IDENTIFICAR LA ESQUIZOFRENIA

Dolores García Rodríguez, Gema Susana Llorente Ruiz y María Milagros Orellana. **karisma.loli@hotmail.com**

INTRODUCCIÓN

La Esquizofrenia es una de las patologías mentales más antiguas del mundo. Kraepelin en 1890 ya la describió bajo el nombre de demencia precoz y más tarde e 1911 Bleuler le dio el nombre de esquizofrenia, desde entonces se ha investigado mucho sobre esta, teniendo hoy por hoy algunos aspectos claros y otros que siguen en investigación para aumentar el conocimiento de esta patología (1).

Esta enfermedad tiene una prevalencia del 1 % de la población y suele comenzar en la adolescencia siendo su inicio agudo o insidioso (2). Varias son las causas que predisponen a sufrir una esquizofrenia y varios también son los tipos de esquizofrenia que existen. Los síntomas se pueden dividir en positivos o negativos y estos son los que en la anamnesis se tienen que identificar para establecer un diagnóstico oportuno que nos ayude a identificar el mejor tratamiento.

Por ser una enfermedad que genera mucho sufrimiento y que puede conducir a generar daños a sí mismo y a las personas de alrededor, hemos destinado nuestra investigación al estudio de esta patología psiquiátrica tan compleja.

OBJETIVO

Identificar las manifestaciones más importantes de la esquizofrenia y las posibilidades de tratamiento para mejorar la calidad de vida del enfermo con esquizofrenia y el conocimiento de los profesionales que intervienen en este proceso.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica desde 2007 hasta la mayo del 2017 en las bases de datos Cuiden y Dialnet. De los 42 artículos en español visualizados se seleccionaron los 10 que más se adaptan a nuestro objetivo y de mayor actualidad para el desarrollo de esta investigación. Los criterios de búsqueda fueron las palabras esquizofrenia, identificar, sintomatología y tratamiento, y el idioma elegido el español.

RESULTADO

En este apartado vamos analizar la enfermedad de manera completa pero concretando en cosas muy básicas y claras. Se comenzará explicando unos breves antecedentes históricos,

después hablaremos de la etiopatogenia y de su prevalencia. Seguiremos analizando los tipos, la sintomatología, el diagnóstico y el tratamiento. Por último finalizaremos este apartado con unos comentarios sobre el pronóstico.

Antecedentes Históricos

Debemos hacer mención de los aspectos relevantes de la historia que os a llevado a identificar y comprender algo sobre la esquizofrenia. Por ello este apartado se destina de manera muy escueta comentar lo fundamental de los antecedentes históricos.

Los clásicos utilizaban las palabras manía y prensy para definir un gran número de enfermedades de las incluidas en las psicosis.

Kaepelin llamaba demencia precoz a las alteraciones que se producían en algunas personas que consistían en delirios y vacíos afectivos de inicio a edades jóvenes y de curso crónico y no orgánico. Se basó en reflejar su curso y desenlace pero también definió algunos de los síntomas que la caracterizaban y sus tipos distinguiéndose la paranoide, catatónica y emocional o hebefrénica (1).

Bleuler fue el primero en denominar la esquizofrenia con ese nombre. Dando mayor importancia a los síntomas que su predecesor, este pensó que en síntoma relevante era la fragmentación del pensamiento pero sin restar importancia a los demás síntomas dividiéndolos en fundamentales y accesorios para los que también aparecían en otros trastornos (1 y 10).

Tras estos autores se comenzaron las investigaciones sobre esta patología mental existiendo diversidad de lenguaje que ha venido a estandarizar en las distintas ediciones del DSM (Diagnostic and statistical manual) y de la CIE (clasificación internacional de enfermedades).

Prevalencia y etiopatogenia

20 millones de personas en el mundo sufren esquizofrenia siendo la prevalencia mundial del 1%. La edad más común para que aparezca es de los 15-45 años, siendo la media de 26 años. Aunque no está claro parece ser más frecuente en varones, en países desarrollados y en zonas urbanas. Epidemiológicamente la mortalidad es dos, tres veces mayor en los esquizofrénicos que en la población general por diversas causas (2).

La etiología de esta enfermedad es multicausal siendo los factores genéticos y la afectación del eje dopamina-acetilcolina los factores más claros, pero no los únicos.

En los últimos años se ha puesto de moda el modelo biopsicosocial que engloba a todas las esferas del individuo. El modelo de Liberman sigue esta línea y propone que la etiología está causada por factores de vulnerabilidad, variables protectoras y estresores. La vulnerabilidad se entiende por las anormalidades biopsicologicas persistentes en el tiempo. Las variables protectoras son los factores ambientales y personales que determinan cuando aparece la enfermedad teniendo en cuenta la relación existente entre vulnerabilidad y estresor. Por último los estresores son acontecimientos que exigen cambios en la persona para la adaptación. De todo esto se entiende que paraqué surja la esquizofrenia debe de existir una situación

estresante que sobrepase la capacidad para afrontar los acontecimientos y debe de existir a su vez una predisposición para padecerla (7).

Podemos además afirmar por los estudios que existen hasta la fecha que la esquizofrenia puede estar causada por orígenes genéticos, por fallos en los neurotransmisores y péptidos, por virus, por déficit de sistema inmunitario, por alteraciones cerebrales y por sucesos vitales (10). Aun así aun muchos de estos factores son escasamente conocidos y se requieren mayores estudios para descubrir cuáles son las causas concretas que hacen que aparezca esta patología mental y si cada tipo posee distintas causas.

Tipos de esquizofrenia

Fundamentalmente existen 5 tipos de esquizofrenias que vamos a analizar a continuación.

La esquizofrenia paranoide debuta más tarde que el resto y de forma aguda. Consiste en una serie de delirios de persecución y perjuicios que se unen a las alucinaciones produciendo una sensaciones en el paciente del tipo no estoy a salvo, me quieren matar. Estas sensaciones conducen al paciente a alterar su necesidades vitales ya que o no come porque la comida piensa que esta envenenada, o agrede a los demás por pensar que son algo que le ataca, y todas estas conductas que perjudican tanto al enfermo como al entorno. Es el tipo más frecuente de esquizofrenia y el más conocido (3).

La hebefrénica o desorganizada es de inicio normalmente precoz siendo su comienzo normalmente en la adolescencia. Se caracteriza por la presencia de un lenguaje desorganizado que no se puede comprender al que le une un comportamiento con las mismas características. La afectividad esta aplanada y poseen episodios frecuentes de risas inmotivadas, además son propensos a las bromas pueriles y a las actividades motoras extravagantes (4). El sujeto esta tan desconectado con lo que sucede realmente que no es capaza de realizar las actividades básicas de la vida diaria como alimentarse, asearse o vestirse, entre otras elementales.

La esquizofrenia catatónica tiene como síntoma principal que la destaca de las otras, una marcada alteración psicomotora que suele ser o por exceso, por negativismo extremo o por mutismo. Estas manifestaciones carecen de una base que las explique a nivel ambiental y pueden pasar de posturas rígidas a posturas extrañas y estos síntomas psicomotores pueden ir acompañados de alteraciones en la comunicación como son la ecolalia o ecopraxia (5).

La esquizofrenia residual es la que tras un brote psicótico agudo con síntomas positivos de la esquizofrenia como son las alucinaciones pasan a tener solo sintomatología negativa como puede ser asilamiento, pobreza en el lenguaje, etc. (6).

Por último la esquizofrenia indiferenciada surge a consecuencia de no tener claramente definido un tipo por ausencia de síntomas o porque varios tipos se combinan o sus síntomas imposibilitando el diagnostico de un tipo solo de los destacados anteriormente.

Sintomatología

Desde hace muchos años se han realizado una serie de divisiones con respecto a los síntomas que nosotros por ser la más utilizada en la actualidad los vamos a dividir en positivos y negativos.

Los síntomas positivos son las alucinaciones, las ideas delirantes, el comportamiento extravagante y los trastornos formales del pensamiento de tipo positivo. Pasamos a comentar cada uno de estos un poco más detenidamente (7):

- Alucinaciones: Las alucinaciones en estos pacientes pueden ser de diversos tipos siendo las auditivas las más frecuentes pero no las únicas. En las auditivas el paciente refiere voces, ruidos u otros sonidos. Lo más común es que el paciente escuche voces que lo llaman o que se dirigen a él. Estas voces pueden ser conocidas o desconocidas, de distintos sexos, y normalmente suelen ser desagradables y negativas. También se pueden dar voces que comentan entre ellas. Las alucinaciones cenestésicas son sensaciones corporales peculiares que también se dan en ocasiones. Las olfatorias y las visuales también son degradable incluyendo en las visuales la visión del diablo.
- Ideas delirantes: Estas ideas son de muchos tipos y se pueden manifestar un tipo solo o varios confluyendo a la vez. El delirio de persecución es el más característico pero también se dan otros como el de culpa, de grandeza, religioso, de referencia y de control. Otras alteraciones que se incluyen dentro de los delirios son alteraciones del pensamiento como irradiación de este, difusión del pensamiento, inserción del pensamiento y robo.
- Comportamiento extravagante: El paciente suele vestirse con atuendos atípicos y su apariencia suele ser extraña. Su conducta social y sexual es también rara pudiendo realizar conductas inapropiadas o no sincrónicas con el entorno. Presenta actos rituales y repetitivos a los que a veces da algún significado y en ocasiones se puede llegar a agitar y comportarse agresivamente.
- Trastornos formales del pensamiento de tipo positivo: Consisten en un discurso fluido pero pobre en contenido y presentan descarrilamiento, tangencialidad, asociaciones fonéticas, distraibilidad, presión del habla e incluso ilogicalidad e incoherencia.

Al igual que hemos realizado una revisión de los síntomas positivos, se va a realizar la de los negativos incluyendo estos al afecto embotado, alogia, abulia, anhedonia y alteración en la atención (7):

- Afecto embotado: Es un empobrecimiento de las expresiones emocionales como expresión facial inmutable, movimientos espontáneos disminuidos, escasez en la expresividad, escaso o nulo contacto visual, incongruencia afectiva y ausencia de inflexiones vocales.
- Alogia: Empobrecimiento del pensamiento caracterizado por pobreza de lenguaje, bloqueo y latencia de respuesta incrementada.

- Abulia: Es una falta de predisposición y energía que se aprecia sobretodo en la falta de cuidado personal incluyendo la higiene, en la falta de persistencia en sus labores y en anergia física.
- Anhedonia: Hay una falta de interés en todas las actividades recreativas, sexuales, incapacidad para sentir intimidad con alguien y relacionarse; y en general perdida del interés generalizado.
- Déficit de atención.

Estos son los síntomas más característicos de la esquizofrenia que se deben identificar si están presentes y en qué medida.

Diagnóstico

El diagnostico se hace complicado de establecer precozmente puesto que las personas que padecen esta enfermedad no suelen pedir ayuda pues no sienten que lo que les está ocurriendo de trate de una patología, por ello normalmente los que piden ayuda son las personas que se encuentran cercanas a estos y tras un brote psicótico o varios.

Una vez conseguido que el paciente acuda a una consulta médica/psiquiátrica este deberá realizar una historia clínica detallada y los más completa posible para establecer el diagnóstico oportuno.

Los sistemas de clasificación DSM y CIE son de mucha utilidad en el establecimiento del diagnóstico (1).

La CIE-10 contempla en la categoría F-20 la esquizofrenia como el trastorno más frecuente del grupo. Se definen como distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento, percepción y emociones. Para el diagnostico se requiere que tenga una serie de síntomas determinados durante más de un mes y siempre que esta patología mental sea anterior a otra coexistente, si la hubiera (3).

La DSM- IV comparada con la CIE -10 establece patrones de tiempo diferentes de la presencia de síntomas diferentes y se le da una mayor importancia a los síntomas negativos.

Una vez establecido el diagnostico de esquizofrenia y tipo de esta se deberá plantear el tratamiento oportuno.

Tratamiento

El tratamiento es muy variado e implica a muy distintos profesionales de la salud que deben trabajar conjuntamente y coordinadamente para mejorar la salud y la calidad del enfermo y de su entorno.

La terapia farmacológica está básicamente destinada a frenar los síntomas negativos y a intentar controlar la aparición de ideas delirantes y alucinaciones. Los más utilizados son los neurolépticos, tranquilizantes mayores y antipsicóticos

La terapia electroconvulsiva es una terapia que consiste en introducir una corriente eléctrica para inducir una crisis convulsiva para corregir las alteraciones bioquímicas generadas durante

la transmisión de los impulsos nerviosos entre las sinapsis. Esta técnica esta aconsejada en la esquizofrenia y parecer estar dando buenos resultados momentáneos.

La psicoterapia aunque no es la primera opción en la que se piensa es útil pues ayudar a la persona a tomar conciencia de enfermedad y con ello a la adhesión de tratamiento. Además con este tipo de terapias se aumenta la independencia de la persona pues esta va siendo capaz de realizar una serie de tareas cotidianas y da confianza y seguridad a sí mismo. Estas terapias pueden ser grupales o individuales. La terapia más utilizada a nivel individual es la cognitivo- conductual. Las grupales ayudan a sentirse comprendidos y apoyados. Debe incluirse a la familia en el estas terapias para que sean un apoyo para el paciente y no un motivo que predisponga a la recaída (8).

Las técnicas alternativas pueden ayudar a controlar sintomatología, como las técnicas de relajación, etc., pero siempre como apoyo de las otras.

Enfermería como profesional implicado en el cuidado de los pacientes enfermos, ya sea física o mental, tienen como objetivos fundamentales y resumidos los siguientes: ayudar en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, ofrecer apoyo emocional tanto al paciente como a la familia, no imponer nuestro punto de vista, ayudar al paciente a expresar sus sentimientos, enseñar hábitos de vida, educación para la salud y no reforzar ideas paranoicas, alucinaciones, delirios… (9).

Lo ideal en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia es combinar todas estas actuaciones para atenderlo de manera integral y ayudara su estabilización más rápida.

Pronóstico

Esta enfermedad suele ser una enfermedad crónica que requiere de tratamiento de por vida para mantenerse controlada. Por ello en este aparatado vamos a comentar cuales son los factores que implican tanto un mal pronóstico como bueno.

Los indicadores de buen pronóstico son el inicio tardío de la patología, buena adaptación a su entorno global, existencia de agentes estresantes en el entorno, de comienzo agudo, no tener antecedentes familiares, apoyo de calidad, aceptar el tratamiento y la condición de enfermo y pocas recaídas en 5 años (10).

Son signos de mal pronóstico inicio precoz, mala adaptación al ambiente, ausencia de agentes estresantes que puedan explicar la patología, comienzo insidioso y lento, antecedentes familiares, ausencia de apoyo no conciencia de enfermedad y recaídas periódicas (10).

CONCLUSIONES

Con esta investigación podemos concluir, que la esquizofrenia es una patología compleja de la que conocemos varios aspectos pero se deben seguir realizando investigaciones para esclarecer muchos otros.

Aunque se conocía desde antes, hay que decir que tanto Kraepelin como Bleuler fueron los que comenzaron a encauzar lo que hoy conocemos como esquizofrenia.

IDENTIFICAR LA ESQUIZOFRENIA

Es conocido que unas 20 millones de personas en el mundo padecen esta patología mental y que la edad media de aparición esta en los 26 años. También se sabe que su origen es multicausal pero destacan las causas genéticas y las alteraciones del eje dopamina-acetilcolina entre las más claras.

Tras varios desacuerdos entre estudios e investigadores, se identifican cinco tipos de esquizofrenia que son la paranoide, hebefrénica, catatónica, residual e indiferenciada. El tipo más común es la paranoide.

Los síntomas que pueden tener las personas con esquizofrenia son muy variados y se distinguen entre positivos y negativos. Los síntomas positivos son las alucinaciones, las ideas delirantes, el comportamiento extravagante y los trastornos formales del pensamiento de tipo positivo; y los negativos engloban afecto embotado, alogia, abulia, anhedonia y alteración en la atención.

Para diagnosticar esta enfermedad se debe realizar una valoración de los síntomas exhaustiva que nos ayude a una completa anamnesis y utilizar los criterios diagnósticos de la CIE o de la DMV.

El tratamiento es multidisciplinar y variado en el que se utiliza medidas farmacológicas y psicoterapia en todos los casos y en ocasiones esta la terapia electroconvulsiva. Enfermería tiene un papel importante en el cuidado de este enfermero colaborando con el tratamiento de los distintos profesionales y ofreciéndole apoyo, y educación para la salud entre otras cosas.

Por último citar que aunque no se puede establecer un pronóstico con certeza, hay una mayor probabilidad de que este sea malo si aparece el trastorno precozmente y tienen recaídas frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez M. Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. Psicothema. 2012; 24(1).
2. Moreno B, Martín C, y Almenara J. Revisión crítica de las fuentes de variabilidad en la medición de la prevalencia de esquizofrenia. Salud mental.2014; 37(2): 127-136.
3. Skokou M, Katrivanou A, Andriopoulos I y Gourzis P. Sintomatología de las fases activa y prodrómica de la esquizofrenia paranoide de inicio en el joven y de inicio tardío.Revista de Psiquiatría y Salud Mental.2012; 5(3):150-159.
4. Hoche A. El proceso esquizofrénico. Forma Hebefrénica. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.2009; 15: 168-181.
5. Olazabal N., Bustamante S., Solano G., Rahmani R, Erkoreka L, y Gonzalez M. Catatonia: a propósito de un caso. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2011; 31(1): 111-119.
6. Salamero C. Tratamiento de rituales compulsivos en un caso de esquizofrenia residual: eficacia de la hipnosis. Clínica y Salud. 2007; 16(2).

7. Casanova M. La esquizofrenia como condición neurológica debida a un fallo en la lateralización del cerebro: observaciones macro y microscópicas. Revista de neurología. 2009; 49(3):136-142.
8. García I. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.2008; 28(1): 9-25.
9. Lluch M, Fornés J, Rodríguez A y Giner J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. Actas Esp Psiquiatr. 2010; 38(1): 1-45.
10. Gejman V y Sanders A. La etiología de la esquizofrenia. Medicina. 2012; 72(3): 227-234.