



CENTRO UNIVERSITARIO DE TAXCO

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8991-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Proyecto de Tesina

*Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia,
causas desencadenantes psicológicas y
tratamiento farmacológico.*

Que para obtener el título de
Licenciada en psicología

PRESENTA

Maritza Mejia Alarcon

Asesor
Lic. Claudia Narváez Castrejón

Taxco, Gro. septiembre 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



CENTRO UNIVERSITARIO DE TAXCO
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8991-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Proyecto de Tesina

*Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia,
causas desencadenantes psicológicas y
tratamiento farmacológico.*

Que para obtener el título de
Licenciada en psicología

PRESENTA

Maritza Mejia Alarcon

DIRIGIDO:

Lic. Claudia Narváez Castrejón

SINODALES

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON _____

PRESIDENTE

LIC. IRMA ELIZABETH ALCOCER ARRIAGA _____

SECRETARIO

MTRA. KAREN ITZEL RODRIGUEZ MATA _____

VOCAL

Taxco, Guerrero; a septiembre de 2022



DEDICATORIA

A mis padres Mario Mejía y Antonia Alarcón pues ellos son mi motor, a mi Pery mi combustible, a mis ángeles Poli, Lolo, Tolín y Leo, sé que están orgullosos de mí.

AGRADECIMIENTO

Antes que todo quiero agradecer a Dios porque siempre ha estado a mi lado dándome fuerzas, sabiduría y perseverancia.

A mis padres por apoyarme, por brindarme su confianza, por ser el motor de mi vida, por desvelarse junto conmigo, gracias por soportarme en días difíciles y estresantes.

Gracias a mis hermanos, Abi gracias por siempre estar conmigo en las buenas y malas, espero ser valiente y fuerte como tú, Mario Alberto gracias hermano mayor por corregirme, motivarme y estar siempre pendiente de mí, Lalo Gracias hermano por apoyarme y orientarme, jamás olvidaré esas veces que me ayudaste a realizar mis tareas de la universidad.

Gracias querido Pery esposo mío, por siempre impulsarme a ser mejor día con día, gracias por tu apoyo incondicional, por tu paciencia y tu amor, gracias por nunca dejarme rendir.

A la maestra Jacinta Mejía, gracias madrina por su apoyo, por guiarme, por ser mi modelo a seguir.

Padrino Abel y madrina Santa, gracias por cuidarme como una hija, gracias por estar conmigo en cada paso que doy.

Agradezco a la Lic.Psic. Claudia Narváez por ser una mujer de admiración, por ser partícipe de mi formación académica, gracias por compartir su conocimiento conmigo e inspirarme a ser mejor cada día más.

Al Centro Universitario de Taxco y a sus docentes de la Lic. En Psicología, gracias por sus enseñanzas por ser partícipe de mi formación, gracias también al rector Abraham Ponce y a su hermana Linda por ser tan atentos con sus estudiantes, y sobre todo a la UNAM por brindar su plan de trabajo a escuelas incorporadas, para que más estudiantes tengan la oportunidad de ser parte de ella, porque ¡si soy UNAM!.



RESUMEN

La presente tesina que lleva por nombre “Esquizofrenia en la mujer, tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico”. Para obtener el título de licenciada en psicología, está constituida por tres capítulos de abordaje teórico los cuales son.

Como primer capítulo se abordara la historia de la esquizofrenia, en donde a estas personas se les conocía como bufones, ellos llegaron a sufrir insultos, golpes y en algunos casos los apartaban de la vida social. “el loco poseído por el demonio, a veces puede ser liberado a fuerza de oraciones, de signos con la cruz, de conjuros” (Heers,1988.p126).

Mientras que en el segundo capítulo de hablará de los tipos de esquizofrenia ya que no hay solo un tipo de esquizofrenia entre ellos está el paranoide, la hebefrenica, catatónica, indiferenciada, residual. Así como los síntomas positivos y negativos que estas conllevan. Ya que los síntomas positivos son los que exageran particularmente lo perceptivo, mientras que los negativos caracterizan por la disminución o pérdida de una función.

Finalmente se culminará con el tercer capítulo en donde se desarrollará el diagnostico pronostico y tratamiento de la esquizofrenia. Los síntomas prodrómicos ordinarios consiste en depresión, ansiedad, desconfianza, hipocondrías, dificultades notables para concentrarse e inquietud. Muy a menudo se informa que hay algún acontecimiento en la vida del individuo que desencadena el desarrollo o el empoderamiento de la esquizofrenia



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

ÍNDICE



ÍNDICE

Agradecimientos y dedicatorias.....	
Resumen.....	
Introducción	1
Planteamiento del problema	7
Marco teórico.....	14
Capítulo 1 Historia de la esquizofrenia	
1.1 Historia de la esquizofrenia	17
1.1.1 Historia de la esquizofrenia según diferentes autores.....	19
1.1.2 Historia de la esquizofrenia en el renacimiento	21
1.1.3 Historia de la esquizofrenia “problemas en el cerebro y no en el cuerpo”.....	22
1.1.4 Historia de la esquizofrenia en psiquiatría científica	23
1.2 Esquizofrenia en la mujer	26
1.2.1 ¿Qué es la esquizofrenia?	27
1.2.2 El antes de las mujeres en la salud mental	29
1.2.3 Género o sexo	30
1.2.4 Mujeres en la actualidad	31
1.2.5 Riesgos en mujeres para detonar un trastorno	32
1.2.6 Epidemiología de salud mental en México	33
1.3 Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad	35
1.3.1 Definición del sujeto	36
1.3.2 Historia de la subjetividad	36
1.3.3 La esquizofrenia como enfermedad histórica	37
1.3.4 El lenguaje y las alucinaciones.....	37
1.3.5 Las voces son el síntoma de una época.....	38
1.4 Diferencias de género	39
1.4.1 Edad e inicio	39
1.4.2 Funcionamiento premórbido	40
1.4.3 Curso de la enfermedad	40
1.4.4 Sintomatología.....	41
1.5 La esquizofrenia a través del tiempo	42
1.5.1 Características esenciales de la esquizofrenia	42
1.5.2 Hipótesis y teorías sobre la esquizofrenia	43
1.5.3 Epidemiología de la salud mental en México	44
1.5.4 Costos de la esquizofrenia	44
1.5.5 La familia y la esquizofrenia.....	45
1.5.6 Funcionamiento social en la esquizofrenia.....	45
1.5.7 Emociones expresadas	46



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

2.1 Evolución de la esquizofrenia.....	49
2.1.1 Esquizofrenia del DSM-I al DSM-II.....	49
2.1.2 Del DSM-II al DSM-III.....	51
2.1.3 Del DSM-III-R al DSM-IV	53
2.1.4 Tipos de esquizofrenia según el DSM-IV.....	54
2.2.1 Tipos de esquizofrenia según el CIE-10.....	55
2.2.2 Tipos de esquizofrenia según el CIE-11.....	58
2.2.3 Tabla de comparación del CIE-10 y CIE-11.....	59
2.2.4 Subtipos de esquizofrenia según el libro de “Psiquiatría General” (Goldman, 2001)	60
2.3 Criterios generales del CIE-10	61
2.3.1 Criterios generales del DSM-V TR	62
2.3.2 Esquizofrenia paranoide según el CIE-10 y DSM-V TR	64
2.3.3 Esquizofrenia hebefrenica según el CIE-10 y DSM-V TR.....	65
2.3.4 Esquizofrenia según el catatónico IE-10 y DSM-V TR.....	67
2.3.5 Esquizofrenia indiferenciada según el CIE-10 y DSM-V TR	69
2.4 Sintomatología de la esquizofrenia.....	70
2.4.1 Síntomas positivos de la esquizofrenia.....	70
2.4.2 Síntomas negativos de la esquizofrenia.....	71
2.4.3 Intervención dirigidas al control de síntomas negativos.....	71
2.4.4 Intervenciones dirigidas al control de síntomas positivos.....	72
2.5 Fases de la patología.....	73
2.5.1 Fase prodrómica.....	73
2.5.2 Fase aguda.....	74
2.5.3 Fase residual.....	75
2.5.4 Fase estable o asintomática.....	75
3.1 Diagnóstico diferencial.....	80
3.1.1 Evolución natural.....	81
3.1.2 Pronostico cuando hay tratamiento.....	81
3.1.3 Epidemiologia.....	82
3.1.4 Etiología y patogénesis.....	83
3.1.5 Genética.....	84
3.2. Influencias de la familia.....	85
3.2.1 Influencias de la sociedad.....	85
3.2.2 Tratamiento farmacológico antipsicóticos atípicos.....	87
3.2.3 Antipsicóticos atípicos de toma diaria.....	87
3.2.4 Antipsicóticos atípicos de larga duración.....	88
3.2.5 Antipsicóticos típicos convencionales.....	90
3.3. Tratamiento psicológico.....	91
3.3.1 Intervenciones psicológicas sobre la conducta delirante.....	91



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

3.3.2 Rehabilitación psicosocial.....	92
3.3.3 El equipo terapéutico.....	93
3.3.4 Objetivo del equipo terapéutico.....	94
3.3.5 Acompañamiento terapéutico de la esquizofrenia.....	96
3.4 Funciones del acompañamiento terapéutico (AT).....	96
3.4.1 Intervenciones dirigidas a la prevención de recaídas.....	97
3.4.2 Programas de intervención precoz.....	98
3.4.3 Programas de intervención con familias.....	98
3.4.4 Programas psicoeducativo.....	99
3.4.5 Intervenciones dirigidas a potenciar los recursos personales de los pacientes.....	100
3.5 Guía de competencias a desarrollar en pacientes con esquizofrenia.....	100
3.5.1 Habilidades sociales.....	101
3.5.2 Actividades de orientación temporal.....	102
3.5.3 Actividades de orientación espacial.....	102
3.5.4 Actividades de manejo del estrés.....	102
3.5.5 Actividades del estimulación cognitiva.....	103



INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

“La esquizofrenia no puede entenderse sin comprender la desesperación”

-Roland Laing

“La palabra esquizofrenia tiene su origen en dos términos griegos: *schizo* (“división” / “escisión”) y *phrenos* (“mente”). (Pérez y Gardey, 2008). En pocas palabras una mente partida en dos: una que se relaciona con la realidad y la otra con un mundo imaginario. “En 1911 Eugen Bleuler, psiquiatra suizo, pudo reducir las psicosis psiquiátricas a solo dos grupos, mediante la introducción del término esquizofrenia. La esquizofrenia, traducida de manera literal como “escisión de la mente”, permanece como el término predominante y se ha conocido mundialmente por la psicosis”. (...) “Bleuler consideraba que eran centrales para la enfermedad cuatro procesos psicológicos: el autismo (volcarse hacia dentro, lejos del mundo), la ambivalencia (estado de presentar dos sentimientos fuertes pero opuestos al mismo tiempo) y las perturbaciones básicas en el afecto y las asociaciones”. (Bleuler, 1911/1950)

Fue Eugen Bleuler, quien en 1911 utilizó el término de esquizofrenia (*skizeb*: escindir o dividir; *phrenos*: espíritu) por primera vez. A diferencia de Kraepelin que consideraba el empobrecimiento del pensamiento y las emociones como los síntomas centrales del trastorno, Bleuler señalaba otros puntos principales como: la alteración en la asociación de las ideas mientras se piensa y se habla, lo que conducía a una incapacidad de pensar en forma correcta.

A raíz de la categorización de las enfermedades mentales, posterior al planteamiento de Kraepelin y Bleuler, hubo un fenómeno internacional llamado movimiento eugenésico en el que participaron países como: Estados Unidos, Francia, Alemania, Noruega, Dinamarca, Finlandia, Suecia, entre otros; este movimiento consistía en un principio en “esterilizar” a las personas en los casos de “defecto mental congénito, esquizofrenia, psicosis maniaco depresiva, epilepsia hereditaria, sordera hereditaria, deformidad física grave y alcoholismo grave” (Muller Hill 1988: 30, citado en Read et al., 2006), esterilizando a miles de personas.



Posteriormente en 1938, en Europa empezaron a sustituir las esterilizaciones por homicidios a los niños que llegaban a presentar alguna anomalía física o psicológica, esto sucedía en los centros psiquiátricos básicamente, perpetrado tanto por los psiquiatras como por los demás médicos, extendiéndose posteriormente a todos los que eran considerados enfermos mentales. Ya que no existía información suficiente por lo que para ellos era algo con lo que no estaban familiarizados, por lo tanto, si hacemos una comparación en nuestra actualidad si ha cambiado la información con la que contamos, así como el trato que se les da a las personas que padecen dicha enfermedad nos encontramos con que:

Según la OMS (2019) la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, pero no es tan común como otros trastornos mentales. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana. Mientras que en el manual diagnóstico de psiquiatría general (5ta edición) nos menciona que los varones desarrollan sintomatología varios años antes que las mujeres. Antes de desarrollar la enfermedad, es posible que el paciente presente una personalidad retraída o peculiar diferente.

Sin embargo las mujeres por lo general, en el inicio de la esquizofrenia se presentan en el segundo o tercer decenio de la vida, aunque la esquizofrenia paranoide puede aparecer después. En algunas pacientes, la enfermedad se inicia de manera súbita, y en otros ocurren síntomas prodrómicos durante semanas o meses antes de que sobrevengan los síntomas esquizofrénicos evidentes. Los síntomas prodrómicos ordinarios consisten en depresión, ansiedad, desconfianza, hipocondriasis, dificultades notables para concentrarse e inquietud. Ya que normalmente las femeninas son quienes manifiestan cualquier malestar, y son ellas las primeras en reconocer que necesitan ayuda profesional antes que un hombre lo haga, en la actualidad son más mujeres con más estrés, por la sobre carga que conllevan hoy en día.

El género tiene una enorme influencia en nosotros desde el inicio del desarrollo embrionario. Los receptores endocrinos en el cerebro afectan a la cognición, al humor, y la



conducta de forma diferente en hombres y mujeres, y los roles de género afectan inevitablemente a nuestras experiencias psicosociales. Que el género influye en el desarrollo cerebral, a nivel neuroendocrino es claro, por ello no debería sorprendernos que hombres y mujeres presenten diferencias en la vulnerabilidad para desarrollar diversas formas de psicopatología, la expresión de los síntomas, la edad de inicio, su curso y respuesta al tratamiento (Angermeyer MC. 199991; Ellen Frank, Ph.D. 2000, 2005)

Las mujeres presentan más ansiedad, afecto inapropiado y conductas extrañas, y menos pensamiento ilógico que los hombres. Andia y Cols (1995) hallaron un mayor porcentaje de mujeres con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Cabe mencionar que no solo hay un tipo de esquizofrenia, si no hay más de uno entre ellos son: “tipo desorganizado (antes llamado hebefrenia). Los rasgos de este tipo consisten en incoherencia, falta de delirios sistematizados, conducta desorganizada que no es catatónica y afecto embotado, inapropiado o perezoso. Tipo catatónico; los rasgos de este tipo consisten en excitación o estupor y mutismo, negativismo, rigidez y adopción de posturas. Tipo paranoide; Preocupación por uno o más delirios fijos y exclusión de los síntomas regresivos (desorganización notable del lenguaje y la conducta o afecto inapropiado). Tipo residual; los rasgos incluyen falta de delirios, alucinaciones, habla desorganizada, con presencia continua de creencias extrañas, conducta inusual o excentricidad notable. Tipo no diferenciado; conducta muy desorganizada, alucinaciones, incoherencia o delirios notables, pero no se cumplen los criterios para os tipo desorganizado, catatónico o paranoide”. (Goldman, 2001, p.289)

A menudo se informa que hay algún acontecimiento en la vida del individuo que desencadena el desarrollo o el empoderamiento de la esquizofrenia. En otros pacientes es posible definir un acontecimiento precipitante; los factores estresantes psicosociales pueden subestimarse, puesto que el individuo se retira de una realidad dolorosa. La presentación característica de la esquizofrenia es el alejamiento gradual de personas, activas y contactos



sociales, con preocupación cada vez mayor por ideas abstractas y a menudo idiosincráticas. La etapa aguda de la psicosis puede ser intensa, con alucinaciones notables, delirios y trastornos graves del pensamiento. Tras el periodo psicótico activo suele sobrevenir una etapa de depresión pospsicótica, que puede durar varios meses, incluso con tratamiento. Mientras que algunas mujeres solo experimentan una recurrencia y se conservan asintomáticos durante la mayor de sus vidas.

Después de la fase activa de la enfermedad, la alteración puede variar en gran medida, durante la etapa aguda los síntomas psicóticos se acompañan siempre de alteración importante. El sujeto puede requerir hospitalización para garantizar que se satisfagan sus necesidades básicas y que su juicio deteriorado no ocasione complicaciones, como fallas importantes en las relaciones sociales, el trabajo o la educación, descuido personal notable y suicidio o conducta violenta. Aunque hay muchos relatos sensacionalistas de actos violentos cometidos por sujetos psicóticos, los esquizofrénicos no son en general más peligrosos que otras personas que viven en la comunidad. Existen dos excepciones: los pacientes que presentan síntomas de la enfermedad (lo cual se traduce en traslados breves antes, durante y después de las hospitalizaciones) y pacientes con utilización concomitante de sustancias. Incluso entonces, los blancos de violencia son, con frecuencia, sus familiares y no personas desconocidas. La tasa de suicidio entre esquizofrénicos es de 10% y la expectativa promedio de vida es 10 años menor que la de la población general.

El DSM-V incluye un cálculo de pronóstico. El pronóstico es bueno si el inicio de la enfermedad es súbito, se puede identificar con claridad un factor estresante precipitante, y si el funcionamiento social del paciente era adecuado antes de que se desarrollara la enfermedad o si tenía un funcionamiento exitoso en una situación de trabajo fuera del ambiente familiar. El pronóstico es favorable si el inicio de la enfermedad es insidioso, con síntomas que surgieron de manera lenta y sin estrés precipitante claramente identificable, y si el individuo no funcionaba de manera adecuada (en sentido social, económico o intelectual) antes del inicio de la enfermedad.



Ya que las consecuencias de la esquizofrenia son dolorosas e inaceptables tanto para el individuo como para la comunidad que lo rodea. La magnitud de estas consecuencias ha originado la aparición de una amplia variedad de estrategias terapéuticas y de protección. Incluso antes de que se desarrollara una estructura conceptual para explicar la esquizofrenia, se recurría a métodos físicos para proteger a la sociedad y ayudar a las familias y a las personas encargadas de la atención de la salud del sujeto, a volver a mínimas las alteraciones ocasionadas por la esquizofrenia. Los tratamientos durante el siglo XX consistieron en sedación, limitaciones físicas y confinamiento. El tratamiento de hospitalización con frecuencia resultaba en un internamiento continuo en la institución, a menudo hasta la muerte a causa de enfermedades nutricionales e infecciosas. En ocasiones, tras una combinación de tratamientos psicológicos, sociales y biológicos se presentaba una remisión suficiente para el alta. Estos casos sirvieron como base de los informes clínicos y esperanzadores a lo largo de gran parte del siglo XX.

Es por ello que se pretende investigar las causas desencadenantes psicológicas tales como, una sobre carga de estrés, una ruptura, problemas familiares, noticias impactantes, la pérdida de un ser querido o una ruptura amorosa, ya que una de las relaciones más importantes para el ser humano es la de la pareja, por lo que su disolución puede ser una fuente de estrés y malestar general, llegando incluso a trastocar la salud física y mental del individuo. Diversas investigaciones han encontrado una relación significativa entre una ruptura amorosa y altos niveles de depresión, ansiedad e incluso, consumo de sustancias tóxicas, especialmente en las primeras experiencias amorosas, o con parejas de años. Más del 50% de los esquizofrénicos no están recibiendo una atención apropiada. El 90% de los esquizofrénicos que no reciben tratamiento viven en países de renta media y baja. La falta de acceso a servicios de salud mental es un problema importante.

Por ende se pretende demostrar el tratamiento farmacológico para poder extender la información, a quienes les sea útil. Ya que a pesar de que ya no estamos en la edad media cómo cuando se confundía quizá una enfermedad mental por algo de “satanismo” aún hay varios tabús, o información no difundida adecuadamente.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La salud mental necesita una gran cantidad de atención. Es un gran tabú y tiene que ser encarado y resuelto”.

-Adam Ant

La finalidad de este proyecto de tesina es profundizar la investigación en la esquizofrenia en mujeres, describir si hay tipos de esquizofrenia que se pueden detonar o desarrollar durante su periodo de vida, así como también conocer si existen causas desencadenantes para desenvolver la esquizofrenia y por ende conocer el tratamiento farmacológico para ello.

Según la OMS (2019) la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, pero no es tan común como otros trastornos mentales. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones), sin embargo es por ello que se pretende profundizar la investigación en el tema de la esquizofrenia en la mujer, las causas desencadenantes en la mujer para desarrollar esquizofrenia, ya que la mujer es fundamental en la familia y normalmente es la mujer que reconoce que necesita ayuda ya sea médica, psicológica, social, etc. Y se dice que la mujer es quien tiende a desarrollar mayormente alguna enfermedad mental antes que el hombre. “La salud mental de las madres es de primordial importancia para el desarrollo adecuado de la familia, y también tiene efectos sobre su comunidad. Por una parte, los diversos roles que le toca cumplir a la mujer son fundamentales para los demás miembros del grupo familiar. La mujer es madre, esposa, ama de casa, y en la actualidad portadora de ingresos, y es en torno a ella que se organiza la vida diaria”. (Rodda, 1991).



Por otra parte sabemos que no solo hay un tipo de esquizofrenia, si no hay más de uno entre ellos son: “tipo desorganizado (antes llamado hebefrenia). Los rasgos de este tipo consisten en incoherencia, falta de delirios sistematizados, conducta desorganizada que no es

catatónica y afecto embotado, inapropiado o perezoso. Tipo catatónico; los rasgos de este tipo consisten en excitación o estupor y mutismo, negativismo, rigidez y adopción de posturas. Tipo paranoide; Preocupación por uno o más delirios fijos y exclusión de los síntomas regresivos (desorganización notable del lenguaje y la conducta o afecto inapropiado). Tipo residual; los rasgos incluyen falta de delirios, alucinaciones, habla desorganizada, con presencia continua de creencias extrañas, conducta inusual o excentricidad notable. Tipo no diferenciado; conducta muy desorganizada, alucinaciones, incoherencia o delirios notables, pero no se cumplen los criterios para los tipo desorganizado, catatónico o paranoide”. (Goldman, 2001, p.289).

Así mismo conocer las causas desencadenantes para desarrollar la esquizofrenia. Según David G. Espinoza (2018) en el artículo de Psyciencia nos muestra una lista de los factores que se cree que contribuyen al inicio de la esquizofrenia. Herencia genética: Si no hay antecedentes de esquizofrenia en una familia, las posibilidades de desarrollarla son de menos del 1%. Sin embargo, ese riesgo aumenta al 10% si uno de los padres del paciente fue diagnosticado con el trastorno. Desequilibrio químico en el cerebro: Los expertos creen que un desequilibrio de la dopamina (un neurotransmisor), está involucrado en el inicio de la esquizofrenia. Otros neurotransmisores, como la serotonina, también pueden estar implicados en el origen de la patología. Relaciones familiares: No hay evidencia para demostrar o incluso indicar que las relaciones familiares pueden causar esquizofrenia, sin embargo, algunos pacientes con la enfermedad mencionan que la tensión familiar desencadena recaídas. Factores ambientales: Aunque no hay pruebas definitivas, se sospecha que un golpe en el vientre de la madre antes del nacimiento además de las infecciones virales puede contribuir al desarrollo de la enfermedad cuando el feto nace y es adulto. Las experiencias estresantes a menudo preceden al surgimiento de la esquizofrenia. Antes de que aparezcan síntomas agudos, las personas con esquizofrenia habitualmente se tornan malhumoradas, ansiosas y desenfocadas.



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

Esto puede desencadenar problemas de relación, divorcio y desempleo. A menudo se culpa a estos factores por la aparición de la enfermedad, cuando realmente fue al revés: la enfermedad causó la crisis. Por lo tanto, es extremadamente difícil saber si la esquizofrenia causó ciertas

tensiones o si se produjo como resultado de ellas. Esquizofrenia inducida por drogas: Se sabe que la marihuana y el LSD causan recaídas en la esquizofrenia. Además, para las personas con una predisposición a una enfermedad psicótica como la esquizofrenia, el uso de cannabis puede desencadenar el primer episodio.

Y así como esos factores encontramos muchos más en el libro manual de psiquiatría general de Goldman, sin embargo es importante recaudar más información para tener un amplio panorama sobre dicha enfermedad. Porque a pesar de que estamos en el siglo XXI aún existen tabús, porque no todos tienen la dicha de poder estudiar y por ende no obtener información sobre este tipo de enfermedades mentales. Es por ello que al conocer o tener un familiar con esquizofrenia normalmente no saben cómo actuar, a donde ir y sobre todo que tratamiento seguir. Incluso en comunidades pequeñas no hay centros de ayuda, apoyo para estas enfermedades, y por razón no hay un buen tratamiento para ellos.

Aquí otra cuestión importante es conocer el tratamiento farmacológico e indagar si es el mismo para todas las personas que lo padecen. Pues sabemos que hay tipos de esquizofrenia, hay diversas causas desencadenantes, entonces no debería existir el mismo tratamiento para todos los pacientes con esquizofrenia, *¿Por qué?* Porque es como si fuera un paciente a terapia por fobias, pero *¿Qué causó esa fobia?* No podemos tratar a todos los pacientes con el mismo método, mismas herramientas, etc. Para todo paciente existen alternativas, tratamientos y cuidados. Así en este caso para cada paciente con esquizofrenia debe existir un tratamiento para cada uno y sobre todo diferentes dosis, porque no vamos a darle a un paciente la misma dosis de un paciente con esquizofrenia severa a uno que recién tuvo un brote de psicosis.



Pregunta central de investigación

Por lo mencionado anteriormente es que nos planteamos la pregunta para conocer en esta investigación ¿Por qué género se inclina más la esquizofrenia, así como cuáles son los tipos de esquizofrenia que existen y cuáles son las causas desencadenantes psicológicas y si existe un tratamiento farmacológico?

Objetivo general

Profundizar he inclinar la investigación en la esquizofrenia en mujeres, describir los tipos de esquizofrenia que se pueden detonar o desarrollar durante su periodo de vida, así como también conocer si existen causas desencadenantes para desarrollar la esquizofrenia y por ende conocer el tratamiento farmacológico.

JUSTIFICACIÓN

“El dolor mental es menos dramático que el dolor físico, pero es más común y también más difícil de soportar”

-C.S. Lewis

La esquizofrenia es una enfermedad mental, que a pesar de tener más información que hace algunos años, aún existen personas con poca información sobre el tema o nula



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

información, sin embargo según la OMS (2019) la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, pero no es tan común como otros trastornos mentales. Se pretende profundizar la investigación en la esquizofrenia en mujeres, porque bien sabemos que pareciera que las

mujeres somos más vulnerables a que la salud mental se vea afectada por dichos factores sociales, familiares, psicológicos entre otros, aunque cabe la posibilidad de que los hombres soporten los problemas de salud mental por su dificultad para buscar ayuda si tienen algún malestar emocional, puesto que muchas veces prefieren refugiarse en adicciones como el alcohol, tabaco etc. Según Lewine, Walker y Cols, en un estudio “Las diferencias más frecuentemente descritas eran que las mujeres presentaban más síntomas afectivos y menos síntomas negativos. Por otro lado, los hombres presentaban mayor comorbilidad en abuso de sustancias, más conductas antisociales y mayor riesgo de suicidio”. (Lewine, 1981; Walker y cols, 1985).

Se pretende describir los tipos de esquizofrenia que hay, puesto que no solo hay un solo tipo de esquizofrenia y según Andia y Cols (1995) hallaron un mayor porcentaje de mujeres con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide; “Preocupación por uno o más delirios fijos y exclusión de los síntomas regresivos (desorganización notable del lenguaje y la conducta o afecto inapropiado)”. (Goldman, 2001, P. 289).

Así como también investigar las causas desencadenantes para que una mujer pueda desarrollar esta enfermedad mental, hay quienes que por una ruptura amorosa de años tienden a desarrollar un brote psicótico, sin embargo más adelante describiremos cuales son las causas desencadenantes para desarrollar la esquizofrenia.

Así mismo escudriñar el tratamiento farmacológico, pues es claro que no a todos los pacientes se les puede dar el mismo tratamiento, para cada uno siempre hay un tratamiento, y dosis diferentes. Mientras el paciente tenga acceso a tener un tratamiento adecuado está bien, sin embargo no todos los afectados tienen la oportunidad de ser atendidos, y si lo son, no les



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

dan un tratamiento adecuado, y esto los lleva a empeorar en el proceso. “Más del 50% de los esquizofrénicos no están recibiendo una atención apropiada. El 90 por ciento de los esquizofrénicos que no reciben tratamiento viven en países de renta media y baja. La falta de acceso a servicios de salud mental es un problema importante. Por otro lado, las personas con

esquizofrenia son menos proclives a solicitar asistencia que el resto de la población”. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019). Mientras que “En México existen 51 centros integrales de salud mental, 32 hospitales psiquiátricos para atender a cuatro mil pacientes y 54

villas de transición hospitalaria. Además, 19 estados cuentan con 10 por ciento de hospitales generales con al menos una cama de psiquiatría”... “En México, solo el 2% del presupuesto federal destinado a salud se emplea para la atención a pacientes con trastornos mentales” ...

“85% de las personas con algún padecimiento mental no recibe atención, y quienes la reciben tardan desde siete hasta treinta años en obtener un tratamiento”. (UAM Cuajimalpa, 2018).

“La académica del Departamento de Clínicas de la Salud Mental, del Centro Universitarios de Ciencias de la Salud (CUCS) de la UdeG, la Dra. María Guadalupe Covarrubias de la Torre (2018) afirmó que el 80% de los indigentes tiene trastornos mentales a nivel psiquiátrico, que los mantiene con una situación de incapacidad, aunque se desconoce si estos problemas de salud mental se manifestaron antes o durante la situación de indigencia”.

“

Hablan solos, no tienen habilidades para encontrar sus alimentos, esculcan en la basura, se meten a lugares sucios, buscan espacios en sitios insalubres y se va gestando una situación de rechazo en apariencia. Generalmente, el esquizofrénico no tiene un debate directo con otra persona, pues en su mente ya trae el delirio. Entre la gente hay, más que nada, un rechazo por sus condiciones higiénicas” expresó la Dra. María Guadalupe. (González, 2018).



MARCO TEÓRICO



Capítulo I historia de la esquizofrenia

*“Tu perspectiva de vida proviene de la
Jaula en la que estuviste cautivo”*

-Shannon L. Alder

Capitulo I. La historia de la esquizofrenia	
1.1 Historia de la esquizofrenia	17
1.1.1 Historia de la esquizofrenia según diferentes autores.....	19
1.1.2 Historia de la esquizofrenia en el renacimiento	21
1.1.3 Historia de la esquizofrenia “problemas en el cerebro y no en el cuerpo”.....	22
1.1.4 Historia de la esquizofrenia en psiquiatría científica	23
1.2 Esquizofrenia en la mujer	26
1.2.1 ¿Qué es la esquizofrenia?	27
1.2.2 El antes de las mujeres en la salud mental	29
1.2.3 Género o sexo	30
1.2.4 Mujeres en la actualidad	31
1.2.5 Riesgos en mujeres para detonar un trastorno	32
1.2.6 Epidemiología de salud mental en México	33
1.3 Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad	35
1.3.1 Definición del sujeto	36
1.3.2 Historia de la subjetividad	36
1.3.3 La esquizofrenia como enfermedad histórica	37
1.3.4 El lenguaje y las alucinaciones	37
1.3.5 Las voces son el síntoma de una época.....	38
1.4 Diferencias de género	39
1.4.1 Edad e inicio	39



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

1.4.2 Funcionamiento premórbido	40
1.4.3 Curso de la enfermedad	40
1.4.4 Sintomatología	41
1.5 La esquizofrenia a través del tiempo	42
1.5.1 Características esenciales de la esquizofrenia	42
1.5.2 Hipótesis y teorías sobre la esquizofrenia	43
1.5.3 Epidemiología de la salud mental en México	44
1.5.4 Costos de la esquizofrenia	44
1.5.5 La familia y la esquizofrenia.....	45
1.5.6 Funcionamiento social en la esquizofrenia	45
1.5.7 Emociones expresadas	62



Capítulo I

*“Las enfermedades no nos llega de la nada,
se desarrollan a partir de pequeños pecados
diarios contra la naturaleza.*

*Cuando se hayan acumulado suficientes pecados,
las enfermedades aparecerán de repente”*

- Hipócrates

1.1 HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA

Durante varias décadas la salud mental ha sido un tabú, en donde primeramente no se conocía por falta de información o nula información, puesto que en tiempos atrás no existían enfermedades mentales, más bien creían que estaban poseídos o endemoniados, creían que el estado de locura de una persona se debía por atracciones superiores como bien son: mágicas o divinas, y para “curarlos” los sometían a tratamientos religiosos por medio de sacerdotes, rituales religiosos. “Las primeras civilizaciones atribuían con frecuencia la causa de la locura a fuerzas mágicas o divinas. Los intentos de tratamiento eran administrados principalmente por sacerdotes y se basaban en creencias y rituales religiosos”. (Goldman, 2001, p.7). Puesto que loco era todo aquel que se entregaba a los vicios y sobre todo al olvido de virtudes cristianas. “El demente ve lo que otros no pueden ver, sabe decir el futuro y conoce de anteaño el destino de los hombres” (Heers, 1988. p123). A estas personas se les conocía como bufones, y los llamaos bufones personifican otro estrato de construcción de la locura; estos tenían a su cargo el oficio de burlas o “gente de placer”, su función trataba de provocar la risa de los cortesanos. Se desempeñaban en los palacios, pero también servían a otras elites de la sociedad como forma de entretenimiento. La forma de actuar ante estos personajes era un tanto ambivalente, por un lado generaban una gran curiosidad y fascinación, y por otro lado una profunda angustia y repulsión hacia lo “diferente”.



En cuanto al trato dispensado a los locos, resulta igualmente ambiguo y desigual, pues oscila entre la crueldad y la misericordia, entre la burla despiadada y la ternura, entre el escarnio y la admiración respetuosa” (Peñalta, 2008. p.129). Llegaron a sufrir insultos por la calle, persecuciones y golpes, y esto les causaba placer de cierta manera a los habitantes. Aunque también existía otro tipo de locura, aquel conocido como “el loco peligroso”, aquel que necesita ser apartado de la vida social, ya que podría mostrarse violento. Es aquí en donde entran los que creían que estaban poseídos, y a estos los consideraban como habitados por el demonio, una de las primeras medidas a tomar ante estos caos era la de la ayuda de Dios a través de lo sobrenatural, utilizando exorcismo para liberar el alma de la persona de dicho mal. “El loco poseído por el demonio, a veces víctima del maleficio echado por una bruja, puede ser liberado a fuerza de oraciones, de signos con la cruz, de conjuros” (Heers, 1988. p126).

Figura 1

“La esquizofrenia: historia, etiología, epidemiología, criterios diagnóstico y tratamientos



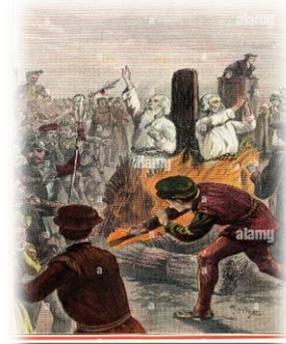
Nota. (Por psicología autodidacta)

Aunque también existían los famosos herejes, cuyos son aquellos que niegan alguno de los dogmas establecidos en una religión, y se le consideraba hereje a todo aquel que se desvía de la fe, con algún acto de rebelión y de alguna manera atenta o pone en tela de juicio de la ideología cristiana. Pero para no confundirse con los que estaban “locos” con los herejes, aquellos que se creía que estaba locos eran examinados por una comisión integrada por miembros de la comunidad a la que pertenecía el supuesto enfermo, que obviamente en estos incluían testigos y médicos. Mientras que en el caso de la herejía el tribuna se encargaba de evaluar si la persona que cometió algún delito se encontraba con en uso de sus facultades



mentales, o simplemente realizo un actos de locura. Pero a quienes se consideraban culpables, sufrían la pena de muerte, y a quienes no, se les expulsaba de las ciudades. También algo similar sucede con los “poseídos”, en este caso primero es realizar un exorcismo, pero en caso de que este no funcione, se procede a la expulsión de la ciudad o al encierro.

Figura 2 “quemado en la hoguera por herejía”



Nota: (Por Alamy foto de stock)

1.1.1 Historia de la esquizofrenia según diferentes autores.

Sin embargo Hipócrates (460-370 A.C) sostuvo que las enfermedades se producían por un desajuste de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. “Esta teoría expresa que el cuerpo humano se compone de cuatro sustancias básicas. Conocida como humores (aunque se refiere a líquidos), y que se debe mantener un perfecto equilibrio entre estos para evitar todo tipo de enfermedades, tanto de cuerpo como de espíritu. De esta forma, la aparición de enfermedades o discapacidades serian el resultado de un exceso o déficit de alguno de estos cuatro líquidos o humores”. (López Huertas, 2016). Pero ¿en qué se basaba esta teoría de los cuatro humores? Esta se basaba en el supuesto de que el cuerpo humano está compuesto por cuatro sustancias básicas en este caso los famosos “humores” y que los equilibrios y desequilibrios en las cantidades de estas en un organismo determinan la salud de este. Estos humores se correspondían a los elementos como; aire, tierra, fuego y agua, aunque estas habían señaladas anteriormente por el filósofo Empédocles como las materias primas de todo lo que existe. La pregunta es; ¿Cómo se relacionan los humores con los cuatro elementos? La bilis negra; esta sustancia se vincula al elemento tierra, cuyas propiedades eran el frío y la sequedad. Bilis amarilla; corresponde al elemento fuego, sus cualidades era la calidez y la sequedad. Sangre; sustancia vinculada al elemento del aire, cuyas propiedades eran la calidez y la humedad. Finalmente la flema; relacionada con el agua, que está relacionado con el frío y la humedad. Era pensado que cualquier desequilibrio de estos fluidos causaba enfermedades. Él atribuyó el cáncer a un



exceso de bilis negra. La teoría de los cuatro humores ofrecía una base sobre la que trabajar en la medicina. De este modo diversos tratamientos para las enfermedades consistía en modificar la dieta de los pacientes para equilibrar los humores.

Pero fue Aristóteles (384-322 a. De. C.) quien continuó con las concepciones hipocráticas acerca de las perturbaciones de la bilis. Aristóteles establece a lo largo del tiempo una relación entre la bilis negra y el vino, para explicarnos por medio de esta analogía cuales son los efectos del humor melancólico en el cuerpo humano, puesto que tanto la bilis negra como el vino se mantiene en una comparación por la particularidad de cambiar el carácter de manera impredecible y repentina: ya que vino tomado en abundancia parece que predispone a los hombres a caer en un estado semejante al de aquellos que hemos definido como melancólicos, y su consumo crea una gran diversidad de caracteres, como por ejemplo los coléricos, los filantrópicos, los compasivos y audaces. Al decir esto establecemos que existen, por un lado, enfermedades melancólicas y, por otro, temperamento melancólico. Las enfermedades melancólicas pueden producirse por una alteración cualitativa y transitoria de la bilis negra provocada por trastornos digestivos o por el calor o frío inmoderados acompañados de un exceso, y el temperamento melancólico se da simplemente por una preponderancia cuantitativa y natural del humor melancólico sobre los demás.

Mientras que Platón (427-347 a.C) consideró que los trastornos mentales eran en parte orgánicos, en parte éticos y en parte divinos, clasificando la locura en cuatro tipos: profética-APolo, ritual-Dioniso, poética-las Musas y erótica-Afroditas y Eros). Sin embargo fue el propio Platón (427/28-347/48 a.C) quien comenzara la corriente científico-filosófica sobre la enfermedad del amor con la escritura de sus obras, especialmente las dedicadas al tema del amor: el Simposio y el Fedro.

Sin embargo Celso (25 a.C-50 d.C) dividió las enfermedades mentales en febriles (delirios) y no febriles (locura), consideró necesario el confinamiento y los procedimientos restrictivos (hambre, cadenas y grillos) para el control de la violencia, considerando los sustos



súbitos como tratamiento. Después Areteo (50-130 d.C) encontró que la manía y la melancolía podían presentarse como parte de una misma enfermedad, este concluyó que las personas propensas a la manía eran irritables y violentas.

Sin embargo Galeno (130-200 d.C) hizo una síntesis de los conocimientos existentes hasta ese entonces, convirtiéndose en un sumario, o más bien un epílogo del periodo grecorromano. Fue en la edad media en el imperio romano que, la iglesia excluyó a la psiquiatría de la medicina, pero no pudo suprimirla, pues reapareció bajo el nombre de demonología y aquí es donde las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones mentales. Mientras que Razés (865-925) conocido como el “Galeno persa” quien se opuso a las explicaciones demonológicas de las enfermedades. Las personas poseídas podían llegar a presentar síntomas físicos anormales de deterioro, proclividad a la maldad, fuerza sobrenatural, conocimientos más allá de su entendimiento, diferencia por las ordenanzas sociales, manifestaciones furiosas o crisis violentas. El primer paso al detectar un persona poseída, es que un sacerdote le practique un exorcismo que logre expulsar el espíritu maligno de su cuerpo, a pesar de que a veces estos demonios podían fingir su salida. En el caso de los más peligrosos o aquellos que no se les podía arrancar el “espíritu” de su cuerpo, la ciudad los expulsaba fueras de sus murallas o se recurre a lugares de encierro. “Ciertos médicos, o charlatanes, pretendían extirpar el mal, y así lo recogen, aunque bajo forma distinta, los escritos y luego los artistas que hablan de a piedra de la locura” (Heers, 1988. P. 126).

1.1.2 Historia de la esquizofrenia en el renacimiento

Durante el renacimiento (1486) los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, publicaron el *Malleus maaleficarum* (el martillo de las brujas). Atribuyendo a su vez la causa de todas las enfermedades mentales al demonio. El tratamiento aquí era más preciso



para la enfermedad mental puesto que en ese entonces aplicaban la tortura, incluso la muerte y la cremación como un acto de piedad, según ellos para “liberar el alma”. Durante la primera revolución psiquiátrica se fundó el primer hospital psiquiátrico del mundo en Valencia en 1409, por el sacerdote Fray Juan Gilbert Jofré. Luego desde 1412 a 1489 se fundaron en España cinco centros similares y en 1567 se formó el primer centro mental en el Nuevo Mundo (México). Pero Paracelso (1493-1541) se opuso a las creencias médicas de su época. Rechazó la demonología, así también lo hizo Vives (1492-1540) considerado como el padre de la psiquiatría moderna y primer psiquiatra.

Figura 3 “Pintura Goya, casa de locos.”



Nota: (Por Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana)

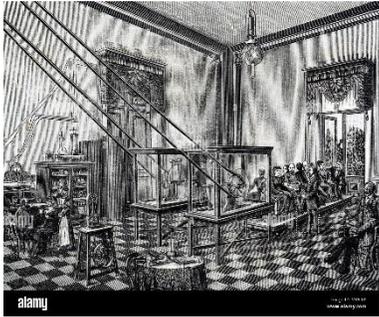
1.1.3 Historia de la esquizofrenia “problemas en el cerebro y no en el cuerpo”

Los enfermos mentales ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era un lamentable durante la ilustración. Si no eran internados en los hospitales, vagaba solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. En 1656, un adicto en Francia estableció asilos para insanos, cuyos directores estaban autorizados para detener personas indefinidamente y en los cuales se llegó a encerrar enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos, a lo que sumaba que debían soportar los inhumanos tratamientos: eméticos, purgantes, sangrías y torturas. Los primeros psiquiatras probaron todo tipo de experimentos para “ayudar” a sus pacientes, muchos de estos experimentos en la actualidad siguen vigentes, aunque sabemos que hoy en día son tratos de “tortura”, como por ejemplo “la ducha”, que consistía en sorprender a los pacientes con un balde de agua helada, aunque este acto lo llegan a usar en la actualidad para los temazcales, y en algunos centros psiquiátricos, este acto se llevaba a cabo en aquellos tiempos, algunos abandonaban a pacientes en el medio del río, forzándolos a nadar hasta la costa. La idea era que podían liberar a la mente y sacar a las personas dentro del estado de locura en el que se encontraban. Esto se basaba en la teoría de René Descartes, quien creía que el cuerpo y la mente eran dos entidades



separadas y que la mente de un “lunático” estaba atrapada en un cuerpo enfermo, del que tenía que librarse.

Figura 4 “La electroterapia, 1877. París.”



Nota: (Por World History Archive / Alamy foto de stock

Hubo una forma de terapia que empezó a desarrollarse en 1800 y tuvo más éxito, a tal punto que se sigue utilizando (aunque de una manera más sofisticada) esta terapia es la electroterapia. Es una de las primeras máquinas creadas para tratar a enfermos mentales con shocks de poco voltaje. ¿Te imaginas pequeñas descargas en tu cuerpo? Pues también recibían con otra máquina más “moderna” de ese entonces pequeñas descargas eléctricas que van directamente al cerebro. Fue así como la ciencia por sin comprendió que los problemas estaban en el cerebro y no en el resto del cuerpo.

1.1.4 Historia de la esquizofrenia en psiquiatría científica

Alrededor de 1800 comienza en Francia la Psiquiatría Científica, con la obra del médico y reformador francés Philippe Pinel (1745-1826), quien plantea que no deben construirse nuevas hipótesis sino limitarse a la observación y descripción de hechos. La contribución fundamental de Pinel fue cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que sean considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico. Liberó a los pacientes de sus cadenas en 1793, Pinel llamó su labor “tratamiento moral” que incluía en aislar a los pacientes, prohibir su exposición al público para entreteniendo para tratarlos con dignidad, la terapia moral también incluía crear confianza en la relación médico-paciente, disminuir los estímulos y fomentar la actividad sistémica. También clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipo: manía (delirio generalizado con agitación), melancolía (simple, delirio parcial, de mano con la depresión), mutismo (no hablan, tendencia a quitarse la vida) y demencia (perdida de las funciones mentales), explicando su origen por la herencia y las influencias ambientales. La psiquiatría se libera de



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

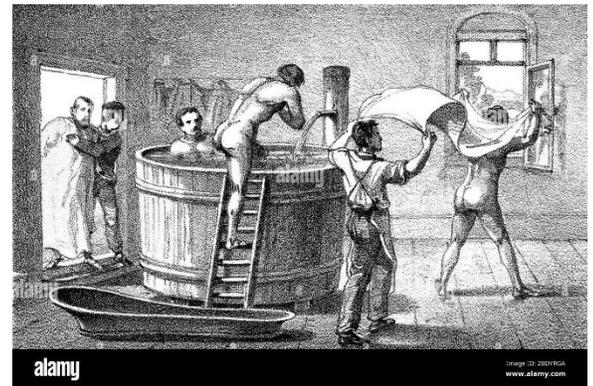
las interpretaciones demonológicas y se sustituye la especulación por la observación empírica originándose así la segunda Revolución Psiquiátrica.

Mientras que Esquirol (1782-1840) discípulo de Pinel, fue el psiquiatra más influyente de la época. Continuator de la terapia moral, consideraba al asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental. Fue Johann Reil (1759-1813) el creador de la psicoterapia racional y fundador de la primera revista psiquiátrica, fue también el primero en utilizar la palabra “psiquiatría”.



“En el siglo XIX anunció el comienzo de una aproximación más científica a la psiquiatría. Se registraron muchas descripciones detalladas de síndromes psiquiátricos y establecieron las bases para una clasificación moderna de los tipos de trastornos mentales. Emil Kraepelin (1856-1926) es bien conocido por su contribución al diagnóstico diferencial en psiquiatría. Surgió dos categorías maniaco-depresiva y demencia precoz. La categoría maniaco-depresiva de Kraepelin corresponde, en términos generales, a la clasificación moderna de los trastornos emocionales. (...) además señaló el curso cíclico de este tipo de enfermedad, con una recuperación que sigue a los episodios sintomáticos. La demencia precoz es la precursora de la clasificación actual de la esquizofrenia y síndromes relacionados. (...) Kraepelin señaló el curso deteriorante a lo largo del plazo de este tipo de enfermedad, en contraste con el curso fluctuante que toman las enfermedades maniaco-depresivas. Eugen Bleuler (1857-1939), psiquiatra suizo, continuó el estudio y la descripción de la demencia precoz y rebautizó este síndrome con el nombre de esquizofrenia para distinguirlo de la verdadera demencia.” (Goldman, 2001, p.8). Una de sus terapias con éxito de Kraepelin consistía en la utilizar el baño a temperaturas diferentes en tiempos también diferentes según los cuadros clínicos. En general se pretendía sedar al paciente en estados de agitación o estimularlo a estados de postración.

Figura 5 “Hidroterapia, 1860.”



Nota: (Por Science History images/ Alamy foto de stock).

Sin embargo como bien sabemos fue Eugen Bleuler, quien en 1911 utilizó el termino de esquizofrenia (skizeb: escindir o dividir; phrenos: espíritu) por primera vez. A diferencia de Kraepelin que consideraba la escasez del pensamiento y las emociones como los síntomas centrales del trastorno, Bleuler señalaba otros puntos como principales: la alteración en la asociación de las ideas mientras se piensa y se habla, lo que conducían a una incapacidad de pensar en forma correcta. Los movimientos revolucionarios que se dieron en la década del 60, permitieron el cuestionamiento y aumento de la opinión publica en el referente a las



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

condiciones de los enfermos mentales y manicomios, dando lugar a los primeros de reforma en la atención en salud mental. Cabe destacar también la influencia del psicoanálisis, teoría que había nacido con Sigmund Freud. Por otro lado a pesar de los avances en la psiquiatría en los años 60s surge un movimiento llamado “anti psiquiatría”. Algunos principales miembros de este movimiento son David Cooper, Ronald Laing y Thomas Szasz; se oponen a métodos como los electroshocks y lobotomía, así como que los enfermos mentales estén encerrados contra su voluntad. Y así fue la lobotomía fue eliminada, la psiquiatría acepta que las personas con trastornos mentales deben incorporarse a la sociedad.

“Pocos hombres en el siglo XX cobraron tanta importancia como Sigmund Freud (1856-1939) tanto como fundador de la psiquiatría moderna como por fuerza cultural... comenzó a dar consulta a pacientes cuyos síntomas no podían explicarse mediante los enfoques de la neurología tradicional. El trabajo de Freud con estos pacientes lo inspiró a formar las teorías y la práctica del psicoanálisis. (Goldman, 2001. p. 8). En lo que refiere al psicoanálisis, tanto Freud como Lacan se ocuparon de la esquizofrenia; si bien fue el segundo quien se adentró en el trabajo clínico desde el campo de las psicosis ya desde su tesis doctoral de 1931, el primero teorizó en el correr de toda su obra sobre los distintos tipos clínicos de las psicosis así como también en los diferentes aportes que el psicoanálisis podía hacer al abordaje de estas presentaciones, remarcando que ambos se enfocaron con mayor amplitud al estudio de la paranoia y dejaron algunas referencias dispersas en lo que es la esquizofrenia. Freud se da cuenta de que en la esquizofrenia se encuentra con la ruptura del vínculo entre la representación-cosa y la representación- palabra a diferencia de la neurosis, donde tenemos

representación- palabra y representación- cosa-, haciendo imposible la instauración del orden representacional y llevándolo a hacer aquella conocida afirmación: los esquizofrénicos tratan a las palabras como si fueran cosas. (Ibíd, p. 200).

Y es así como a través del tiempo la “locura” siempre ha existido, solo que ha tenido diferentes definiciones, significados y sobre todo métodos con que tratarlos, desde la



incomprensión hacia las personas que padecían “locura” desde la edad media, hasta en los tiempos actuales que intentamos comprenderlos, porque realmente hay poblaciones con nula información y esto hace que no todos los afectados tengan un tratamiento adecuado.

1.2 Esquizofrenia en la mujer

Primeramente definamos esquizofrenia, “f. Enfermedad mental caracterizada por la disociación de las funciones psíquicas”. (García y Gross, 2008. P 228). Históricamente se ha planteado el vínculo entre los términos psicosis y esquizofrenia como una relación de género a especie: la esquizofrenia es un cuadro psiquiátrico “especifico” dentro del campo “genérico” de las psicosis.

Y para esto debemos saber el término de psicosis aunque sabemos que así como hay definiciones y modificaciones de otros temas tales como esquizofrenia entre otros, así pasa con la psicosis. “El termino psicosis fué utilizado por primera vez en 1845 por un representante de la escuela romántica, - Ernst Freiherr Von Feuchtersleben (1806-1849), decano de la Facultad de Medicina de Viena, en su Lehrbuch del Ärztlichen Seelenkunde para designar las

Figura 6 “la psicosis ocurre cuando una persona pierde contacto con la realidad”



Nota: (Por Adamed TV)

manifestaciones de la enfermedad mental (Seelekrankheit), en tanto que el termino neurosis designaba las alteraciones del sistema nervioso central que pueden, en ciertos casos provocar estas manifestaciones” (Garrabé, 1996. p. 33).



Con Emil Kraepelin (1856-1926), la consideración de la psicosis dejó de ser entendida de manera exclusivamente sintomática. Pues la psiquiatría debía apostarse a la configuración de entidades clínicas que pudieran ser investigadas como si se tratara de enfermedades médicas. El proyecto kraepeliniano consideró que la psicosis constituirían, en la medida que se fuera profundizando en su etiología (fisiopatología y anatomía patológica), el modelo a través del cual la psiquiatría lograra su rúbrica de especialidad médica (Baca Baldomero, 2007).

De acuerdo con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2017) las psicosis son trastornos mentales, que se caracterizan porque el paciente sufre una pérdida de contacto con la realidad, no puede pensar, percibir o juzgar con claridad. Los enfermos psicóticos sufren un gran deterioro en su personalidad, en relaciones afectivas y su actividad física disminuye presentando faltas de coordinación en sus movimientos. Las causas que desencadenan los trastornos psicóticos son de diversa naturaleza, pueden deberse a una grave lesión cerebral, tener un origen genético, o social. Atendiendo a los síntomas que presenta el paciente y al origen del problema, las psicosis se pueden clasificar en varios tipos. Una de las psicosis más conocidas es la esquizofrenia.

1.2.1 ¿Qué es la esquizofrenia?

¿Y entonces que es la esquizofrenia? La esquizofrenia es un trastorno mental grave, en el que el paciente no distingue con certeza entre la realidad del mundo exterior y la realidad interna que tiene su propio mundo, con delirios, alucinaciones y un pensamiento anormal.

“Una persona tiene dificultades inusuales cuando afronta los conflictos con su entorno y levanta una polvareda, por así decirlo. He usado la metáfora del pez enganchado al anzuelo: sus giros pueden parecer extraños para los otros peces que no comprenden las circunstancias; pero su chapoteo no es su sufrimiento, es su esfuerzo para liberarse de su sufrimiento, y como sabe todo pescador esos esfuerzos pueden tener éxito.” (Karl Menninger)



Sin embargo fue Bleuler quien denominó “esquizofrenia” (1911) el término que intenta conceptualizar a los pacientes antes diagnosticados como dementes precoces, destacando una dinámica psicológica y psicopatológica específica. “El término “esquizofrenia” detona un trastorno mental grave y prolongada que se manifiesta por una amplia variedad de alteraciones de pensamiento, lenguaje y conducta. A pesar de que se ha analizado como enfermedad, la esquizofrenia puede considerarse de manera más apropiada como un grupo de trastornos de causa incierta con cuadros clínicos similares, que incluyen de modo invariable perturbaciones de pensamiento en un sensorio claro y, con frecuencia, síntomas característicos como alucinaciones, delirios, conducta aberrante y deterioro en el nivel general de funcionamiento. La Esquizofrenia es un trastorno que se encuentra en todos los países y sociedades del mundo; aproximadamente 1 de cada 100 personas desarrollará esquizofrenia durante el curso de su vida” (Goldman, 2001. p. 285). Sabemos que todo evoluciona, como la evolución de las mariposas, primero es un gusano, en el cual nadie les hace caso normalmente, hasta que se

convierte en una bella mariposa, así paso con la salud mental, al principio nadie le tomaba importancia, hasta que descubrieron lo tan importante que es este tema.

Figura 6 “vivir con esquizofrenia”.



que esta afecte a
a nuestro día con día
¿Sabías

Nota: (Diseño Bárbara Castrejón, DGDC-UNAM).

Ya que la salud es un estado de bienestar completamente y ¿a qué nos referimos? A un bienestar tanto físico, mental y social. Ya que muchas veces la salud mental puede ser tan detonante en nuestras vidas sin darnos cuenta nuestra vida escolar, laboral, y provocar incluso el suicidio.

que? el suicidio está catalogado como la segunda causa de muerte en el grupo de personas de 15 a 29 años de edad, de acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). En México, la tasa de casos de depresión entre los años 2014-2017 aumentó aproximadamente



36 por ciento, con un total de 203 casos reportados en el 2017 por el Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI).

1.2.2 El antes de las mujeres en salud mental

Pero aunque ya se le haya atribuido un papel importante a los especialistas de salud mental, aún existen tabúes erróneos como “el psicólogo es para locos”. Es por eso mismo que es más difícil que un hombre asista o recurra a pedir ayuda psicológica o psiquiátrica que una mujer porque si recordamos anteriormente existían pensamientos machistas, en donde a la mujer no se le daba atención o cuidado en el ámbito de salud más que cuando estaban en labor de parto, anteriormente la salud de las mujeres normalmente se centraba en el área de la reproducción.

A las mujeres se les excluía en muestras clínicas de investigación, siendo los hombres los protagonistas de diversas investigaciones, y aunque las incluyeran los estudios no eran analizados porque creían que arrojaría mismo resultados, pero afortunadamente vemos en la actualidad que la cuestión de género ha ido cambiando, a los largo de diversas investigaciones se han comprobado que hay grandes diferencias en caso de algunas enfermedades entre el sexo femenino y masculino, gracias a la modernidad y avances se ha detectado diferencias en cuanto a la farmacocinética debidas a factores hormonales. Como por ejemplo las mujeres son más factible a experimentar trastorno de ansiedad o trastornos de la conducta alimentaria, por otro lado las mujeres están más expuestas a circunstancias ambientales adversas (como abuso sexual), que esto las puede conducir a cuadros clínicos específicos. Y es claro que hay una compleja relación entre género y patología mental, las diferencias biológicas, los factores socioculturales de cada género para producir alguna enfermedad mental.

Otro ejemplo es “con respecto a lo que ocurre en nuestro país, la depresión, ya sea como sintomatología o como trastorno mental, también es más prevalente en mujeres de la población adulta y adolescente. La depresión mayor ocupa el cuarto lugar entre las cinco



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

principales causas de años de vida perdidos en la salud en las mujeres mexicanas. ¿Qué factores se asocian con estos problemas de salud mental? Una revisión de Berenzon señala que uno de los principales factores psicosociales asociados a la depresión en la población mexicana es precisamente ser mujer, sobre todo si es jefa de familia o si se dedica exclusivamente a las labores del hogar o a cuidar algún enfermo.” (Ramos, 2014. p. 275)

1.2.3 Género o sexo

De cierta manera pareciera que las mujeres son más vulnerables a desarrollar alguna enfermedad mental antes que el hombre. ¿Pero cuando hablamos de hombres y mujeres a que nos referimos? ¿Sexo o género? Es una pregunta que por mucho tiempo nos hacemos al momento de una investigación, pero bueno no olvidemos que el sexo se refiere a las diferencias biológicas entre los mismos (hombres y mujeres), en cambio en el género, refiere el significado social construido entono a dichas diferencias en contextos históricos.

De acuerdo con la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (2016) declara que el “sexo” se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer, por ejemplo: las mujeres tienen menstruación pero los hombres no. Mientras que el “género” se refiere a los atributos sociales y las oportunidades asociadas a ser hombre o mujer, y las relaciones entre mujeres y hombres, niñas y niños. Estos atributos, oportunidades y relaciones se establecen y se aprenden en la sociedad, son específicos al contexto o tiempo, y pueden cambiar, por ejemplo: el hecho de que las mujeres hagan más tareas del hogar que los hombres.



El género determina lo que se espera, se permite y se valora en una mujer o un hombre en un contexto determinado. El “hombre” y la “mujer” son categorías sexuales, mientras que lo “masculino” y lo “femenino” son categorías de género.

“Las mujeres con problemas de salud mental sufren una múltiple discriminación. Por un lado, las vinculadas al mero hecho de ser mujer, el rol social y cultural que se les asigna. Por otro lado, tener una discapacidad y, por último, la imagen social estigmatizada de la salud mental con respecto a otras discapacidades físicas o intelectuales. Las mujeres con problemas de salud mental son especialmente vulnerables, en particular, sufren el riesgo de rechazo, aislamiento y exclusión social. (...) el género, como constructo social bien definido en una sociedad patriarcal, también genera situaciones de desigualdad entre las mujeres y los hombres con discapacidad” (Álamo, 2020. p. 14).

1.2.4 Mujeres en la actualidad

Y ya que tocamos el tema de hombres y mujeres, pese a que estamos en un tiempo en donde hay equidad de género, en donde hay cada vez más padres solteros, en donde vemos a más mujeres emprendiendo, trabajando, las vemos queriéndose superar día con día, en donde la mujer es ahora en la mayoría de veces la que aporta para los gastos del hogar, y a pesar de tener una vida tan ajetreada, y no estar de sumisa como hace años, en donde la mujer solo se dedicaba al deber del hogar, como esposa y como madre, hoy las vemos que salen a trabajar en diferentes ámbitos, desde trabajos como arquitectas, empresarias, emprendedoras, ingenieras, docentes, relacionadas con la salud, etc.

Y a pesar de que trabajan, llegan a casa a hacer los labores de casa, y un así tienen fuerza para dedicarlo a sus hijos ¿Cómo es que hacen tanto en tan poco? Muchas veces las ganas de salir adelante, las llevan a no rendirse nunca, pero ¿Qué pasa en algunos casos de estas



mujeres? Se llevan una sobre carga de estrés, se llevan una gran sorpresa con el paso del tiempo, detonando y desarrollando enfermedades que más adelante les será difícil tratarlas si no se diagnostica y sobre todo si no hay un tratamiento adecuado.

Es por ello que los roles de género son sumamente importantes, puesto que somos las mujeres que le dedicamos menos tiempo al descanso, al deporte, o incluso a actividades de nuestro propio interés, en parte porque nos impide porque dedicamos tiempo al cuidado de los hijos, padres, abuelos, hogar, entre otros como el trabajo fuera de casa. Esto nos impide incluso nuestro propio cuidado, nuestro bienestar físico y mental. Son diversas causas que más adelante hablaremos de ello que hace que las mujeres seamos más vulnerables a padecer una enfermedad mental, entre ella la esquizofrenia.

De acuerdo con el Dr. Daniel Drubach (2013) en una entrevista mencionó que las enfermedades mentales más comunes en mujeres son las “enfermedades afectivas” entre ellas la depresión, bipolaridad y la psicosis (esquizofrenia), esto debido a la cuestión de género, el papel importante que hoy en día toma la mujer. ¿Pero cómo afecta la esquizofrenia en la mujer? En las mujeres afecta en su pensar, en cómo se siente y se comporta, y parecieran como si hubiesen perdido el contacto con la realidad, como si crearan un mundo con un entorno que ellas mismas construyen, lo que puede ser angustiante para ellas, familiares y amigos.

1.2.5 riesgos en mujeres para detonar un trastorno mental

Los síntomas de este trastorno dificultan la participación en la actividad cotidiana o habitual, aunque existen pacientes que reciben un tratamiento mejorado, y adecuado que este permite que ellas salgan al trabajo como es de costumbre sin interrumpir alguna actividad. Consideramos importante la salud mental en las mujeres y sobre todo la esquizofrenia ya que



“se considera que las mujeres tienen mayor riesgo de problemas mentales debido a que, a continuación se presentan en la tabla 1.

Tabla 1

Riesgos considerables para detonar un trastorno mental en las mujeres

Realizan trabajos sin remuneración como el cuidado de los hijos, las tareas domésticas y el cuidado de otros familiares.

Con mayor frecuencia son pobres y no tienen injerencia en las decisiones financieras

Son más propensas a sufrir violencia y coerción de parte de sus parejas.

Son menos proclives a tener acceso a factores proyectores como la participación en educación, el empleo bien remunerado y las decisiones políticas.”

Nota: Fuente. (De la Fuente y Heinze. Capítulo.5)

1.2.6 epidemiología de salud mental en México

Una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que en nuestro país, para una población aprox. De 100 millones de personas, padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población. *Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit. Pág. 44. La tabla de la fuente indica los valores 7.8, 3.7, 2.8, 1.1, 2.5, 1.0, 0.2, 0.6,0.6, y 1.1, los cuales son erróneos.2004*

(Ver la tabla 2, que indica los porcentajes para los trastornos mentales abordados por la encuesta citada)



Tabla 2

Datos epidemiológicos de salud mental en México

<i>Trastorno</i>	<i>Hombres %</i>	<i>Mujeres %</i>	<i>Total % (promediado y ajustado)</i>
1. Depresión	4.9	9.7	7.30
2. Epilepsia	3.4	3.9	3.65
3. Probable psicosis	3.2	2.6	2.90
4. Probables trastornos límitrofes	1.6	0.8	1.20
5. Trastorno obsesivo	1.6	3.0	2.30
6. Probable esquizofrenia	1.2	0.9	1.05
7. Manía	0.3	0.2	0.25
8. Psicosis inespecífica	0.7	0.6	0.65
9. Trastorno bipolar	0.7	0.6	0.65
10. Trastorno de ansiedad	0.3	1.6	0.95



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

Fuente: Caravelo y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de psiquiatría, 1994.

1.3 Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad

Desde tiempos atrás se tenía entendido que las enfermedades mentales eran signos de una maldición, o un estado de locura en donde la mente estaba dividida o fragmentada, por ello no estaban en un estado de uso de razón correctamente, sin embargo “la idea de mente dividida, fragmentada o escindida, con la que se quiere significar la ruptura de la unidad interior, se ha expresado con numerosos términos: disgregación, escisión, disociación, discordancia, esquizofrenia, etc.” (Álvarez y Colina, 2011. p.8). Mientras que en el campo de la locura podemos hallar desde la antigüedad descripciones certeras de lo que hoy en día llamamos melancolía, manía (excitación) y paranoia, pero no puede decirse lo mismo de la esquizofrenia (automatismo mental) en psiquiatría es un concepto elaborado en 1920 por el etnólogo y psiquiatra francés, Gaëtan Gatian de Clérambault, que también fué pintor y fotógrafo.

El “momento histórico en el que se produjo una profunda transmutación de la subjetividad, cuya expresión más reveladora son las voces (alucinaciones verbales). Aunque la opinión general dé por seguro que la esquizofrenia existe desde siempre, a finales del pasado siglo algunos autores ya se formularon la pregunta sobre su posible origen histórico⁴. Al respecto de este debate resulta obligado evocar los trabajos de Hate y Crow. Pese a sus muchas divergencias, ambos tienen en común una concepción biológica de la enfermedad: vírica, según Hate; genética, en opinión de Crow. Desde este punto de vista, se trata de explicar por qué el agente infeccioso causante de la esquizofrenia se activa en determinado contexto histórico (revolución industrial), o qué cambios en la estructura del cerebro han ocasionado la aparición de esa enfermedad. En su libro *On the History of Lunacy: the 19th Century and after*, Edward H. Hare argumenta su tesis de que las enfermedades no son estáticas, sino que

pueden aparecer de pronto, crecer y decrecer, incluso sin la intervención del hombre. Respecto a la esquizofrenia propone que se produjo «algún cambio de naturaleza biológica,



alrededor de 1800, de manera que a partir de entonces aumentó la frecuencia de un determinado subtipo de esquizofrenia." (Álvarez y Colina, 2011. p.10).

1.3.1 Definición del sujeto

“Sujeto es quien trata con los demás y al mismo tiempo se observa y se juzga en un acto de indagación interior. Mediante un gesto hegeliano del que aún somos herederos, el sujeto llega a serlo porque es a la vez para el otro y para sí mismo⁹. Incluso se podría ir más allá, pues lo que hace sujeto al sujeto es el descubrimiento de que no es dueño enteramente de su casa y de que en su propio interior habita otro que le gobierna y le confunde” (Álvarez y Colina, 2011. p.11).

1.3.2 historia de la subjetividad

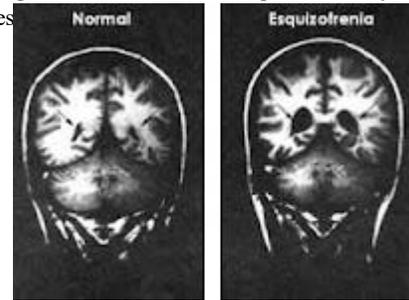
La historia del sujeto es principalmente la historia de sus fracasos, es decir, la historia de su locura, puesto que la locura no es un avatar circunstancial del sujeto sino su condición de posibilidad, su premisa constitutiva. Con razón, el primer historiador de la subjetividad, Foucault, empezó por ella su estudio. Ahora bien, este carácter temporal nos obliga a cuestionar con mayor precisión aún los efectos de la historia. La pregunta es crucial pero muy compleja, y nada del pensamiento tradicional nos ayuda a formularla. Un requisito inicial nos exige distinguir entre lo estrictamente histórico y lo simplemente cultural, que se diferencian aquí sin llegar a contraponerse del todo. Pues lo cultural, si aceptamos su empleo restringido, afecta tan sólo a las mutaciones superficiales derivadas de la variación de las costumbres, de los estilos narrativos y de las elecciones del deseo, que en su conjunto vienen a superponerse con lo que se ha llamado cambios de mentalidad.

1.3.3 La esquizofrenia como enfermedad histórica



En base a todo lo que se ha investigado durante este proyecto de tesina, hemos sabido que la esquizofrenia bien ha estado desde hace mucho, sin embargo no se le había atribuido la importancia que respecta a ello, las enfermedades mentales eran producto de la locura, abandonos, desamor, vagabundos, etc. Hasta que llegaron diferentes interesados en indagar, investigar y comprobar, y es ahí donde surgieron varios términos como la psicosis entre otros. Cuando nace el psicoanálisis fue el boom! De todo ¿Pero porque? Resultó importante para la esquizofrenia y para la subjetividad. “ a lo largo de toda su construcción teórica Freud mantuvo en primer plano la división subjetiva, aspecto crucial que desarrolló en su metapsicología en los aparatos tópicos (inconsciente, preconsciente y consciente; yo, ello y superyó), dinámico (conflicto psíquico) y económico (empuje pulsional). A diferencia de Bleuler y otros autores, Freud concibió la división del sujeto como un hecho estructural, esto es, como un principio que afecta a todos los sujetos, no sólo a los esquizofrénicos. En este sentido se puede afirmar que fue hasta ese momento. La concepción teórico-clínica que mejor reflejó y explicó la subjetividad del hombre moderno (...) Esta posición resulta más acentuada en las elaboraciones de Lacan, para quien la psicosis fue siempre la referencia que inspiró sus modelos psicopatológicos”. (Álvarez y Colina, 2011. p.14 y 15). Y es así como a través del tiempo van recabando más datos para tener mayor precisión sobre este tema, sin embargo hasta la fecha sigue siendo tan complicado.

Figura 7 “Diferencias entre paciente sin y con esquizofrenia”



Nota: (por el Dr. Jesús Gutiérrez Dara Salud y Medicina, portal que difunde contenidos de interés Médico).

1.3.4 El lenguaje y las alucinaciones

El lenguaje y las alucinaciones han estado desde años atrás con nosotros y son factores importantes para en este caso, la esquizofrenia, si bien sabemos las alucinaciones eran parte en



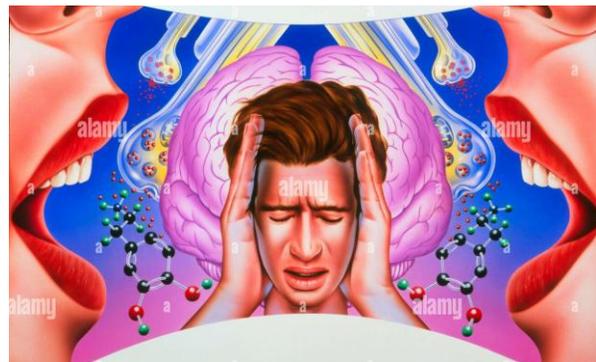
la antigüedad parte de un estado de “poseído” por ende había personas que incluso tenían distorsiones de voz, asustando y creyendo que el “demonio” estaba haciendo presencia, con el tiempo este fue siendo parte de características de diversos trastornos, entre ellos hoy en la actualidad, esquizofrenia. (Álvarez y Colina, 2011. p.14 y 15).

1.3.5 Las voces son el síntoma de una época

“Las voces de los esquizofrénicos no son otra cosa que las respuestas del sujeto a lo imposible, respuestas al fin y al cabo ante la presencia de ese real que se ha vuelto peligroso y amenazador. Surgen del cortocircuito establecido entre una palabra fundida con las cosas y la

urgencia del lenguaje que acude a sofocar como puede, es decir, con el delirio, la herida que se ha abierto en el mundo y en la división del hombre. Las voces, en este caso, son la lengua muda que empieza a recobrar el habla, son un alfabeto naciente y titubeante. En la psicosis moderna el verbo campa a sus anchas sin llegar a hacerse carne en el discurso (...) Las voces del esquizofrénico se ha convertido en palabras alusivas, sin nadie que las soporte, sin otro que las formule. Palabras rotas, las más de las veces, que comienzan haciéndose sentir a través del ruido y la materia, que son el componente original que comporta el significante.” (Álvarez y Colina, 2011. p.25 y 26).

Figura 8 “Las alucinaciones auditivas son más comunes en la esquizofrenia”



Nota (por John Bavosi/ Science photo library/Alamy foto de stock).

Muchas veces vemos personas con problemas mentales, que quizá están perdidas en su delirio por las calles, pensando “¿Por qué hablan solos? ¿Con quién hablan? ¿Qué es lo que ven o escuchan? Ellos ven lo que nosotros no vemos, ellos escuchan lo que nosotros no



escuchamos, ellos tienen su mundo y nosotros el nuestro, probablemente mantienen una lucha interna, quizá van día tras día esforzándose por sobrevivir, o quizá son más felices ahí, en su mundo que en el nuestro, es algo que siempre ha quedado en incógnita ¿Serán más felices ellos que nosotros?

1.4 Diferencias de género

La existencia de un mayor riesgo de padecer esquizofrenia en hombres y mujeres (señalada ya por Kraepelin 1893), ha sido una cuestión controvertida. Históricamente, aceptada que la incidencia y prevalencia de la esquizofrenia no mostraba diferencias entre hombres y mujeres (Wyatt y cols 1988), más estudios recientes, sin embargo, sugieren que existen diferencias de género en el riesgo de padecer la enfermedad. Lewine y cols (1984) fueron los primeros en constatar que, al utilizar criterios más restrictivos para el diagnóstico de la esquizofrenia, el número de mujeres excluidas de la definición es mayor que el de hombres. Un estudio de Castle y cols. (1993) sobre registro de casos, utilizando criterios DSM-III-R, mostró que los hombres de menos de 45 años presentaban la más alta incidencia de esquizofrenia. Las mujeres de más de 45 años tenían una mayor incidencia que los hombres de más de 45 años. Pero, combinado por años, los hombres presentaban una incidencia significativamente mayor que las mujeres. Sin embargo vemos como incluso las diferencias de género siempre han existido, y en la esquizofrenia no es la excepción a través de los años se han hecho diversos estudios e investigaciones para saber o tener una correlación certera sobre ¿En quién prevalece más la esquizofrenia en hombres o mujeres?.

1.4.1 Edad e inicio

Las diferencias en la edad de inicio (Hombres 18-25 años; Mujeres 25-35) es el hallazgo más replicado en los estudios sobre diferencias de género en la esquizofrenia (Goldstein y cols., 1989; Gureje, 1991; Castle y cols., 1998). Las diferencias de género en edad de inicio también han sido replicadas en diversas culturas (Sartorius y cols.1986) y



utilizando diversos sistemas diagnósticos. Además, las mujeres, a diferencia de los hombres, presentan otro pico de inicio de la enfermedad a partir de los 40 años (Castle y cols.1993).

1.4.2 Funcionamiento Premorbido

Las alteraciones premórbidas de la función intelectual y social han sido descritas con frecuencia en pacientes con esquizofrenia. La mayoría de los trabajos que han utilizado la Variable género al estudiar el funcionamiento premórbido han encontrado déficits más severos en hombres que en mujeres (Salokangas, 1983; Shtasel y cols.1992). Mientras que Childer y Harding (1990) utilizaron la escala Premorbid Adjustment Scale (PAS) (Cannon-Spoor y Cols.1982) en una muestra de pacientes con un primer episodio de esquizofrenia pero los resultados mostraron un mejor ajuste premorbido y los resultados mostraron un mejor ajuste premorbido en mujeres.

1.4.3 Curso de la enfermedad

Cabe mencionar que durante las investigaciones sobre las diferencias de esquizofrenia entre hombres y mujeres el género si tiene un peso muy importante. “En un estudio de McGlashan y Bardenstein (1990) con pacientes de larga evolución se encontró que las mujeres mostraban mejor funcionamiento social, mejor competencia ocupacional y mejor funcionamiento global, que los hombres. Mientras que en otro estudio de Test y cols. (1990), con pacientes que vivían en la comunidad, se halló también un curso más benigno en mujeres en un seguimiento mínimo de dos años. Sin embargo Goldstein (1988) realizó un seguimiento de 10 años, y entre los resultados obtenidos destacaban un menor número de días de hospitalización por año y un riesgo más bajo de rehospitalización en mujeres (...) Vázquez Barquero y cols. (1999), En un estudio de seguimiento a tres años de 86 pacientes que presentaron un primer episodio de esquizofrenia, utilizaron la Escala de Discapacidad de la OMS World health organization



(DAS) para evaluar la adaptación social y concluyeron que los hombres tenían pronóstico no favorable” (Judith Usall. 2003 P.278). Parece interesante que las mujeres aparentemente se relacionan mejor que un hombre, pareciera que las mujeres y hombres hoy en día tienen que esconder sus emociones, problemas como si nada importara, o será que ¿la misma sociedad nos orilla a no hacer caso a nuestros problemas mentales?.

1.4.4 Sintomatología

Durante mucho tiempo se han realizado estudios para obtener la información necesaria y complementar dicho informe sobre la sintomatología y nos encontramos que “en caso de esquizofrenia, ocurren alteraciones graves de los siguientes aspectos: lenguaje y comunicación, contenido del pensamiento, percepción, afecto, sensación del ser, voluntad, relaciones con el mundo externo y conducta motora” (Goldman, 2001. p.287). Los primeros estudios que examinaban las diferencias de género en la sintomatología de la esquizofrenia sugerían diferencias entre mujeres y hombres (Lewine, 1981; Walker y cols., 1985). Las diferencias más frecuentemente descritas eran que las mujeres presentaban más síntomas afectivos y menos síntomas negativos. Por otro lado, los hombres presentaban mayor comorbilidad en abuso de sustancias, más conductas antisociales y mayor riesgo de suicidio. Algunos de estos estudios adolecían de importantes problemas metodológicos. Uno de los más importantes era el de la variabilidad en los criterios diagnósticos utilizados. Lewine y cols., (1984) hipotetizaban que más mujeres esquizofrénicas eran rediagnosticadas de trastornos afectivos con criterios diagnósticos más restrictivos. En un estudio diseñado para comprobar esta hipótesis, Goldstein y Link (1988) hallaron diferencias clínicas entre hombres y mujeres que no podían ser atribuidas a las diferentes clasificaciones diagnósticas utilizadas.



1.5 La esquizofrenia a través del tiempo

Lastimosamente aquellas personas que tenían problemas mentales en la edad media, eran quemadas, eran juzgadas y torturadas, después fueron apoyándose de terapias ocupacionales, poco a poco hemos ido evolucionado, teniendo más información más precisión fue entonces que a través del tiempo fue evolucionando hasta llegar a los conceptos utilizados hoy en día, en esta tónica tenemos que en Kraepelin (1899) formulaba su concepto de enfermedad mental a la que denominó demencia precoz.

Para 1911 Eugen Bleuler reconociendo el término de demencia precoz acuñado por Kraepelin, Bleuler consideró que el rasgo más característico de este trastorno era la disgregación de las funciones y por lo tanto consideraba más apropiado denominarla esquizofrenia (Rodríguez y cols, 2004). Y para 1980 apareció el DSM-III, cuyos criterios diagnósticos para la esquizofrenia representan la convergencia y el compromiso entre los de Kraepelin, Bleuler y Schneider y las ediciones posteriores hasta el actual DSMIV TR (Rodríguez y cols, 2004).

1.5.1. Características esenciales de la esquizofrenia

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social (DSM IV-TR.2004). Pero sin embargo con el paso del tiempo,



los síntomas pueden variar con respecto al tipo y la gravedad, con periodos de empeoramiento y remisión de los síntomas. Algunos síntomas pueden estar siempre presentes.

Figura 9 “La esquizofrenia es un trastorno que afecta a como la persona piensa, siente y actúa”



Nota: (Por Clínica San Felipe Salud Mental.)

1.5.2

ipótesis y teorías sobre la esquizofrenia

Basándonos en el libro de psiquiatría general de Howard H. Goldman (2001) estas son las

hipótesis y teorías sobre la esquizofrenia: Genética; hasta hace poco, las investigaciones genéticas se han concentrado en los factores relacionados con la consanguinidad, y los estudios sobre esta comparan la incidencia de esquizofrenia en parientes, solo el 20% de aquellos que desarrollaron esquizofrenia tienen un familiar de primer grado con la enfermedad explícita y la mayoría de los datos es inconsistente con un modelo de un solo locus principal en un “gen esquizofrénico”. Influencias de la familia; estos estudios resultaron en considerable dolor para las familias que trataban de lidiar con miembros perturbados. A menudo los terapeutas culpaban a los pacientes por la enfermedad del paciente, aunque hoy en día los sentimientos de culpa y se sabe que los miembros de la familia no causan esquizofrenia. Influencias de la sociedad; cuando un individuo se separa de su familia de origen y encuentra nuevos roles en la sociedad, laboral etc. Se relaciona con el fracaso para adaptarse de manera exitosa a los cambios. Clase socioeconómica; una teoría establece que las condiciones de vida en la clase socioeconómica baja constituyen factores causales en el desarrollo de dicho trastorno. Fecha de nacimiento; tanto en Europa como en EUA, la incidencia de esquizofrenia aumenta de manera importante en quienes nacen entre enero y abril, en Sudáfrica en los meses



que corresponden al invierno en el hemisferio sur (julio, agosto y septiembre). La industrialización; es otro factor que parece afectar la incidencia de esquizofrenia.

1.5.3 Epidemiología de la salud mental

En México se ha reportado una prevalencia de 0.7 a 2% de esquizofrenia, Valencia Collazo, realizó un cálculo aproximado en 2000, tomando en cuenta la información disponible del Consejo Nacional de Población para 1998 y considerando a la población en riesgo de 15 a 65 años de este modo estimó que en ese año había en México de 619,550 a 1239,101 (1-2%, respectivamente) personas con esquizofrenia (Villamil y cols, 2005). Los servicios de salud mental del estado de Sonora nos muestran registros de 2228 pacientes atendidos con episodio psicótico en el hospital psiquiátrico “Cruz del Norte”, de mayo de 2007 a mayo de 2008, de los cuales 2111 egresaron con diagnóstico de esquizofrenia, es decir 6 egresos por día. En México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad, cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, alcoholismo, Trastorno obsesivo compulsivo), se espera que el número de enfermos se incremente debido a problemas tales como pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población entre otros factores (Medina y cols, 2003).

1.5.4 Costos de la esquizofrenia

Desafortunadamente los costos no son tan favorables a las familias afectadas por algún miembro de ella que contraiga esta, puesto que primero veamos los roles que ocupan en la familia, ya que si se llegara a detonar en el portador de dinero a casa, sea mamá o papá estaría afectando en un 99.9% en su economía, pero si es el hijo, no afectaría tanto como si fuese el portador, el pilar de la familia, el desgaste mental, físico y psicológico puede ser igual para todos los miembros de la familia. En Lima, Perú, se realizó una investigación y se encontró que el gasto promedio mensual por paciente es de 170 Nuevos Soles (590.83 m/n), suma que



representa la cuarta parte del presupuesto familiar mensual. El 74 % de estos gastos se destina a medicamentos el 80 % de los tratamientos se basa, en el uso de antipsicóticos “tradicionales”, de bajo costo y con efectos colaterales que interfieren en la calidad de vida de los pacientes, para solventar los gastos de tratamiento, el 67 % de las familias postergan la satisfacción de alguna necesidad básica, y cerca del 50 % se han visto obligadas a vender 17 parte de sus bienes o a contraer préstamos para tal fin. Por otro lado, las familias perciben los beneficios del tratamiento, especialmente en la conducta y desempeño intrafamiliar del paciente, pero muy poco en el campo laboral y social (Castillo H, 2003).

1.5.5 La familia y la esquizofrenia

Anteriormente a la familia del paciente se dejaba por un lado, como si estos no tuvieran relación con el paciente, pero hoy en día incluso hay hasta terapias familiares, ya que son la familia, los principales cuidadores del paciente, son los que tienen que lidiar día con día, tienden a desarrollar otro tipo de enfermedades por tanto estrés, angustia, impotencia y desesperación. Es un desgaste físico, mental y psicológico para todos los familiares, sin embargo son la familia quienes forman parte del proceso del paciente. De acuerdo con la plataforma de Ivanne Salud (2019) nos dice que el papel que desempeña la familia en el curso evolutivo de la esquizofrenia es básico, y es uno de los factores más importantes en el pronóstico a corto, medio y largo plazo. En ocasiones en los indicios de la enfermedad, los distintos integrantes de la familia puedan pasar por diferentes estadios de adaptación, que pueden alternar desde la negación de la enfermedad hasta manifestar sentimientos de culpabilidad.

1.5.6 Funcionamiento social en la esquizofrenia

De acuerdo con Geopte (2002) el funcionamiento social resulta crucial en la esquizofrenia por tres motivos: 1) El déficit de funcionamiento social ha sido reconocido como una de las características de la esquizofrenia desde las primeras concepciones de la enfermedad de



Kraepelin y Bleuler. 2) El déficit del funcionamiento social ha sido utilizado como uno de los criterios diagnósticos de esquizofrenia por los sistemas de clasificación y diagnósticos de las enfermedades mentales DSM IV ICD 10. 3) El funcionamiento social ha demostrado ser un potente predictor de resultado. El funcionamiento social es uno de los principales objetivos de los tratamientos psicosociales y de los programas de rehabilitación en la esquizofrenia, y esto ¿para qué? Para que los pacientes puedan salir adelante, mezclarse entre la sociedad, y mantengan un rol, tanto en su familia, trabajo, escuela, etc.

1.5.7 Emociones expresadas

Rueda G (2007) dice que las EE se han considerado un factor importante en el curso de la esquizofrenia y en la evaluación pronóstica de los trastornos del estado del ánimo, de los trastornos de la conducta alimentaria y de la enfermedad física, no obstante, para llegar a ser un verdadero indicador pronóstico el concepto de EE requiere el acercamiento a la cultura en donde se aplica. Las emociones expresadas son tan importantes como cualquier otro factor para su desarrollo de la esquizofrenia, puesto que ahí mismo nos damos cuenta si va mejorando el paciente o no.



Capítulo II

*“Cuando más te conoces a ti mismo, más paciencia
Tienes para lo que vez en los demás”.*

-Erik Erikson

Capitulo II Tipos de esquizofrenia

2.1 Evolución de la esquizofrenia.....	49
2.1.1 Esquizofrenia del DSM-I al DSM-II.....	49
2.1.2 Del DSM-II al DSM-III.....	51
2.1.3 Del DSM-III-R al DSM-IV	53
2.1.4 Tipos de esquizofrenia según el DSM-IV.....	54
2.2.1 Tipos de esquizofrenia según el CIE-10.....	55
2.2.2 Tipos de esquizofrenia según el CIE-11.....	58
2.2.3 Tabla de comparación del CIE-10 y CIE-11.....	59
2.2.4 Subtipos de esquizofrenia según el libro de “Psiquiatría General” (Goldman, 2001)	60
2.3 Criterios generales del CIE-10	61
2.3.1 Criterios generales del DSM-V TR	62
2.3.2 Esquizofrenia paranoide según el CIE-10 y DSM-V TR	64
2.3.3 Esquizofrenia hebefrenica según el CIE-10 y DSM-V TR.....	65
2.3.4 Esquizofrenia según el catatónico IE-10 y DSM-V TR.....	67
2.3.5 Esquizofrenia indiferenciada según el CIE-10 y DSM-V TR	69
2.4 Sintomatología de la esquizofrenia.....	70
2.4.1 Síntomas positivos de la esquizofrenia.....	70
2.4.2 Síntomas negativos de la esquizofrenia.....	71
2.4.3 Intervención dirigidas al control de síntomas negativos.....	71
2.4.4 Intervenciones dirigidas al control de síntomas positivos.....	72



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

2.5 Fases de la patología.....	73
2.5.1 Fase prodrómica.....	73
2.5.2 Fase aguda.....	74
2.5.3 Fase residual.....	75
2.5.4 Fase estable o asintomática.....	75



“si entendiéramos completamente las razones del comportamiento

De otras personas, todo tendría sentido” – Sigmund Freud

2.1 EVOLUCION DE LA ESQUIZOFRENIA

Si bien sabemos todo cambia, todo va evolucionando día con día, nada puede seguir intacto, siempre hay nuevas investigaciones, cambios, etc. Y es aquí uno de los cambios importantes; la clasificación actual de los trastornos mentales en general, y la delimitación de la esquizofrenia y su espectro en particular, ha evolucionado en los últimos 50 años desde la primera edición del DSM-I (Asociación estadounidense de Psiquiatría, 1952).

2.1.1 Esquizofrenia del DSM-I al DSM-II

El comité en Nomenclatura y estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría desarrolló una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico: Trastornos mentales (Asociación estadounidense de Psiquiatría, 1952). El DSM-I constituía así un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. Quizás el aspecto más destacado del DSM-I fue el uso del término “reacción” (p.ej., “reacción esquizofrénica”), reflejo de la influencia del punto de vista psicobiológico de Adolf Meyer (1911), que entendía los trastornos mentales como reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos.

A diferencia de lo que ocurrió con otros trastornos, el grupo de expertos creado para el DSM-II (Asociación estadounidense de psiquiatría, 1968) mostro acuerdo considerable sobre la clasificación de la esquizofrenia, los estados paranoides, las psicosis asociadas a infecciones, las psicosis orgánicas y las asociadas a condiciones físicas. Los pacientes son descritos como “psicóticos” cuando su funcionamiento mental está lo suficientemente deteriorado como para interferir claramente con su capacidad para afrontar las demandas de la vida. Y, en concreto, en el DSM-II la psicosis se define en dos sitios distintos del manual:



primero con los síndromes cerebrales orgánicos y posteriormente con las psicosis funcionales, acudiendo razones históricas para mantener esta división.

De esta manera, los trastornos psicóticos del DSM-I pasan a dominarse en la segunda edición psicosis no atribuidas a condiciones físicas relacionadas previamente, amplia categoría que engloba a aquellos pacientes cuya psicosis no estaría causada por alguna de las condiciones biofísicas establecidas en el apartado de síndromes cerebrales orgánicos; se establece no obstante que algunos de estos pacientes con psicosis funcional podrían mostrar signos adicionales de una condición orgánica. Dentro de este capítulo de trastornos, quizá el cambio más relevante sea, como ya avanzábamos, la introducción del término Esquizofrenia, frente al de Reacción esquizofrénica del DSM-I. el cambio de nombre, no obstante, no modificó la naturaleza del trastorno, ni frenó la continuidad del debate sobre su naturaleza y sus causas. La esquizofrenia de DSM-II es definida como una categoría amplia que incluye un grupo de trastornos que cursan con alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales características, y donde el estado mental es atribuido primeramente a una alteración del pensamiento, distinguiéndola así de los trastornos afectivos mayores, a cuya base estaría la alteración emocional. Además, de los estados paranoides (otra categoría) son distinguidos de la esquizofrenia por su limitación de las distorsiones de la realidad y por la ausencia de otros síntomas psicóticos.

Teniendo en cuenta esta estructura, el DSM-II fue similar al DSM-I, pero una novedad es la consideración del diagnóstico múltiple. Se contempla así la posibilidad de que una persona pueda tener más de un trastorno mental, frente a la primera edición, donde un diagnóstico no podía ser dado si la persona presentaba otro trastorno mental, frente a la primera edición, donde un diagnóstico no podía ser dado si la persona presenta otro trastorno subyacente reconocible. Así por ejemplo podría haber niños cuya patología pudiese ser diagnosticada como esquizofrenia, tipo infantil y trastorno mental secundario a un trastorno psiquiátrico mayor, dejando a juicio del clínico o a la urgencia del tratamiento la determinación del trastorno primario.

Se producen además cambios en alguno de los subtipos de esquizofrenia, como es la subdivisión de la reacción esquizofrénica, tipo latente en el DSM-II. Se destaca además que,



en estas primeras versiones se contempla la categoría esquizofrenia, tipo infantil, aunque se especifica su uso exclusivo en Estados Unidos y su correspondencia en la CIE con categoría esquizofrenia, otro.

2.1.2 Del DSM-II al DSM-III

Al igual que lo que ocurrió con la primeras ediciones, la confección del DSM-III (asociación estadounidense de psiquiatría, 1980) se llevó a cabo junto a la elaboración de la CIE-9. Se podría decir que hubo una “revolución” en la profesión psiquiátrica que transformo rápidamente la teoría y la práctica de la salud mental en estados unidos a principios de los 80, y que la tercera edición del manual de la APA fue la responsable de este cambio. En muy poco tiempo, los trastornos mentales fueron transformados desde entidades amplias etiológicamente definidas, que estarían en un continuo normalidad-patológica, a trastornos psiquiátricos, producto, entre otros de presiones de tipo político (Mayes y Horwitz, 2005).

De nuevo vuelve a cambiar un término relevante: la categoría denominada reacción esquizofrénica en el DSM-I, y que pasaba a llamarse esquizofrenia en la segunda versión, se denomina trastornos esquizofrénicos en esta tercera edición. Este concepto se vuelve así más restrictivo, para identificar a un grupo que en realidad es homogéneo en cuanto a la respuesta diferencial a la terapia somática, a la presencia de un patrón familiar, a la tendencia de su debut en el inicio de la adultez, a la recurrencia y a la grave alteración funcional que implica.

Los criterios del DSM-III para los trastornos del espectro esquizofrénico siguen la línea fenomenológica, destacando el papel de las alucinaciones, los delirios y las alteraciones de pensamiento, y restando protagonismo a los síntomas negativos para el diagnóstico, a excepción del aplanamiento afectivo. Además, siguiendo a la noción kraepeliniana de definición de las características esenciales de los trastornos psicóticos, se introduce el deterioro funcional como segundo elemento importante de diagnóstico.

Sin embargo, desaparece el término “psicótico” como base para clasificar los trastornos afectivos mayores puedan ser clasificado como psicóticos. De esta forma, un aspecto también



relevante de esta edición es que el trastorno esquizoafectivo constituye aquí una categoría residual, no incluíble en los trastornos esquizofrénicos, y para su uso cuando no hay claridad en el diagnóstico diferencial entre trastorno afectivo y esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o trastorno paranoide. Se eliminan por tanto de este grupo aquellos pacientes que presentan un síndrome afectivo completo en el curso de su enfermedad, aunque manifiesten síntomas psicóticos.

El concepto de la esquizofrenia en el DSM-III exige la presencia de síntomas psicóticos en algún momento de la enfermedad, y se redefinen los tipos de esquizofrenia, como sigue: a) en el sintomatología; en la nueva versión, se utiliza un cuarto dígito en el código diagnóstico para definir la sintomatología del episodio actual, y el quinto para codificar el curso, estableciendo 5 especificaciones de curso posible (subsubcrónico, crónico, subcrónico con exacerbación aguda, crónico con exacerbación aguda o en remisión); b) se cuestiona la validez de las categorías Esquizofrenia, tipo simple y tipo latente del DSM-II, y se considera que el término más aproximado para esta presentación clínica podría ser el de Trastorno esquizotípico de la personalidad; c) se considera que el diagnóstico de

Esquizofrenia, tipo hebefrénico de la versión anterior, tendría su equivalente en la nueva versión en el de Esquizofrenia, tipo desorganizado, pues el término ‘hebefrénico’ era utilizado generalmente para conductas regresivas, aunque su significado más común se haya centrado sobre los aspectos desorganizados de la conducta; y d) debido a las modificaciones antes mencionadas sobre la esquizofrenia y los trastornos afectivos, se considera que algunos casos diagnosticados como Esquizofrenia, tipo catatónico desde el DSM-II, podrían diagnosticarse como Trastorno afectivo en el DSM-III. Por último, el diagnóstico de Esquizofrenia en el DSM-III requiere una duración mínima de 6 meses, incluyendo pródromos y fase residual, dando así un papel relevante a la cronicidad de síntomas de cara al diagnóstico, y excluyendo por tanto las psicosis breves de este espectro. Este patrón evolutivo hace que desaparezca la categoría de Episodio esquizofrenico agudo del DSM-II del grupo de las esquizofrenias, y tendría su equivalente en los diagnósticos de Trastorno esquizofreniforme,



Psicosis reactiva breve y Trastorno esquizoafectivo del DSM-III, pertenecientes a otro grupo distinto

2.1.3 Del DSM-III-R al DSM-IV

Las limitaciones percibidas en el DSM-III-R motivaron el desarrollo de nuevos sistemas de clasificación, tratando de crear un nuevo conjunto de criterios más válidos y fiables que proporcionase una cobertura más completa de la sintomatología, con especial énfasis en la duración de los síntomas más característicos de la esquizofrenia y la simplificación de los criterios (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). De este modo, en la preparación del DSM-IV (Asociación estadounidense de Psiquiatría, 1994) se realizó un esfuerzo importante para que este sistema diagnóstico pudiera usarse en poblaciones de distinto ámbito cultural (tanto dentro como fuera de Estados Unidos). Por ejemplo, ciertas prácticas religiosas o creencias (como escuchar o ver a un familiar fallecido durante el duelo) podrían diagnosticarse en esta versión como manifestaciones de un trastorno psicótico.

En esta nueva edición, bajo el epígrafe Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se reúnen los contenidos de tres secciones del DSM-III-R: Esquizofrenia, Trastorno delirante y Trastorno psicótico no clasificado en otros apartados. Veamos, a continuación, los cambios más destacados realizados con respecto a la versión anterior en la delimitación de estos trastornos (cuadro 2.1):

- Esquizofrenia: el DSM-IV aumenta la duración requerida de los síntomas de la fase activa desde 1 semana (establecida en el DSM-III-R) hasta 1 mes, a fin de reducir los falsos positivos e incrementar la compatibilidad con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10. Se simplifica además la presentación de los síntomas del Criterio A, incluyendo ahora en este criterio principal nuevos síntomas negativos -la alogia y la abulia -, además de simplificar la definición de las fases prodrómica y residual, y se adaptan de la CIE-10 las nuevas especificaciones del curso de la enfermedad.
- Trastorno psicótico breve: el DSM-IV amplía el constructo DSM-III-R de Psicosis reactiva breve eliminando el requisito de severidad del estresor, aunque establece un subtipo con desencadenante grave para esos casos.



Ahora, la categoría resultante incluye todos los trastornos psicóticos que duran más de 1 día (ampliando así la duración mínima requerida de síntomas) y menos de 1 mes, y que no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo, ni a los efectos de una sustancia o de una enfermedad médica. • Trastorno esquizoafectivo: se modifica la definición de sus criterios para referirse a un episodio ininterrumpido de la enfermedad, en vez de a un patrón de síntomas presente a lo largo de la vida del sujeto. • Trastorno psicótico inducido por sustancias y Trastorno psicótico debido a enfermedad médica: el DSM-IV crea así dos trastornos basados en la etiología, preservando en la sub-tipificación la distinción entre presentaciones que son predominantemente delirantes frente a aquellas en las que las alucinaciones son el síntoma más relevante. Estas categorías sustituyen por tanto a las de Alucinosis orgánica y Trastorno delirante orgánico de la versión anterior.

2.1.4 Tipos de esquizofrenia según el DSM-IV

El *DSM-IV* clasificó los siguientes tipos de esquizofrenia como afecciones separadas, pero los expertos ya no las reconocen como categorías de diagnóstico desde la publicación del *DSM-V* en 2013.

Tipo paranoide; La esquizofrenia paranoide se caracterizaba por estar preocupado por uno o más delirios o tener alucinaciones auditivas frecuentes. Esta no incluía el habla desorganizada, comportamiento catatónico o la falta de emociones. Los delirios y alucinaciones todavía son elementos de un diagnóstico de esquizofrenia, pero los expertos ya no lo consideran como un subtipo distinto.

Tipo desorganizado; La esquizofrenia desorganizada se caracterizaba por un comportamiento desorganizado y habla sin sentido. Otra característica visible era la poca afectividad o afectividad inapropiada. El habla y los pensamientos desorganizados todavía son elementos de un diagnóstico de esquizofrenia, pero los expertos ya no consideran que sea un subtipo distinto.



Tipo catatónico; La esquizofrenia catatónica se caracterizaba por la catatonía. Esta hace que una persona experimente movimientos excesivos, llamado entusiasmo catatónico, o menos movimientos, conocidos como estupor catatónico. Por ejemplo, es posible que no pueda hablar (mutismo), que repita las palabras de otra persona (ecolalia) o imitar acciones (ecopraxia). La catatonía puede ocurrir con la esquizofrenia y una diversidad de otras afecciones, incluyendo el trastorno bipolar. Por este motivo, los profesionales de salud mental ahora consideran que es un determinante de la esquizofrenia y otros trastornos del estado de ánimo, en lugar de un tipo de esquizofrenia.

Tipo indiferenciado; La esquizofrenia no diferenciada involucraba los síntomas que no se adaptaban a la esquizofrenia paranoide, desorganizada o catatónica.

Tipo residual; En la esquizofrenia residual, una persona podría tener varios síntomas de esquizofrenia, pero no mostraría delirios, alucinaciones, desorganización o comportamiento catatónico evidente. Podría tener síntomas leves como creencias extrañas o percepciones inusuales.

2.2.1 Tipos de esquizofrenia según el CIE-10

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) es la diagnóstica estándar internacional de enfermedades. Diversos colegas por años han utilizado esta herramienta para establecer sus diagnósticos. Sin embargo nos dice que la esquizofrenia es caracterizada por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits compositivos. “La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua



episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los

síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas”. (Ginebra, OMS, 1992, P. 308).

Tabla 3

Tipos de esquizofrenia según el CIE-10

F20.0	Esquizofrenia paranoide	<i>En la esquizofrenia paranoide predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria.</i>
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica	<i>Forma de esquizofrenia en la cual hay importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarios, comportamiento irresponsable e impredecible, en tanto que son frecuentes los manierismos. El humor es superficial e inadecuado. El pensamiento se halla desorganizado y el lenguaje es incoherente. Hay tendencia al aislamiento social. Por lo común el pronóstico es sombrío, debido al rápido desarrollo de síntomas “negativos”, especialmente de un aplanamiento del afecto y de una pérdida de la volición. Normalmente</i>
F20.2	Esquizofrenia catatónica	<i>En la esquizofrenia catatónica predominan importantes perturbaciones psicomotoras, las</i>



		<p>cuales pueden alternar entre extremos tales como la hipercinesia y el estupor o entre la obediencia automática y el negativismo. El paciente puede mantener posiciones y actitudes forzadas durante largos períodos. Una característica llamativa de esta afección son los posibles episodios de excitación violenta. Los fenómenos catatónicos pueden combinarse con un estado onírico (aneroide), con alucinaciones escénicas vívidas.</p>
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada	<p>Afecciones psicóticas que cumplen con los criterios diagnósticos generales señalados para la esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos descritos en F20.0–F20.2, o bien exhiben las características de más de uno de ellos sin claro predominio de ningún conjunto de rasgos diagnósticos en particular.</p>
F20.4	Depresión postesquizofrénica	<p>Episodio depresivo, que puede ser prolongado y que aparece como secuela de un mal esquizofrénico. Puede haber todavía algunos síntomas esquizofrénicos, tanto “positivos” como “negativos”, pero éstos ya no son los que predominan en el cuadro clínico. Estos estados depresivos se asocian con un alto riesgo de suicidio. Si el paciente ya no tiene ningún síntoma esquizofrénico, debe diagnosticarse el episodio depresivo (F32.–). Si los síntomas esquizofrénicos son aún floridos y relevantes, debe mantenerse el diagnóstico en el subtipo correspondiente de esquizofrenia (F20.0–F20.3).</p>
F20.5	Esquizofrenia residual	<p>Estadio crónico del desarrollo de un mal esquizofrénico en el que se haya registrado un claro progreso desde una etapa inicial a otra más avanzada que se caracteriza por síntomas “negativos” de larga duración, aunque no necesariamente irreversibles, entre los que se hallan la lentitud psicomotriz, la</p>



F20.6

Esquizofrenia simple

hipoactividad, el aplanamiento del afecto, la pasividad y la falta de iniciativa, la pobreza del lenguaje en cantidad y en contenido, la mediocridad de comunicación no verbal (mediante la expresión facial, el contacto visual, la modulación de la voz y la posición), el descuido personal y pobre desempeño social.

Trastorno en el cual se da un desarrollo insidioso pero progresivo de comportamiento extravagante, con incapacidad para cumplir con los requerimientos sociales y declinación del desempeño en general. Los rasgos negativos característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, el aplanamiento del afecto, la pérdida de la volición, etc.) se desarrollan sin ser precedidos por ninguna sintomatología psicótica manifiesta.

F20.8

Otras esquizofrenias Esquizofrenia cenestopática Psicosis esquizofreniforme SAI Trastorno esquizofreniforme SAI Excluye: trastornos esquizofreniformes breves (F23.2)

F20.9

Esquizofrenia, no especificada

Fuente: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision

©Ginebra, OMS, 1992

2.2.2 Tipos de esquizofrenia según el CIE-11

El diagnóstico de esquizofrenia, en particular, se basa en la presencia de alteraciones a nivel del pensamiento, la percepción, la experiencia del yo, la cognición, la volición, el afecto y el comportamiento, los cuales deben persistir por al menos un mes. También pueden estar presentes alteraciones psicomotoras como la catatonia. Se requiere que los síntomas no sean una manifestación de otra condición de salud ni del consumo de sustancias o medicación. La CIE-11 realizó un cambio en los criterios diagnósticos de la esquizofrenia de la CIE-10. El cambio consistió en la resta de preponderancia a los síntomas de primer rango de Schneider



de la CIE-10 (delirio extravagante o alucinación de primer rango). Kurt Scheneider consideró que los síntomas de primer rango eran importantes para el diagnóstico de la esquizofrenia, por

lo que los denominó de «primer rango», pero nunca consideró que fuesen suficientes ni necesarios. (Psychopathology., 2009, P. 81-91)

2.2.3 Tabla de comparación del CIE-10 y CIE-11

La CIE-11 se publicó después de 25 años, lo que representa el mayor tiempo de elaboración de una versión de la CIE^{37,38}. El proyecto comenzó en 1999 y por 14 años cientos de expertos alrededor del mundo contribuyeron a crear la nueva versión a través de un proceso de revisión electrónica que recibió más de 10.000 propuestas de revisión. (World Psychiatry., 2016, P. 112-113).

Tabla 4

Comparación entre los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y CIE-11		
Aspectos	CIE-10	CIE-11
Nombre del capítulo	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	esquizofrenia u otros trastornos psiquiátricos primarios
Síntomas de primer rango	Enfatiza en los síntomas de primer rango	no enfatiza en los síntomas de primer grado
Duración de síntomas psicóticos	Síntomas psicóticos por al menos un mes	Síntomas psicóticos por al menos un mes
Criterio de funcionalidad	No incluye criterio de funcionalidad	No incluye criterio de funcionalidad
Subtipos de ESQ	ESQ paranoide, ESQ hebefrénica, ESQ catatónica, ESQ indiferenciada, depresión pos esquizofrénica, ESQ residual, ESQ simple, otras ESQ, ESQ inespecífica	No incluye subtipos
Especificador de síntomas	No incluye especificador de síntomas	Síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas depresivos, síntomas maníacos, síntomas psicomotores, alteraciones cognitivas
Criterio de daño cognitivo	No incluye criterio de daño cognitivo	Incluido como un especificador de síntomas
Especificador de curso	Continuo, episódico con déficit	Primer episodio actualmente



	<p>progresivo, episódico con déficit estable, episódico remitente, remisión incompleta, remisión completa, otro curso incierto, periodo de observación muy corto.</p>	<p>sintomático. Primer episodio, en remisión parcial. Primer episodio, en remisión total. Primer episodio, no especificado. Múltiples episodios, actualmente sintomática. Múltiples episodios, en remisión parcial. Múltiples episodios, en remisión total. Múltiples episodios, no especificado. Continuo, actualmente sintomático. Continuo, en remisión parcial. Continuo, en remisión total. Continuo, no especificado. Otra ESQ especificada. ESQ, no especificada</p>
--	---	---

Fuente: revista de psiquiatría y salud mental “La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-V”, Vol.13 Num.2. Junio 2020.

2.2.4 Subtipos de esquizofrenia según el libro de “Psiquiatría General” (Goldman, 2001)

Según el libro de Psiquiatría General estos se dividen en cuatro subtipos: “*Tipo desorganizado* (antes llamado hebefrenia). Los rasgos de este tipo consisten en incoherencia, falta de delirios sistematizados, conducta desorganizada que no es catatónica y afecto embolado, inapropiado o perezoso. El cuadro clínico suele acompañarse de antecedentes de funcionamiento y adaptación deficientes, incluso antes de la enfermedad, inicio temprano e insidioso, y evolución crónica sin remisiones importantes. La alteración social suele ser extrema. *Tipo catatónico*; los rasgos de este tipo consisten en excitación o estupor y mutismo, rigidez y adopción de posturas. La sola prescencia de síntomas catatónicos sin otras características de desarrollo esquizofrénico, pueden iniciar un trastorno mayor del estado de ánimo o un síndrome mental a un padecimiento médico general. *Tipo paranoide*; el DSM-IV ha simplificado los criterios que definen este subtipo, y requiere solo preocupación por uno o más delirios fijos y exclusión de los síntomas regresivos (desorganización notable del lenguaje y la conducta o afecto inapropiado), que se observan en los otros subtipos.



Debido a que la edad usual de inicio es más tardía y el número de síntomas resulta limitado, los pacientes con este subtipo tienden a presentar un cuadro clínico más estable, con menos deterioro y mejor pronóstico que aquellos con otros subtipos. Los

individuos de este subgrupo pueden ser muy inteligentes y bien informados. *Tipo residual*; los rasgos incluyen la falta actual de síntomas de fase activa, pero la experiencia definida por al menos un episodio esquizofrénico en el pasado, con presencia continua de síntomas negativos o tipos atenuados de dos o más de fase activa; por ejemplo creencias extrañas, conducta inusual o excentricidad notable. La persona se “apaga” y no está inmersa en la agitación constante de la intensa fase activa. Con frecuencia, estas personas funcionan como pacientes externos a largo plazo, pero encuentran muy difícil mantener empleos remunerantes en ambientes sin servicio de apoyo social o facilidades (p.ej, horario flexible). *Tipo no diferenciado*; los rasgos incluyen conducta muy desorganizada, alucinaciones incoherencia o delirios notables, pero no se cumplen los criterios para los tipos desorganizado, catatónico o paranoide. (Goldman, 2001, p. 289-290).

2.2.5 La esquizofrenia según el CIE-10 y DSM-V TR

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

2.3 Criterios generales del CIE-10

- A. Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- B. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.



- C. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.

- D. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

- E. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

- F. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

- G. Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor y

- H. Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

- I. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

2.3.1 Criterios Generales del DSM-V TR

- 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):
 - (1) ideas delirantes
 - (2) alucinaciones



- (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes 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, maníaco 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.



F. 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).

Clasificación del curso longitudinal:

- Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados.
- Episódico sin síntomas residuales interepisódicos continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); especificar también si: con síntomas negativos acusados.
- Episodio único en remisión parcial; especificar también si: con síntomas negativos acusados
- Episodio único en remisión total
- Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

2.3.2 Esquizofrenia Paranoide según el CIE-10 y DSM-V TR

De acuerdo el CIE-10:

- A. Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- B. Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos
- C. Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales.

Pueden presentarse también alucinaciones visuales, pero rara vez dominan.



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

También pueden aparecer, pero no predominan en el cuadro clínico, síntomas negativos como embotamiento afectivo y trastornos de la voluntad.

El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

Incluye: esquizofrenia parafrénica.

Mientras que en el DSM-V TR un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

2.3.3 Esquizofrenia Hebefrénica según el CIE-10 y DSM-V TR

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica del CIE-10

- Los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuentes un comportamiento irresponsable e imprevisible y de manierismos.



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

- La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas.
 - El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente.
 - Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva.
-
- Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.
 - Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento.
 - Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes.

Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos u otros abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.

f20.1x Tipo desorganizado [295.10] del DSM-V TR

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

- (1) Lenguaje desorganizado
- (2) Comportamiento desorganizado
- (3) Afectividad aplanada o inapropiada.

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

.x2 Episódico son síntomas residuales interepisódicos



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos

.x0 Continuo

.x4 Episodio único en remisión parcial

.x5 Episodio único en remisión total .x8 Otro patrón o no especificado .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso.

La desorganización comportamental puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia.

Si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente.

Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento.

2.3.4 Esquizofrenia Catatónico según el CIE-10 y DSM-V TR

f20.2 Esquizofrenia catatónica CIE-10

- A. Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
- B. Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos).
- C. Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).
- D. Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

- E. Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).
- F. Flexibilidad cérica (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
- G. Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y perseveración del leguaje.

Los síntomas catatónicos pueden también aparecer en lesiones cerebrales, en trastornos metabólicos, ser inducidos por el alcohol u otras sustancias psicótropas y también aparecer en los trastornos del humor.

Incluye:

- Estupor catatónico
- Catalepsia esquizofrénica
- Catatonía esquizofrénica
- Flexibilidad cérica esquizofrénica

F20.2x Tipo catatónico [295.20] DSM-V TR

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- (1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérica) o estupor
- (2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
- (3) Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo



(4) Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas

(5) Ecolalia o ecopraxia

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos

.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos

.x0 Continuo

.x4 Episodio único en remisión parcial

.x5 Episodio único en remisión total

.x8 Otro patrón o no especificado

.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

2.3.5 Esquizofrenia indiferenciada según el CIE-10 y DSM-V TR

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada según el CIE-10

Se trata de un conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia, pero que no se ajustan a ninguno de los tipos F20.0-F20.2 o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo pues a la esquizofrenia residual, F20.5 y a la depresión pos esquizofrénica, F20.4) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

A. Satisfacen las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

- B. No satisfacen las pautas de los tipos catatónico, hebefrénico o paranoide.
- C. No reúnen las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión pos esquizofrénica.

Incluye: esquizofrenia atípica

F20.3x Tipo indiferenciado [295.90] según el DSM-V TR

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

2.4 Sintomatología de la esquizofrenia

Los síntomas de la esquizofrenia afectan principalmente al contenido del pensamiento y a la conducta, variando de una persona a otra. Se dividen clásicamente en síntomas positivos y negativos y se le pueden añadir otros síntomas llamados cognitivos.

2.4.1 Síntomas positivos de la esquizofrenia

Son los síntomas que exageran particularmente lo perceptivo.



*** Alucinaciones:**

Ver, oír o sentir algo que en realidad no está ahí. Las alucinaciones pueden producirse en cualquiera de los cinco sentidos: oído, vista, olfato, gusto y tacto.

Oír voces es la alucinación más frecuente en esquizofrenia.

***Delirios:**

Creencias irracionales y falsas fuertemente arraigadas que se deben a la incapacidad de separar las experiencias reales de las irreales.

***Pensamientos desorganizados:**

Hacer asociaciones desorganizadas. Sacar conclusiones que no se basan en la realidad.

Falta de razonamiento lógico.

***Agitación:**

Estado tenso e irascible.

2.4.2 Síntomas negativos de la esquizofrenia

Son síntomas que se caracterizan por la disminución o pérdida de una función.

- Falta de interés o iniciativa: Pasar mucho tiempo en la cama sin motivación para hacer nada.
- Retraimiento social / depresión: Dar la impresión de que las personas afectadas prefieren estar solas y no quieren ver a otras personas
- Apatía: Se experimentan sentimientos de vacío. Incapacidad para seguir con los planes.
- Falta de respuesta emocional: Falta de los signos normales de emoción, no sentirse alegre ni triste; por ejemplo, mantener una expresividad facial reducida.

Otros síntomas negativos son:

-Catatonia: Síndrome psicomotor que se da en ciertas formas de esquizofrenia, caracterizado especialmente por el negativismo, la oposición, la catalepsia y estereotipos gestuales. Coloquialmente se le dice estar en estado “zombie”.

-Embotamiento afectivo: Trastorno caracterizado por la ausencia de reacciones afectivas significativas, incluso ante circunstancias biográficas de trascendencia para el individuo. Se



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

produce típicamente en la psicosis esquizofrénica, pero también puede deberse a alteraciones psíquicas derivadas de la edad, a una enfermedad o a acontecimientos vitales graves.

-Alogia: Consiste en la ausencia de espontaneidad y en la disminución del flujo de la conversación. Pobreza en el lenguaje.

-Abulia: Falta de energía y voluntad para hacer algo o moverse.

-Anhedonia: incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placentero.

2.4.3 Intervenciones dirigidas al control de síntomas negativos

Andreasen (1985) señalaba como rasgos negativos asociados con la esquizofrenia el aplanamiento o embotamiento de la afectividad (expresión facial invariable, disminución de los movimientos espontáneos, ausencia de gestos expresivos y de inflexiones vocales), la

elogia (pobreza del habla y de su contenido, aumento de la latencia de la respuesta), la abolición-apatía (poco cuidado personal e higiene, falta de energía y persistencia en el trabajo) y la anhedonia a sociabilidad (pérdida de interés en la diversión y el sexo, incapacidad para sentir intimidad y crear amigos). Los signos negativos que presentan los pacientes esquizofrénicos se han abordado con estrategias psicológicas diferentes.

El Modelo Conductual, basado en la Teoría del Aprendizaje y en las técnicas que se derivan de ésta, tiene como planteamiento básico que la conducta se aprende y fortalece como resultado de sus consecuencias. Desde este enfoque el objetivo de la intervención consiste en relacionar las conductas inadaptadas con otros sucesos observables y, a través de las técnicas de Modificación de Conducta, sustituirlas por otras más adaptadas.

Siguiendo a Shriqui y Nasrallah (1996), el E.H.S, se puede agrupar en tres modelos: (1) El Modelo Básico, para enseñar a los pacientes habilidades sociales verbales y no verbales específicas (contacto visual, sonrisa, volumen de voz, formulación de preguntas,



saludo, etc.). (2) El Modelo de Resolución de Problemas, el cual aporta estrategias para capacitar a los pacientes a manejar situaciones sociales y vitales no ensayadas que tienen que ver con el manejo de la medicación, el dinero, el cuidado y aseo personal y la resolución de problemas sociales. (3) El Modelo de Focalización de la Atención, desarrollado para pacientes con graves alteraciones cognitivas (memoria y atención) y que se caracteriza por la utilización de técnicas de adiestramiento breves (juego de roles, modelado, refuerzo positivo y negativo).

2.4.4 Intervenciones dirigidas al control de síntomas positivos

Los principales síntomas positivos asociados a la esquizofrenia son las alucinaciones auditivas en segunda y tercera persona, los delirios (de control, de referencia y paranoides) y los fenómenos extraños al Yo (inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento, eco del pensamiento y robo del pensamiento) (Frith, 1995). Dado que, a pesar del tratamiento farmacológico, en algunos pacientes persisten los síntomas positivos tras una fase aguda o

brote de la enfermedad, se vio necesario buscar otros procedimientos que permitieran al paciente controlar, aunque sea de forma parcial, algunos de sus síntomas positivos: las alucinaciones y los delirios.

2.5 Fases de la patología

Se distinguen 4 fases en el transcurso de la enfermedad, las cuales se identifican de la siguiente forma:

1. Fase prodrómica
2. Fase aguda
3. Fase residual
4. Fase estable o asintomática

2.5.1 Fase prodrómica



En esta fase de la esquizofrenia la persona comienza a experimentar los primeros síntomas. Es una de las fases de la esquizofrenia más importantes ya que nos permite prevenir las recaídas y no llegar a entrar en una fase aguda de la enfermedad.

Los síntomas en esta fase son muy variados pues cada persona tiene su propia sintomatología que se suelen repetir en todas sus fases prodrómicas. Los síntomas de la esquizofrenia más comunes en la fase prodrómica son: Alteraciones en la alimentación, normalmente pérdida de apetito.

- Desorden de horarios (comidas, acostarse, levantarse...).
 - Dificultades de concentración.
 - Problemas para dormir, insomnio.
 - Depresión y tristeza.
 - Preocupado con una o dos cosas.
 - Tendencia a la soledad (deja de ver a sus amistades)
-
- Tendencia a aislarse (encerrarse en su cuarto)
 - La persona se siente mal, sin motivo aparente.
 - Comienza a pensar que las personas se ríen o hablan mal de él.
 - Deja de disfrutar de las cosas.
 - Se siente inútil.
 - Se muestra mucho más nervioso y agitado durante el día.

No es necesario presentar todos los síntomas listados para poder pasar a una fase aguda, pero cuantos más síntomas presente la persona, mayor es la probabilidad de empeorar en el curso de la enfermedad. Es por ello que es muy importante que tanto la familia como la persona con esquizofrenia conozcan bien los síntomas de la enfermedad y puedan aplicar las medidas terapéuticas aprendidas con el psicólogo, para evitar un empeoramiento y de esta forma prevenir la recaída. Éste, es uno de los aspectos más importantes en el tratamiento de la



esquizofrenia, siempre que sea posible hemos de evitar las recaídas. Ya que cuantas más recaídas sufre una persona, mayor es el deterioro que experimenta, y por consiguiente también aumenta la probabilidad de sufrir una nueva recaída en el futuro.

2.5.2 Fase aguda

Cuando una persona entra en esta fase se dice que está en crisis, en ella es cuando se presenta con más fiereza la sintomatología positiva de la esquizofrenia. También se hacen referencia a estas crisis como brotes psicóticos. Las alucinaciones y los delirios aparecen y la conducta de la persona cambia y se desorganiza mucho. Los síntomas de la esquizofrenia en la fase aguda se caracterizan por:

- Se da un cambio de comportamiento muy llamativo y extraño
- La persona desconfía de todo el mundo y se vuelve recelosa

En esta fase de la enfermedad, es frecuente que la persona requiera una hospitalización para poder realizar un tratamiento de la esquizofrenia a nivel farmacológico más potente del tratamiento habitual. Debido a que las personas que están padeciendo un brote psicótico, si ya se muestran muy reticentes a tomarse su medicación habitual, se vuelve muy complicado realizar un aumento de esta medicación, si no es en un medio hospitalario. Posteriormente se reducirá la dosis de fármacos administrados.

Se deben tener presentes las siguientes aclaraciones:

- El tratamiento de la esquizofrenia en ésta fase se centrará a nivel farmacológico
- La duración de la fase es variable en función de la persona
- Una misma persona suele tener brotes psicóticos de la misma duración

2.5.3 Fase residual

Se produce cuando la persona ya ha salido de la crisis. Los síntomas positivos desaparecen o son mucho menos intensos. Los síntomas de la esquizofrenia en la fase residual son:

- Reducción de la gravedad de los síntomas.
- Pueden no presentar ningún tipo de síntoma.
- Puede aparecer un sentimiento de confusión y no recordar partes de la fase aguda.



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

- La persona se puede mostrar deprimida, irritable.
- Suele aparecer la sintomatología negativa pero su intensidad varía de persona a persona.
- Puede aparecer cierto deterioro cognitivo

En esta fase el papel del equipo de contención es muy importante, para poder acompañar a la persona en el tratamiento de la esquizofrenia lo más rápido posible a la siguiente fase. La sintomatología negativa no es tratable a nivel farmacológico por lo que es necesaria la terapia y la intervención de técnicas psicológicas para que la persona no se estanque en una fase residual y pueda comprender qué es lo que le ha ocurrido y más importante todavía, cómo prevenirlo en futuras ocasiones.

2.5.4 Fase estable o asintomática

Esta es la fase que todo psicólogo intenta instaurar dentro de la esquizofrenia y procura dotar de herramientas, tanto al paciente como a la familia para que esta fase se mantenga a lo largo de la enfermedad. Cabe remarcar que es una fase muy variable a nivel sintomatológico

dentro de las personas. Es posible que una persona no muestre ningún síntoma aparente, mientras que otra persona siga mostrando algún síntoma negativo de forma más leve. Pero esta fase por desgracia no dura eternamente, y tras esta fase volvería a aparecer la fase prodrómica, y tras ésta, la crisis, la fase residual, asintomática y vuelta a empezar. Por ello el tratamiento de la esquizofrenia a nivel psicológico ha tomado tanta importancia en los últimos años. Se ha convertido en una de las vías más eficaces para manejar una de las enfermedades mentales más complicadas de nuestra era.



CAPITULO III

Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la esquizofrenia.



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico



Capítulo III

*“La verdadera escucha es una de las fuerzas
Más potentes para el cambio que conozco”*

-Carl Rogers

Capitulo III Diagnostico, pronóstico y tratamiento farmacológico

3.1 Diagnóstico diferencial.....	80
3.1.1 Evolución natural.....	81
3.1.2 Pronostico cuando hay tratamiento.....	81
3.1.3 Epidemiologia.....	82
3.1.4 Etiología y patogénesis.....	83
3.1.5 Genética.....	84
3.2. Influencias de la familia.....	85
3.2.1 Influencias de la sociedad.....	85
3.2.2 Tratamiento farmacológico antipsicóticos atípicos.....	87
3.2.3 Antipsicóticos atípicos de toma diaria.....	87
3.2.4 Antipsicóticos atípicos de larga duración.....	88
3.2.5 Antipsicóticos típicos convencionales.....	90
3.3. Tratamiento psicológico.....	91
3.3.1 Intervenciones psicológicas sobre la conducta delirante.....	91
3.3.2 Rehabilitación psicosocial.....	92
3.3.3 El equipo terapéutico.....	93
3.3.4 Objetivo del equipo terapéutico.....	94
3.3.5 Acompañamiento terapéutico de la esquizofrenia.....	96
3.4 Funciones del acompañamiento terapéutico (AT).....	96
3.4.1 Intervenciones dirigidas a la prevención de recaídas.....	97
3.4.2 Programas de intervención precoz.....	98
3.4.3 Programas de intervención con familias.....	98



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

3.4.4 Programas psicoeducativo.....	99
3.4.5 Intervenciones dirigidas a potenciar los recursos personales de los pacientes.....	100
3.5 Guía de competencias a desarrollar en pacientes con esquizofrenia.....	100
3.5.1 Habilidades sociales.....	101
3.5.2 Actividades de orientación temporal.....	102
3.5.3 Actividades de orientación espacial.....	102
3.5.4 Actividades de manejo del estrés.....	102
3.5.5 Actividades del estimulación cognitiva.....	103



*“El gran descubrimiento de mi generación
Es que los seres humanos pueden cambiar sus vidas
Al cambiar sus actitudes mentales” – William James*

3.1 Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial se deben tomar en cuenta los trastornos mentales debidos a padecimientos médicos generales, que a menudo tienen una presentación extraña con delirios y alucinaciones semejantes a los que se presentan en la esquizofrenia aguda. La desorientación y alteración de la memoria sugieren en gran medida un padecimiento médico general, ya sea agudo o crónico. En las psicosis tóxicas relacionadas con el uso de estimulantes, alucinógenos o fenciclidina (PCP), se pueden presentar síntomas idénticos a los de la esquizofrenia. Es notablemente digno de confianza el antecedente de consumo de fármacos que proporciona un paciente de este tipo, pero se sugiere el diagnóstico cuando desaparece el trastorno psicótico de manera impresionante después de solo unos días de supervisión cercana. Los padecimientos médicos relacionados con consumo de alcohol pueden dar la impresión de esquizofrenia, en particular de tipo paranoide crónico. Es indispensable descartar la existencia de trastornos metabólicos y circulatorios como los de: 1) anorexia aguda o arterosclerosis crónica, 2) hipertiroidismo o esteroides iatrogénicos a las altas dosis, o 3) muchos padecimientos médicos generales, de manera específica la mayoría de las enfermedades del sistema nervioso central (SNC) de inicio agudo.

Figura 10 “Dibujo de Kate diagnosticada con esquizofrenia”





Debe distinguirse entre el diagnóstico de esquizofrenia y el de trastornos graves del estado de ánimo (en particular, enfermedad bipolar o maniaco-depresiva), puesto que la evolución y el tratamiento apropiado de estas enfermedades difieren de manera notable. El paciente esquizofrénico siempre es muy vulnerable al estrés y de manera

usual pueden encontrarse trastornos del pensamiento en la evolución formal. Los antecedentes familiares de esquizofrenia sugieren un diagnóstico diferente al de un trastorno psicótico del estado de ánimo. Los antecedentes familiares de trastorno del ánimo son tan comunes que no se deberían utilizar para descartar un diagnóstico de esquizofrenia en un paciente. El bajo nivel de funcionamiento y la conducta extraña con afecto disminuido o retraso mental pueden confundirse con la esquizofrenia.

Nota: (Por Raúl Álvarez del artículo de Magnet).

3.1.1 Evolución Natural

Por lo general, el inicio de la esquizofrenia se presenta en el segundo o tercer decenio de la vida, aunque la esquizofrenia paranoide puede aparecer después. En algunos pacientes, la enfermedad se inicia de manera súbita, y en otros ocurren síntomas prodrómicos durante semanas o meses antes de que sobrevengan los síntomas esquizofrénicos evidentes. Los síntomas prodrómicos ordinarios consisten en depresión, ansiedad, desconfianza, hipocondriasis, dificultades notables para concentrarse e inquietud. A menudo se informa que hay algún acontecimiento en la vida del individuo que desencadena el desarrollo o el empoderamiento de la esquizofrenia. En otros pacientes es imposible definir un acontecimiento precipitante; los factores estresantes psicosociales pueden subestimarse, puesto que el individuo se retira de una realidad dolorosa.

3.1.2 Pronóstico cuando hay tratamiento



Para la primera mitad del siglo XX, por lo general el resultado se valoraba considerando las altas del hospital no seguidas por readmisión. Desde 1970 se han incluido las mediciones de trastorno del pensamiento residual, así como de la función social y laboral, como mejores factores descriptivos de la calidad de vida del paciente.

El clínico que intenta establecer el diagnóstico en un paciente esquizofrénico no solo debe tomar en cuenta los síntomas, sino también el cuadro completo del sujeto: capacidades igual que incapacidades y aciertos al igual que errores. El clínico debe valorar el estrés y las demandas que se aplican al paciente, el mundo en el que vive y que

crea para sí mismo, el cual con frecuencia presenta una distorsión interna de a realidad externa.

En el DSM-IV incluye un cálculo de pronóstico. El pronóstico es bueno si el inicio de la enfermedad es súbito, se puede identificar con claridad un factor estresante precipitante, y si el funcionamiento social del paciente era adecuado, antes de que se desarrollara la enfermedad o si tenía un funcionamiento exitoso en una situación del trabajo fuera del ambiente familiar. El pronóstico es desfavorable si el inicio de la enfermedad es insidioso, con síntomas que surgieron de manera lenta y sin un estrés precipitante claramente identificable, y si el individuo no funcionaba de manera adecuada (en sentido social, económico o intelectual) antes del inicio de la enfermedad.

3.1.3 Epidemiología

Las principales dificultades en los estudios epidemiológicos de la esquizofrenia han sido las diferencias en los escritos de diagnóstico, la ausencia de un marco conceptual definitivo y la falta de un factor claramente relacionado que pueda cuantificarse (p. ej. Un fenotipo bioquímico o un marcador genético).

Las incidencias tanto del inicio de la enfermedad como el tratamiento son superiores para los varones entre 15 y 24 años de edad; para las mujeres el punto máximo el punto máximo aparece entre los 25 y 35 años. Ambos sexos tienen un pródromo



promedio más de un año, cuando otras personas notan los cambios psicosociales pero se evita el tratamiento.

La mayor edad de inicio y el mejor resultado en las mujeres, en comparación con los varones con esquizofrenia, es el dato único más consistente de Kraepelin, y la diferencia es más pronunciada desde los neurolépticos y la socialización comunitaria se ha convertido en las bases del tratamiento. Sin embargo para ambos sexos, el número de para ambos sexos, el número de pacientes en tratamiento alcanza el punto máximo entre

los 35 y 44 años de edad y se requiere un tratamiento menos activo en los ancianos después de una lucha de toda la vida con la enfermedad.

Los individuos con esquizofrenia representan alrededor de 40% de las camas ocupadas en hospitales; la cronicidad de la enfermedad y la frecuente alteración profunda que experimentan los pacientes. La aparición de esquizofrenia durante los primeros años de la vida adulta, y su persistencia durante decenios, incrementan las pérdidas que experimenta la sociedad con respecto a seres humanos productivos, y ponen de relieve la tragedia personal para los sujetos afectados y sus familias.

3.1.4 Etiología y Patogénesis

La investigación intensiva ha conducido a muchas hipótesis relacionadas con la “etiología de la esquizofrenia”, se han descubierto y propuesto una gran cantidad de factores casuales únicos para estos síndromes esquizofrénicos, pero ninguno se ha replicado o confirmado. Si la esquizofrenia no es un trastorno unitario, pero es un síndrome de múltiples causas y abarca subtipos pequeños, entonces seguirá siendo improductiva la investigación que trata de llegar a una “hipótesis unitaria” del trastorno.



Las reacciones entre tales datos relacionados con causas y efectos de la esquizofrenia sirven como base para el actual modelo biopsicosocial de este padecimiento. Los estudios de los siguientes cuatro campos han mejorado el conocimiento de la esquizofrenia y han permitido grandes innovaciones en su tratamiento: 1) genética, 2) la influencia de la familia, 3) la influencia de factores sociales y ambientales, 4) la neurobiología. Ninguno de ellos puede explicar de manera exclusiva el desarrollo de la esquizofrenia. La mayoría de los estudios indica que el trastorno se comprende mejor con un “espectro de esquizofrenia” heterogéneo.

3.1.5 Genética

Hasta hace poco, las investigaciones genéticas se han concentrado en los factores relacionados con la consanguinidad, la adopción y los nacimientos monocigóticos múltiples.

Tabla 5

Relaciones genéticas vinculadas con incidencia de esquizofrenia

<i>Relaciones</i>	<i>Incidencia (%)</i>
Población general	1
Hermano esquizofrénico	8
Un padre esquizofrénico	12
Gemelo dicigotico esquizofrénico	14
Ambos padres esquizofrénicos	39
Gemelo monocigótico esquizofrénico	47

Fuente: Datos tomados de Kety y Matthyse (1988)



Los análisis independientes de estos datos han confirmado los hallazgos originales, lo cual sugiere que la expresión genética puede manifestarse por sí sola en el “espectro de esquizofrenia” de los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. La búsqueda de un solo gen para la enfermedad ha sido decepcionante. Debido a los avances recientes en biología molecular, el genoma completo se puede explorar de manera sistémica en busca de genes que podrían influir en el riesgo de una persona de presentar esquizofrenia. En resumen, solo el 20% de aquellos que desarrollan esquizofrenia explícita y la mayoría de los datos es inconsistente con un modelo de un solo locus principal para un “gen esquizofrénico”.

3.2 Influencias de la familia

Los primeros estudios de influencia de la familia y la cultura se enfocaron en patrones de desviación en la comunicación como el “doble vinculo”, en el que existe una

contradicción en el contenido lingüístico explícito del discurso y el tono emocional de los actos no verbales que son parte inherente de la comunicación humana frente a frente. Estos estudios resultaron en considerable dolor emocional para las familias que trataban de lidiar con miembros perturbados. A menudo los terapeutas culpaban a la familia por la enfermedad del paciente, trastornando aún más las relaciones familiares. Por fortuna, en particular para las familias que siguen relacionadas con sus familiares que tienen esquizofrenia, se ha desacreditado esta asignación de culpas. Hoy en día es claro que los miembros de la familia no causan la esquizofrenia; sin embargo, también lo es que el grado de emociones expresadas en una familia dada puede influir el índice de recaídas del miembro afectado (Butzlaff y Hooley, 1998).

3.2.1 Influencias de la sociedad

Es evidente que el inicio de la esquizofrenia en los jóvenes adultos coincide con una etapa del desarrollo durante la cual un individuo se separa de su familia de origen y se encuentra nuevos roles en la sociedad, incluyendo nuevas relaciones con compañeros y



una nueva función laboral. El inicio de la esquizofrenia se relaciona con el fracaso para adaptarse de manera exitosa a los cambios que requieren estos nuevos roles sociales. Los siguientes factores parecen tener un enorme impacto en la aparición de la enfermedad.

A. Densidad de la población

De modo específico, se observa una fuerte correlación entre la prevalencia de esquizofrenia y la densidad dentro de los distritos de ciudades que tienen una población total mayor al millón de habitantes. En las ciudades más pequeñas, de 100 000 a 500 000 personas, la correlación es más débil, y desaparece del todo en las poblaciones aún más pequeñas. Estos datos pueden arrojar diferencias en: 1) individuos que migran a

ciudades por gusto o necesidad; 2) patrones de estrés ambiental y apoyo social que hay en las ciudades; 3) tolerancia para la conducta desviada que determina la detección del caso y 4) disponibilidad de tratamiento. Un estudio reciente ha apoyado estos datos, aunque dándoles otra interpretación (Torrey y Browler, 1990).

B. Clase socioeconómica

Un segundo factor, confirmado de manera consistente por muchos estudios, es la relación de la esquizofrenia con las clases económicas bajas. La teoría alternativa postula a los pacientes que desarrollan esquizofrenia tienden a derivar hacia los estratos inferiores, debido a su incapacidad para desempeñarse de modo adecuado en diversas funciones de la vida. Tienen dificultad para comprometerse en trabajos productivos y para formar redes sociales.

C. Fecha de nacimiento

Un tercer factor que afecta la incidencia de esquizofrenia es la fecha de nacimiento en los meses de invierno. Tanto en Europa como en EUA, la incidencia de esquizofrenia aumenta de manera importante en quienes nacen entre enero y abril, y se encuentra un incremento complementario en Sudáfrica, en los meses que corresponden al invierno en el hemisferio sur (julio, agosto y septiembre). Este



hecho ha originado muchas hipótesis, de las cuales la presencia de infecciones prenatales en la madre durante el segundo trimestre del embarazo parece mejor apoyada por los datos actuales.

D. Industrialización

Una explicación sugerida para el llamado “aumento de la locura desde 1800”, es que esta es resultado específico de la industrialización en el orden social general y en los seres humanos. Mientras avanza el desarrollo industrial, ocurre una diferencia aún más marcada en la presentación de síntomas de esquizofrenia: las esquizofrenias

hebefrénicas y catatónicas se vuelven menos frecuentes, en tanto la esquizofrenia paranoide se va haciendo más habitual.

E. Otros factores

Se han propuesto otros factores como posibles influencias para el desarrollo de la esquizofrenia. El primero de estos elementos es el estrés, percibido de manera subjetiva por el paciente e informado después del desarrollo de la enfermedad. La idea no es que el estrés ocasione esquizofrenia, si no que el número de sucesos estresantes identificables (en particular, la pérdida o de una relación significativa) aumenta de manera clara durante el tiempo previo a la presentación de la esquizofrenia. También se han propuesto los efectos de la emigración y la obvia dislocación cultural, los cuales se han estudiado de manera extensa como factores de riesgo que pueden aumentar la incidencia de esquizofrenia.

3.2.2 Tratamiento farmacológico Antipsicóticos Atípicos

Los antipsicóticos son los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la esquizofrenia. Actualmente, existe una amplia variedad de antipsicóticos y el objetivo es conseguir la dosis óptima de un medicamento que produzca la mayor mejoría y la menor cantidad de efectos secundarios.



Dentro de los antipsicóticos se dispone de dos grandes grupos: antipsicóticos atípicos y antipsicóticos convencionales.

Los antipsicóticos atípicos utilizados más comúnmente en el tratamiento de la esquizofrenia se dividen en 1. De toma diaria y de liberación prolongada.

3.2.3 Antipsicóticos atípicos de toma diaria

Dentro de los tratamientos de toma diaria nos encontramos los siguientes medicamentos: paliperidona, risperidona, quetiapina, olanzapina, aripiprazol, amilsupride y ziprasidona.

Ventajas del tratamiento diario

- Fácil administración
- El paciente puede encargarse de la toma del tratamiento
- Permite ajustar fácilmente la dosis al alza o a la baja, en los casos que sea necesario

Desventajas de este tratamiento

- Necesidad de tomarse la medicación todos los días, en ocasiones varias veces al día
- Pueden existir olvidos en la toma de la medicación
- Cuando la persona que padece la enfermedad no es autónoma para la toma, depende de la familia para ello y son los que tienen que recordárselo diariamente
- Las pastillas recuerdan a la persona que padece esquizofrenia todos los días que está enferma
- Mayor riesgo de recaída por no cumplimiento del tratamiento que con las presentaciones de liberación prolongada
- Riesgo de errores en la dosis, sobredosificación, errores en la toma (hora, con o sin alimentos...)
- Riesgo de que la persona se atragante con la medicación



3.2.4 Antipsicóticos atípicos de larga duración

Ejemplo de estos medicamentos son: palmitato de paliperidona, risperidona inyectable de larga duración, aripiprazol inyectable i.m. y pamoato de olanzapina.

Los tratamientos atípicos de larga duración permiten controlar los síntomas de la enfermedad con eficacia y además presentan una administración espaciada en el tiempo. Aunque algunos se administran cada dos semanas, ya están disponibles medicamentos que se administran sólo 1 vez al mes como palmitato de paliperidona que permite tratar al paciente con únicamente 12 tomas al año en la fase de mantenimiento, u otras opciones terapéuticas de administración mensual como aripiprazol inyectable i.m. que requiere ser suplementado con el mismo principio activo por vía oral al inicio del tratamiento (durante los primeros catorce días).

Este tratamiento consiste en administrar el medicamento por vía intramuscular al paciente de forma que se vaya liberando lenta pero paulatinamente manteniendo su efecto durante varias semanas hasta una nueva administración.

Ventajas de los tratamientos de larga duración

- Permiten una administración más espaciada en el tiempo
- El paciente no tiene que acordarse todos los días de tomar la medicación, por lo que facilita el seguimiento adecuado del tratamiento.
- Mayor adherencia al tratamiento
- Nivel de fármaco más estable durante todo el día, lo que supone una eficacia más sostenida y continuada en todas las franjas del día.
- Pueden aparecer menos efectos secundarios que con los tratamientos orales de toma diaria al proporcionar un nivel estable de medicación en sangre
- Disminuyen las recaídas al mejorar la adherencia al tratamiento.
- Reducción de los posibles efectos adversos al tomar la medicación de forma equivocada.



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

- Al ser un tratamiento de larga duración, facilita que el paciente "se olvide" de la enfermedad y piense en otras cosas.
- Ir a su centro a que le administren la medicación es una buena oportunidad para estar en contacto con profesionales sanitarios de forma más constante que le proporcionarán toda la información que el paciente necesite.
- Si el paciente olvida que tiene que recibir la administración de la pauta intramuscular, siempre habrá alguien (médico-enfermero) que se lo recordará.
- El paciente no tiene que acordarse de preparar ni llevar consigo la medicación cuando se ausenta de su casa durante un período de tiempo (vacaciones...).

Desventajas de este tratamiento

- Resistencia a la administración en algunos casos
- Dolor y eritema en el lugar de la inyección en algunos casos
- Mayor dificultad en el ajuste de dosis
- En algunos casos, necesidad de administrar también un tratamiento oral

El tratamiento sólo puede funcionar si se cumple como se recomienda. Es común que las personas con esquizofrenia encuentren difícil seguir el tratamiento. Como resultado, el 74% de las personas con esquizofrenia abandona el tratamiento farmacológico en tan sólo 1 año y medio.

Interrumpir o tomar de modo irregular el tratamiento farmacológico aumenta el riesgo de sufrir recaídas. La mayoría de los pacientes (8 de cada 10) presentará una recaída de la enfermedad entre los 6 meses y 2 años tras abandonar la mediación antipsicótica.

Las consecuencias de las recaídas en la esquizofrenia pueden ser bastante serias: falta de independencia, pérdida de control, pérdida de capacidades, entre otras. Además, las recaídas sucesivas suelen ser cada vez más graves y precisan más tiempo para su mejoría.

Es por esto que en los últimos años, los nuevos enfoques científicos se han centrado en el desarrollo de formas de acción más prolongada para los antipsicóticos atípicos. El objetivo consiste en lograr que el tratamiento sea fácil de seguir y más cómodo para los pacientes.



3.2.5 Antipsicóticos típicos convencionales

Los primeros antipsicóticos que se comenzaron a utilizar aparecieron en los años 50 y fueron los denominados convencionales o típicos, cuya principal ventaja era el control sobre los síntomas positivos de la enfermedad, aunque tenían importantes inconvenientes como sus efectos secundarios (rigidez, inquietud, temblores...) y que no eran efectivos sobre los síntomas negativos (apatía, falta de motivación, falta de interés por relacionarse...), o incluso los empeoraban, ni tampoco mostraban eficacia en el control de los síntomas cognitivos (atención, comprensión, reflexión...). Ejemplos de medicamentos que actualmente pertenecen a este grupo son Haloperidol, Clorpromozina, Zuclopentixol, Flufenazina y Perfenazina.

3.3. Tratamiento Psicológico

El tratamiento psicológico de los trastornos psicóticos se puede dar en la fase prodrómica y en la fase activa, principalmente. Reconocimiento de síntomas prodrómicos: Es la etapa en la que como se ha descrito se intenta identificar síntomas tales como trastornos del sueño, desorganización, desconfianza extrema e ideación paranoide, falta de concentración, apatía, agresividad y ansiedad entre otros. Estos síntomas no sólo están presentes, si no que van en aumento, hasta que, de no tratarse, termina derivando en el brote psicótico. Un paciente entrenado y educado en el reconocimiento de estos síntomas prodrómicos estará en disposición de pedir ayuda a su terapeuta en el momento en que aparezcan los primeros indicios del resurgimiento de la enfermedad evitando así que aparezca al brote psicótico y sus graves consecuencias.

Concienciación del trastorno esquizofrénico: El enfermo esquizofrénico no entiende que padece una enfermedad, y por lo tanto no ve la necesidad de iniciar un



tratamiento, el cual es rechazado en la mayoría de casos. El terapeuta tiene la tarea de establecer una relación estable que sirve como vehículo para la psicoeducación, es decir, llegar a concienciar al paciente sobre su padecimiento, para que éste acepte su enfermedad, y sea un agente activo en su tratamiento y recuperación.

3.3.1 Intervenciones psicológicas sobre la conducta delirante

Los estudios que han utilizado las técnicas operantes para la modificación de la conducta delirante parten de que la misma está mantenida por las consecuencias que le suceden y que aquella puede disminuirse o eliminarse a través de la modificación de las contingencias. Ayllon y Haugton (1964) publicaron la primera demostración experimental del control operante del habla delirante. Sobre una línea base tomada durante tres semanas se muestra cómo las contingencias discriminativas (refuerzos materiales y sociales) al habla delirante y neutra, conlleva un incremento en todos los casos. Es decir, este estudio constituye una prueba de generalización del condicionamiento verbal al habla delirante.

Los primeros estudios que utilizaban técnicas operantes para la modificación de la conducta delirante (Ayllon y Michael, 1959; Lindsley, 1960; Kennedy, 1964; Rashkis, 1966) adolecen de poco rigor metodológico. Las técnicas utilizadas por estos autores eran el refuerzo positivo (material y/o social), el castigo positivo (desaprobación social) y la extinción (ausencia de consecuencias) contingente a la conducta delirante. Los resultados hallados van en la dirección de un aumento de la conducta verbal normalizada y una disminución de la conducta delirante durante la fase experimental sin que se aporten datos sobre la generalización de tales efectos. Winvcze, Leitemberg y Agras (1972) trataron de modificar la conducta delirante de diez pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide a través de la utilización del «feedback» y reforzamiento con fichas ante respuesta correctas (no delirantes). Estos autores encontraron una disminución de la conducta delirante en las fases en las que se utilizaba el refuerzo contingentemente, sin que se hallara efecto cuando se utilizaba sólo la instrucción sin refuerzo. También se comprobó una ausencia de generalización de tales efectos a otras circunstancias. En general, los



resultados del control operante de la conducta delirante van en la dirección de un aumento de la conducta verbal normalizada y una disminución de la conducta delirante durante la fase experimental.

3.3.2 Rehabilitación Psicosocial

Lo lleva a cabo el equipo completo (no sólo el terapeuta) que asiste y da apoyo al paciente en primer lugar, pero también a la familia.

El objetivo es la rehabilitación a nivel social, para ello el equipo evalúa un plan de acción y soporte según la enfermedad específica, estado, deterioro, conductas problemas y situación social y laboral.

Se trabajan las siguientes áreas, entre otras según la complejidad de cada caso:

Psicoeducación no sólo del paciente, sino también del contexto inmediato del mismo, proveyendo información actualizada y comprensible acerca de la enfermedad mental, cómo reconocer los síntomas, reconociendo la importancia de la medicación, y principalmente aceptando la enfermedad, y aprendiendo a vivir con ella.

- **Habilidades sociales:** a través de actividades se busca la cooperación y entrenamiento de las habilidades sociales en las que el paciente presenta dificultad o deterioro.
- **Educación para la salud:** fomentar la salud como un bien que se puede obtener activamente. se trabaja mediante módulos, los cuales son: Sexualidad, alimentación, sueño, prevención de la ansiedad, autoestima y autoimagen, capacidades cognitivas.
- **Orientación y tutoría:** orientar y aconsejar acerca de cualquier duda problema que presente el paciente y no pueda ser tratado desde los programas elaborados en el ámbito grupal, evaluar la consecución de los objetivos previamente marcados para usuario.

Figura 11 “Este es un autorretrato. Me miré en el espejo y los ojos tenían esta cosa. Lo pinté “.Kate



Nota: (Por Blog Mi psicólogo Madrid.es).



- Actividades de la vida diaria: la intervención se refiere a provocar la adquisición y mantenimiento de una amplia gama de habilidades necesarias para la vida cotidiana, esto se realiza mediante programas como cuidado personal, actividades domésticas y orientación cultural, los cuales están supervisados por el A.T.

3.3.3 El equipo terapéutico

El equipo multidisciplinar debe estar formado por una serie de profesionales que trabajen en común para realizar una buena rehabilitación. Además de los A.T., el equipo de trabajo está conformado por los siguientes profesionales

- Psiquiatra: Se ocupa de la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento farmacológico y la indicación de psicoterapias y valora la situación de la enfermedad del paciente para la incorporación a un centro ocupacional o a un centro especial de empleo.
- Psicólogo: Se ocupa de la evaluación, valoración y del tratamiento a través de la aplicación de técnicas y de la aplicación de psicoterapias. La evaluación o valoración se

realiza a través de test que se le pasan a la persona durante todo su tratamiento. Según el tipo de tratamiento e internación del paciente, pueden variar sumándose otros profesionales tales como:

- Terapeuta Ocupacional: Se ocupa del tratamiento, valoración y reeducación de la persona con esquizofrenia tanto en las áreas como en los componentes de desempeño ocupacional, y en las habilidades funcionales requeridas para la realización de estas. Trabajador social: valorará la red social del afectado y las posibles prestaciones económicas y sociales.
- Enfermera: se encargará de realizar valoraciones de enfermería y llevar un control de la medicación. Etc.

En dicho equipo, todos tienen voz y palabra, y dan su punto de vista y consejo según su rol y especialidad para desarrollar el plan de acción y tratamiento del o los pacientes.



3.3.4 Objetivo del equipo terapéutico

El objetivo primordial es mantener actualizado el registro de evolución de los pacientes, por medio de un diálogo respetuoso y transparente. También es un espacio de desahogo y consulta por temas puntuales sobre el tratamiento o sobre el mismo paciente.

Este encuentro se hace según lo pautado en un inicio, y requiere la presencia de todos los integrantes, pues no se da mayor o menor importancia a unos sobre otros (la diferencia de rol no es en modo alguno jerárquico)

Es importante destacar que es en este espacio en el que el A.T. lleva toda la información recopilada de los encuentros con los pacientes, y por tanto es de vital importancia que plantee todos los detalles, dudas y sugerencias que tenga, para poder re-perfilar las estrategias del tratamiento. Así mismo, acá es dónde debe llamar la atención si se han dado situaciones que no supo manejar, o que se salieron de su control para que el equipo no solo le haga una devolución

con nuevas herramientas y tácticas para resolver futuras complicaciones, sino para que tomen en cuenta el carácter de dicha dificultad (por ejemplo, si el paciente ha estado deprimido, agresivo o ausente, son datos que tanto el psicólogo como el psiquiatra deben conocer para decidir si es algo que se pueden resolver con actividades nuevas o con psicoterapia, o si es algo que precisa el uso o reajuste de administración de fármacos). Según lo que se decida como objetivo a desarrollar, se planifican las actividades con los pacientes, tiempo de duración, días de las mismas, etc., teniendo en cuenta las siguientes pautas:

- Se debe ser puntual, y en caso de retraso, dar aviso.
- A menos que surja un inconveniente, siempre se deben respetar las actividades planeadas, y en caso que no se pueda, se debe dejar asentado el motivo y anotar con qué otra actividad se reemplazo.



- Se debe hacer una supervisión constante del paciente. Esto no significa estar a su lado en todo momento, si no estar atento a cualquier necesidad o complicación que manifieste (tener en cuenta que en caso de pacientes de carácter explosivo puede hacer que pasen de una actitud pasiva a una agresiva en poco tiempo, y debemos saber cómo calmarlo, o evitar que se lastime o lastime a otros)
- A menos que el paciente pueda tolerarlo, en un inicio se recomienda evitar lugares muy bulliciosos, demasiado amplios o concurridos, pues eso puede desestabilizarlo emocionalmente.
- Somos responsables por nuestros pacientes, por tanto, cuando estemos con ellos no podemos atender otros asuntos (llamadas de larga duración, ir a hacer alguna compra, trabajar en otros temas, etc.) aún cuando el paciente esté realizando una actividad solitaria supervisada de lejos, debemos mostrarnos presentes y atentos.
- Respetar el objetivo de cada pauta, sin agregar nuevas actividades la paso (por ejemplo, si está leyendo, no interrumpirlo pidiendo que describa una imagen)
- Cualquier corrección que se deba hacer al paciente, debe ser con mucho tacto. Recordemos que ellos no poseen el mismo nivel interpretativo que nosotros, y

son personas más literales. Alzar la voz, impartir una orden o ser autoritario puede confundirlos o alterarlos, y eso los cierra al trabajo.

3.3.5 Acompañamiento terapéutico de la esquizofrenia

El acompañamiento terapéutico (A.T.) surge como recurso de apoyo y contención para los pacientes que tienen dificultades de autonomía en su vida diaria. No sólo se trata de un control que evalúa el carácter real del paciente, y su manejo con el mundo fuera de sí, sino que también es la persona que cumple la doble función de estimular al paciente a desarrollar sus actividades, y al mismo tiempo llevar al equipo de trabajo un resumen de la evolución y dificultades que observó en el paciente (lo que es de suma importancia para reajustar cualquier



actividad o plan de acción que el equipo considere necesario y que ayudará de forma más eficaz la recuperación de dicho paciente.

Ésta tarea inicialmente era realizada por el personal de las instituciones o lugares en que se ‘internaba’ o ‘recluía’ al paciente. Pero dado que se ha demostrado no sólo la ineficacia en la mejora del paciente estando encerrado, y únicamente medicado, sino que también se ha descubierto que el padecer determinadas enfermedades mentales no invalidan a la persona en su totalidad, se ha evolucionado a un tratamiento que refuerza la mantención del paciente en su contexto social, proveyendo herramientas de comunicación y acción tanto para el paciente, como para la familia o el contexto social inmediato que lo rodea.

Así, la figura de un mentor capaz de estimular, apoyar, educar y mantener activo el proceso de recuperación se hace indispensable, y con ello, nace la figura del A.T., ya no como ‘amigo calificado’ (E. Kalina) sino como un integrante más de un equipo interdisciplinario con funciones específicas.

3.4 Funciones del Acompañamiento terapéutico (AT)

- Motivar la continuidad de los tratamientos. Esto no es ‘obligar’ al paciente, por el contrario, busca que el paciente comprenda la importancia de continuar su mejoría.
- Acompañar al paciente en actividades diarias individuales y de contacto con el medio social, en las que el paciente pueda presentar dificultades.
- El A.T. opera como un escucha activo, permitiendo que el paciente se exprese de diferentes formas, y comparta con él las inquietudes que tiene, y sus propias conclusiones sobre diferentes aspectos de su vida. Esto es de suma importancia, pues en ésta instancia el A.T. recopila información que puede ayudar a ajustar el plan de acción que diseña el equipo interdisciplinario.
- Asistir al paciente y a su familia en sus cuadros afectivos, mediando en posibles situaciones de conflicto. Aquí se da una doble psicoeducación, pues el paciente aprende a mediar con el mundo durante sus propias crisis, y el mundo circundante aprende a tratar al paciente durante estas eventualidades.



- Fomentar la capacidad creativa del paciente, favoreciendo su autoexpresión.
- Cooperar con la construcción de una cotidianidad lo más sana, activa y enriquecedora posible.
- Fortalecer el Yo del paciente para lograr un mayor ajuste en el manejo tempoespacial.
- Limitar en situaciones interpersonales en donde el paciente pueda resultar perjudicado.
- Ofrece su perspectiva del mundo, de una forma conciliadora para que el paciente reconsidere algunas cuestiones, sin sentirse invalidado o atacado.
- Actúa como ejemplo ante determinadas eventualidades que el paciente no sabe aún resolver, o sus recursos son ineficientes o limitados.

Se aclara que si bien, se trata de evitar la internación, lo cierto es que en el caso de pacientes ya internados, o que si o si precisan de ese recursos, el A.T. tiene como objetivo la mejoría para acortar el tiempo de internación.

3.4.1 Intervenciones dirigidas a la prevención de recaídas

La esquizofrenia es un trastorno crónico que cursa como un proceso con crisis de descompensaciones psicopatológicas tras la cual el paciente puede volver al nivel de

funcionamiento pre mórbido o experimentar un deterioro respecto al funcionamiento previo a la crisis, llegando algunos casos a un defecto progresivo. La prevención o alivio de la recaída es importante para el futuro bienestar del paciente con esquizofrenia. Se sabe que cada recaída aumenta la probabilidad de recidivas futuras, síntomas residuales y consecuente discapacidad social; de ahí que se hayan puesto en marcha distintos tipos de programas, tales como Programas de Intervención Precoz, Programas de Intervención con Familias e intervenciones dirigidas a potenciar los recursos personales de los pacientes.

3.4.2 Programas de intervención precoz



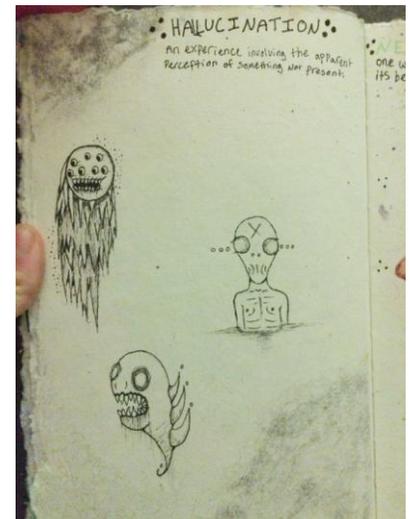
La intervención precoz es un abordaje dirigido principalmente a personas jóvenes y vulnerables, y tiene por objeto disminuir o controlar, en la medida de lo posible, el deterioro psicológico y socio familiar que se pueda producir en el paciente esquizofrénico. Parece demostrado que la forma en que transcurren los primeros años de enfermedad es un momento clave para el desarrollo posterior de esta. Por tanto, la intervención en estas primeras etapas está claramente indicada. Dicha intervención tiene su aplicación en dos momentos: antes o durante el primer episodio de esquizofrenia y en la detección precoz de signos que apuntan a una recaída en individuos con vulnerabilidad a la esquizofrenia. Estudios realizados en pacientes con un primer episodio de esquizofrenia sugieren que la intervención antes o durante éste, tiene un efecto muy importante sobre la vulnerabilidad futura a las recaídas, en comparación con intervenciones posteriores (Harding y Zahniser, 1994).

3.4.3 Programas de intervención con familias

El ambiente familiar ha sido una constante a la hora de abordar el estudio de la esquizofrenia.

En este sentido, los estudios realizados han pasado de considerar el papel de la familia como un factor etiológico a considerarlo como un factor potencialmente protector que puede influir en el curso del trastorno. La hipótesis de trabajo, desde esta perspectiva, alude a que si pueden identificarse en el ambiente familiar factores que influyan en las recaídas su modificación contribuiría a disminuir las mismas. Entre los factores identificados destacan los altos índices de emoción expresada en los ambientes familiares y el grado de conocimiento que tenga la familia sobre la enfermedad y su manejo.

Figura 12 “En mis alucinaciones escucho todo tipo de voces, sonidos, ruidos al azar y veo a menudo, caras y ojos sin cuerpo”. Kate



Nota: (Por Blog Mi psicólogo Madrid.es).



3.4.4 Programas psicoeducativos

Los programas psicoeducativos para pacientes esquizofrénicos tienen como principal objetivo el abordaje y apoyo del paciente y los miembros de su familia para reducir el efecto que los estímulos estresores tienen sobre ambos. El propósito último es el de facilitar la reinserción social del paciente tras el alta hospitalaria, disminuir la probabilidad de recaída y/o mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Hasta ahora, muchos de estos programas se habían centrado exclusivamente en transmitir información a la familia y paciente sobre la enfermedad. Parece demostrado que este tipo de intervenciones simplemente educativas no resultan eficaces para la familia más allá de la ampliación de conocimientos sobre esquizofrenia y satisfacción por el trato recibido. En ausencia de un entrenamiento más específico en reducción de estrés y solución de problemas e intervenciones más profundas en la dinámica familiar, estas acciones no proveen a las familias de habilidades de afrontamiento

y soporte suficientes como para modificar la evolución natural de la esquizofrenia (Aldaz y Vázquez, 1996). Entre los programas mejor estructurados y que han utilizado una metodología más rigurosa se encuentran los siguientes: Programa de Intervención de Goldstein (1976), la «Terapia Conductual FamiUar» de Fallón, Boyd y McGuill (1984), el Modelo Psicoeducacional de Anderson et al. (1986), el paquete de intervenciones sociales del grupo de Leff (1985), intervenciones de Tarrier et al. (1988).

3.4.5 Intervenciones dirigidas a potenciar los recursos personales de los pacientes

Entre este tipo de intervenciones se pueden incluir las que han entrenado a los pacientes esquizofrénicos en habilidades de solución de problemas de la vida diaria y habilidades sociales. Harsen et al. (1985) realizaron un programa de entrenamiento de solución de problemas de la vida diaria con siete pacientes de un plan de hospitalización parcial. Los resultados mostraron una mejoría en la solución de problemas en situaciones entrenadas y la generalización de las habilidades adquiridas a situaciones novedosas, quedando demostrada la validación social de las mejorías experimentadas a través de la



comparación entre el grupo de pacientes entrenados y un grupo control de sujetos sin trastorno psiquiátrico.

Por otra parte, se sabe que las situaciones y circunstancias estresantes actúan como factores facilitadores de las descompensaciones psicopatológicas en los pacientes esquizofrénicos, que en ocasiones desencadenan hospitalizaciones. Es por ello importante actuar a este nivel en el intento de entrenar al paciente a reducir los efectos del estrés y a crear ambientes menos estresantes. En este sentido se han utilizado una serie de técnicas, que trabajadas conjuntamente favorecen un mejor manejo del estrés. Zeisset (1968) ya entrenó a los pacientes en relajación con el objetivo de reducir el arousal a través de la inducción sistemática de la relajación muscular. Otros autores (Slade, 1977; Hogan, 1966; Almbaugh, 1971) utilizaron la desensibilización sistemática orientada a reducir el miedo y ansiedad desencadenados por estímulos condicionados aversivamente. Obtuvieron generalización de sus efectos conseguidos, así como resultados positivos utilizando variantes de esta técnica.

3.5 Guía de competencias a desarrollar en pacientes con esquizofrenia

Desarrollo de la voluntad

Este tipo de pacientes se caracterizan por presentar apatía y Anhedonia, por lo que se debe estimular el desarrollo de criterios, una actitud resolutiva y los valores sociales en actividades que motiven al sujeto y lo mantengan activo.

Talleres de autoexpresión, creatividad, artesanías, etc. (cualquiera que se ajuste a lo que el paciente desee desarrollar)

Registro del Yo : Los pacientes esquizofrénicos sufren un deterioro del sentido del Yo, por lo que se debe trabajar para que aprenda a distinguir entre el Yo propio y los demás.

Se puede estimular a través de actividades grupales en las que se asigne a cada uno una tarea dentro de un equipo de trabajo. Esto fomenta la distinción entre trabajo propio y el del resto de las personas.



Edición de un diario: en la que cada paciente se ocupa de un tipo de noticias o sección.

Actividades de conciencia corporal: El paciente no reconoce su propio cuerpo, por tanto otro punto a atender en la autoconciencia corporal, y la diferenciación de la de los demás.

Taller de psicomotricidad: ejercicios verbal de somatognosia (conocimiento y manejo del propio cuerpo) nombrando e identificando las distintas partes del cuerpo de forma física y figurativa.

3.5.1 Habilidades Sociales

Las habilidades sociales son la empatía y comprensión de los demás, diferenciando y respetando entre lo que el otro siente y es, y lo que es uno mismo; además de la identificación de los diferentes roles que cada persona cumple en el mundo. El paciente esquizofrénico debe aprender a reconocer sus sentimientos, actitudes y valores, y tener una conducta acorde a ello, Así mismo, una de las tareas de los profesionales es cooperar para disminuir su aislamiento y aumentar las posibilidades de éxito en sus vínculos, combatiendo el estrés que esto le provoca.

Posibles actividades que fomentan esto:

Expresión corporal: la expresión corporal es una disciplina cuyo objeto es la conducta motriz con finalidad expresiva, comunicativa y estética en la que el cuerpo, el movimiento y el sentimiento como instrumentos básicos. Se caracteriza por la ausencia de modelos cerrados de respuesta y por el uso de métodos no directivos sino favorecedores de la creatividad e

imaginación. Cooperar en el descubrimiento y/o aprendizaje de significados corporales, y la aceptación del propio cuerpo como vehículo de interacción.

Desempeño de roles: Se representa una situación típica con el objeto de que se comprenda mejor la actuación de quien o quienes deben intervenir en ella en la vida real. Sirve de ejemplo para identificar las variables resolutorias, y la diferenciación de criterios en dicha resolución.

3.5.2 Actividades de orientación temporal



La desorientación temporal y la ruptura con la realidad son dos constantes en los esquizofrénicos, por lo tanto también serán áreas básicas a desarrollar.

Marcar una rutina: realizar cada día una serie de actividades distintas y repetir esa planificación todas las semanas. Cada actividad tiene una franja horario estable, a fin de que el paciente pueda identificar la diferencia de horarios, tipos de días (laborares, días festivos, hábiles, vacaciones, etc.)

3.5.3 Actividades de orientación espacial

Así como pierde contacto temporal, el paciente sufre de desorientación espacial.

Asignación de tareas en espacio: La idea es distribuir cada actividad en un lugar determinado.

Actividades en lugares específicos: Como ser jugar en una plaza, tomar algo en una cafetería, etc. Esto ayuda al paciente a empezar a reconocer lugares del mundo exterior en los que se desarrollan tareas típicas.

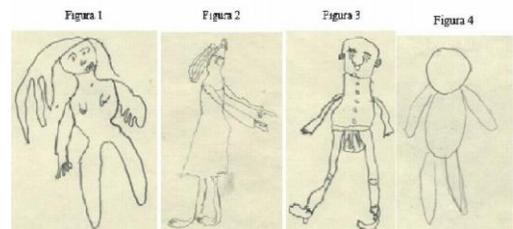
3.5.4 Actividades de manejo del estrés

Aprender a manejar su nivel de estrés no sólo será positivo para el propio paciente sino también para sus familias y relaciones sociales.

Se busca ayudar al paciente a identificar las causas del estrés, los efectos del mismo y la forma de manejarlo.

Técnicas de relajación: Una herramienta necesaria para que el paciente pueda calmarse y bajar los niveles de ansiedad.

Figura 13 “Dibujo de la figura humana en pacientes esquizofrénicos.”





Ejercicios de respiración consciente: Otra herramienta

muy útil para lo mismo, pero en este caso más versátil pues el paciente puede hacerlo en cualquier momento que lo necesite.

Nota: (Por Instituto Superior de Psicografología Analítica)

Grupos de debate: Se pueden armar grupos en los cuales se traten todas las temáticas que padecen los pacientes, permitiendo que ellos expresen sus ideas y sus conclusiones. Estos espacios son útiles para reconocer la evolución de cada paciente, y conocer las dificultades que cada uno tiene. Así mismo, es un sitio en el que se le puede ir señalando nuevos conceptos o corrigiendo los que tenga mal entendidos. Es una actividad que fomenta las habilidades sociales, aunque sea más teórica que practica (se tratan los temas de manera objetivo, no vivencial como puede hacerse en los talleres o actividades)

3.5.5 Actividades de estimulación cognitiva

Muchos de los pacientes presentan deterioro en las habilidades cognitivas, necesarias para el desenvolvimiento en las actividades cotidianas, que requieren el uso de memoria, lenguaje, atención, concentración, razonamiento, percepción, abstracción, operaciones aritméticas y praxias.

Es muy importante trabajar sobre las capacidades residuales de la persona, y no las que haya perdido, a fin de detener o enlentecer el deterioro cognitivo, y evitar la frustración del paciente ante la imposibilidad de recuperar lo desaprendido.

Desarrollo de la atención: con tareas simples que ayuden a reforzar la activación mental. Lectura de un texto entre todos siguiendo donde ha parado el anterior, series numéricas concretas, nombres de los meses del año en sentido directo e inverso, etc.

Desarrollo de la memoria: por medio de ejercicios de repetición de series, ejercicios numéricos con material visual y verbal.

Tareas de cálculo: Tareas de cálculo mental, resolución de problemas aritméticos, operaciones aritméticas y juegos numéricos.



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

Desarrollo del razonamiento: con ejercicios que trabajen la capacidad de clasificar características de los objetos.

Desarrollo de la escritura: con tareas de redacción de un texto, escritura de una frase o palabras, al dictado y/o copia, lectura.

Desarrollo de la abstracción: lectura de un texto metafórico y comentar su significado, encontrar la moraleja, etc.

Desarrollo del lenguaje: comentarios, lectura, descripciones en voz alta,

Desarrollo de diferentes praxias: construcciones, dibujos libre o con copia, unir puntos.

Desarrollo de la percepción: encontrar diferencias entre imágenes a priori iguales, encontrar un objeto entre una multitud.

COMENTARIOS FINALES



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

Después de todo lo expuesto anteriormente nos dimos cuenta que en la mayoría de los estudios señala que hay más alto índice en los hombres que en las mujeres con esquizofrenia. Y que existen diversas causas desencadenantes para detonar un trastorno tan gravoso como es la esquizofrenia, como un suceso traumático para la persona, como una ruptura amorosa, una violación, violencia doméstica, estrés. Etc. Sin embargo Waddington y Youssef (1994) encontraron evidencias de una disminución del riesgo de esquizofrenia en una zona rural de Irlanda a lo largo de 50 años; la disminución parecía ocurrir de forma más prominente en mujeres (-56%) que en hombres (-19%).

Cabe señalar y recalcar que antes los estudios prevalecían más en los hombres que en las mujeres, ya que antes solo los hombres tenían más prioridad de someterse a estudios que las mujeres, por ende este sería un factor de las estadísticas hoy en día.



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES



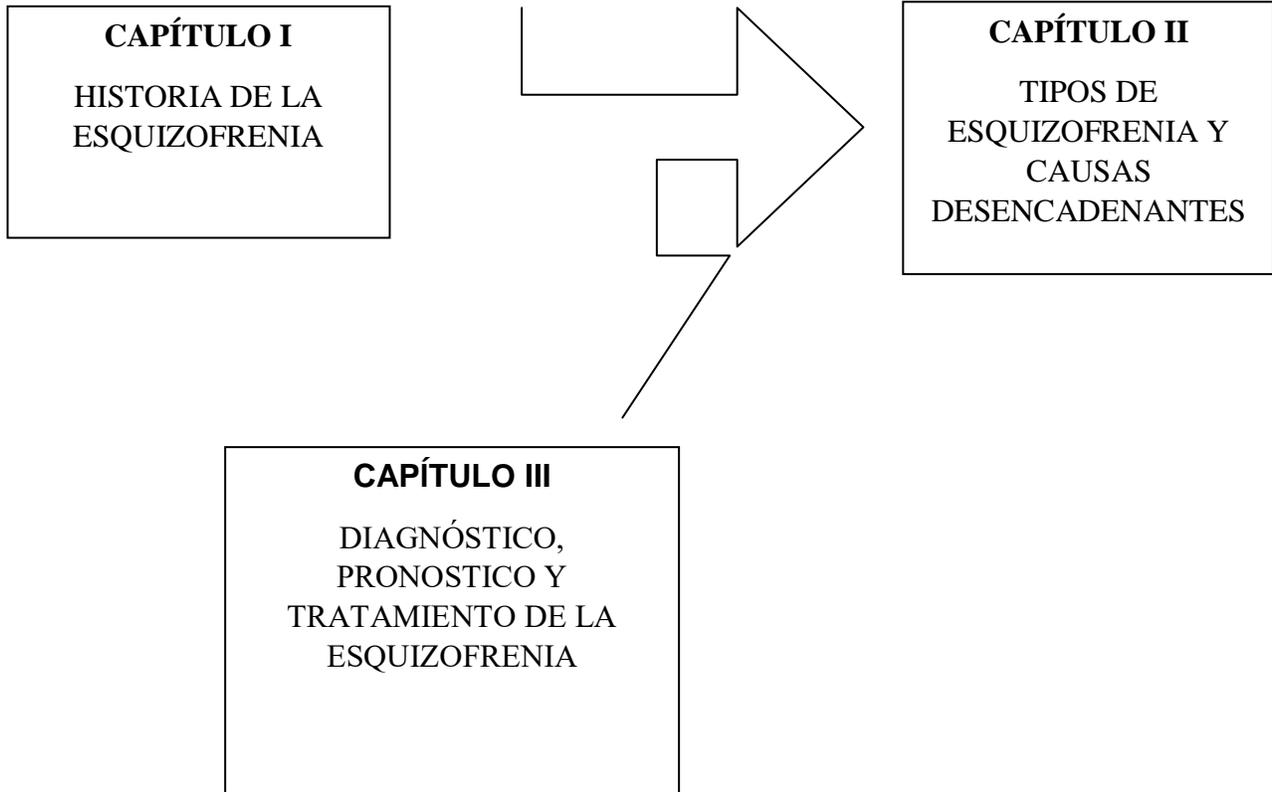
La esquizofrenia afecta aproximadamente a un 1% de las personas durante su vida independientemente del sexo, raza y clase social. Tanto hombres como mujeres corren riesgo de desarrollar esquizofrenia. La diferencia es que los síntomas tienden a aparecer a una edad más temprana en los hombres que en las mujeres. Se inicia en la mayor parte de los casos entre los 15 y los 30 años en los hombres y entre los 25 y los 35 años en las mujeres y suele aparecer con más frecuencia en los hombres.

De acuerdo con el Dr. Daniel Drubach (2013) en una entrevista mencionó que las enfermedades mentales más comunes en mujeres son las “enfermedades afectivas” entre ellas la depresión, bipolaridad y la psicosis (esquizofrenia), esto debido a la cuestión de género, el papel importante que hoy en día toma la mujer. ¿Pero cómo afecta la esquizofrenia en la mujer? En las mujeres afecta en su pensar, en cómo se siente y se comporta, y parecieran como si hubiesen perdido el contacto con la realidad, como si crearan un mundo con un entorno que ellas mismas construyen, lo que puede ser angustiante para ellas, familiares y amigos.

ESQUEMA



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico





BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

Albus M, Hubmann W, Mohr F, Scherer J, Sobizack N, Franz U, Hetch S, Borrmann M, Wahlheim C. Are there gender differences in neuropsychological performance in patients with first episode schizophrenia? *Schizophr Res* 1997;28(1):39-50

Flaum M, Swayze VWII, O'Leary DS, Yuh WTC, Ehrhardt JC, Arndt SV, Andreasen NC. Effects of diagnosis, laterality, and gender on brain morphology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1995;152:704-14.

Bryant NL, Buchanan RW, Vldar K, Breier A, Rothman M. Gender differences in temporal lobe structures of patients with schizophrenia: a volumetric MRI study. *Am J Psychiatry* 1999;156:603-9.

Pelaz Martínez, E. (1940). Tratamiento convulsivante de la esquizofrenia con alcanfor intravenoso. *Semana médica española: revista técnica y profesional de ciencias médicas.* 47, 158-161.

-American Psychiatric Association. DSM-IV, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (2001). Barcelona. Masson, S. A.

-Newcastle Guideline Development and Research Unit et al. (2004). National Institute for Clinical Excellence (NICE).

-Vallina, O., Lemos, S., Fernandez, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en la psicosis. *Apuntes de Psicología*

Braff, D.L. (1985). Attention, habituation and information processing in psychiatric disorders. En R. Michels, J.O. Cavenar, H.K. Brodie et al. (Comps.), *Psychiatry*, 3, 1-10.

Falloon, I.R., Boyd, J.L., Me Gilí, C, Ranzani, J., Moss, H.B., y Guildermann, A.M. (1982). Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia. A controlled study. *New England Journal of Medicine*, 306,1437-1440.

Brown, G.W., y Rutter, J. (1966). The measurement of families activities and relationships: A methodological study. *Human Relations*, 12, 241-263.

Johnson, D.A., Ludlow, J., Street, K., y Taylor, R.D. (1987). Double-blind comparison of half-dose and standar-dose flupenthixol decanoate in the maintenance treatment of stabilised outpatients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 151, 634-638.



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberleinfries, R., y Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of intervention in the families of schizophrenic families. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.

Reybee, J., y Kinch, B. (1973). Treatment of auditory hallucinations using focusing. En P. Slade y R. Bentall (1988), *Sensory deception. A scientific analysis of hallucination*. London: Croom Helm.

Tarrier, N. (1989). The community management of schizophrenia: a two year followup of a behavioural intervention with families. *British Journal of Psychiatry*, 154, 625- 628.

Brune, M. (2005) Theory of Mind in Schizophrenia: A Review of the Literature *Schizophrenia Bulletin* vol. 31 no. 1 pp. 21–42.

Goldman-Rakic, P.S. (1995) More clues on latent schizophrenia point to developmental origins *American Journal of Psychiatry* 152, 1701– 1703.

Kraepelin, E. (1919) *Dementia Praecox and Paraphrenia* Livingstone, Edinburgh.

Langdon, R. y cols. (2002b) Understanding minds and understanding communicated meanings in schizophrenia *Mind and Language*, 17:68–104.

Mc Gurk, S.R. y cols. (2007) “A metaanalysis of cognitive remediation in schizophrenia” *American Journal of Psychiatry*; 164, 1791-1802.

Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Winkler, R.C. (1970). Management of chronic psychiatric patients by a token reinforcement system. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 3, 47-55.



Esquizofrenia en la mujer: tipos de esquizofrenia, causas desencadenantes psicológicas y tratamiento farmacológico