



**Nombre del alumno: Luis Ángel
Mendoza Chable**

**Nombre del profesor: Elvia Patricia
Castro Roche**

Materia: psicopatología II

PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del trabajo: la esquizofrenia

Licenciatura: Psicología

Villahermosa, Tabasco. Septiembre del 2020

LA ESQUIZOFRENIA

Concepto

El **concepto** de esquizofrenia tiene su origen en dos términos griegos: *schizo* (“**división**”, “**escisión**”) y *phrenos* (“**mente**”). Quien padece este trastorno presenta, en pocas palabras, una mente partida en dos: una porción que se relaciona con la realidad y otra que interactúa, en mayor o menor grado, con un mundo imaginario.

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico y grave caracterizado por alteraciones del pensamiento, la percepción de la realidad y el comportamiento. Los pacientes pueden **perder el contacto con la realidad** (psicosis), sufrir alucinaciones, delirios (creencias falsas), tener pensamientos anormales y problemas en el funcionamiento social y laboral.

Etimológicamente significa "mente escindida". Con este término se quería subrayar las alteraciones en el pensamiento que presentan las personas que la padecen.

Síntomas

Los síntomas de la esquizofrenia se dividen dos grandes grupos:

- Los **positivos** consisten en aquellas manifestaciones anómalas que experimentan los pacientes, como ver cosas que no existen (alucinaciones) o pensar que ocurren cosas que no son verdad (delirios).
- Los **negativos** son aquellas manifestaciones que hacen pensar que están relacionadas con alteraciones en la capacidad para pensar, sentir o hacer cosas con normalidad. Por ejemplo, dejar de hablar con fluidez, tener interés por las cosas o las personas, por levantarse cada día a trabajar, etc.
Con el paso del tiempo y un tratamiento adecuado muchos de estos síntomas acaban remitiendo.

Los síntomas más característicos de la enfermedad son:

- **Delirios:** Ideas erróneas de las que el paciente está convencido. Por ejemplo, creer que todo el mundo está contra él o que tratan de perjudicarlo.
- **Alucinaciones:** Percibir algo que no existe. Por ejemplo, oír voces (que le insultan o hablan de él), o ver objetos o caras que no están.
- **Trastornos del pensamiento:** El lenguaje del paciente se hace incomprensible y con poca fluidez.
- **Alteración de la percepción de sí mismo:** La persona siente que su cuerpo está cambiando, se ve a sí mismo como alguien raro. Los pacientes pueden decir que no se reconocen al mirarse al espejo. Los límites entre uno mismo y los demás no

están claros; por ello, pueden creer que los demás pueden saber lo que piensa o por el contrario, creen adivinar lo que otros piensan.

- **Deterioro de las emociones:** La afectividad se va empobreciendo. Los pacientes se muestran inexpresivos y se comportan con frialdad hacia los demás.
- **Aislamiento:** Los pacientes se encierran en sí mismos y en su mundo interior. Con frecuencia se manifiesta en que el paciente se queda encerrado en su habitación y evita la compañía de los demás.

Origen

El origen de la esquizofrenia no se conoce con certeza. No obstante, cada vez existen más evidencias de que una combinación de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales contribuyen al desarrollo de este trastorno.

Alteraciones en el desarrollo del cerebro

En los últimos años se ha puesto de manifiesto que podría ser una **enfermedad del neurodesarrollo**, ya que la mayor parte de los hallazgos neurobiológicos (afectación de las vías cerebrales relacionadas con el glutamato, la serotonina, la noradrenalina y la acetilcolina) son compatibles con alteraciones del desarrollo cerebral temprano.

Estudios con técnicas histopatológicas y con técnicas de neuroimagen, como la resonancia magnética (RM), han detectado anomalías en la estructura de determinadas regiones cerebrales. Otras técnicas, como la tomografía de emisión de positrones (PET), han permitido observar algunas **alteraciones en el funcionamiento del cerebro** de estos pacientes en comparación con el de personas sanas. Conjuntamente, estos hallazgos apoyan la teoría de que la esquizofrenia **puede tener su origen en alteraciones** del desarrollo cerebral muy precozmente, en concreto, **durante el desarrollo del cerebro embrionario**.

Predisposición genética

Se sabe que el riesgo de padecer el trastorno es mayor cuando existen **antecedentes familiares**. Sin embargo, la presencia de antecedentes no es una condición necesaria ni suficiente; muchos pacientes no los presentan y muchos sanos, sí. Esto indica que otros factores no genéticos también juegan un papel importante en la génesis del trastorno. Por otra parte, todavía no se conocen bien las alteraciones genéticas implicadas.

Alteraciones en moléculas del cerebro

Se ha observado que diversas sustancias del cerebro conocidas como **neurotransmisores** (los responsables de que las neuronas se comuniquen adecuadamente) pueden estar desequilibradas en la esquizofrenia. Los estudios sobre estas sustancias están siendo muy importantes para el diseño de fármacos cada vez más efectivos.

Infecciones del embarazo y complicaciones del parto

Está en estudio si algunas infecciones por **virus que afecten a la madre durante el embarazo** pueden ser responsables de alteraciones del desarrollo cerebral normal

del **feto** y que, con el tiempo, acaben desencadenando enfermedades. Por otra parte, se ha relacionado este trastorno con complicaciones durante el parto (**traumatismos, anoxia cerebral**).

Consumo de sustancias tóxicas

El riesgo de esquizofrenia asociado al **consumo de cannabis** ha sido constatado por diferentes estudios, pero todavía queda mucho por estudiar. Lo que parece claro es que consumir esta droga **durante la adolescencia** incrementa el riesgo de esquizofrenia en individuos predispuestos.

Tratamiento

El tratamiento **farmacológico** de la esquizofrenia se basa, fundamentalmente, en el empleo de fármacos antipsicóticos. Se diferencian dos tipos:

- **Los clásicos:** la clorpromazina, el haloperidol o la tioridazina.
 - **Los atípicos:** clozapina, risperidona, olanzapina, ziprasidona o quetiapina
- Ambos grupos tienen en común la capacidad de corregir desequilibrios de los neurotransmisores, sobre todo la dopamina, y **aliviar los síntomas positivos**. Sin embargo, los antipsicóticos atípicos tienen especial capacidad de conseguir el desequilibrio del neurotransmisor serotonina. A ello se ha asociado la efectividad de este tipo de fármacos sobre los **síntomas negativos**. Además, tienen además la ventaja de producir menos efectos secundarios.

En casos muy concretos, como la escasa respuesta al tratamiento con medicamentos, con grave riesgo de suicidio o agresión hacia otros, puede estar indicado el **tratamiento con electroshock**. Pese a su mala prensa, las condiciones de aplicación actual del electroshock hacen que sea un procedimiento seguro, además de muy eficaz.

Los tratamientos antipsicóticos han permitido que, en la mayor parte de los casos, el **paciente** con esquizofrenia pueda **vivir en comunidad**. Es extraordinariamente importante aprovechar esta posibilidad y combinar el tratamiento farmacológico con una serie de medidas destinadas a que el paciente esté ocupado y activo.

Estas medidas constituyen lo que se denomina **terapia psicosocial**. Además de la terapia psicológica individual, puede ser de gran utilidad la **psicoterapia grupal**, así como los talleres ocupacionales o los centros de día de salud mental, en función de la gravedad de cada caso.

El diálogo entre paciente con esquizofrenia y el médico puede ser un instrumento terapéutico importante si tiene como fin que el enfermo conozca su patología. El médico le puede enseñar a convivir con la patología y a utilizar sus propios recursos psicológicos y ajenos -familia, amigos, apoyo-, para acercarse más a su entorno.

Por otra parte, es importante que el psiquiatra informe tanto al paciente como a los familiares con los que convive sobre las características sintomáticas de la enfermedad y les ayude a distinguir **cómo se han manifestado en su caso particular**, con vistas a prevenir o intervenir en caso de reagudización. También es esencial que el psiquiatra informe sobre los tratamientos antipsicóticos, sus efectos y ventajas, y los posibles efectos adversos.

Además, es necesario que el psiquiatra ayude al enfermo y allegados a que consigan una comunicación adecuada en el medio familiar. Otras técnicas de psicoterapia individual, como por ejemplo las de tipo psicoanalítico, no parece ser eficaces en la esquizofrenia.

Tipos de esquizofrenia

Esquizofrenia catatónica: este tipo de esquizofrenia se caracteriza por las graves alteraciones psicomotoras que presenta el paciente. Estas alteraciones patológicas no siempre son las mismas, aunque las principales son la inmovilidad y la rigidez cérea, en las que la persona mantiene los músculos tensos de manera que parece una figura de cera, la incapacidad de hablar y la adopción de posturas extrañas estando de pie o en el suelo.

Esquizofrenia paranoide: en este caso los síntomas tienden a ser más psíquicos que motores; de hecho, las personas con esta clase de esquizofrenia no tienen fallos en la capacidad motora o del habla. Entre estas señales de alteraciones en las funciones psíquicas se encuentra la manía persecutoria, es decir, la creencia de que otras personas tienen o quieren hacernos daño en el presente o en un futuro.

Esquizofrenia simple: esta ha sido una categoría para designar un posible tipo de esquizofrenia en el que no hay tantos síntomas positivos (es decir, aquellos que definen a conducta proactiva y las iniciativas de la persona) y si síntomas negativos (es decir, caracterizados por la ausencia de procesos psicológicos básicos y con la falta de voluntad y motivación). Dicho de otro modo, este tipo de esquizofrenia se caracteriza por los procesos mentales que se ven disminuidos, y no tanto por los excesos inusuales de actividad mental.

Esquizofrenia residual: esta categoría era usada como un tipo de esquizofrenia que se da cuando en el pasado ha habido un brote de esquizofrenia, pero en el presente los síntomas positivos son muy moderados y de baja intensidad, mientras que lo que más llama la atención son los “restos” de síntomas negativos que han quedado. Así pues, para entender este tipo de esquizofrenia es muy importante tener el factor tiempo y realizar comparaciones entre el antes y el después.

Esquizofrenia desorganizada o hebefrenica: en este tipo de esquizofrenia, más que existir comportamientos que en sí mismos son signos de patología (como por ejemplo la adopción de una postura totalmente rígida), la enfermedad se expresa a través del modo en el que se organizan y se suceden las acciones de la persona. Es decir, que su característica principal es el modo desordenado en el que van apareciendo las acciones, en comparación con el resto.

Esquizofrenia indiferenciada: esta es una categoría “cajón de sastre” para poder clasificar aquellos casos que no encajan en los criterios diagnósticos del resto de tipos de esquizofrenia. Por ello, no se pueden considerar un tipo de esquizofrenia consistente.