



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

13

LOS TRASTORNOS DELIRANTES
Y LA ESQUIZOFRENIA

Aquilino Polaino-Lorente
Javier de las Heras

Los trastornos delirantes

La palabra delirio deriva del latín *delirare*, que significa salirse del surco, porque aquí el pensamiento desborda el surco lógico y natural que le es propio. Tradicionalmente el estudio del síndrome delirante se ha realizado, desde antiguo, a partir de las vivencias del enfermo.

Siguiendo el DSM-III una **idea delirante** es: "una creencia personal errónea que se basa en inferencias incorrectas a partir de la realidad externa, sostenida con firmeza a pesar de lo que los demás crean, y en abierta oposición a pruebas obvias o evidencias incontrovertibles".

Esta creencia errónea no es aceptada por las personas del mismo grupo cultural al que pertenece el paciente, quienes desconfían de su credibilidad. Cuando una idea delirante no está tan firmemente arraigada en el sujeto, se habla de idea sobrevalorada.

Según cuál sea el contenido de estas ideas, los delirios pueden ser clasificados en delirios de ser controlados (la persona experimenta que sus sentimientos, impulsos, actos y pensamientos son impuestos o controlados por alguien o algo); corporales (relativos al funcionamiento del cuerpo); de celos (convicción de que el cónyuge es infiel); de grandeza (exagerada valoración de sí mismo o de algunos de sus rasgos o características); de pobreza (convicción falsa de la propia ruina material); de referencia (los objetos, las personas o los acontecimientos se revisten de un significado no usual, casi siempre de tipo negativo); extravagante (el contenido de la creencia es absurdo y sin ningún fundamento); nihilista (referente a la no existencia del yo o algunas de sus partes, los otros o el mundo); de persecución (convicción de ser una víctima atacada y perseguida); y sistematizados (conjunto de ideas delirantes entrelazadas entre sí referentes a un tema o acontecimiento).

Lo delirante y lo deliroide

Cuando las ideas y juicios erróneos (incorregibles por la experiencia, la demostración y la razón) son considerados por el paciente como ciertos, estamos ante los contenidos **delirantes**. Cuando las ideas son secundarias a determinadas situaciones transitorias, y pueden resultar comprensibles, entonces hablamos de ideas **deliroides**.

En el caso de las ideas o pensamientos delirantes, la alteración de la personalidad es más profunda y global. La total incomprensibilidad de estas ideas manifiesta la aparición de un fenómeno patológico nuevo y completamente distinto.

Entre las ideas deliroides más frecuentes pueden citarse las de auto-referencia, la inferioridad e inseguridad (el sujeto cree que todo el mundo está pendiente de él y le critican o se ríen a su costa); las secundarias y reactivas a determinados estados de ánimo (como ocurre en los depresivos que tienen ideas de culpa, ruina y enfermedad) o sencillamente las ideas sobrevaloradas de matiz hipocondríaco, fanático, etc., en las que la racionalidad del pensamiento ha sido sustituida por lo visceral e irracional.

En cualquier caso, en las **ideas deliroides** hay siempre un halo de incertidumbre y de inseguridad, relativamente permeable a la autoreflexión del enfermo y al diálogo con el terapeuta y, desde luego, no son incorregibles por completo. En este caso la desintegración de la personalidad del paciente ni es total ni muy profunda.

En las **ideas delirantes**, en cambio, la inabitable certeza, la incomprensibilidad y cerrazón absolutas, y la impermeabilidad total a cualquier intento de modificación, hacen de ellas algo del todo nuevo e incorregible. El sujeto se instala en un mundo diferente y nuevo en el que todo está llamado a ofrecer una significación distinta de la que le corresponde y donde la personalidad misma sufre una transformación dramática repleta de desgarramientos y estallidos ininteligibles que quebranta la continuidad de su sentido histórico-biográfico.

En el ámbito clínico de lo delirante deben distinguirse las siguientes manifestaciones:

- **Percepciones delirantes:** el sujeto percibe de forma correcta un objeto, persona o situación, pero lo reviste de significaciones absurdas, vagas e incoherentes, reversibles con facilidad.
- **Interpretaciones delirantes:** el sujeto elabora conclusiones basadas en las percepciones delirantes anteriores.
- **Ocurrencias delirantes:** surgen de modo espontáneo en el paciente, sin la presencia de estímulo alguno que las provoque (seguridad de que va a ocurrir una desgracia, sentimiento de sentirse elegido para una determinada y extraordinaria misión, etc.)
- **Ideas delirantes:** juicios incomprensibles surgidos en el nudo de las vivencias anómalas, tanto perceptivas como mnemotécnicas.

- **Sistemas delirantes:** cuando las percepciones, las ocurrencias y las ideas están entrelazadas formando un todo, peor o mejor sistematizado, dentro de la posible temática delirante. Como es lógico suponer, las construcciones delirantes pueden ser de índole muy diversa, desde la privatización intimista (de persecución, de influencia, de transformación, etc.), a las misiones cósmicas y proféticas (místicas, tecnológicas, de invención, creativas, religiosas, etc.)

El delirio y la esquizofrenia

Algunos autores hacen derivar el delirio esquizofrénico de la afectividad patológica de estos enfermos (es lo que se conoce con el término de "humor delirante"), como si fuese la estructura básica del mismo. El paciente experimenta algo nuevo y desconocido que en nada se asemeja a su experiencia anterior, por lo que, en realidad, no sabe lo que le pasa. Esto es lo que sucede en la esquizofrenia, que casi siempre comienza con una fase predelirante, llena de presentimientos de imprecisa significación —pero de significado impuesto—, que poco a poco va abriéndose hasta la emergencia de lo radicalmente delirante, donde las vivencias —convicciones enraizadas fuertemente en lo pensado y percibido—, son impermeables e inmodificables (¡incorregibles!) por toda argumentación lógica o verificación perceptiva.

Que el delirio es un trastorno que está a caballo entre el pensamiento y la percepción lo prueban los dos términos acuñados para caracterizarle en el caso de la **esquizofrenia**: la percepción delirante y la inspiración delirante.

En el fondo, el delirio esquizofrénico consiste en una creencia anómala radicalmente saturada de incertidumbre. Se diferencia de cualquier otra creencia por lo que sigue:

- Su contenido falto de lógica (incomprensibilidad y absurdidad).
- Su origen patológico (distinto por completo de cualquier prejuicio, superstición o pensamiento erróneo).
- Su impermeabilidad e inmodificabilidad ante la evidencia de cualquier experiencia que pueda contradecirlo en la realidad.
- Su absoluta certeza en quien lo sufre (incorregibilidad).
- Su carácter invasivo (el delirio arrastra tras de sí toda la personalidad del sujeto, determina todas sus acciones).
- Su carácter emergente, como algo inusitado que ilumina y contagia de nuevos y extraños significados a todo cuanto se percibe, se piensa, se siente o se hace.
- Su carácter amenazante y destructivo para la identidad y unidad del yo, que ahora, por su virtud, queda fragmentado y separado de su historia biográfica anterior.

- Se habla de **delirio simple** cuando intervienen distintas fábulas delirantes.

Estas ideas erróneas o delirantes varían mucho de unos a otros pacientes esquizofrénicos, en función de su nivel intelectual, educación, medio cultural, etc. Como escribe Obiols y col. (1989), "la temática delirante es muy amplia y abarca temas fantásticos, comunicación con otros mundos y planetas, inventos científicos revolucionarios y extravagantes, etc. No es infrecuente el paciente que cree estar designado para una misión importante, de escala universal. A menudo estos pacientes creen ser la reencarnación de Jesucristo, o ser un nuevo Mesías".

Las ideas delirantes, que en el esquizofrénico suelen ser inconexas y faltas de estructuración, están a menudo relacionadas, cuando no provocadas, por alucinaciones. Un ejemplo claro de ello son las ideas que K. Shneider (1950) agrupó en su diagnóstico bajo el nombre de "**síntomas de primer rango**" y que, según el, apuntaban a un diagnóstico cierto de esquizofrenia si se presentaban con profusión. El paciente, en estos casos, cree que su pensamiento puede ser transmitido a gran distancia, en una especie de telepatía ("transmisión de pensamiento"), que sus ideas están amplificadas y todo el mundo puede oír las ("pensamiento sonoro", "transparencia del pensamiento"), que sus ideas no le son propias y le han sido impuestas por otros ("control del pensamiento"), etc. Será frecuente la asociación de estos síntomas ideoperceptivos con el trastorno de "despersonalización" y de pérdida del sentido del yo. El enfermo, perplejo ante los fenómenos que le afectan, duda de su propia identidad y del sentido de su existencia, por lo que vive en un permanente sentimiento de extrañeza y de desrealización. Estos fenómenos son típicos de los inicios de la psicosis.

A primera vista parece que el ámbito funcional en el que debe examinarse la actividad delirante es, desde luego, el pensamiento; es decir, los trastornos delirantes constituyen una alteración del pensamiento, donde tradicionalmente se han incluido. En la práctica, sin embargo, el delirio suele acompañarse de fenómenos alucinatorios, lo que implica una cierta conexión (todavía no bien conocida) entre **delirio** (alteración del pensamiento) y **alucinación** (alteración de la percepción). De otro lado, los términos "percepciones delirantes", "interpretaciones delirantes", etc., son meros indicadores de la presencia de este juego interfuncionalmente alterado y muy poco esclarecido.

Un modelo explicativo de la génesis de los delirios

Garety (1991) ha propuesto un modelo preliminar de los procesos judicativos implicados en la génesis de los delirios. Según ese modelo, las expectativas del sujeto (con todo su correlato afectivo, cognitivo y su dependencia de la personalidad), proveen de una información muy

peculiar (entre cuyas notas se encuentran las de inesperada, ambigua, inusual, afectiva, involuntaria, privada y relevante), que se procesa según un determinado estilo, estableciendo las condiciones necesarias para la emergencia de las creencias.

Esas creencias iniciales constituyen el prototipo de ideas delirantes que posteriormente, con mucha probabilidad, serán más consistentes y estables gracias al reforzamiento de las funciones por ellas mismas significadas, como reducción de la ansiedad y defensa contra las cogniciones depresivas. A ello se añade un cierto apoyo de estas creencias en una relativa evidencia confirmatoria. De otra parte, estas creencias no sólo toman cuerpo en el pensamiento del sujeto sino que modifican las expectativas del paciente, contribuyendo así a cerrar el perfecto círculo vicioso que luego constituirá el pensamiento delirante.

Los trastornos delirantes en las enfermedades psiquiátricas

En la revisión realizada por Sims (1991) de los síntomas delirantes, se describen los diversos cuadros psiquiátricos en los que pueden aparecer estos trastornos. Se manifiestan, en concreto, en los cuadros mentales orgánicos, incluidas la demencia y otros síndromes psiquiátricos orgánicos: la esquizofrenia (esquizofrenia, trastorno esquizo-típico, trastorno delirante persistente, trastornos psicóticos transitorio y agudo, trastorno delirante inducido, trastorno esquizoafectivo, otros trastornos psicóticos no orgánicos, y psicosis no orgánicas y no especificadas); trastornos afectivos (manía de síntomas psicóticos, trastornos afectivos bipolares seguidos de manía/depresión o mixto con síntomas psicóticos, episodio depresivo severo con síntomas psicóticos y trastorno depresivo recurrente seguido de episodio severo con síntomas psicóticos); y trastornos delirantes por consumo de sustancias psicoactivas (de los que se ha tratado ya en otro lugar).

La esquizofrenia

Introducción

El concepto de esquizofrenia apenas si ha cumplido ochenta años de edad desde que se introdujo en el lenguaje de la psiquiatría, pero a pesar de ser tan reciente, hizo fortuna extendiéndose a todo el ámbito cultural.

Eugen Bleuler, psiquiatra suizo, inventó en 1911 este concepto que, derivado del griego "squizo" y "frenia", significa la "división de la mente en el sentido de ruptura, de separación de la realidad o desgarramiento mental".

La esquizofrenia es una enfermedad misteriosa y enigmática y, sin embargo, no vinculada a ninguna cultura determinada, por cuanto se ha comprobado que está propagada por todo el mundo, en cualquier raza o

clase social. Hasta que la enfermedad no se manifiesta, los enfermos esquizofrénicos se han comportado como personas normales, con arreglo a sus peculiaridades de personalidad, inteligencia, etc. Más tarde, una vez que son afectados por la enfermedad, su personalidad cambia y su conducta deviene extraña y muy difícil de comprender. Por el momento, ignoramos la causa de este grupo de enfermedades.

Perfil sintomatológico de la esquizofrenia y formas de comienzo

En las líneas que siguen expondremos algunos de los síntomas cuya presentación es más frecuente en la esquizofrenia, sin que con ello pretendamos ser exhaustivos o sistemáticos.

El pensamiento del paciente puede estar falto de coherencia (faltan las conexiones lógicas), y saltar de un contenido a otro, o adoptar ideas fijas y erróneas de las que no pueden apartarse, a pesar de que se le demuestre que está en el error. Puede tener delirios de ser perseguido o espiado. A menudo desconfía de sus familiares y amigos, o se siente perseguido precisamente por ellos. Otras veces tiene la convicción de ser un personaje importante y distinto de sí mismo (un político célebre, un enviado de Dios llamado a solucionar los problemas de este mundo, etc.) Son frecuentes las vivencias de omnipotencia, como si sólo él pudiera hacer frente a todos los males de este mundo, y se aferra con tanta tozudez a sus delirios que no tiene sentido querer disuadirlo de ellos.

Las alteraciones del pensamiento suelen estar presentes casi siempre, y de forma importante, en la esquizofrenia. En cualquier caso, conviene matizar que estos trastornos no son sinónimos de esquizofrenia. Es decir, se pueden sufrir alucinaciones y no por eso padecer de esquizofrenia. Este es el caso, como se ha demostrado, de la enfermedad maníaca, en donde aparecen con frecuencia también muchas de estas alteraciones. Por contra, la enfermedad depresiva no resulta tan afectada por estos trastornos del pensamiento.

Se suele distinguir entre alteraciones o síntomas negativos y positivos. Los **positivos** se caracterizan por la exageración o tergiversación de las funciones a las que afectan, y están representados por trastornos de conducta, alteraciones del lenguaje, presencia de ideas delirantes y alucinaciones, etc. En cambio, los síntomas **negativos** se caracterizan por significar un déficit o alteración por restricción o por defecto de las funciones en las que se asientan. Este es el caso del embotamiento y aplanamiento afectivo, el déficit en las habilidades para relacionarse socialmente, apatía y abulia, dificultades para comunicarse, incapacidad de experimentar placer o satisfacción con todo aquello que antes de la enfermedad sí que se lo proporcionaba, etc.

Esta distinción ha demostrado ser capaz de predecir cuál será la futura evolución de las diversas formas de esquizofrenia. Así, por ejemplo, la presencia de **síntomas negativos** sugiere que aquella enfermedad va a

responder peor al tratamiento farmacológico, va a tender hacia la cronicidad y va a generar trastornos psicomotores e importantes déficits neuropsicológicos, cosa que no suele acontecer en aquellos enfermos esquizofrénicos en los que aparecen **síntomas positivos**.

Los **trastornos senso perceptivos** son también muy frecuentes. No suelen faltar las alucinaciones (el paciente oye y ve cosas y sucesos que realmente no existen): el sujeto oye voces que le ordenan hacer cosas, ve monstruos confabulados contra él, personas que le persiguen o siente animales que andan por dentro o fuera de su cuerpo. Frente a esas experiencias (que él percibe con la misma claridad que las percepciones de la realidad para una persona normal), es lógico que el paciente se angustie, experimente temor y se conduzca de modo un tanto extraño y confuso.

Las alteraciones del lenguaje están frecuentemente presentes en los pacientes esquizofrénicos. Su estudio pormenorizado va mucho más lejos que el del lenguaje. Según parece, estos pacientes comprenden lo que se les dice (está conservada la subfunción perceptiva del lenguaje), pero son incapaces de darse cuenta de que con su lenguaje no logran comunicarse bien con quienes les escuchan.

Andreasen (1986) sugiere dos hipótesis alternativas extremas para explicar el trastorno primario en la esquizofrenia: o bien consistiría en una alteración en la comunicación, consecuencia de la incapacidad o de la repugnancia del esquizofrénico para incorporar las necesidades del que escucha y tenerlas en cuenta a lo largo de su proceso verbal; o bien sería cerebral (quizá de tipo difuso, es decir, afectando al hemisferio izquierdo y de naturaleza bioquímica más bien que anatómica), y se produciría si los circuitos que monitorizan la marcha del lenguaje y del pensamiento no se disparan bien y se hacen impermeables para el análisis de la propia producción (feedback), que es valorada por causa de esto de forma errónea u oscura. En consecuencia, el paciente esquizofrénico pierde la capacidad para pilotar y rectificar sus producciones verbales, habla de forma incoherente, se muestra indiferente y, desde luego, intransparente e incomprensible para su interlocutor.

A pesar de todos estos trastornos, la mayoría de los enfermos esquizofrénicos no tienen conciencia de enfermedad, aseguran estar bien y rechazan la consulta con el médico, oponiéndose radicalmente a la necesaria hospitalización, lo que en ocasiones hace muy difícil la intervención del psiquiatra o la convivencia entre el paciente y sus familiares. El comportamiento del paciente va así enrareciéndose. Al no estar motivado por nada, deja de interesarse por todo y evita el contacto con otras personas, hasta ensimismarse y retraerse en sí mismo. Se invierte el ritmo vigilia/sueño: de noche está muy activo y no duerme, y de día no hay manera de hacerle salir de la cama. Sus sentimientos no están adaptados a la realidad (no los experimenta o son contradictorios, rien en situaciones tristes y lloran en situaciones festivas y alegres). En ocasiones los estados de

ánimo se suceden de forma rápida, y pasan de la alegría a la irritabilidad o, por el contrario, perseveran en un mismo sentimiento a pesar de lo que acontezca en su entorno.

No resulta infrecuente que el enfermo se haga notar más allá de lo que es aceptable (narcisismo, egotismo, arrogancia, etc.), o adopte un comportamiento excesivamente infantil y desadaptado (dispendios económicos sin sentido, agresividad contra sus familiares, conducta caprichosa, coleccionar cosas inútiles y extrañas que, sin embargo, para él parecen tener un cierto sentido, abandono de la higiene personal, etc.)

La conciencia, la atención y la memoria se alteran en profundidad, y aparecen fenómenos de despersonalización (ambigüedad y dudas acerca de la propia existencia, como tal persona en concreto), y de atomización y extrañamiento del yo (perplejidad ante las propias acciones que no reconoce como tales o como realizadas por él, ya que le fueron impuestas por el pensamiento o la actividad alucinatoria que entonces sufrió).

Las actividades psicomotoras pueden resultar afectadas aunque se manifiestan con más frecuencia e intensidad en unas formas clínicas (esquizofrenia "catatónica") que en otras. Es habitual el mutismo y el estupor, como también la agitación, las estereotipias y el manierismo.

Los contactos sociales decrecen en estos pacientes, que buscan la soledad y el aislamiento, por lo que resulta imposible en la práctica comunicarse con ellos.

La conducta alimentaria puede también alterarse, apareciendo una bulimia excesiva de alimentos muy particulares (carne cruda, pepinillos en vinagre, etc.) o, por el contrario, negándose el paciente a alimentarse de forma equilibrada. La pérdida de peso no es una manifestación rara en estas circunstancias.

El comportamiento sexual suele estar inhibido o alterado por conductas como el exhibicionismo, el sadismo, etc. Otras costumbres relativas a temas muy diferentes (higiene, vestido, convivencia social, etc.) aparecen también trastornadas.

La esquizofrenia lleva casi siempre a una disminución del rendimiento escolar y laboral. El comienzo de la enfermedad suele manifestarse por un notable cambio en el comportamiento del paciente: disminución de su capacidad de trabajo, alteraciones del pensamiento y la percepción, conducta de evitación social, comportamientos extravagantes, insomnio, etc., sin que el paciente se considere enfermo por eso. A estos síntomas iniciales suelen añadirse más tarde la pasividad, la frialdad afectiva, la apatía y la indiferencia.

En otras ocasiones, el cuadro comienza de forma más lenta e insidiosa con insomnio, embotamiento del estado de ánimo, retraimiento social, sostenimiento fijo e inexpresivo de la mirada, exagerada y extraña religiosidad, hiperactividad, pérdida de peso, mutismo, huida del hogar, etc.

A veces el cuadro se revela, aparentemente, con sólo manifestaciones comportamentales consistentes en automutilaciones, rasurarse la cabeza y el cuerpo entero, desmesurado afán de comprar cosas innecesarias y gastar dinero, pérdida de pertenencias valiosas, risa pueril y sin sentido, etc. Aunque estos síntomas, aislada o conjuntamente considerados, no fundamentan por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia, no obstante, sí que deben tenerse en cuenta como indicadores de alarma, cuyo estudio por memorizado debe afrontarse. Son síntomas frecuentes con que se inician los brotes y recaídas el insomnio intenso, la irritabilidad y rigidez, los ataques de cólera hacia sus familiares, el retraimiento y aislamiento social, la pérdida de peso, la disminución del rendimiento laboral, etc.

Cuando eso ocurra, hay que pensar en el enfermo que ha tenido una recaída, por lo que hay que revisar otra vez la medicación que está tomando y/o proceder a su ingreso hospitalario, si fuere necesario, hasta que vuelva a estar ajustado su comportamiento.

Formas clínicas de la esquizofrenia

Enumeramos a continuación las principales formas clínicas de la esquizofrenia:

Esquizofrenia simple: Se evidencia por la incoherencia, la ausencia de delirios y el embotamiento afectivo.

Esquizofrenia paranoide: Se distingue por la presencia de delirios persecutorios, de grandeza y celotípicos, y por alucinaciones cuyo contenido temático es también de grandeza o de persecución.

Esquizofrenia catatónica: Se define por una disminución de la actividad psicomotriz espontánea y reactiva al ambiente (estupor y mutismo), aparente resistencia inmotivada a secundar las instrucciones (negativismo catatónico), mantenerse en una postura rígida contra los esfuerzos por moverse (rigidez catatónica), excitación motora sin propósito y sin depender de los estímulos externos, y adopción voluntaria de posturas extravagantes o inapropiadas (posturas catatónicas).

Esquizofrenia indiferenciada: Se manifiesta por la presencia de delirios floridos, incoherencia, alucinaciones y conductas groseramente desorganizadas.

Esquizofrenia residual: Se caracteriza por haber presentado con anterioridad por lo menos un episodio de esquizofrenia con síntomas psicóticos relevantes, haber padecido un cuadro clínico sin ningún síntoma psicótico relevante por el que haya sido ingresado en un centro para el tratamiento, y que persista la evidencia de la enfermedad manifestada a través del afecto embotado o inapropiado, retraimiento social, conducta excéntrica, pensamiento ilógico o pérdida de las asociaciones.

Causa y patogenia

No se conocen, por el momento, cuáles son las verdaderas causas de la esquizofrenia. La mayoría de los expertos admiten la hipótesis de que un trastorno bioquímico cerebral de origen genético es la causa de esta enfermedad.

Algunas lesiones cerebrales y el consumo de anfetaminas, LSD y cannabis, provocan de hecho síntomas esquizofrénicos. De ahí que los consumidores crónicos de cannabis tengan un riesgo cinco veces mayor de padecer esquizofrenia.

Sobre la causa de la esquizofrenia ha habido muchas teorías, la mayoría de las cuales no han podido ser verificadas. Respecto a las hipótesis de tipo genético, hoy se piensa que entre los factores motivantes de la esquizofrenia tiene un papel relevante la transmisión hereditaria.

En las dos últimas décadas, las investigaciones en torno al origen de la esquizofrenia han optado por el ámbito de las neurociencias. Los procedimientos innovadores de investigación anatómica y bioquímica actuales se basan en tomografías por ordenadores, por resonancia magnética y por emisión de positrones, instrumentos técnicos de los que cabe esperar mucho más de lo que hasta el presente nos han aportado. El resto del estudio de la esquizofrenia parece estar hoy emplazado en las investigaciones genéticas y bioquímicas del sistema nervioso central, sobre todo a nivel molecular.

Aunque no conocemos de forma suficiente cuál es la patogenia de la esquizofrenia, sí que disponemos en la actualidad de algunos procedimientos de exploración, que sin ser intrusivos ni dolorosos para el paciente, permiten conocer ciertas peculiaridades de su cerebro.

Este es el caso de la tomografía axial computarizada (TAC). La mayoría de los autores están de acuerdo en sostener que en el cerebro de algunos esquizofrénicos se evidencian, a través del TAC craneal, las siguientes anomalías estructurales: dilatación de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo, atrofia cerebral (disminución de peso y la masa del cerebro, especialmente en la región frontal) y cortical (que se hace patente mediante la dilatación de los surcos y de las cisuras cerebrales); merma de la radiodensidad en diversas regiones cerebrales y asimetría de los hemisferios (pérdida y alteraciones en el tamaño de las células), etc.

También la resonancia magnética nuclear (RMN) ha contribuido al estudio de la anatomía patológica en la esquizofrenia, al proporcionarnos información del estado en que se encuentran los tejidos blandos, sobre todo la sustancia blanca. Hasta ahora estas exploraciones han puesto de manifiesto ciertas anomalías en la configuración del tálamo, cuerpo calloso, ganglios basales, lóbulo frontal, etc. La RMN ha permitido confirmar la presencia de dilataciones ventriculares, que ya habían sido puestas de manifiesto por la TAC.

A las anteriores exploraciones hay que añadir las que provienen de otros instrumentos de exploración más recientes y acaso más sofisticados, como la exploración del flujo sanguíneo cerebral, el empleo de la tomografía cerebral por emisión de positrones, o las técnicas de mapeo electrofisiológico y la tomografía cerebral del EEG (estudio de los potenciales evocados).

Incidencia y prevalencia

La incidencia (indica el número de casos nuevos que se detectan en una población) de la esquizofrenia resulta difícil de establecer, tanto por las dificultades diagnósticas que conlleva, como por los obstáculos que suelen aparecer en los estudios epidemiológicos. Las investigaciones realizadas en EEUU, en las que se engloban los pacientes de todas las edades con este diagnóstico (sean hospitalizados o ambulatorios), varían en sus resultados de unos a otros autores. La más baja es de 0,43, y la más alta de 0,68 —ambas por cada mil habitantes—. Estas tasas se modifican cuando se incluyen únicamente personas de 15 ó más años de edad (de 0,3 a 1,2 por cada mil habitantes).

Otro criterio del que nos servimos para hacernos cargo de su alcance es la incidencia de esquizofrenia en la tasa de sujetos que, por año y por cien mil habitantes, ingresan con este diagnóstico por primera vez en una institución. La tasa comunicada varía entre 12 y 20 por cada cien mil habitantes, según autores.

La incidencia de esquizofrenia varía con la edad. La década de los 30 a los 40 años parece ser la preferida por la enfermedad para manifestarse, siguiendo un orden decreciente entre los 20 y los 30 años, y entre los 40 y los 50. La incidencia es mayor en el hombre que en la mujer: el ratio hombre/mujer oscila entre 1,9 y 1,2 en los treinta primeros años de la vida, y tiende después a igualarse.

No hay diferencias significativas respecto del estado marital (casados, separados, divorciados y viudos) al comparar su efecto con otras alteraciones psiquiátricas, pero sí que destaca la alta proporción de solteros de ambos sexos entre los pacientes que la padecen, entre el 35 y el 50 por ciento.

La tasa de prevalencia (índice del número de casos que existen en una población en función de los casos tratados anualmente) oscila en Europa entre 1,9 y 9,5 por mil, y es superior a los resultados comunicados para Asia (2,1 a 3,8 por mil) y EEUU (2,3 a 3,6 por mil). Se estima entre medio y un millón a los norteamericanos que anualmente reciben tratamiento por esta enfermedad. De ellos el 62 por ciento son hospitalizados al menos una vez al año.

Indicadores de riesgo de esquizofrenia

El estudio del autismo y de la psicosis infantiles ha contribuido en gran parte a fijar algunos indicadores que pueden servir como predictores de cierto riesgo de esquizofrenia. Ninguno de ellos, ni la combinación de varios de ellos, deben tomarse en el sentido de lo que no significan: la certeza de que en el futuro la persona en que se presenten sufrirá un proceso esquizofrénico. Sin embargo, un cuidadoso estudio de los antecedentes de estos pacientes reveló la presencia, relativamente frecuente durante la infancia, de los factores que a continuación se resumen. De ellos, los tres primeros parecen tener un peso mayor que los restantes.

1. Antecedentes familiares de esquizofrenia, muy especialmente en sus padres o en hermanos gemelos monocigóticos.

2. Consumo de drogas (anfetaminas, cannabis y derivados, LSD y cocaína).

3. Padecer durante la infancia de homocistinuria, leucodistrofia, corea de Huntington, déficit en ácido fólico, epilepsia temporal o traumas cerebrales de causa obstétrica.

4. Manifestar un bajo nivel en la fracción B de las monoaminooxidasas plaquetarias.

5. Anormal comportamiento en el seguimiento ocular.

6. Alteraciones comportamentales durante la infancia consistentes en conducta de aislamiento, apegamiento excesivo y/o carencia de amigos, excesiva sensibilidad a la separación de sus progenitores, exagerada imaginación, rabietas, gritos frecuentes, novillos y fobias escolares, fugas de casa, e incorregibles comportamientos violentos y destructivos.

7. Algunos autores, influenciados o no por el psicoanálisis, consideran también como otro posible indicador el haber estado expuestos a comportamientos paternos de tipo paranoide, hostiles, posesivos, absorbentes, rígidos y frustrantes, causantes de una infancia desgraciada.

Por el momento, a los anteriores factores sólo puede concedérseles un peso muy relativo como causa de la esquizofrenia. Sin embargo, el hecho de conocer que su presencia supone un cierto riesgo ayudará o puede ayudar a su prevención, ámbito en el que aún apenas si contamos con una modesta información.

Tratamiento

Ante la esquizofrenia, es preciso huir de actitudes como la omnipotencia y el nihilismo terapéuticos. Ambas respuestas son falsas, pues ni todas las esquizofrenias pueden hoy curarse (a pesar del excelente arsenal terapéutico de que se dispone y de otros procedimientos de intervención cognitivos y psicoterapéuticos) ni tampoco es cierto que ninguna esquizofrenia se cure.

En el tratamiento, el psiquiatra ha de ser muy prudente a la hora de emitir un pronóstico inicial excesivamente optimista o pesimista.

Lo que sucede es que la esquizofrenia es una enfermedad grave, de mal pronóstico en algunos casos y con tendencia a la cronicidad en otros; pero, no obstante, en una tercera parte de los pacientes puede obtenerse una franca mejoría o incluso una total recuperación.

Para ello resulta imprescindible la administración de neurolépticos en dosis, vías de administración y modalidades muy variados, en función de su eficacia terapéutica y de la mejor o peor aceptación por parte del paciente. A pesar de que estos medicamentos tienen efectos secundarios indeseables, deben administrarse siempre, aunque es preciso neutralizar estos efectos con la administración de las sustancias pertinentes. Por consiguiente, puede concluirse que el empleo de neurolépticos y antipsicóticos para el tratamiento de la esquizofrenia es hoy, no sólo incuestionable, sino también irrenunciable.

En muchos casos es necesario además administrar otros psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos, desinhibidores, inductores del sueño, etc.) en función de las necesidades clínicas del paciente. Pero no basta sólo con la ingesta de psicofármacos. Es preciso emplear otros recursos para la rehabilitación y reinserción social del esquizofrénico. Esto es lo que se persigue con el empleo de la socioterapia y de otros recursos comunitarios (centros de día, hogares protegidos, terapia ambiental, etc.), de la psicoterapia individual (cualquiera que sea su orientación), de la psicoterapia de grupo y trabajo grupal de la terapia de familia (sea sistemática o no), y con las medidas generales que orientadas hacia la psicoeducación familiar pueden optimizar la evolución del paciente, precisamente por contribuir en éste a una mayor adherencia al tratamiento, y en su familia a una disminución de los comentarios críticos de sobreprotección u hostilidad.

La terapia de conducta se ha demostrado muy eficaz en las dos últimas décadas, desde los trabajos de Liberman (1976), y hoy tiene una gran aceptación general. Nos referimos, claro está, al empleo de estrategias como la economía de fichas, el refuerzo social, el entrenamiento en habilidades sociales, la laborterapia y los muy variados procedimientos existentes para el moldeamiento comportamental.

Pronóstico y evolución

Hay acuerdo total entre los investigadores en que la tasa de mortalidad es mayor entre los esquizofrénicos que en la población general de la misma edad y sexo. Los datos hallados en los diferentes países son, en ese punto, coincidentes. Si se considera como el 100 por cien la mortalidad de la media de la población general, la tasa de mortalidad encontrada entre los esquizofrénicos es del 173 por ciento, y es particularmente

alta entre los catatónicos (252 por ciento), y menor entre los paranoides (143 por ciento). Esta tasa es más elevada para las mujeres (185 por ciento) que para los varones (161 por ciento), y apenas sí varía en relación a que el primer ingreso en el hospital acontezca antes de los 40 años (170 por ciento), o después de esta edad (178 por ciento).

La longevidad no es lo que caracteriza a los esquizofrénicos cuando se les compara con la población sana. El ratio de defunciones de pacientes/población es de un 7,6 entre los pacientes de 30 a 40 años y de 2,5 en los comprendidos entre 20 y 30 años y de los 40 a 50 años. La tasa de suicidios oscila entre 20 y 26 veces más frecuente que en la población normal. La muerte debida a accidentes cardiovasculares es de 1,7 mayor y se presentan entre 10 y 14 años antes que en la población general.

El suicidio no es una causa de muerte muy frecuente en la esquizofrenia, aunque es obvio que su tasa supera a la de la población sana. Dentro del espectro psicopatológico en el que se da el suicidio, la esquizofrenia ocupa un discreto lugar (3,3 / 2,9 por ciento, varones/hembras) en comparación con las psicosis maniaco-depresivas (11 / 10 por ciento), el alcoholismo (7,5 / 5,4 por ciento) o las alteraciones psicopáticas (6,8 / 5,4 por ciento), entidades en las que esta tasa es muy superior al resto de la población (1,76 / 0,66 por ciento).

Respecto a la evolución de la esquizofrenia, disponemos de datos muy variados. En la investigación de Ciompi (1980), tres de cada cinco esquizofrénicos evolucionan favorablemente, lo que constituye el 60 por ciento de la muestra investigada (N=289). Esta proporción es la que arroja el resultado más optimista de todas las investigaciones catamnésicas hasta ahora comunicadas, aunque se aproximan mucho los resultados de anteriores investigaciones. Así, Huber y col. (1973) obtuvieron una tasa del 57 por ciento, mientras que Bleuler y col. (1976) dedujeron una tasa de sólo el 53 por ciento de esquizofrénicos de evolución positiva.

Tradicionalmente las esquizofrenias han tenido un pronóstico sombrío. Este juicio está en cierto modo justificado, pues constituyen una entidad que puede evolucionar hacia la cronicidad o/y dejar un déficit intelectual residual de mayor o menor intensidad. Por otra parte, la opinión pública también tiene sus temores y fobias hacia esta enfermedad. La imagen robot que de la esquizofrenia se tiene está constituida con retazos negativos y pesimistas que, aunque en ocasiones pueden comprobarse en la clínica, ni son constantes ni están presentes en todos los esquizofrénicos.

Se piensa que un esquizofrénico debe tomar medicación toda su vida, que está adormilado, que su personalidad se ha deteriorado por completo, que sufre muchos reingresos en hospitales y clínicas (si es que no permanece allí ingresado para siempre), que es incapaz de adaptarse a la sociedad y ha dejado de ser económicamente autónomo, etc. Esta imagen debe cambiarse aun admitiendo la gravedad de la enfermedad.

El 73 por ciento de los esquizofrénicos, en un seguimiento controlado de 10 años de duración realizado en 88 pacientes, no tuvieron que ser reingresados, mientras que el 17 por ciento sufrió un reingreso y el 21 dos (Bland et al., 1976). Siguiendo al autor antes citado, el 39 por ciento continuó tomando medicación durante cinco años o más (fundamentalmente neurolépticos), mientras que el 47 no precisó ningún medicamento y los restantes continuaron haciendo uso de ellos de forma discontinua, según su criterio personal, y con independencia de que el médico se los aconsejara o no.

En cuanto al déficit intelectual residual, el 51 por ciento se recuperó por completo, sin que pudiera más tarde demostrarse ningún deterioro intelectual residual; el 15 por ciento padeció un déficit severo y crónico, y el resto padeció de forma intermitente ciertos déficits de tipo medio y leve.

En lo que se refiere al ajuste social, familiar y económico, el 69 por ciento estableció relaciones interpersonales normales, atendiendo con regularidad sus compromisos sociales. La pobreza en los contactos sociales pudo detectarse en un 15 por ciento, y la carencia total de comunicación o conductas conflictivas pudo hallarse en un 2 y 10 por ciento, respectivamente, de los enfermos estudiados.

La estabilidad familiar se logró en el 40 por ciento de los pacientes que habían estado ingresados. Las relaciones maritales fueron inestables y con separaciones periódicas en un 10 por ciento. Hay que advertir que el 37 por ciento de los pacientes eran solteros, y los restantes estaban divorciados o bien no pudo recabarse esta información. En la bibliografía disponible no se ha podido comprobar la supuesta baja fertilidad de estos pacientes.

La vida laboral arrojó un resultado más positivo. El 70 por ciento encontró trabajo y disfrutó de independencia económica respecto de sus familiares. Un 10 por ciento trabajaba mínimamente (más jornadas de absentismo que de ocupación) y los restantes no realizaban ninguna actividad productiva.

Son muy numerosas las repercusiones psicosociales que la esquizofrenia tiene. En primer lugar, porque los enfermos esquizofrénicos ocupan más camas hospitalarias que las ocupadas por otros. Esto encarece los gastos de hospitalización, a los que hay que añadir los gastos de medicación, de absentismo laboral por incapacidad, de psicoterapia y aprendizaje de estrategias para su reinserción social, etc. Todo esto hace que sea una de las enfermedades padecidas por el hombre que más recursos económicos necesita. Aunque esto es conocido, no obstante son muy escasos los recursos que se proporcionan, tanto para la investigación, como para sostener la asistencia y tratamiento de estos enfermos.

Criterios actuales respecto a la evolución de la enfermedad

Hoy disponemos de algunos criterios predictivos sobre la evolución y el futuro de los enfermos esquizofrénicos.

Las variables de tipo social que parecen más relevantes en torno al pronóstico son las siguientes: las condiciones económicas del paciente, las condiciones sociales y psicoterapéuticas del centro donde estuvo ingresado, las medidas comunitarias de tipo rehabilitador y ocupacional, y por último, los lazos de tipo permanente existentes entre el paciente y sus familiares.

Las variables de tipo clínico más importantes respecto del pronóstico son conocidas desde hace mucho. Pueden sintetizarse brevemente en las que siguen: la edad (peor cuanto más joven), el sexo (mejor en las hembras que en el varón), antecedentes familiares (pronóstico más sombrío en función de la importancia de esos antecedentes), y la forma de comienzo (los cuadros clínicos que aparecen de forma lenta e insidiosa tienen peor pronóstico que los cuadros agudos).

Son indicios de un pronóstico favorable la atipicidad del cuadro, la existencia de factores ambientales desencadenantes, la mejor dotación intelectual del sujeto, el diagnóstico y tratamiento precoces y la pronta respuesta a la acción terapéutica.

Naturalmente, también el tipo de cuadro clínico específico, la intensidad sintomatológica y la duración del período no terapéutico han de ser considerados en la futura evolución de la enfermedad. Es estadísticamente significativa la correlación existente entre la edad en que se establece el primer ingreso (cuanto antes mejor), y los índices sociales que auguran un buen pronóstico.

Otras variables más discutidas son la denominada personalidad **esquizoide premórbida** y las **tendencias autistas**. Los esquizofrénicos que antes de su enfermedad tendían a aislarse con gran rigidez y univocidad en sus aspiraciones tienen peor pronóstico. Igual sucede en aquellos que padecieron antes de la esquizofrenia uno o más episodios neuróticos caracterizados por fobias, ansiedad y obsesiones de aparición repentina y que curaron sin que, en apariencia, dejaran ningún residuo.

Otras veces aparecen en la primera etapa de la enfermedad molestias somáticas como dolores reumáticos, cefaleas, molestias gástricas, tensión muscular, debilidad, etc. por lo que son diagnosticados como neurosis hipocondríaca o problemas psicosomáticos. A medida que evoluciona el cuadro clínico, se observa como esas alteraciones van distanciándose de las disfunciones de tipo psicosomático y de las alteraciones típicas que son propias de las neurosis. Se piensa hoy que en realidad no han padecido tal cuadro neurótico, sino formas incipientes, de comienzo muy

atenuado e incompleto, que pasaron inadvertidas al médico, a sus familiares y al propio enfermo.

Las remisiones espontáneas, aunque muy poco frecuentes, son casi específicas de las formas clínicas que cursan en brotes. Cuanto mayor sea la coexistencia entre lucidez y alteraciones psicopatológicas, más sombrío es el pronóstico. De ahí que las formas paranoides, hoy frecuentes, sean las que tienen peor futuro.

El embotamiento afectivo puede servir como un indicador más para el pronóstico. Cuanto mayor sea aquél, peor es éste. Algunos suponen que este criterio puede servir como predictor del grado de deterioro de la personalidad en los procesos crónicos.

Las variables de tipo terapéutico son hoy mejor conocidas. Hay acuerdo entre los autores en que la evolución favorable de la esquizofrenia depende de:

A) La prontitud, pertinencia y constancia con que se instaura la administración de antipsicóticos, sea en régimen ambulatorio, sea en régimen hospitalario. Las recaídas pueden evitarse en muchos casos si, a pesar de la supresión de los síntomas, se continúa con la medicación según las indicaciones que el médico vaya haciendo en las revisiones periódicas.

B) La utilización y dotación de recursos disponibles (psicoterapéuticos, comportamentales, laborales, etc.) en esa comunidad, en los ámbitos hospitalario y ambulatorio.

C) La corta duración de la estancia del paciente en el centro cuando sea necesario su ingreso, y las actitudes familiares rehabilitadoras.

D) La sensibilidad de la comunidad para readaptar al paciente a su medio, y la disponibilidad y facilidades existentes para proporcionarles un empleo.

Consejos a los enfermos y sus familiares

Ofrecemos a continuación algunos consejos que deberían tenerse en cuenta y seguirse por los pacientes esquizofrénicos y sus familiares, ya que evitan las recaídas en la enfermedad. Por otra parte, estos consejos son también recomendables para cualquier persona sana que quiera seguir conservando su salud, y no suponen ningún esfuerzo adicional o muy complicado.

1. Debe dormir como mínimo ocho horas seguidas todas las noches.
2. No utilizar estimulantes de ningún tipo.
3. No debe tomar bebidas alcohólicas.
4. No utilice marihuana ni ninguna otra droga, a menos que se la hayan recetado específicamente.

5. Ingiera el mínimo posible de alimentos que contengan harinas o azúcares blancos.
6. No comer alimentos deficientes.
7. Procure no vivir en una atmósfera tóxica.
8. Aprecie a más de una persona. No se lo juegue todo a una carta.
9. No viva solo.
10. Practicar todos los días ejercicios físicos moderados.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Hyde, A. P.: *Cómo vivir con la esquizofrenia. Una guía para los pacientes y sus familiares*. Ed. Argos Vergara, 1981.
- Obiols, J. E. y Obiols, J.: *Esquizofrenia*. Ed. Martínez Roca, 1989.
- Polaino-Lorente, A.: *Psicología patológica*. Tomo II. 4ª edición. UNED, 1992.