlleva incapacidad para desenvolverse adecuadamente en el contexto social, siendo uno de los trastornos mentales más incapacitantes que existen, tanto para el paciente como para su familia. El tratamiento de la esquizofrenia implica el uso de fármacos y la asistencia a terapia.

Palabras Clave:

Esquizofrenia, trastorno mental, alucinaciones, ideas delirantes, DSM 5, factores de riesgo, tratamiento

Introducción

Los trastornos mentales consisten en una serie de alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales que generan altos niveles de desadaptación y disfuncionalidad en quienes los padecen y den la mayoría de los casos también afectan a aquellos cercanos a ellos.

Los trastornos mentales se clasifican teniendo en consideración la sintomatología y el área donde el individuo presenta mayor grado de alteraciones y afectación. Los trastornos de tipo esquizofrénico son de los más incapacitantes que existen ya que conllevan una pérdida de contacto con la realidad, afectando profundamente la manera en la cual el individuo se relaciona con su entorno. Es común que quienes padecen este trastorno recurran al consumo de sustancias psicoactivas como una manera de mitigar los síntomas y escapar de la ansiedad y la angustia que estos le acarrearán. También es común que los pacientes con esquizofrenia lleguen a lastimarse o incluso a recurrir al suicidio en su desesperación.

Una manera de ayudar a quienes padecen esquizofrenia radica en la transmisión de información sobre dicho trastorno. Al concientizar a la población sobre las

características de esta enfermedad, se pretende aumentar la tolerancia y disminuir la alienación y vergüenza a las que se ven sujetos estos pacientes. Crenado mayor conciencia en la población, es una manera de aligerar la carga de los pacientes esquizofrénicos y de sus familias, facilitando la adherencia al tratamiento y aumentando la probabilidad del individuo de convertirse en un miembro valioso de la sociedad dentro de sus posibilidades.

En el siguiente escrito se explicaran de manera breve las características de la esquizofrenia, su sintomatología, los criterios utilizados para diagnosticarla, los factores de riesgo y posible repercusiones, impacto en la familia y algunas maneras de tratamiento.

¿Qué es la Esquizofrenia?

La palabra Esquizofrenia se compone de tres vocablos griegos: "Skhizein" que significa división; "Phrenos" que significa mente e "la" que significa cualidad.

El DSM 5 define la Esquizofrenia como el trastorno mental en el cual el sujeto presenta anomalías en uno o más de los siguientes dominios por un periodo no menor de 6 meses.

- Delirios.

^aLeonor Guasco Pérez, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Escuela Preparatoria Número Cuatro, Email: leonor_guasco10310@uaeh.edu.mx

- Alucinaciones.
- Pensamiento (discurso) desorganizado.
- Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluyendo catatonía).
- Síntomas negativos.

A continuación, procederemos a analizar cada uno de estos síntomas.

Síntomas

Uno de los principales síntomas de la esquizofrenia son los delirios. Los delirios son creencias fijas no susceptibles a cambiar a pesar de la evidencia contraria: creencias falsas que no se basan en la realidad.

Los delirios se producen en la mayoría de las personas con esquizofrenia.

Es necesario distinguir entre una idea delirante y una idea sostenida tenazmente se halla en el grado de convicción con la que el individuo mantiene la creencia, a pesar de las claras evidencias en sentido contrario.

Los delirios se consideran extravagantes al ser inverosímiles, incomprensibles y/o no proceder de la experiencia del sujeto.

Su contenido puede incluir diversos temas:

- Persecución: Ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.
- Referencia: Creencia de que gestos, señales, comentarios del medio se refieren a uno.
- Grandeza: Ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.
- Erotomaníacos: Ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.
- Nihilistas: Creencia de que una gran catástrofe se avecina.
- Somáticos: Ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.

Otro síntoma común de la esquizofrenia son las alucinaciones; éstas consisten en percepciones en ausencia de un estímulo externo; esto quiere decir que las áreas del cerebro encargadas de la interpretación de la información captada por los estímulos sensoriales se activan en la ausencia de estos. Las alucinaciones pueden producirse en cualquiera de los sentidos, pero escuchar voces es la alucinación más frecuente. Ya que las zonas del cerebro encargadas de procesar los estímulos se activan, para la persona con esquizofrenia, tienen toda la fuerza y el impacto de una experiencia real.

El individuo con esquizofrenia también suele presentar pensamiento y lenguaje desorganizados, los cuales dificultan en grado sumo la comunicación con los demás. El discurso desorganizado incluye:

- Tangencialidad. Las respuestas del individuo no estén relacionadas a las preguntas que se le hacen o lo estén parcialmente; es decir, sus pensamientos e ideas se van por la tangente.
- Incoherencia o "ensalada de palabras." El habla puede incluir la unión de palabras sin sentido que no pueden comprenderse.

Los pacientes con esquizofrenia también suelen presentar comportamiento motor muy desorganizado o anómalo, el cual puede llegar a incluir catatonía. El comportamiento desorganizado puede manifestarse formas muy variadas desde comportamiento infantiloides hasta agitación impredecible.

Más comúnmente el comportamiento no se centra en un objeto por lo que dificulta las tareas. Puede incluir resistencia a las instrucciones y posturas inadecuadas o extrañas.

El comportamiento catatónico consiste en la disminución o pérdida de reactividad al entorno, oscilando entre:

- Negativismo (comportamiento de rechazo y oposición a las solicitudes e instrucciones de otras personas).
- Adopción mantenida de postura rígida, inapropiada o extravagante.
- Mutismo (ausencia temporal o permanente del lenguaje).
- Estupor (estado de inconciencia parcial con disminución de las actividades motoras y mentales y de la capacidad de respuesta a estímulos).
- Actividad motora sin propósito y excesiva (excitación catatónica).
- Movimientos estereotipados repetidos.
- Mirada fija
- Muecas.
- Ecolalia (repetición involuntaria de una palabra o frase que el paciente acaba de pronunciar).

En la esquizofrenia se presentan también los llamados síntomas negativos, los cuales consisten en la incapacidad o capacidad reducida para desempeñarse normalmente; es decir, procesos cognitivos y emocionales presentan una disminución marcada en su funcionamiento que presentaría una persona normal. Este tipo de sintomatología son menos frecuentes en otros trastornos psicóticos.

Por el contrario, se le llama síntomas positivos a la sintomatología que es añadida por la enfermedad, es decir, las características que no se presentan en una persona normal. Los síntomas positivos se clasifican en dos dimensiones: la psicótica (ideas delirantes y

alucinaciones) y la de desorganización (afectando lenguaje, pensamiento y conducta), ambas mencionadas anteriormente.

Algunas manifestaciones de síntomas negativos son:

- Disminución en la capacidad para expresar emociones.
- Abulia (disminución de la voluntad; incapacidad para realizar una acción voluntariamente o tomar decisiones.
- Alogia (ausencia de espontaneidad y empobrecimiento del discurso oral y reducción del habla).
- Anhedonia (pérdida de interés y/o disminución de la capacidad para experimentar placer).
- Asocialidad. (aparente falta de interés por interacción social).

Criterios Diagnósticos

Los criterios diagnósticos son el conjunto de síntomas que debe cumplir un caso clínico para ser diagnosticado. En psicología, para realizar un diagnóstico, generalmente se utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association: APA) en la actualidad en su quinta edición.

Para diagnosticar casos de esquizofrenia, el paciente debe cumplir con las siguientes condiciones (Psiquiatría, 2013):

- Criterio A: Para dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
 1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- Criterio B: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

- Criterio C: Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- Criterio D: Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad
- Criterio E: El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- Criterio F: Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Factores de Riesgo

No se conocen las causas de la esquizofrenia, pero los investigadores piensan que la combinación de la genética, la química del cerebro y el ambiente contribuye al desarrollo de este trastorno.

Los estudios de imágenes revelan una falta de materia blanca y gris en los cerebros de personas con esquizofrenia. Aunque todos perdemos una cantidad normal de materia gris, que contiene las neuronas y las ramas cortas, durante la adolescencia, los expertos teorizan que el proceso puede volverse demasiado rápido o agresivo en algunas personas con alto riesgo de esquizofrenia, lo que desencadena la psicosis.

Los problemas con ciertos químicos del cerebro que se producen naturalmente, como los neurotransmisores llamados dopamina y glutamato, pueden contribuir a la esquizofrenia. Los estudios de imágenes cerebrales

muestran las diferencias en la estructura del cerebro y el sistema nervioso central de las personas con esquizofrenia. Dentro de estas diferencias destacan: disminución en volumen cerebral, diferencias en arquitectura celular de la conectividad de sustancia blanca y volumen de sustancia gris, en particular lóbulos prefrontal y temporal.

No existen pruebas clínicas para diagnosticar la esquizofrenia.

En los hombres, los síntomas de esquizofrenia generalmente comienzan entre los 20 y los 25 años. En las mujeres, los síntomas generalmente comienzan después de los 25 años. Es poco frecuente que se diagnostique esquizofrenia en niños y muy poco frecuente en personas mayores de 45.

Complicaciones

El trastorno esquizofrénico es uno de los que presenta complicaciones más graves. Dentro de estas complicaciones destacan:

- Suicidio, intentos de suicidio o ideación suicida.
- Autolesión.
- Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo (TOC).
- Depresión.
- Consumo abusivo de alcohol u otras drogas, incluido el tabaco.
- Imposibilidad de trabajar o asistir a la escuela.
- Problemas económicos y legales, y falta de vivienda.
- Aislamiento social.
- Problemas médicos y de salud.
- Victimizarse.
- Conducta agresiva.

Repercusiones en la Familia

La esquizofrenia afecta principalmente a individuos jóvenes, con un desarrollo habitualmente crónico y que conlleva diversas incapacidades psíquicas, familiares, sociales y laborales. Lo cual genera elevados costos para el paciente, la familia y la sociedad.

El diagnóstico inicial de esquizofrenia es recibido con negación tanto por el individuo como por sus familiares; posteriormente dará paso a sentimientos colectivos de miedo, vergüenza y culpabilidad basado en falsas percepciones del problema.

Inicialmente impera la angustia, que se pone de manifiesto con reproches mutuos entre los familiares, insomnio, disminución en la participación en acontecimientos sociales (fiestas, reuniones, etc.) y en general un deterioro en la vida normal.

Un comportamiento típico de la familia consiste en ocultar o minimizar la situación, retrasando la ayuda de especialistas, esperando que todo vuelva a la normalidad, lo cual no ocurre. Por el contrario, el postergar la búsqueda de ayuda provoca que la sintomatología se agrave cada vez más. Cuando finalmente el paciente y su familia solicitan ayuda, esta última suele sentirse superada por las circunstancias, sin saber cómo reaccionar o qué hacer.

Progresión

En la esquizofrenia no es posible predecir el curso ni el pronóstico del trastorno; sin embargo, a menor edad de inicio suele asociarse con un peor pronóstico.

Aproximadamente un 20% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia presentan un desarrollo favorable; algunos incluso se recuperan por completo.

La gran mayoría requiere apoyo para su vida diaria; muchos permanecen clínicamente enfermos con remisión de los síntomas activos; otros sufren un curso de deterioro progresivo.

Los síntomas psicóticos tienden a disminuir a lo largo de la vida. Los síntomas negativos tienden a ser más persistentes.

Tratamiento

Los pacientes con esquizofrenia requieren un tratamiento farmacológico con medicación antipsicótica, que necesita ser vigilado continuamente durante el curso de la enfermedad. Los pacientes con esquizofrenia requieren ser monitoreados y supervisados de forma constante a fin de asegurar que sus necesidades estén cubiertas y exista un buen grado de apego al tratamiento. De lo contrario, las posibilidades de que el tratamiento y control de la enfermedad tengan éxito disminuyen drásticamente.

La terapia de tipo cognitivo es una de las que mayor éxito reporta en el tratamiento de la esquizofrenia. En esta modalidad de tratamiento se han desarrollado estrategias semejantes a las que se desarrollaron en un principio para el tratamiento cognitivo de la depresión, orientadas a la modificación de síntomas psicóticos.

Las estrategias más utilizadas en el tratamiento de la esquizofrenia son:

- Terapia individual, enfocada en normalizar los patrones de pensamientos, aprender a sobrellevar el estrés e identificar los signos tempranos de recaída.
- Entrenamiento para las habilidades sociales, cuyos objetivos consisten en mejorar la comunicación y las interacciones sociales y la capacidad de participar en actividades cotidianas.

- Terapia familiar, la cual brinda apoyo e información a las familias que hacen frente a la esquizofrenia.
- Rehabilitación vocacional y empleo con apoyo con la finalidad de que el paciente se prepare para un trabajo, buscar trabajo y mantenerlo.

En la terapia cognitiva, el desarrollar una relación de confianza, que lleve al paciente a involucrarse activamente en su tratamiento, colaborando activamente con su terapeuta en un equipo de trabajo, a fin de que el paciente pueda dominar los síntomas positivos.

Uno de los puntos centrales de la terapia cognitiva radica en que las creencias e ideas que el individuo tiene, son la fuente principal de su malestar; por ello es necesario que el paciente ponga a prueba sus creencias y analice las evidencias que las mantiene de manera objetiva a fin de refutarlas, y ser capaz de generar otras alternativas cognitivas y de significados que resulten más adaptativas. El abordaje cognitivo de las alucinaciones auditivas parte de la hipótesis de que tanto los síntomas como la conducta de los pacientes son con frecuencia secundarios a la creencia de las voces, que tienden a ser bastante estereotipadas e inquietantes.

En general estas técnicas se muestran más eficaces en la reducción de la intensidad y gravedad de los delirios que de las alucinaciones. En cuanto a los síntomas negativos y la adaptación social, no se presentan los mismos niveles de mejoraría.

Referencias

- Caballo, V. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1 Trastornos por Ansiedad, Sexuales y Psicóticos. Madrid, España: Siglo XXI.
- Morrison, J. (2015). DSM-5 Guía para el Diagnóstico Clínico. México, DF: Manual Moderno.
- Ortiz-Tallo, Margarita; (et.all). (2013). Psicopatología Clínica: Adaptado al DSM5. Madrid, España: Pirámide.
- Psiquiatría, A. A. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (5a ed.). Arlington , VA: American Psychiatric Publishing.