

ESQUIZOFRENIA

López Laredo Brian Sergio¹
Ibarra Tancara Max Uber²

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico, grave e incapacitante que se caracteriza por presentar alteraciones en la percepción del pensamiento, así como delirio y alucinaciones, o en algunos casos la presencia de trastornos emocionales y cambios de conducta que en ocasiones son difíciles de identificar, ya que en ocasiones los pacientes pueden estar asintomáticos.

Esta enfermedad, que afecta a ambos sexos, y predominantemente la edad media de la vida, limita al individuo de manera crónica y definitiva en su desarrollo personal, social y psicomotor, generando conflictos en el grupo familiar, ante la distorsión permanente de la realidad de vida del enfermo y de su entorno. Rara vez el episodio psicótico se presenta en una única vez y de manera aislada, siendo más frecuente la afección crónica, grave y discapacitante.

Las causas de esta enfermedad son poco conocidas debido a su carácter multifactorial, mencionándose como esencial el carácter genético de la enfermedad, la naturaleza química y la estructura que presenta el cerebro., así como las alteraciones de los neurotransmisores en las uniones sinápticas. El tratamiento se orienta a la reducción de los síntomas mediante el uso de medicamentos antipsicóticos.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia. Delirio. Alucinaciones. Psiquiatría

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

² Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

INTRODUCCION

La esquizofrenia es considerada como un trastorno de tipo mental, de carácter crónico, en el que la persona que la padece, sufre de graves desórdenes psicológicos que producen en el paciente síntomas, tales como: delirios, alucinaciones, desorganización de pensamiento además de falta de percepción de la realidad, afectando la cognición, las emociones y la relación con su entorno.¹

En ocasiones las personas que cursan este trastorno, escuchan voces que otros no pueden escuchar o pueden crear historias fuera de la realidad, que va aislando progresivamente al individuo de la sociedad generando temor en aquellos que lo rodean, no obstante, el tratamiento instaurado puede permitir a una gran mayoría de pacientes llevar una vida gratificante y significativa.^{1,2}

Por su gravedad, este trastorno es considerado como una de las enfermedades más devastadoras dentro del ámbito de la psiquiatría, debido a que una gran mayoría de los pacientes que la desarrollan intentan suicidarse, logrando este cometido un 10% a 15% de los enfermos, lo cual hace que la persona esquizofrénica tenga una esperanza de vida de 10 a 12 años menor a la de la población sana. En razón de la severidad del cuadro es que se encuentra dentro de las tres principales enfermedades psiquiátricas, luego de la parálisis cerebral y la demencia.³

Por lo común, la esquizofrenia se manifiesta tanto en mujeres como en hombres, teniendo la proporción similar, sin embargo, ésta enfermedad aparece en los hombres, prematuramente, en un

rango de edad de los 18 a 24 años, mientras que las mujeres presentan el cuadro alrededor de los 30 años de edad, existiendo algunos casos en los que se presenta a los 45 años y con mayor rareza se presenta en niños.^{2,3}

FASES DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia se caracteriza por presentar tres fases, siendo el punto de partida, el primer episodio de este trastorno, de esta forma, las características son:

1. **Primer episodio:** en la mayor parte de los casos, el primer episodio suele iniciarse de forma gradual con un desarrollo crónico lento, progresivo, con deterioro de las capacidades mentales cada vez mayor. El inicio repentino, es muy raro, y el paciente empeora muy rápidamente. Durante el proceso de la enfermedad se hacen presentes varios signos y síntomas característicos del trastorno, con cambios peculiares del comportamiento que indicarán que la enfermedad se encuentra en su fase activa.
2. **Fase aguda:** ésta fase se presenta principalmente con síntomas psicóticos, como: delirios, alucinaciones, o pensamientos desorganizados, siendo un signo característico, la poca higiene personal que demuestra el enfermo.
3. **Fase de estabilización:** en esta fase los síntomas psicóticos que presenta el paciente se reducen, teniendo una duración de aproximadamente seis meses o más después de la aparición del episodio agudo.
4. **Fase estable:** los síntomas que se manifestaban en las anteriores fases, se convierten en relativamente

estables, y no son tan graves como en la primera fase; los pacientes suelen presentar síntomas no psicóticos, como depresión, tensión, insomnio o ansiedad. En ocasiones el paciente es asintomático y esto puede causar desconcierto en los familiares.

El restablecimiento de las funciones psíquicas no es logrado completamente, y permanecen en la mayoría de los casos en estados psicóticos crónicos.^{4,5}

SINTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Los síntomas esquizofrénicos de acuerdo a sus características se clasifican en tres categorías principales:

1. **Síntomas positivos:** presentes en la fase crónica de la enfermedad, siendo una característica esencial, la pérdida del contacto con la realidad, que puede presentarse de manera intermitente, e intensa o en ocasiones es casi imperceptible, dependiendo de que el individuo esté recibiendo o no un tratamiento adecuado. Dentro de este grupo sintomatológico se pueden mencionar la presencia de:
 - a) *Alucinaciones:* donde la persona, escucha ve y siente cosas que nadie más puede ver, escuchar o sentir. Por lo general, las voces son el tipo de alucinación más común y puede afectar al paciente por mucho tiempo sin que los familiares puedan notarlo.
 - b) *Delirios:* que consiste en que los pacientes tienen creencias falsas, que se mantienen firmes en su pensamiento y que forman parte de su vida cotidiana. Este síntoma, puede mantenerse a pesar de que otras personas le demuestren que estos no son

reales, pudiendo de igual forma desarrollar un delirio paranoico, porque cree que los demás intentan hacerle daño o engañarlo, denominándose “delirio de persecución”.

- c) *Trastorno del pensamiento*: presente cuando la persona adquiere una manera inusual o disfuncional de pensar, pudiendo inventar palabras sin ningún sentido (neologismos); además desorganización en el pensamiento, convirtiendo muchas veces su lenguaje, en oraciones difíciles de entender. Otra forma de expresión del cuadro clínico es el “bloqueo de pensamiento” (ausencia repentina de conversación), donde el paciente en forma súbita deja de comunicarse verbal o físicamente con las personas.
- d) *Trastorno del movimiento*: caracterizado por movimientos agitados del cuerpo, de manera repetitiva, pudiendo llegar a la catatonía, momento en que la persona no se mueve ni habla con los demás.^{1,5}

2. Síntomas negativos: los síntomas negativos se producen cuando se interrumpen las emociones, así como los comportamientos normales del paciente. En ocasiones, estos síntomas son más difíciles de identificar, debido a que se confunden con los de la depresión u otras condiciones psiquiátricas. Las personas que los sufren necesitan ayuda en la realización de sus tareas diarias y en ocasiones descuidan su higiene personal, haciéndolos parecer como perezosas o pesimistas. Este tipo de síntomas pueden ser:

- a) *Afecto plano*: en la cual la persona no mueve el rostro, que se muestra inexpresivo, además de un habla con voz desanimada y monótona.
- b) *Falta de satisfacción en la vida*: el paciente no se encuentra cómodo con su vida cotidiana, produciéndole un desagrado que lo manifiesta de manera reiterada.
- c) *Falta de habilidad en sus actividades*: el paciente no puede iniciar ni mantener sus actividades diarias, mostrando un desempeño poco pulcro y organizado.
- d) *Falta de comunicación*: la persona no puede interactuar con su entorno, a pesar de verse forzada a hacerlo.^{1,6}

3. Síntomas cognitivos: que se caracterizan por ser más sutiles, convirtiéndose en datos difíciles de reconocer,, produciendo en ocasiones angustia emocional, por su incapacidad de relacionarse con la vida. Los síntomas cognitivos incluyen:

- a) *Problemas en el aprendizaje*: el paciente, no puede concentrarse ni prestar atención, con severos problemas en la memoria, por lo que no cuenta con la habilidad de utilizar la información inmediatamente después de haberla aprendido.
- b) *Déficit del funcionamiento razonable*: la persona esquizofrénica no puede comprender la información y utilizarla para la toma de decisiones.^{7,8}

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Los tipos tradicionales de esquizofrenia son cinco, dentro de los cuales están:

1. **Esquizofrenia paranoide:** donde el paciente presenta delirios, siendo los más comunes los delirios de persecución; además de alucinaciones auditivas, ansiedad, ira y violencia. Sin embargo, la persona no sufre un comportamiento desorganizado, ni cambios afectivos, es decir, que en la mayor parte de los casos solo se presentan síntomas positivos, mientras que los síntomas negativos y cognoscitivos no se desarrollan.
2. **Esquizofrenia desorganizada:** caracterizada porque el paciente presenta lenguaje y comportamiento desorganizado, con ideas delirantes que giran en torno a temas incoherentes. A diferencia del tipo paranoide, la persona presenta una afectividad aplanada, en la cual el paciente parece sentirse decaído, pudiendo abarcar diferentes grupos etéreos, inclusive infantes.^{7,8}
3. **Esquizofrenia catatónica:** el paciente sufre alteraciones psicomotoras, como la presencia de un trastorno del movimiento, llegando incluso a producirse inmovilidad del sujeto, la persona además es muy negativa y no acostumbra interactuar con los demás, realiza movimientos poco normales, tales como muecas, posturas extrañas o movimientos estereotipados y en algunas ocasiones puede que el paciente en el momento de un intercambio verbal y copie lo que dice o hace la otra persona.
4. **Esquizofrenia simple:** este tipo de esquizofrenia tiene la particularidad

de no presentar, dentro de sus síntomas, ningún tipo de delirio, ni tampoco alucinaciones, pero en su defecto pierde algunas de sus capacidades normales, como la comunicación o el aprendizaje.

5. **Esquizofrenia hebefrénica:** la característica más significativa de este tipo de esquizofrenia es que se presenta a una edad temprana (12 y 13 años), lo cual se confunde muchas veces con algún tipo de retraso mental; los síntomas encuentran en relación a una enfermedad psiquiátrica ya que el individuo sufre de delirios, mantiene una afectividad plana y tiene una grave alteración de su conducta.^{7,8,9}

FACTORES CAUSANTES DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad a la que se ha atribuido múltiples factores causales, como ser:

1. **Aspectos genéticos:** una de las posibles causas de la enfermedad, es el factor hereditario, porque de toda la población que conforma el mundo, el 1% sufre de esta afección, de la cual el 10% son personas que mantienen algún parentesco con otras que hayan padecido esta enfermedad; al ser varios los posibles genes que la producen, el riesgo de contraerla es mucho mayor. Los hallazgos más notables orientan al polimorfismo del cromosoma 22 que afecta el metabolismo dopaminérgico como productor de un déficit del funcionamiento elemental de los procesos cerebrales. Del mismo modo las alteraciones en el cromosoma 1 y 6, así como del 8, 13 y 15 se relacionan a la enfermedad por alteraciones

sinápticas y de modulación de respuesta de las sinapsis.

2. **Química y estructura del cerebro:** el desequilibrio en las reacciones químicas que se desarrollan en el cerebro pueden ser otra causa de este trastorno, e implican la presencia de neurotransmisores (dopamina, glutamato) que juegan una importante labor en la transmisión celular, relacionadas generalmente a los mecanismos de producción, desarrollo y transmisión sináptica de dichos neurotransmisores.
3. **Factores prenatales:** en ocasiones la esquizofrenia puede presentarse por una complicación durante el proceso de gestación, como la exposición materna al virus de la influenza o desnutrición in útero que afectan el desarrollo neurológico aumentando las probabilidades de adquirir la enfermedad.
4. **Factores sociales:** que suelen actuar como desencadenantes, pero nunca son la causa principal de su aparición. Dentro de estos factores se mencionan: el vivir en un medio urbano, sufrir de algunas desventajas sociales, como la pobreza, o vivir dentro de un medio social en que prevalezca la discriminación racial, cualquiera de estos puntos aumentará el riesgo de contraer esquizofrenia.
5. **Drogodependencia:** el consumo de drogas, sobre todo de cannabis, ponen en marcha un grupo de trastornos psiquiátricos denominados "esquizofrenia endógena" o "psicosis cannabica" considerándose que el consumo crónico de esta droga alucinógena puede ser el desencadenante de una patología mental de mayor

gravedad y un gran factor de riesgo en grupos de consumidores de psicotrópicos.^{2,10}

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Por lo general la esquizofrenia se trata con fármacos antipsicóticos, pero en ocasiones es necesaria la hospitalización del paciente. El objetivo del tratamiento, es lograr reducir los síntomas y prevenir recaída, tomando en cuenta que la cura de este trastorno no es definitivo. En algunas ocasiones las personas abandonan el tratamiento por causa de los efectos secundarios o porque creen que los medicamentos no funcionan, siendo éste un factor para el aumento del riesgo de recaer en otro episodio psicótico.^{1,3}

El uso de medicamentos antipsicóticos resulta muy efectivo, pero debido a la complejidad y variedad de procesos esquizofrénicos, no existe una medicación que produzca los mismos resultados en todas las personas, además de que, muchas personas no toman los medicamentos que necesitan o no asisten a programas de rehabilitación, que son necesarios para prevenir la recaída.^{1,3}

Existe una gran posibilidad que el paciente logre recuperarse, sin embargo no lo hace totalmente, existiendo la probabilidad de que la persona se mantenga deprimida, a pesar del tratamiento, la medicación y los métodos de ayuda son permanentes, y durarán toda la vida del paciente.^{3,4}

BIBLIOGRAFIA

1. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid R, Locke BZ, Goodwin FK. Esquizofrenia. Instituto de la Salud Mental. Biblioteca Nacional de Medicina.(Libro en línea). 1^{era} edición. Boston. Estados Unidos.

- Septiembre 2011; 11, 1: 1-20. URL disponible en <http://www.nih.gov/esquizofrenia>. Fecha de acceso: 14 de Julio de 2013.
2. Carr J. Esquizofrenia. Consejo editorial de Educación Pública del Colegio Royal de Psiquiatría. Londres. Inglaterra. Junio 2009; 1, 10: 1-5. URL disponible en <http://www.sepsiq.org/esquizofrenia>. Fecha de acceso: 14 de Julio de 2013.
 3. Ministerio de Evaluación y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Agencia de Evaluación y Tecnología. Barcelona. España. Marzo 2009; 1, 1: 29-48. URL disponible en <http://www.gencat.cat/esquizofrenia>. Fecha de acceso: 14 de Julio de 2013.
 4. Guías de Educación Sanitaria. Entendiendo la Esquizofrenia. Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa y de los Programas Específicos de Osakidetza. Bilbao. España. Abril 2010. 1, 8: 1-9. URL disponible en <http://www.euslcadi.net>. Fecha de acceso: 14 de Julio de 2013.
 5. Spearing M. Esquizofrenia. Instituto Mental de la Salud. Washington. Estados Unidos. Marzo 2003; 1, 1: 1-9. URL disponible en <http://www.education.ucsb.edu/schizophrenia> Fecha de acceso: 14 de Julio de 2013.
 6. Tomas J, Gastaminza X. Esquizofrenia Clínica y clasificación. Centro de Psiquiatría de Londres. Londres. Inglaterra. Noviembre 2005; 59, 1:1-26. URL disponible en <http://www.centrelondres94.com/psiquiatria> Fecha de acceso: 14 de Julio de 2013.
 7. Sociedad BC Schizophrenis. La Esquizofrenia. Sociedad de esquizofrenia de Columbia Britania. Toronto. Canadá. Mayo 2004; 1, 1: 1-30. URL disponible en <http://www.bcsc.org/esquizofrenia>. Fecha de acceso: 14 de Julio de 2013.
 8. García Sancho J. Tratamiento de la Esquizofrenia. Servicio Murciano de Salud. Murcia. España. Junio 2009; 2, 5: 11-59. URL disponible en <http://www.guiasalud.es/serviciomurcianodesalud/esquizofrenia>. Fecha de acceso: 14 de Julio de 2013.
 9. Alberdi J, Castro C, Vázquez C. Esquizofrenia. Guías Clínicas. Madrid. España. Junio 2005; 5, 28: 1-4. URL disponible en <http://www.duplicadiz.es>. Fecha de acceso: 14 de Julio de 2013.
 10. Lebowitz D. La Esquizofrenia. NAMI. California. Estados Unidos. Julio 2005; 1, 1: 1-5. URL disponible en <http://www.nami.org/esquizofrenia>. Fecha de acceso: 14 de Julio de 2013.