

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno psicótico que persiste durante 6 meses, incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, catatonía y síntomas negativos). Esta enfermedad se asocia a una marcada disfunción personal, social y laboral condicionando la dependencia del paciente hacia terceras personas y una inversión económica para familiares y para el estado¹.

EPIDEMIOLOGÍA

Edad y sexo

La prevalencia es la misma en hombres y mujeres. Sin embargo, ambos sexos difieren en el curso e inicio de la enfermedad. En los hombres la edad de inicio está entre los 15 y 25 años y en las mujeres entre los 25 y 35 años por lo que el pronóstico en las mujeres es más favorable¹.

Estacionalidad del nacimiento

Las personas que desarrollan este trastorno es más probable que hayan nacido en invierno o principios de primavera, varias hipótesis se han formulado para explicar esta observación. Una de ellas aboga por la existencia de un virus o cambio dietético como factor de riesgo¹.

Suicidio

Es una causa frecuente de muerte entre los pacientes con esquizofrenia, aproximadamente el 10% de los sujetos que la padecen se suicidan siendo sus principales factores de riesgo: el sexo masculino, edad inferior a 30 años, síntomas depresivos, desempleo y un alto nivel de funcionamiento premórbido (especialmente los universitarios)¹.

Consumo y abuso de sustancias asociadas.- Una gran parte de los pacientes esquizofrénicos consumen cigarrillos, alcohol y *cannabis*¹.

ETIOLOGÍA

La etiología de esta enfermedad es incierta, pero se han descrito factores que influyen en su desarrollo.

Factores genéticos

Variaciones de la secuencia de ADN dentro de la región cromosómica 22q11 asociado con el síndrome de DiGeorge probablemente confieren cierta susceptibilidad a sufrir trastornos psicóticos. La hiperprolinemia asociada a supresión de prolina

deshidrogenasa, es un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno esquizoafectivo².

Alteraciones bioquímicas

La hipótesis dopaminérgica establece que una excesiva actividad de este neurotransmisor en LCR, sería responsable de algunos síntomas positivos. En la aparición del resto de los síntomas, se trata de implicar a otros neurotransmisores como, serotonina, noradrenalina y el GABA³.

Estudios postmortem del cerebro han demostrado déficit de GABA en personas esquizofrénicas. Existe también disminución de las interneuronas inhibitorias, enzimas que sintetizan el transmisor inhibitorio ácido-amino butírico, neuropéptidos como somatostatina y colecistocinina. Además de estos cambios hay una pérdida de dendritas y axones que conectan a las neuronas entre sí, lo que refleja el fracaso de las neuronas piramidales e inhibitorias para formar la conexión sináptica^{4,5}.

Factores psicosociales

La teoría psicoanalítica de Freud postuló que la esquizofrenia es el resultado de fijaciones en el desarrollo y que un "yo" defectuoso contribuía a los síntomas de la esquizofrenia. Muchas de las ideas de Freud referentes a la esquizofrenia eran pintorescas debido a su falta de conocimiento de pacientes esquizofrénicos. Por el contrario Harry Stack Sullivan sometió a los pacientes esquizofrénicos a psicoanálisis intensivos y concluyó que el trastorno era el resultado de dificultades interpersonales tempranas, particularmente las relacionadas con cuidados maternos defectuosos o ansiosos⁶.

Neuropatología

Se ha evidenciado alteraciones en el funcionamiento de los lóbulos frontales, tanto en pruebas neuropsicológicas como en pruebas de neuroimagen (descenso de la perfusión en dichos lóbulos en la SPECT e hipometabolismo en la PET³).

Se observa también dilatación del tercer ventrículo y de ambos ventrículos laterales, existe además pérdida de la simetría cerebral normal y cambios en la densidad neuronal. Disminución del tamaño de regiones cerebrales como el hipocampo, amígdala, circunvolución parahipo campal con afectación en algunos casos de los ganglios basales. Otros hallazgos anormales como desinhibición en los movimientos oculares e incapacidad para la persecución visual lenta.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos categorías: los positivos y los negativos.

Síntomas positivos

Incluyen: distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), de la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico)¹.

Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, asuvez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la "dimensión psicótica" incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la "dimensión de desorganización" incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados¹.

Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias.

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales y características de la esquizofrenia.

El pensamiento desorganizado ha sido considerado por algunos autores como la característica simple más importante de la esquizofrenia.

El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto salta de un tema a otro ("tangencialidad"); y, en raras ocasiones el lenguaje puede estar gravemente desorganizado.

El comportamiento altamente desorganizado puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin.

Síntomas negativos

Comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia)³.

El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente (p. ej., llevando varios abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso) o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (p. ej., masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (p. ej., gritar o insultar).

DIAGNÓSTICO

Criterios diagnósticos DSM-IV para los subtipos de esquizofrenia

Criterios

A. Síntomas característicos	Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos.
B. Disfunción social/laboral	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.
C. Duración	Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses.
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.
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.

Cuadro 1: Criterios diagnósticos DSM IV para la esquizofrenia

Criterios diagnósticos DSM-IV para la esquizofrenia

Criterios para subtipos

Tipo Paranoide	A: preocupación por una o más ideas delirantes o alucinatorias auditivas frecuentes. B: no hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.
Tipo Desorganizado	A: predominan: lenguaje y comportamiento desorganizado y afectividad aplanada o inapropiada. B: no se cumplen los criterios para el tipo catatónico.
Tipo Catatónico	Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas: 1)Inmovilidad motora manifiesta por catalepsia (inducida la flexibilidad cérea) o estupor. 2)Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos). 3)Negativismo extremo o mutismo. 4)Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas. Ecolalia o ecopraxia.
Tipo Indiferenciado	Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumplen los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico..
Tipo Residual	A: Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento desorganizado. B: hay manifestaciones continuas de alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de forma atenuada (por ejemplo: creencias raras o experiencias perceptivas no habituales)

Tabla 2: Criterios diagnósticos DSM IV para los subtipos de esquizofrenia

Hallazgos de la exploración física

Varios de los pacientes que padecen esta enfermedad son físicamente torpes y presentan "signos neurológicos menores" como confusión derecha/ izquierda,

coordinación pobre o movimientos en espejo. Probablemente el hallazgo más comúnmente asociado sean las anormalidades motoras, la mayoría de éstas se relacionan con los efectos secundarios del tratamiento antipsicótico e incluyen: discinesia tardía, parkinsonismo, acatisia, distonía y síndrome neuroléptico maligno todos ellos inducidos por neurolépticos.

Otros hallazgos físicos están relacionados con trastornos asociados.

Hallazgos de laboratorio

No se han identificado hallazgos de laboratorio que sirvan para diagnosticar la esquizofrenia, sin embargo algunos son anormales en grupos de sujetos con esquizofrenia.

También se encuentran datos de laboratorio anormales tanto por las complicaciones de la esquizofrenia como de su tratamiento. Algunos sujetos esquizofrénicos beben cantidades excesivas de líquidos y desarrollan alteraciones de la densidad de la orina o del equilibrio electrolítico. Una elevación de la creatinfosfocinasa puede ser consecuencia del síndrome neuroléptico maligno.

Diagnóstico diferencial

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con: trastornos psicóticos debido a enfermedades médicas, trastorno mental orgánico (demencia y delirium), trastorno psicótico inducido por sustancias (anfetaminas o cocaína)¹.

El diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y trastorno delirante se basa en la naturaleza de las ideas delirantes (no extrañas en el trastorno delirante) y en la ausencia de otros síntomas característicos de la esquizofrenia (p. ej., alucinaciones, lenguaje o comportamiento desorganizado o síntomas negativos manifiestos).

Se debe realizar diagnóstico diferencial con los trastornos generalizados del desarrollo (p. ej., trastorno autista) debido a que comparten alteraciones del lenguaje, la afectividad y el contacto interpersonal, la diferencia radica en la edad de inicio (el autismo se detecta durante la niñez o la primera infancia mientras que en la esquizofrenia el inicio tan temprano es raro)¹.

La esquizofrenia comparte características y puede ir precedida de trastornos esquizotípico, esquizoide o paranoide de la personalidad, debido a esto se debe realizar un diagnóstico diferencial con todas ellas³.

CURSO

La edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de la misma en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica manifestada por el lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas (p. ej., aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o el trabajo, deterioro de la higiene y el aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira). Sin

embargo, en un momento dado, la aparición de algún síntoma de la fase activa califica el trastorno como una esquizofrenia⁶.

La mayoría de los estudios del curso y la evolución de la esquizofrenia sugieren que el primero es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos.

Probablemente, la remisión completa (es decir, el retorno total al nivel premórbido) no es habitual en este trastorno. De los que siguen presentando la enfermedad, algunos parecen tener un curso relativamente estable, mientras que otros muestran un empeoramiento progresivo asociado a una incapacidad grave⁶.

Puesto que estos síntomas positivos son especialmente sensibles al tratamiento, suelen disminuir, pero en muchos sujetos los síntomas negativos persisten entre los episodios de síntomas positivos. Se ha sugerido que los síntomas negativos pueden volverse progresivamente más acusados en algunos sujetos a lo largo del curso de la enfermedad⁶.

PRONÓSTICO

Es una enfermedad incapacitante en la mayoría de los casos y sigue la "regla de los tercios": un tercio de los pacientes tiene un pronóstico relativamente bueno, un tercio tiene un pronóstico intermedio y por lo general necesitan un soporte para su integración social y el tercio restante tienen un muy mal pronóstico precisando recursos residenciales alargo plazo⁶.

TRATAMIENTO

Tratamiento psico-social

Las intervenciones psicosociales están encaminadas a mejorar las relaciones interpersonales y dotar al paciente y a la familia de estrategias para lograr la rehabilitación del déficit cognoscitivo y del aislamiento social que produce la esquizofrenia. Deben, brindar apoyo, al paciente, familiares y cuidadores, para afrontar la discriminación y el rechazo.

Programas de psicoeducación: Debe ser capaz de desarrollar en el paciente y en sus familiares técnicas y estrategias para identificar síntomas y circunstancias que esten relacionadas con las recaídas clínicas o con comportamientos de alto riesgo.

Intervenciones psicosociales de tipo individual

Terapia psicodinámica: eficaz en casos individuales, no ha mostrado disminuir las recaídas clínicas ni las readmisiones hospitalarias.

Terapia de apoyo.

Manejo de caso: disminuir promedios de estancia hospitalaria y el número de nuevas hospitalizaciones⁸.

Entrenamiento en habilidades sociales

Rehabilitación vocacional: encaminada a disminuir el déficit cognoscitivo y a ayudar al paciente a encontrar un empleo que se ajuste a sus necesidades⁷.

Terapia cognoscitiva y comportamental

El objetivo es reducir la intensidad de los delirios y de las alucinaciones en el paciente que no ha mejorado con el tratamiento farmacológico, y promover su participación activa en la reducción de los riesgos de recaída clínica y de los niveles de desadaptación social⁸.

Rehabilitación cognoscitiva: el objetivo es prevenir las recaídas clínicas⁸.

Cambios en el contenido cognoscitivo: aumentan la habilidad del paciente para afrontar los síntomas psicóticos residuales pero no reducen la posibilidad de recaída clínica.

Intervenciones psicosociales en la familia: la familia del paciente con esquizofrenia, con frecuencia, debe asumir privaciones económicas, aislamiento social y sobrecarga psicológica, además del estrés que ocasionan los síntomas psicóticos, las crisis de agitación y las hospitalizaciones.

Los programas de intervención familiar comprenden sesiones educativas, información sobre la etiología, curso, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, identificación de las casusas estresantes relacionadas con las recaídas clínicas, identificación de las respuestas emocionales de los familiares ante el diagnóstico y el comportamiento del paciente, obtención de expectativas reales, mejoramiento de la comunicación intrafamiliar, entrenamiento en solución de conflictos y empleo de técnicas cognoscitivas comportamentales⁸.

A menudo es necesaria la hospitalización, sobre todo cuando el comportamiento del paciente muestra una gran desorganización.

Tratamiento farmacológico

Indicaciones clínicas: los antipsicóticos se utilizan para tratar todas las formas de esquizofrenia. El índice de mejoría es cercano al 80%. Es posible que los pacientes cuyos síntomas conductuales empeoren con el uso de antipsicóticos tengan algún trastorno orgánico no diagnosticado, como toxicidad por anticolinérgicos⁷.

Es posible que en los casos resistentes se necesite el uso concomitante de litio, carbamazepina o ácido valproico⁷.

Formas y patrones de dosificación: los fármacos antipsicóticos incluyen los neurolépticos típicos así como nuevos neurolépticos atípicos.

Típicos

Clorpromazina: antagonista de los receptores dopaminérgicos D₂ y similares (D₃ y D₅), induce la reducción de la transmisión neuroléptica en el cerebro anterior. También bloquea los receptores serotoninérgicos 5-HT₁ y 5-HT₂ lo que induce efectos ansiolíticos y anti agresivos y una atenuación de los efectos extrapiramidales. Finalmente, produce efectos antidepresivos y antiparkinsonianos, aunque también es el responsable de la agitación psicomotora y de la amplificación de la psicosis que a veces se observa en la clínica⁹.

Atípicos

Son fármacos neurolépticos de mejor actividad, entre estos tenemos:

Olanzapina: bloqueador potente de los receptores muscarínicos, colinérgicos, 5-HT₂ y dopaminérgicos D₁, D₂ y D₄. Las dosis altas de olanzapina (12.5 a 17.5 mg) parecen ser más eficaces que las dosis bajas. Está disponible en una forma oral soluble para pacientes que no toleran la administración oral estándar, y en forma inyectable para el tratamiento de la agitación aguda relacionada con la esquizofrenia. La olanzapina conlleva una incidencia mucho menor de reacción distónica que el haloperidol y tal vez es menos probable que cause discinesia tardía. Sus efectos secundarios más frecuentes incluyen: cefalea, somnolencia, agitación, nerviosismo, insomnio, mareo y aumento de peso considerable⁹.

Quetiapina: es un neuroléptico que ejerce mayor bloqueo de los receptores 5-HT₂ que de los D₂, así como afinidad relativamente alta a los receptores adrenérgicos α₁ y α₂. Es muy eficaz para tratar síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia con menos efectos secundarios extrapiramidales.

Aripiprazol: es el primer neuroléptico que estabiliza la dopamina¹⁰.

CONCLUSIONES

La esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por sus manifestaciones clínicas y algunas alteraciones específicas en estudios de imagen como la tomografía y la resonancia magnética, además ocasiona una grave disfunción a nivel personal, social y laboral, convirtiendo al paciente en un ser dependiente incapaz de desempeñarse y realizarse por sí solo, por estas razones se debe realizar un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento de estos pacientes para así disminuir sus efectos desoladores.