



# ASPECTOS CULTURALES DE LA ESQUIZOFRENIA

A PROPÓSITO DE UN CASO

GUADALUPE MAYO MARTÍNEZ

UNIVERSIDAD  DE EXTREMADURA

**U**  
**EX**



# **ASPECTOS CULTURALES DE LA ESQUIZOFRENIA A PROPÓSITO DE UN CASO**

**GUADALUPE MAYO MARTÍNEZ**



Cáceres, 2024



1ª edición, 2024

Edita:

Universidad de Extremadura. Servicio de Publicaciones

Plaza de Caldereros, 2. 10003 Cáceres (España)

Tel. 927 257 041; Fax 927 257 046

[publicac@unex.es](mailto:publicac@unex.es)

<http://publicauex.unex.es/>

E- ISBN.: 978-84-9127-263-2 (edición digital)

Cáceres, 2024

Ilustración de cubierta: St. Elizabeths Hospital (Washington, D.C.). Reproducciones realizadas por un paciente, un caso perturbado de Dementia praecox, en donde usó alfileres o uñas para rascar la pintura de la pared, capa superior de pintura de color chamariz, superpuesta sobre una capa de color rojo ladrillo de pintura. Las imágenes simbolizan eventos en la vida pasada del paciente, y representan un estado leve de regresión mental. Sin fecha, pero probablemente principios del siglo XX.

<https://es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia#/media/Archivo:Reeve37257.jpg>

CC BY 2.0

Acceso abierto en el Repositorio Institucional de la Universidad de Extremadura

**Dehesa** Repositorio  
institucional



# ÍNDICE

1.	PRÓLOGO.....	1
2.	INTRODUCCIÓN.....	3
2.1.	OBJETIVOS.....	3
2.2.	EPIDEMIOLOGÍA.....	3
2.2.1.	Generalidades:.....	3
2.2.2.	Mortalidad y comorbilidades:.....	4
2.3.	ETIOLOGÍA.....	5
2.3.1.	Factores de riesgo:.....	5
2.3.2.	Genética:.....	7
2.3.3.	Fisiopatología:.....	7
3.	ESQUIZOFRENIA.....	9
3.1.	SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	9
3.2.	ASPECTOS CULTURALES.....	12
3.3.	DIAGNÓSTICO.....	14
3.4.	TIPOS.....	15
3.4.1.	Esquizofrenia paranoide:.....	15
3.4.2.	Esquizofrenia hebefrénica.....	16
3.4.3.	Esquizofrenia catatónica.....	16
3.4.4.	Esquizofrenia indiferenciada.....	16
3.4.5.	Esquizofrenia residual.....	16
3.4.6.	Esquizofrenia simple.....	17
3.5.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	17
3.6.	EVOLUCIÓN.....	19
3.7.	PRONÓSTICO.....	20
3.7.1.	Indicadores pronósticos favorables.....	21
3.7.2.	Indicadores pronósticos desfavorables.....	21
3.8.	TRATAMIENTO.....	21
3.8.1.	Tratamiento antipsicótico.....	22
3.8.2.	Tratamiento de las comorbilidades.....	25
3.8.3.	Terapia electroconvulsiva.....	25
3.8.4.	Psicoterapia y rehabilitación.....	25
4.	METODOLOGÍA.....	30
5.	CASO CLÍNICO.....	31
6.	DISCUSIÓN.....	37

<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	39
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	40

## 1. PRÓLOGO

### PRÓLOGO IN MEMORIAM DE GUADALUPE MAYO MARTÍNEZ, GRADUADA POR LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Cuando se cumple un año del trágico suceso de la pérdida de Guadalupe Mayo Martínez, la Universidad de Extremadura quiere rendir homenaje a la que fuera su alumna con la publicación de su Trabajo Fin de Estudios, defendido en el curso académico 2019-2020, denominado “Aspectos culturales de la esquizofrenia: a propósito de un caso”.

En dicho trabajo, Guadalupe nos muestra la esquizofrenia como una de las enfermedades mentales más importantes e incapacitantes del mundo, representando un grave problema de salud pública, que supone una importante carga tanto para el paciente como para los recursos sanitarios. Como afirma Guadalupe, el tratamiento de esta patología requiere un abordaje multidisciplinario, combinando el tratamiento farmacológico con antipsicóticos con la psicoterapia y rehabilitación, con el objetivo de proporcionar una mejor calidad de vida al paciente, del mismo modo que una recuperación global. Por todo ello, la presente obra nos ofrece una revisión bibliográfica de la esquizofrenia, junto con la descripción del caso clínico de una paciente diagnosticada de esta patología.

De la edición y publicación de la presente obra se ha encargado el Servicio de Publicaciones de nuestra Universidad, respetando el texto original del trabajo que presentó Guadalupe. Quisiera terminar estas breves palabras, manifestando mis más sinceras condolencias a su familia por la pérdida de Guadalupe.

Pedro M. Fernández Salguero  
Rector de la Universidad de Extremadura





## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. OBJETIVOS

- 1) El objetivo principal de este trabajo es describir y analizar el caso clínico de una paciente con psicosis-esquizofrenia.
- 2) La exposición y reflexión de factores socio-culturales tanto en la etiología como en las manifestaciones psicopatológicas.

Para alcanzar dichos objetivos se ha encuadrado el caso que nos ocupa en el marco teórico de una revisión bibliográfica realizada sobre dicha enfermedad. Se han tenido en cuenta los criterios diagnósticos aplicables al caso y se han comparado las diferentes formas en las que puede cursar la patología, destacando el diagnóstico diferencial, su pronóstico y, por último, el manejo clínico de la misma.

### 2.2. EPIDEMIOLOGÍA

#### 2.2.1. Generalidades:

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más importante e incapacitante a nivel mundial, supone un problema grave de salud pública al tiempo que una gran carga tanto para el paciente como para los sistemas sanitarios. Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada.(1)(2)

Su prevalencia en el mundo se sitúa alrededor del 1%, este porcentaje alto es debido, principalmente, al curso crónico y recurrente y a su aparición en edades tempranas. (2)

Se puede apreciar un pico bimodal de inicio, que estaría comprendido entre los 15-24 años predominantemente en hombres y otro entre los 20-40 años que afectaría más comúnmente a mujeres, en ellas los síntomas presentan mayor carga afectiva y psicótica, que tienden a empeorar en etapas posteriores, con un funcionamiento social más preservado en las mismas. La incidencia es mayor en varones si se toman en consideración los síntomas negativos y una evolución más larga de la enfermedad (relacionado con un peor pronóstico). (1)(3)

La primera descripción de psicosis esquizofrénica se remonta a 1852 con el informe del caso "*Demence Precoce*" de Benedict Morelto. Posteriormente se describieron como subtipos: locura primaria de Griesinger (1867); catatonía de Kahlbaum (1874) y hebefrenia de Hecker (1871); términos que se mantienen actualmente. Más tarde Kraepelin dividió los trastornos mentales en: psicosis crónicas que darían lugar a una demencia temprana y psicosis afectivas de curso periódico. El término esquizofrenia

fue introducido por Bleuler en Psiquiatría. En 1980 se establecieron dos grupos de síntomas: síntomas positivos (productivos, psicóticos) y negativos (déficit). (4)

### **2.2.2. Mortalidad y comorbilidades:**

Se ha documentado una mayor mortalidad en personas esquizofrénicas en relación con la población general, ya que la esperanza de vida se reduce hasta en 10 ó 20 años. Este incremento puede deberse al estilo de vida, la presencia de comorbilidades y un mayor riesgo de suicidio. A lo que se puede añadir el acceso limitado y servicios médicos de menor calidad para estos pacientes.(2)

Pueden considerarse como afecciones médicas asociadas a esta patología las enfermedades cardiovasculares y pulmonares, aumento de peso, diabetes, infecciones... (1)

En cuanto al estilo de vida se observa en estos pacientes un hábito sedentario, escaso ejercicio físico, dieta no saludable, hábitos tóxicos como el tabaco y consumo de estupefacientes (más de un 40% abusan de drogas y alcohol), entre otros.(1)

El riesgo de suicidio es mayor entre las personas con esquizofrenia con un diagnóstico reciente (menos de cinco años desde el diagnóstico) y sumamente alto en el primer año de enfermedad. (5)(6)

La ideación suicida puede manifestarse en las distintas etapas de la enfermedad, encontrando diferencias entre aquellos enfermos con una larga evolución y los que experimentan el primer episodio psicótico, siendo mayor en el primer año; según hemos referido anteriormente, tendiendo a disminuir en los años posteriores. (6)

En el primer episodio psicótico el riesgo de suicidio puede ser debido al retraso en acceder al sistema de atención de salud mental y en el retraso en comenzar el tratamiento adecuado.

En la fase prodrómica el riesgo de suicidio puede deberse a la angustia originada por las experiencias pre-psicóticas desconocidas, que puede verse aumentado por el retraso para acceder a los sistemas de atención de salud mental así como la instauración de tratamiento, la falta de apoyo social, menor grado de conciencia de enfermedad, autolesiones, intentos previos, síntomas depresivos, pudiendo llegar a ser del 25% los que efectivamente (terminan su vida de este modo). Se ha observado que si la familia se implica en el primer contacto con los servicios de salud este riesgo de mortalidad se reduce hasta en un 90%.(6)

En la fase aguda podemos encontrar como factores relevantes la existencia de alucinaciones auditivas, delirios angustiantes, sentimiento de pérdida, miedo, estigma social. Durante esta fase aproximadamente el 15% pueden llegar a suicidarse en los 18 meses posteriores.(6)

En la fase post-psicótica el riesgo se asocia a la pérdida de funcionalidad, principalmente debida a secuelas neurocognitivas.(6)

Diversos estudios han constatado una mayor mortalidad por cáncer en estos pacientes, debido a que se diagnostican menos neoplasias malignas que en el resto de la población. (5)

## **2.3. ETIOLOGÍA**

### **2.3.1. Factores de riesgo:**

Se trata de una enfermedad con una etiología en la que intervienen múltiples factores, tales como alteraciones neurobiológicas que producen anomalías en el funcionamiento cerebral y psicológico; con una clara susceptibilidad a factores externos. Se considera una patología heterogénea en la que intervienen diferentes factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, ambientales... que cursa con múltiples fases (activa, residual y remisión) y que produce manifestaciones normalmente crónicas.(7)

Para entender el desarrollo de esta enfermedad se hace necesario tener en cuenta que existen una serie de factores de vulnerabilidad o de riesgo que, junto a una predisposición genética, influyen en la enfermedad.

Entre estos factores se pueden citar:

- **Ambientales:** algunos estresores psicosociales pueden exacerbar los síntomas en personas esquizofrénicas. La estación de nacimiento la cual aparece relacionada con la incidencia de la patología; finales de invierno o principios de primavera hacen que sea más prevalente en algunas zonas, mientras que el verano se ha relacionado con la forma deficitaria del trastorno. A su vez, también es mayor en niños que crecen en medio urbano o que pertenecen a algunos grupos étnicos minoritarios. (1)(8) (9)
- **Desarrollo neurológico:** en la etapa en la que se produce el desarrollo neurológico durante el embarazo pueden afectar factores como alteración prematura del vínculo materno, la edad paterna avanzada, acontecimientos

vitales adversos, estrés y malnutrición materna, retraso en el crecimiento intrauterino y niveles bajos de vitamina D, depresión y consumo de tóxicos por parte de la madre. La hipoxia perinatal, bajo peso al nacer, prematuridad y depresión son factores que pueden aparecer durante el parto y el puerperio. Es necesario señalar que aunque existan estos factores de riesgo en la mayoría de los casos no desembocan en esquizofrenia. (1)(8)(2)(10)

- **Infancia y vínculos familiares:** existen estudios que relacionan trastornos de aprendizaje en la infancia como el retraso en la capacidad de andar, en la adquisición del lenguaje, en el desarrollo psicomotor... y en cuanto al ámbito escolar cabe señalar algunos como trastornos del lenguaje, en la adquisición de la lectura, en el grafismo, un coeficiente intelectual bajo con la aparición del trastorno esquizofrénico en la edad adulta. Asimismo, también puede influir los antecedentes psiquiátricos de los padres, fracaso escolar, rechazo social, pobreza y la pérdida o separación de los progenitores durante esta etapa.

Hay que hacer mención como un riesgo importante en estas edades el maltrato físico y/o psicológico, abuso sexual que podría aumentar hasta 3 veces el riesgo de desencadenar esta patología y presentar síntomas positivos de peor pronóstico, contribuyendo en buena medida a la no remisión de los síntomas.(9)(10)

- **Hábitos tóxicos:** se ha evidenciado que el consumo de cannabis aumenta hasta en un 40% el riesgo de padecer psicosis. El consumo de esta sustancia puede desencadenar un primer episodio psicótico durante la adolescencia. Del mismo modo, si continúa el consumo durante el curso de la enfermedad puede dar lugar a un agravamiento de los síntomas, asociándose a más recaídas, más reingresos hospitalarios, periodos de hospitalización más largos y menor adherencia al tratamiento.

El tabaco puede duplicar el riesgo de psicosis de novo entre los fumadores diarios.(9)

Sería recomendable llevar a cabo intervenciones precoces sobre estos factores de riesgo, tales como educación sanitaria, abandono del hábito de consumo de sustancias nocivas, intervenciones nutricionales y en el estilo de vida que serían bastante beneficiosos a largo plazo. Sin embargo, estas medidas preventivas no garantizan una identificación precoz de la enfermedad para evitar la cronicidad de la misma, ya que esta patología desafortunadamente se detecta mayoritariamente

cuando ya se ha producido un episodio agudo o una primera hospitalización psiquiátrica.(9)(10)

### **2.3.2. Genética:**

Los factores genéticos constituyen un importante riesgo de padecer la enfermedad. Esta predisposición viene determinada por una serie de alelos comunes y raros que también suelen estar asociados a otros trastornos mentales como depresión, trastorno bipolar y del espectro autista, de tal manera que a mayor número de genes afectados mayor riesgo. En un futuro próximo la genética debería profundizar más para identificar estos alelos de riesgo para poder determinar cómo, dónde y cuándo este riesgo genético puede afectar al desarrollo y a la función del cerebro. (1)(8)

### **2.3.3. Fisiopatología:**

Se han observado diferencias entre grupos de individuos sanos y personas con esquizofrenia en distintas regiones cerebrales, según estudios de neuroimagen, de neuropatología y de neurofisiología. También se encuentran alteraciones en la arquitectura celular, en la conectividad de la sustancia blanca y en el volumen de sustancia gris de múltiples regiones, como las cortezas temporal y prefrontal. Asimismo se puede constatar una reducción del volumen cerebral total, una mayor reducción del volumen con la edad que son más acusadas en los individuos con esta patología.(1)

En la esquizofrenia se han objetivado déficit en el hipocampo y en la corteza prefrontal que impulsa la disfunción dentro del sistema dopaminérgico. La hipótesis de la dopamina (DA) es la teoría fisiopatológica más estudiada en esta enfermedad, aunque no está claro el papel que desempeña este neurotransmisor en el inicio del trastorno. Estudios más recientes han demostrado una capacidad de síntesis de dopamina estriatal aumentada y mayor liberación de dopamina al estrés, que se observa en menor grado en el periodo prodrómico, empeorando en la fase activa de la enfermedad. Entre los genes que se asocian al riesgo de esquizofrenia podemos señalar el que codifica el receptor DRD2 y los genes involucrados en la síntesis dopaminérgica. También se han encontrado estudios farmacológicos y de neuroimágenes que suponen la disfunción de la neurotransmisión dopaminérgica en la génesis de síntomas psicóticos (como delirios y alucinaciones), que aunque suelen aparecer en la mayoría de los casos de esquizofrenia también se encuentran en otras patologías psiquiátricas. (8)(11)(12)

Todos los fármacos antipsicóticos actuales bloquean los receptores dopaminérgicos D2 a dosis efectivas clínicamente. Los que impulsan la liberación o aumenta la transmisión de DA exacerban la psicosis en pacientes con esta patología; de esta

manera, pueden producir síntomas similares a la esquizofrenia en otros individuos si se administran a dosis altas y sucesivas. (8)

### 3. ESQUIZOFRENIA

#### 3.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Se puede definir la esquizofrenia como un trastorno incapacitante y crónico, que habitualmente suele desarrollarse en la adolescencia y en la edad adulta.(13)

Esta enfermedad se caracteriza por ser un síndrome clínico heterogéneo (de tal manera que podemos encontrar que no todos los síntomas aparecen en todos los pacientes), en la que no existe ningún signo o síntoma patognomónico *per se*. Aún así, las características principales que podemos encontrar en su desarrollo se refieren a alteraciones conductuales, cognitivas, emocionales, perceptivas y del pensamiento que pueden desembocar en un deterioro global del individuo. Entre estas podemos destacar disfunciones tanto en la forma (bloqueo, descarrilamiento, tangencialidad...) como en el contenido del pensamiento (delirios, pobreza en el contenido...); percepción distorsionada de la realidad (alucinaciones); irregularidades del afecto (plano, embotado...); incapacidad para discernir entre la realidad interna y la externa; anomalías de la volición (impulso o motivación inadecuados) y en la función interpersonal (desapego emocional, retraimiento social...); anomalías también en la conducta psicomotriz (catatonía, gesticulación...) así como alteraciones de la cognición (procesamiento anómalo de la información, desatención...). (1)(8)(13)

En este cuadro clínico podemos encontrar diferentes fases que han sido descritas por diferentes autores, entre ellos Fava y Kellner que establecieron cinco etapas y McFarlane que las sintetizó en cuatro. Actualmente se considera que la enfermedad se desarrolla en tres etapas: (1)(6)(3)

- **Fase prodrómica:** consiste en un periodo de síntomas no psicóticos, pero con disfunciones emocionales y en el funcionamiento, alucinaciones leves o por debajo del umbral. Esta etapa es la que precede al brote psicótico, su duración puede prolongarse durante meses e incluso años; en ella suelen aparecer, aunque de forma atenuada, los síntomas activos como cambios de personalidad, abandono en el cuidado personal y de actividades sociales, creencias extrañas y pensamientos mágicos que no llegan a ser delirantes; discurso comprensible pero algo difuso, así como comportamiento extraño aunque no desorganizado, como por ejemplo sentir la presencia de personas que no están presentes.

- **Fase activa o aguda:** es la fase psicótica propiamente dicha que se desarrolla con alteraciones más graves del pensamiento, de la percepción y de la conducta.
- **Fase residual:** esta fase se caracteriza por síntomas atenuados o por debajo del umbral y similares a los de la fase prodrómica, a la que nos remitimos.

Esta enfermedad viene determinada por una psicopatología muy diversa que clásicamente se ha dividido en tres dominios principales: síntomas positivos, síntomas negativos y deterioro cognitivo. Los conceptos de síntomas positivos (productivos, psicóticos) y negativos (déficit) aparecieron alrededor de 1980.(13)

Los **síntomas positivos** o francos no forman parte de una experiencia normal y alteran el sentido de la realidad del paciente. Podemos encontrar **alucinaciones**, entre ellas las más frecuente son las auditivas, aunque también pueden aparecer alucinaciones visuales; los **delirios**, en el primer episodio psicótico más del 70% de los pacientes refieren episodios de persecución por lo que se puede inferir que son los más comunes; **lenguaje y comportamiento desorganizado.** (2)(3)(13)(4)(14)

Los **síntomas negativos** suponen un grave problema diagnóstico y terapéutico, ya que resultan difíciles de evaluar con precisión por su complejidad. Estos afectan a la capacidad de los pacientes para vivir independientemente, llevar a cabo actividades diarias, ser activos socialmente, así como la capacidad para mantener relaciones personales, laborales o académicas. Los síntomas positivos pueden enmascarar los síntomas negativos porque la manifestación clínica de estos últimos es menos evidente, al tiempo que pueden coexistir o confundirse con déficit cognitivos. Pueden aparecer síntomas negativos tanto de forma primaria, formando parte de la enfermedad, como secundaria, que aparecen como consecuencia de efectos adversos del tratamiento farmacológico, deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo, neurológicos, de ansiedad y estigma social concomitantes.

Entre los síntomas negativos encontramos los relacionados con la disminución y pérdida de distintas funciones mentales:(2)(4)(13) (14)(15)

- Aplanamiento afectivo: escasez de gestos expresivos; falta de contacto visual, respuesta afectiva y de inflexiones vocales; expresión facial inmutable; reducción de movimientos espontáneos.
- Alogia: pobreza y/o bloqueo del habla; pobreza en el contenido del discurso; retraso en la capacidad de respuesta.



- Abulia, apatía: falta de aseo e higiene personal; escaso interés laboral y académico; anergia física; disminución de la actividad diaria; lentitud de movimientos.
- Anhedonia, asociabilidad: escaso interés en actividades recreativas; incapacidad para sentir intimidad y cercanía; aislamiento social.
- Trastorno de atención.

El **deterioro cognitivo** constituye también una característica principal en este trastorno. Suelen manifestarse antes de que surjan síntomas más llamativos. Son muchos los dominios cognitivos que pueden verse afectados como: vigilancia y atención (dificultad para participar en conversaciones cotidianas, seguir instrucciones laborales); aprendizaje verbal y visual; déficit severo en la capacidad de memoria; bajo rendimiento en las habilidades de abstracción, razonamiento y resolución de problemas; disminución de la velocidad de procesamiento; memoria de trabajo. También suelen aparecer signos neurológicos menores como déficit en la integración sensorial, déficit en la coordinación motora... Algunos individuos pueden presentar también déficits de la cognición social, como la capacidad para discernir las intenciones de otras personas, y pueden prestar atención a sucesos o estímulos que son irrelevantes e interpretarlos posteriormente como importantes. Estas alteraciones habitualmente se mantienen durante la remisión sintomática. (1)(13)

Los síntomas negativos, aunque menos prominentes durante la fase aguda que los positivos, reflejan una reducción en los niveles previos de comportamiento o impulso. Así mismo, estos son los que más persisten como síntomas residuales junto con los déficits cognitivos.(13)(15)

Los **síntomas del estado de ánimo y los episodios del estado de ánimo completos** también son habituales en la esquizofrenia y pueden objetivarse simultáneamente con la sintomatología de la fase activa. Los pacientes también suelen mostrar un afecto inapropiado, un ánimo disfórico (depresión, ansiedad o enfado); una alteración del patrón del sueño; falta de interés o rechazo de la comida. La despersonalización, la desrealización y, del mismo modo suelen mostrar preocupaciones somáticas que, a veces, pueden alcanzar proporciones delirantes. La ansiedad y las fobias son comunes. (1)

En algunos de estos pacientes puede aparecer anosognosia como un síntoma característico, es decir, carecen de introspección o de conciencia de su enfermedad, ni de los síntomas que la acompañan, esto puede estar presente durante toda la duración de la patología. Este es el síntoma que mejor predice el incumplimiento terapéutico,

además de un mayor número de recaídas y tratamientos involuntarios, un funcionamiento social más deteriorado y una peor evolución de la enfermedad.

También se pueden encontrar episodios de hostilidad y agresión, que son más frecuentes en varones jóvenes y/o con antecedentes de violencia, abuso de sustancias o incumplimiento de tratamiento. Aunque se hace necesario señalar que la mayoría de las personas con esquizofrenia no son agresivas, siendo en muchas ocasiones principalmente víctimas. (1)

### **3.2. ASPECTOS CULTURALES**

La esquizofrenia se encuentra en todo el mundo en las diversas culturas, por lo que el sistema de clasificación diagnóstico considera que se deben incluir estas variaciones culturales en la definición de esta enfermedad.(16)

Es necesario tener en cuenta que los pacientes con psicosis viven en un contexto histórico, socioeconómico y cultural determinados, que puede afectar a la forma y al contenido de los síntomas que padecen, por lo que estos factores deberán ser tenidos en cuenta en el momento de su evaluación y diagnóstico, prestando especial atención a las diferencias que puedan existir en las formas de expresión emocional, lenguaje corporal, contacto visual que pudieran darse; sobre todo si el clínico y el paciente pertenecen a culturas diferentes, para hacer una interpretación adecuada de estos síntomas y poder tratarlos de forma conveniente. Resumiendo, la valoración psicosocial debe reflejar el contexto en el que se ha establecido, implementado y desarrollado la enfermedad, puesto que hay que considerar que es importante saber la forma en que otras culturas perciben, definen y responden ante los trastornos mentales, ya que de otra manera se distorsionaría el diagnóstico. (1)(17)(18)(19)(20)

Las diferencias culturales como los valores, las creencias, las normas, la forma de actuar, los conocimientos... influyen en la comprensión general de la realidad y en la manera en la que los individuos de una determinada sociedad perciben y reaccionan a los fenómenos psicóticos; dependiendo del entorno cultural, la probabilidad y calidad de estas alteraciones psicóticas; ya que algunas personas más vulnerables pueden percibir un episodio social de una manera determinada que le afectará en sus comportamientos posteriores.(16)(17)(21)

De este modo, hay que señalar que ideas que pueden ser consideradas como delirios en una determinada cultura (por ejemplo la brujería, chamanería...) pueden estar extendidas ampliamente en otras culturas diferentes y ser consideradas normales por la mayoría de la población, y, por ende, estas experiencias consideradas normales o apropiadas generarán menos angustia a la persona que las padece.(17)

Existen culturas que consideran como experiencias religiosas normales, lo que en otros contextos se considerarían alucinaciones (por ejemplo, escuchar la voz de Dios, del diablo...); para muchos de los pacientes con esquizofrenia la religión y la espiritualidad son factores determinantes en su vida y este tipo de delirios pueden aparecer hasta en un 60% de los mismos, alcanzando estos la puntuación más alta en las escalas de valoración de los síntomas psicóticos. Los delirios religiosos son más comunes en las sociedades cristianas que en las hindúes, musulmanas o budistas; mientras que la grandiosidad religiosa es más frecuente en los países africanos. Los delirios religiosos de temática mágica se presentan, especialmente, en mujeres mayores de 30 años de sociedades rurales. (1)(18)(19)(21)

Una mayor competencia lingüística y cultural en pacientes esquizofrénicos se traduce en delirios más elaborados y sistematizados que tendrán un pronóstico más desfavorable, influyendo, también, en la manera en la que se manifiestan los síntomas depresivos.(21)

En cuanto a las alucinaciones, las visuales y táctiles aparecen con más frecuencia en pacientes pertenecientes a grupos sociales que tienen experiencias sensoriales como evidencia de lo sobrenatural o divino, ya que experiencias tales como comunicarse con una persona fallecida, o sentir una presencia sobrenatural son muy significativas en sociedades no occidentales, pudiendo notarse más comúnmente y comunicarse con mayor facilidad a los demás; al contrario que en las sociedades occidentales en las que se tiende a no informar de estas situaciones por temor al estigma.(17)

Encontramos culturas muy protectoras de sus valores, normas y tradiciones, objetivándose casos en los que familiares (habitualmente los de menor nivel educativo) de personas con esquizofrenia atribuyen el origen de la misma a causas inexplicables (sobrenaturales) buscando ayuda tanto en médicos como en sanadores espirituales.(17)

Podemos concluir que la cultura influye en la epidemiología, fenomenología, resultado y tratamiento de esta enfermedad.(21)

### **3.3. DIAGNÓSTICO**

Hay que destacar que actualmente no existen pruebas radiológicas, de laboratorio, psicométricas ni biomarcadores que faciliten el diagnóstico; por lo que este va a ser fundamentalmente clínico a través de entrevistas y, además, basado en la historia clínica, la observación del estado mental y en la descripción de los signos y síntomas del paciente, ya que la esquizofrenia sigue siendo un concepto sindrómico, como ocurre en la mayor parte de los trastornos psiquiátricos. (1)(8)

Utilizando los criterios incluidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, en su quinta edición (DSM V), se deben considerar 5 síntomas claves para el diagnóstico de la esquizofrenia: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos. Al menos dos o más de estos síntomas de la fase activa deben estar presentes durante al menos 1 mes o más y por lo menos uno de ellos debe ser uno de los tres primeros (delirios, alucinaciones o discurso desorganizado). Para que el diagnóstico pueda ser confirmado es necesario que algunos de los signos y síntomas persistan de forma continua durante al menos seis meses (mínimo un mes debe corresponder a los síntomas de la fase activa y el resto corresponderá al periodo prodrómico y residual); debido a esto se suele diagnosticar a estos pacientes de trastorno esquizofreniforme y, pasado un tiempo de observación, si finalmente se cumplen los criterios necesarios, podrá emitirse el diagnóstico definitivo de esquizofrenia. En aquellas situaciones en las que la duración de la fase activa sea inferior a un mes debido al éxito del tratamiento implantado previamente, se seguiría considerando acertado el diagnóstico si el médico responsable estima que estos síntomas hubiesen continuado en ausencia de la pauta terapéutica. (1)(14)

También en el diagnóstico será un requisito importante que exista un deterioro significativo en uno o más dominios principales del funcionamiento (trabajo, cuidado personal, relaciones sociales...) a lo largo del curso de la patología.(1)

En caso de objetivarse síntomas del estado de ánimo, estos deberán estar presentes en una mínima parte de la duración total de las fases activa y residual; puesto que no debería diagnosticarse esta enfermedad cuando están presentes síntomas

depresivos o maníacos, así como tampoco si existe una enfermedad cerebral, ni durante los estados de intoxicación o abstinencia de sustancias tóxicas. (1)(22)

En cuanto a los niños, resulta más difícil realizar el diagnóstico, aunque las características esenciales que presentan sean las mismas que en los adultos. Sin embargo, en la infancia los delirios y las alucinaciones suelen ser menos elaborados, siendo más frecuentes las alucinaciones visuales que habrá que distinguir de las fantasías propias de la edad. También suele aparecer un discurso y comportamiento desorganizado, aunque esto es común en muchos trastornos de inicio en la niñez; no obstante, no se debe realizar un diagnóstico de esquizofrenia sin haber tenido en cuenta estos otros trastornos que aparecen con mayor frecuencia.(1)

Un diagnóstico erróneo puede dar lugar a un tratamiento y un pronóstico incorrectos.(3)

### **3.4. TIPOS (22)**

Los principales criterios diagnósticos para determinar los diferentes tipos de esquizofrenia han sido similares desde 1980, pero en el DSM V fueron suprimidos los antiguos subtipos de esta enfermedad haciéndose únicamente una distinción entre esquizofrenia con o sin catatonia. No obstante, sí que aparecen en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), utilizándose por muchos profesionales en su práctica clínica diaria por ser considerados de gran utilidad.

#### **3.4.1. Esquizofrenia paranoide:**

Se trata del tipo más habitual de esquizofrenia. Normalmente suele aparecer de forma más tardía que el tipo hebefrénico y catatónico. El pronóstico resultará mejor cuanto más tiempo tarde en iniciarse este subtipo.

Durante su curso predominan las ideas delirantes relativamente estables, que se acompañan de alucinaciones, principalmente las de tipo auditivo relacionadas con un único tema que suele ser la persecución (en forma de voces dando órdenes al individuo, en forma de risas, murmullos, silbidos...); también pueden presentarse las de tipo olfatorias, gustativas o visuales, aunque rara vez predominan. Los delirios más frecuentes son los paranoides de persecución, además pueden ser de grandeza, influencia...

Normalmente no se encuentran perturbaciones del afecto, la volición, el lenguaje ni comportamientos catatónicos o muy desorganizados; aunque de presentarse por lo general son poco notorios.

#### **3.4.2. Esquizofrenia hebefrénica**

También llamada esquizofrenia desorganizada. En ella se producen trastornos afectivos importantes, ya que el humor en estos pacientes es aplanado, superficial e inadecuado manifestándose con risas y gestos incongruentes, a menudo aparecen manierismos; el comportamiento habitualmente es irresponsable, impredecible, errático y desorganizado.

También existe un trastorno del pensamiento, habitualmente desorganizado, que se pone de manifiesto con un lenguaje incoherente y divagatorio y es frecuente encontrar en estos pacientes una cierta tendencia al aislamiento social.

Los delirios y las alucinaciones podrían estar presentes, aunque, por lo general, son fugaces y fragmentarios.

Este subtipo suele tener mal pronóstico debido a un rápido desarrollo de síntomas negativos, como el aplanamiento del afecto y la pérdida de la volición; además de su inicio temprano, puesto que suele diagnosticarse en adolescentes o adultos jóvenes.

#### **3.4.3. Esquizofrenia catatónica**

Se caracteriza por un importante trastorno psicomotor, pudiendo ir desde la hiperkinesia hasta el estupor, desde la obediencia automática al negativismo o, incluso, desde la ecolalia al mutismo. También resulta llamativo la posible existencia de episodios de excitación intensa, catalepsia que pueden combinarse con estados oníricos, alucinaciones...

#### **3.4.4. Esquizofrenia indiferenciada**

Se suele utilizar este término cuando, aun cumpliéndose el diagnóstico de esquizofrenia, no puede ser incluido en ningún tipo específico; bien por no hallar un número de síntomas suficientes que permitan englobarlo en uno de los tipos o porque los síntomas puedan corresponder a más de uno de ellos sin que predomine uno en concreto.

#### **3.4.5. Esquizofrenia residual**

En este caso la patología ha devenido a un estado crónico por el desarrollo de la misma desde una etapa inicial hasta otra más avanzada, caracterizándose por la larga duración de los síntomas negativos, entre los que se encuentran la inhibición

psicomotriz, hipoactividad, aplanamiento del afecto, falta de iniciativa, pobreza del lenguaje, deterioro del comportamiento social, descuido personal, etc., sin que estos síntomas deban ser necesariamente irreversibles. Del mismo modo, la intensidad y el número de los síntomas positivos (delirios, alucinaciones, alteraciones de la conducta...) deben haber sido mínimos durante al menos un año.

#### **3.4.6. Esquizofrenia simple**

El síntoma principal de este subtipo es una disminución importante del rendimiento, tanto social, académico como laboral que se caracteriza por un desarrollo insidioso y lento de cambios importantes en la conducta personal.

En este trastorno aparecen síntomas negativos característicos de la esquizofrenia residual de una forma progresiva y gradual, sin que hayan sido precedidos por síntomas psicóticos manifiestos.

### **3.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (1)(8)**

Es necesario hacer un buen diagnóstico diferencial para alcanzar un diagnóstico lo más preciso posible, ya que muchos trastornos psiquiátricos comparten síntomas y los límites entre la patología que nos ocupa y otros trastornos mentales son indistintos. Para ello habremos de tener en cuenta la duración de la enfermedad, su origen, si concurre con abuso de sustancias tóxicas, depresión o manía u otras enfermedades somáticas.

- **Trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar con características psicóticas o catatónicas:** aquí es muy importante tener en cuenta la relación temporal entre las alteraciones del estado de ánimo y la psicosis, así como la gravedad de los síntomas depresivos o maníacos, en estos últimos las alucinaciones o los delirios aparecen únicamente en relación con los episodios afectivos y no persisten más allá de estos. En la esquizofrenia pueden aparecer síntomas afectivos, pero deben estar presentes solo en una parte mínima de la duración total de la enfermedad.
- **Trastorno esquizoafectivo:** el episodio depresivo o maníaco debe presentarse al mismo tiempo que los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia; los síntomas del estado de ánimo deben producirse durante la mayor parte del tiempo que se prolonguen los episodios activos.
- **Trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico breve:** mientras que en la esquizofrenia se necesita una duración de los síntomas de al menos 6

meses; en el trastorno esquizofreniforme estos deben presentarse durante un periodo inferior a 6 meses y con un deterioro menos importante que en la esquizofrenia; y en el trastorno psicótico breve deberán oscilar entre 1 día y 1 mes, siendo precedido por un estrés psicosocial reconocible.

- **Trastorno delirante:** se producen delirios sistematizados sin presencia de otra clínica característica de la esquizofrenia, como alucinaciones, discurso y comportamiento desorganizado, a la vez que síntomas negativos o déficits cognitivos.
- **Trastorno de la personalidad esquizotípica:** en este trastorno pueden objetivarse síntomas por debajo del umbral respecto a los de la esquizofrenia, asociado a rasgos de personalidad persistentes.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal:** los individuos con estos trastornos pueden presentar una introspección escasa y sus preocupaciones pueden llegar a ser delirantes. No obstante, se distinguen de la esquizofrenia por sus obsesiones y compulsiones y la preocupación excesiva por su aspecto corporal.
- **Trastorno de estrés postraumático:** se requiere la existencia de un suceso traumático previo y la reexperimentación de dicho suceso puede dar la impresión de ser alucinatorio, sin llegar a alcanzar proporciones paranoides.
- **Trastorno del espectro autista o trastornos de la comunicación:** estos trastornos comparten con la esquizofrenia los comportamientos deteriorados y/o extravagantes, los déficits en la interacción social, así como déficits cognitivos; sin embargo, no aparecerán delirios, alucinaciones ni un trastorno formal del pensamiento.
- **Trastornos neurológicos:** existen trastornos que pueden presentar síntomas similares a la esquizofrenia (alteraciones de memoria, orientación y cognición; alucinaciones visuales), tales como delirium, infecciones del SNC, trastornos neurocognitivos o neurodegenerativos, trastornos vasculares, traumatismos, neoplasias... pero estos síntomas deberán coincidir con los cambios cognitivos de los mismos.
- **Trastornos psicóticos inducidos por sustancias/medicamentos:** se distinguen de la esquizofrenia en que, necesariamente, debe haber una relación cronológica entre el uso de la sustancia o medicamento y el inicio del episodio y, a su vez, los síntomas psicóticos deben remitir en ausencia de referidas sustancias. Pueden presentar todos los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.



- **Discapacidad intelectual:** no suelen aparecer síntomas psicóticos como tal, a pesar de existir alteraciones en la conducta, en la cognición y en el afecto.
- **Trastorno facticio y simulación:** en él el sujeto simula los síntomas propios de esta enfermedad, variando desde síntomas leves a graves.

### 3.6. EVOLUCIÓN

El cuadro de la esquizofrenia puede desarrollarse de forma continua o en brotes, o bien manifestarse en uno o en más episodios, y también pueden presentar un deterioro progresivo o tendencia a la estabilidad. El desarrollo, normalmente, seguirá un proceso lento y gradual en la mayoría de los casos; pero no se descarta su aparición de forma brusca.

Desde la fase aguda hasta la fase de estabilización y/o recuperación, puede objetivarse un amplio abanico de posibilidades que van desde la incapacidad total a la remisión de la enfermedad.(3) (22)

Hay que reseñar que ni el curso ni el pronóstico de esta patología se pueden predecir de forma fiable, ya que los factores implicados en ellos son prácticamente desconocidos. No obstante, un pequeño número de pacientes (aproximadamente el 20%) se recupera totalmente. Aunque en la mayoría de los casos encontraremos un cuadro crónico con brotes agudos superpuestos, caracterizados por exacerbaciones y remisiones de los síntomas de la fase activa, que requerirán apoyo formal o informal durante toda su vida. Así mismo también podremos encontrar un porcentaje de pacientes que sufrirá un deterioro progresivo.(1)

Los síntomas psicóticos positivos suelen disminuir en intensidad y número a lo largo de la vida, incluso llegando a remitir por completo, probablemente debido a la reducción normal de la actividad dopaminérgica relacionada con la edad.

Los síntomas negativos están más ligados al pronóstico (son los que predicen peores resultados) porque producen un impacto negativo en el estado funcional y en la calidad de vida del paciente a largo plazo; siendo los que aparecen de forma persistente y los responsables de la discapacidad que ocasiona el trastorno en el mismo, ya que afectan a su capacidad de vivir independientemente, ser activos socialmente, mantener relaciones personales... (1) (2)(3)(4)(8)(13)(15)

Los déficits cognitivos asociados a la enfermedad también tienen tendencia a la cronicidad, aunque algunos síntomas ya hubieran remitido, y pueden no mejorar a lo largo del curso de la misma. Este deterioro cognitivo precede a la fase aguda de la psicosis. (1)(8)(15)

Los niños diagnosticados de esquizofrenia tienen más posibilidades de haber presentado trastornos emocionales y conductuales inespecíficos, así como psicopatología, alteraciones del lenguaje e intelectuales y retrasos motores sutiles.  
(1)

### **3.7. PRONÓSTICO**

Como ya hemos señalado anteriormente, existen múltiples factores que se desconocen y que afectan a esta patología por lo que el pronóstico de la misma no se puede predecir de una forma fiable.

De forma general, se puede destacar que alrededor de un tercio de los pacientes podrá llevar una vida prácticamente normal, recuperándose un pequeño número de estos. Otro tercio podrá vivir en sociedad aun con síntomas importantes y el resto tendrá alteraciones significativas que requerirán hospitalizaciones frecuentes, un 10% va a necesitar ingresos prolongados en instituciones sanitarias.(1)

La duración de la psicosis no tratada tiene un valor pronóstico importante, por lo que se deberá iniciar precozmente el tratamiento farmacológico (requiriendo dosis más bajas) durante el curso del primer episodio psicótico. Los 5 años siguientes tras este primer episodio constituyen el periodo crítico en el que, normalmente, se producirán recaídas que pronostican la progresión de la enfermedad.(3)(14)

La falta de introspección que a menudo se produce en estos pacientes es el factor que predice frecuentemente un mal cumplimiento terapéutico, mayor número de recaídas y tratamientos involuntarios, peor funcionamiento psicosocial y peor evolución de la patología.(3)

Anteriormente hemos señalado que los síntomas negativos son un importante factor predictivo de mal pronóstico, puesto que ponen de manifiesto mayor cronicidad, irreversibilidad del proceso y una mala respuesta terapéutica a los fármacos.(2)(4)

En cuanto al género, destacar que el pronóstico, en general, es más favorable en las mujeres que en los hombres, al predominar en estos los síntomas negativos y déficits cognitivos de manera más importante.

En relación con la edad, el inicio de la enfermedad en una edad más temprana también es un factor que predice un pronóstico peor; los casos diagnosticados en la infancia suelen parecerse a los casos de los adultos con mal pronóstico, con un inicio gradual y síntomas negativos más llamativos.(1)

### **3.7.1. Indicadores pronósticos favorables (3)**

- Inicio agudo y tardío.
- Presencia de factores precipitantes.
- Menor duración del episodio psicótico no tratado farmacológicamente.
- Predominio de síntomas positivos.
- Escasez de síntomas negativos.
- Ausencia de trastornos psiquiátricos comórbidos.
- Ausencia de antecedentes familiares de esquizofrenia.
- Sexo femenino.
- Vivir en área no urbana.
- Situación basal premórbida satisfactoria (coeficiente intelectual alto, función social...).
- Buen apoyo familiar.

### **3.7.2. Indicadores pronósticos desfavorables (9)**

- Inicio temprano, crónico y/o insidioso
- Ausencia de factores precipitantes.
- Mayor duración del episodio psicótico no tratado farmacológicamente.
- Predominio de síntomas negativos.
- Mayor número de recaídas.
- Presencia de síntomas durante al menos 3 años.
- Signos y síntomas neurológicos.
- Trastornos psiquiátricos concomitantes (consumo de sustancias tóxicas...).
- Situación basal premórbida poco favorable.
- Poco o ningún apoyo familiar.

## **3.8. TRATAMIENTO**

El objetivo que debe perseguir el tratamiento para la esquizofrenia debe ser, principalmente, facilitar la recuperación de estos pacientes, mejorando su funcionamiento global a largo plazo más allá de conseguir únicamente la remisión de los síntomas psicóticos.(13)

Si bien, el tratamiento farmacológico es la piedra angular del manejo de la esquizofrenia, hay que tener en cuenta que este no engloba todos los aspectos de la

misma; por lo que debería abordarse de manera multidisciplinaria, involucrando a una variedad de profesionales, que lleven a cabo además tratamientos psicosociales y técnicas de rehabilitación. Estamos hablando de un tratamiento combinado que actúe sobre la sintomatología específica y, además, procure la recuperación del paciente a través de un apoyo psicológico y social. (8)(2)(3)(7)

Los tratamientos que han de aplicarse al paciente podrán realizarse tanto de forma ambulatoria como hospitalaria. Procederá el ingreso hospitalario en caso de necesidad de estudio diagnóstico, sintomatología grave, riesgo de auto-heteroagresión, descompensación de la enfermedad, mala adherencia al tratamiento que implique una falta de respuesta o necesidad de modificar tratamientos complejos, presencia de comorbilidades que precisen un manejo determinado...(23)

Un tratamiento personalizado es clave para optimizar el efecto terapéutico, que brinda a los pacientes una opción de tratamiento y alienta a su cumplimiento.(2)

### **3.8.1. Tratamiento antipsicótico**

La terapia farmacológica con antipsicóticos es la base del tratamiento de la esquizofrenia. Además de emplearse en esta patología, estos fármacos también pueden utilizarse en otras que presenten síntomas psicóticos, como en el trastorno psicótico inducido por sustancias, trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos... así como en el tratamiento de otras afecciones médicas.(13)(24)

Podemos dividir este tipo de fármacos en dos grandes grupos: los antipsicóticos de primera generación y los antipsicóticos de segunda generación.

Los de **primera generación**, llamados también **típicos**, tienen su efecto en los receptores dopaminérgicos, principalmente en los receptores D2, siendo antagonistas de los mismos. Actúan fundamentalmente sobre los síntomas positivos, ya que inhiben la actividad dopaminérgica; aunque, hay que señalar que un alto porcentaje de pacientes no responde a estos medicamentos o lo hace parcialmente. El Haloperidol es el fármaco más representativo de este grupo.(8)(11)(23)(24)

El problema de este grupo de medicamentos son sus efectos secundarios, siendo los más importantes los efectos extrapiramidales (parkinsonismo, discinesia tardía, distonía aguda y acatisia). Estos son el resultado del bloqueo dopaminérgico en la región mesoestriatal y son los relacionados con mayor frecuencia al malestar del

paciente y el abandono del tratamiento. Otros efectos adversos descritos en este grupo de fármacos pueden ser: la hiperprolactinemia (debido al bloqueo dopaminérgico de los receptores del tracto tuberoinfundibular), alteraciones lipídicas, efectos hiperglucemiantes, aumento de peso... Los que tienen baja potencia pueden provocar sedación, hipotensión y efectos anticolinérgicos. Asimismo, son los responsables de que puedan aparecer síntomas psicóticos secundarios.(23)(24)

Posteriormente aparecieron los **antipsicóticos de segunda generación o atípicos**, cuya finalidad es reducir los efectos adversos, ser eficaces tanto en síntomas positivos como negativos y en pacientes resistentes al tratamiento con los antipsicóticos clásicos, por lo que actualmente son los medicamentos de primera línea. Además del antagonismo de los receptores dopamínicos, mecanismo que comparten con los de primera generación, también ejercen su acción mediante la antagonización serotoninérgica, a través del bloqueo de los receptores 5HT<sub>2</sub>; por lo que mejoran los síntomas positivos y los negativos. Estos fármacos se consideran igual de eficaces, o incluso superiores, a los antipsicóticos típicos, pero su principal ventaja es un mejor perfil de tolerancia al disminuir los efectos secundarios extrapiramidales (no obstante, pueden producir un mayor riesgo de efectos secundarios metabólicos). Desde el descubrimiento de la Clorpromazina en los años 50, han sido muchos los antipsicóticos atípicos que se han desarrollado. La Clozapina es el más potente dentro de este grupo de fármacos y es el que menos efectos extrapiramidales produce. No obstante, no se usa como fármaco de primera línea por su riesgo de producir agranulocitosis y neutropenia (hasta en un 1-3% de los casos), se emplea en pacientes refractarios al tratamiento. Se entiende por esquizofrenia resistente al tratamiento aquella en la que el paciente no responde adecuadamente al tratamiento a pesar del uso secuencial y en dosis adecuadas de al menos dos fármacos antipsicóticos diferentes, incluido al menos un antipsicótico de segunda generación que no sea la Clozapina. (2)(8)(23)(24)(25)

Los fármacos antipsicóticos se emplean tanto para la fase aguda como para la de mantenimiento, es decir, cuando ya se ha conseguido la remisión clínica de los síntomas psicóticos francos. Debido al curso crónico y recurrente de esta enfermedad, dichos fármacos van a tener que mantenerse durante largos periodos de tiempo para prevenir o disminuir las recaídas. Es recomendable iniciar el tratamiento con dosis bajas (en el extremo inferior del rango de dosis con licencia) e ir incrementándola progresivamente, hasta conseguir un equilibrio de eficacia y tolerabilidad óptimo, ya que la respuesta a estos medicamentos se obtiene de forma paulatina. Una vez que el paciente alcanza una buena respuesta y permanece

durante un tiempo estable, lo habitual es ir disminuyendo la dosis hasta conseguir llegar al mínimo eficaz, siempre abogando por un tratamiento individualizado en la relación con la intensidad de los síntomas y la tolerancia a los fármacos.(2)(8)(13)(23)(24)

No es aconsejable la utilización de más de un antipsicótico simultáneamente, salvo en casos como en los que surja la necesidad de cambiar de medicamento y se combinarán durante cortos periodos de tiempo. La decisión de cambiar uno por otro debe estar motivada por incumplimiento, ineficacia o intolerancia.(2)

Una de las principales causas de ineficacia del tratamiento es la mala adherencia al mismo, la cual es importante por su fuerte asociación con las recaídas. Esta mala adherencia al tratamiento, a menudo, puede ser difícil de reconocer en la práctica clínica habitual y podría calificarse a un paciente como resistente al tratamiento cuando lo que ocurre en realidad es que no lo lleva a cabo de manera adecuada. De ahí la trascendencia de detectar a los pacientes poco adherentes y determinar la adherencia real de estos para no considerarlos resistentes al tratamiento farmacológico, puesto que esto podría conllevar a un aumento de dosis o la adición de fármacos concomitantes que en realidad no son necesarios. Los principales motivos de este incumplimiento terapéutico pueden ser las dificultades para el cumplimiento de los horarios de dosificación, la falta de conciencia y de información sobre la enfermedad, la carga de los efectos secundarios, el deterioro cognitivo...(25)(26)

La principal indicación para el uso de fármacos antipsicóticos inyectables (intramusculares) de acción prolongada es precisamente esta alta frecuencia de adherencia subóptima al tratamiento oral. Se emplean en pacientes con esquizofrenia crónica en la fase de mantenimiento, en los que son habituales las recaídas y están asociadas a una importante discapacidad social y laboral, puesto que han demostrado ser útiles al ayudarlos a permanecer en terapia gracias a su forma de administración, por lo general, mensual o trimestral. También pueden ofrecer una estrategia de tratamiento efectiva para pacientes que se encuentren en fases tempranas de la patología o en el primer episodio psicótico, para aquellos con un riesgo de recaídas significativo o en los que esta recaída suponga un alto riesgo clínico (antecedente de intento autolítico, violencia...). La tendencia actual es la de comenzar el tratamiento desde el inicio de la enfermedad con este tipo de medicamentos para asegurar la adherencia. Por todo esto se consideran uno de los tratamientos más efectivos en Psiquiatría, pero, a pesar de ello, están infrutilizados

por múltiples razones, como la falta de familiaridad por parte de los médicos, su precio, el acceso a ellos, la falta de conocimiento sobre su seguridad y eficacia...(23)(24)(25)(26)

### **3.8.2. Tratamiento de las comorbilidades**

Es imprescindible un abordaje terapéutico que no solo se centre en el trastorno psiquiátrico, si no que incluya una atención médica completa, de ahí que sea necesario el tratamiento de las comorbilidades, como emplear antidepresivos cuando se objetiven síntomas negativos secundarios, ansiolíticos para los trastornos de ansiedad, antiparkinsonianos para los síntomas extrapiramidales...De igual modo, se deben incluir intervenciones precoces sobre los diferentes factores que influyen en la patogénesis de la enfermedad que podrían ser beneficiosas a largo plazo; entre ellas encontramos la educación sanitaria, el abandono del hábito tabáquico y del abuso de sustancias, las intervenciones nutricionales y del estilo de vida...(2)(8)(9)(23)

### **3.8.3. Terapia electroconvulsiva**

Diversos estudios han demostrado que la terapia electroconvulsiva posee una eficacia similar a los antipsicóticos. Se debe considerar en pacientes en los que persisten los síntomas psicóticos a pesar del tratamiento correcto, cuando la clozapina tampoco ha sido efectiva, y en el subtipo de esquizofrenia catatónica.(2)(23)

### **3.8.4. Psicoterapia y rehabilitación**

Pese a que el tratamiento de esta patología sigue anclado en el manejo farmacológico con antipsicóticos, múltiples pacientes continúan experimentando síntomas negativos y déficits cognitivos, tanto en el primer episodio de psicosis como en la esquizofrenia crónica, una vez que sus síntomas positivos han sido controlados, estos síntomas son los que se encuentran mayoritariamente relacionados con el deterioro funcional característico de la enfermedad. Es por todo esto que la evidencia avala por un manejo multidisciplinar. La recuperación de los pacientes debe ir encaminada a mejorar su calidad de vida, su funcionamiento social, alcanzar habilidades para una vida independiente y la capacidad para trabajar o estudiar. Es importante una intervención temprana en las etapas iniciales y en el periodo crítico de los primeros años tras el diagnóstico de la enfermedad para lograr mejorar el pronóstico, reduciendo el impacto de la misma, y los resultados de tratamiento.(2)(3)(8)(9)(13)

La **psicoterapia** pretende que el paciente se implique activamente en el proceso de su recuperación. Esta puede basarse en algunas técnicas como tranquilización, asesoramiento, fijación de límites y objetivos, análisis de la realidad y educación. El objetivo es mejorar el cumplimiento por parte del enfermo, ayudando a reducir las recaídas y no centrándose solo en el alivio de la angustia que suponen los síntomas positivos.(23)(27)

Las diferentes intervenciones psicoterapéuticas podrían mejorar los diversos síntomas que encontramos en esta patología, por ejemplo, el empleo de la terapia cognitivo conductual para la mejora de los síntomas positivos; entrenamiento de habilidades sociales para los negativos; la rehabilitación cognitiva para todos los síntomas en general; la psicoeducación para abordar la adherencia al tratamiento. Estas intervenciones deberán instruirse en función de las necesidades específicas de cada paciente.(2)(3)(27)

- Psicoeducación y terapia familiar:

La psicoeducación se entiende como una información didáctica, estructurada y sistemática sobre la enfermedad y su tratamiento, incluyendo la integración de aspectos emocionales para que los pacientes o sus familiares puedan hacer frente a la patología y conseguir reducir el número de recaídas. Mediante ella se establece una relación de cooperación entre los profesionales de la salud mental y los enfermos o sus familias, ayudándolos a mejorar el conocimiento sobre la enfermedad, reducir el estigma interno y a adoptar actitudes constructivas hacia su experiencia. Además de la transmisión de esta información, ayuda a la resolución de problemas e instruye sobre cómo acceder a los servicios comunitarios de atención de la salud mental. Se puede concluir que la psicoeducación ayuda al paciente a afrontar su enfermedad, mejora el cumplimiento, reduce la tasa de recaídas y la hospitalización a corto plazo.(27)

La terapia familiar consiste en una serie de intervenciones para proporcionar a los familiares conocimientos y estrategias para afrontar la enfermedad. Es similar a la psicoeducación del paciente, ya que tiene como finalidad disminuir la vulnerabilidad de este a las recaídas y ayudar a mejorar su funcionamiento global y social. Las familias tienen un papel muy importante para garantizar la adherencia al tratamiento, el cuidado y el bienestar del paciente. La intervención familiar facilita información sobre la naturaleza y las principales manifestaciones de la patología para ayudarles a descubrir los signos de alarma ante una posible recaída, como pueden ser el insomnio, ansiedad, retraimiento, comportamiento extraño... Posibles actitudes



negativas hacia el individuo como altos niveles de emoción, que incluyan críticas o la atribución de los síntomas a la voluntad del paciente, se han asociado con un peor pronóstico de la enfermedad. Con este tipo de actuaciones se pretende promover actitudes positivas tales como la empatía y el apoyo afectivo y cambiar los patrones de comunicación verbal entre los miembros de la familia, estableciéndose una relación de colaboración entre la familia y el equipo de tratamiento que ayuda a los pacientes a continuar hacia la remisión de sus síntomas. El desconocimiento sobre el origen, diagnóstico, pronóstico y tratamiento podría ser causa de altos niveles de estrés y ansiedad dentro de la familia y contribuir a la carga de los cuidadores. No todas las familias necesitan estas intervenciones, pero todas son subsidiarias de recibir información acerca de la enfermedad y recibir cualquier recurso que pueda promover el bienestar del paciente y de su familia. Las reuniones de grupos familiares pueden ser muy útiles para comentar y resolver dudas que puedan surgirles.(23)(27)(28)

- Terapia cognitivo conductual:

La terapia cognitivo conductual (TCC) es una parte muy importante de las actuaciones no farmacológicas destinadas al control de la enfermedad. Presenta un enfoque principal sobre los síntomas psicóticos para lograr disminuir los síntomas positivos, debilitando las creencias firmes de los pacientes, modificando su conducta y el contenido de pensamientos disfuncionales. El paciente ejerce un papel activo en este tipo de terapia teniendo en cuenta sus experiencias, necesidades y demandas.(13)(27)

El objetivo de la TCC es ayudar al enfermo a entender los vínculos entre las percepciones, las creencias y reacciones emocionales. Le proporciona conocimientos para cuestionar la evidencia que avala sus creencias, reconocer sus comportamientos y pensamientos y aprender a hacer frente a su enfermedad y a los síntomas psicóticos que no son controlados con la medicación, reduciendo su impacto en la vida cotidiana.(27)

La carencia de habilidades sociales es uno de los principales déficits entre las personas con esquizofrenia, reducen la autonomía del paciente de forma significativa, pudiendo llegar incluso al aislamiento social. El entrenamiento de estas habilidades, basado en técnicas de TCC, enseña a las personas a comunicar sus emociones y demandas, para que tengan más probabilidades de conseguir sus objetivos y satisfacer sus necesidades.(27)

En definitiva, esta terapia permite reducir convenientemente el deterioro funcional asociado a los síntomas, disminuyendo los síntomas positivos y mejorando el funcionamiento social.(27)

- Terapia de grupo:

La terapia de grupo permite realizar actividades que no son posibles con la terapia individual, con ella se crea un espacio similar al social y familiar, de características integradoras en las que pacientes diagnosticados de esquizofrenia pueden encontrarse con sujetos que se encuentran en su misma situación y trabajar conjuntamente los diversos aspectos psicológicos. La terapia les ayuda a compartir experiencias vitales y emocionales asociadas a su patología, así como las intervenciones terapéuticas a las que son sometidos. Estos grupos sociales constituyen un apoyo añadido, permiten crear un espacio de seguridad y contención, el cual ayuda a reducir el aislamiento, desarrollar capacidades sociales, incrementar el análisis y comprensión de la realidad e indagar sobre los sentimientos que los pacientes tienen sobre sí mismos. Hay que trabajar intentando dar sentido a los contenidos delirantes para centrar a los pacientes en la realidad, de forma que les permita una interacción más adecuada con el entorno y una valoración más real de sí mismos. El papel del psicoterapeuta debe ser activo, de soporte y contención de las ansiedades psicóticas. Además, existen grupos multifamiliares, en los que participan pacientes acompañados de sus familiares.(7)(23)

Para complementar la terapia farmacológica y la psicoterapia se han desarrollado técnicas de **rehabilitación**, esta tiene como objetivo disminuir el impacto de los déficits cognitivos y los síntomas negativos para mejorar los resultados funcionales. Su finalidad es lograr la reintegración del sujeto en la sociedad, evitando hospitalizaciones prolongadas, a través de terapias de rehabilitación cognitiva o centros de rehabilitación laboral.(13)(27)

- Terapia de rehabilitación cognitiva:

La terapia de rehabilitación cognitiva está basada en el entrenamiento conductual cuyo objetivo es mejorar los procesos cognitivos (atención, memoria, cognición social, función ejecutiva...) para reducir el impacto de su deterioro en el funcionamiento del paciente en su vida diaria, generalizando las habilidades cognitivas a las habilidades funcionales. Mediante este tipo de intervenciones se pretende desarrollar la cognición, el funcionamiento social y la capacidad de estudiar

y/o trabajar. Combinada con la psicoeducación y el entrenamiento de habilidades sociales, vocacionales y de la vida diaria tiene un efecto significativo sobre el desempeño del paciente a largo plazo y su calidad de vida.(27)

#### **4. METODOLOGÍA**

Este trabajo se ha llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica de artículos obtenidos a través de las bases de datos Pubmed y Scopus con lenguaje libre y controlado. Para seleccionar los artículos se ha procurado que se trate de revisiones y que la información facilitada fuese la más actualizada posible, utilizando filtros que seleccionasen publicaciones de los últimos 10 años y que contuviesen el texto completo.

Las palabras clave empleadas fueron “schizophrenia”, “schizophrenic disorder” y “psychotic disorder”, además de “cultural differences”. También se ha utilizado para la búsqueda de información libros de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de Badajoz.

El caso clínico que se ha estudiado es el de una paciente diagnosticada de esquizofrenia, actualmente en seguimiento por el servicio de Psiquiatría del Equipo de Salud Mental del Centro de Salud Valdepasillas.

## 5. CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 26 años, cuyos antecedentes personales son: prematuridad con bajo peso a los 7 meses, tras parto gemelar, precisando 3 meses de hospitalización en la fundación Jiménez Díaz; celiaquía; amigdalectomizada. Aparentemente sin antecedentes psicopatológicos previos, con desarrollo global normal, a pesar de ello, el padre refirió que siempre había tenido un comportamiento algo extraño, con escasas relaciones sociales, que se mantuvieron en el tiempo. Antecedente de consumo de sustancias tóxicas (cannabis, mescalina y tabaco). En los antecedentes familiares podemos señalar: madre con insuficiencia renal que precisó tres trasplantes, fallecida cuando nuestra paciente tenía 21 años, padre que padece ileo paralítico, un hermano que vive en otra ciudad y varios familiares con patología mental: un tío abuelo diagnosticado de esquizofrenia, hermana del padre con dependencia de alcohol y otra hermana de este con trastorno mental grave (TMG).

La paciente es enfermera de profesión, con Máster en Medicina Tropical cuyas prácticas realizó en Costa de Marfil, trabajando posteriormente en Guatemala y con residencia, también, en México y Nicaragua de junio de 2010 a diciembre de 2012.

El día 31/12/12 acude a urgencias acompañada de su padre, que ha observado desde su vuelta a España, hace unas semanas, un comportamiento "extraño", presentando alucinaciones nocturnas, encendido de sustancias aromáticas, sin ingerir alimento en los días previos, con entradas y salidas de casa sin control. Ese día la encontró la policía en un centro comercial gritando y bailando. En la entrevista clínica mantuvo una actitud perpleja, estupefactiva, moviendo los labios pero sin emitir sonidos, con presencia de alucinaciones auditivas y delirios de persecución y megalomaníacos; la paciente confirmó el consumo de mescalina antes de su regreso de Sudamérica.

Se procedió a su ingreso en el Hospital Universitario de Badajoz. Durante el mismo, además de las pruebas pertinentes en urgencias, se le realizó un TAC y una RMN craneal y una punción lumbar, con resultados dentro de la normalidad. Finalmente, fue diagnóstica de psicosis tóxica, consiguiendo una mejoría clínica significativa tras la pauta de tratamiento antipsicótico, por lo que se procedió al alta el día 15/01/13, prescribiéndose Olanzapina 15mg cada 24h y control ambulatorio por el Equipo de Salud Mental.

Tras control de manera ambulatoria por el equipo de Salud Mental de Valdepasillas, permaneciendo asintomática y con el mismo tratamiento, la paciente volvió a ingresar a los pocos meses (del 29/05/2013 al 18/06/2013) por presentar una conducta fría,

comportamiento extravagante, incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social con un cuadro de características esquizofreniformes, siendo diagnosticada de psicosis. Se le ajustó el tratamiento a Olanzapina 405mg 1 ampolla intramuscular cada 15 días y nuevamente control por su psiquiatra de zona.

A partir del alta, la paciente continuó acudiendo a consulta, en las que manifestó que estaba siendo tratada por un psicólogo de orientación gestáltica. Durante este tiempo permaneció estable; aunque sus contenidos delirantes seguían en segundo plano; por lo que se decidió disminuir la dosis de Olanzapina 405mg a 1 ampolla cada 28 días.

Con 29 años requiere un nuevo ingreso hospitalario (del 14/05/2015 al 11/06/2015) tras acudir al servicio de Urgencias por descompensación de su patología de base. La familia vino notando desde unos días previos cambios en su comportamiento, pasando de una tendencia a la somnolencia a levantarse temprano, encontrándola confusa, distraída, desorientada..., continuaba con delirios de la misma naturaleza que en los ingresos anteriores, pero sin objetivarse alucinaciones en esta ocasión. Consideraban que este comportamiento podía deberse al fallecimiento de dos familiares (abuela y tía) ocurridos en esos días y, además, existían dudas acerca del cumplimiento terapéutico.

A la exploración se encuentra perpleja, con lenguaje escaso, discurso desorganizado con pensamientos delirantes. El juicio clínico emitido fue esquizofrenia.

Exploraciones complementarias: Hemograma, bioquímica general, sedimento urinario, ECG sin alteraciones significativas.

Tras el ajuste de la medicación e intervenciones psicoterapéuticas individuales y grupales, mejoró su conducta y se consideró adecuado el control y tratamiento ambulatorio con Paliperidona 100mg ampolla intramuscular cada 28 días y Olanzapina 20mg cada 24 horas.

Pasados unos días la paciente acude a consulta y tras objetivarse buen control de la enfermedad se decidió mantener el tratamiento prescrito al alta de su ingreso.

Con 30 años volvió a presentar una nueva descompensación de la sintomatología psicótica por abandono del tratamiento y del seguimiento ambulatorio desde hacía al menos un año, según refirió su padre, este, además, comenta que tuvo otro ingreso en Cádiz del que no se tenía ningún tipo de documentación. La paciente volvió a ingresar (del 21/01/2017 al 13/02/2017) por presentar una conducta extraña y desorganizada e insomnio.

Al examinarla, se encontraba irritable, con probable presencia de alteraciones sensorio-perceptivas y delirios que no verbalizaba, con aspecto extravagante y con nula conciencia de enfermedad. Dijo no creer en la psiquiatría, pero sí en creencias como el chamanismo, viajes astrales y sueños lúcidos, medicinas alternativas y mantener contacto con personas con estas mismas creencias.

En las pruebas complementarias no se encontró ningún dato de interés, excepto leucocitos en la analítica de orina compatible con infección de orina, por lo que se pautó Ciprofloxacino durante 3 días.

Durante su estancia hospitalaria, en determinados momentos las creencias que dijo tener invadían su pensamiento apareciendo una clínica psicótica clara con delirios y alucinaciones. No obstante, se observó una organización progresiva de su conducta con recuperación del hábito del sueño, sin presentar delirios ni alucinaciones, excepto el mantenimiento del pensamiento esquizotípico de base. Se ofreció a la familia la posibilidad de un ingreso hospitalario involuntario en la Unidad de Media Estancia, pero prefirieron que la paciente continuase con un seguimiento en Madrid.

En esta ocasión el diagnóstico fue esquizofrenia vs trastorno esquizotípico de personalidad, modificando su tratamiento y siendo pautado al alta Aripiprazol 30mg cada 24h, manteniendo la misma dosis de Olanzapina.

En agosto de ese mismo año y tras acudir a urgencias unos días antes por abandono del tratamiento después de haber consultado con un psiquiatra privado, vuelve a ingresar (del 08/08/2017 al 27/09/2017) por presentar un comportamiento disruptivo, no colaborador, provocador y mostrarse agresiva verbalmente durante la entrevista clínica. El padre refirió que desde el último ingreso no mejoró de forma significativa.

Al inicio del ingreso, verbalizó ideación delirante de perjuicio, envenenamiento, alteraciones sensorio-perceptivas cenestésicas (refirió que notaba con sus pies como subían las almas del tanatorio). Continuó con sus creencias excéntricas, con delirios y alucinaciones, con un discurso plagado de contenidos extravagantes, esotéricos y megalomaniacos, creía que tenía capacidad para curar enfermedades a través del chamanismo, con un don desde niña (telepatía), viajes astrales y sueños lúcidos. Así mismo presentaba ambivalencia en relación a su identidad sexual.

Ante su evolución clínica, la ausencia de conciencia de enfermedad, escasa adherencia terapéutica y sus dificultades sociales se propuso nuevamente su derivación a la Unidad de Media Estancia, que tanto su padre como ella aceptaron procediéndose a su traslado, con el objetivo de evitar la cronificación de su patología.

Se mantuvo el diagnóstico de esquizofrenia y el tratamiento con Aripiprazol 30mg, Olanzapina 20mg y se añadió Rivotril 2mg y Paliperidona 150mg intramuscular (IM) mensual.

Con 32 años, reingresó (del 24/07/2018 al 09/08/2018), ya que ese día acudió al Servicio de Psiquiatría sola, desconectada del medio, con un comportamiento extraño, inapropiado, desinhibido y provocador. Tras avisar a su padre, este comentó que desde el alta de la UME, en octubre del año previo, no realizó tratamiento ni seguimiento, solo acudía esporádicamente a un psicólogo en Madrid y buscaba terapias alternativas. Había trabajado de enfermera unos días en León, pero fue despedida sin que esto, aparentemente, hubiera repercutido en ella emocionalmente.

Con el inicio del tratamiento antipsicótico, su conducta se fue normalizando, aunque continuaba con su pensamiento y actitud en contra de la psiquiatría y de los fármacos.

Se diagnosticó como trastorno de la personalidad grupo A y trastorno psicótico, manteniendo el mismo tratamiento, procediéndose al alta con control ambulatorio.

En los meses posteriores fue evaluada ambulatoriamente en varias ocasiones, en una de ellas la paciente manifestó su intención de opositar al EIR. Mantenía sus creencias exotéricas y extravagantes, sobre viajes astrales, chamanismo, ilusiones/alucinaciones visuales y auditivas de sus familiares desde que habían fallecido. Sin embargo, esta sintomatología no repercutía a nivel afectivo ni conductual y era diferente a la que había propiciado sus ingresos anteriores. Rechazó un ajuste en el tratamiento con Paliperidona IM, por lo que se continuó con el mismo y se consideró que no era necesario su ingreso.

En una consulta posterior la paciente no se presentó y solo acudió el padre, que manifestó que no cumplimentaba el tratamiento, a pesar de llevar una vida mínimamente ordenada. Considerando escritos realizados por ella, aportados por su padre, impresionaba de presentar nuevamente sintomatología psicótica, por lo que se planteó un ingreso involuntario que no llegó a producirse.

El último ingreso de la paciente (de 31/03/19 al 23/04/19) fue motivado por sospecha de ingesta medicamentosa (varios comprimidos de Olanzapina). Desde hacía una semana se encontraba más descontrolada e inquieta, con alteraciones de conducta, insomnio y vestimenta desorganizada, actitud extraña e ideas delirantes de perjuicio centradas en su padre, que considera que tiene el síndrome de Munchausen. No realizaba el tratamiento desde el alta hospitalaria en agosto del año anterior. Habitualmente practicaba sesiones de chamanismo, viajes astrales y decía



incoherencias a lo largo del día (como que su padre vivía en la tercera dimensión), el padre negó consumo activo de tóxicos.

A la exploración se encontraba somnolienta, por lo que no se pudo realizar una exploración psicopatológica adecuada, con aspecto descuidado y extravagante, hipoprosia, con inestabilidad de la marcha y discurso escaso y poco espontáneo. No se objetivaron ideas de muerte ni autolisis, no auto/heteroagresividad y una nula conciencia de enfermedad.

Mientras la paciente permaneció en observación, se volvió a explorar, continuando con una conducta desorganizada e inquieta, perpleja y bloqueada por momentos, a la defensiva, con ecopraxia llamativa sobre todo en relación con el padre.

Una vez valorada por medicina interna, descartándose la intoxicación medicamentosa, se procedió a su ingreso en el Servicio de Psiquiatría para la estabilización de su sintomatología y ajuste del tratamiento.

Fue diagnosticada de esquizofrenia, iniciando de nuevo tratamiento con Paliperidona intramuscular y Olanzapina. Se propuso derivación a la unidad de rehabilitación hospitalaria, que no fue aceptada por la paciente. Tras conseguir su estabilización clínica y no presentar criterios para internamiento involuntario se procedió al alta con seguimiento ambulatorio.

Días posteriores al alta, precisó atención urgente por presentar nuevamente sintomatología activa, con conducta desorganizada, actitud hostil hacia el padre y sospecha de incumplimiento terapéutico. Se acordó seguimiento ambulatorio intensivo.

A partir de esa fecha acudió regularmente a consulta acompañada de su padre, en las que se objetivó conducta más organizada, más centrada, aunque seguía con cierta hostilidad hacia su padre. Se decidió la inclusión en terapia familiar.

En sesiones posteriores, el padre confirmó que no tomaba Olanzapina. Volvió a presentar experiencias psicótiformes, como contacto con extraterrestres, viajes astrales, visiones y alucinaciones auditivas. Mostrándose desbordada por estas experiencias sensoriales, que intentaba explicar a través de indagaciones y lectura de libros. Además, buscó ayuda con un psicoanalista privado, por lo que fue informada de la dudosa indicación de este tipo de análisis ortodoxo. Dejó de acudir a las sesiones de grupo multifamiliar, así como a alguna consulta individual programada.

En las siguientes consultas, no se mostró muy colaboradora, seguía consultando con el psicoanalista, con el que decía estar muy contenta, porque analizaba todas sus percepciones, sueños y experiencias con seres de otras dimensiones. Comentaba la presencia de fenómenos oníricos y de heautoscopia; describiendo varios mundos, en uno de los cuales decía encontrarse con su madre y abuela fallecidas; a pesar de que traía el recuerdo de una figura materna internalizada, una madre ausente, a la que había que cuidar, en lugar de ser cuidada por ella. Exponía sus experiencias con el chamanismo y su inquietud por la diferente valoración de su estado, ya que en Guatemala era venerada y en España era considerada una “loca”.

A día de hoy, la paciente continúa en seguimiento ambulatorio y, a pesar de seguir con sus ideas delirantes, mantiene una conducta ordenada y adecuada con un discurso coherente. Se le ha concedido una incapacidad del 50%. Se encuentra en tratamiento con Paliperidona 150mg intramuscular cada 28 días y Olanzapina 15mg cada 24 horas. Se ha propuesto el aumento de dosis de Paliperidona de 350mg. Sigue acudiendo a consultas individuales, aunque ha dejado la terapia grupal.

## 6. DISCUSIÓN

Durante todo el curso de la enfermedad del caso que nos ocupa se han ido estableciendo diferentes diagnósticos.

La paciente con 26 años comenzó a presentar síntomas compatibles con la fase activa de la psicosis, tales como delirios, alucinaciones y un comportamiento extraño, coincidiendo con el regreso de una estancia en Sudamérica y con el consumo de Mescalina, sustancia tóxica de la zona; por lo que en ese momento se consideró como diagnóstico apropiado la psicosis tóxica.

Como quiera que los síntomas psicóticos que presentaba la paciente no remitieron, si no que estos se perpetuaron durante un periodo mayor de seis meses se estableció el diagnóstico de esquizofrenia en ingresos posteriores. Conviene señalar que este inicio se corresponde con la edad típica de comienzo de la esquizofrenia, que se sitúa en la franja de 15-35 años, edad en la que la paciente comenzó a presentar sintomatología clásica.

A lo largo del desarrollo clínico, es posible objetivar un nivel de deterioro en las relaciones interpersonales de la paciente, con incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y laboral. En algunas ocasiones ha coincidido el episodio agudo con algunos factores desencadenantes, como son el fallecimiento de dos familiares en un periodo corto de tiempo; lo que pone de relieve la vulnerabilidad frente al estrés que presentan estos enfermos. De esta manera, se han podido distinguir alteraciones tanto del contenido como de la forma del pensamiento, tales como delirios de múltiple temática, bloqueos, discurso desorganizado; percepción distorsionada de la realidad (alucinaciones); alteraciones de la conducta, afectando globalmente a la paciente. En relación con la sintomatología psicótica, son frecuentes los delirios paranoides, de filiación, megalomaniacos, de perjuicio... y las alucinaciones auditivas y visuales (seres de otros planetas).

Podemos constatar claramente en este caso clínico el carácter crónico y recurrente de la enfermedad, con múltiples recaídas y disminución de la sintomatología psicótica con el tratamiento antipsicótico. Si bien, estos síntomas no han remitido totalmente en ningún momento, puesto que se sospecha un trastorno esquizotípico de la personalidad, también diagnosticado en alguno de los ingresos. Esta sospecha está fundamentada en que la paciente tiene un pensamiento de base esotérico y extravagante, relacionado con el mundo del chamanismo, la brujería, la medicina alternativa y que posee un don para curar enfermedades. A menudo la paciente expone el conflicto que le supone el hecho de que por sus creencias y habilidades

sanadoras es considerada y venerada como una “diosa” en Centroamérica y en nuestra sociedad es tenida como una enferma; ya que hay que tener en cuenta que ha vivido durante unos años en un contexto y un entorno cultural diferentes donde este tipo de prácticas y creencias están ampliamente extendidas y se consideran dentro de la normalidad, lo que supone que la paciente en ningún momento tenga conciencia de enfermedad.

Como también es típico de esta patología, los síntomas negativos son menos llamativos, frecuentes e intensos que los positivos y no se aprecia deterioro cognitivo.

En relación con las múltiples recaídas que se han presentado a lo largo de la enfermedad, se puede reseñar que prácticamente todas han estado ocasionadas por el abandono de la medicación y la falta de adherencia al tratamiento, unas veces producidas por la nula conciencia de enfermedad y otras por los efectos secundarios derivados del mismo, por lo que se consideró adecuado emplear antipsicóticos intramusculares.

Para lograr un correcto abordaje de la patología, no es suficiente únicamente el uso de fármacos, siendo necesario también un tratamiento multidisciplinar con apoyo psicológico y social, centrado en la recuperación total del paciente. Por lo que, además de sesiones individuales, se propone la inclusión en terapia de grupo multifamiliar, cuyo objetivo es buscar la correcta adherencia al tratamiento para evitar recaídas, facilitar el funcionamiento social y laboral a largo plazo, mejorando la calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad. En un primer momento la paciente acepta estas terapias, pero abandona tras unas sesiones por no considerarlo efectivo ni necesario, debido a su no aceptación de la psiquiatría. A menudo, la paciente ha buscado ayuda en terapias alternativas, poco ortodoxas y en la psicología gestáltica y privada.

## 7. CONCLUSIONES

- La esquizofrenia se encuentra en todo el mundo en diversas culturas, siendo una de las enfermedades mentales más importantes e incapacitantes, con una prevalencia del 1%.
- Es un grave problema de salud pública, representando una carga considerable tanto para el paciente como para los recursos sanitarios.
- Se trata de una enfermedad crónica, recurrente y deteriorante, con un curso lento y gradual en la mayoría de los casos, que lleva aparejada una importante disfunción tanto social como laboral.
- En ella encontramos tres fases: prodrómica, activa y residual.
- Principalmente se encuentran tres tipos de síntomas característicos en su psicopatología: positivos, negativos y deterioro cognitivo. De estos, ninguno es patognomónico. Aparecen alteraciones del pensamiento, cognición, percepción, afecto, comportamiento que ocasionan una disfunción global del enfermo.
- Los síntomas positivos de la esquizofrenia pueden estar relacionados con el entorno social y cultural del paciente.
- La cultura influye en la epidemiología, fenomenología, resultado y tratamiento de la esquizofrenia, por lo que es necesario considerar otros métodos culturales, populares y tradicionales para lograr una comprensión y un manejo adecuados.
- Por lo general, estos pacientes están sujetos a una fuerte estigmatización, lo que supone una carga adicional, que dificulta su participación social, así como la búsqueda de ayuda adecuada.
- El diagnóstico viene definido principalmente por la observación, la descripción de las características clínicas que presenta el paciente y el análisis de su estado mental. Es necesario llevar a cabo un diagnóstico diferencial exhaustivo con diferentes patologías para conseguir un diagnóstico adecuado.
- Es característica una evolución deteriorante y crónica en el tiempo, con presencia de brotes agudos y múltiples recaídas, dependiendo el pronóstico de diversos factores.
- Es conveniente un abordaje terapéutico multidisciplinar, la farmacoterapia debería acompañarse de psicoterapia y rehabilitación, orientado a la recuperación de paciente, mejorando su calidad de vida y funcionamiento global.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Szkultecka-Dębek M, Walczak J, Augustyńska J, Miernik K, Stelmachowski J, Pieniążek I, et al. Epidemiology and Treatment Guidelines of Negative Symptoms in Schizo-phrenia in Central and Eastern Europe: A Literature Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal*. 2015;11(1):158–65.
3. Chan V. Schizophrenia and Psychosis: Diagnosis, Current Research Trends, and Model Treatment Approaches with Implications for Transitional Age Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017;26(2):341–66.
4. Wójciak P, Rybakowski J. Clinical picture, pathogenesis and psychometric assessment of negative symptoms of schizophrenia. *Psychiatr Pol*. 2018;52(2):185–97.
5. Piotrowski P, Gondek TM, Królicka-Deręgowska A, Misiak B, Adamowski T, Kiejna A. Causes of mortality in schizophrenia: An updated review of European studies. *Psychiatr Danub*. 2017;29(2):108–20.
6. Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I, Stella E, Mari M, Steardo L, et al. Suicide in the early stage of schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2016;7(JUN):1–9.
7. Silvestre García M, Ingelmo Fernández J, García-Ordás Álvarez A. Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2013 Jun;33(118):289–300.
8. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. Vol. 388, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2016. p. 86–97.
9. Davis J, Eyre H, Jacka FN, Dodd S, Dean O, McEwen S, et al. A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. Vol. 65, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Elsevier Ltd; 2016. p. 185–94.
10. Artigue J, Tizón JL. Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Aten Primaria*. 2014;46(7):336–56.
11. Howes OD, McCutcheon R, Owen MJ, Murray RM. The Role of Genes, Stress,

- and Dopamine in the Development of Schizophrenia. Vol. 81, Biological Psychiatry. Elsevier USA; 2017. p. 9–20.
12. Grace AA. Dysregulation of the dopamine system in the pathophysiology of schizophrenia and depression. Vol. 17, Nature Reviews Neuroscience. Nature Publishing Group; 2016. p. 524–32.
  13. Kaneko K. Negative symptoms and cognitive impairments in schizophrenia: Two key symptoms negatively influencing social functioning. Vol. 61, Yonago Acta Medica. Tottori University Faculty of Medicine; 2018. p. 91–102.
  14. Addington D, Abidi S, Garcia-Ortega I, Honer WG, Ismail Z. Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. Vol. 62, Canadian Journal of Psychiatry. SAGE Publications Inc.; 2017. p. 594–603.
  15. Möller HJ. The relevance of negative symptoms in schizophrenia and how to treat them with psychopharmaceuticals? Psychiatr Danub. 2016;28(4):435–40.
  16. Morioka H, Ijichi S, Ijichi N, Ijichi Y, King BH. Developmental social vulnerability as the intrinsic origin of psychopathology: A paradigm shift from disease entities to psychiatric derivatives within human diversity. Med Hypotheses. 2019 May 1;126:95–108.
  17. Vermeiden M, Janssens M, Thewissen V, Akinsola E, Peeters S, Reijnders J, et al. Cultural differences in positive psychotic experiences assessed with the Community Assessment of Psychic Experiences-42 (CAPE-42): A comparison of student populations in the Netherlands, Nigeria and Norway. BMC Psychiatry. 2019 Aug 6;19(1):244.
  18. Dudek A, Krzystanek M, Krysta K, Górna A. Evolution of religious topics in schizophrenia in 80 years period. Psychiatr Danub. 2019;31:524–9.
  19. Luhrmann TM, Padmavati R, Tharoor H, Osei A. Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: Interview-based study. Br J Psychiatry. 2015;206(1):41–4.
  20. Ratana R, Sharifzadeh H, Krishnan J, Pang S. A Comprehensive Review of Computational Methods for Automatic Prediction of Schizophrenia With Insight Into Indigenous Populations. Vol. 10, Frontiers in Psychiatry. Frontiers Media S.A.; 2019.
  21. Viswanath B, Chaturvedi SK. Cultural aspects of major mental disorders: A

- critical review from an Indian perspective. Vol. 34, Indian Journal of Psychological Medicine. Wolters Kluwer -- Medknow Publications; 2012. p. 306–12.
22. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª Ed. Madrid: Meditor; 1992.
  23. Sadock BJ, Ahmad S SV. Kaplan & Sadock: Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica. 6ª Ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.
  24. M. Salazar CPJ. Tratado de psicofarmacología: Bases y aplicación clínica. 1ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
  25. Howes OD, McCutcheon R, Agid O, De Bartolomeis A, Van Beveren NJM, Birnbaum ML, et al. Treatment-Resistant Schizophrenia: Treatment Response and Resistance in Psychosis (TRRIP) Working Group Consensus Guidelines on Diagnosis and Terminology. Am J Psychiatry. 2017 Mar 1;174(3):216–29.
  26. Correll CU, Citrome L, Haddad PM, Lauriello J, Olfson M, Calloway SM, et al. The use of long-acting injectable antipsychotics in Schizophrenia: Evaluating the evidence. Vol. 77, Journal of Clinical Psychiatry. Physicians Postgraduate Press Inc.; 2016. p. 3–24.
  27. Morin L, Franck N. Rehabilitation interventions to promote recovery from schizophrenia: A systematic review. Vol. 8, Frontiers in Psychiatry. Frontiers Media S.A.; 2017. p. 100.
  28. Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Urzúa A, Escudero J, Gutiérrez-Maldonado J. The role of family therapy in the management of schizophrenia: Challenges and solutions. Neuropsychiatr Dis Treat. 2015;11:145–51.







UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

