

Esquizofrenia

– La enfermedad psiquiátrica por antonomasia –



Dr. Alvaro D'Ottone
Ex Profesor Adjunto
de Clínica Psiquiátrica
Facultad de Medicina UDELAR
Montevideo - Uruguay

- La esquizofrenia es una enfermedad crónica que afecta a 60 millones de personas en el planeta.
- Se desconoce su causa, no tiene marcadores biológicos específicos y plantea problemas que van desde lo filosófico (el significado de la palabra "realidad") hasta lo más práctico (qué puede hacer la sociedad para ayudar concretamente a quienes la padecen y a sus familias).
- No hay un tratamiento curativo, pero se dispone de herramientas psicosociales y biológicas que mejoran la calidad de vida de los pacientes.

Palabras Clave: Esquizofrenia, psicosis.

Introducción

Etimológicamente, "*Esquizofrenia*" significa "*mente dividida*". Esta palabra fue acuñada hace un siglo, y se impuso como nombre de un abanico de situaciones clínicas, que tienen en común la afectación severa y persistente de las funciones psíquicas: pensamiento, afectos, producción de conductas. En su pasaje al uso popular, se ha producido una distorsión del significado del término, y no es raro encontrar quien piense que padecer esquizofrenia es tener doble personalidad, o que una situación o persona que muestre aspectos muy contradictorios merezca el adjetivo "*esquizofrénico*". Por lo tanto, una primera aproximación a la idea de qué es la esquizofrenia *no debería partir de su etimología*.

En sentido técnico, la esquizofrenia es una enfermedad mental del grupo de las *psicosis*, es decir, de las afectaciones severas de la relación con la realidad. Dentro de ellas, la esquizofrenia ocupa el lugar principal tanto por su alta prevalencia (*¡la padece el 1% de la población!*) como por el impacto negativo en la calidad de vida de quienes la sufren.

Es una enfermedad *de causa desconocida*, sin una anatomía patológica o marcadores biológicos que permitan la confirmación del diagnóstico. Por lo tanto, este es exclusivamente clínico, y esto genera en no pocos casos, una etapa inicial de incertidumbre, si comienza con síntomas poco específicos.

La enorme mayoría de los casos *debuta entre los 15 y los 30 años*, aunque existen esquizofrenias que empiezan en la infancia o luego de la tercera década. Es una enfermedad con alta tendencia a la persistencia sintomática, aunque en las etapas iniciales puede haber períodos intercalares de aparente salud.

En los años siguientes al comienzo, la enfermedad muestra su *potencial destructor sobre el proyecto de vida* del enfermo: aun bajo correcto tratamiento, pocos pacientes tienen una recuperación integral. La mayoría ven entorpecido, detenido o deteriorado su desarrollo social, afectivo, laboral y académico, y suelen necesitar de por vida alguna forma de protección o supervisión de su entorno familiar para que el deterioro no alcance grados mayores.

Sin tratamiento ni apoyo familiar, un alto número de casos evolucionan a una situación de autoabandono, aislamiento, y muchas veces de calle, nutriendo de modo importante el grupo de personas sin hogar. La profunda alteración de las funciones psíquicas que el enfermo experimenta en esos años juveniles, llevó a que el nombre del trastorno, antes que se acuñara el término "*esquizofrenia*", fuera el de "*demenia precoz*". Este nombre resaltaba el deterioro global, y lo contrastaba en cuanto a la etapa vital con las demencias que se inician en la tercera edad. Pero como ya dijimos, a diferencia de estas, no hay una alteración obvia de la estructura cerebral; asimismo, el plano cognitivo puede conservar esferas de integridad operacional que las demencias del anciano jamás respetan.

Con adecuado tratamiento, la evolución suele ser a la estabilidad, en el sentido de no repetición de episodios agitados, y de no profundización de los deterioros que se instalan en los primeros años. La mayor parte de los pacientes pueden continuar en su núcleo familiar de origen, pero no son muchos los que alcanzan autonomía, con inserción laboral plena, ni formar exitosamente una familia.

Los recursos terapéuticos son mínimos en cuanto a prevención. El tratamiento no es curativo; se necesita prácticamente siempre un doble abordaje, médico y psicosocial. Los fármacos denominados "*antipsicóticos*"

son el pilar del tratamiento médico; su utilidad es que disminuyen tanto la presencia de síntomas (especialmente la agitación y los delirios) como el avance del deterioro psíquico global.

Características semiológicas

No existe un síntoma patognomónico de la esquizofrenia. Por lo tanto, el diagnóstico se hace valorando el conjunto de síntomas y el perfil evolutivo.

Se debe descartar, como es obvio, patología neurológica o estados tóxicos (*psicodislépticos*, etc.) que puedan provocar cuadros similares. Pero a este respecto, digamos que en realidad nada que no sea esquizofrenia resulta, en lo semiológico, consistentemente idéntico a esta; así se explica por qué en la mayoría de los casos el psiquiatra realiza el diagnóstico positivo sin recurrir a interconsultas ni a exámenes paraclínicos.

Los síntomas más frecuentes en la esquizofrenia son:

- los delirios,
- las alucinaciones,
- la desorganización del lenguaje,
- los comportamientos extraños e incomprensibles, y
- síntomas llamados “*negativos*”.

Delirios

Una idea delirante es una creencia totalmente *por fuera de las creencias de la comunidad, que no deriva de una observación empírica válida, ni de una deducción sólida* desde el punto de vista lógico. (“*E pure si muove*” no era un delirio de Galileo, pese a chocar con la creencia comunitaria, porque se basaba en sus observaciones con el telescopio). Para que una idea “*errónea*” sea calificada de delirante, debe además ser irreductible a la persuasión basada en la evidencia o en la lógica.

Es que en el fondo un delirio no es un error, sino la forma que toma en el campo del pensamiento y de la percepción, un proceso de desapego, de distanciamiento, respecto a la realidad. Los contenidos ideicos dejan de ser los que esta impone, y son sustituidos por los procesos interiores, normalmente inconcientes.

Tomemos el ejemplo de las ideas delirantes más comunes en la esquizofrenia: la de ser “*perseguido*” – es decir, objeto preferente de alguna forma de hostilidad del prójimo. Todos los seres humanos tenemos, para nuestra protección, dispositivos mentales de desconfianza y miedo, que nos ayudan a prevenir daños. Pero si bien tales desconfianzas y prevenciones forman parte del entramado psíquico de nuestro pensamiento, emociones y conductas, permanentemente aquellas pasan por un filtro automático que nos permite diferenciar posibilidades de realidades, y asignar, en todo caso, un coeficiente de certeza inferior al 100%. Esto nos permite que los hechos o la lógica nos persuadan de que no estamos en peligro, por ejemplo, en la relación con un familiar, aunque tengamos las naturales diferencias de la convivencia. En cambio, un joven en quien el proceso delirante de la esquizofrenia está instalado, ya sea en forma súbita

o insidiosa, puede estar convencido de que uno de sus progenitores, o un hermano, o un conocido, se dedica a controlarlo, manipularlo, destratarlo, amenazarlo o hasta a envenenarlo sutilmente.

Las explicaciones que puede dar el enfermo a tal creencia son escasas, inconsistentes, vagas, en general se sustentan en una mera intuición (“*lo sé porque lo sé, me doy cuenta*”) y se acompañan de percepciones tales como “*se nota en el gesto*” “*la comida que me ofrece tiene un aspecto extraño*” o aún más exótico: “*no me deja pensar*” “*me tranca la mente*” “*me produce un barullo en la cabeza, que me altera*”. Otras veces el armado argumental parece más convincente, pero está en definitiva al servicio de una captación primaria que no admite cuestionamiento.

Otra expresión frecuente de delirio es la “*autorreferencia*”, la creencia de ser objeto casi permanente de la observación ajena. A todos nos importa la actitud general del prójimo ante nosotros: evitamos exponernos en situaciones humillantes o vergonzantes, y sentiríamos el peso (*muchas veces, imaginario*) de la mirada ajena si esta nos pillara en tales situaciones. En el delirio autorreferencial de la esquizofrenia, la actitud ajena es vivida como universalmente centrada en uno mismo: conocidos y desconocidos participan de un interés, en general agresivo o despectivo, en el paciente; piensan, comentan, gesticulan, ríen, murmuran en relación a él. Inútil argumentarle que la mayoría de las personas no lo conocen a uno, que somos uno más en la multitud, que casi todos los presentes en una reunión o en un espacio público, son indiferentes a nosotros: al enfermo la presencia ajena se le hace intolerable, ve o escucha alusiones a su persona, interpreta los movimientos de los demás como señales o tomas de distancia, y a consecuencia de ello elude exponerse, y en última instancia se aísla completamente.

Pero si los delirios antes expuestos pueden ser en alguna medida comprendidos por analogía con situaciones de la vida normal, como la hostilidad o las habladerías ajenas, otros son altamente *extravagantes*, como los de filiación (*ser descendiente de personajes históricos*) o de contacto con potencias sobrenaturales o extraterrestres, o de imposición externa de procesos mentales o de acciones (“*órdenes*” alucinatorias de dañar o dañarse, comunicaciones telepáticas).

Alucinaciones

Se las puede considerar formas seudoperceptivas de delirar; así por ejemplo, las “*vozes*” que se escuchan llamando, insultando, dando órdenes, comentando los actos del paciente, son expresiones en un campo perceptivo (el auditivo es el más frecuente) de la profunda desconexión con la realidad. A menudo las alucinaciones son “*intrapíquicas*” (el sujeto no refiere las percepciones como provenientes del entorno sino ocurriendo en su mente). Las alucinaciones *cenestopáticas* (síntomas y sensaciones extrañas en el cuerpo) pueden llevar a la consulta médica y generar una serie interminable de estudios diagnósticos.

Las alucinaciones no son un fenómeno primariamente perceptivo: no es desde ellas que se constituye el proceso delirante, sino que ideas delirantes y alucinaciones son la “*producción*” que emerge a partir de un déficit primario, el propio de las psicosis: la distorsión o pérdida de esa construcción que es el mundo compartible. Esta construcción la comenzamos desde el nacimiento, y a través de ella ponemos en común con el prójimo un sistema de decodificación, que nos permite separar contenidos internos, personales, inaccesibles para los demás, y los contenidos psíquicos que provienen de estímulos generados por el mundo exterior, procesados de un modo que al mismo tiempo nos es común a todos (a todos los que no estén psicóticos) y mantiene las diferencias individuales.

Desorganización del lenguaje

Reconozcamos en primer lugar que todos podemos padecer una dificultad en comunicar adecuadamente nuestros contenidos mentales, por efecto del cansancio, la tensión, la excitación, la mera prisa: quisimos transmitir algo, y fracasamos en la expresión oral, escrita, gestual, gráfica, etc. Pero la persona con esquizofrenia, una vez más como fruto de su desconexión del mundo compartible, no todo el tiempo utiliza correctamente, ni con intención de comunicación, los lenguajes disponibles y sus códigos (*léxico, sintaxis, concatenación, prosodia*).

Así, si consideramos el lenguaje oral, el enfermo puede *expresarse de modo oscuro*, incongruente, difícil o imposible de seguir en su ilación lógica (“*carencia de hilo conductor*” solemos decir los psiquiatras) o incluso en su articulación sonora (por momentos se torna inaudible o farfullante). Puede esto ser la expresión de un desorden interno, o el resultado de una indiferencia hacia la pertenencia a ese mundo en común que el lenguaje nos permite. A veces podemos “*rellenar*” nosotros el bache en la comunicación, imaginando qué quiere expresar; a veces ni siquiera eso es posible, y quedamos perplejos de estar interactuando con un ser humano que al mismo tiempo que nos habla, nos excluye, a través de un discurso que sentimos impenetrable pues no nos permite acceder a su pensamiento.

A veces, para el lego, esta manera de hablar, si no se acompaña de contenidos delirantes o conductas que hagan obvia la enfermedad, resulta enojosa, pues puede confundir esa oscuridad esquizofrénica con la que voluntariamente introducen en su discurso las personas que están ocultando información o manipulando un diálogo. La sensación es que luego de un período considerable de conversación, es imposible reproducir o sintetizar lo que el paciente ha querido decir.

Comportamientos extraños

El más conocido: el *soliloquio*. “*Hablar solo*” es, en el imaginario popular, una importante señal de alteración mental. Efectivamente, las dos fuentes mayores -no únicas- de esta conducta extraña, son las psicosis y el trastorno obsesivo-compulsivo. Quien padece este último trastorno es “*llevado*” por sus procesos mentales

reiterativos, a los cuales en general no puede detener, a verbalizaciones compulsivas, cuya falta de pertinencia y extravagancia reconoce y lo avergüenzan.

En cambio, la persona con esquizofrenia, aun interpelado sobre su síntoma, carece en general de la conciencia de que aquel es llamativo socialmente. A veces el paciente habla solo exclusivamente cuando no está interactuando con otras personas; puede ser un susurro, o una verbalización más estentórea. En otros casos, el soliloquio se cuela en medio del diálogo con el interlocutor real; a menudo se acompaña de una desviación de la mirada y la cabeza, como si alguien estuviera presente a su costado o atrás de él.

En formas avanzadas, visibles en los hospitales de crónicos o en los pacientes en situación de calle, la voz se eleva al nivel de grito, a menudo incomprensible, acompañado de grandes gesticulaciones.

Otros comportamientos que salen de la norma social, son: extravagancias en la vestimenta o el arreglo, maneras afectadas de hablar, mímica y gestos extraños. Pero muchas veces es algo más sutil, una inadecuación en el desempeño interpersonal difícil de precisar pero que genera en los demás sentimientos de: extrañeza, incomodidad, impaciencia, desconfianza, compasión, actitud paternalista, y en algunas oportunidades, temor. Esta inadecuación de la conducta interactiva no suele ser percibida como la de quien pretende asediarnos, molestarnos o atacarnos en búsqueda de un provecho, sino como una rareza.

Uno de los más extraños fenómenos conductuales que pueden darse en la esquizofrenia, es la *catatonia*. Establezcamos desde ya que este llamativo síndrome psicomotor no es exclusivo de esta enfermedad; situaciones médicas, y enfermedades psiquiátricas distintas de la esquizofrenia pueden expresarse en una catatonia.

El concepto de catatonia ha sufrido modificaciones a través del tiempo; los estudios fisiopatológicos han sido escasos y poco exitosos. Actualmente tiende a considerársela un síndrome que acontece en vigilia y está compuesto por varios de los siguientes sub-síndromes o síntomas:

- alteraciones del movimiento: *inmovilidad* (a veces asombrosa por su duración), o por el contrario, *agitación severa* (movimientos sin sentido, violentos, a menudo estereotipados, extenuantes para una persona normal); *ecopraxia* (imitación repetitiva de los movimientos de otros).
- alteraciones *posturales, gestuales y del tono muscular*: conservación de posturas impuestas, o por el contrario, resistencia a todo cambio de postura; flexibilidad cérica (cuando el examinador moviliza un miembro del paciente, siente una resistencia leve, similar a la que ofrecería un muñeco de plastilina); realización de muecas incomprensibles.
- alteraciones en el *discurso*: mutismo, o por el contrario repetición ad infinitum de frases (como verborragia o como ecolalia).
- *cataplexia*: el término describe un estado hipertónico, rígido, inmóvil, sin respuesta motora ni verbal a estímulos externos, con conservación de posturas impuestas.

Comportamientos violentos y agresivos

Obviamente, no son las personas con esquizofrenia las autoras o generadoras de la violencia, crueldad y sevicia que nos avergüenzan como miembros de la especie humana. Su catadura moral no es inferior a la de otras personas, y aun dentro de su déficit psíquico y su aislamiento, algunas muestran actitudes y conductas de valor social.

No puede desconocerse, en cambio, que esporádicamente algunos actos de destrucción y agresión son el fruto de delirios persecutorios -en medio de la vivencia de ser atacado o destrutado, el paciente realiza conductas reactivas, que él considera de autodefensa-. Y, más raramente, en su caos alucinatorio, algunos enfermos reciben la orden alucinatoria, imperativa, de **cometer un acto agresivo**.

Esto remarca la responsabilidad que le cabe al médico, psiquiatra o no, cuando es llamado a actuar en una situación de aquellas en las que el discurso y la conducta del paciente, o lo que informan sus familiares, demuestran una atmósfera de violencia potencial.

Síntomas negativos

Lamentablemente, se ha impuesto en el lenguaje psiquiátrico la denominación que clasifica en “positivos” y “negativos” los síntomas de esquizofrenia; obviamente que no son calificativos de valor, pues nada de positivo pueden tener los delirios, alucinaciones, alteraciones del lenguaje y de la conducta – es decir, los síntomas clasificados como positivos.

La idea fue describir a estos últimos como fenómenos que se suman al estado psíquico previo a la enfermedad, mientras que los síntomas que expresan la pérdida de conductas o habilidades previas son considerados negativos (lo que la enfermedad resta a la persona). Los tres síntomas negativos prínceps atañen respectivamente a los *afectos*, el *pensamiento* y la *conducta*, inferidos los dos primeros a través de la expresión de emociones y la comunicación verbal.

En lo afectivo, se habla de “**aplanamiento**”; es la impresión que tiene el observador de que las resonancias emocionales del paciente son en general escasas, pobres, de distanciamiento o indiferencia. Los gestos, la actitud, lo que verbaliza en relación a lo que ocurre en el mundo inmediato (las personas más allegadas) o no tan cercano (la comunidad) parecen demasiado frías.

En lo cognitivo, lo “**negativo**” es la **pobreza del pensamiento**, mostrado por la escasez de palabra: monosílabos, falta de iniciativa verbal, la conversación sólo se mantiene si el interlocutor la fuerza con preguntas y comentarios, que a veces parecen estar siendo muy poco atendidos.

En lo conductual, la **abulia** es el fenómeno prototípico: no hay iniciativa para la acción, y sobre todo, para mantener un esfuerzo. Sólo a propuesta de sus allegados el paciente realiza acciones -algunas tan elementales como su propio aseo- y cuando las acepta, o genera algún deseo de actuar, el impulso se extingue prontamente. Hablamos de actividades tales como bañarse, cortarse el

cabello o las uñas, elegir ropa adecuada a las ocasiones, realizar tareas domésticas o mandados, hacer ejercicio, encontrarse o llamar a familiares y amigos. En esta abulia, suele naufragar la idea de avanzar en el estudio o de obtener y mantener un trabajo; año tras año inician algún curso, que pronto abandonan; o en los trabajos rápidamente se muestran indolentes o ineficaces. Pero no se trata de la holgazanería del pícaro, que elude tareas para que otros las hagan por él y tener más tiempo para divertirse; el tiempo que el paciente no dedica a actividades productivas u obligatorias tampoco lo invierte netamente en esparcimiento o placer: permanece horas encerrado en su habitación, en general fumando, a veces escuchando música o jugando en la computadora, o simplemente estático.

El término clásico usado en nuestro medio para estas manifestaciones de la apatía esquizofrénica, es “**apragmatismo**”. Cuando el repliegue y la inacción son máximas, se habla de **autismo** -en este caso, este término designa un síndrome, que aparece al final de la evolución de la enfermedad-.

En cambio, en Psiquiatría Pediátrica, **autismo** es el nombre de una enfermedad específica, en la cual este tipo de síntomas está presente desde el inicio, el cual ocurre en los primeros años de vida).

Es tarea del psiquiatra diferenciar los síntomas negativos propiamente dichos, intrínsecos de la esquizofrenia, de los que son secundarios a otros aspectos de la enfermedad, y que reuven al mejorar estos: *delirios que por temor a perseguidores lleven a permanecer encerrado; depresión; efectos secundarios de la medicación antipsicótica, especialmente la de primera generación (neurolépticos)*.

Síntomas anímicos

La historia anímica de un paciente con esquizofrenia suele mostrar períodos de **depresión**; esta puede llegar a grados severos, con ideas, planes, y actos suicidas.

Se ha observado que en las etapas iniciales de enfermedad, cuando un joven que se sentía y se sabía capaz de importantes logros personales, sufre el embate de la desintegración psíquica, que le impide acceder a las metas que se planteaba, el riesgo de cometer **suicidio** es especialmente alto.

Estado cognitivo

Hemos dicho que en una época esta enfermedad se llamó **Demencia precoz**. Ya aclaramos que no es una demencia, pero es claro que si mereció ese nombre es, entre otras causas, porque el funcionamiento cognitivo de los pacientes es inferior al del estado premórbido.

La atención, la comprensión, la memoria, la habilidad de razonar para resolver situaciones de la vida cotidiana, sufren un descaecimiento global o parcial; no es raro sin embargo que en algún aspecto el enfermo conserve o desarrolle alguna habilidad cognitiva específica.

Falta de conciencia de enfermedad

Es inherente a la psicosis la falta de conciencia de estar enfermo, pues como es obvio, no estaría delirando o alucinando alguien que reconozca a dichos síntomas como tales. Pero aún más allá de los momentos de franca presencia de los delirios, en los momentos en que la psicosis parece estar controlada en cuanto a esta forma de expresarse, no son todos (y según algunos estudios, son minoría) los pacientes que se reconocen portadores de una enfermedad psíquica.

Esto tiene, al parecer, algunas consecuencias positivas (menos sentimientos depresivos y de insatisfacción que los pacientes con insight). Pero al mismo tiempo, suele producir un efecto negativo sobre la aceptación del tratamiento farmacológico y psicosocial, con lo cual el pronóstico general se ensombrece.⁽¹⁾

duración de los síntomas, así como en la repercusión de estos en la existencia cotidiana del paciente.

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, DSM IV*, ha logrado consenso planetario en cuanto a algoritmos diagnósticos; estos no sustituyen el criterio clínico pero han permitido una uniformización muy útil, sobre todo en la investigación. Aquí proporcionamos sus criterios diagnósticos para Esquizofrenia. (Ver Tabla 1)

Como se ve en dicha tabla, se considera que los grandes trastornos anímicos pueden generar un cuadro similar, por lo cual deberá abstenerse de diagnosticar esquizofrenia si aquellos están presentes. Sin embargo, las propias características de *transitoriedad* que tienen los grandes episodios anímicos (depresión y manía con delirios) hacen que raramente se plantee el diagnóstico diferencial con esquizofrenia, proceso persistente y casi siempre crónico.

Por el contrario, el diagnóstico no siempre es sencillo en las fases iniciales. Debemos diferenciar dos tipos de situaciones: el *inicio florido*, sintomáticamente rico, y el *inicio insidioso*, donde el paciente se irá deslizando lenta y progresivamente al período de estado.

Problemas de diagnóstico diferencial

El cuadro sintomático que acabamos de describir es el propio del *período de estado*. En esa etapa, el psiquiatra realiza el diagnóstico basado en la presencia, cantidad y

Tabla 1

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia DSM-IV –Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

A. Síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- ideas delirantes,
- alucinaciones,
- lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- comportamiento catatónico o gravemente desorganizado,
- síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alergia o abulia.

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Cuando se trata de un primer episodio delirante, de irrupción bastante brusca (psicosis delirante aguda, psicosis reactiva breve) puede tener muchos de los síntomas de la esquizofrenia, y sin embargo tener una evolución muy favorable, con *restitutio ad integrum*. El problema a la hora del diagnóstico (y sus importantes consecuencias pronósticas y sobre todo, de política terapéutica) es triple.

En primer lugar, que la descripta evolución a la remisión era de valor diagnóstico y pronóstico en la era pre-terapéutica: si un episodio curaba totalmente sin tratamiento, sin dejar síntomas residuales, era probablemente un hecho aislado. Pero actualmente, *todo episodio psicótico es tratado con las mismas pautas*, y la remisión que se obtiene puede ser inherente a la transitoriedad del cuadro o estar sostenida exclusivamente en el tratamiento.

En segundo lugar, algunos procesos psicóticos persistentes, esquizofrénicos, debutan con características propias de un episodio agudo y después de un tiempo de remisión sintomática total, reaparecen, *demostrando que estaban latentes*.

En tercer lugar, el cuadro puede aparecer en relación con el consumo de psicotóxicos (cannabis u otros psicodislépticos) y remitir con la suspensión de los mismos. No obstante, debe recordarse:

- que el uso de estas drogas ilegales a veces es el resultado de la *búsqueda de alivio* a la angustia psicótica que un joven está experimentando,
- que en otros casos, aunque el inicio en el uso de drogas fuera solamente un hecho socio-ambiental, aquellas pueden ser el *desencadenante* de una vulnerabilidad esquizofrénica latente – que ya no dejará de expresarse (este hecho va contra el mito de que el cannabis es universalmente inocuo).

El Psiquiatra cuenta con una serie de indicadores que permiten estimar la mayor o menor probabilidad de que se trate de una esquizofrenia, pero en virtud de la incertidumbre, es preferible conducirse del siguiente modo:

- en la comunicación de un diagnóstico, *cautela* para evitar un shock emocional en el paciente y en la familia, que a la postre pudiera no estar justificado.
- en la formulación del pronóstico, resaltar la *imposibilidad de ser categóricos*, aun si la evolución inicial es muy buena.
- en lo terapéutico, apostar en lo farmacológico a un *tratamiento de muy largo plazo*. El fundamento es que empíricamente se ha determinado que, tras un primer episodio con muy buena respuesta al tratamiento, la suspensión de este en los años siguientes suele culminar con la recaída.

En el otro extremo de las formas de inicio, las que van produciendo un cambio gradual en la actitud, rendimiento y estado emocional del joven, muchas veces nos encontramos con la siguiente situación: la familia advierte un cambio, decide consultar, y la sintomatología que el psiquiatra enfrenta no permite afirmar que se trate de una psicosis,

pero sí de lo que hoy se llama “*síndrome prodrómico*” o “*síndrome de síntomas psicóticos atenuados*”.

Son deterioros leves en la vida cotidiana y académica, y síntomas fugaces, rápidamente criticados por el propio paciente, de estirpe delirante o alucinatoria; también puede haber algo de desorganización del lenguaje. Cobran aún más valor si el sujeto posee antecedentes familiares de esquizofrenia.

De los pacientes que consultan con un *síndrome prodrómico*, en los dos años siguientes el 40 a 50% desarrollan una *psicosis franca*.^(2,3)

En cuanto a qué política se recomienda, no hay consenso, dado que instalar una medicación antipsicótica es tomar el riesgo de que el paciente padezca sus nada despreciables efectos secundarios (*especialmente metabólicos*).

En los estudios con intervención farmacológica en síndrome prodrómico -todos ellos recientes, y con cantidad no muy grande de probandos- tiende a hacerse visible la conveniencia de tales intervenciones. Por ejemplo, en el Estudio PRIME (norteamericano) sobre intervención con olanzapina, 60 pacientes “*prodrómicos*” fueron randomizados a olanzapina (5 a 15 mg diarios) o placebo, durante 1 año. Al cabo de este, la tasa de conversión a esquizofrenia fue de 17% en el grupo tratado, vs. 40% en el no tratado.⁽⁴⁾

En suma, las áreas de diagnóstico diferencial comportan:

- otro tipo de psicosis (las *psicosis delirantes transitorias*)
- los trastornos del ánimo con componente delirante o catatónico,
- los trastornos psicóticos y apáticos de los consumidores de drogas,
- los trastornos de personalidad esquizoide (personas sin psicosis, con fuerte tendencia al aislamiento social) y
- los trastornos de personalidad esquizotípico (personas cuasi delirantes, muy proclives a ideas y creencias extrañas, pero sin alteraciones profundas del pensamiento y las conductas).

Insistamos en lo dicho al principio: *no hay paraclínica que actualmente permita confirmar o descartar el diagnóstico de esquizofrenia*.

Factores de riesgo para contraer esquizofrenia

El gran factor de riesgo conocido es *tener familiares* con esquizofrenia. El gemelo monocigoto de alguien que la padece, tiene un 75% de riesgo de contraerla. Esta tasa de concordancia se reduce algo, pero no muy significativamente, cuando los gemelos son criados separadamente. El riesgo es de alrededor de un 50% para un hijo de padre y madre con esquizofrenia, y de un 10% para quien tiene un solo progenitor que la padece.

Los estudios genéticos aún no permiten determinar qué genes o grupo de genes tienen valor determinante para ser portador de la vulnerabilidad.

Otros factores que pueden mencionarse:

- enfermedades virales maternas durante el embarazo,
- accidentes obstétricos y perinatales,
- retardo del desarrollo motor o intelectual en la infancia, y
- consumo de cannabis en la adolescencia.

Los **varones** tienen un poco más de riesgo que las mujeres. Las chicas pertenecientes a un estrato social alto tienen más riesgo que sus coetáneas de estratos menos favorecidos; los varones de mayor nivel intelectual parecen tener un poco más de riesgo que sus compañeros de nivel intelectual medio.

No se conocen a ciencia cierta factores de riesgo vinculados a la historia emocional de la persona; sí debe decirse que las que ya padecen la enfermedad, tienen una evolución más favorable si las rodea un entorno calmo y medurado en la expresión de las emociones.

Tratamiento de la esquizofrenia

No existe un tratamiento curativo. Como en toda la medicina, el tratamiento sólo es posible en el marco de una alianza: la del **paciente** -o sus representantes- y el **equipo asistencial**. Por la ante citada falta de conciencia de estar enfermo, en algunas etapas la alianza sólo se puede realizar con los familiares; sin embargo, todo el tiempo el equipo debe promover que el paciente entienda y acepte, al menos parcialmente, su necesidad de tratamiento, y debe ser preferencialmente escuchado y respetado en sus dudas, desacuerdos y temores sobre este.

Los familiares tienen un papel importantísimo, a través -además de su afecto y compromiso con el enfermo- de su comprensión de la situación clínica, su tolerancia y firmeza, su capacidad de remodelar sus propias conductas frente a la enfermedad de su ser querido, y su papel muchas veces impulsor y adecuadamente demandante hacia el equipo técnico.

Como ya dijimos, el paciente con una esquizofrenia de grado severo, sin contención familiar, está destinado al estado asilar o de calle.

A impulsos de la Sra. Ofelia Stajano, esposa de quien fue el gran científico uruguayo Roberto Caldeyro Barcia, y familiar de un paciente, nació en nuestro medio hace 25 años la que fue la primer asociación de familiares de personas con esquizofrenia y otros trastornos severos en nuestro medio -*Grupo La Esperanza*- que hoy ya no es el único.

La enorme angustia de familiares (particularmente los padres) que presencian la alteración, el sufrimiento y el menoscabo de su ser querido, encuentra en estos grupos un modo de tramitación apoyado en la recíproca comprensión, el compartir experiencias, el aprendizaje mutuo, y la actualización sobre lo que la ciencia médica y psicológica van progresivamente aportando. Pero además, impulsa una relación más provechosa con los profesionales del área, que a veces corremos el riesgo de no percibir, desde el consultorio, algunos aspectos de la situación.

Cuando hablamos de equipo técnico (psiquiatra, médico general o especialistas necesarios, psicoterapeuta, miembros de la institución de intervención psicosocial) el significado es obvio, aunque en la práctica a veces existe desconexión entre los diferentes agentes terapéuticos. Siendo la esquizofrenia primariamente una enfermedad psiquiátrica del individuo, y no un problema relacional o social (aunque estos factores tengan en algunos casos un alto peso específico) lo lógico es que el tratamiento sea dirigido y coordinado por el psiquiatra tratante. Pero este debe estar ampliamente disponible, tanto en los períodos de calma sintomática como en las tormentas (descompensaciones delirantes, depresivas, agitadas). Esto permite afianzar la alianza terapéutica, realizar psicoeducación (ver más abajo el concepto) cuando el paciente y la familia están más receptivos, y corregir (en macro o en aspectos sutiles) el programa de tratamiento. Lamentablemente, algunos de los sistemas de asistencia son muchas veces incompatibles con esta disponibilidad.

En un próximo artículo se desarrollará el **Tratamiento Psicosocial**, el **Tratamiento Farmacológico**, el rol de la **Electroconvulsoterapia** y el rol de los médicos no Psiquiatras en el tratamiento del paciente esquizofrénico.

Bibliografía

1. Baier M Insight in schizophrenia: a review. *Curr Psychiatry Rep.* 2010 Aug;12(4):356-61.
2. Yung et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophr Res.* 2003 Mar 1;60(1):21-32.
3. Miller et al. Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr Bull.* 2003;29(4):703-15.
4. McGlashan et al Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am J Psychiatry.* 2006 May;163(5):790-9.
5. Lee YJ, Jeong JH. A systematic review of metformin to limit weight-gain with atypical antipsychotics *J Clin Pharm Ther.* 2011 Mar 21.
6. Hasnain M, Fredrickson SK, Vieweg WV Metformin for obesity and glucose dysregulation in patients with schizophrenia receiving antipsychotic drugs. *J Psychopharmacol.* 2010 Dec 17.

Bibliografía recomendada

- Ey H, Bernard P, Brisset Ch. *Tratado de Psiquiatría*. 7ma. Edición - Barcelona: Toray-Masson; 1975
- Sadock B, Sadock V, Ruiz P Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- American Psychiatry Association. *DSM-IV -Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 1995.