

CARRERA DE MEDICINA

Nombre del Ensayo

**ESQUIZOFRENIA**

Autor

Mayra Yépez

Curso & Paralelo

4°to semestre D

Asignatura

Fisiopatología

Fecha

12 – 09- 2020

Manta- Manabí - Ecuador



## Introducción

He escogido trabajar en este tema tan complejo e interesante para tratar del amplio enfoque de la esquizofrenia cual nos obliga a introducirnos a una de las más fascinantes controversias que no solo abarca el campo de la medicina o de las ciencias y que se extiende a la filosofía y la religión. Si no que abarca a la historia de la locura que es sin lugar a duda la historia misma de la humanidad. La esquizofrenia es una enfermedad mental compleja o grupo de trastornos caracterizados por alucinaciones, ideas delirantes, trastornos conductuales, funcionamiento social alterado y síntomas coexistentes. Se debe a un desequilibrio de sustancias químicas que envían señales al cerebro, provocando la percepción (ver, oír o pensar) de cosas que no son reales, con el paso del tiempo se producen más pérdidas neuronales, lo que provoca que el cerebro pierda su rendimiento. Ello puede tener importantes consecuencias en la vida del paciente y de quienes lo rodean. La familia, además, pasa a convertirse en el "paciente oculto" de la enfermedad al sufrir el estrés asociado a la convivencia, y al carecer de conocimientos y estrategias para comprender y hacer frente a la enfermedad. Los enfermos de esquizofrenia viven en una constante sensación de miedo. Miedo a uno mismo, miedo a la locura, a hacer daño, a no entender nada. Miedo a todo lo que les rodea, y a la incertidumbre de lo desconocido. Se buscará información en diversas fuentes como son libros, revistas o enlaces de páginas web, pudiendo extraer la información relevante y pertinente para cumplir con el objetivo del trabajo. Todo ello con el fin de poder observar el cambio de actitud, pensamiento en pacientes que sufren esta enfermedad y como son tratados teniendo en cuenta aspectos relacionados con la definición, aspectos clínicos, correlatos psicobiológicos, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, así como predictores de respuesta terapéutica. Esta enfermedad de por vida no se puede curar, pero se puede controlar con el tratamiento adecuado

## **Objetivo General**

- Reconocer de la esquizofrenia sus principales entidades nosológicas psiquiátricas tanto en sus manifestaciones clínicas como en sus etiologías, curso y pronóstico junto a las principales teorías y modelos empleados para su delimitación diagnóstica y conceptual. Además, conocer los tratamientos empleados en la práctica clínica.

## **Objetivos específicos**

- Obtener conocimientos tanto etiológicos, psicológicos y fisiopatológicos de la esquizofrenia
- Reconocer los aspectos descriptivos y dinámicos en la comprensión del desorden mental
- Utilizar en el campo clínico los conocimientos obtenidos previamente en el ámbito profesional médico especialmente en las áreas relaciono con el quehacer psicológico y psicopatológico.

## **Desarrollo**

El concepto de esquizofrenia ha sufrido cambios a lo largo del tiempo. A partir del siglo XIX, más concretamente la recta final de este siglo, porque es cuando aparece en Alemania lo que se conoce como psiquiatría moderna, donde destacan figuras como Kraepelin y Bleuer. Es necesario saber que hasta la irrupción de dicha escuela se creía que las enfermedades mentales eran castigos divinos, posesiones demoníacas y otras alteraciones que tenían que ver con entes divinos. (Germán Abeleira Padín 2012)

Por otro lado, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin en 1896, se refirió a la demencia precoz y hace una descripción: inicio temprano, evolución hasta el deterioro y ausencia de psicosis maníaco-depresiva. En esta demencia precoz existen tres grupos: paranoide, catatónica y hebefrénica; y esta división sirvió como precursora de la clasificación de los diversos tipos de esquizofrenia que hay. En el manual de diagnóstico de la American Psychiatric Association (DSM) se define así la esquizofrenia: “Trastorno psicótico que presenta al menos dos de estas características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamientos catatónicos, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia). Dichas características mencionadas anteriormente deben imposibilitar la vida cotidiana correcta del sujeto. Del mismo modo, no se considera esquizofrenia si hay esta sintomatología causada por ingesta de sustancias psicoactivas o enfermedad médica asociada”. (Carlos Sosa Mendoza y Dagoberto Espinoza Murra 2015)

Eugen Bleuler, psiquiatra suizo, propuso en 1911 el término de esquizofrenia (mente escindida), para denominar esta enfermedad, sugiriendo una agrupación sindrómica y por ello habló del grupo de las esquizofrenias. Kurt Schneider, en 1950 describió los síntomas de primer rango de la esquizofrenia como patognomónicos de la enfermedad, en ausencia de trastorno orgánico-cerebral. “Pensamiento audible, vivencias de influencia corporal, percepción delirante, difusión del pensamiento, voces que dialogan, robo de pensamiento”. El inicio de la esquizofrenia se produce de manera característica durante la adolescencia e incluso en la infancia o al inicio de la edad adulta. Afecta de forma similar a ambos sexos. Sin embargo, en los varones, la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras

que en las mujeres lo es a finales de la tercera década y comienzos de la cuarta. La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Aunque la esquizofrenia no es tan común como otras enfermedades mentales importantes, puede ser la más crónica y discapacitante. Alrededor de 7 u 8 personas de cada 1,000 desarrollarán esquizofrenia en su vida.

La esquizofrenia cambia la forma en que piensa, siente y actúa. Podría afectarle de manera diferente a otra persona. Los síntomas también pueden aparecer y desaparecer. Por lo general, comienzan entre los 16 y los 30 años. Los hombres suelen contraerlos antes que las mujeres. A menudo, hay un cambio gradual en la persona antes de que comiencen los síntomas obvios. A esto a veces se le llama fase pródrómo. Muchas personas con este trastorno tienen dificultad para mantener un trabajo o cuidarse, lo que puede hacer que dependan de otros. Las personas con este trastorno escuchan o ven cosas que no están allí o piensan que los demás pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o conspirar para hacerles daño. El estigma en torno a la esquizofrenia es común, por lo que las personas con este trastorno a menudo prefieren no hablar sobre él, ni obtener el tratamiento adecuado. Esto puede aterrorizarlos y convertirlos en personas retraídas o extremadamente agitadas. También puede ser espantoso y molesto para las personas que los rodean. (NIH 2015) Un importante aporte a la descripción fenomenológica de la enfermedad lo brindan Crow y Andreasen al desarrollar un modelo bimodal de la esquizofrenia, basado en el predominio de síntomas positivos o negativos y que tendrá gran valor tanto en los hallazgos neuroanatómicos como en el tratamiento farmacológico del enfermo y la evolución de la enfermedad

Entre los síntomas positivos están: "Alucinaciones, ideas delirantes y comportamiento extravagante" Estos síntomas suelen ir acompañados de ansiedad, depresión y exceso de actividad movimientos constantes y agitación. y entre los negativos se consignan: "Aplanamiento afectivo, alogia, abulia, apatía, anhedonia y déficit de atención" Habitualmente, los síntomas negativos son los responsables de los problemas de interacción social y de las actividades cotidianas.

La esquizofrenia afecta a las personas con independencia de su raza, cultura o clase social. Suele iniciarse al inicio de la edad adulta (a partir de los 20 años) aunque puede

aparecer a cualquier edad a partir de la adolescencia. La esquizofrenia afecta a hombres y mujeres, aunque en los hombres la enfermedad suele aparecer algo antes. La probabilidad de que una persona sufra una esquizofrenia a lo largo de su vida.

En 2004, la Organización Mundial de la Salud estimó que más de 26 millones de personas sufrían esquizofrenia, lo que la convierte en una de las 20 causas principales de discapacidad en todo el mundo. Asimismo, en 2004, 30.000 muertes fueron atribuidas a la enfermedad. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas. Entre el 0,8% y el 1,2% de la población la padece, más que el párkinson. En un estudio epidemiológico de los primeros ingresos por esquizofrenia y paranoia en niños y adolescentes, hubo una proporción igual de sexo para los pacientes menores de 15 años.

Los déficits en el funcionamiento social premórbido y el funcionamiento cognitivo en pacientes adultos con esquizofrenia, el ajuste académico y ocupacional, el ajuste del matrimonio y el funcionamiento premórbido general también tienden a indicar un efecto atenuante para las mujeres, leve, pero significativamente menor edad de inicio y mayores diagnósticos comórbidos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastornos generalizados del desarrollo (TGD) en varones y menor cociente intelectual verbal en mujeres (Hugo Enríquez Sánchez y Martha Ochoa Madrigal 2019) La esquizofrenia también es una de las enfermedades económicamente más costosas en todo el mundo y, junto con otras enfermedades psicóticas, representa el 1,5% (RU), el 2% (Países Bajos, Francia) y el 2,5% (EE.UU.) del total de los presupuestos sanitarios nacionales.

Desde los trabajos de Bleuler, las esquizofrenias se agrupan de la siguiente manera: paranoide, catatónica, hebefrénica y simple. Posteriormente se han agregado otros calificativos como: indiferenciada, residual y especialmente el trastorno esquizoafectivo, una breve descripción de cada uno de ellos y algunas anotaciones o curiosidades:

- a) Paranoide: Hay abundancia de idea/s delirante/s y/o alucinaciones auditivas. El resto de sintomatología no es tan abundante.
- b) Catatónica: Bastante sintomatología negativa (catalepsia, negativismo, mutismo) u otros como ecolalia o ecopraxia.

c) Desorganizada: Predomina un repertorio de conductas caóticas y una afectividad plana. No sabe cómo actuar de forma adecuada en el mundo que le rodea.

d) Indiferenciada: “Cajón de sastre” reservado para aquellas esquizofrenias que no entran en ninguna de las tres categorías mencionadas anteriormente.

e) Residual: Ausencia de sintomatología de las esquizofrenias descritas antes, o su aparición es de forma tenue.

Es obvio pensar que no toda la vida hubo esta clasificación, si bien siempre hubo esquizofrenia a lo largo de la historia de la humanidad; hay que entender que hasta hace pocos siglos se consideraba en el mundo occidental a los enfermos mentales como poseídos por el mal. Con el desarrollo de las investigaciones, las distintas corrientes que hubo en psicología a lo largo de la historia, se fue fraguando una comprensión más clara de lo que son los trastornos mentales, en los que está incluida la susodicha esquizofrenia

El estudio publicado en *Brain* supone un nuevo campo de análisis, ya que, hasta ahora, los intentos de estudiar la enfermedad comparando cerebros de personas sanas con los de personas con el trastorno habían fallado en describir esta heterogeneidad de la esquizofrenia. La investigación evidencia que “el cerebro puede funcionar de manera diferente sin cambiar de tamaño”. (Limón 2020) “El problema es saber qué es ver alucinaciones, cómo las produce el cerebro. Cuando uno sueña, también ve cosas que no pasan, pero sabe que está soñando. La clave es conocer cómo el cerebro genera una actividad mental anormal. Pero si desconocemos muchos de los aspectos fisiológicos, menos sabemos aún sobre cómo funciona”, destaca Delgado, quien considera que el estudio de la mente va a ser el desafío del siglo XXI.

En el cerebro ocurren reacciones químicas complejas e interrelacionadas. Los científicos creen que un desequilibrio en las reacciones químicas relacionadas con la dopamina y el glutamato, y posiblemente otros neurotransmisores, juega un papel en la esquizofrenia. Otro apartado, desde el punto de vista biológico que se investiga en esquizofrenia es el de los neurotransmisores son sustancias que permiten que las células del cerebro se comuniquen entre sí. Los científicos siguen estudiando la química cerebral y su relación con la esquizofrenia.

Los neurotransmisores estudiados en la esquizofrenia son:

a) Dopamina: la teoría dopaminérgica sostiene que el exceso de este neurotransmisor es el causante de síntomas de esquizofrenia tales como delirio y alucinaciones. Tiene como evidencia a favor que los fármacos antagonistas actúan muy bien contra los síntomas psicóticos y sustancias agonistas favorecen la aparición de sintomatología psicótica. No obstante, hay que tener en cuenta que la teoría presenta limitaciones, como el hecho de que no está claro al 100% que el incremento de dopamina sea el causante de la esquizofrenia; la otra es que no puede explicar toda la variada sintomatología que hay en la esquizofrenia. A pesar de dichas limitaciones, la teoría sigue ampliándose y ajustándose a los nuevos resultados

b) Noradrenalina: según Stein y Wise (1971), la esquizofrenia es producto de alteraciones de este neurotransmisor. No hay pruebas concluyentes al respecto.

c) Serotonina: la hipótesis serotoninérgica se basa en que dicho neurotransmisor inhibe la actividad de la dopamina en ciertas regiones cerebrales. Los fármacos que actúan sobre la serotonina son para inhibir su actividad y dejar que la dopamina haga su trabajo en dichas regiones para tratar los síntomas (en este caso, negativos) de la esquizofrenia.

d) GABA: neurotransmisor inhibitorio. Su papel en la esquizofrenia se cree que viene dado por el hecho de no actuar de forma correcta. Si no trabaja bien, puede dejar al Sistema Nervioso Central (en adelante SNC) alterado, lo que conduce a la esquizofrenia.

Por otro lado, el sistema inmunitario también puede influir en la aparición de la esquizofrenia. Diversas investigaciones han dado como resultado que un factor que, sin ser decisivo al cien por cien, puede orientar bastante es el elevado número de linfocitos. También se observa que la actividad deficitaria de las células “natural killer” y “B” tiene relación con la esquizofrenia. No es nada totalmente concluyente, pero en el futuro, líneas de investigación llevadas a cabo por equipos multidisciplinares, podrán llegar a conclusiones más claras (WebMD 2020)

Además, las estructuras cerebrales de algunas personas con esquizofrenia son ligeramente diferentes a las de las personas sanas. Por ejemplo, las cavidades llenas de líquido en el centro del cerebro, llamadas ventrículos, son más grandes en algunas personas con este trastorno. Los cerebros de las personas con esquizofrenia también

suelen tener menos materia gris, y algunas áreas del cerebro pueden tener un menor o mayor grado de actividad

Los trastornos por consumo de sustancias suceden cuando el consumo frecuente de alcohol o drogas interfiere con la salud, familia, trabajo, escuela y vida social de la persona. El consumo de sustancias es el trastorno concurrente más común en las personas con esquizofrenia. Las relaciones complejas entre los trastornos por consumo de sustancias y la esquizofrenia han sido ampliamente estudiadas. Los trastornos por consumo de sustancias pueden hacer que el tratamiento para la esquizofrenia sea menos eficaz, y las personas también son menos propensas a participar en tratamientos para su enfermedad mental si están abusando de drogas y otras sustancias. La nicotina es la droga más consumida por las personas con esquizofrenia. Son mucho más propensas a fumar que las personas sin una enfermedad mental, y los investigadores están explorando si existe una razón biológica para esto. Hay algunas pruebas de que la nicotina puede aliviar temporalmente algunos déficits cognitivos observados frecuentemente en la esquizofrenia, pero los efectos perjudiciales del hábito de fumar sobre otros aspectos de la cognición y la salud en general no compensan estos beneficios. Los esquizofrénicos consumidores de drogas presentan características clínicas diferentes de los esquizofrénicos no duales. La edad de presentación de la psicosis es menor en los adictos que en los que no lo son (Hall, 2004), especialmente si el tóxico consumido es cannabis. Los pacientes con esquizofrenia que son sexualmente activos tienen más probabilidad de presentar conductas de alto riesgo. Esto implica una prevalencia de VIH y de hepatitis C mayor que en la población general.

El consumo de alcohol es más prevalente en esquizofrénicos (hasta tres veces más) que en la población general. Presentan más alteraciones conductuales, comportamiento hostil y conductas suicidas. Los pacientes esquizofrénicos que consumen alcohol presentan mayor comorbilidad con otras enfermedades médicas. El alcohol altera la efectividad de los neurolepticos, al aumentar su metabolismo hepático y disminuir sus valores séricos. (Carlos Roncero, y otros 2016) El alcoholismo es un factor de predicción de suicidio en los esquizofrénicos, al igual que en la población general.

La adecuada caracterización de pacientes que presentan clínica psicótica y consumo de sustancias es fundamental para poder realizar un adecuado abordaje. El principal dilema diagnóstico es dilucidar si el trastorno psicótico asociado al TUS es primario o inducido. Por ello, es fundamental una evaluación clínica exhaustiva para realizar un diagnóstico certero y poder trazar un plan individualizado de tratamiento. Es necesario considerar el consumo de las sustancias valorando exhaustivamente los siguientes aspectos:

- a) historia toxicológica (edad de inicio, patrón de consumo, abuso/dependencia, evolución);
- b) relación temporal del consumo con la sintomatología psicótica;
- c) antecedentes familiares de consumo;
- d) factores de riesgo y protección, y e) estadiaje del momento de cambio en el que se encuentra el paciente.

Asimismo, se debe realizar una evaluación clínica que incluya:

- a) exploración de la sintomatología, inicio y gravedad de los síntomas psicóticos positivos y negativos, ideación autolítica, posible deterioro cognitivo
- b) antecedentes psiquiátricos familiares;
- c) factores estresantes relacionados con la aparición de episodios psicóticos y
- d) tratamientos previos y psicofármacos

La infección, el estrés y las complicaciones durante el embarazo , como la preeclampsia, pueden aumentar la posibilidad de que su hijo algún día tenga esquizofrenia. Pero eso no es seguro.

Así como en la etiología hay diferentes enfoques, a veces contrapuestos, lo mismo ha sucedido por mucho tiempo con el tratamiento de esta enfermedad. Históricamente se menciona como antecedente importante el uso de los alcaloides de la rawolfia serpentina, específicamente la reserpina, que se considera la primera sustancia en la que de manera sistemática se le reconoce efecto antipsicótico. Pronto otros medicamentos vinieron a desplazarla, entre ellas: las fenotiacinas, sustancias químicas identificadas y desarrolladas como antihistamínicos, a las que se les reconoció una acción sedante intensa por lo que se exploraron otros usos, por ejemplo, como anestésicos.

A este fármaco se fueron agregando los tioxantenos y luego las butirofenonas (haloperidol), conociéndose luego como el grupo de los antipsicóticos típicos, muy eficaces en el control de los llamados síntomas positivos de la enfermedad (ideas delirantes, alucinaciones y agitación psicomotriz). Sin embargo, muchos pacientes, al mejorar de su cuadro agudo comienzan a presentar lo que se conoce como síntomas negativos: abulia, apatía, aplanamiento afectivo, anhedonia, déficit de atención, que afectan considerablemente el desenvolvimiento del enfermo, tanto en el entorno familiar como en el medio social. Para este fenómeno el surgimiento de nuevos fármacos, llamados atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, paliperidona, entre otros), ha sido de mucha eficacia al lograr el control de síntomas tanto positivos como negativos de la enfermedad, lo cual constituye un avance considerable en el tratamiento de estos enfermos (Carlos Sosa Mendoza y Dagoberto Espinoza Murra 2015)

La esquizofrenia, aunque no es el trastorno más frecuente de las enfermedades mentales, sí se considera el más devastador tanto para el paciente como para sus familiares y su entorno social. Las investigaciones en las últimas décadas se centran en gran medida, en estudios de su etiología y el tratamiento más efectivo para quienes la padezcan. En los últimos años los estudios de genética molecular están abriendo una amplia avenida por la cual transitarán los más prometedores conocimientos de esta enigmática enfermedad. (Cabrera Forneiro, Juan Carlos Fuertes y Rodríguez Martínez 2020)

## **Conclusiones**

Por toda la información obtenida, podemos concluir con que la esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica que normalmente afecta a la persona durante toda su vida. Además de esto, las repercusiones que tiene la esquizofrenia en la vida del paciente son bastante profundas, porque acaba influyendo en todas las esferas de la vida del paciente, pudiendo llegar a incapacitarlo si no se trata como es debido en cada caso.

Actualmente el origen de la esquizofrenia es incierto y no contamos con un estudio específico para su diagnóstico, por lo que una adecuada capacitación del personal de salud y actualización constantes, seguirán siendo la clave en este panorama.

## Bibliografía

Cabrera Forneiro, Juan Carlos Fuertes, y Rodríguez Martínez. *La esquizofrenia de la incertidumbre a la esperanza*. Madrid, 2020.

Carlos Roncero, Carmen Barral, Lara Grau Lopez, Elena Ros Cucurull, y Miguel Casas. *Patología Dual en esquizofrenia*. Barcelona: EdikaMed, 2016.

Carlos Sosa Mendoza, y Dagoberto Espinoza Murra. «Esquizofrenias.» *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas UNATH*, 2015.

Germán Abeleira Padín . *Esquizofrenia*. Salamanga, 2012.

Hugo Enríquez Sánchez, y Martha Ochoa Madrigal. «Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes.» *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* , 2019.

Limón, Raúl. «La esquizofrenia sin huellas en el cerebro.» *EL PAÍS*, 09 de Junio de 2020.

NIH. *Esquizofrenia*. Estados Unidos: Instituto Nacional de la Salud Mental, 2015.