

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
"DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACTUALES SOBRE LA ESQUIZOFRENIA

Por:

Dr. Carlos Alberto León Martínez¹ y Dra. Maritza Caballero Puentes²

1. Especialista de I Grado en Psiquiatría y en Medicina General Integral. Máster en Psicología Médica. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Psiquiatría. Máster en Psicología Médica.

Descriptor DeCS:
ESQUIZOFRENIA

Subject headings:
SCHIZOPHRENIA

La esquizofrenia es el trastorno mental más grave, por su tendencia evolutiva hacia la cronicidad y la seria afectación en la calidad de vida de enfermos y familiares.

La evolución de cada paciente, una vez que se ha diagnosticado la enfermedad, es muy variable. En el curso de la misma inciden diferentes factores, como la edad de inicio, la adaptación premórbida, el sexo, los acontecimientos vitales estresantes y el nivel de aceptación y apoyo familiar¹.

Es una enfermedad particularmente incapacitante, debido a que su curso, aunque variable, con frecuencia es crónico y recurrente. Es un trastorno heterogéneo por su gran variedad de manifestaciones sintomáticas y evolutivas que, a su vez, pueden ser consecuencia de diferentes mecanismos fisiopatológicos y etiológicos, como factores genéticos, neurobiológicos, psicosociales, ambientales y psicológicos.

Aunque el principal origen de la enfermedad es genético, algunas condicionantes externas, como el consumo de drogas, pueden repercutir en la aparición de un brote de la enfermedad y, a su vez, el impacto de los ambientes familiares con elevado nivel de emoción expresada interactúa con las predisposiciones biológicas en la precipitación de este trastorno².

Existen marcadores de vulnerabilidad para la esquizofrenia y manifestaciones clínicas en fases prodrómicas y premórbidas, que permiten predecir el futuro desarrollo de la enfermedad: los antecedentes familiares de psicosis, trastorno esquizotípico, la presencia de síntomas psicóticos intermitentes de menos de 24 horas de duración, así como antecedentes de complicaciones obstétricas o perinatales³.

Este síndrome universal se manifiesta en todas las razas y culturas, en todos los ámbitos geográficos, y el riesgo de padecerlo antes de los 55 años se ha establecido en un 1 % aproximadamente para la población general, con ligero predominio en el sexo masculino. La prevalencia es más alta entre solteros y en grupos de bajo nivel socioeconómico; la edad de presentación se sitúa entre 15 y 35 años, y es infrecuente después de los 40.

Esta enfermedad, cuya expresividad clínica es muy variada, afecta la percepción, la ideación, la afectividad, la comunicación interpersonal, las relaciones familiares, y es variable entre los distintos pacientes. Cualquier persona que sufra de esquizofrenia es distinta a todas las demás. No solo tiene síntomas psicóticos, sino que a su vez sufre una alteración emocional debido a la experiencia

subjetiva del trastorno. Algunos de los síntomas que la caracterizan son: baja actividad o pereza, falta de interés, euforia, habla incomprensible y comportamiento extraño⁴.

Quien sufre esta enfermedad experimenta una distorsión inesperada de sus pensamientos y sentimientos, y de las relaciones con el entorno en que vive. Siente el mundo de una forma muy diferente al resto de las personas, y la conducta puede cambiar radicalmente.

Por otro lado, el enfermo siente que a partir del inicio de la enfermedad en su vida se produjo un cambio: tiene que asistir a consultas médicas regularmente, tomar una medicación a diario y, sobre todo, aceptar que su enfermedad es "la esquizofrenia". Este último punto es particularmente difícil, porque a las dificultades propias del trastorno, se añade el prejuicio social que implica reconocerse como esquizofrénico⁵.

La enfermedad, sus síntomas, evolución y tratamiento, así como los efectos favorables y adversos que produce, son percibidos y evaluados por el paciente, a los cuales concede mayor o menor importancia según los valores individuales, demandas, recursos y expectativas, que a su vez pueden estar influenciados por las correspondientes actitudes o valores del medio y la sociedad.

La visión actual de la esquizofrenia no es el resultado de una definición y de un objeto de investigación lineal estudiados sucesivamente por varios grupos psiquiátricos, sino de un mosaico compuesto de características clínicas obtenidas de diferentes tendencias⁶.

Por ello, ante la presencia de un paciente psicótico, la pregunta no es simplemente si tiene o no esquizofrenia, sino cuál puede ser su pronóstico y qué tipo de ayuda requiere.

¿Sabía Ud. que la atención a los pacientes con esquizofrenia depende de manera importante de los cuidados informales realizados por la familia?⁷

Estos han suplido la escasez de recursos terapéuticos, ocupacionales y residenciales. Por este motivo, el hecho de que los pacientes permanezcan con las familias se ha convertido en un aspecto clave en su recuperación.

El cuidado de estos enfermos en el medio familiar supone una serie de cambios personales, sociales y económicos que se conocen como efectos del cuidado, y han sido objeto de investigación.

Resulta de vital importancia fomentar en los centros comunitarios de salud mental la participación de los familiares en intervenciones psicoeducativas, con el propósito, en primer lugar, de ayudar a estos cuidadores en la atención y control del trastorno y, en segundo lugar, para aumentar el compromiso de los pacientes y familiares respecto al tratamiento⁸.

Es necesario destacar el intenso esfuerzo investigador que en los últimos años se está realizando, que sin dudas tendrá como consecuencia inmediata un tratamiento más integral a los pacientes esquizofrénicos y, por tanto, una mejor calidad y esperanza de vida, en el que la integración de la familia al proceso de rehabilitación adquiere gran importancia.

Referencias bibliográficas

1. Cirnovsky Z, Landmark A, Oreilly L. Edad de inicio y modelos clínicos en la esquizofrenia. Eur J Psychat. 2002;16(3):174-80.
2. Belloch A, Ramos F, Sarelin B. Psicopatología del pensamiento: los trastornos formales del pensamiento. En: Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill; 2000. p. 278-98.
3. Davinson G, Neale JM. Esquizofrenia. En: Psicología de la conducta anormal. México DF: Limusa Wiley; 2000. p. 456-92.
4. Adad M, Castro R, Matos P. Aspectos neurosicológicos de la esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr. 2003;22(1):16-9.
5. Hernández Monsalve M. La esquizofrenia en la atención primaria. Semergen. 2003;26(7):337-9.
6. González Hidalgo M. La esquizofrenia en la atención primaria. Identificación y tratamiento. Semergen. 2003;26(7):348-61.
7. Ballús Creus C. Diez años de orientación terapéutica en la esquizofrenia. Rev Psiquiatr Fac Med Barna. 2003;25(6):172-6.
8. Chamorro A, Clusa D. Valoración clínica de enfermos esquizofrénicos de larga evolución. Rev Psiquiatr Fac Med Barna. 2003;24(6):156-62.

Recibido: 19 de septiembre de 2007
Aprobado: 30 de septiembre de 2007