

Información sobre la esquizofrenia relevante para el desarrollo del Programa

Volumen II

Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que puede arruinar la vida de los que la padecen, así como la de sus familiares. Generalmente se presenta en los adolescentes y adultos jóvenes, e impide conseguir los objetivos educativos y laborales, y reducen drásticamente la calidad de vida de los enfermos. Afecta a todos los países del mundo y se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años (Murray y López, 1996).

La esquizofrenia se acompaña de un grado significativo de estigma y discriminación, que viene a incrementar la propia carga que la enfermedad supone para los pacientes y a sus familiares. A menudo, las personas con

esquizofrenia deben enfrentarse a un aislamiento social, la discriminación que sufren en materias como la vivienda, la educación y las oportunidades de empleo, y a otras clases de prejuicios. La estigmatización suele extenderse, además, al resto de la familia y a quienes prestan servicios sanitarios a los pacientes con esquizofrenia. Por otra parte, los tratamientos que reciben los pacientes también pueden contribuir a magnificar el problema, especialmente si se presentan los efectos secundarios motores debilitantes que se derivan de la administración de determinados antipsicóticos.

Sin embargo, existen hoy en día nuevas esperanzas para quienes padecen esquizofrenia. Recientemente, se han desarrollado nuevos antipsicóticos e intervenciones psicosociales que están ayudando a muchos de los que padecen esquizofrenia a reintegrarse en su comunidad, a mejorar su calidad de vida y a conseguir sus objetivos vitales. No obstante, la estigmatización y la discriminación que acompañan a una enfermedad mental grave reducen las posibilidades de que estos enfermos se beneficien enteramente de los nuevos tratamientos médicos y pueden retrasar, por tanto, su recuperación.

Por eso, la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) ha lanzado este programa a escala mundial para reducir la estigmatización y la discriminación debidos a la esquizofrenia. Este volumen contiene información sobre el diagnóstico, la epidemiología y el tratamiento de la esquizofrenia, y la relación con la forma en que se desarrollan estigmas para mostrar la mejor

manera de combatirlos. Con el fin de facilitar el uso de esta información en el desarrollo de programas diseñados con el mismo objetivo, se incluyen anotaciones al margen en todo el volumen, destacando la información particularmente relevante para reducir la estigmatización y la discriminación.

Este volumen consta de dos partes:

Parte I. ¿Qué es la esquizofrenia (IA) y cómo se trata (IB)?

Esta sección ofrece información sobre el diagnóstico, la epidemiología y el tratamiento de la esquizofrenia, que puede adaptarse para su uso en campañas de concienciación social.

Parte II. Reducción de la estigmatización

En esta sección se describen la naturaleza, los orígenes y las consecuencias de la estigmatización, los prejuicios y la discriminación y se detallan las iniciativas que pueden resultar más eficaces para su reducción. Aunque el material de esta sección se centra específicamente en la esquizofrenia, gran parte de la información puede aplicarse también a la estigmatización y la discriminación asociados con otras enfermedades mentales graves.

1. Murray CJL, López AD. *The Global Burden of Disease*. Geneva: World Health Organization; 1996: 270.

¿Qué es la esquizofrenia?

Una de las mejores maneras de eliminar la estigmatización y reducir la discriminación que acompañan la esquizofrenia consiste en aclarar los conceptos erróneos sobre la enfermedad y reemplazarlos por una información correcta.

Este capítulo aborda los siguientes temas:

- *Síntomas y diagnóstico de la esquizofrenia*
- *Causas de la enfermedad*
- *Comienzo, evolución y final del trastorno*

LOS SÍNTOMAS Y EL DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno mental que interfiere con la capacidad para reconocer lo que es real, controlar las emociones, pensar con claridad, emitir juicios y comunicarse. La Clasificación Internacional de las Enfermedades ofrece la siguiente descripción de la esquizofrenia en el capítulo sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico (CIE-10, Organización Mundial de la Salud 1992).

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits

cognoscitivos . El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vívidos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico, oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está robando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor.

Pueden presentarse también síntomas catatónicos. El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual, o insidioso, con un desarrollo gradual de ideas y conductas extrañas. La evolución del trastorno se caracteriza, igualmente, por una gran variabilidad, y no es inevitablemente crónico y deteriorante. Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres (pp. 119-120).

Trastornos afines

La esquizofrenia ha pertenecido, históricamente, a un grupo de trastornos mentales descritos comúnmente hasta el siglo pasado como “locura”. Por desgracia, gran parte de los prejuicios y la imagen negativa ligada a este término se mantienen y se han unido también al término más reciente de “esquizofrenia”. La palabra “locura” se ha reemplazado gradualmente por “psicosis” o “trastornos psicóticos”. Estos términos descriptivos se refieren en general a síntomas de comportamiento social inapropiado y a falta de discernimiento, acompañados de los síntomas positivos (véanse a continuación), como alucinaciones y delirios. Sin embargo, los síntomas psicóticos no son específicos y pueden aparecer en otros muchos trastornos mentales además de la esquizofrenia.

La CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud incluye la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y los trastornos psicóticos agudos y transitorios en el capítulo de los trastornos esquizofrénicos. La esquizofrenia es el trastorno psicótico más común e importante. El trastorno esquizotípico es un trastorno de la personalidad caracterizado por rasgos y síntomas parecidos a los de la esquizofrenia, aunque menos graves, tales como afectividad inadecuada o embotamiento afectivo, comportamiento excéntrico, tendencia al retraimiento social, suspicacia, alteraciones leves de la percepción e

La esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y los trastornos psicóticos agudos y transitorios se conocen como trastornos del espectro esquizofrénico

ideas delirantes Los trastornos psicóticos agudos y transitorios son particularmente frecuentes en países en vías de desarrollo (Jablensky y col.,1992). Aunque la relación de la psicosis aguda y transitoria con la esquizofrenia sigue sin establecerse con claridad, los pacientes suelen recuperarse completamente en tres meses y, en el 80 % de los casos, no se presentan episodios posteriores durante el primer año tras el inicio de la enfermedad.

Es probable que los trastornos delirantes persistentes no estén relacionados con la esquizofrenia, aunque la distinción puede resultar difícil, sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad. El trastorno esquizoafectivo supone una combinación de síntomas psicóticos y del humor que pueden aparecer independientemente unos de otros durante la enfermedad. Los trastornos bipolares o depresivos graves pueden acompañarse también de síntomas psicóticos. La psicosis, por su parte, se puede presentar en el contexto de trastornos cerebrales orgánicos como la demencia.

Otras afecciones, como la enfermedad de Wilson, el corea de Huntington o la forma cerebral de la esclerosis múltiple pueden presentar síntomas de tipo esquizofrénico. La intoxicación por sustancias que aumentan la neurotransmisión dopaminérgica en el cerebro, como las anfetaminas, puede provocar una recaída, e incluso, en dosis suficientemente altas, causar una psicosis de tipo esquizofrénico. La ketamina y la fenciclidina (PCP; polvo de ángel), drogas de abuso que influyen en los receptores de glutamato, pueden causar una psicosis parecida a la esquizofrenia con síntomas negativos. En todos estos casos de trastornos secundarios de tipo esquizofrénico deben tratarse las causas subyacentes de la psicosis, siempre que sea posible.

En algunos países, no se suele establecer una distinción clara entre los diferentes trastornos de tipo esquizofrénico, por lo que las enfermedades carac-

terizadas por síntomas psicóticos se agrupan bajo el nombre más general de trastornos psicóticos.

Trastornos comórbidos

La estigmatización asociada a la esquizofrenia puede producir trastornos somáticos que pueden no detectarse ni tratarse.

Algunos pacientes con esquizofrenia padecen un grado significativo de comorbilidad (trastornos comitantes) (Jablensky, 1995). Entre los que padecen una esquizofrenia hay una gran incidencia de abuso de sustancias, entre las que se incluyen alcohol, estimulantes, benzodiazepinas, alucinógenos, antiparkinsonianos, cafeína y tabaco (Lohr y Flynn, 1992). El abuso de sustancias es el trastorno psiquiátrico comórbido más común, con una prevalencia entre el 20% y más del 50% de los que padecen una esquizofrenia, dependiendo del sexo, la edad, la duración de la enfermedad, los criterios de evaluación empleados y las diferencias regionales en las poblaciones estudiadas (Jablensky, 1995; Hambrecht y Häfner, 1996). Véase a continuación un comentario más detallado del abuso de sustancias en la esquizofrenia.

Entre las personas con una enfermedad mental grave aumenta el riesgo de infección por VIH y de SIDA, por su mayor incidencia de conductas de riesgo relacionadas con el VIH, como las relaciones sexuales sin protección o el consumo de drogas por vía parenteral (Cournos y col., 1997; Cournos y Bakalar, 1996; Cournos y McKinnon, 1997; Susser y col., 1997)

También se ha descrito que en los esquizofrénicos la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y pulmonares, trastornos gastrointestinales y urogenitales, accidentes y suicidios es mayor que en la población general (Mortensen y Juel, 1990).

Los síntomas de la esquizofrenia pueden hacer que los pacientes encuentren muy difícil identificar o explicar con precisión los síntomas de los trastornos somáticos y seguir los tratamientos. Además, la estigmatización a la enferme-

dad puede impedir que algunos trastornos somáticos sean detectados o tratados. Por eso, es importante que los psiquiatras actúen de manera coordinada con los médicos generales para enseñarles cómo la esquizofrenia puede modificar la presentación, la evolución y las respuestas al tratamiento habituales de procesos médicos y quirúrgicos comunes (Vieweg y col., 1995).

-
1. Cournos F, Bakalar N, eds. *AIDS and people with severe mental illness*. New Haven, CT: Yale University Press; 1996:3-16.
 2. Cournos F, Herman R, Kaplan M, et al. *AIDS prevention for people with severe mental illness*. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1997; 3:285-292.
 3. Cournos F, McKinnon K. *HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: A critical review*. *Clinical Psychology Review* 1997; 17:259-270.
 4. Hambrecht M., Häfner H. *Substance abuse and the onset of schizophrenia*, *Biol Psychiatry* 1996;40:1155-1163.
 5. Jablensky A, *Schizophrenia: The epidemiological horizon*, in Hirsch SR, Weinberger DR, eds. *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell Science; 1995:206-252.
 6. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. *Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study*. *Psychol Med* 1992; (22 suppl 20):1-97.
 7. Lohr JB, Flynn K. *Smoking and schizophrenia*. *Schizophr Res* 1992;8:93-102.
 8. Mortensen PB, Juel K. *Mortality and causes of death in schizophrenia patients in Denmark*. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:372-377.
 9. Susser E, Colson P, Jandorf L, et al. *HIV infection among young adults with psychotic disorders*. *Am J Psychiatry* 1997;154:864-866.
 10. Vieweg V, Levenson J, Pandurangi A, et al. *Medical disorders in the schizophrenic patient*. *Int J Psychiatry Med* 1995;25(2):137-172.
 11. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO; 1992.
-

Drogadicción y esquizofrenia

La drogadicción por sí sola no causa esquizofrenia (pero puede hacer que empeore el estado de los enfermos). Se sabe que las drogas alucinógenas como el LSD pueden inducir episodios breves de psicosis y que el uso excesivo de marihuana y de drogas estimulantes como la cocaína y la metamfetamina pueden desencadenar psicosis tóxicas breves con rasgos similares a los de la esquizofrenia (Bowers, 1987; Tennent y Groesbeck, 1972). También es posible, aunque no seguro, que la drogadicción puede precipitar el inicio de la esquizofrenia; sin embargo, el consumo de estas sustancias no parece causar esquizofrenia en alguien que de otra manera no hubiese desarrollado la enfermedad. Esta conclusión deriva de la experiencia del uso experimental del LSD en psiquiatría durante los años 50 y 60 en Gran Bretaña y Estados Unidos y

La creencia de que la drogadicción causa esquizofrenia puede aumentar la estigmatización asociada a la enfermedad

en menor grado en España. La proporción de aquellos voluntarios y pacientes que sufrieron una psicosis prolongada como la esquizofrenia fue apenas mayor que la que cabía esperar en la población general (Cohen, 1960; Malleon, 1971). Si bien es verdad que un estudio sueco reveló que los soldados que consumían gran cantidad de marihuana mostraban una predisposición seis veces mayor para padecer esquizofrenia en algún momento de su vida (Andreasson y col., 1987), también puede suceder que las personas predispuestas sufrir la enfermedad se valiesen de la marihuana para enfrentarse a los síntomas premórbidos del trastorno. En realidad, la mayoría de las personas con esquizofrenia empiezan a consumir drogas tras el desarrollo de los primeros síntomas prodrómicos de la enfermedad (Hambrecht y Häfner, 1996).

Si el abuso de drogas desencadenase una esquizofrenia que de todas formas habría aparecido, cabría esperar que la enfermedad se iniciara antes en los individuos con adicción a las drogas. Varios estudios demuestran que esto es así (Breakey y col., 1974; Weller y col., 1988; Tsuang y col., 1982), mientras que otros pocos no lo han puesto de manifiesto (Vardy y Kay, 1982; Taylor y Warner, 1994). En conclusión, parece posible que el abuso de sustancias puede desencadenar una esquizofrenia, pero no producirla.

La drogadicción y el alcoholismo empeoran la evolución de la enfermedad. Varios estudios han demostrado que enfermos mentales que consumen drogas o beben mucho alcohol presentan más síntomas psicóticos (Janowsky y Davis, 1976; Knudson y Vilmar, 1984; Negrete y col., 1986), se integran peor en la comunidad (Drake y Wallach, 1989; Hekimian y Gershon, 1968) y vuelven a ingresar con más frecuencia en los hospitales (Drake y Wallach, 1989; Carpenter y col., 1985; Crowley y col., 1974; Safer, 1985). También se ha observado que este tipo de pacientes toman sus medicamentos con menos regularidad (Drake y Wallach, 1989), lo que explicaría en parte por qué sus síntomas son más graves y la evolución de la enfermedad peor. En muchos casos, el consumo de marihuana y drogas

estimulantes, como la cocaína, puede aumentar síntomas esquizofrénicos como los delirios y las alucinaciones (Janowsky y Davis, 1976; Knudson y Vilmar, 1984; Negrete y col., 1986). Por otra parte, algunas personas con esquizofrenia dicen que consumen marihuana porque les ayuda a sentirse menos ansiosos, deprimidos o aburridos (Test y col., 1989; Warner y col., 1994). El consumo de alcohol puede convertirse en un problema particularmente grave, ya que es una sustancia fácil de obtener, reduce el control de los impulsos y exacerba los síntomas.

Las personas que padecen esquizofrenia están más predispuestas al tabaquismo y a fumar en exceso. Estudios recientes sugieren que una de las causas se encuentra en la nicotina, ya que esta sustancia reduce de manera breve las alucinaciones y otros síntomas de la esquizofrenia (Freedman y col., 1994, 1997).

1. Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, et al. Cannabis and schizophrenia: A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987;ii:1483-1486.
2. Bowers MB. The role of drugs in the production of schizophreniform psychoses and related disorders, in Meltzer HY, ed. *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*. New York: Raven Press; 1987.
3. Breakey WR, Goodell H, Lorenz PC, et al. Hallucinogenic drugs as precipitants of schizophrenia. *Psychol Med* 1974;4:255-261.
4. Carpenter MD, Mulligan JC, Bader IA, et al. Multiple admissions to an urban psychiatric center. *Hosp Community Psychiatry* 1985;31:397-400.
5. Cohen S. Lysergic acid diethylamide: Side effects and complications. *J Nerv Ment Dis* 1960;130:30-40.
6. Crowley TJ, Chesluk D, Dilts S, et al. Drug and alcohol abuse among psychiatric admissions. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30:13-20.
7. Drake RE, Wallach MA. Substance abuse among the chronic mentally ill. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:1041-1046.
8. Freedman R, Adler LE, Bickford P, et al., Schizophrenia and nicotine receptors. *Harvard Review of Psychiatry* 1994;2:179-192.
9. Freedman R, Coon H, Myles-Worsley M, et al. Linkage of a neurophysiological deficit in schizophrenia to a chromosome 15 locus. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 1997; 94:587-592.
10. Hambrecht, M. Häfner, H. Substance abuse and the onset of schizophrenia, *Biol Psychiatry* 1996;40:1155-1163.
11. Hekimian LJ, Gershons S. Characteristics of drug abusers admitted to a psychiatric hospital. *JAMA* 1968;205:75-80.
12. Janowsky DS, Davis JM. Methylphenidate, dextroamphetamine, and levamfetamine: Effects on schizophrenic symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:304-308.
13. Knudson P, Vilmar T. Cannabis and neuroleptic agents in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1984;69:162-174.
14. Malleison N. Acute adverse reactions to LSD in clinical and experimental use in the United Kingdom. *Br J Psychiatry* 1971;118:229-230.
15. Negrete JC, Knapp WP, Douglas DE, et al. Cannabis affects the severity of schizophrenic symptoms: Results of a clinical survey. *Psychol Med* 1986;16:515-520.
16. Safer DJ. Substance abuse by young adult chronic patients. *Hosp Community Psychiatry* 1985;38:853-858.
17. Taylor D, Warner R. Does substance use precipitate the onset of functional psychosis? *Social Work & Social Sciences Review* 1994;5:64-75.
18. Tennet FS, Groesbeck CJ. Psychiatric effects of hashish. *Arch Gen Psychiatry* 1972;27:133-136.
19. Test MA, Wallisch LS, Allness DJ, et al. Substance use in young adults with schizophrenic disorders. *Schizophr Bull* 1989;15:465-476.
20. Tsuang M, Simpson JC, Kronfol Z. Subtypes of drug abuse with psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:141-147.
21. Vardy MM, Kay SR. LSD psychosis or LSD-induced schizophrenia? A multimethod inquiry. *Arch Gen Psychiatry*

Las alteraciones iniciales de la esquizofrenia suelen conllevar la pérdida de amigos y conocidos, así como de las relaciones sociales habituales, lo que conduce al aislamiento social

- 1982;39:141-147.
22. Warner R, Taylor D, Wright J, et al. Substance use among the mentally ill: Prevalence, reasons for use and effects on illness, *Am J Orthopsychiatry* 1994;64:30-39.
23. Weller MP, Ang PC, Latimer-Sayer DT, Zachary A. Drug abuse and mental illness. *Lancet* 1988;i:997.

Síntomas iniciales

Normalmente, la esquizofrenia se reconoce por primera vez por un cambio en el funcionamiento social y personal para el que no existe explicación. El periodo anterior al comienzo de los síntomas activos se denomina periodo prodrómico y puede durar años. En tres cuartas partes de los casos, aparecen síntomas inespecíficos y negativos antes del primer síntoma positivo. Estos síntomas iniciales suelen acompañarse de deterioro funcional. En regiones con un sistema de salud mental bien desarrollado, el deterioro de la actividad social se observa más de dos años antes del primer ingreso en el hospital y a menudo se manifiesta en un nivel máximo al comienzo del tratamiento (Häfner, 1996). Los signos iniciales pueden incluir también alteraciones del comportamiento, como ansiedad generalizada, depresión leve transitoria, pérdida de interés o abandono del trabajo y de las actividades sociales que antes eran importantes, suspicacia y un cambio profundo y visible en los hábitos y valores personales como el aseo, la higiene, el cuidado de la vestimenta o la puntualidad. El enfermo puede actuar o vestirse de forma extraña o extravagante. Normalmente, las explicaciones para estos cambios y comportamientos son simbólicas, metafóricas o extrañas.

La evaluación diagnóstica

La evaluación diagnóstica de la esquizofrenia debería incluir, en condiciones ideales, lo siguiente:

- *Historia detallada del paciente, basada en informes del propio enfermo y de personas allegadas (ej.: (miembros de la familia, amigos), con el fin de evaluar la personalidad y el funcionamiento global del paciente*

En muchos casos, la evaluación de la esquizofrenia debe incluir una exploración física

- *Examen del estado mental*
- *Exploración física (incluida una exploración neurológica)*
- *Estudio de laboratorio habitual con análisis de bioquímica sanguínea y hemograma*

Aunque no existen datos físicos o de laboratorio específicos, que confirmen el diagnóstico de esquizofrenia, las evaluaciones físicas incluidas en la lista precedente son necesarias para descartar otras posibles causas de los síntomas, como trastornos orgánicos, y para evaluar enfermedades somáticas comórbidas. Aunque en muchos casos, un médico preparado puede diagnosticar esta enfermedad sin dificultad, en otros puede ser necesaria una evaluación psiquiátrica que confirme el diagnóstico.

Además de analizar los síntomas, también es importante obtener información sobre el funcionamiento social del sujeto, el ambiente en el que vive, la disponibilidad de ayuda social, y sus cualidades, bienes y situación económica, ya que estos factores son extremadamente importantes en la planificación del tratamiento y la reintegración en la comunidad.

Los síntomas de la esquizofrenia suelen clasificarse como positivos y negativos (Andreasen y Olsen, 1982). Ambos tipos pueden causar problemas especiales en el funcionamiento social del paciente y contribuir a la estigmatización de la enfermedad. En la mayoría de las personas con esquizofrenia los síntomas positivos y negativos se manifiestan en grado diferente en distintas etapas del proceso.

Síntomas positivos

Las ideas delirantes son falsas creencias de las que la persona está firmemente convencida a pesar de la ausencia de pruebas concretas. Este tipo de convicciones deben distinguirse de las creencias culturales específicas de un grupo o de toda una sociedad. Las personas que experimentan delirios pueden creer que son perseguidas, que tienen poderes o talentos

El carecer de un psiquiatra que pueda llegar a un diagnóstico no es razón para minusvalorar síntomas que sugieran la presencia de una esquizofrenia

Las personas que padecen esquizofrenia pueden hablar y comportarse de forma extraña, lo que provoca miedo en los demás, que reaccionan evitándolos, con lo que se perpetúa la estigmatización asociada a este trastorno

La dificultad de las personas con esquizofrenia para comunicarse verbalmente puede contribuir a la estigmatización asociada

Los síntomas positivos se relacionan con la estigmatización inherente a la locura. Los delirios, las alucinaciones, el comportamiento inadecuado y la percepción alterada de la realidad son rasgos característicos de los que denominan locos. El comportamiento extraño de las personas con esquizofrenia provoca el temor a perder el control del propio comportamiento

especiales o que sus pensamientos o acciones están bajo el control de una fuerza externa. En ocasiones, los delirios tienen un carácter fantástico o extraño (ej.: ser capaz de controlar el tiempo o de mantener comunicación con seres de otro mundo). Quienes padecen delirios pueden sentir gran temor a que se les vaya a hacer daño y actuar por este motivo de forma inhabitual.

Las alucinaciones son senso-percepciones sensoriales imaginarias. Los tipos de alucinaciones más habituales en la esquizofrenia son las auditivas, en forma de voces imaginarias. Algunas veces, los enfermos mantienen conversaciones con ellas. Las voces pueden dar órdenes o comentar el carácter y las acciones de la persona con esquizofrenia. Otras alucinaciones menos frecuente consisten en ver, sentir, saborear u oler cosas que no existen y que son percibidas como reales por quien las padece. Se pueden incluso percibir colores y formas normales de manera distorsionada y sentir que poseen un significado personal imperioso.

Los enfermos que sufren **trastornos del pensamiento**, tienen una forma de pensar confundida que se revela en el contenido y en la forma de lo que dicen. La conversación puede resultar difícil de seguir, porque salta de un tema a otro con poca o ninguna conexión lógica. También se producen interrupciones en el hilo del pensamiento (bloqueo de pensamiento). La sintaxis se vuelve extraña, de forma que sólo parece tener sentido para quien habla. En algunos casos, los pacientes creen que sus pensamientos están siendo difundidos o robados o controlados o inducidos por agentes externos (ej.: un extraño, un demonio). Estos fenómenos reciben el nombre de eco, difusión, inserción o robo del pensamiento. En los casos más graves, el lenguaje puede ser tan confuso e inconexo que resulta imposible entenderlo.

Comportamiento extraño: algunas personas con esquizofrenia se com-

portan de forma extraña o transgreden normas y costumbre sociales (p.ej. se desnudan en público). Pueden hacer gestos raros y muecas o adoptar expresiones faciales incongruentes y posturas extrañas sin razón aparente.

Los síntomas positivos se reconocen con relativa facilidad, porque obviamente difieren de lo normal. Sin embargo, las ideas delirantes y las alucinaciones no justifican necesariamente, el diagnóstico de esquizofrenia. Estos mismos síntomas pueden darse en personas que abusan del alcohol o las drogas o que sufren depresión grave, manía, daño cerebral u otras enfermedades .

Como los síntomas positivos graves dificultan en gran medida el funcionamiento social del individuo, suelen tener como resultado la hospitalización en un centro psiquiátrico. Afortunadamente, los antipsicóticos pueden eliminar o reducir la intensidad de los síntomas positivos y disminuir las posibilidades de sufrir recaídas, aunque la persona todavía se vea afectada por los síntomas negativos. Una recaída puede venir provocada por un acontecimiento estresante, por unas relaciones conflictivas prolongadas, o por la interrupción o reducción de la dosis de los medicamentos. De todas formas, también se producen recaídas sin un factor desencadenante evidente, aun cuando el paciente tome una dosis que hasta ese momento era adecuada.

Síntomas negativos

Embotamiento afectivo: las personas con esquizofrenias suelen presentar un estado emocional aplanado, de forma que no responden a lo que pasa a su alrededor. Pueden ser incapaces de reflejar cambios en la expresión facial, los gestos o el tono de la voz, que expresan sus emociones y de no responder a acontecimientos felices o tristes, o bien reaccionar de forma inadecuada. En algunos

Los síntomas negativos de la esquizofrenia suelen interpretarse erróneamente como signos de pereza o de mal comportamiento intencionado, cuyo objetivo es molestar a los demás, más que como parte de la propia enfermedad. Esta interpretación errónea contribuye en gran medida a crear la imagen negativa y el estigma que se asocian con la esquizofrenia

Al valorar los síntomas negativos que no están acompañados de síntomas positivos, el médico debe evaluar los cambios con respecto al comportamiento previo a la enfermedad. Aunque los síntomas negativos que aparecen en ausencia de síntomas positivos no suelen detectarse, la persona que únicamente manifiesta síntomas negativos también necesita ayuda

En culturas donde la norma es que las relaciones sociales sea intensas y frecuentes (p. ej., muchas culturas occidentales) la presencia de síntomas negativos puede ser particularmente estigmatizante. Resulta extremadamente importante tener en cuenta el factor cultural cuando se evalúan los síntomas negativos y su repercusión

tipos de esquizofrenia, especialmente la hebefrénica o de tipo desorganizado (véase más adelante), destacan entre los síntomas principales las acciones y emociones muy inadecuadas e incongruentes. La persona afectada puede parecer mal encaminada, sin objetivos, alegremente inoportuna y a menudo impulsiva. Toda la personalidad de los que padecen una esquizofrenia parece cambiar con respecto a lo que era antes.

Pérdida de vitalidad: la esquizofrenia reduce la motivación de las personas y disminuye su capacidad de trabajar o de participar en diversiones. Parecen interesarse poco por actividades cotidianas como lavar o cocinar y, en casos extremos, descuidan su higiene personal y la propia alimentación. Pueden aparecer indecisión, negativismo y pasividad, mezclados con impulsos súbitos. En casos extremos, el sujeto puede retraerse, agitarse o manifestar estupor sin razón aparente.

Retraimiento social: las personas con esquizofrenia tienen dificultades para hacer y mantener amigos o conocidos; las relaciones íntimas son escasas o inexistentes y el trato con los demás tiende a ser breve y superficial. En casos extremos, se evita de forma activa toda relación social.

Pobreza de pensamiento: algunas personas con esquizofrenia muestran una notable reducción de la cantidad y el contenido de su pensamiento. Rara vez hablan con espontaneidad y contestan a las preguntas con respuestas cortas sin ningún detalle. En los casos más graves, el discurso se limita a frases cortas como “sí”, “no”, “no sé”. Otras personas con esquizofrenia hablan libremente, con un lenguaje comprensible, pero sin transmitir contenido alguno. Contestan las preguntas de forma indirecta, sin ir al grano. En su expresión verbal reflejan asociaciones imprecisas o sin relación entre las ideas, así como cortes incomprensibles y saltos en el hilo del pensamiento.

A diferencia de los síntomas positivos, los negativos constituyen déficits más sutiles del funcionamiento y no suelen reconocerse como síntomas de la enfermedad. En ocasiones, los familiares u otras personas los interpretan erróneamente como signos de pereza. Por ejemplo, si la persona no está motivada o se despreocupa de su aspecto, se puede pensar que lo hace intencionadamente para molestar o fastidiar a la familia.

Los síntomas negativos también pueden deberse a una depresión (que puede manifestarse a la vez que la esquizofrenia) o constituir la respuesta a un ambiente poco estimulante (como una estancia prolongada en el hospital) o presentarse realmente como efectos secundarios de algunos antipsicóticos. Suele ser difícil determinar si los síntomas negativos forman parte de la propia esquizofrenia o son el resultado de este otro tipo de problemas.

La capacidad de la persona para trabajar, relacionarse con los demás y cuidar de sí misma durante la remisión depende en gran parte de la gravedad de los síntomas negativos residuales.

La mayoría de las personas con esquizofrenia sólo tiene algunos síntomas positivos y negativos en un momento determinado. Normalmente, el tipo y la intensidad de los síntomas varían sobremanera en el transcurso de la esquizofrenia y de una persona a otra. Algunos pacientes no experimentan nunca alucinaciones, otros no padecen delirios y los hay que no tienen síntomas negativos mientras que otros los sufren en todo momento.

Clasificación Internacional de las Enfermedades

La necesidad de los médicos de poder diagnosticar la esquizofrenia con exactitud en ámbitos y culturas muy diferentes ha impulsado la elaboración de criterios específicos para identificar este trastorno. El sistema más utilizado es el de la Organización Mundial de la Salud, la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del

Los síntomas negativos se asocian con el estigma de debilidad psicológica, falta de voluntad o energía para llevar una vida más activa e incapacidad de cuidar de uno mismo. Las consecuencias de los síntomas negativos puede percibirse como una forma de vida escogida voluntariamente y caracterizada por el retraimiento social y la falta de responsabilidad hacia los demás. Los síntomas negativos se asocian frecuentemente con el estigma de la pereza.

La capacidad de trabajar, relacionarse con los demás y cuidar de uno mismo durante la remisión de la enfermedad depende en gran parte de la gravedad de los síntomas negativos residuales

Los que padecen una esquizofrenia paranoide tienen dificultades para confiar en otras personas o relacionarse con ellas. Sus creencias y percepciones extrañas pueden provocar temores y rechazos en los demás.

La esquizofrenia hebefrénica es muy discapacitante y dificulta el rendimiento académico o laboral. El comportamiento y la afectividad de estos individuos aparecen como extraños e ilógicos ante los ojos de los demás, que tienden a evitarlos por esta razón

Para las personas con esquizofrenia catatónica resulta extremadamente difícil tener relaciones sociales o llevar a cabo cualquier tarea

Comportamiento (CIE-10) (OMS 1992). El apéndice A de este volumen presenta los criterios diagnósticos de la CIE-10 con explicaciones descriptivas. Otro sistema que se utiliza con frecuencia para el diagnóstico de esta enfermedad es el del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Los criterios incluidos en la cuarta edición (DSM-IV), publicada en 1994, son similares a los de la CIE-10. Por supuesto, los médicos también deben fiarse de su experiencia clínica y de su criterio a la hora de hacer un diagnóstico correcto.

Subtipos de esquizofrenia

La clasificación diagnóstica de la CIE-10 define cuatro subtipos de esquizofrenia (véase el apéndice B para más detalles):

- **Paranoide:** es el tipo más común de esquizofrenia y está caracterizado por la presencia de intensas alucinaciones e ideas delirantes de persecución.
- **Hebefrénica:** este tipo de esquizofrenia, también denominada esquizofrenia desorganizada, empieza normalmente en la adolescencia y se caracteriza por la predominancia de síntomas negativos, afectividad inadecuada o simplona y pensamiento desorganizado y fragmentado.
- **Catatónica:** este tipo es cada vez más raro. Se presentan síntomas motores predominantemente y un retraimiento social extremo, aplanamiento emocional y falta de ideas, vitalidad y motivación.
- **Simple:** suele presentar únicamente síntomas negativos, aunque también pueden manifestarse de forma ocasional pensamientos y comportamiento extravagantes y anomalías de la percepción.

La CIE-10 también incluye tres categorías adicionales: esquizofrenia indife-

renciada (que combina rasgos de varios subtipos), esquizofrenia residual y depresión post-esquizofrénica (véanse las descripciones en el apéndice B).

¿Son iguales en todas partes del mundo los síntomas de la esquizofrenia?

Tabla 1. Los diez síntomas más frecuentes de las formas agudas de la esquizofrenia

Síntomas	Frecuencia
Falta de introspección	97%
Alucinaciones auditivas	74%
Ideas de referencia	70%
Susplicacia	66%
Aplanamiento afectivo	66%
Alucinaciones en segunda persona	65%
Humor delirante	64%
Delirios de persecución	64%
Robo del pensamiento	52%
Sonoridad del pensamiento	50%

Procedencia: Organización Mundial de la Salud, Informe del Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (OMS 1973; Jablensky y col., 1992)

El Estudio Piloto Internacional de la Esquizofrenia realizado por la OMS, entre 1969 y 1976, comprobó que la esquizofrenia era un trastorno omnipresente con un cuadro clínico similar en todas las zonas estudiadas (OMS, 1973). La Tabla 1 muestra los diez síntomas más frecuentes de las formas agudas de la esquizofrenia

Con independencia de donde aparezcan, los síntomas característicos de la esquizofrenia son básicamente los mismos: ideas delirantes, alucinaciones, trastornos del pensamiento, trastornos catatónicos y síntomas negativos. Sin embargo, la forma en que surgen y el tipo particular de síntomas relevantes pueden variar entre los distintos individuos y culturas.

A pesar de la ausencia de síntomas positivos más acentuados, la esquizofrenia simple puede ser muy discapacitante porque los síntomas negativos contribuyen en gran medida a provocar problemas sociales y de orden laboral

Cuanto más perturbador sea el síntoma, en relación con las costumbres sociales locales, más fácil será que se tilde a quien lo padece de enfermo mental y se le estigmatice

Aparentemente, la estigmatización de esquizofrenia incluye la idea de que la violencia es inherente al trastorno. Sin embargo, la violencia relacionada con la enfermedad suele obedecer a la falta de tratamiento adecuado apoyo y aceptación

El tratamiento y las intervenciones adecuadas reducen al mínimo el riesgo de violencia asociado a la esquizofrenia

Además, debido a las diferencias existentes en las costumbres y expectativas sociales, las culturas difieren en la valoración de la importancia de los distintos síntomas. (Para conocer las diferencias en la evolución y el pronóstico de la esquizofrenia entre países desarrollados y en vías de desarrollo, véanse las págs. 43-47).

1. Asociación Americana de Psiquiatría: *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, 4ª edición (DSM-IV), Masson.Barcelona, 1997.
2. Andreasen NC, Olsen S, *Negative vs positive schizophrenia: Definition and validation. Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:789-794.
3. Häfner H. *When, how and with what does schizophrenia begin? J Brasil Psiquiatr* 1996; 45:7-21.
4. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. *Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study. Psychol Med* 1992; 22 (suppl 20); 1-97
5. World Health Organization. *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia Geneva: WHO; 1973.*
6. Organización Mundial de la Salud. *La CIE-10 Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor. Madrid; 1992.*

Aunque el riesgo de comportamiento delictivo es algo mayor en las personas con esquizofrenia, el número total de delitos cometidos por estos enfermos es sólo un porcentaje muy pequeño del número total delitos cometidos por personas sanas

¿Se acompaña la esquizofrenia de un mayor riesgo de comportamientos violentos?

La idea del público, subrayada por los medios de comunicación, de que la enfermedad mental está íntimamente relacionada con la violencia no tiene bases científicas. La gran mayoría de los enfermos mentales no cometen nunca actos violentos (Swanson y col., 1990) y en general no son más peligrosos que los individuos sanos de la misma población. Los enfermos con esquizofrenia se caracterizan por una incidencia ligeramente elevada de delitos violentos (Häfner y Böker, 1982; Arboleda-Flórez y col., 1996; Hodgins, 1992; Lindqvist y Allebeck, 1990) pero es probable que sólo cometan este tipo de delitos quienes no están en tratamiento o se medican de forma inadecuada (Garmendia y col., 1992; Harris y Morrison, 1995; Volavka y Krakowski, 1989). Entre los factores de riesgo de violencia, tanto en la población sana como en personas con esquizofrenia, se incluyen los siguientes: sexo masculino, desintegración social, antecedentes de comportamiento violento y alcoholismo o

Las personas suelen temer que los que padecen una esquizofrenia puedan ser un riesgo para sus hijos, pero no hay pruebas que sustenten ese temor.

drogadición (Arboleda-Flórez y col., 1996; Virkunen, 1976). Un síntoma importante que aumenta el riesgo de actuar de forma violenta es la idea delirante de que la propia vida está siendo amenazada. El tratamiento adecuado de este tipo de síntomas reduce al mínimo el riesgo (Link y Stueve, 1995; Garmendia y col., 1992; Harris y Morrison, 1995). Los pacientes con esquizofrenia que abusan del alcohol o de sustancias tienen más posibilidades de infringir la ley; sin embargo, su perfil de comportamiento delictivo es el mismo que el de los que no padecen esquizofrenia y son también alcohólicos o drogadictos (Arboleda-Flórez y col., 1996; Beaudoin y col., 1993; Swanson, 1994).

En la opinión pública existe una estrecha relación entre trastorno mental y violencia. Esta noción se ve favorecida por una combinación de factores: los reportajes sensacionalistas que publican los medios de comunicación siempre que un antiguo paciente mental comete un acto violento, el mal uso popular de términos psiquiátricos (como “psicótico” y “psicopático”) y la explotación de estereotipos reduccionistas por parte de los medios de comunicación. El público justifica así su miedo y su rechazo a los enfermos mentales y trata de segregarlos de la comunidad, porque les presupone peligrosos.

La experiencia de las personas con trastornos psiquiátricos y de sus familiares ofrece una imagen radicalmente distinta del estereotipo. Los resultados de varios proyectos de investigación recientes realizados a gran escala concluyen que en la comunidad sólo existe una débil asociación entre los trastornos mentales y la violencia. Los actos violentos graves cometidos por personas con trastornos mentales importantes aparecen concentrados en una pequeña fracción del número total de pacientes especialmente en alcohólicos y drogadictos. Los delitos cometidos por personas con trastornos mentales representan una porción minúscula de la violencia que padece a la sociedad Norteamericana, sobre todo en comparación con los cometidos por quienes abusan del alcohol y las drogas.

El maltrato de las personas con esquizofrenia puede provocar una reacción violenta que a menudo se interpreta erróneamente como un signo de la enfermedad, más que como una reacción comprensible. De hecho, las personas con esquizofrenia son, más las víctimas que no las causantes de la violencia y el abuso

Violencia y esquizofrenia: corrección de conceptos erróneos

1. El tratamiento reduce drásticamente el riesgo de actuar con violencia. Las personas que padecen esquizofrenia y no reciben tratamiento pueden tener un mayor riesgo de comportamiento violento

2. La violencia no se debe necesariamente a la esquizofrenia, sino más bien a una combinación de trastornos

3. La contribución de las personas con esquizofrenia a la incidencia total de delitos es relativamente pequeña

4. La violencia asociada a la esquizofrenia se dirige habitualmente hacia los familiares

5. Las personas con esquizofrenia no suponen un riesgo para los niños de la comunidad

6. El riesgo de que una persona con esquizofrenia sea violenta es muy similar al que presenta la población sana cuando se descarta el consumo de drogas

7. El riesgo de abusos deshonestos asociado a la esquizofrenia es bajo

8. Es probable que sólo un pequeño porcentaje de los que padecen esquizofrenia cometa actos violentos

Las conclusiones de los usuarios de los servicios de salud mental y de sus familiares, así como las observaciones de los investigadores, sugieren que la forma de reducir cualquier relación existente entre violencia y trastorno mental pasa por facilitar el acceso a tratamientos de calidad, como programas basados en miembros de un mismo grupo social, y por eliminar la estigmatización y la discriminación, cargas añadidas que desaniman, provocan y penalizan a los que buscan y reciben ayuda por su discapacidad (Monahan y Arnold, 1966, pág. 94-97).

La mayoría de los delitos cometidos por personas que padecen esquizofrenia consisten en delitos menores contra la propiedad, relacionadas con la supervivencia. En realidad, es más probable que las personas con esquizofrenia sean víctimas que que sean autores de malos tratos o violencia. Los delitos violentos cometidos por pacientes con esquizofrenia no responden a los mismos motivos ni tienen como objeto las mismas víctimas que los realizados por las personas mentalmente sanas. Las víctimas más probables de la violencia de un enfermo mental son la pareja y los familiares, seguidos por las figuras que representan la autoridad, tales como políticos, médicos y jueces (Häfner y Böker, 1982).

Un grupo de investigadores y de asociaciones para los derechos de los enfermos mentales ha revisado recientemente los datos existentes de distintas investigaciones y ha llegado a las siguientes conclusiones :

1. Arboleda-Flórez J, Holley H, Crisanti A, A *Mental Illness and Violence. Proof or Stereotype* Ottawa, Salud Canad., Minister of Supply and Services, 1996.
2. Beaudoin MN, Hodgins S, Lavoie F. *Homicide, schizophrenia and substance abuse or dependency. Can J Psychiatry* 1993;38:541-546.
3. Garmendía L, S-nchez JR, Azpíroz A. *Clozapina: Strong anti-aggressive effects with minimal motor impairment. Psysiol Behav* 1992;*Crimes of Violence by Mentally Abnormal Offenders. Cambridge University Press; 1982.*
5. Harris D, Morrison EF. *Managing violence without coercion. Arch Psychiatr Nurs* 1995;9:203-210.
6. Hodgins S. *Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: Evidence from a birth coh* *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:476-483.
7. Lindqvist P, Allebeck P. *Schizophrenia and crime. Br J Psychiatry* 1990;157:345-350.
8. Link BG, Stueve A. *Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behavior Epidemiol Rev* 1995;17:171-181.

-
9. Monahan J, Arnold J. Violence by people with mental illness: A consensus statement by advocates and researchers. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1996;19:67-70.
 10. Swanson JW. Mental disorder, substance abuse and community violence: An epidemiological approach, in Monahan H, Steadman HJ, eds. *Violence and Mental Disorder Development in Risk Assessment* Chicago, University of Chicago Press; 1994;101-106.
 11. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, et al. Violence and psychiatric disorder in the community. Evidence from the epidemiological catchment area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41:761-770.
 12. Virkkunen M. Observations on violence in schizophrenia *Acta Psychiatr Scand* 1976;50:145-151.
 13. Volavka F, Krakowski M. Schizophrenia and violence. *Psychol Med* 1989;19:559-562.
-

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA ESQUIZOFRENIA?

Aunque no se conocen las causas exactas de la esquizofrenia, parece que diversos factores aumentan el riesgo de padecer la enfermedad. Estos factores interactúan e influyen en el desarrollo y la evolución del trastorno (Strauss y Carpenter, 1981; Weinberger y Hirsch, 1995) de forma que la importancia de unos y otros varía en función de las diferentes etapas del desarrollo del individuo. Una serie de factores genéticos y complicaciones en el embarazo y el parto pueden influir en la predisposición del recién nacido a padecer la enfermedad. El momento de la vida en que se inicia la enfermedad depende del grado de vulnerabilidad de la persona y de su exposición a diferentes tipos de estrés. Los factores de estrés desencadenantes pueden tener una naturaleza biológica (p. ej., abuso de drogas alucinógenas) o social (p. ej., pérdida de un familiar). Estos y otros factores y condicionantes también afectan a la evolución y el pronóstico de la enfermedad (véase la pág. 41).

-
1. Strauss JS, Carpenter WT. *Schizophrenia*. Nueva York; Plenum; 1981.
 2. Weinberger DR, Hirsch SR, eds. *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell Science; 1995.
-

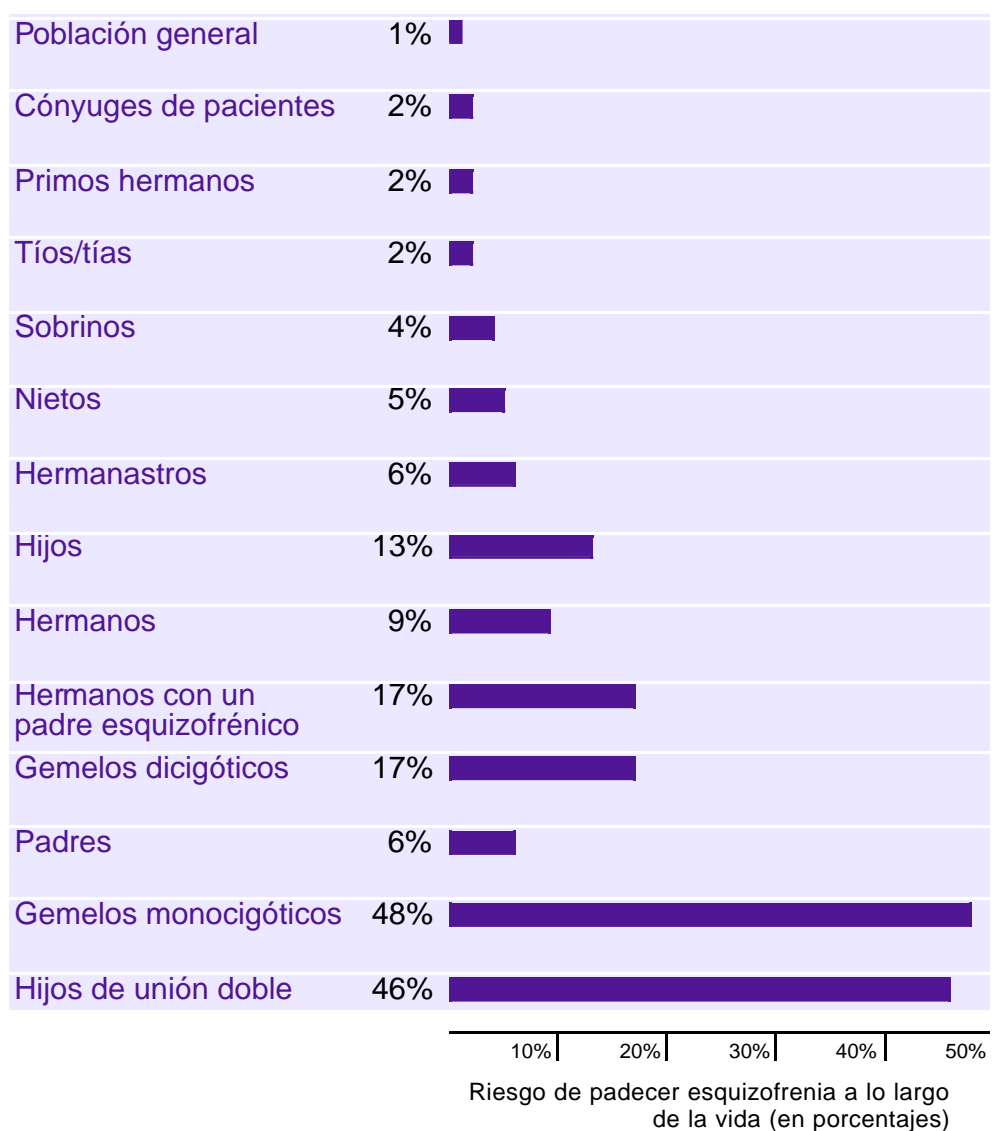
¿Es hereditaria la esquizofrenia?

Los familiares de personas con esquizofrenia tienen mayor riesgo de

Aunque se desconocen las causas exactas de la esquizofrenia, parece que la interacción de diferentes factores genéticos, complicaciones en el embarazo y el parto, que puedan afectar al desarrollo del cerebro y tensiones biológicas y sociales, influyen en el desarrollo de la enfermedad

desarrollar la enfermedad. El riesgo es progresivamente mayor en los familiares genéticamente más parecidos a los que padecen esquizofrenia. Partiendo de la información de unos 40 estudios europeos realizados entre 1920 y 1987, el genetista Irving Gottesman hizo una comparación del riesgo medio de padecer esquizofrenia que presentaban a lo largo de

Figura 1. Promedio de riesgo que tienen los familiares de una persona con esquizofrenia de contraer la enfermedad, recopilado de estudios con gemelares y familiares realizados en Europa entre 1920 y 1987



su vida personas con diferentes grados de parentesco con el enfermo. Sus resultados, recogidos en la figura 1, indican que cuanto mayor es la semejanza mayor es el riesgo (Gottesman, 1991).

Estudios realizados con sujetos adoptados en su infancia indican que el riesgo de padecer esquizofrenia aumenta en los familiares de los casos identificados y que se debe más a razones de herencia que ambientales. En los hijos de enfermos con esquizofrenia se observa un aumento de prevalencia similar, tanto si han sido criados por sus padres biológicos como por sus padres adoptivos. Asimismo, los antecedentes familiares de sujetos con esquizofrenia que han sido criados por padres adoptivos revela un incremento de la prevalencia entre los parientes biológicos, pero no en las personas relacionadas con el paciente como consecuencia de la adopción. (Heston, 1966; Kety y col., 1968; Kety y col., 1975; Tienari y Wynne, 1994).

Aunque los factores genéticos parecen ser importantes para el desarrollo de la esquizofrenia, no explican por sí solos su modo de presentación. Si las causas de la esquizofrenia fuesen enteramente genéticas, aun en el caso de que se necesitase un número de genes anormales actuando conjuntamente para provocar el trastorno, los gemelos idénticos deberían compartir el mismo riesgo, de forma que si uno enfermase el otro también debería hacerlo. Sin embargo, en la mayoría de los estudios realizados con gemelos idénticos en los que uno estaba enfermo, es raro encontrar afectación en más de la mitad del resto de los miembros (un riesgo no mayor del 50% con material genético idéntico). Estos datos sugieren que en el riesgo de padecer esquizofrenia participan también factores no genéticos. En el caso de gemelos no idénticos, la frecuencia con la que el segundo gemelo se ve afectado es considerablemente más baja que en el caso de gemelos idénticos (17%). Los gemelos no idénticos comparten un entorno común (el mismo ambiente familiar), pero, como término medio, sólo comparten la mitad de los genes; en cambio, los gemelos idénticos comparten el mismo

ambiente familiar y todos sus genes. La comparación entre ambos tipos de gemelos demuestra que es probable que la preponderancia del riesgo de esquizofrenia se determine genéticamente, aunque también se vean involucrados otro tipo de factores.

No se trata, por tanto, de una simple enfermedad hereditaria con el tipo de segregación mendeliana que implica a un solo gen, sino más bien de lo que se denomina enfermedad genética compleja. Varios estudios han tratado de identificar los genes que pueden asociarse con la vulnerabilidad a padecer esquizofrenia, pero todavía no se ha obtenido una respuesta definitiva. Los estudios en gemelos y los estudios epidemiológicos de familias han demostrado que no sólo la esquizofrenia sino también las psicosis atípicas y los trastornos de espectro psicótico (véase pág. 6) pertenecen al mismo genotipo. Estudios recientes de asociación y ligamiento (*linkage*) molecular han descubierto una serie de presuntas localizaciones de genes que están asociadas con una mínima proporción de riesgo. Sin embargo, todavía no se ha encontrado el locus del gen fundamental

Las regiones que cuentan con más probabilidades de contener por lo menos un gen de predisposición, han sido detectadas mediante análisis de ligamiento en los cromosomas 5, 6, 8 y 22., al menos en dos muestras familiares independientes (Straub y col., 1997; Schwab y col., 1997). Sin embargo, en ninguno de los casos se ha detectado aún la mutación causante. En estudios de familias, el locus más probable está en las bandas 22-24 del brazo corto del cromosoma 6, que al parecer, es el responsable del 15% al 30% de 577 casos de esquizofrenia, incluyendo trastornos afines. Cada región candidata es sospechosa de alojar uno o varios genes contribuyentes y cada uno de estos genes puede albergar una o múltiples mutaciones con material génico disfuncional

que afecta al riesgo de enfermedad. Una mutación disfuncional puede tener un gran efecto en unas pocas familias con una carga genética de esquizofrenia o un efecto pequeño en muchas familias con una carga genética a dicha enfermedad (Kendler y col., 1996). La gran frecuencia y variabilidad del fenotipo en familiares de personas con esquizofrenia sugiere que debe haber una predisposición generalizada a la esquizofrenia en el conjunto de la población, con condiciones ambientales adicionales probablemente necesarias para producir una psicosis (Häfner, 1998).

-
1. Gottesman II, *Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness*. New York: W.H. Freeman; 1991: 94-97.
 2. Häfner H, *Schizophrenia in Psychiatry, proceedings of the X World Congress of Psychiatry (Madrid 1996.)* Huber und Hoffgraefe. Stuttgart, 1999
 3. Heston LL *Psychiatric disorders in foster-home-reared children of schizophrenic mothers*. *Br J Psychiatry* 1966; 112:819-825.
 4. Kendler KS, Karkowski-Shuman L, Walsh D. *Age at onset in schizophrenia and risk of illness in relatives. Results from the Roscommon family study*. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 213-218.
 5. Kety SS, Rosenthal D, Wender OH et al. *The types and prevalence of mental illness in the biological and adopted schizophrenic in Rosenthal D, Kety SS, eds. The transmission of Schizophrenia*. Oxford: Pergamon; 1968:345ff.
 6. Kety SS, Rosenthal D, Wender OH, et al. *Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic in Fieve RR, Rosenthal D, Brill H, eds Investigación Genética en Psiquiatría, Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1975; 147ff.*
 7. Schwab SG, Eckstein GN, Hallmayer J, et al. *Evidence suggestive of a locus on chromosome 5q31 contributing to susceptibility for schizophrenia in German and Israel families by multipoint affected sib-pair linkage analysis*. *Mol Psychiatry* 1997;2:148-155.
 8. Straub RE, McLean CJ, O'Neill FA, et al. *Support for a possible schizophrenia vulnerability locus in region 5q22-31 in Irish families* *Mol Psychiatry* 1997;2:156-160.
 9. Tienari PJ, Wynne LC, *Adoption studies of schizophrenia*. *Ann Med* 1994; 26:233-237.
-

La hipótesis del neurodesarrollo

Últimamente ha surgido una teoría que sostiene que la esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo (Weinberger, 1995a) “en el que la lesión primaria cerebral o el proceso patológico tienen lugar durante el desarrollo del cerebro, mucho antes de que la enfermedad se manifieste clínicamente” (Weinberger, 1995b). Según este punto de vista, las personas que padecen esquizofrenia pueden haber sufrido algún tipo de alteración del desarrollo cerebral durante la gestación, en particular durante el segundo trimestre. Por

diversas razones neurobiológicas, el trastorno se manifestaría solamente al principio de la edad adulta, cuando algunos sistemas neuronales concretos que maduran mucho después del nacimiento, se revelan incapaces de afrontar diferentes tipos de estrés psicosocial y vicisitudes propias de la vida.

Aunque este punto de vista es todavía hipotético (Cannon, 1997), hay distintos tipos de evidencia que tienden a apoyarlo. En concreto se ha demostrado que complicaciones en el embarazo y el parto multiplican entre dos y tres veces, el riesgo de padecer esquizofrenia, probablemente por el daño originado en el cerebro en desarrollo (McNeil, 1988; Geddes y Lawrie, 1995; Goodman, 1988; Kendell y col., 1996). La hipoxia perinatal (falta de oxígeno en el feto), que acaece en el 20%-30% de las personas que padecen esquizofrenia, parece ser un factor importante, si se comparan estos datos con la tasa del 5% al 10% en la población general (McNeil, 1988; Cannon, 1998). El riesgo de esquizofrenia aumenta con el número de complicaciones perinatales (McNeil, 1988; Kendell y col., 1996; Eagles y col., 1990; O'Callaghan y col., 1992; Gunther-Genta y col., 1994).

Por otra parte, el riesgo de daño cerebral intrauterino aumenta si la mujer embarazada contrae una enfermedad vírica. Así, al final del invierno y en primavera nacen más personas con esquizofrenia que en otras estaciones del año (Torrey y col., 1988) y la proporción de afectados por este trastorno y nacidos en este periodo aumenta tras epidemias de enfermedades víricas como la gripe, el sarampión y la varicela (Mednick y col., 1987; O'Callaghan y col., 1991; Barr y col., 1990; Sham y col., 1992). No obstante, las infecciones víricas de la madre representan probablemente sólo una pequeña fracción del aumento de riesgo de padecer esquizofrenia (Adams y col., 1993; Wilcox y Nasrallah, 1987).

-
1. Adams W, Kendell RE, Hare EH, et al. Epidemiological evidence that maternal influenza contributes to the aetiology of schizophrenia: An analysis of Scottish, English and Danish data *Br J Psychiatry* 1993; 163:522-534.
 2. Barr CE, Mednick SA, Munk-Jorgensen P. Exposure to influenza epidemics during gestation and adultg schi-

-
- zophrenia : a 40-year study. *Arch Gen Psychiatry* 1990, 47:869-874.
3. Cannon TD, Neurodevelopmental influences in the genesis and epigenesis of schizophrenia: An overview. *Applied and Preventive Psychology* 1998;7:47-62.
 4. Cannon TD. On the nature and mechanisms of obstetric influences in schizophrenia: A review and synthesis of epidemiologic studies. *International Review of Psychiatry* 1997;9:389-397.
 5. Eagles JM, Gibson I, Brenner MH, y col. Obstetric complications in DSM-III schizophrenics. *Lancet* 1990;335:1139-1141.
 6. Geddes JR, Lawrie SM. Obstetric complications and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1995;167:786-793.
 7. Goodman R. Are complications of pregnancy and birth causes of schizophrenia ?. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1988;30:391-395.
 8. Günther-Genta F, Bovet P, Hohfeld P. Obstetric complications and schizophrenia: A case-control study. *Br J Psychiatry* 1994;164:167-170.
 9. Kendell Re, Juszcak E, Cole Sk. Obstetric complications and schizophrenia: A case control study based on standardised obstetric records. *Br J Psychiatry* 1996;168:556-561.
 10. McNeil TF, Obstetric factors and perinatal injuries, in Tsuang MT, Simpson JC, eds. *Handbook of Schizophrenia, Volume 3, Nosology, Epidemiology and Genetics*, Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1988:319-344.
 11. Mednick SA, Parnas J, Schulsinger F. The Copenhagen Risk Project, 1962-1986. *Schizophr Bull* 1987;13:485-495.
 12. O'Callaghan E, Gibson T, Colohan HA, et al. Risk of schizophrenia in adults born after obstetric complications and their association with early onset of illness: A controlled study. *BMJ* 1992;305:1256-1259.
 13. O'Callaghan E, Sham P, Takei N, y col., Schizophrenia after perinatal exposure to 1957 A2 influenza epidemic. *Lancet* 1991;337:1248-1250.
 14. Sham PC, O'Callaghan E, Takei N, y col. Schizophrenia following pre-natal exposure to influenza epidemics between 1939 and 1960. *Br J Psychiatry* 1992;160:461-466.
 15. Torrey EF, Rawlings R, Waldman IN. Schizophrenic births and viral disease in two States. *Schisophr Res* 1988;1:73-77.
 16. Weinberger DR. From neuropathology to neurodevelopment. *Lancet* 1995a;346:552-557.
 17. Weinberger DR. Schizophrenia as a neurodevelopmental disorder. Hirsch SR, Weinberger DR eds. *Schizophrenia*. Oxford; Blackwell; 1995b: 293-323.
 18. Wilcox JA, Nasrallah Ha. Perinatal insult as a risk factor in paranoid and non-paranoid schizophrenia. *Psychopathology* 1987;20:285-287.
-

¿Existen anomalías físicas en el cerebro asociadas con la esquizofrenia?

Anomalías estructurales

En algunos pacientes con esquizofrenia se han identificado alteraciones cerebrales. Estas modificaciones en la estructura y función del cerebro han sido detectadas mediante el análisis del tejido cerebral tras la muerte, así como por medio de las nuevas técnicas de neuroimagen que se utilizan para examinar el cerebro en vida. La tomografía axial computerizada (TAC) y la resonancia magnética (RM) proporcionan imágenes de la estructura del cerebro. La RM funcional y las técnicas isotópicas, como la tomografía de emisión de un solo fotón (SPECT) y la tomografía de emisión de positrones (PET), han podido demostrar cambios en el flujo sanguíneo cerebral regio-

nal (rCBF) y modificaciones en el metabolismo y en la bioquímica cerebrales.

Los primeros estudios de tomografía axial computarizada mostraban anomalías en muchos pacientes con esquizofrenia, sobre todo asimetrías del cerebro y del sistema ventricular que afectaban especialmente a los lóbulos frontales y al hemisferio izquierdo. Esta asimetría no está relacionada con la evolución o la duración de la enfermedad ni con el tratamiento, afecta también a la envoltura craneal (Messimy y col., 1984) y no aumenta durante el curso de la enfermedad (Vita y col., 1997). Por tanto, se considera que las anomalías reflejan fenómenos que tuvieron lugar durante el desarrollo precoz del cerebro. Estudios de resonancia magnética han obtenido resultados similares (Andreasen y col., 1986). La correlación con los antecedentes familiares de la enfermedad, la época del nacimiento, la exposición intrauterina a virus, las complicaciones obstétricas (DeQuardo y col., 1996) y la edad de inicio (Lim y col., 1996) no está clara. Estudios sobre las diferencias por sexo (Cowell y col., 1996) han obtenido resultados contradictorios. Las anomalías en el tamaño del cerebro y del sistema ventricular, cuando están presentes, aparecen al comienzo de la enfermedad (Vita y col., 1997), lo que refuerza la interpretación de que suponen una vulnerabilidad arraigada y no son consecuencia del curso de la propia enfermedad o del tratamiento médico.

La correlación de las anomalías estructurales con síntomas o grupos de síntomas es menos evidente, aunque las asimetrías parecen guardar relación con los síntomas negativos (Messimy y col., 1984). Los síntomas negativos también parecen relacionarse con atrofia del lóbulo temporal izquierdo (Turetsky y col., 1995). Cuanto más importantes son los cambios observados, mayor es la gravedad del trastorno del pensamiento y de las alucinaciones auditivas (Suddath y col., 1990).

En situaciones basales, la SPECT muestra una disminución del flujo sanguíneo cerebral regional (CrCBF), especialmente en los lóbulos frontales, en

más del 80% de los pacientes (Steinberg y col., 1995).

La PET ofrece un cuadro parecido de anomalías. Los estudios con SPECT y PET del flujo sanguíneo cerebral regional han correlacionado la presencia de síntomas específicos o perfiles de síntomas con alteraciones en el flujo sanguíneo de diferentes regiones. En general, los síntomas positivos se asocian con hiperfuncionamiento en algunas áreas e hipofuncionamiento en otras, mientras que los síntomas negativos se correlacionan siempre con hipoperfusión (Sabri y col., 1997).

El registro electrofisiológico del cerebro utilizando el electroencefalograma (EEG), revela que la mayoría de las personas con esquizofrenia parece responder en exceso a estímulos ambientales repetidos (como clicks reiterados y luces destelleantes) y tienen una capacidad limitada a la hora de suprimir material irrelevante (Freedman y col., 1997).

Exámenes post-mortem del tejido cerebral de individuos con esquizofrenia han detectado problemas en un tipo de células cerebrales: las interneuronas inhibitorias. Estas células atenúan la acción de neuronas principales, impidiendo que éstas respondan a demasiados estímulos. Por tanto, impiden que el cerebro se vea desbordado por la llegada de demasiada información sensorial ambiental. Estas interneuronas producen normalmente varios neurotransmisores, como el ácido gamma-amino butírico (GABA), que tiene una función inhibitoria. Muchos neurotransmisores están disminuidos en las interneuronas de los que padecen una esquizofrenia (Benes y col., 1991; Akbarian y col., 1993).

Considerados en conjunto, estos datos indican que en la esquizofrenia se produce un déficit en la regulación de la actividad cerebral por interneuronas, de forma que el cerebro se excede en su respuesta a las muchas señales ambientales que recibe y que carece de la capacidad de descartar los estímulos no deseados. Al mismo tiempo, se produce una disminución del tamaño de los lóbulos temporales que procesan la información sensorial y que permiten que un ser

humano desarrolle un comportamiento innovador y adecuado.

Aunque las técnicas que se comentan en este apartado aportan indicios relacionados con la forma en que la esquizofrenia afecta al funcionamiento del cerebro, no pueden considerarse esenciales para el diagnóstico ni forman parte de la evaluación clínica sistemática de los pacientes.

Alteraciones neuroquímicas

La hipótesis de que en la esquizofrenia intervienen alteraciones neuroquímicas no es nueva (Andreasen, 1995). Sin embargo, sólo aparecieron pruebas empíricas cuando se demostró que el mecanismo de acción de los antipsicóticos estaba relacionado con el metabolismo de las catecolaminas en el cerebro y, más específicamente, con el efecto bloqueador de estos medicamentos en los receptores postsinápticos de las catecolaminas (Carlsson y Lindkvist, 1963). Investigaciones posteriores indican que la eficacia clínica de los antipsicóticos reside en su capacidad de bloquear los receptores D₂ de la dopamina (Peroutka y Snyder, 1980). La dopamina aumenta la sensibilidad de las células cerebrales a los estímulos. Normalmente, esto es útil para aumentar la toma de conciencia de la persona en momentos de estrés y de peligro. Pero para una persona con esquizofrenia la suma del efecto de la dopamina a un estado cerebral ya hiperactivo puede inducir una psicosis.

Otros datos en favor de la participación de la hiperactivación dopaminérgica en la esquizofrenia proceden de la observación de la amfetamina, un fármaco que aumenta los efectos de la dopamina, empeora y puede provocar síntomas parecidos a los de la esquizofrenia (Meltzer y Stahl, 1976). El incremento de la actividad dopaminérgica en el sistema nervioso central se produce a través de dos mecanismos: 1) mayor disponibilidad de dopamina en la sinapsis y 2) hipersensibilidad de los receptores postsinápticos.

Ambos mecanismos han sido investigados ampliamente en la esquizofre-

nia, pero aún faltan pruebas concluyentes a favor de cualquiera de los dos. Estudios del *turn-over* (recambio) de dopamina en determinados líquidos del organismo de los pacientes, así como una determinación directa de los niveles de dopamina en el tejido cerebral post-mortem, han obtenido resultados contradictorios (Heritch, 1990; Hirsch y Weinberger, 1995; Bloom y Kupfer, 1995).

Recientemente, se han aplicado técnicas de neuroimagen como la PET para analizar la densidad de receptores dopaminérgicos en el cerebro. Así se han demostrado con claridad el efecto bloqueador de los receptores dopaminérgicos por los antipsicóticos clásicos, pero los hallazgos relacionados con la densidad de receptores de dopamina al comparar pacientes no tratados con controles varían considerablemente de un investigador a otro (Wong y col., 1986; Farde y col., 1990). Utilizando técnicas de biología molecular, se ha demostrado un aumento de la densidad y sensibilidad de receptores dopaminérgicos en el tejido cerebral post-mortem de pacientes con esquizofrenia no tratados (Seeman, 1987, 1995; Stefanis y col., 1998). Cuando se introdujeron los antipsicóticos atípicos (clozapina, y luego risperidona, olanzapina y otros), los investigadores empezaron a poner en duda la hipótesis de que el efecto bloqueador D₂ de los antipsicóticos era el factor más importante en su acción antipsicótica. Se ha verificado que el mecanismo de acción de los antipsicóticos atípicos implica una gran afinidad por varios receptores, además de los dopaminérgicos D₂, entre los que se incluyen los receptores de la serotonina (5-HT; Meltzer y col., 1996). Así pues, descubrimientos recientes sugieren que otros muchos receptores, como D₁, D₃, D₄, 5-HT₂ y NMDA, también intervienen en la patogenia de la esquizofrenia (Hirsch y Weinberger, 1995; Seeman, 1995; Kerwin y col., 1997).

-
1. Akbarian S, Vinuela A, Kim JJ, et al. Distorted distribution of nicotinamide-adenine dinucleotide phosphate-diaphorase neurons in temporal lobe of schizophrenics implies anomalous cortical development. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:178-187.
 2. Andreasen NC, ed. *Schizophrenia: From Mind to Molecule*: Washington, DC: American Psychiatric Press;1995.
 3. Andreasen NC, Nasrallah HA, Dunn V, et al. Structural abnormalities in the frontal system in schizophrenia: A magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:136-144.

La esquizofrenia es un problema grave de salud pública

4. Benes FM, McSparren J, Bird ED, et al. Deficits in small interneurons in prefrontal and cingulate cortices of schizophrenic and schizo affective patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:996-1001.
5. Bloom FE, Kupfer DJ, eds. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York: Raven Press; 1995.
6. Carlsson A, Lindqvist M. Effect of chlorpromazine and haloperidol on formation of 3-methoxyamphetamine and normetanephrine in mouse brain. *Pharmacologica et Toxicologica* 1963;20:140-144.
7. Cowell PE, Kostianovsky DJ, Gur RC, et al. Sex differences in neuroanatomical and clinical correlations in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153(6):799-805.
8. DeQuardo JR, Goldman M, Tandon R. VBR in schizophrenia: Relationship to family history of psychosis and seasons of birth. *Schizophr Res* 1996;20(3):275-285.
9. Farde L, Wiesel FA, Stone-Elander S, et al. D2 dopamine receptors in neuroleptic-naive schizophrenic patients: A positron emission tomography study with [¹¹C] raclopride. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:213-219.
10. Freedman R, Coon H, Myles-Worsley M, et al. Linkage of a neurophysiological deficit in schizophrenia to a chromosome 15 locus. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 1997;94:587-592.
11. Heritch AJ. Evidence for reduced and dysregulated turnover of dopamine in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990;16:605-615.
12. Hirsch SR, Weinberger D, eds. *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell Science Inc; 1995.
13. Kerwin R, Harrison P, Stefanis NC. Glutamate receptors and developmental anomalies in medial temporal lobe in schizophrenia, in Keshavan MS, Murray RM, eds. *Neurodevelopmental Models of Adult Psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997:57-62.
14. Lim KO, Harris D, Beal M, et al. Gray matter deficits in young onset schizophrenia are independent of age of onset. *Biol Psychiatry* 1996;40(1):4-13.
15. Meltzer HY, Stahl SM. The dopamine hypothesis of schizophrenia: A review. *Schizophr Bull* 1976;2:19-76.
16. Meltzer HY, Yamamoto B, Lowy MT, et al. Mechanism of action atypical antipsychotic drugs: An update, in Watson SJ, ed. *Biology of Schizophrenia and Affective Disease*, 1996;451-475.
17. Messimy R, López-Ibor JJ, López-Ibor L, et al. Tomodensitométrie (CT Scanner) au cours de la schizophrénie. Confrontation de ses résultats avec d'autres investigations. *L'Encéphale* 1984;10:69-77.
18. Peroutka SJ, Snyder SH. Relationship of neuroleptic drug effects at brain dopamine, serotonin, alpha-adrenergic and histamine receptors to clinical potency. *Am J Psychiatry* 1980;137:1518-1522.
19. Sabri O, Erkwow R, Schreckenberger M, et al. Regional cerebral blood flow and negative/positive symptoms in 24 drug-naive schizophrenics. *J Nucl Med* 1997;38(2):181-188.
20. Seeman P. Dopamine receptors and the dopamine hypothesis of schizophrenia. *Synapse* 1987;1:133-152.
21. Seeman P. Dopamine Receptors: Clinical Correlates, in Bloom FE, Kupfer DJ, eds. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York: Ravens Press; 1995.
22. Stefanis CN, Bresnick JN, Kerwing RW, et al. Elevation of D4 dopamine receptor mRNA in postmortem schizophrenic brain. *Brain Res* 1998;53(1-2):112-119.
23. Steinberg JL, Devous MD, SR. Paulman RG, et al. Regional cerebral blood flow in first break and chronic schizophrenic patients and normal controls. *Schizophr Res* 1995;17(3):229-240.
24. Suddath RL, Christison GW, Torrey EF, et al. Anatomical abnormalities in the brains of monozygotic twins discordant for schizophrenia. *N Engl J Med* 1990;322:789-794.
25. Turetsky B, Cowell PE, Gur RC, et al. Frontal and temporal lobe brain volumes in schizophrenia: Relationship to symptoms and clinical subtype. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(12):1061-1070.
26. Vita A, Dieci M, Giobbio GM, et al. Time course of cerebral ventricular enlargement in schizophrenia supports the hypothesis of its neurodevelopmental nature. *Schizophr Res* 1997;23(1):25-30.
27. Wong DF, Wagner HN, Tune LE, et al. Positron emission tomography reveals elevated D2 dopamine receptors in drug-naive schizophrenics. *Science* 1986;234:1558-1563.

La presencia de la esquizofrenia suele ocultarse por los sentimientos de vergüenza y estigmatización que provoca.

Por eso, muchas personas que padecen la enfermedad no están diagnosticadas ni son tratadas, especialmente al comienzo del trastorno.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

Repercusión en la salud pública

La esquizofrenia es un problema grave de salud pública. Las personas que la padecen padecen una discapacidad importante que les provoca angustia, reduce sus rendimientos y disminuye su calidad de vida. La

esquizofrenia también implica una sobrecarga emocional y a veces económica para los familiares de los enfermos. El coste para la sociedad, tanto en términos de gasto médico directo como de costes indirectos asociados a la productividad perdida, también resulta significativo. Todos estos problemas se mezclan con la estigmatización y la discriminación asociados a la enfermedad, que a menudo obstaculizan la prestación de un tratamiento eficaz y la reintegración en la sociedad.

Incidencia y prevalencia

La presencia de la esquizofrenia suele ocultarse por los sentimientos de vergüenza y estigmatización que provoca. Por eso, muchas personas que padecen la enfermedad no están diagnosticadas ni son tratadas, especialmente al comienzo del trastorno.

La incidencia hace referencia al número de personas que enferman de una afección específica durante un periodo de tiempo determinado (ej., el número de individuos diagnosticados por primera vez de esquizofrenia en países en vías de desarrollo). Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) descubrió una variación mínima en la incidencia de la enfermedad en países de todo el mundo, con tasas muy similares tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Al aplicar una definición precisa de esquizofrenia, se observó que la incidencia oscilaba entre el 7 y el 14 por 100.000 en los lugares investigados. Cuando se empleaba una definición menos precisa la incidencia aumentaba considerablemente. Al incluir otros procesos psicóticos relacionados con la esquizofrenia, la incidencia era aún mayor, variando de forma significativa entre los distintos países (Jablensky y col., 1992; Jablensky, 1995).

La prevalencia, por su parte, se refiere al número de individuos con una enfermedad existente en una población concreta en un periodo de tiempo

La discriminación debida a la esquizofrenia aumenta el sufrimiento de la persona que padece la enfermedad. Sus allegados también sufren, porque se ven marcados por el estigma asociado al trastorno.

específico (p. ej., el número de sujetos diagnosticados actualmente de esquizofrenia en la población norteamericana). A diferencia de lo que ocurre con la incidencia, la prevalencia de la esquizofrenia varía sustancialmente en todo el mundo, con cifras invariablemente inferiores en las poblaciones de países en vías de desarrollo que en las de países desarrollados. La prevalencia anual de esquizofrenia corregida por la edad alcanza una media de 34 por 1.000 en los países en vías de desarrollo (intervalo ds: 0,9-8,0, 2,09) comparada con un promedio de prevalencia en Europa y Norteamérica de 6,3 por 1.000 (intervalo: 1,3-17,4; ds: 4,32) (Tabla 4 en Warner y de Girolamo, 1995). Esta diferencia se debe probablemente a la dificultad de identificar a las personas con esquizofrenia, en las mayores tasas de mortalidad (Mortesen y Juel, 1990) y las mayores tasas de recuperación en los países en vías de desarrollo. Incluso en los países con baja prevalencia, la esquizofrenia es con frecuencia un problema importante de salud pública debido a su gravedad, carácter crónico y discapacidad que causa.

Tabla 2. Diez causas principales de años de vida ajustados por la discapacidad (Disability Adjusted Life Years, DALYs) en edades comprendidas entre los 15 y los 44 años en todo el mundo, 1990

Clasificación	Enfermedad o daño
1	Depresión mayor unipolar
2	Tuberculosis
3	Accidentes de tráfico
4	Consumo de alcohol
5	Daños auto-provocados
6	Trastorno bipolar
7	Guerra
8	Violencia
9	Esquizofrenia
10	Anemia ferropénica

-
1. Jablensky A. *Schizophrenia: Recent epidemiologic issues*. *Epidemiol Rev* 1995;17:10-20.
 2. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. *Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study*. *Psychol Med* 1992;22 (suppl 20): 1-97.
 3. Mortensen PB, Juel K. *Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark*. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:372-377.
 4. Warner R, de Girolamo G. *Schizophrenia*, in *Series on Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems*. Geneva: World Health Organization; 1995.
-

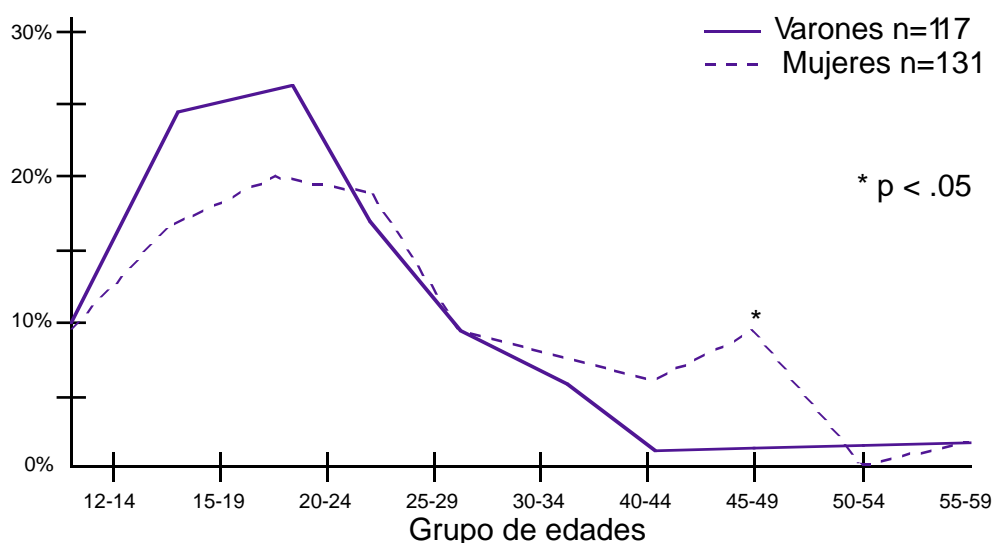
Discapacidad y sufrimiento causados por la esquizofrenia

La discriminación debida a la esquizofrenia aumenta el sufrimiento de la persona que padece la enfermedad. Sus allegados también sufren, porque se ven marcados por la estigmatización asociada al trastorno.

La esquizofrenia es una fuente de perturbación y sufrimiento para el paciente y sus familiares. La discriminación y la estigmatización que afectan no sólo al enfermo sino también a quienes le rodean, aumenta sustancialmente el sufrimiento asociado con la enfermedad.

Los síntomas y la estigmatización del trastorno constituyen un obstáculo para que los pacientes logren sus objetivos vitales y formen parte de la comunidad. Según la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades más discapacitantes

Figura 2. Inicio por edad (primer signo de trastorno mental) de la esquizofrenia en varones y mujeres (Diagnóstico de la CIE-1g, 295, 297, 296.3, 298.4)



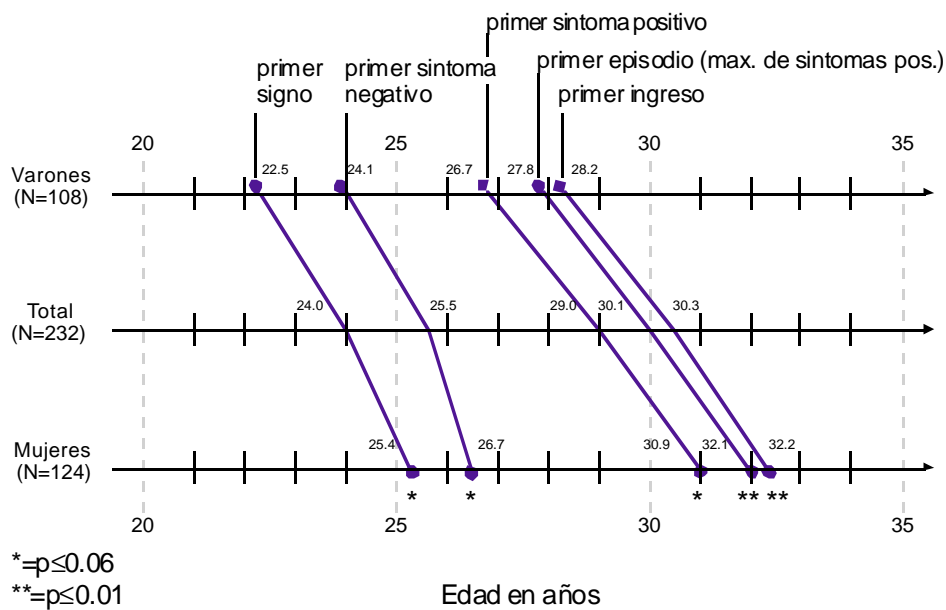
Source: Reprinted by permission. From Häfner et al. Is schizophrenia a disorder of all ages? A comparison of first episodes and early course over the life cycle Psychol Med 1998;28(351-365)

para las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años (Véase la tabla 2; Murray y López, 1996).

La esquizofrenia también es costosa para la sociedad, tanto en términos de aumento del gasto médico como de pérdida de productividad. Se calcula que en 1991, la esquizofrenia costó en los Estados Unidos 19.000 millones de dólares en gastos directos y 46.000 millones en pérdida de productividad, es decir, en total 65.000 millones de dólares, lo que pone de manifiesto la carga económica que implica la enfermedad, que además destruye la vida de millones de personas y de sus familiares (Wyatt y col., 1995).

Figura 3

Valores medios por edades según cinco definiciones del inicio hasta el primer ingreso hospitalario



Procedencia: Reprinted by permission . From De Häfner H. The epidemiology of onset and early course of schizophrenia in Häfner H. y Wolpert EM, eds. New Research in Psychiatry. Gottingen; Hogrefe and Huber; 1996:33-61

La tasa de suicidio en la esquizofrenia también es elevada. La tasa de mortalidad normalizada acumulativa de 5 años en individuos con esquizofrenia en Dinamarca aumentó de 5,3 (varones) y 2,3 (mujeres) entre los años 1971 y 1973 a 7,8 (varones) y 5,2 (mujeres) entre 1980 y 1982, un incremento

paralelo en parte al aumento de la tasa de suicidios en la población general danesa en grupos de la misma edad. La tasa de mortalidad normalizada durante el primer año después del diagnóstico de esquizofrenia llegó a ser de 16,4 en los varones en este estudio en particular (Munk-Jorgensen y Mortensen, 1992).

Estudios recientes que han cuantificado la carga total de la esquizofrenia, revelan que la enfermedad causa sufrimiento, pérdida de productividad, una menor calidad de vida y problemas médicos y mentales de carácter secundario en los pacientes y sus familias (Thornicroft y Tansella, 1996).

-
1. Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. Incidence and other aspects of the epidemiology of schizophrenia in Denmark. *Br J Psychiatry* 1992;161:489-495.
 2. Murray CJL, López AD. *The Global Burden Of Disease*. Geneva: World Health Organization; 1996:270.
 3. Thornicroft G, Tansella M, eds. *Mental Health Outcome Measures*. Berlin: Springer; 1996.
 4. Wyatt RJ, Henter I, Leary MC, et al. An economic evaluation of schizophrenia: 1991. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1995;30:196-205.
-

Inicio

Normalmente la esquizofrenia comienza al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta. En algunos casos, el inicio de la enfermedad es gradual, en el transcurso de meses o de años, pero también puede presentarse repentinamente, en horas o días.

La figura 2 muestra la distribución por edades del comienzo de la esquizofrenia (Häfner y col., 1993; 1998b). Puede iniciarse antes de los 18 años lo que se denomina esquizofrenia de inicio temprano, e incluso, en raras ocasiones antes de los 13 años, lo que recibe el nombre de esquizofrenia de inicio muy temprano. Sin embargo, estudios recientes indican que todos o casi todos los niños con esquizofrenia de inicio muy temprano ya habían entrado en la pubertad. La esquizofrenia de inicio temprano parece ser mucho más frecuentes en los varones y está asociada con mayores altera-

ciones premórbidas, un inicio más insidioso y una peor respuesta a los antipsicóticos (Robertson, 1996). Las mujeres con esquizofrenia tienden a manifestar los primeros síntomas más tarde que los varones y la evolución de su enfermedad suele ser menos grave.

Las personas pueden recuperarse de la esquizofrenia. El concepto erróneo de que no se recuperan conduce a la desesperación, la desidia, y a la desmoralización de los miembros de la familia

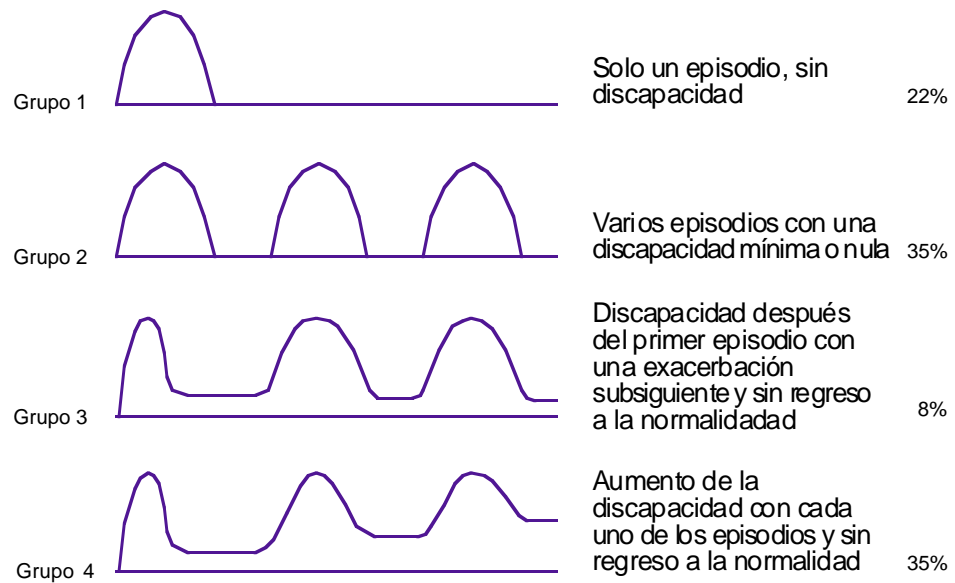
La figura 3 muestra la edad media del inicio de la esquizofrenia en varones y mujeres, usando diferentes definiciones del comienzo. Los datos provienen de una muestra de población en su primer episodio de esquizofrenia en Alemania (Häfner, 1996). La secuencia de acontecimientos al principio de la evolución (ej., primer signo de la enfermedad, primeros síntomas negativos y positivos y punto culminante del primer episodio) es paralela en ambos sexos; sin embargo, en comparación con los varones se observa en las mujeres un retraso significativo en el inicio del proceso, de 3-4 años. Asimismo, el inicio del tratamiento se demora considerablemente en ambos sexos.

Las condiciones de vida subjetivas y objetivas de las personas que padecen esquizofrenia dependen no sólo de la gravedad de la enfermedad sino también del nivel de aceptación que encuentren la familia, en el trabajo y en la sociedad en general, que frecuentemente es baja por la estigmatización que conlleva.

La esquizofrenia de inicio tardío (después de los 40 años) es generalmente más leve y menos frecuente que la esquizofrenia de inicio temprano. Sin embargo, la esquizofrenia de comienzo tardío es menos leve y aproximadamente dos veces más frecuente en mujeres que en varones (Jeste y col., 1995; Häfner y an der Heiden, 1997). Es probable que esto se deba a la disminución de la secreción de estrógenos en la menopausia, ya que esta hormona sexual femenina tiene un ligero efecto protector contra la esquizofrenia (Häfner y col., 1998a).

En la senectud, cada vez es más frecuente la aparición de trastornos delirantes de tipo esquizofrénico, diagnosticados como psicosis delirante o paranoide o parafrenia tardía (Riecher-Rossler y col., 1997; van Os y col.,

Figura 4. Evolución de la enfermedad en sujetos con esquizofrenia o tras un primer ingreso, de acuerdo con el número de episodios, los síntomas y la discapacidad social, en evaluaciones realizadas durante 5 años (n=49)



Source: Reprinted with permission from Shepherd et al. *The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. Psychol Med Monograph Supplement 15.* Cambridge: Cambridge University Press; 1989.

En el curso de los años, la intensidad de los síntomas, particularmente de los positivos, remite, y la gravedad de la enfermedad disminuye

1995). Por lo general, los síntomas son más leves, pero no se pueden distinguir con claridad de la esquizofrenia que se manifiesta a una edad más temprana. No obstante, los síntomas negativos, los trastornos esquizofrénicos del pensamiento y el comportamiento extraño son menos frecuentes en los trastornos delirantes en edades avanzadas (Häfner y col., 1998b). Los factores de riesgo para el comienzo de los trastornos tardíos se basan en los déficits de tipo cognitivo y sensorial y, particularmente, auditivos (Reicher-Rossler y col., 1997). La demencia severa descarta el diagnóstico de un trastorno esquizofrénico o afín. El tratamiento de la esquizofrenia de comienzo tardío es el mismo que el de los trastornos esquizofrénicos de pacientes mas jóvenes, aunque deben tenerse en cuenta las diferencias en el metabolismo de los ancianos (Eastham y Jeste, 1997).

La evolución de la enfermedad varía según los casos

El curso de la esquizofrenia presenta amplias variaciones. Algunas personas tienen episodios que duran semanas o meses con una total remisión de los síntomas entre cada uno de ellos; en otras, se presenta una evolución fluctuante con síntomas continuos y, también, hay quien experimenta una mínima variación los síntomas en el transcurso de los años. En un extremo del espectro se hallan los pacientes que padecen un solo episodio de esquizofrenia seguido de una recuperación completa; en el otro extremo se encuentra la evolución de una enfermedad que no cede. Los síntomas negativos parecen tener un curso más estable que los síntomas positivos y el predominio de aquellos parece predecir una evolución más grave de la enfermedad.

En cualquier caso el resultado final de la enfermedad (incluso después de varios años de duración) puede ser una recuperación completa, un nivel leve de perturbación o una incapacidad grave (Bleuler, 1978; Fenton, 1997).

La figura 4 presenta datos de un estudio con una metodología rigurosa que siguió la evolución de la enfermedad durante los 5 años siguientes al primer ingreso y que muestra los cuatro tipos más comunes de evolución de la esquizofrenia (Shepherd y col., 1989). Estudios longitudinales recientes de países desarrollados revelan sólo ligeras variaciones en la evolución y el desenlace globales de la esquizofrenia (McGlashan, 1988; Ram y col., 1992). Estudios en países en vías de desarrollo describen una tendencia hacia una evolución más favorable, particularmente el grupo 1 de la figura 4 (véase el comentario sobre psicosis agudas y transitorias, pág.6). Para valorar el curso y el desenlace de la esquizofrenia, se deben tener en cuenta tanto las diferentes manifestaciones de la enfermedad como los factores biográficos (ej., es decir, síntomas negativos y positivos, discapacidad y deterioro funcional, condiciones de vida y de trabajo y satisfacción subjetiva con la situación vital). Incluso tras un episodio esquizofrénico de breve duración, las condiciones de vida subjetivas y objetivas de los enfermos no sólo

Aunque la esquizofrenia puede seguir un curso crónico y debilitante, el deterioro no es inevitable

La esquizofrenia se asocia con un mayor riesgo de suicidio, en particular al principio de la enfermedad

Existe una variación considerable en el curso y el pronóstico de la enfermedad entre individuos y culturas

Son muchos los factores psicosociales y clínicos que pueden influir en el pronóstico

Diferentes estudios han demostrado que la esquizofrenia tiene un pronóstico peor en los países desarrollados. Esta diferencia puede deberse en parte a una percepción distinta de la enfermedad, sus síntomas y sus orígenes. Por ejemplo, en algunos países africanos la creencia de que la esquizofrenia se produce por los actos hostiles de otras personas o por espíritus ofendidos, hace más favorable la aceptación de los que padecen esquizofrenia entre sus familiares y su grupo social y que aumente el deseo de los demás de ayudarles y trabajar con ellos

dependen de la gravedad del trastorno, sino también del grado de aceptación en la familia, el trabajo y la sociedad en general, una aceptación que frecuentemente es baja por la estigmatización asociada con la esquizofrenia

Tabla 3. Factores asociados a una evolución mejor a corto plazo de la esquizofrenia

- Breve duración del episodio inicial del trastorno
- Menos episodios de enfermedad similares en el pasado
- Buena adaptación premórbida en áreas como las relaciones sociales y el empleo
- Predominio de síntomas positivos floridos y ausencia de síntomas negativos
- Estar casado
- Ser mujer
- Breve intervalo entre el comienzo de la psicosis y el inicio del tratamiento
- Inicio agudo
- Extracción rural y lazos familiares fuertes
- Ausencia de crítica, hostilidad o sobreimplicación en el hogar y en el ambiente familiar
- Buena observancia del tratamiento farmacológico

Tabla 4. Factores asociados a un pronóstico y una evolución peores a corto plazo de la esquizofrenia

- Menor de edad al comienzo del trastorno
- Comienzo crónico e insidioso
- No estar casado
- Ser varón
- Escasa adaptación premórbida
- Antecedentes familiares de esquizofrenia
- Larga duración de la enfermedad
- Psicosis no tratada durante más tiempo
- Abuso de sustancias y enfermedades mentales comórbidas
- Alteraciones en estudios de imagen cerebral y presencia de signos neurológicos blandos comienzo de la enfermedad, especialmente en pacientes en su primer episodio
- Crítica desmedida, hostilidad sobreimplicación en el hogar y en el ambiente familiar

nia. En muchos casos, la calidad de vida también se deteriora por un aumento significativo de la vulnerabilidad a la depresión.

Estudios clínicos retrospectivos a largo plazo realizados en los años 70 y a comienzos de la década de los 80 (ej., Bleuler, 1978; Ciompi, 1980) ya habían demostrado cierto grado de mejoría social después de 10 años o más. Desde entonces se han publicado varios estudios longitudinales prospectivos de larga duración, que han utilizado los mismos instrumentos al comienzo y al final del periodo estudiado. Ya se conocen los resultados de estudios

transnacionales de la OMS sobre la esquizofrenia, que abarcan periodos de 25 años (el IPPS) y 13-15 años (el Estudio de Discapacidad). Estas investigaciones demuestran que, donde quiera que se haya estudiado, la esquizofrenia no es un trastorno que cause un deterioro progresivo (Sartorius y col., 1996; Mason y col., 1995; Wiersman y col., 1996; an der Heiden y col., 1996), una hipótesis incorrecta propuesta por Kraepelin en 1896 que se ha mantenido muchos años después. La amplia variabilidad de las evoluciones individuales abarca desde una remisión completa de todos los síntomas después de un episodio psicótico breve, con recuperación del nivel anterior de funcionamiento, hasta episodios psicóticos a menudo recurrentes o un curso crónico de los síntomas negativos con una discapacidad considerable y necesidad de ayuda y tratamiento a largo plazo. A pesar de los episodios recurrentes, y contrariamente a lo que se podría esperar, los indicadores de la gravedad de la enfermedad (frecuencia de recidivas, necesidad de tratamiento, grado de deterioro funcional, etc.), suelen mantenerse relativamente estables durante todo el periodo posterior a la remisión del primer episodio (an der Heiden y col., 1996).

En la esquizofrenia de inicio temprano, la enfermedad suele ser más grave

La investigación ha descubierto que los familiares de personas con esquizofrenia en la India son menos hostiles y críticos que los familiares de pacientes de Dinamarca y el Reino Unido (Wig y col., 1987; Leff y col., 1987)

A pesar de la falta de centros hospitalarios el pronóstico de la enfermedad es mejor en pacientes de países en vías de desarrollo debido a variables sociales

Tabla 5. Discapacidad social de pacientes esquizofrénicos a los cinco años de seguimiento

Centro	Discapacidad grave	
Discapacidad nula, leve o moderada		
Aarhus (Dinamarca)	50%	50%
Agra (India)	13%	87%
Cali (Colombia)	17%	83%
Ibadan (Nigeria)	19%	81%
Londres (Inglaterra)	27%	73%
Moscú (Rusia)	23%	77%
Praga (República Checa)	30%	70%
Washington (EE.UU.)	25%	75%
Todos los centros (n = 28.12, p<0.001)	24%	76%

Source: Reprinted with permission from Left et al. *The International Pilot Study of Schizophrenia. Five-year follow-up findings* in Häfner H, Gattaz WF, eds. *Search of the Causes of Schizophrenia, Vol.2.* Berlín; Springer-Verlag: 1990

particularmente en los varones. Los episodios son más agudos y tienen consecuencias sociales importantes, sobre todo porque impiden en mayor medida el desarrollo social (Asarnow y col., 1995). Con la edad, la enfermedad remite, especialmente en los varones y su curso, es menos grave (Häfner y col., 1998b).

Los síntomas psicóticos se estabilizan tras un curso prolongado (OMS, 1979). Incluso los pacientes que continúan teniendo síntomas recurrentes a menudo están capacitados para llevar una vida satisfactoria y productiva dentro en la sociedad y para realizar bien su trabajo. En varios estudios que han investigado la evolución de la enfermedad durante 40 años se ha observado que de uno a dos tercios de los pacientes muestran un nivel de vida social bueno o, por lo menos, moderadamente bueno. Una gran proporción de pacientes es

Tabla 6. Porcentaje de pacientes en países en vías de desarrollo y en países desarrollados que se incluyen en las categorías escogidas de las variables de evolución y pronóstico

Categoría de evolución y pronóstico	Países en vías de desarrollo	Países desarrollados
1. Cuso remitente con recuperación completa	62.7%	36.8%
Enfermedad psicótica continua o episódica sin remisión completa	35.7%	60.9%
2. Con episodios psicóticos durante el 25% del periodo de seguimiento	18.4%	18.7%
Con episodios psicóticos durante el 76-100% del periodo de seguimiento	15.1%	20.2%
3. En remisión completa el 0% del periodo de seguimiento	24.1%	57.2%
En remisión completa el 76-100% del periodo de seguimiento	38.3%	22.3%
4. Sin antipsicóticos durante todo el periodo de seguimiento	5.9%	2.5%
Con antipsicóticos el 76-100% del periodo de seguimiento	15.9%	60.8%
5. Nunca hospitalizado	55.5%	8.1%
Hospitalizado el 76-100% del periodo de seguimiento	0.3%	2.3%
6. Deterioro de la actividad social durante todo el periodo de seguimiento	15.7%	41.6%
Actividad social normal el 76-100% del periodo de seguimiento	42.9%	31.6%

Source: Reprinted with permission. From Jablensky et al. Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures : A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med* 1992;22 (suppl 20): 1-97

capaz de llevar una vida satisfactoria y casi completamente independiente dentro de la comunidad (Harding y col., 1987; Harrison y col., 1996; an der Heiden, 1996; an der Heiden y col., 1996; Mason y col., 1995; Wiersman y col., 1996; Ciompi, 1980).

Indicadores del pronóstico

Diversos estudios han examinado los factores asociados a un mejor o peor pronóstico de la esquizofrenia, así como los predictores de la evolución a corto y largo plazo, incluyendo tanto la evolución global del trastorno como la de determinados aspectos (ej., sintomáticos, clínicos, sociales y de empleo). Los factores asociados a una mejor evolución global a corto plazo aparecen en la tabla 3, mientras que los factores asociados con un pronóstico peor se resumen en la tabla 4.

Diferencias en la evolución y el pronóstico de la enfermedad entre países desarrollados y países en vías de desarrollo

Estudios de la Organización Mundial de la Salud y de otros investigadores han demostrado invariablemente que los pacientes de países en vías de desarrollo tienen una evolución y un pronóstico más favorables, así como tasas mayores de recuperación (OMS, 1979; ICMR, 1988; Kulhara, 1994). El primer indicio de que el curso del trastorno es diferente en poblaciones de color no europeas lo proporcionó el estudio de Murphy y Raman (1971) en Mauricio. Estos autores descubrieron que la evolución del trastorno en los indígenas negros y en las personas de origen indio era más benigno y que el pronóstico era más favorable que entre los europeos de raza blanca. Kulhara y Wig (1978) publicaron en 1978 descubrimientos parecidos en la India.

Dos estudios de la Organización Mundial de la Salud han puesto de manifiesto que en países en vías de desarrollo el pronóstico de la enfermedad es

Todavía no se ha esclarecido del todo la razón por la cual el pronóstico es mejor en los países en vías de desarrollo, pero este hecho puede obedecer a que muchas personas que padecen enfermedades mentales en estas naciones son aceptadas mejor, están menos estigmatizadas y tienen más facilidad para encontrar trabajo en la economía agrícola de subsistencia (Werner, 1994; Kulhara, 1994).

Hoy en día existen tratamientos eficaces para la esquizofrenia

El tratamiento mejora el pronóstico a largo plazo. Muchas personas se reponen de la esquizofrenia si reciben un tratamiento eficaz y adecuado al comienzo del trastorno

Tres componentes principales conforman el tratamiento de la esquizofrenia:

- *Fármacos*
- *Educación e intervenciones psicosociales*
- *Rehabilitación social*

favorable en el doble de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia que en los países desarrollados (OMS, 1979; Jablensky y col., 1992). En el Estudio Piloto Internacional de la Esquizofrenia (IPPS), una investigación transcultural de 1202 pacientes en nueve países (OMS, 1973), se observó que después de un seguimiento de dos años, los pacientes con un diagnóstico inicial de esquizofrenia se caracterizaban por una evolución y un pronóstico de la enfermedad más favorables en los centros de los países en vías de desarrollo (OMS, 1979). En un seguimiento a cinco años las consecuencias clínicas y sociales también fueron mejores en pacientes de países en vías de desarrollo que en países desarrollados (Leff y col., 1990). Los datos de discapacidad social de este estudio figuran en la tabla 5.

En el segundo estudio (Jablensky y col., 1992), 1379 pacientes de 10 países fueron seguidos durante 2 años. De nuevo, se obtuvieron mejores resultados en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados. El porcentaje de pacientes en países en vías de desarrollo y desarrollados que se incluyeron en las categorías escogidas de variables de la evolución y el pronóstico de la enfermedad se muestra en la tabla 6. En este informe, el 62,7% de los pacientes de los países en vías de desarrollo mostró una evolución favorable en los dos años de seguimiento, frente al 36,8% de los países desarrollados; el 38,3% de los pacientes de países no industrializados no presentaron síntomas (remisión completa) durante más de las tres cuartas partes del periodo de seguimiento, comparado con un 22,3% en los países desarrollados. Estudios más recientes en la India han confirmado estos datos (Verghese y col., 1989; Thara y col., 1994).

Todavía no se esclarecido del todo la razón por la cual el pronóstico es mejor en los países en vías de desarrollo, pero este hecho puede obedecer a que muchas personas que padecen enfermedades mentales en estas zonas son aceptadas mejor, están menos estigmatizadas y tienen más facilidad para encontrar trabajo en la economía agrícola de subsistencia (Werner, 1994; Kulhara, 1994). Esta observación se basa en el hecho de que las estrategias

9. Häfner H, an der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997;42:139-151.
10. Häfner H, an der Heiden W, Behrens S, et al. Causes and consequences of the gender difference in age of onset of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998a;24:99-113.
11. Häfner H, Hambrecht M, Löffler W, et al. Is schizophrenia a disorder of all ages? A comparison of first episodes and early course over the life-cycle. *Psychol Med* 1998b;28(351-365).
12. Häfner H, Riecher-Rössler A, an der Heiden W, et al. Generating and testing a causal explanation of the gender difference in age at first onset of schizophrenia. *Psychol Med* 1993;23:925-940.
13. Häfner H. The epidemiology of onset and early course in schizophrenia, in Häfner H, Wolpert EM, eds. *New Research in Psychiatry*. Göttingen: Hogrefe and Huber; 1996:33-61.
14. Harding C, Brooks GW, Ashikaga T, et al. Longitudinal study: II. Long-term outcome of subjects who once met the criteria for DSM-III schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1987;144:718-727.
15. Harrison G, Croudace T, Mason P, et al. Predicting the long-term outcome of schizophrenia. *Psychol Med* 1996;26:697-705.
16. Henderson S, Duncan-Jones P, McAuley H, et al. The patient's primary group. *Br J Psychiatry* 1978;132:74-86.
17. Indian Council of Medical Research (ICMR). Multicentred collaborative study of factors associated with cause and outcome of schizophrenia. New Delhi, India: ICMR; 1988.
18. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A world Health Organization ten-country study. *Psychol Med* 1992;22(suppl 20):1-97.
19. Jeste DV, Harris MJ, Krull A, et al. Clinical and neuropsychological characteristics of patients with late onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1995;152:722-730.
20. Kulhara P, Wig NN. The chronicity of schizophrenia in North-West India: Results of a follow-up study. *Br J Psychiatry* 1978;132:186-190.
21. Kulhara P. Outcome of schizophrenia: Some transcultural observations with particular reference to developing countries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994;244:227-235.
22. Leff J, Vaughn CE. The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotions in relapse of schizophrenia: A two-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1981;139:40-45.
23. Leff J, Sartorius N, Jablensky A, et al. The International Pilot Study of Schizophrenia: Five-year follow-up findings. in Häfner H, Gattaz WF, eds. *Search for the Causes of Schizophrenia*, Vol. 2. Berlin:Springer-Verlag;1990.
24. Left J, Wig NN, Ghosh A, et al. Influences of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *Br J Psychiatry* 1987;151:166-173.
25. Mason P, Harison G, Glazebrook C, et al. Characteristics of the outcome in schizophrenia at 13 years. *Br J Psychiatry* 1995;167:596-603.
26. McGlashan TH. A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophr* 1988;14:515-542.
27. Murphy HBM, Raman AC. The chronicity of schizophrenia among indigenous tropical peoples. *Br J Psychiatry* 1971;118:489-497.
28. Ram R, Bromet EJ Eaton WW, et al. The natural course of schizophrenia: A review of first admission studies. *Schizophr Bull* 1992;18(2):185-207.
29. Riecher-Rössler A, Löffler W, Munk-Jorgensen P. What do we really know about late-onset schizophrenia? *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience* 1997;247:195-208.
30. Robertson B. *Handbook of Child Psychiatry for Primary Care*. Cape Town: Oxford University Press; 1996.
31. Sartorius N, Gulbinat W, Harrison G, et al. Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries: A description of the International Study of Schizophrenia conducted by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31(5):249-258.
32. Shepherd M, Watt D, Falloon I, et al. The natural history of schizophrenia: A five-years follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychol Med Monograph Supplement* 15. Cambridge: Cambridge University Press; 1989:1-46.
33. Thara R, Henreitta M, Joseph A, et al. Ten year course of schizophrenia: The Madras Longitudinal Study. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:329-336.
34. Van Os J, Howard R, Takai N, et al. Increasing age is a risk factor for psychosis in the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30:161-164.
35. Vergheze A, John JK, Rajkumar S, et al. Factors associated with the course and outcome of schizophrenia in India: Results of a two-year multicentre follow-up study. *Br J Psychiatry* 1989;154:499-503.
36. Warner R. *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*, 2nd edition. London: Routledge;1994.
37. Wiersma D, Giel R, de Jong A, et al. Assessment of the need for care 15 years after onset of a Dutch cohort of patients with schizophrenia, and an international comparison. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31:114-121.
38. Wig NN, Menon DK, Bedi A, et al. Distribution of expressed emotion components among relatives of schizophrenic patients in Aarhus and Chandigarh. *Br J Psychiatry* 1987;151:160-165.
39. World Health Organization. *Report of International Pilot Study of Schizophrenia*. Geneva: WHO;1973.
40. World Health Organization. *Schizophrenia: An International Follow-up Study*, Chichester, England: Wiley; 1979.

¿Cómo se trata la esquizofrenia?

que reducen la crítica y la hostilidad de los familiares mejoran el pronóstico. (Leff y Vaughn, 1981). Otra diferencia notable radica en que, en los países en vías de desarrollo, los que padecen esquizofrenia permanecen normalmente en la comunidad, con sus familias, lo que les ayuda a protegerse del aislamiento social y posiblemente se asocie con un pronóstico mejor. Esta teoría está respaldada por las investigaciones que indican que el aislamiento social se asocia con una evolución peor de la esquizofrenia (Henderson y col., 1978; ICMR, 1988; Brugha y col., 1993). En los países desarrollados los esquizofrénicos a menudo tienen que afrontar las tensiones del ambiente urbano, mucho más competitivo y estresante que el ambiente en que viven los habitantes de las localidades rurales de los países en vías de desarrollo, menos exigente lo que puede contribuir al peor pronóstico de la enfermedad. No obstante, por ahora los motivos reales de estas diferencias en el pronóstico siguen siendo hipotéticos por lo que sería necesario realizar nuevas investigaciones al respecto (Kulhara, 1994).

Las perspectivas para los pacientes con esquizofrenia han mejorado notablemente gracias al desarrollo de una serie de medicamentos e intervenciones psicosociales. Los nuevos antipsicóticos ayudan a controlar los síntomas del trastorno, al tiempo que causan menos efectos secundarios estigmatizantes. La psicoeducación y otras intervenciones psico-sociales ayudan al paciente y a sus familiares a manejar el trastorno de manera más efectiva, a reducir la disfunción social y laboral y a aumentar la reintegración social. Se han emprendido investigaciones para encontrar tratamientos más inocuos y eficaces. Además, la realización de más estudios sobre un mejor pronóstico de la esquizofrenia en los países en vías de desarrollo, con respecto a los desarrollados podrá sugerir estrategias que se apliquen en cual-

quier parte del mundo para mejorar el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia

Tres componentes principales conforman el tratamiento de la esquizofrenia:

- *Fármacos para aliviar los síntomas y evitar las recaídas.*
- *Enseñanza e intervenciones psicosociales para ayudar a los pacientes y sus familiares a resolver problemas, hacer frente al estrés, afrontar la enfermedad y sus complicaciones y prevenir las recaídas.*
- *Rehabilitación social para ayudar a los pacientes a reintegrarse en la comunidad y recuperar la actividad educativa y laboral.*

Los médicos deben tener presentes los principios de la Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría, promulgada en 1996, que recalcan la importancia de mantenerse informado de los adelantos científicos, compartir los conocimientos actualizados con otros profesionales y aceptar al paciente como un igual, por derecho, en el proceso terapéutico. También resulta esencial que las diferentes estrategias terapéuticas se apliquen de una manera integrada, por ejemplo, usando los principios de los equipos de gestión de casos (Kanter, 1989; Asociación Norteamericana de Psiquiatría, 1997). Esta estrategia permite que todos los esfuerzos se dirijan a los mismos objetivos y que el paciente y su familia comprendan la línea directriz que guía los planes de tratamiento. Finalmente, los médicos deben animar a los pacientes y sus familias a que se integren en grupos de apoyo, que pueden ser de gran ayuda y servirles de orientación para enfrentarse a la enfermedad con más eficacia.

Los antipsicóticos convencionales más comunes se enumeran en el apéndice C

-
1. *an der Heiden W. Der Langzeitverlauf der schizophrenen Psychosen: Eine Literaturübersicht. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 1996;5:8-21.*
 2. *an der Heiden W, Krumm B, Müller S, et al. Eine prospektive Studie zum Langzeitverlauf schizophrener Psychosen: Ergebnisse der 14-Jahres-Katamnese. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 1996;5:66-75.*
 3. *Asarnow RF, Caplan R, Asarnow JR. Neurobehavioural studies of schizophrenic children: A developmental perspective on schizophrenic disorders, in Häfner H, Gattaz WF, eds. Search for the Causes of Schizophrenia, Vol. III.*

Berlin: Springer-Verlag; 1995.

4. Bleuler MN. *The Schizophrenic Disorders: Long-term Patient and Family Studies*. New Haven: Yale University Press; 1978.
5. Brugha TS, Wing JK, Brewin CR, et al. *The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in long-term psychiatry disorders*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:218-224.
6. Ciompi L. *Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics*. *Schizophr Bull* 1980;6:606-618.
7. Eastham JH, Jeste DV. *Treatment of schizophrenia and delusional disorder in the elderly*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience* 1997;247:209-219.
8. Fenton WS. *Course and outcome of schizophrenia*. *Current Opinion in Psychiatry* 1997;10:40-44.

MEDICAMENTOS

Los medicamentos que se emplean actualmente para tratar la esquizofrenia se dividen en dos grupos:

- *Antipsicóticos convencionales (denominados anteriormente neurolépticos)*
- *Nuevos antipsicóticos (también denominados de segunda generación o antipsicóticos “atípicos”)*

Los primeros antipsicóticos se introdujeron en la práctica clínica a comienzos y a mediados de los años 50. El término “estándar” (o “tradicional” o “convencional”) se emplea para referirse a todos los antipsicóticos anteriores a la clozapina. Antiguamente se les denominaba neurolépticos, por sus efectos secundarios característicos sobre el sistema motor extrapiramidal, como distonía, parkinsonismo, discinesia y acatisia (véase la Tabla 7a). Estos fármacos han resultado útiles para reducir, y a veces eliminar, síntomas positivos de la esquizofrenia, como trastornos del pensamiento, alucinaciones e ideas delirantes. También pueden aliviar síntomas asociados como agitación, impulsividad y agresividad. Lamentablemente, no parecen ser tan eficaces a la hora de disminuir los síntomas negativos de la esquizofrenia, como la apatía, el retraimiento social y empobrecimiento del pensamiento. El uso a largo plazo de este tipo de fármacos también reduce el riesgo de recaídas. La introducción de antipsicóticos eficaces ha facilitado la posibilidad de tratar a los pacientes con esquizofrenia en el seno de la comunidad, evitando los reingresos. Los antipsicóticos también sirven para que las personas con esquizofrenia se beneficien mejor de las

Los efectos secundarios de los antipsicóticos pueden ser responsables de mayor estigmatización que el que crea el propio trastorno. El tratamiento que mejora los síntomas con rapidez y al reduce al tiempo mínimo los efectos secundarios ayuda a otras personas a pensar que la enfermedad es más leve con lo que se reduce la estigmatización.

distintas terapéuticas psicosociales.

En los años iniciales del desarrollo de los medicamentos el interés se centraba sobre todo en aliviar síntomas positivos como las alucinaciones y las ideas delirantes, pero en estos últimos años los investigadores han trabajado para obtener antipsicóticos más eficaces y con menores efectos secundarios, que actúen más sobre los síntomas negativos sin dejar de controlar los positivos y que ayuden a mejorar la calidad de vida de los enfermos, factores cruciales en el tratamiento moderno y la rehabilitación. La clozapina fue el primer antipsicótico con mínimos efectos secundarios extrapiramidales. A la clozapina le han seguido nuevos fármacos (véase el apéndice D) que comparten esta ventaja. Los términos “nuevo”, “de segunda generación” o “atípico” se usan para referirse a este grupo de medicamentos, prefiriéndose la denominación de segunda generación porque la “atipicidad” resulta difícil de definir. La característica principal de los nuevos antipsicóticos consiste en un menor riesgo de producir efectos extrapiramidales. También poseen otras ventajas con respecto a los antipsicóticos tradicionales, ya que mejoran los síntomas negativos y provocan un aumento menor o insignificante del nivel de prolactina.

Los antipsicóticos no son adictivos

Antipsicóticos convencionales

En el Apéndice C se enumeran los antipsicóticos convencionales que más se emplean en la actualidad. Al parecer, ejercen su efecto antipsicótico bloqueando los receptores del neurotransmisor dopamina en el sistema límbico del encéfalo. Algunos de estos fármacos se comercializan en presentaciones de absorción retardada, por lo que pueden administrarse en inyecciones de efecto prolongado con intervalos de 1 a 4 semanas. Estas inyecciones pueden ser de gran ayuda para los pacientes que tienen dificultad para tomar diariamente sus pastillas (Davis y col., 1994).

Los antipsicóticos convencionales no difieren entre ellos de forma notable en su eficacia, aunque se observan diferencias en los efectos secundarios más frecuentes de los distintos medicamentos (Wirshing y col., 1995). Por tanto, en la elección de un antipsicótico convencional, el médico deberá tener en cuenta su perfil de efectos secundarios, los antecedentes de tratamiento del paciente (si ha respondido bien o mal a un determinado fármaco o si ha padecido efectos secundarios en el pasado) y la disponibilidad de una presentación retardada y si existe la posibilidad de que el cumplimiento del régimen terapéutico suponga un problema.

Efectos secundarios de los antipsicóticos convencionales

Para que el tratamiento sea eficaz, los pacientes deben tomar sus medicamentos tal como han sido prescritos por el médico. Hay más posibilidades de que un paciente tome la medicación si nota su acción rápidamente y si el fármaco produce pocos efectos secundarios visibles que puedan causar reacciones negativas en otras personas. Cuando se elige el tratamiento, es importante que los médicos recuerden que algunas modalidades terapéuticas (ej., terapia electroconvulsiva) llevan consigo su propia estigmatización. Por ello, se debe considerar el efecto que el tratamiento produce en los demás. Si la medicación alivia inmediatamente los síntomas que producen rechazo social, resulta más fácil que la familia apoye al paciente y acepte que esté en casa.

Los efectos secundarios de los medicamentos indicados en los trastornos esquizofrénicos suelen ser muy desagradables para el paciente y es posible que su efecto disminuya el cumplimiento de las recomendaciones del médico. Peor aún, los efectos secundarios representan, en muchas ocasiones, los signos más visibles de la enfermedad. Así como los síntomas positivos y negativos pueden disminuir significativamente o incluso desaparecer, algunos de los efectos secundarios extrapiramidales marcan al paciente y

provocan que los demás lo perciban como un enfermo con un trastorno mental o con una lesión cerebral, lo que dificulta sobremanera que el paciente se integre en la comunidad. Los tratamientos anteriores se centraban en la supresión total de los síntomas, aunque se lograra a costa de la aparición de efectos secundarios graves. Sin embargo, la estrategia moderna está orientada a la prescripción de tratamientos que reduzcan al mínimo los síntomas y al mismo tiempo eviten los efectos secundarios, añadiendo simultáneamente otras intervenciones terapéuticas, no farmacológicas, que alivien aún más los síntomas.

Los efectos secundarios más frecuentes de la medicación utilizada para tratar la esquizofrenia figuran en las tablas 7a y 7b junto con los tipos de problemas que pueden causar a las personas con esquizofrenia.

Algunos de los efectos secundarios más frecuentes originados por los antipsicóticos convencionales son los síntomas extrapiramidales que representan un problema especialmente en los primeros días del tratamiento (Casy, 1996). Los síntomas extrapiramidales, como distonía, discinesia, acatisia y parkinsonismo, pueden ocasionar rigidez, temblores, inquietud o espasmos musculares agudos. Estos síntomas se suelen controlar tomando anticolinérgicos (p. ej., biperideno o benztropina), antihistamínicos (ej., difenhidramina) o betabloqueantes (Remington y Bezchibnyk-Butler, 1996, Fleischhacker y col., 1990). Sin embargo, estos fármacos deben utilizarse con precaución, ya que pueden causar sus propios efectos secundarios, tienen potencial de abuso y pueden empeorar los síntomas psicóticos (Fleischhacker y col., 1987; Fayen y col., 1988; Smith 1980; Tandon y col., 1990).

Otros posibles efectos secundarios de los antipsicóticos consisten en visión borrosa, sedación excesiva, pérdida de espontaneidad, impotencia sexual e imposibilidad para eyacular, interrupción del ciclo menstrual normal y, rara vez, crisis epilépticas. No existen tratamientos específicos para estos efec-

Si los efectos secundarios de los antipsicóticos convencionales o los síntomas negativos estigmatizan a la persona con esquizofrenia y dificultan su aceptación y su funcionamiento en la sociedad, el médico debería pensar en cambiarlo por uno de lo antipsicóticos de segunda generación, que tienen menos riesgo de causar síntomas extrapiramidales y son más eficaces en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia

tos secundarios. Normalmente, los médicos tratan de disminuir la dosis o cambiar a otro antipsicótico.

El efecto secundario denominado discinesia tardía puede aparecer después de tomar antipsicóticos convencionales durante varios años o, con menos frecuencia, después de algunos meses. La discinesia tardía provoca movimientos involuntarios de la lengua, de la boca o de otros músculos, habitualmente en episodios breves. La incidencia acumulativa de discinesia tardía es de un 5% al año (Kane y col., 1988b). En algunos casos, la discinesia tardía se vuelve crónica o irreversible (véase Tratamiento a largo plazo de los efectos secundarios, pág. 64).

En el apéndice D figuran los nuevos antipsicóticos ya comercializados o de próxima aparición

El síndrome neuroléptico maligno, un efecto adverso poco frecuente que puede poner en peligro la vida del paciente, consiste en acinesia, fluctuación de la conciencia, sudoración profunda, fiebre, rigidez y aumento de las enzimas hepáticas. Cuando se presenta, hay que interrumpir inmediatamente la medicación e, incluso, pueden ser necesarios cuidados intensivos.

Por todo lo expuesto, los médicos deben tener en cuenta los efectos secundarios de la medicación y sus posibles repercusiones en la vida del paciente a la hora de escoger un tratamiento.

Se deben realizar estudios para determinar la dosis apropiada de los nuevos antipsicóticos en diferentes poblaciones de pacientes

Antipsicóticos de segunda generación

Se están desarrollando nuevos medicamentos que actúan sobre una variedad mayor de receptores cerebrales, entre los que se incluyen los receptores serotoninérgicos y diferentes tipos de receptores dopaminérgicos. Estos nuevos fármacos, a los que se les suele denominar de segunda generación, nuevos o “atípicos” pueden resultar eficaces cuando fracasan los antipsicóticos convencionales.

El primer antipsicótico nuevo fue la clozapina. La introducción de este

Tabla 7a Efectos secundarios frecuentes de los antipsicóticos

Efectos secundarios	Descripción general
Acatisia	Inquietud interior y necesidad de moverse (incapacidad para permanecer sentado, pasear de un lado a otro, alternar el apoyo de un pie en otro, caminar sin moverse de sitio, meter y sacar las manos de los bolsillos)
Acinesia	Lentitud, falta de espontaneidad, falta de energía
Anticolinérgicos	<ul style="list-style-type: none">• Sequedad de boca• Estreñimiento• Visión borrosa• Dificultad para orinar• Problemas de memoria• Confusión
Discinesia	Movimientos de retorcimiento de la boca, la lengua y, algunas veces, de las manos. Pueden convertirse en crónicos o irreversibles (discinesia tardía).
Distonía	Posturas anormales breves o fijas de los ojos, la lengua, la cara, el cuello, las extremidades o el tronco.
Parkinsonismo	Acinesia, bradicinesia, temblores, rigidez, postura en flexión marcha torpe, inestabilidad postural, cara “en máscara”.
Sedación	Somnolencia
Sexuales y menstruales	Impotencia sexual, incapacidad para eyacular, irregularidades menstruales, pérdida de la menstruación
Temblor	Temblores intensos y regulares de las manos u otras partes del cuerpo
Aumento de peso	

Tabla 7b. Consecuencias de los efectos secundarios de los antipsicóticos

Efectos secundarios	Consecuencias
Cognitivos	
Efectos anticolinérgicos	Disminución del rendimiento cognitivo; menor capacidad para estudiar y aprender nuevas tareas. Dificultad para leer. Puede disminuir las posibilidades de empleo
Acatisia	
Discinesia	
Sedación	
Relaciones sociales	
Acatisia	La persona tiene dificultad para participar normalmente en una relación social
Acinesia	
Sedación	
Efectos anticolinérgicos	Sequedad de boca que impide hablar
Alteraciones sexuales y menstruales	Interfiere en la vida sexual normal y reduce la autoestima
Aumento de peso	Pérdida de atractivo para los demás, reduce la autoestima
Aspecto	
Acatisia	Genera rechazo social y reduce las oportunidades de integración en la comunidad. Reduce las posibilidades de empleo que requieren habilidades motoras
Discinesia	
Distonia	
Parkinsonismo	
Temblor	

medicamento cambió la opinión de que todos los antipsicóticos poseían una eficacia semejante. La clozapina es el único antipsicótico que hasta ahora ha mostrado constantemente su superioridad con respecto a otros antipsicóticos en ensayos comparativos. También, se ha comprobado que supera a los antipsicóticos convencionales en pacientes que no han respondido a la medicación con este tipo de fármacos. Además, mejora los síntomas psicopatológicos y los problemas psicosociales y su efecto

sobre los síntomas negativos es mejor que el de los antipsicóticos convencionales (Kane y col., 1988a; Hagger y col., 1993; Meltzer y col., 1990). A diferencia de estos últimos, la clozapina no produce síntomas extrapiramidales clínicamente significativos en la mayoría de los pacientes (Casey, 1996; Kurz y col., 1995) y tiene un efecto antagonista dopaminérgico mucho más débil que el de los antipsicóticos convencionales.

Lamentablemente, la clozapina tiene efectos secundarios graves. El más significativo es que puede producir un trastorno sanguíneo mortal llamado agranulocitosis, que provoca una destrucción súbita de los leucocitos. La agranulocitosis se presenta en un 1% de los pacientes tratados con este fármaco (Alvir y col., 1995) y suele presentarse en los tres primeros meses del tratamiento. Dado que la agranulocitosis es reversible si se interrumpe el tratamiento, en la mayoría de los países se exige que se realice con regularidad un recuento leucocitario. Por esta razón, la indicación de la clozapina en la mayoría de los países se restringe a los enfermos resistentes al tratamiento con otros antipsicóticos o que son incapaces de tolerar otros antipsicóticos por sus efectos secundarios. La dosis recomendada de clozapina varía de un país a otro.

Desde la introducción de la clozapina, los investigadores han tratado de obtener otros antipsicóticos que tuviesen una eficacia parecida sin el riesgo de agranulocitosis. Recientemente se han introducido, o se espera que se comercialicen en un futuro inmediato una serie de antipsicóticos exentos del riesgo de destruir los leucocitos (véase en el apéndice D la lista de medicamentos).

Los fármacos que ya están comercializados en muchos países son la olanzapina, la quetiapina, la risperidona, el sertindol y la zotepina. Se ha descrito que todos estos medicamentos son comparables o incluso superiores a los antipsicóticos convencionales en el tratamiento de los síntomas posi-

Para evitar las recaídas es muy importante ayudar a las personas con esquizofrenia a continuar tomando la medicación prescrita. Si pueden evitar las recaídas, seguirán progresando en su rehabilitación, manteniendo su empleo, su hogar y sus relaciones sociales, y reducirán, por lo tanto la estigmatización asociada con este trastorno

Los términos “adherencia”, “cumplimiento” y “observancia” se han empleado para indicar que el paciente está tomando la medicación como se ha prescrito. En este documento, se suele emplear el término observancia

La observancia del tratamiento también representa un problema en otros trastornos médicos de larga duración (ej., hipertensión, diabetes)

Una buena relación entre el médico y el paciente aumenta la predisposición del enfermo de tomar su medicación como se ha prescrito

vos de la esquizofrenia. También se ha comprobado que mejoran los síntomas negativos en mayor grado que los fármacos convencionales.

Dado que estos fármacos se han lanzado recientemente o que aún se están probando en ensayos clínicos, aún no está claro hasta qué punto serán útiles, pero parece que ofrecerán una alternativa más segura que la clozapina a las personas que padecen esquizofrenia y no responden a los antipsicóticos convencionales.

Efectos secundarios de los nuevos antipsicóticos

Como se ha mencionado, la clozapina puede causar agranulocitosis, un trastorno sanguíneo potencialmente mortal en un 1% de los pacientes tratados, lo que exige análisis de sangre regulares mientras la persona continúe tomándola. Otros efectos secundarios importantes de este fármaco son aumento de peso, sedación, babeo, estreñimiento y crisis epilépticas (Physician's Desk Reference, 1998).

Los efectos secundarios de los otros antipsicóticos de segunda generación consisten en aumento de peso, estreñimiento y sedación. También se ha observado que algunos de estos fármacos causan síntomas extrapiramidales si se administran en dosis elevadas. Véase a las tablas 7a y 7b para más detalles relativos a estos efectos secundarios.

Cómo mejorar la observancia del tratamiento

Muchas veces los efectos secundarios son la causa de que el paciente abandone el tratamiento. Algunos de estos efectos resultan inaceptables para los familiares y otros allegados y determinan que el enfermo rechace la ayuda que proporciona el tratamiento. Por eso, con objeto de mejorar la observancia de la terapéutica, los médicos deben informar al pacien-

te y a sus familiares de las posibles reacciones adversas, pedirles que comuniquen rápidamente los efectos secundarios detectados y tomar las medidas necesarias para reducir los que puedan malograr el tratamiento (ej., reduciendo la dosis de la medicación, recetando fármacos como la benztropina para disminuir algunos efectos colinérgicos, considerando la posibilidad de cambiar a otro antipsicótico con un perfil de efectos secundarios más aceptable para el paciente).

Otros factores que también pueden interferir en el deseo de la persona de tomar antipsicóticos hacen referencia a la complejidad del régimen terapéutico (p. ej., posología dos veces al día frente a una vez al día, administración de varios fármacos) la personalidad del paciente, su percepción de la necesidad de tratarse, el tipo de síntomas, la relación entre médico y paciente, el entorno terapéutico y diversas variables demográficas (Fleischhacker y col., 1994). El médico deberá evaluar estos factores y adoptar las medidas necesarias para reducir los problemas que podrían inducir al abandono del tratamiento.

En los últimos tiempos ya no se hace tanto hincapié solo en el cumplimiento y ha pasado a destacarse la alianza entre médico y paciente como medio para mejorar la observancia del tratamiento. Frank y col., (1995) describieron un método para crear una sólida alianza terapéutica entre ambos. Estos autores comprobaron que el método reducía en gran medida el porcentaje de abandonos y aumentaba la observancia del tratamiento en pacientes con trastornos del humor, lo que sugiere que este método podría ser también eficaz en la práctica general. El pilar del método es el ofrecimiento al paciente de tanta información y enseñanza como sea posible sobre el trastorno, su tratamiento y los efectos secundarios en cada estadio de la enfermedad. Frank y col., (1995) recomiendan implicar al paciente como “coinvestigador” en el proceso terapéutico, de tal forma que el médico sea el experto en el trastorno y su tratamiento en general, mientras que el paciente sea el exper-

Al determinar la duración más adecuada del tratamiento, el médico debe considerar el tipo de síntomas presentes, el historial de respuesta del paciente al tratamiento y los factores culturales y psicosociales

to en su propio trastorno y en la experiencia con el tratamiento. Estos autores tratan de involucrar también a los familiares como “miembros auxiliares del equipo terapéutico”, instruyéndoles sobre la enfermedad y la forma de tratarla y manteniéndoles informados durante todo el proceso. Finalmente, el método incluye el uso de mediciones objetivas para supervisar la observancia del tratamiento (ej., determinaciones de las concentraciones séricas de los fármacos, tareas para casa” entre las sesiones de psicoterapia).

Ajustes en el tratamiento cuando la medicación no es eficaz

Entre el 10% y el 20% de los pacientes muestran una respuesta nula o sólo limitada al tratamiento con una dosis probablemente adecuada de un antipsicótico (Hogarty y Ulrich, 1997). En la elección del paso siguiente en el tratamiento de estos pacientes, el médico debe asegurarse de que la medicación se ha administrado el tiempo suficiente y que la dosis era realmente adecuada. Las recomendaciones para los ensayos oscilan entre 1-2 semanas y varios meses, especialmente en el caso de la clozapina (Meltzer, 1989). Algunos estudios han puesto de manifiesto que los pacientes que posteriormente responden al tratamiento tienden a mejorar durante las dos primeras semanas de terapéutica en síntomas inespecíficos como las alteraciones del sueño y la agitación, y que experimentan cierta mejoría en los síntomas positivos (Levinson y col., 1992). Esto sugiere que los pacientes que no mejoran durante las 2-3 primeras semanas pueden necesitar un ajuste de la dosis. Hay que seguir investigando si la clozapina es diferente de otros fármacos en este sentido (Meltzer, 1989).

Cuando un paciente, tras un período de prueba adecuado (duración y dosis), no muestra ninguna respuesta o ésta es mínima, los médicos intentan aumentar la dosis, cambiar de medicamento o combinar más de un fármaco (ej., usar más de un antipsicótico o combinar el antipsicótico con un tipo diferente de fármaco, como una benzodiazepina, litio o un

anticonvulsivo, véase a continuación; Zárate y Cole, 1994). Aunque de uso común, estas combinaciones no se han investigado en ensayos clínicos controlados a gran escala, por lo que deben considerarse como una opción terapéutica de último recurso en pacientes que no han respondido a otros tratamientos. La terapéutica electroconvulsiva representa otra posibilidad para pacientes con esquizofrenia grave resistente al tratamiento (Salzman, 1980); sin embargo, este tipo de terapia se asocia con un estigma considerable en la opinión pública.

Tratamiento farmacológico a largo plazo

¿Quién debe recibir tratamiento a largo plazo?

Cada vez está más claro que el pronóstico de la esquizofrenia depende del tratamiento farmacológico precoz y de la prevención con éxito de las recaídas (Crow y col., 1986; Loebel y col., 1995; Wyatt, 1992). La forma mejor de evitar las recaídas consiste en mantener a largo plazo el tratamiento antipsicótico (Davis, 1988; Kane y Lieberman, 1987), lo que, como se ha demostrado, reduce la tasa de recaídas al cabo de un año en de dos tercios (Kissling, 1991; Hogarty y col., 1974; Hogarty y Ulrich, 1997). El tratamiento prolongado debe complementarse con intervenciones psicosociales (véase pág. 69). Sin embargo, es importante recordar que alrededor del 30% de los pacientes con esquizofrenia recae en el plazo de un año, a pesar de tomar antipsicóticos y durante las recaídas, estos pacientes no parecen responder al aumento de dosis (Steingard y col., 1994). Otro 20% de los pacientes con esquizofrenia padece sólo un episodio de la enfermedad sin recaídas (Möller y van Zerssen, 1995). Por desgracia, en la actualidad no hay forma de predecir qué pacientes pertenecen a este grupo y, por tanto, no necesitarían tratamiento (Gaebel y Pietzcker, 1983).

Los estudios realizados para investigar la duración necesaria del tratamiento farmacológico a la hora de evitar recaídas han demostrado sin excepción

un alto riesgo de recaídas cuando se interrumpe la medicación antipsicótica (Crow y col., 1986; Kane y Lieberman, 1987; Müller, 1982; Hogarty y col., 1974; Gilbert y col., 1995). No obstante, debe señalarse que no se ha hecho ningún estudio de este tipo en países en vías de desarrollo, donde el pronóstico de la esquizofrenia es manifiestamente mejor que en los países desarrollados. Se ha propuesto que los pacientes cuya enfermedad se ajuste a los criterios de esquizofrenia reciban tratamiento al menos durante uno a dos años. Los pacientes con episodios múltiples deberán mantenerse en remisión alrededor de cinco años antes de considerar la suspensión de la medicación (Kissling y col., 1991). Si un paciente ha sufrido episodios repetidos, necesitará tratamiento a largo plazo o de por vida. También resulta de gran ayuda supervisar a los enfermos que han padecido muchos episodios. Es importante que en el momento de establecer el diagnóstico se descarte la posibilidad de una psicosis aguda.

Se necesita investigar más para definir la duración apropiada del tratamiento en las psicosis transitoria aguda, una afección particularmente frecuente en los países en vías de desarrollo.

Los preparados de acción retardada representan una opción especial en el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia, sobre todo en los pacientes a los que les resulta difícil tomar la medicación prescrita por vía oral (Davis y col., 1994).

Dosis

Una vez que la enfermedad se estabiliza, se pueden mantener las dosis que se usaron con éxito durante el tratamiento inicial y la fase de estabilización. El médico debe tratar de establecer la dosis mínima necesaria para mantener a raya los peores aspectos de la enfermedad sin causar efectos secundarios intolerables, lo que se puede mediante ajustes cuidadosos. Puesto que se ha descrito que las recaídas originadas por dosis insuficientes pue-

El suicidio es frecuente en la esquizofrenia, en parte por los síntomas depresivos, especialmente al inicio de la enfermedad. Las intervenciones centradas en prevenir el suicidio al principio del tratamiento mitigan este problema

den tener un periodo de latencia de varios meses (Kane y Lieberman, 1987; Johnson, 1979), la posología debe mantenerse estable durante 3-6 meses antes de proceder a ajustes adicionales.

Tratamiento a largo plazo de los efectos secundarios

Como la esquizofrenia suele ser un trastorno crónico, mantener la observancia del tratamiento durante mucho tiempo se convierte en uno de los aspectos más difíciles del mismo. Las tasas de observancia disminuyen cuanto más largo es el tratamiento (Kane y Berenstein, 1985) y los efectos secundarios pueden convertirse en una poderosa razón para dejar la medicación. Así como los síntomas extrapiramidales constituyen el problema principal durante la fase inicial del tratamiento, cuando éstos son prolongados, adquieren cada vez más importancia otros efectos secundarios (aumento de peso o disfunción sexual).

Muchos de los efectos secundarios de los antipsicóticos durante la primera fase de tratamiento pueden llegar a convertirse teóricamente, en problemas crónicos. Aunque los médicos tratan de evitarlo, en algunos casos se requiere llegar a un compromiso cuando los efectos beneficiosos del tratamiento prolongado superan con claridad la importancia de algunos efectos secundarios. El médico y el paciente deben evaluar juntos con regularidad la situación

La discinesia tardía es un trastorno extrapiramidal que puede presentarse después de un tratamiento prolongado con antipsicóticos (Kane y col., 1992) (véase la pág. 58). Por tanto, los médicos deben controlar regularmente este trastorno, que consiste en movimientos musculares involuntarios, generalmente estereotipados, fruncimiento repetido de los labios, masticación y chasquidos de la lengua, labios y músculos que rodean la boca. La lengua tiende a protrudir de manera intermitente. A veces, en casos graves y poco frecuentes la situación puede derivar en contorsiones

La esquizofrenia se acompaña a menudo de síntomas afectivos (p. ej., depresión, manía). En estos casos puede ser útil añadir un estabilizador del estado de ánimo a los antipsicóticos

de los hombros, las extremidades y el tronco. La discinesia tardía debe ser tratada por un especialista. Su desarrollo puede ser progresivo, pero al menos en la mitad de los casos tiene carácter reversible (Gardos y col., 1994). Normalmente, se corrige si se interrumpe la medicación antipsicótica poco después de que aparezcan los síntomas. Si se presenta una discinesia tardía y es necesario un tratamiento continuo con un antipsicótico, puede ser útil reducir la dosis. En caso de que los síntomas sigan empeorando a pesar de haber reducido la dosis, el médico debe considerar seriamente el cambio del tratamiento por clozapina, ya que éste es el único medicamento comercializado por el momento con un riesgo insignificante de provocar discinesia tardía (Casey, 1996; Kurts y col., 1995; Lieberman y col., 1991; Dave, 1994). Datos preliminares indican que otros antipsicóticos nuevos también tienen un riesgo considerablemente menor de inducir discinesia tardía.

Las formas más graves e irreversibles de discinesia tardía se presentan, afortunadamente, en muy pocos pacientes. Otros muchos ni siquiera tienen conciencia subjetiva de los síntomas de discinesia tardía, si bien estos pueden contribuir a la estigmatización.

Antidepresivos en la esquizofrenia

Puede ser difícil diagnosticar una depresión en individuos con esquizofrenia porque resulta complicado distinguir los verdaderos síntomas depresivos de los síntomas negativos primarios que forman parte de la esquizofrenia y de ciertos efectos secundarios de los antipsicóticos, como la acinesia (Carpenter, 1996). La depresión puede ser parte del trastorno esquizofrénico o una reacción psicológica a la enfermedad, un hecho muy frecuente cuando el enfermo se encuentra en remisión (Siris, 1995; Liddle y col., 1993).

otras razones por los síntomas depresivos que suelen aparecer, especialmente al inicio de la enfermedad (Roy, 1990). Por tanto, es extremadamente importante tratar la depresión cuando se manifieste, y los anti-depresivos pueden ser de gran ayuda en estos casos. Tanto la imipramina (Rifkin y Siris, 1987) como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina han resultado eficaces para tratar los síntomas negativos (Goff y col., 1995). Sin embargo, un estabilizador del estado de ánimo podría resultar más apropiado, pues los antidepresivos pueden desencadenar un episodio maníaco y exacerbar los síntomas de la esquizofrenia.

Estabilizadores del estado de ánimo en la esquizofrenia

Cuando la esquizofrenia se acompaña de síntomas afectivos importantes (ej., depresión, manía), puede ser conveniente añadir un estabilizador del estado de ánimo a los antipsicóticos. El carbonato de litio es un fármaco de este tipo que se ha utilizado durante decenios en el tratamiento del trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva). En los últimos años, se ha comprobado que anticonvulsivos como la carbamazepina y el valproato también son también eficaces en el tratamiento del trastorno bipolar. Estos medicamentos también se emplean para tratar un tipo de esquizofrenia denominado trastorno esquizoafectivo, en el que la persona muestra fluctuaciones cíclicas del estado de ánimo y de los impulsos u otras características del trastorno bipolar. Además, estos medicamentos pueden usarse como prueba en pacientes en quienes el tratamiento exclusivo con antipsicóticos resulta insuficiente.

Uso complementario de benzodiazepinas en la esquizofrenia

Debido a que la repercusión del trastorno se deja sentir en muchas áreas de la vida, el tratamiento eficaz debe combatir diversos problemas, como:

- Reconocimiento temprano de las recaídas
- Prevención de las recaídas
- Aumento de la introspección y la observancia del tratamiento
- Psicoeducación
- La vida en familia
- Cuidados en la comunidad y en otros ámbitos especiales
- Técnicas sociales y de afrontamiento y rehabilitación

Cuando las personas con esquizofrenia están muy alteradas (hiperactivas, excitadas, o con riesgo de dañar a los demás, con intentos de suicidio o de abandonar el tratamiento) se les puede ayudar, durante un periodo breve, usando benzodiazepinas además de los antipsicóticos. La creencia generalizada era que las benzodiazepinas (ej., diazepam y lorazepam) no sirven para el tratamiento de la psicosis. Sin embargo, se ha descubierto que suelen ser eficaces para calmar a personas con una psicosis agitada (Taylor y col., 1982; Haefely, 1978; Nestoros, 1980; Brunney y Aghajanian, 1976).

Una ventaja de las benzodiazepinas como complemento de los antipsicóticos es que tienen menos efectos secundarios que estos. La desventaja es que pueden crear dependencia, por lo que, en la mayoría de los casos, sólo son adecuadas durante un periodo corto de tiempo.

1. Alvir JM, Lieberman JA, Safferman AZ. Do white-cell count spikes predict agranulocytosis in clozapine recipients? *Psychopharmacol Bull* 1995;31:311-314.
2. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997.
3. Bunney GS, Aghajanian GK. The effect of antipsychotic drugs on the firing of dopaminergic neurons: A reappraisal, in Sedvall G, Uvnäs G, and Zotterman Y, eds. *Antipsychotic Drugs: Pharmacodynamics and Pharmacokinetics*. New York: Pergamon; 1976.
4. Carpenter WT. The treatment of negative symptoms: Pharmacological and methodological issues. *Br J Psychiatry* 1996;168(suppl. 29):17-22.
5. Casey DE. Extrapyrarnidal syndromes: Epidemiology, pathophysiology and the diagnostic dilemma. *CNS Drugs* 1996;5(suppl. 1):1-12.
6. Crow TJ, McMillan JF, Johnson AL, et al. The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: II. A randomized controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *BR J Psychiatry* 1986;148:120-127.
7. Dave M. Clozapine-related tardive dyskinesia. *Biol Psychiatry* 1994;35:886-887.
8. Davis JM. Maintenance medication, in Barnes TRE, ed. *Depot Neuroleptics: A Consensus*. London: Mediscript;1988:47-52.
9. Davis JM, Matalon L, Watanabe MD, et al. Depot antipsychotic drugs: Place in therapy. *Drugs* 1994;47:741-773.
10. Fayen M, Goldman MB, Moulthrop MA, et al. Differential memory function with dopaminergic versus anticholinergic treatment of drug induced extrapyramidal symptoms. *Am J Psychiatry* 1988;145:483-486.
11. Fleischhacker WW, Barnas C, Günther V, et al. Mood-altering effects of biperiden in healthy volunteers. *J Affect Dis* 1987;12:153-157.
12. Fleischhacker WW, Meise U, Günther V, et al. Compliance with antipsychotic drug treatment: Influence of side effects. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(suppl. 382):11-15.
13. Fleischhacker WW, Roth SD, Kane JM. The pharmacologic treatment of neuroleptic-induced akathisia. *J Clin Psychopharmacol* 1990;10:12-21.
14. Frank E, Kupfer DJ, Siegel LR. Alliance not compliance: A philosophy of outpatient care. *J Clin Psychiatry* 1995;56(suppl. 1):11-17.
15. Gaebel W, Pietzcker A. Indikation zur neuroleptischen Langzeitmedikation-Standardverfahren oder individualprog-

- nostisch geleitete intervention? Nervenarzt* 1983;54:467-476.
16. Gardos G, Casey DE, Cole JO, et al. Ten-year outcome of tardive dyskinesia. *Am J Psychiatry* 1994;151:836-841.
 17. Gilbert PL, Harris MJ, McAdams LA. Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:173-188.
 18. Goff DC, Brotman AW, Waites M, et al. Trial of fluoxetine added to neuroleptics for treatment resistant schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1990;147:492-494.
 19. Goff DC, Kamal KM, Sarild-Segal O, et al. A placebo-controlled trial of fluoxetine added to neuroleptics in patients with schizophrenia. *Psychopharmacology* 1995;117:417-23.
 20. Haefely WE. Behavioral and neuropharmacological aspects of drugs used in anxiety and related states, in Lipton MA, DiMascio A, and Killam KF, eds. *Psychopharmacology: A Generation of Progress*. New York: Raven Press; 1978.
 21. Hagger C, Buckley P, Kenny JT, et al. Improvement in cognitive functions and psychiatric symptoms in treatment-refractory schizophrenic patients receiving clozapine. *Biol Psychiatry* 1993;34:702-712.
 22. Hogarty GE, Ulrich RS. Temporal effects of drug and placebo in delaying relapse in schizophrenia outpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1997;34:297-307.
 23. Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler NR, et al. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: Two year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:603-608.
 24. Johnson DAW. Further observations on the duration of depot neuroleptic maintenance therapy in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1979;135:524-530.
 25. Kane JM, Borenstein M. Compliance in the long-term treatment of schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 1985;21:23-27.
 26. Kane JM, Lieberman JA. Maintenance pharmacotherapy in schizophrenia, in Meltzer HY, ed. *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*. New York: Raven Press;1987:1103-1109.
 27. Kane JM, Honigfeld G, Singer J, et al. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. *Arch Gen Psychiatry* 1988a;45:789-796.
 28. Kane JM, Jeste DV, Barnes TRE, et al. Tardive Dyskinesia: A Task Force Report of the American Psychiatric Association. Washington DC: American Psychiatric Association; 1992.
 29. Kane JM, Woerner M, Lieberman J. Tardive dyskinesia: Prevalence, incidence and risk factors. *J Clin Psychopharmacol* 1988b;8:52S-56S.
 30. Kanter J. Clinical case management: Definition, principles components. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:362-368.
 31. Kissling W. Duration of neuroleptic maintenance treatment, in Kissling W, ed. *Guidelines for Neuroleptic Relapse Prevention in Schizophrenia*. Berlin: Springer, 1991:94-112.
 32. Kissling W, Kane JM, Barnes TRE, et al. Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia: Towards a consensus view, in Kissling W, ed. *Guidelines for Neuroleptic Relapse Prevention in Schizophrenia*. Berlin: Springer;1991:151-163.
 33. Kurz M, Hummer M, Oberbauer H, et al. Extrapyramidal side effects of clozapine and haloperidol. *Psychopharmacology* 1995;118:52-56.
 34. Levinson DF, Singh H, Simpson GM. Timing of acute clinical response to fluphenazine. *Br J Psychiatry* 1992;160:365-371.
 35. Liddle PF, Barnes TRE, Curson DA, et al. Depression and the experience of psychological deficits in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:243-247.
 36. Lieberman JA, Saltz BL, Johns CA, et al. The effects of clozapine on tardive dyskinesia. *Br J Psychiatry* 1991;158:503-510.
 37. Loebel A, Lieberman J, Alvir J, et al. Time to treatment response in successive episodes of early onset schizophrenia. *Schizophr Res* 1995;15:158.
 38. Meltzer HY. Duration of a clozapine trial in neuroleptic-resistant schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:672.
 39. Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, et al. Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:892-897.
 40. Möller HJ, van Zerssen D. Course and outcome of schizophrenia, in Hirsch SR, Weinberger DR, eds. *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell Science Ltd;1995:106-127.
 41. Müller P. Zur Rezidivprophylaxe schizophrener Psychosen. Stuttgart: Enke;1982.
 42. Nestoros JN. Benzodiazepines in schizophrenia: A need for a reassessment, *International Pharmacopsychiatry* 1980;15:171-179.
 43. *Physicians' Desk Reference*, 52th Edition, Montvale, New Jersey: Medical Economics Data, 1998.
 44. Remington G, Bezchlibnyk-Butler K. Management of acute antipsychotic-induced extrapyramidal syndromes. *CNS Drugs* 1996;5(suppl. 1):21-35.

Prácticamente, toda comparación rigurosa de las intervenciones clínicas y de la rehabilitación social han demostrado que la medicación combinada con rehabilitación social consigue a una recuperación mejor del paciente que cada una de estas técnicas por separado

La enseñanza en el tratamiento de la esquizofrenia, a menudo denominada psicoeducación, implica proporcionar información sobre el trastorno, las opciones de tratamiento, los efectos secundarios, la prevención de las recaídas y las estrategias de afrontamiento

Una alianza terapéutica entre el paciente y el médico representa una clave importante para un tratamiento satisfactorio

45. Rifkin A, Siris S. Drug treatment of acute schizophrenia, in Meltzer HY, ed. *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*. New York: Raven Press;1987:1095-1101.
46. Roy A. Relationship between depression and suicidal behavior in schizophrenia, in DeLisi LE, ed. *Depression in Schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1990.
47. Salzman C. The use of ECT in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1980;137:1032-1041.
48. Siris SG. Depression and schizophrenia, in Hirsch SR, Weinberger DR, eds. *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell Science; 1995:128-145.
49. Smith JM. Abuse of antiparkinsonian drugs-a review of the literature. *J Clin Psychiatry* 1980;41:351-354.
50. Steingard S, Allen M, Schooler NR. A study of the pharmacologic treatment of medication-compliant schizophrenics who relapse. *J Clin Psychiatry* 1994;55:470-472.
51. Tandon R, Mann NA, Eisner WH, et al. Effect of anticholinergic medication on positive and negative symptoms in medication-free schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 1990;31:235-241.
52. Taylor DP, Riblet LA, Stanton HC, et al. Dopamine and anti-anxiety activity. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, vol. 17, 1982; suppl 1:25-35.
53. Wirshing WC, Marder SR, Van Putten T, et al. Acute treatment of schizophrenia, in Bloom FE, Kupfer DJ, eds. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York: Raven Press; 1995:1259-1266.
54. Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1992;17:325-351.
55. Zarate CA, Cole JO. An algorithm for the pharmacological treatment of schizophrenia. *Psychiatric Annals* 1994;24:333-339.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Desde hace tiempo se ha comprobado que los factores psicosociales afectan al tratamiento, pronóstico, evolución y consecuencias de la esquizofrenia. Aun cuando la farmacología ha revolucionado el tratamiento de la enfermedad, en los últimos años se ha adquirido mayor concienciación gracias a la investigación, de que las intervenciones psicosociales tienen un impacto considerable en los resultados del tratamiento de la esquizofrenia. Las intervenciones psico-sociales incluyen el uso de estrategias y técnicas psicológicas o sociales para reducir o eliminar las deficiencias, discapacidades, disfunciones y minusvalías cognitivas, psicológicas y sociales, con el fin de facilitar la reintegración social y la rehabilitación psicosocial. En términos prácticos, las intervenciones psicosociales pretenden aliviar tanto los síntomas negativos como los síntomas positivos, aumentar la comprensión y la observancia al tratamiento, prevenir las recaídas, mejorar las habilidades sociales y de comunicación y enseñar técnicas y estrategias para que los pacientes y sus familiares puedan afrontar mejor el estrés (Mueser y col., 1990; Tomara y col., 1998). Las intervenciones psicosociales son un complemento ideal de los medicamentos.

Muchos síntomas de la esquizofrenia surgen en un proceso continuo junto con experiencias y creencias normales. Esto se puede utilizar para reducir la estigmatización y constituye una de las razones que apoyan la utilización de terapias cognitivas en la esquizofrenia

Los problemas que padecen las personas con esquizofrenia en su vida son de índole social, personal, clínicos y, algunas veces, políticos (ej., discriminación). Debido a que la repercusión del trastorno se deja sentir en diferentes áreas de la vida, el tratamiento, para ser eficaz, debe combatir diversos problemas, como el reconocimiento temprano de las recaídas y su prevención, una mejor introspección y observancia del tratamiento, psicoeducación, vida en familia, cuidados en comunidad y asistencia en otros ámbitos, así como técnicas sociales y de afrontamiento y rehabilitación.

Prácticamente, toda comparación rigurosa de las modalidades médicas y de la rehabilitación social han demostrado que la medicación combinada con rehabilitación social consigue una recuperación mejor que cada una de estas técnicas por separado. Los fármacos suelen ser necesarios pero nunca son suficientes, mientras que la rehabilitación casi siempre logra mejores resultados, con el uso de una medicación cuidadosamente prescrita.

Las personas con esquizofrenia se benefician cuando una serie de métodos terapéuticos son aplicados por el mismo equipo de profesionales a lo largo del tiempo una serie de métodos terapéuticos todo el tiempo. La continuidad en la atención y de los cuidadores es muy importante para la persona que está siendo tratada. Los enfermos también se sienten mejor atendidos cuando pueden hacerse oír a la hora de escoger entre diferentes opciones de tratamiento, locales y servicios. Se pueden necesitar servicios especiales que faciliten tanto la medicación como la rehabilitación social, para personas particularmente vulnerables (ej., ancianos, mujeres, niños y adolescentes, personas con varias discapacidades y los que no hablen la lengua principal del país).

Educación

Es importante que las personas con esquizofrenia y sus familiares o cuidadores reciban información sobre la naturaleza de la esquizofrenia, sus cau-

sas, síntomas y tratamiento. Se deben enseñar sobre las ventajas y desventajas relativas de los distintos medicamentos, los efectos secundarios más frecuentes que son de esperar en cada tipo de fármaco, los síntomas que pueden predecir una recaída y los riesgos particulares del abuso de sustancias en estos enfermos. Esta información ayudará a los pacientes y a sus familiares a asumir un papel más activo en la planificación del tratamiento y ayudará a mejorar el cumplimiento terapéutico y el apoyo que los familiares y cuidadores facilitan al enfermo.

Psicoterapias

La psicoterapia desempeña un papel importante en el tratamiento de la esquizofrenia. Se debe reconocer que las experiencias psicóticas del individuo no carecen de sentido, sino que representan, de forma distorsionada, problemas y preocupaciones importantes en la vida emocional del afectado. Los profesionales de la salud mental han señalado, desde hace tiempo, el papel de la familia en el curso y pronóstico de la esquizofrenia (Brown y col., 1972). La investigación permite suponer que implicar a la familia en el proceso psicoterapéutico es beneficioso tanto para el paciente como para los propios familiares (Falloon y col., 1988). (Véanse las págs. 74, 75 y 76 para una información más detallada de la intervención de la familia). Una amplia variedad de psicoterapias han sido investigadas para el tratamiento de la esquizofrenia.

El proceso de recuperación de la esquizofrenia es más favorable si las personas que padecen la enfermedad participan junto con los profesionales en el análisis y la toma de decisiones sobre su propio tratamiento

La psicoterapia individual de apoyo combinada con medicación goza de gran predicamento. La psicoterapia de apoyo hace hincapié en la escucha empática y el apoyo emocional. Se centra en la exploración de la capacidad del paciente de afrontar las dificultades sociales y de otro tipo, a la vez que le ayuda y anima para buscar formas de adaptarse a la complejidad que supone vivir en comunidad.

Las terapias conductuales cognitivas tienen una utilidad cada vez mayor en la modificación del comportamiento mediante la aplicación de técnicas de control de los síntomas (ej., control de la ansiedad), control de alucinaciones persistentes, reducción del discurso delirante y refuerzo del rendimiento cognitivo (Lieberman y col., 1995; Perris, 1989, 1992; Brenner y col., 1993). La terapia conductual cognitiva parece ser un tratamiento eficaz tanto para individuos como para grupos de pacientes con esquizofrenia (Bellack, 1992; Kingdon y Turkington, 1994). La psicoeducación individual y de grupo suele incluirse como parte de la terapia conductual cognitiva. El terapeuta trata temas como la aceptación de la enfermedad, la adaptación a déficit funcionales y la naturaleza crónica de la enfermedad, el autocontrol de la medicación y el reconocimiento precoz de los síntomas de recaída. Las intervenciones incluyen orientación de apoyo, dramatización (*role playing*) y modelado (Hogarty y col., 1995).

La psicoterapia de grupo es una forma de tratamiento psicológico muy utilizada, una vez que los síntomas positivos se han estabilizado con la medicación. Su propósito es ayudar a los miembros del grupo a experimentar un ambiente terapéutico y social que se apoye en la realidad y les anime a relacionarse entre sí mediante diferentes técnicas (Yalom, 1985). Algunas investigaciones comparativas han revelado que la psicoterapia de grupo puede ser más eficaz que la psicoterapia individual (May, 1968).

Técnicas combinadas. Se ha propuesto una variedad de modelos terapéuticos psicosociales multidimensionales para pacientes con esquizofrenia, que combinan la terapia individual y familiar con componentes educativos, rehabilitación profesional y mantenimiento de la medicación (Bellack y Mueser, 1993; Ciompi, 1987; Keith y Docherty, 1990).

La psicoterapia psicodinámica consiste en interpretar la vida pasada y actual del paciente. Este terapéutica no se considera un tratamiento psico-

Muchas personas con esquizofrenia ven limitada su capacidad de encontrar trabajo, hacer amigos, casarse y cuidar de sí mismas. La mayoría pueden funcionar en la sociedad si cuentan con cuidadores conscientes e informados que les ayuden a adaptarse a estas limitaciones

Los familiares suelen ser los principales cuidadores de las personas con esquizofrenia

Las culturas difieren en el énfasis que ponen en la autoconfianza e independencia del individuo.

lógico de elección para la esquizofrenia, ya que estudios controlados sobre esta clase de intervenciones en personas con esquizofrenia han mostrado que no son eficaces (May, 1968; Grinspoon y col., 1972; Gunderson y col., 1984).

1. Bellack AS, Mueser KT. Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993;19:317-336.
2. Bellack AS. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Is it possible? Is it necessary? *Schizophr Bull* 1992;18:43-50.
3. Brenner HD, Hodel B, Genner R, et al. Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: Implications for treatment. *Br J Psychiatry* 1993; 161(suppl 18):154-163.
4. Brown Gw, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Br J Psychiatry* 1972;121:241-258.
5. Ciompi L. Toward a coherent multidimensional understanding and therapy of schizophrenia: Converging new concepts. In Strauss JS, Boker W, Brenner H.D, eds. *Psychosocial Treatment of Schizophrenia: Multidimensional Concepts. Psychological Family and Self-help Perspectives*. Toronto: Hans Huber; 1987:48-62.
6. Falloon IRH, Mueser K, Gingerich S, et al. *Behavioural Family Therapy: A Workbook*. Buckingham: BMHS; 1988.
7. Grinspoon L, Ewalt JR, Shader RI. *Schizophrenia: Pharmacotherapy and Psychotherapy*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1972.
8. Gunderson JG, Frank A, Katz HM, et al. Effects of psychotherapy in schizophrenia II: Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984;10:564-598.
9. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, et al. Personal therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21:379-393.
10. Keith SJ, Docherty JP, eds. *Handbook of Schizophrenia-Psychosocial Treatment of schizophrenia*. Vol 4. Amsterdam, the Netherlands: Elsevier; 1990.
11. Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia*. Hove, Sussex: Lawrence Erlbaum; 1994.
12. Liberman RP, Spaulding WD, Corrigan PW. Cognitive-behavioural therapies in psychiatric rehabilitation, in Hirsch SR, Weinberger DR, eds. *Schizophrenia*. London: Blackwell; 1995:605-625.
13. May PPA. *Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five Treatment Methods*. New York: Science House; 1968.
14. Mueser KT, Liberman RP, Glynn SM. Psychosocial interventions in schizophrenia, in Kales A, Stefanis C, Talbot J, eds. *Recent Advances Schizophrenia*. New York: Springer-Verlag; 1990:213-236.
15. Perris CA. A cognitive-behavioral treatment program for patients with schizophrenic disorder, in Liberman RP, ed. *New Directions for Mental Health Services: Effective Psychiatric Rehabilitation*. San Francisco: Jossey-Bass; 1992:21-32.
16. Perris C. *Cognitive Therapy with Schizophrenic Patients*. New York: Guilford; 1989.
17. Tomaras V, Vlachonikolis IG, Stefanis CN, et al. The effect of individual psychosocial treatment on the family atmosphere of schizophrenic patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 23:256-261.
18. Yalom ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 3rd Edition. New York: Basic Books; 1985.

Los grupos de apoyo familiar tienen un papel importante en la reintegración de las familias en la comunidad

Participación de la persona con esquizofrenia en el tratamiento

El proceso de recuperación de la esquizofrenia es más favorable si las personas que padecen la enfermedad participan junto con los profesionales sanitarios en el análisis y la toma de decisiones sobre su propio tratamiento

to. Los enfermos y sus familiares pueden ayudar a planificar los servicios y, en algunos casos, a prestar los servicios terapéuticos. Cuando se ofrece una información y una enseñanza adecuadas a los pacientes y familiares y se les brinda la oportunidad de participar en la toma de decisiones, aumentan también las posibilidades de que los pacientes se observen bien el tratamiento. Además, se ha demostrado que implicar a los enfermos y a sus familiares en la formación del personal sanitario mejora las actitudes profesionales y los resultados del tratamiento (National Community Advisory Group on Mental Health, 1994).

1. National Community Advisory Group on Mental Health. Let's Talk about Action. Canberra, Australia, 1994.

Los familiares pueden convertirse en socios eficaces en el tratamiento y ayudar a aumentar su eficacia de diferentes maneras. El apoyo familiar también ayuda a mejorar la observancia del tratamiento por parte del paciente

Se pueden facilitar diferentes tipos de apoyo a las familias, como asesoramiento individual y de grupo, implicando sólo a los familiares o a los familiares y al paciente.

El papel de la familia en el proceso terapéutico

Participación de las familias en el tratamiento

Muchas personas con esquizofrenia ven limitada su capacidad para encontrar trabajo, hacer amigos, casarse y cuidar de sí mismas. La mayoría pueden funcionar en la sociedad si cuentan con cuidadores solícitos e informados que les ayuden a adaptarse a estas limitaciones. El cuidador puede convertirse en un aliado importante a la hora de asegurar que los pacientes sigan el tratamiento prescrito. Muchas veces también tienen que prestar ayuda económica y alojamiento, echar una mano a los enfermos en sus actividades diarias como comprar, cocinar y lavar la ropa, supervisar la medicación, controlar los síntomas, negociar con los empresarios y los organismos sociales y ofrecer apoyo moral.

Los familiares suelen ser los principales cuidadores de las personas con esquizofrenia. El tipo de ayuda que prestan depende de las necesidades del familiar enfermo, la disponibilidad de servicios comunitarios y psiquiátricos y el papel, definido culturalmente, de los familiares como cuidadores. En las sociedades individualistas de Occidente, el principal objetivo de los miembros de la familia (y del sistema de salud mental) es ayudar al enfermo a que funcione con independencia, controle su enfermedad y lleve una vida propia.

Las culturas difieren en el énfasis que ponen en la autoconfianza e independencia del individuo. En determinadas culturas, la interdependencia se considera la mejor manera de relacionarse socialmente y una forma moral de existencia. En estas circunstancias, a los individuos que evitan pasiva o activamente la relación interdependiente se les considera transgresores de las normas sociales y de buen comportamiento. En los lugares donde las familias numerosas son frecuentes y mantienen estrechos vínculos a lo

Muchas de las familias que viven con una persona gravemente enferma necesitan ayuda para poder enfrentarse, a todas horas, al comportamiento difícil del paciente

largo de la vida, las personas que siguen dependiendo de otras (o se vuelven dependientes por una enfermedad o el envejecimiento) son bien toleradas, siempre que no avergüencen constantemente a la familia. Las sociedades difieren significativamente en el peso que dan a los síntomas de la esquizofrenia que se consideran más perturbadores (Katz y col., 1988).

La proporción de personas con esquizofrenia que viven con sus familias es variable. En los países en vías de desarrollo, los servicios de bienestar social son limitados, por lo que los individuos suelen vivir en el seno de la familia. En algunas culturas centradas en la familia (como China), todos los integrantes en su conjunto, no sólo el individuo, toman la mayoría de las decisiones de carácter social y sanitario en lugar del familiar enfermo. En estas sociedades se asume que las personas con enfermedades de larga duración, como la esquizofrenia, dependen de la ayuda familiar, por lo que no se intenta promover la independencia. El objetivo familiar es curar la enfermedad, siempre que sea posible, o crear un sistema de ayuda basado en la familia en caso de que los síntomas persistan (Phillips, 1993; Xiong y col., 1994; Zhang y col., 1994).

Mantener a un familiar con esquizofrenia supone un esfuerzo difícil y duro que puede resultar muy angustiante. La presencia en la casa de una persona con esquizofrenia puede convertirse en una carga económica, afectar a la vida laboral y social de otros familiares y ser emocionalmente agotadora, sobre todo cuando el enfermo tiene una recaída. En algunos casos, la respuesta emocional de la familia y los métodos que los familiares emplean para controlar la enfermedad resultan contraproducentes. Intentar controlar el comportamiento de una persona enferma a base de críticas excesivas o sobreprotección puede dar como resultado recaídas más frecuentes (Kavanagh, 1992 a y b). La enseñanza sobre la enfermedad y su tratamiento suele beneficiar a los familiares, así como el asesoramiento que proporciona apoyo emocional y consejos prácticos para saber cómo controlar el comportamiento del enfermo. Los grupos de apoyo también pueden

Hay una tendencia cada vez mayor a preparar a los profesionales de salud mental para trabajar con las familias. En Londres y Manchester, por ejemplo, se han establecido dos centros de formación de profesionales de la psiquiatría para el trabajo en familia. Los cursos Thorn incluyen tanto aprendizaje didáctico como experimental y ya se han formado más de un centenar de médicos hasta el momento (Midence y col., 1995)

La psicoeducación y el apoyo familiares son probablemente las estrategias psicosociales más empleadas de las validadas empíricamente

ser una buena fuente de enseñanza para los pacientes y sus familiares y resultan especialmente útiles para mejorar la comunicación y las estrategias de afrontamiento. Mejorar la capacidad de los familiares de enfrentarse a la enfermedad puede disminuir la carga familiar y reducir los síntomas y la discapacidad del enfermo (Brichwood y Cochrane, 1990; Lam, 1991; Leff y col., 1990; Rea y col., 1991; Torrey, 1998; Vaughan y col., 1992).

1. Birchwood M, Cochrane R. *Families coping with schizophrenia: Coping styles, their origins and correlates*. *Psychol Med* 1990; 20:857-865.
2. Katz MM, Marsela A, Dube KC, et al. *On the expression of psychosis in different cultures: Schizophrenia in an Indian and in a Nigerian community*. *Cult Med Psychiatry* 1988; 12(3):331-355.
3. Kavanagh DJ. *Family interventions for schizophrenia*, in Kavanagh DJ, ed. *Schizophrenia: An Overview and Practical Handbook*. London: Chapman & Hall; 1992a: 407-423.
4. Kavanagh DJ. *Recent developments in expressed emotion and schizophrenia*. *Br J Psychiatry* 1992b;160:601-620.
5. Lam DH. *Psychosocial family interventions in schizophrenia: A review of empirical studies*. *Psychol Med* 1991;21:423-441.
6. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, et al. *A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia: Two-year follow-up*. *Br J Psychiatry* 1990;157:571-577.
7. Phillips MR. *Strategies used by Chinese families coping with schizophrenia*, in Davis D, Harrell S, eds. *Chinese Families in the Post-Mao Era*. Berkeley: University of California Press; 1993.
8. Rea MM, Strachan AM, Goldstein MJ, et al. *Change in patient coping style following individual and family treatment for schizophrenia*. *Br J Psychiatry* 1991;158:642-647.
9. Torrey EF. *Surviving Schizophrenia: A Training Manual (Revised)*. New York: Harper & Row; 1988.
10. Vaughan K, Doyle M, McConaghy N, et al. *The Sydney intervention trial: A controlled trial of relatives counselling to reduce schizophrenic relapse*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:16-21.
11. Xiong W, Phillips MR, Wang RW, et al. *Family-based intervention for schizophrenic patients in China: A randomized controlled trial*. *Br J Psychiatry* 1994;165:239-247.
12. Zhang MY, Yan HQ, Phillips MR. *Community-based psychiatric rehabilitation in Shanghai: Facilities, services, outcome, and culture-specific characteristics*. *Br J Psychiatry* 1994;165(suppl. 24):70-79.

El objetivo primordial de la rehabilitación social es mejorar la calidad de vida de la persona con esquizofrenia

Trabajo profesional con las familias

Tras establecer el diagnóstico de esquizofrenia, resulta primordial para quienes tratan al paciente educar a la familia (y al enfermo, a no ser que la gravedad del trastorno lo impida) sobre la enfermedad y los efectos beneficiosos y los riesgos del tratamiento médico. Es importante que el paciente y sus familiares comprendan la importancia que tiene tomar la medicación según se ha prescrito, aprender a reconocer e informar acerca de los efectos secundarios según se manifiesten y saber identificar los primeros síntomas de una recaída. Se ha demostrado que, cuando los pacientes y sus familia-

res reciben una información adecuada, puede mejorar considerablemente la adherencia al régimen terapéutico (Bäumli y col., 1993). Los primeros contactos son cruciales para establecer la alianza terapéutica entre el médico y el paciente, una alianza en la que se basarán todos los esfuerzos futuros de tratamiento. Se ha verificado que los talleres psicoeducativos son de gran ayuda en el establecimiento de estas alianzas, porque mejoran la adherencia al tratamiento y previenen las recaídas (Bäumli y col., 1993; Goldstein, 1994).

Sin embargo, la intervención de la familia no debe limitarse simplemente al ámbito educativo. El trabajo con los familiares de aquellos que padecen esquizofrenia, ha recibido diferentes denominaciones, tales como: control de crisis (Goldstein y col., 1978), intervención familiar conductual (Falloon y col., 1982) y psicoeducación (Hogarty y col., 1986). Esta última se ha revelado como la más popular entre las organizaciones de familiares, porque sugiere que el elemento clave de las intervenciones consiste en ofrecer información a las familia sobre la enfermedad. Algunos profesionales también interpretan la investigación en este sentido, ya que parece ser una forma rápida, económica, que satisface a los familiares y ayuda a mejorar el pronóstico de los pacientes. Sin embargo, supone una desfiguración importante de los resultados de numerosas investigaciones, que han demostrado qué tipo de intervenciones son eficaces y cuáles no. Las sesiones educativas tienen poco efecto por sí solas (Berkowitz y col., 1984; Tarrrier y col., 1988), en parte porque los familiares suelen tener mucha ansiedad, lo que les impide asimilar la información en un primer momento. Además, llevan tiempo y requieren habilidad profesional aliviar la ansiedad de los familiares suficientemente para que puedan asimilar la información y hacer uso de ella. Por otra parte, además de información, los familiares también necesitan apoyo para ser capaces de enfrentarse al difícil comportamiento, día y noche, de sus familiares enfermos.

Las intervenciones breves, aunque aparentemente son atractivas, no lo son en realidad. Un ciclo limitado de diez sesiones no modifica el curso del tras-

Los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental deben ser conscientes de las barreras sociales y legales que se interponen en la reintegración de las personas con esquizofrenia en la comunidad, y deben trabajar para reducir estos obstáculos

Las habilidades necesarias para vivir con independencia son prestar atención al aspecto y la vestimenta, prepararse la comida, adoptar medidas de seguridad y conseguir y mantener la vivienda

torno (Vaughan y col., 1992). Las intervenciones familiares realizadas por terapeutas con poca experiencia tampoco son eficaces (McCreadie y col., 1991). Distintos autores han clasificado las habilidades y las técnicas terapéuticas necesarias en este tipo de intervenciones (Anderson y col., 1986; Falloon y col., 1984; Kuipers y col., 1992). Estas consisten en:

- *Impartir enseñanza sobre la esquizofrenia*
- *Ayudar a los familiares a aprender técnicas para solventar problemas*
- *Mejorar la comunicación*
- *Tratar los conflictos*
- *Reducir la crítica y la sobreimplicación*
- *Rebajar las expectativas*
- *Aumentar las redes de apoyo social*

Ocho estudios controlados han establecido el valor del trabajo con la familia (Goldstein y col., 1978; Falloon y col., 1982; Leff y col., 1982; Anderson y col., 1986; Tarrier y col., 1988; Xiong y col., 1994; Zhang y col., 1994; Randolph y col., 1996). La eficacia de este tipo de intervenciones ha recibido el respaldo del grupo Cochrane sobre medicina basada en la evidencia (Anderson y Adams, 1996). El Estudio sobre Estrategias de Tratamiento del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH) ha demostrado que incluso un grupo de apoyo mensual a los familiares disminuye el porcentaje de recaídas y mejora la adaptación del paciente (Schooler y col., 1997).

Lamentablemente, a pesar de la eficacia evidente del trabajo familiar, la psicoeducación y el apoyo familiares son probablemente las estrategias psicológicas validadas empíricamente menos utilizadas en el tratamiento de la esquizofrenia (Kane y McGlashan 1995). Ello, se debe, en parte, a la falta de docentes con experiencia.

1. Anderson J, Adams C. *Family interventions in schizophrenia: An effective but underused treatment. BMJ* 1996 313:505-506.
2. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE. *Schizophrenia in the Family: A Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management. New York: Guilford; 1986.*

3. Bäuml J, Kissling W, Buttner P, et al. Informationszentrierte Patienten und Angehörigengruppen zur Complianceverbesserung bei schizophrenen Psychosen. *Verhaltenstherapie* 1993;3(suppl. 1):1-96.
4. Berkowitz R, Eberlein-Fries R, Kuipers L, et al. Educating relatives about schizophrenia. *Schizophr Bull* 1984;10:418-429.
5. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, et al. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *N Engl J Med* 1982;306:1437-1440.
6. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW. *Family Care of Schizophrenia*. New York: Guilford; 1984.
7. Goldstein MJ. Psychoeducation and family therapy in relapse prevention. *Arch Psychiatr Scand* 1994; 89(suppl 382):54-57.
8. Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, et al. Drug and family therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:169-177.
9. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: 1. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:633-642.
10. Kane JM, McGlashan TH. Treatment of schizophrenia. *Lancet* 1995;346:820-825.
11. Kuipers E, Left J, Lam D. *Family Work for Schizophrenia: A Practical Guide*. London: Gaskell; 1992.
12. Leff JP, Kuipers L, Berkowitz R, et al. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *BR J Psychiatry* 1982;141:121-134.
13. McCreadie RG, Phillips K, Harvey JA, et al. The Nithsdale schizophrenia surveys VIII: Do relatives want family intervention-and does it help? *Br J Psychiatry* 1991;158:110-113.
14. Midence K, Marshall L, Bell R, et al. Community psychiatric nurses: Their role as trainers in schizophrenia family work. *J Clin Nursing* 1995;4:335-336.
15. Randolph ET, Eth S, Glynn SM, et al. Behavioural family management: Outcome of a clinical-based intervention. *Br J Psychiatry* 1996;164:501-506.
16. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, et al. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia: The effects of dose reduction and family treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:453-463.
17. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, et al. The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988;153:532-542.
18. Vaughan K, Doyle M, McConaghy N, et al. The Sydney intervention trial: A controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:16-21.
19. Xiong W, Phillips MR, Hu X, et al. Family-based intervention for schizophrenia patients in China: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1994;165:239-247.
20. Zhang M, Li J, Phillips MR, Randomised controlled trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: An 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *Br J Psychiatry* 1994;165(Suppl 24):96-102.

Los déficit en las habilidades sociales (p. ej., falta de simpatía en la respuesta a las relaciones sociales) señalan como diferente a la persona con esquizofrenia. Al mejorar la vida social del enfermo se incrementan las posibilidades de que se le acepte en la sociedad

Cuando las personas con esquizofrenia son capaces de trabajar su autoestima mejora, obtienen beneficios o ingresos económicos y se les brinda la oportunidad de vivir en sociedad y establecer relaciones interpersonales

REHABILITACIÓN SOCIAL

Mejoría de la calidad de vida

Un objetivo esencial de los programas de salud mental es asegurar que el paciente reciban un tratamiento adecuado y que se reducen la discapacidad y las minusvalías sociales de los mismos.

La rehabilitación de los individuos con esquizofrenia persigue dos objetivos principales: 1) mejorar el funcionamiento social y 2) reducir las minusvalías, la estigmatización y las discapacidades sociales. Aunque no todos los pacientes necesitan estos servicios, son importantes para los que padecen

Las personas que trabajan con esquizofrénicos en centros residenciales pueden experimentar la misma tensión que sufren los miembros de la familia, por lo que este tipo de profesionales también pueden beneficiarse del mismo tipo de educación e intervenciones de apoyo que reciben los familiares (véase la pág. 75)

discapacidad o deterioro persistentes.

En los últimos años, se han producido cambios en las estrategias de rehabilitación en los pacientes psiquiátricos. Así como, en el pasado, el énfasis recaía en la reincorporación del paciente a la vida laboral, actualmente se piensa que existen otras muchas metas igualmente importantes en el proceso de rehabilitación. También se ha reconocido que no es realista intentar reintegrar a muchas de las personas con esquizofrenia a la situación que tenían antes de enfermar, ya que, debido a que la enfermedad suele empezar a una edad temprana, el individuo puede no haber tenido la oportunidad de alcanzar la situación deseada. Por esta razón, el objetivo primordial de muchos programas consiste en intentar mejorar la calidad de vida del paciente, durante y después de la enfermedad y, para ello, se han cambiado los tipos de intervención, los ámbitos de actuación y otras características del tratamiento de la enfermedad (Sartorius, 1995).

Los objetivos a medio plazo del proceso de rehabilitación psicosocial son:

- *Reducir los síntomas con fármacos e intervenciones psicológicas y psicosociales*
- *Reducir las consecuencias, somáticas y comportamentales, adversas de la enfermedad*
- *Mejorar la vida social del individuo*
- *Aumentar el apoyo familiar y social en el área laboral, de vivienda y en las relaciones sociales*

Las intervenciones psicosociales eficaces en la rehabilitación de personas con esquizofrenia son, entre otras, la terapia de grupo, los grupos de ayuda entre pacientes, el apoyo de la comunidad y los programas de acogida, la gestión de casos y el refuerzo social (economía de fichas).

La psicoterapia de grupo tiene gran utilidad una vez estabilizados los síntomas agudos de la enfermedad. Esta terapéutica ayuda a los miembros del grupo a crear un ambiente sustentado en la realidad y que anime a cada par-

ticipante a relacionarse con los demás.

Los grupos de ayuda entre pacientes también ofrecen una oportunidad de interacción social y apoyo emocional y ofrecen la oportunidad al paciente de aprender estrategias de afrontamiento que han dado resultado en otros casos.

Los objetivos de los programas de acogida y de apoyo comunitario consisten en reducir los porcentajes de nuevos ingresos en centros psiquiátricos y mejorar la capacidad del paciente para vivir de forma independiente. Los sistemas de apoyo social tratan de ayudar a controlar los diferentes problemas a los que han de hacer frente las personas con esquizofrenia y sus familiares; como el control de los síntomas, asegurar la continuidad del tratamiento, evitar las recaídas, reducir la estigmatización social y el aislamiento y obtener los recursos económicos necesarios (Caplan y Killilea, 1976; Killilea, 1982). Estos programas implican tanto a los profesionales de la salud mental como a diversos recursos con los que cuenta la sociedad para ayudar al paciente y a sus familiares a enfrentarse a los problemas provocados por el trastorno, procurando mejorar la calidad de vida de la persona afectada. Estos programas suelen consistir en el desarrollo de un sistema de apoyo comunitario y un programa de gestión de casos (Bachrach, 1992).

La gestión de casos garantiza que los pacientes reciban la ayuda y los servicios necesarios para llevar una vida lo más completa posible dentro de la sociedad. Los gestores de casos pueden coordinar la prestación de servicios suministrados por otras personas o dirigirlos ellos mismos. En este último caso, pueden gestionar temas de vivienda, solicitar ayuda económica, administrar el dinero del enfermo, modificar el uso de los medicamentos y mantener las citas con los médicos (Goering y col., 1988). La gestión de casos, en el complejo sistema de servicios sociales puede resultar espe-

El trabajo brinda a las personas con esquizofrenia la posibilidad de entrar en contacto con un grupo de personas sanas y aumenta sus posibilidades de relacionarse con los demás

Aunque muchas personas con esquizofrenia son capaces de desempeñar con éxito trabajos competitivos, otras necesitan contar con un empleo protegido a largo plazo

La integración de servicios profesionales y de salud mental en un mismo equipo es importante

Estar desempleado en países desarrollados tiene su propio estigma y la mayoría de las personas con esquizofrenia no tiene trabajo. Carecer de empleo en los países en vías de desarrollo no se asocia con un estigma similar, porque sólo una pequeña proporción de la población tiene un trabajo remunerado

cialmente importante a la hora de garantizar la continuidad del tratamiento y de coordinar los servicios.

Otras estrategias importantes en el proceso de reintegración son:

Enseñar a vivir de forma independiente. Con ello se tiende a mejorar la capacidad del individuo para realizar actividades cotidianas básicas (Stein y Test, 1978). El objetivo es educar a la persona para que preste atención a su aspecto y vestimenta. Otras técnicas pueden ser la preparación de las comidas, las medidas de seguridad y la obtención y el mantenimiento de la vivienda.

Entrenamiento en relaciones sociales. Esta técnica se emplea habitualmente en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia crónica. Se enseña a estos enfermos a desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, como mantener un contacto visual y un volumen de voz apropiados, para lo que se utilizan técnicas de aprendizaje como modelado, dramatización (*role playing*), el refuerzo y distintos tipos de exposiciones “en vivo” (Lieberman, 1992; Liberman y col., 1986, 1989). Varios estudios han demostrado los efectos positivos de la adquisición de habilidades sociales sobre síntomas, reducción de recaídas y la adaptación social de los pacientes con esquizofrenia, especialmente en los más jóvenes (Bellack y col., 1984; Liberman y col., 1986; Hogarty y col., 1987; Marder y col., 1996).

La rehabilitación profesional comprende actividades relacionadas con el ambiente y las experiencias reales de trabajo. Su objetivo es facilitar el logro de un puesto de trabajo.

Encontrar un empleo (permanente o temporal) es la etapa final del proceso de rehabilitación para quienes pueden trabajar. El hecho de que una persona con esquizofrenia sea capaz de trabajar aumenta su autoestima, proporciona beneficios o ingresos económicos y ofrece la oportunidad de inte-

racción social y comunicación interpersonal (Anthony y col., 1990). (Véase más adelante una exposición más detallada de los problemas relacionados con el trabajo).

El alojamiento alternativo en residencias es un componente básico de la rehabilitación psicosocial basada en la comunidad para aquellos individuos que necesitan una alternativa a una estancia larga en un hospital psiquiátrico o a la convivencia con su familia (Stein y Test, 1978). Los pacientes más incapacitados pueden necesitar personal o acompañantes en las residencias durante el día y, en algunos casos, también durante la noche. En estas situaciones, el personal y los pacientes llegan a parecerse a un grupo familiar en algunos aspectos. Distintos estudios han demostrado que el personal de estas residencias puede tener actitudes críticas hacia el paciente, tal como ocurre en algunas familias (Ball y col., 1992; Snyder y col., 1994). En este sentido, los programas de formación para personal basados en intervenciones familiares han mejorado notablemente las actitudes del personal hacia los paciente (Willetts y Leff, 1997).

-
1. Anthony W, Cohen M, Farkas M. *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center of Psychiatric Rehabilitation, 1990.
 2. Bachrach LL. What we know about homelessness among mentally ill persons: An analytical review and commentary. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43:453-464.
 3. Ball RA, Moore E, Kuipers L. Expressed emotion in community care staff: A comparison of patient outcome in a nine month follow-up of two hostels. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:35-39.
 4. Bellack AS, Turner SM, Hersen M, et al. An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hosp Community Psychiatry* 1984;35:1023-1028.
 5. Caplan G, Killilea M, eds. *Support Systems and Mutual Help: Multidisciplinary Explorations*. New York: Grune and Stratton; 1976.
 6. Goering PN, Wasylenski DA, Farkas M, et al. What difference does case management make? *Hosp Community Psychiatry* 1988;39:272-276.
 7. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss J. Family psychoeducation, social skills training, and medication in schizophrenia, the long and short of it. *Psychopharmacol Bull* 1987;23:12-13.
 8. Killilea M. Interaction of crisis theory, coping strategies, and social support systems, in Schulber HC, Killilea M, eds. *The Modern Practice of Community Mental Health*. San Francisco: Jossey-Bass; 1982:163-214.
 9. Liberman RP, DeRisi WJ, Mueser KT. *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. New York: Pergamon Press;1989.
 10. Liberman RP, ed. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. New York: McMillan;1992.
 11. Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ. Social skills training for schizophrenia individuals at risk for relapse. *Am J Psychiatry* 1986;143:523-526.
 12. Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, et al. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for out-patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153:1585-1592.

-
13. Sartorius N. *Rehabilitation and quality of life*. *Int J Ment Health* 1995;24:7-13.
 14. Snyder KS, Wallace CJ, Moe K, et al. *Expressed emotion by residential care operators and residents' symptoms and quality of life*. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:1141-1143.
 15. Stein L, Test MA. *Alternatives in Mental Hospital Treatment*. New York: Plenum Press; 1978.
 16. Willetts L, Leff J. *Expressed emotion and schizophrenia: The efficacy of a staff training programme*. *Journal of Advanced Nursing* 1997;26:1125-1128.
-

Trabajo y esquizofrenia

La mayoría de las personas con esquizofrenia puede trabajar, incluso aunque tengan síntomas

Varios estudios han puesto de manifiesto que las personas con una enfermedad mental grave evolucionan mejor si trabajan y que la capacidad de mantener el empleo apenas guarda relación con la gravedad del trastorno. Estudios británicos y norteamericanos han demostrado que las personas con esquizofrenia que tienen un empleo tienen más posibilidades de evitar la hospitalización. También se ha comprobado que personas muy trastornadas son capaces de mantener un empleo mucho tiempo (Freeman y Simmons, 1963; Fairwather y col., 1969). No obstante, aunque muchas personas con esquizofrenia son capaces de desempeñar con éxito trabajos competitivos, otras necesitan contar con un empleo protegido a largo plazo.

En un estudio reciente, Bond y col. (1997) revisaron varios trabajos e investigaciones sobre el empleo y la esquizofrenia; todos indicaban un importante aumento de programas de apoyo al empleo. En los estudios experimentales analizados, el 58% de los pacientes acogidos a este tipo de programas de apoyo había conseguido un empleo competitivo, frente al 21% de los que habían recibido servicios profesionales tradicionales. En los programas de apoyo al empleo se contemplan dos aspectos que parecen ser especialmente importantes en la obtención final de mejores resultados: los servicios profesionales y de salud mental se integran en un solo equipo y se evita la formación pre-profesional, o el modelo "forma y luego coloca" (ej., los programas que emplean a la persona y luego le ofrecen la formación adecuada para cumplir sus funciones parecen dar mejor resultado que el planteamiento

Los centros de trabajo protegido en la comunidad tienen grandes desventajas: el trabajo suele ser repetitivo y aburrido y los empleados sólo entran en contacto con otros usuarios o proveedores del servicio

to más tradicional en que primero se prepara y después se coloca).

-
1. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, et al. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1997;48:335-346.
 2. Fairweather GW, Sanders DH, Maynard H, et al. *Community Life for the Mentally Ill*. Chicago: Aldine; 1969.
 3. Freeman HE, Simmons OG. *The Mental Patient Comes Home*. New York: Wiley; 1963.
-

El trabajo ayuda a los enfermos a recuperarse de la esquizofrenia

Estar ocupado en una actividad productiva y que tenga sentido resulta básico para conformar la identidad social y personal del individuo y reforzar su autoestima. El trabajo no sólo beneficia al individuo, sino también a su grupo social. La esquizofrenia puede impedir que el enfermo trabaje durante un ataque agudo. Sin embargo, la investigación ha demostrado que, con el estímulo, la preparación, el tratamiento y el apoyo debido, la mayoría de las personas que padecen esquizofrenia puede trabajar dentro y fuera de casa (Cook y Pickett, 1994).

El trabajo ayuda a la persona con esquizofrenia de diferentes maneras:

- *Aumenta la autoestima*
- *Contribuye a los ingresos familiares y eleva el rango del enfermo en su familia*
- *Proporciona un centro de atención que puede disminuir la preocupación del paciente por las alucinaciones e ideas delirantes, cuando aparecen (Wing y col., 1964)*
- *Proporciona una estructura y un orden diarios a la vida y reduce el aburrimiento*
- *Establece nuevas relaciones e interacciones sociales con los compañeros de trabajo y genera un sentido de comunidad*
- *Integra a la persona enferma en una sociedad de personas sanas*

Proyectos de trabajo que generan empleos con diferentes niveles de responsabilidad y con variedad de tareas ayudan a evitar el aburrimiento

Los proyectos que proporcionan servicios al público general ayudan a derribar las barreras del aislamiento social

Los programas que utilizan la formación en el trabajo obtienen mejores resultados que los programas más tradicionales de "preparar primero y luego dar empleo"

Las oportunidades de éxito probablemente aumentan si los propietarios de las empresas locales contribuyen con su experiencia y su consejo

Por desgracia, en muchos países industrializados, menos del 20% de las personas con una enfermedad mental trabaja a tiempo completo o parcial (Anthony y Blanch, 1987; Farkas y col., 1987; Anthony y col., 1988). Este bajo nivel de empleo se debe tanto a la naturaleza de la economía (p. ej., altos niveles de desempleo) y a la incapacidad del sistema de apoyar a los desempleados en los países industrializados como a la propia discapacidad mental. Cuando la competitividad es feroz, se tiende a rechazar a los aspirantes con antecedentes de enfermedad mental grave y se favorece a los que no los tienen. Además, las personas que sufren una enfermedad mental grave encuentran pocos incentivos para trabajar, porque cuantas más horas trabajan menos ingresos reciben de la pensión de incapacidad, del subsidio por desempleo y otras modalidades de ayuda económica (Bond y col., 1997). La falta de incentivos puede aliviarse reduciendo de una forma más gradual los beneficios por incapacidad para los trabajadores que empiezan (Warner y Polack, 1995 b). El desempleo afecta negativamente a la evolución de la enfermedad mental grave. Los ingresos hospitalarios por esquizofrenia aumentan durante periodos de restricción económica (ej., la esquizofrenia empeoró durante la Gran Depresión; Warner, 1994), mientras que los esfuerzos para rehabilitar a enfermos mentales mejoran en condiciones de pleno empleo (Brenner, 1973). Por supuesto, es importante para el paciente, como para todo el mundo, que el tipo de trabajo sea el adecuado. Los tipos de empleo más adecuados para quienes padecen esquizofrenia son los que se asocian en general, con situaciones bien estructuradas que no resultan demasiado estresantes. El trabajo temporal también puede ser una buena opción para algunas personas.

En varios países europeos, donde la falta de incentivos para trabajar es menos importante, programas vocacionales modelo han demostrado que una proporción mucho mayor de personas con enfermedades mentales graves puede conseguir trabajo. Las empresas sociales europeas emplean con éxito una fuerza laboral mixta de empleados discapacitados mentales y sanos en empresas de servicios y en fábricas (Warner y Polak 1995 a).

Durante siglos, la gente ha mirado con miedo a las personas con una enfermedad mental grave, basándose en el estereotipo que presenta al enfermo mental como alguien difícil de entender, sucio, descuidado, impredecible y violento

Empresas similares pueden ser viables en otros países industrializados, especialmente si se presta atención a la necesidad de disminuir la falta de incentivos económicos para trabajar.

Por el contrario, en los países en vías de desarrollo, la perspectiva de empleo para las personas que padecen esquizofrenia se ve menos afectada por las fluctuaciones de la economía, porque muchos sujetos pueden encontrar trabajo en empresas familiares y en la agricultura de subsistencia.

1. Anthony WA, Blanch A. Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1987;11:5-23.
2. Anthony WA, Cohen MR, Danley KS. The psychiatric rehabilitation model as applied to vocational rehabilitation, in Cardiello JA, Bell MD, eds. *Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1988:59-80.
3. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, et al. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1997;48:335-346.
4. Brenner MH. *Mental Illness and the Economy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1973.
5. Cook JA, Pickett SA. Recent trends in vocational rehabilitation for persons with psychiatric disabilities. *American Rehabilitation* 1994;20:2-12.
6. Farkas M, Rogers S, Thurer S. Rehabilitation outcome for the recently deinstitutionalized psychiatric patient. *Hosp Community Psychiatry* 1987;38:864-870.
7. Warner R. *Recovery from Schizophrenia, 2nd Edition*. London: Routledge; 1994.
8. Warner R, Polak P. The economic advancement of the mentally ill in the community:
1. Economic opportunities. *Community Ment Health J* 1995a;31:381-396.
9. Warner R, Polack P. The economic advancement of the mentally ill in the community:
2. Economic choices and disincentives. *Community Ment Health J* 1995b;31:447-492.
10. Wing JK, Bennett DH, Denham J. *Industrial rehabilitation of long-stay schizophrenic patients*. Medical Research Council Memo No. 42. London: Her Majesty's Stationary Office, 1964.

Modificación de las estrategias de empleo

En los hospitales psiquiátricos tradicionales se empleaba a muchos pacientes en las granjas que suministraban productos al centro y en servicios como la lavandería. No se les pagaba por este trabajo que, con el paso del tiempo, llegó a considerarse una explotación y dejó de ponerse en práctica, aunque podría haber beneficiado a algunos enfermos por las razones descritas anteriormente. Este tipo de ocupación se sustituyó por la terapia ocupacional, con las funciones de entretenimiento y expresión, y por la terapia industrial, representada por actividades parecidas a un trabajo

El aislamiento de los enfermos mentales del resto de la sociedad refuerza su imagen pública de personas extrañas y peligrosas, lo que contribuye a la estigmatización.

Cuando se crea un ambiente más estimulante, tanto dentro como fuera de los hospitales psiquiátricos, disminuyen los síntomas negativos de la esquizofrenia

Actualmente, en muchas partes del mundo, la mayor parte de los cuidados que se prestan a las personas con esquizofrenia se basan en servicios en la comunidad

Es esencial que los médicos de atención primaria reciban una formación adecuada sobre los síntomas y el tratamientos de las enfermedades mentales graves

Los estudios sobre las actitudes del público todavía revelan posturas negativas hacia los enfermos mentales, pero también una gran dosis de buena voluntad hacia los pacientes dados de alta

Grupos de defensa de los derechos de pacientes y familiares, organizaciones religiosas y las fundaciones de investigación ofrecen a menudo una ayuda inestimable para mejorar la actitud de la comunidad a programas de acogida

Los ámbitos específicos de tratamiento también pueden estar marcados por el estigma. Por ejemplo, cualquiera que haya permanecido un tiempo en un hospital psiquiátrico puede ser estigmatizado. Por tanto, el tratamiento en un hospital general es preferible al tratamiento en un centro especializado

El estigma se asocia en muchas ocasiones con las condiciones ruinosas y el tratamiento deshumanizado de los hospitales psiquiátricos

mediante de las cuales se podían ganar pequeñas cantidades de dinero. El trabajo consistía básicamente en tareas de ensamblaje y empaquetado, contratadas al departamento de terapia industrial del hospital por empresas y fábricas locales. El trabajo repetitivo se ajustaba a las capacidades de muchos de los pacientes, pero resultaba aburrido para los que tenían un nivel mayor de competencia y frustrante para los que habían recibido una educación mejor o habían tenido cargos de cierta responsabilidad. Además, había muy poca interacción social entre los que participaban (Dunn y col., 1990).

Con la introducción de la asistencia comunitaria, las actividades de la terapia industrial se empezaron a realizar fuera del hospital, en lugares como hospitales de día, centros de día y talleres protegidos. Sin embargo, las desventajas principales eran que el trabajo continuaba siendo muy repetitivo y aburrido. Además, todos los participantes eran enfermos mentales. Por tanto, los pacientes sólo entraban en contacto con otros usuarios o con los proveedores del servicio, de tal modo que el trabajo, en vez de ayudar a la integración en la sociedad, perpetuaba su segregación.

Se han desarrollado distintas estrategias para estos problemas. Algunos servicios han elaborado proyectos de trabajo que generan empleos con diferentes niveles de responsabilidad y con variedad de tareas, evitando, por tanto, el aburrimiento. Algunos ejemplos son una cafetería, un taller de enmarcación y una pastelería. Los proyectos que prestan servicios al público general ayudan a derribar las barreras del aislamiento social que nacen de la estigmatización. El modelo de club social permite a las personas con una enfermedad mental grave formar parte de los recursos humanos para la producción y prestar servicios al público (Fairweather y col., 1969). Se han establecido cooperativas de trabajadores y empresas sociales en varios países europeos, que emplean una mano de obra

mixta de trabajadores enfermos y sanos (Grove y col., 1997). Dichas cooperativas son capaces de competir con las empresas locales y de pagar salarios normales a los enfermos mentales que trabajan jornada completa (Warner y Polak, 1995). Como se menciona más arriba, investigaciones recientes sugieren que los programas que se valen de la formación en el puesto de trabajo obtienen mejores resultados que los programas más tradicionales de “preparar y luego emplear” (Bond y col., 1997).

Estas estrategias de empleo, relativamente nuevas, ofrecen oportunidades mucho más atractivas que las unidades de terapia industrial tradicionales, pero requieren ingenio y entusiasmo si se quiere tener éxito al establecer y mantener empresas viables. Las oportunidades de éxito mejorarían si se lograra involucrar a los empresarios locales para contribuir con su experiencia y consejos.

1. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, et al. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1997;48:335-346.
2. Dunn M, O'Driscoll C, Dayson D, et al. The TAPS Project, 4: An observational study of the social life of long-stay patients. *Br J Psychiatry* 1990;157:661-670.
3. Fairweather GW, Sanders DH, Maynard H, et al. *The Community Life for the Mentally Ill*. Chicago: Aldine;1969.
4. Grove B, Freudenberg M, Harding A, et al. *The Social Firm Handbook*. Brighton: Pavilion Publishing; 1997.
5. Warner R, Polak P. The economic advancement of the mentally ill in the community: 2. Economic choices and disincentives. *Community Mental Health Journal* 1995;31:477-492.

ÁMBITOS DE TRATAMIENTO

Las personas con esquizofrenia pueden ser tratadas por médicos generales y psiquiatras en diferentes ámbitos de tratamiento, tal y como se describe a continuación.

La tendencia actual a fragmentar los servicios terapéuticos por grupos (p. ej., adolescentes, ancianos) suele contribuir a la falta de continuidad de la asistencia

El tratamiento de elección es el que menos restringe las decisiones del paciente, desorganiza menos su vida diaria y sus relaciones sociales y está más enfocado a la rehabilitación social

Los pacientes que son tratados con menos restricciones y coacción se integran mejor en la vida diaria de la familia y la comunidad

El confinamiento en la cárcel o en prisión conlleva una doble estigmatización la de estar enfermo y la de ser un criminal. Sin embargo, en algunas sociedades, el estigma asociado al encarcelamiento es incomparablemente menos grave que el que se asocia con la enfermedad mental, sobre todo si el diagnóstico es esquizofrenia

En el seno de la comunidad

Durante siglos, la gente ha mirado con miedo a las personas con una enfermedad mental grave, basándose en el estereotipo que presenta al enfermo mental como alguien difícil de entender, sucio, descuidado, impredecible y violento. Durante el siglo XIX, la respuesta a esta actitud en los países desarrollados consistió en construir hospitales psiquiátricos de forma masiva, mundos autosuficientes con sus propias granjas y suministros de agua, en lugares aislados de las ciudades. Muchas de las salas estaban cerradas con llave y los pacientes salían en contadas ocasiones. La distancia y el ambiente deprimente de estos lugares contribuía a que los familiares se desanimaran y no visitaran a los enfermos. Un estudio reciente en dos hospitales psiquiátricos de Londres ha demostrado que un 75% de los pacientes de larga estancia no tiene contacto con sus familiares (Leff, 1997).

Aunque en aquellos tiempos se creía que los espacios verdes y los ambientes tranquilos ayudarían a los pacientes, se empezó a percibir que el aislamiento de los enfermos mentales del resto de la sociedad afectaba negativamente tanto a estos como al resto de la población. La imagen pública de que el enfermo mental era extraño y peligroso se reforzaba, así como la creencia de que la enfermedad mental era incurable. Parecía que, una vez que la persona ingresaba en el hospital, tenía que permanecer allí de por vida. Los hospitales en sí mismos producían temor y estigmatización, lo que se reflejaba en la utilización de términos como “loquería”, “casa de locos” y “manicomio”. El estado mental del paciente empeoraba por la combinación de aislamiento social e inactividad, lo que daba como resultado una mayor apatía, inercia, falta de diálogo y una respuesta emocional restringida: los tan mencionados síntomas negativos secundarios de la esquizofrenia.

El concepto de institución grande y aislada también se exportó a los países en vías de desarrollo, especialmente a los que fueron colonias de Europa Occidental. En estas culturas, este tipo de instituciones se convirtió en algo

aún más inadecuado y aislante.

Después de la II Guerra Mundial, actitudes más progresistas se tradujeron en una política de altas precoces y a principios de los años 40, el número de pacientes hospitalizados empezó a descender en el norte de Europa. Con la introducción de antipsicóticos eficaces en 1954, se dio el alta a un mayor número de enfermos. Las mejoras en el ambiente social dentro de los hospitales lograron disminuir los síntomas negativos (Wing y Brown, 1979), cuya incidencia se redujo aún más al trasladar a los pacientes de los hospitales a un medio más estimulante en la comunidad (Leff, 1997). Sin embargo, el hecho de trasladar a los pacientes a hogares en la comunidad, aunque mejora los síntomas negativos, no consigue una integración social automática. Muchos pacientes fueron dados de alta precipitadamente en los años 70 y 80, sin la preparación adecuada ni el apoyo necesario para vivir en la comunidad, lo que originó problemas tanto para ellos como para la sociedad y aumentó la estigmatización debido a la esquizofrenia.

Hoy día, en muchas partes del mundo, la mayor parte de los cuidados que reciben las personas con esquizofrenia son comunitarios. Normalmente, el médico de atención primaria actúa como primer filtro, y se encarga de canalizar al paciente hacia servicios psiquiátricos más específicos. Por eso, es esencial que estos profesionales reciban una formación adecuada sobre los síntomas y los tratamientos de las enfermedades mentales graves.

La integración de los servicios de salud mental en los servicios sanitarios generales tiene ventajas especiales en los países en vías de desarrollo. Distintos países, como India, Irán y Pakistán, han aplicado este esquema para prestar servicios adecuados a poblaciones rurales.

Los estudios sobre las actitudes del público todavía revelan posturas

Recientemente, el tribunal supremo de la India ha decretado que es inconstitucional tener a una persona en la cárcel solo por causa de una enfermedad mental (véase la pág. 124)

negativas frente a los enfermos mentales, pero también una gran dosis de buena voluntad hacia los pacientes dados de alta (Wolff, 1997; Reda, 1995). Esta buena voluntad puede aumentar con campañas educativas específicas para animar a los ciudadanos a iniciar el contacto social con los pacientes (Wolff, 1997). Grupos defensores de los derechos de pacientes y familiares, organizaciones religiosas y fundaciones de investigación ofrecen a menudo una ayuda inestimable para mejorar la actitud de la comunidad e iniciar programas de acogida. A los pacientes también se les pueden ofrecer programas sociales (véase la pág. 82) que mejoren su capacidad para entablar y mantener relaciones (Leberman y col., 1986). Abordando el problema desde ambos flancos de actuación se ofrece la posibilidad de una verdadera integración social de las personas con esquizofrenia en la comunidad a la que pertenecen.

-
1. Leff J. *The outcome for long-stay non-demented patients*, in Leff J, ed. *Care in the community: Illusion or Reality?* New York:Wiley;1997.
 2. Liberman RP, Mueser K, Wallace CJ, et al. *Training skills in the severely psychiatrically disabled: Learning coping and competence*. *Schizophr Bull* 1986;12:631-647.
 3. Reda S. *Attitudes towards community mental health care of residents in north London*. *Psychiatric Bulletin* 1995; 19:731-733.
 4. Wing JK, Brown GW. *Institutionalism and Schizophrenia: A Comparative Study of Three Mental Hospitals*. Cambridge: Cambridge University Press;1970.
 5. Wolff G. *Attitudes of the media and the public*, in Leff J, ed. *Care in the Community: Illusion or Reality?* New York: Wiley; 1997.
-

Servicios de hospitalización y ambulatorios

Estudios recientes han demostrado que diversos ámbitos de actuación, que varían desde alternativas innovadoras en el propio hospital hasta programas multifacéticos en la comunidad, pueden ser eficaces en el tratamiento de las personas con esquizofrenia. En general, cuando se comparan los programas

hospitalarios y los programas multifacéticos para pacientes ambulatorios, los enfermos atendidos en la comunidad evolucionan mejor y durante más tiempo que los que se tratan en el hospital. Incluso los psicóticos agudos pueden recibir un tratamiento eficaz en programas de la comunidad supervisados cuidadosamente, donde la vigilancia es continua, el ambiente es tranquilo y reconfortante y existe personal profesional y no experto.

Una asistencia hospitalaria lo más breve posible que combine diversas modalidades terapéuticas, como planificación de alta y servicios de reintegración después de la hospitalización, resulta eficaz. Aunque el tratamiento involuntario puede ser en ocasiones necesario para garantizar la seguridad del paciente, el tratamiento de elección es el que menos limita las decisiones del paciente, desorganiza menos su vida diaria y sus relaciones sociales y está más enfocado a la rehabilitación social y profesional.

El crecimiento de diferentes tipos de servicios para poblaciones o necesidades específicas (ej., adolescentes, enfermos graves) aumenta el riesgo de perder la visión a largo plazo necesaria en el caso de la esquizofrenia. Por eso, la gestión de casos ha ido adquiriendo más importancia (véase la pág. 81).

Las personas con esquizofrenia pueden empeorar si reciben un trato punitivo o son confinadas sin necesidad

Las personas con esquizofrenia pueden empeorar si reciben un trato punitivo o son confinadas innecesariamente. La historia de la psiquiatría pone de manifiesto que los pacientes tratados con menos restricciones y coacción se integran mejor en la vida cotidiana de la familia y la comunidad. Para muchas personas con esquizofrenia, el recuerdo más desa-

Disminución de la estigmatización

Actualmente se usa la palabra estigmatización para indicar que ciertos diagnósticos (ej., tuberculosis, cáncer, enfermedad mental) y las características y comportamientos que se les asocian despiertan prejuicios contra las personas así diagnosticadas

gradable del tratamiento es la experiencia de haber sido encerrados o atados. Los centros de tratamiento deben establecer normas para reducir al mínimo el uso de estas medidas.

La esquizofrenia cambia algunos aspectos del pensamiento y los sentimientos de las personas afectadas, mientras que otros permanecen intactos y sin daño. En general, las personas con esquizofrenia quieren vivir su propia vida, rodeados de amigos, comiendo razonablemente, sin ser objeto de malos tratos ni confinamiento. Por estas razones, las normas internacionales, las leyes nacionales y las estrategias médicas modernas fomentan el tratamiento voluntario y evitan el involuntario. Se considera que la cárcel es especialmente dañina para este tipo de enfermos mentales y que no es un lugar adecuado para el tratamiento (véase a continuación).

El pensamiento ilógico puede llevar a una persona con esquizofrenia a infringir la ley y las normas de comportamiento aceptadas. En estos casos, cuando el comportamiento es el resultado de la enfermedad, el ofensor no entiende la causa ni el efecto de su actuación de la forma habitual, por lo que será muy improbable que aprenda del castigo.

Las personas con esquizofrenia no deberían ser encarceladas

El prejuicio es una actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto del prejuicio sin analizar si existe alguna justificación para dicho comportamiento

Se considera que alrededor del 25% de las personas que tienen proble-

mas con la policía en Norteamérica muestran un comportamiento anormal debido a abuso de sustancias o a enfermedades mentales (Arboleda-Florez y Holley, 1988). Muchas de estas personas terminan en prisión. En Ontario, la provincia más grande del Canadá, el 15-20% de los presidiarios padece una enfermedad psiquiátrica y se calcula que entre un 5% y un 7% están gravemente enfermos (Gobierno de Ontario, 1995). En Norteamérica y otros lugares del mundo desarrollado, las prisiones y, aún más, las cárceles locales se han convertido en manicomios modernos, sustitutivos del hospital psiquiátrico (Torrey, 1995; Warner, 1995).

Una gran parte de las personas encarceladas padecen trastornos mentales graves, entre los que se incluye la esquizofrenia. Al carecer de recursos y dotadas, no para el tratamiento, sino para la represión y el control, las prisiones y las cárceles se transforman así en meros almacenes de enfermos mentales. La mayoría de los reclusos con una enfermedad mental no recibe un tratamiento adecuado. Si son tratados con pastillas, otros presos suelen robárselas. Por tanto, se tiende a administrar inyecciones de acción prolongada, sin tener en cuenta los efectos secundarios. Si se mantiene a los reclusos con una enfermedad mental con la población general de presos, su comportamiento se vuelve muy pronto perturbador para el resto de los encarcelados por lo que las autoridades tienen que segregarlos para evitar que los golpeen o sean objeto de malos tratos. Esta separación es como un doble encarcelamiento y el aislamiento empeora los síntomas.

El Tribunal Supremo de la India ha decretado recientemente que es incons-

La discriminación es una consecuencia particularmente negativa de la estigmatización y del prejuicio, por el cual los individuos o grupos de una sociedad privan a otros de sus derechos o beneficios debido al estigma y al prejuicio (véase la Figura 5 p. 107)

El estigma asociado a la esquizofrenia no sólo afecta al individuo enfermo, sino a todo y a todos los que están relacionados con la persona, la enfermedad y su tratamiento (ej., los medicamentos, otros tratamientos como el electroshock, los familiares, los cuidadores, profesionales sanitarios y los centros donde se trata a este tipo de enfermos)

titucional mantener a una persona en la cárcel por causa de una enfermedad mental (véase las pág. 124 y el apéndice E del Volumen I).

1. Arboleda-Florez J, Holley H. Criminalization of the mentally ill: Part 2. Initial detention. *Can J Psychiatry* 1988;33:87-95.
2. Government of Ontario. *The Mental Disorder and Justice Review Project*. North York, Ontario: Consultation document; 1995.
3. Torrey EF. Editorial: Jails and prisons-America's new mental hospitals. *Am J Public Health* 1995;85:1611-1613.
4. Warner R. *Alternative to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1995.

Existen fuentes de apoyo fuera del sistema sanitario

Las personas angustiadas buscan ayuda de distintas personas e instituciones de la comunidad. Cuando el sufrimiento está causada por una enfermedad, se acercan a sacerdotes, instituciones como iglesias y mezquitas, organizaciones de pacientes, otras organizaciones no gubernamentales, profesionales de medicina alternativa, curanderos tradicionales y diferentes tipos de personas que creen que pueden ayudarles. A menudo, los pacientes acuden a más de una fuente de ayuda potencial, así como a los servicios sanitarios, sucesiva o simultáneamente. Los datos en favor del beneficio que las personas reciben de estos contactos son relativamente escasos, aunque informes anecdóticos indican que pueden tener un efecto beneficioso considerable.

En algunos países, los curanderos tradicionales se forman según una doctrina bien organizada (ej., Ayurveda, Unani, medicina tradicional china), mientras que en otros lugares la formación tiene lugar como aprendices o de otra manera. En algunos países, no existe ninguna colaboración entre los curanderos tradicionales y el servicio sanitario oficial y el trabajo de los primeros no es reconocido por el sistema. En otros

lugares del mundo, los curanderos tradicionales han establecido una colaboración con el sistema sanitario y han demostrado su utilidad a la hora de reconocer una psicosis y enviar a estas personas a los servicios asistenciales. Por otro lado, el uso exclusivo de métodos alternativos para tratar la esquizofrenia puede retrasar el inicio de un tratamiento eficaz y algunas prácticas tradicionales de curación han resultado ser dañinas para los pacientes.

La estigmatización de a enfermedad mental tiene una larga tradición histórica. Se ha generalizado y es difícil de superar

En algunos países se dispone de información sobre la práctica de los curanderos tradicionales, pero en otros se sabe poco sobre la forma en que trabajan. Todos los tipos de instituciones mencionadas, curanderos tradicionales y religiosos y líderes de la comunidad, sirven como primer punto de contacto para muchos enfermos mentales y a menudo les prestan ayuda a ellos y a sus familiares.

Al desarrollar programas de salud mental, es importante analizar los caminos que usan las personas que buscan apoyo y aprender acerca de las prácticas de quienes les ayudan, con el fin de optimizar su acción y garantizar que los pacientes reciben apoyo adecuado y coordinado de los servicios sanitarios y de otro tipo en la comunidad.

Por desgracia, los mismos enfermos mentales aceptan el estereotipo de su propia condición

El 72% pensaba que las personas con esquizofrenia podían vivir en la comunidad con un buen apoyo y un tratamiento adecuado a base de medicamentos modernos

¿QUÉ SON EL ESTIGMA, EL PREJUICIO Y LA DISCRIMINACIÓN?

La palabra “estigma” proviene del griego y significa “atravesar, hacer un agujero”. El término también se usa, no obstante, en el sentido de marcar a un individuo con un hierro candente por alguna infamia. En la Anatomía de la Melancolía, Burton habla de “haber sido estigmatizado con un hierro candente”. Fue a finales de la Edad Media cuando el término estigma vino a significar difamación y acusación pública de un criminal, de tal forma que todos pudiesen reconocerle. Otros significados de la palabra, referidos especialmente a los estigmas (llagas similares a las de Cristo que indicaban que la persona había llevado una vida de extraordinaria santidad), han ido desapareciendo gradualmente. En los últimos años, el término estigmatización se ha empleado especialmente para indicar que ciertos diagnósticos (ej., tuberculosis, cáncer, enfermedad mental) despiertan prejuicios contra las personas así diagnosticadas.

El prejuicio es una actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto del perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento. Algunos de los requisitos más destacados, necesarios para tener prejuicios, son:

- *Reconocimiento del objeto del prejuicio: por ejemplo, el prejuicio se desarrolla cuando el individuo admite que tiene un trastorno mental o cuando los efectos secundarios extrapiramidales muestran a los demás que el sujeto ha estado recibiendo antipsicóticos*
- *Aceptación social del prejuicio: ausencia de una fuerte reacción de los demás ante el prejuicio*
- *Falta de conocimiento personal sobre el objeto del prejuicio: por ejemplo, servir en la misma unidad militar con personas de razas diferentes puede ayudar a reducir el prejuicio contra aquellos que pertenecen a otro grupo racial*

La bibliografía sobre el tema indica la existencia de numerosos métodos para eliminar o disminuir el prejuicio, pero ninguno de ellos resulta rápido o fácil.

La discriminación es una consecuencia particularmente negativa de estigmas y prejuicios, por la cual individuos o grupos de una sociedad privan a otros de sus derechos o beneficios por su causa. La discriminación debida a la esquizofrenia se expresa de varias maneras: falta de equidad en el reembolso de la asistencia, injusticias en las leyes, resistencia a emplear a personas con esquizofrenia e impedimentos para que alguien con un trastorno mental entre a formar parte de un grupo o categoría sociales (ej., por el matrimonio). En cuanto a prioridades, no hay duda de que la discriminación debe ser el primer objetivo de actuación, no sólo porque constituye la forma más directa del daño infligido a los que padecen una enfermedad mental, sino también porque reducir la discriminación (ej., en el ámbito legislativo) ayuda a su vez a disminuir la estigmatización y el consiguiente prejuicio.

¿QUÉ ES LA ESTIGMATIZACIÓN DEBIDA A LA ESQUIZOFRENIA?

El público general, e incluso los profesionales sanitarios, tienden crear una imagen estereotipada de las personas con esquizofrenia. Esta imagen suele contener algunos de los siguientes conceptos erróneos, si no todos:

- *Nadie se recupera de la esquizofrenia*
- *La esquizofrenia es una enfermedad intratable*
- *Las personas que padecen esquizofrenia suelen ser violentas y peligrosas*
- *Las personas con esquizofrenia pueden contagiar a otras su locura*
- *Las personas con esquizofrenia son perezosas e informales*

La percepción que se tiene de las personas con esquizofrenia está en gran parte influida por la cultura. Cuando esta se basa mucho en la familia, se tiende a ser más tolerante con quienes padecen una enfermedad mental grave

En general, en los países en vías de desarrollo se suele ser más tolerante con estos enfermos. Esto se debe, en parte, a que no se culpa de la enfermedad mental a quien la padece y a que las familias tienden a ser más tolerantes y estar más unidas. Sin embargo, la creciente urbanización provoca que las actitudes estén cambiando

- *La esquizofrenia es el resultado de una debilidad deliberada de la voluntad y del carácter (“se podría salir de ella si se quisiese”).*
- *Todo lo que dicen las personas con esquizofrenia son tonterías.*
- *Las personas con esquizofrenia no pueden informar debidamente sobre los efectos del tratamiento u otras cosas que les ocurran.*
- *Las personas con esquizofrenia son totalmente incapaces de tomar decisiones racionales sobre sus propias vidas (ej., dónde vivir).*
- *Las personas con esquizofrenia son impredecibles.*
- *Las personas con esquizofrenia no pueden trabajar.*
- *Las personas con esquizofrenia van enfermado cada más a lo largo de su vida.*
- *Los padres son culpables de la esquizofrenia de sus descendientes.*

El estigma que se asocia a la esquizofrenia se extiende más allá del individuo enfermo para abarcar a todo y a todos los que se relacionan con él. Esto incluye a los medicamentos y otros tratamientos que pueden usarse para controlar los síntomas, los familiares (a los que se les considera erróneamente causantes del trastorno), otros cuidadores, profesionales sanitarios y hasta hospitales y otro tipo de centros donde se trata esta enfermedad.

Grado del estigma

En Occidente, las personas que padecen una enfermedad mental están muy estigmatizadas. Calificados como “locos” en el lenguaje popular, se encuentran discriminados en temas de vivienda y empleo (Miller y Dawson, 1965) y

generan el temor de que son peligrosos. Los ciudadanos se muestran contrarios al establecimiento de centros de tratamiento y alojamiento para enfermos mentales en las zonas residenciales. Según un estudio de 1990, realizado en los EE.UU., el fenómeno de “no en mi patio” supone un gran obstáculo para la integración de los enfermos mentales en la comunidad (Fundación Robert Wood Johnson, 1990). La categoría que se otorga a los enfermos mentales es de las más bajas, peor que la de los ex convictos o minusválidos (Tringo, 1970). Según un estudio estadounidense, incluso después de cinco años de vida normal y trabajo duro, se califica a un ex paciente mental como menos aceptable que a un ex convicto (Lamy, 1966).

Los organismos que atienden a los enfermos mentales están viciados por las mismas actitudes y los propios profesionales de la psiquiatría a veces muestran actitudes hacia los pacientes mentales similares a las del público general. Incluso pueden mostrar mayor rechazo. En un estudio se comprobó que el personal de los hospitales psiquiátricos era menos dado que el público general a tomarse la molestia de enviar una carta perdida, con dirección y sello, que pensaban podía haber sido extraviada por un paciente de un hospital psiquiátrico.

Por desgracia, los mismos enfermos mentales aceptan el estereotipo de su propia condición. En Irlanda, pacientes jóvenes de zonas rurales consideraban el “pasar algún tiempo en una casa de locos” como si fuera “una caída en desgracia” similar a la de la pérdida de la virginidad (Scheper-Hughes, 1979, pág. 89). Varios estudios han demostrado que los pacientes mentales son tan negativos en su opinión sobre la enfermedad mental como el público en general (Giovannoni y Ullman, 1963; Manis y col., 1963; Crumpton y col., 1967). Algunos informes indican, en efecto, que los pacientes con trastornos psiquiátricos rechazan más la enfermedad mental que los familiares o el personal de los hospitales (Bentinck, 1967; Swanson y Spitzer, 1970).

Una encuesta entre profesionales indios (Sathyavathi y col., 1971) reveló que estaban dispuestos a relacionarse con los enfermos mentales en varios aspectos de la vida y que no sentían la necesidad de ocultar la enfermedad de un miembro de su propia familia

Los autores de un estudio de seguimiento de la OMS sobre la esquizofrenia proponen que uno de los factores que contribuyen a un buen pronóstico del trastorno en Cali, Colombia, es “el alto nivel de tolerancia de los parientes y amigos con respecto a los síntomas del trastorno mental”, un factor que puede ayudar a “la readaptación a la vida familiar y al trabajo después del alta” (OMS, 1979)

En una comparación de actitudes hacia los enfermos mentales en diferentes lugares de cuatro países europeos, la población de Atenas (Grecia), y Nápoles (Italia), manifestó que sentía más rechazo que la de Gran Bretaña y Suecia. La mayoría de los encuestados en Grecia e Italia creía que la causa principal de la enfermedad mental es la “falta de voluntad” y que los enfermos mentales son “mucho más peligrosos que lo que la mayoría de la gente supone” (Hall y col.,).

Algunos factores individuales moderan la estigmatización y mejoran la tolerancia del público hacia los enfermos mentales. Las personas jóvenes y aquellas con un alto nivel cultural son, generalmente, las más tolerantes (Brockington y col., 1993; Wolff, 1997; Rabkin, 1980). El contacto previo con alguien que padece un trastorno mental disminuye la estigmatización y el temor a su peligrosidad, así como el hecho de conocer la situación vital de la persona (Penn y col., 1994). Quienes no perciben a los enfermos mentales como violentos son relativamente tolerantes (Penn y col., 1994; Link y col., 1987). Los centros residenciales para enfermos mentales en el centro de la ciudad, en barrios con mucha movilidad y de baja cohesión social, se aceptan mejor que los que se localizan en urbanizaciones de viviendas unifamiliares (Trute y Segal, 1976).

Un estudio realizado en Inglaterra, Escocia y Gales (Mori, 1977) pareció indicar una mejoría en las actitudes del público hacia la esquizofrenia, al menos con respecto a las posibilidades de tratamiento y la integración en la comunidad. En dicho estudio, un 59% de los encuestados manifestaba que la esquizofrenia se podía tratar de forma eficaz, mientras que sólo un 10% no estaba de acuerdo. Únicamente el 18% dijo que no estaría dispuesto a trabajar con alguien que tuviera esquizofrenia, mientras que el 54% discrepaba. Un 12% pensaba que las personas con esquizofrenia deberían vivir en centros para enfermos mentales, alejados del vecindario, en tanto que un 64% no estaba de acuerdo y finalmente, un 72% pensaba

Está claro que las actitudes hacia el enfermo mental varían de una cultura a otra y que están influidas por la etiqueta que se le aplica a la persona con psicosis

-
5. Crumpton E, Weinstein AD, Acker CW, et al. How patients and normals see the mental patient. *J Clin Psychol* 1967;23:46-49.
 6. Erinosh O, Ayonrinde A. Educational background and attitude to mental illness among the Yoruba in Nigeria. *Human Relations* 1981;34:1-12.
 7. Giovannoni JM, Ullman LP. Conceptions of mental health held by psychiatric patients, *J Clin Psychol* 1963;19:398-400.
 8. Indian Council of Medical Research (ICMR). Multicentred collaborative study of factors associated with the cause and outcome of schizophrenia. New Delhi, India: ICMR;1988.
 9. Lamy RE. Social consequences of mental illness. *J Consult Psychol* 1966;30:450-455.
 10. Link BG, Cullen FT, Frank J, et al. The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *Am J Sociol* 1987;92:1462-1500.
 11. Manis M, Houts PS, Blake JB. Beliefs about mental illness as a function of psychiatric status and psychiatric hospitalization. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1963;67:226-223.
 12. Miller D, Dawson WH. Effects of stigma on re-employment of ex-mental patients. *Mental Hygiene* 1965;49:281-287.
 13. MORI. Attitudes Toward Schizophrenia: A Survey of Public Opinions. Research study conducted by Fleishman Hillard Eli Lilly, September, 1997.
 14. Page S. Social responsiveness toward mental patients: The general public and others. *Can J Psychiatry* 1980;25:242-246.
 15. Pai S, Kapur RL. Evaluation of home care treatment for schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:80-88.
 16. Penn DL, Guynan K, Daily T, et al. Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophr Bull* 1994;20:567-578.
 17. Prabhu GC, Raghuram A, Verma N, et al. Public attitudes toward mental illness: A review, *NIMHANS Journal* 1984;2:1-14.
 18. Rabkin JG. Determinants of public attitudes about mental illness: Summary of the research literature, presented at the National Institute of Mental Health Conference on Stigma Toward the Mentally Ill, Rockville, Maryland, January 24-25, 1980.
 19. Rin H, Lin T. Mental illness among Formosan aborigines as compared with the Chinese in Taiwan. *Journal of Mental Science* 1962;108:134-146.
 20. Robert Wood Johnson Foundation. Public Attitudes Toward People with Chronic Mental Illness. New Jersey: The Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness; April 1990.
 21. Sathyavathi K, Dwarki BR, Murthy HN. Conceptions of mental health. *Transactions of All India Institute of Mental Health* 1971;11:37-49.
 22. Scheper-Hughes N. *Saints, Scholars and Schizophrenics: Mental Illness in Rural Ireland*. Berkeley: University of California Press;1979:89.
 23. Swanson RM, Spitzer SP. Stigma and the psychiatric patient career. *J Health Soc Behav* 1970;11:44-51.
 24. Tringo JL. The hierarchy of preference towards disability groups. *Journal of Special Education* 1970;4:295-306.
 25. Trute B, Segal SP. Census tract predictors and the social integration of sheltered care residents. *Social Psychiatry* 1976;11:153-161.
 26. Verghese A, Beig A. Public attitude towards mental illness: The Vellore study. *Indian Journal of Psychiatry* 1974;16:8-18.
 27. Warner R. *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*, 2nd Edition. London;Routledge:1974.
 28. Waxler NE. Is mental illness cured in traditional societies? A theoretical analysis. *Cult Med Psychiatry* 1977;1:233-253.
 29. Wig NN, Suleiman MA, Routledge R, et al. Community reactions to mental disorders: A key informant study in three developing countries. *Acta Psychiatr Scand* 1980;61:111-126.
 30. Wolff G. Attitudes of the media and the public, in Leff J, ed. *Care in the Community: Illusion or Reality?* New York:Wiley, 1997.
 31. World Health Organization. *Schizophrenia: An International Follow-up Study*. Chichester, England:Wiley, 1979.

La discriminación se añade a la dificultad que tiene la persona con esquizofrenia para recuperar su capacidad de funcionar en la sociedad

que las personas con esquizofrenia con ayuda y tratamientos adecuados con fármacos modernos, podrían vivir sin problemas en la comunidad. Sin embargo, cuando se plantearon temas más personales, la tolerancia del público se transformó en un sentimiento más neutral o negativo, ya que sólo un 13% de los encuestados manifestó que se alegraría de que sus hijos salieran con una persona con esquizofrenia. El 47% difería de esta opinión.

Las personas con esquizofrenia son consideradas de forma diferente en los países en vías de desarrollo

En los países en vías de desarrollo, hay varios factores que tienen como consecuencia una mayor tolerancia y un apoyo continuo de la familia y de la comunidad a los que padecen una enfermedad mental grave. En este tipo de sociedades, las personas con enfermedades mentales y esquizofrenia tradicionalmente han vivido en la comunidad y con sus propias familias. Además, la hospitalización a gran escala no ha formado parte del sistema de atención psiquiátrica en estos países. Otros factores que contribuyen a una mayor tolerancia y apoyo son:

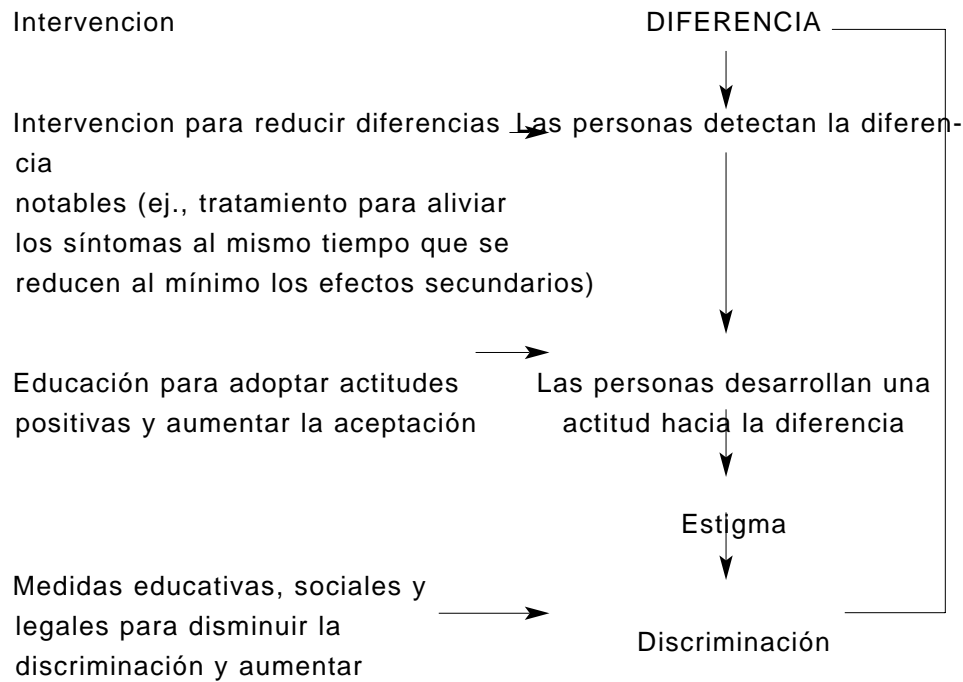
- *El tipo agrícola de sociedad*
- *Un sistema familiar sólido con estrechos lazos con los hijos*
- *Modelos externos para explicar las causas de la enfermedad (ej., espíritus) y que son compartidos por los miembros de la comunidad*
- *Reversibilidad del comportamiento, incluyendo los síntomas*

Sin embargo, esta situación puede cambiar con el avance de la urbanización, la influencia de los medios de comunicación y la ruptura de la estructura familiar.

Estudios realizados antes de los años 70 y durante ese decenio pusieron de

Por supuesto, las prácticas y las normas culturales influyen en el tipo de actitud que se desarrolla. Si las actitudes negativas, pueden ir seguidas de acciones negativas

figura 5. Esta figura ilustra cómo se desarrolla la estigmatización y la discriminación. Nótese que se puede intervenir en cualquier etapa del proceso.



manifiesto que en los países en vías de desarrollo se asociaba un menor nivel de estigmatización al trastorno mental y que a los enfermos se les solía tolerar mejor en las familias, siendo objeto de menor crítica y hostilidad. Entre las tribus de Formosa estudiadas por Rin y Lin (1962), la enfermedad mental no estaba estigmatizada. Las familias cingalesas se refieren libremente a sus familiares psicóticos como *pissu* (locos) y no muestran ninguna vergüenza por ello; la tuberculosis en Sri Lanka estaba más estigmatizada que la enfermedad mental (Waxler, 1977).

El menor grado de estigmatización en algunas zonas del mundo en vías de desarrollo puede ser el resultado del enfoque diferente del diagnóstico popular. En el mundo no industrializado, se suele dar una explicación sobrenatural a las manifestaciones de la psicosis (ej., las personas con síntomas pueden ser consideradas víctimas de brujería, de chamanes o espi-

ritistas; Warner, 1974). Cuando se les preguntaba a Yoruba urbanos y rurales sin educación formal de Abeokuta, Nigeria, su opinión sobre el perfil de los enfermos mentales, solo el 40% de los encuestados pensaba que una persona a la que se describía con síntomas de esquizofrenia paranoide era un enfermo mental (Erinosho y Ayonrinde, 1981), mientras que casi todos los norteamericanos los calificaban de enfermos mentales (D'Arcy y Brockman, 1976). Sólo una quinta parte de los Yorubas no educados consideraban a la persona descrita con síntomas de esquizofrenia simple como un enfermo mental, frente a tres cuartas partes de los norteamericanos (D'Arcy y Brockman, 1976). Un tercio de los Yoruba no instruidos estaría dispuesto a casarse con una persona con esquizofrenia paranoide y más de la mitad se habría casado con una persona con esquizofrenia simple. Sin embargo, cuando se les preguntó a los trabajadores cualificados de la región de Benin, en el medio oeste de Nigeria, cuál era su opinión sobre alguien calificado específicamente como una persona nerviosa o loca, el 16% opinó que se debería matar a todas estas personas y un 31% consideró que deberían ser expulsadas del país. Los nigerianos instruidos concebían a una persona loca como alguien "insensato, descuidado, agresivo e irresponsable" (Binitie, 1970).

El estudio multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuatro países en vías de desarrollo analizó las actitudes de la comunidad a partir de siete resúmenes de casos en Colombia, India, Filipinas y Sudán. El estudio puso de manifiesto que la comunidad diferenciaba los distintos trastornos en cuanto a gravedad, posibilidades de tratamiento, posibilidades de contraer matrimonio y deseo de mantener relaciones de vecindad (Wig y col., 1980). Los entrevistados pusieron un mayor énfasis en el comportamiento externo que en los síntomas internos experimentados por el individuo.

muchos estudios sobre la actitud del público general hacia la enfermedad mental. Una vez más, investigaciones anteriores habían de detectado mayores niveles de tolerancia que en los países desarrollados. Una encuesta entre profesionales indios (Sathyavathi y col., 1971) reveló que estaban dispuestos a relacionarse con los enfermos mentales en varios aspectos de la vida y que no sentían la necesidad de ocultar la enfermedad de alguno de los miembros de sus propias familias. Asimismo, la mayoría de los adultos entrevistados en Vellore (India), fue comprensiva con los pacientes mentales y aceptó los métodos modernos de tratamiento existentes en los hospitales (Verghese y Beig, 1974). Los encuestados expresaron su optimismo acerca del resultado del tratamiento, especialmente si se empezaba a administrar al inicio del curso de la enfermedad. Sin embargo, cerca de dos tercios pensaban que la curación sólo sería parcial y también se oponían a las alianzas matrimoniales con familias en las que hubiese antecedentes de enfermedades mentales.

Los autores de un estudio de seguimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la esquizofrenia proponen que uno de los factores que contribuyen al buen pronóstico del trastorno en Cali, Colombia, es “el alto nivel de tolerancia de los parientes y amigos con respecto a los síntomas del trastorno mental”, un factor que puede ayudar a “la readaptación a la vida familiar y al trabajo después del alta” (OMS, 1979). En un estudio de cinco años de seguimiento de pacientes con esquizofrenia realizado en la India, el 80% de las familias manifestaba su preferencia a que el enfermo permaneciese con ellas (ICMR 1988). En otro estudio se advirtió que el tratamiento domiciliario de personas con esquizofrenia era mejor aceptado y menos destructivo para las familias que el del hospital (Pai y Kapur, 1983).

Datos más recientes han demostrado, sin embargo, que con el avance de la urbanización y la ruptura de los valores tradicionales y las estructuras socia-

Los conceptos erróneos habituales sobre la esquizofrenia son los siguientes:

- *Las personas con esquizofrenia son normalmente violentas y peligrosas*
- *Las personas con esquizofrenia pueden contagiar su locura a otras*
- *Las personas con esquizofrenia son perezosas e informales*
- *Las personas con esquizofrenia no pueden informar debidamente sobre los efectos del tratamiento u otras cosas que les ocurran*
- *Las personas con esquizofrenia son totalmente incapaces de tomar decisiones racionales acerca de su propia vida (ej., dónde vivir)*
- *Las personas con esquizofrenia son impredecibles*
- *Las personas con esquizofrenia no pueden trabajar*
- *Las personas con esquizofrenia van enfermado cada vez mas a lo largo de su vida.*

Incluso entre los profesionales de la psiquiatría se deslizan conceptos erróneos sobre la naturaleza de la esquizofrenia y los tratamientos más apropiados para el trastorno

les, ha disminuido la tolerancia por los enfermos mentales en zonas industriales del mundo en vías de desarrollo. En una revisión de las actitudes públicas hacia la enfermedad mental en Nueva Delhi (India), Prabhu y col., (1984) señalaron que “el público no experto, en el que se incluyen grupos urbanos con un alto nivel cultural está muy desinformado sobre los diferentes aspectos de la salud mental. Se percibe a los enfermos mentales como agresivos, violentos y peligrosos. Hay una falta de conocimiento de los servicios disponibles para tratarlos y un derrotismo generalizado sobre el posible resultado después de la terapéutica. Además, se tiende a mantener la distancia social con respecto al enfermo mental y a rechazarlo.

Está claro que las actitudes hacia el enfermo mental varían de una cultura a otra y que están influidas por la etiqueta que se le aplica a la persona con psicosis.

1. Bentinck C. Opinions about mental illness held by patients and relatives. *Family Process* 1967;6:193-207.
2. Binitie AO. Attitude of educated Nigerians to psychiatric illness. *Acta Psychiatr Scand* 1970;46:391-398.
3. Brockington IF, Hall P, Levings J, et al. The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry* 1993;162:93-99.
4. D'Arcy C, Brockman J. Changing public recognition of psychiatric symptoms? *Blackfoot revisited. J Health Soc Behav* 1976;17:302-310.

ORÍGENES DE LA ESTIGMATIZACION

La discriminación se añade a la dificultad que tiene la persona con esquizofrenia para recuperar su capacidad funcional en la sociedad. La discriminación es el resultado del proceso (véase la figura 5) que empieza cuando a alguien se le califica como diferente (véase la teoría del etiquetaje más adelante). El público en general desarrolla una actitud hacia los que son diferentes. Por supuesto, las prácticas y las normas culturales influyen en el tipo de actitud que se desarrolla. La adopción de actitudes negativas, puede ir seguida de acciones negativas. La discriminación, que es una expresión de las actitudes negativas, puede adoptar muchas formas. Los seres humanos pueden rehusar alquilar un piso a

Es importante aumentar los conocimientos de la enfermedad mental y los tratamientos adecuados y mejorar las actitudes de la profesión médica con el objeto de avanzar más en la lucha contra la estigmatización y la discriminación originados por la esquizofrenia

una persona con esquizofrenia, pueden negarse a contratarle o pueden no estar dispuestos a pagar una cantidad razonable por su trabajo o ser reacios a pasar algún tiempo con esta persona o a permitir que el enfermo se relacione con su familia. Estos actos añaden una carga adicional a las personas con esquizofrenia, que de por sí están luchando para dominar su enfermedad y recuperar una vida más normal. Las autoridades sanitarias invierten menos en servicios psiquiátricos que en otros sectores y los licenciados en medicina muchas veces evitan una formación en psiquiatría.

Como se muestra en la figura 5, las intervenciones para reducir la estigmatización y la discriminación pueden orientarse a cada etapa del proceso de estigmatización/discriminación. El tratamiento que reduce eficazmente los síntomas sin causar efectos secundarios estigmatizantes (ej., temblores, pereza, falta de espontaneidad) permite que las personas noten menos la diferencia. La educación sobre lo que es y lo que no es la esquizofrenia puede ayudar a cambiar las actitudes de negativas a positivas. Finalmente, las medidas sociales y legales encaminadas a combatir las prácticas discriminatorias pueden disminuir el rechazo que experimentan las personas con esquizofrenia.

La teoría del etiquetaje

En el periodo inicial de la posguerra, la investigación sobre la estigmatización de las enfermedades mentales se avivó por el interés en la teoría del etiquetaje (Hastings y Remington, 1993). Según Scheff, una vez que una persona extravagante ha sido calificada como “enfermo mental” la sociedad responde de acuerdo con un estereotipo predeterminado, y el individuo se ve empujado a una carrera de enfermedades mentales crónicas de las que resulta muy

En los medios de comunicación, las personas con una enfermedad mental suelen ser retratadas desde una visión negativa como delincuentes violentos, asesinos, violadores o, en el mejor de los casos, como objetos de burla

El informe descubrió que el personaje del enfermo mental se encasillaba casi siempre en el papel del trastornado al que “se teme, se rehúye, se castiga y resulta vergonzante”

difícil escapar (Scheff, 1966). Existen pruebas que apoyan la posición de Scheff. El estudio de Phillips sobre las actitudes de los habitantes de un pequeño pueblo de Nueva Inglaterra demostró que una persona normal, del “arquetipo ideal” de los que han estado en un hospital psiquiátrico, había sido rechazada socialmente aún más que una persona con esquizofrenia que no había buscado ayuda o que había consultado con un sacerdote (Phillips, 1966).

Los críticos de la teoría del etiquetaje sostienen que este planteamiento subestima la importancia de la desviación inicial y de las alteraciones inherentes a la enfermedad mental al provocar una etiqueta y que minimiza la capacidad de los pacientes mentales para sacudirse los efectos dañinos del estigma (Gove, 1975). Una docena de estudios llevados a cabo después de 1963 valoraron la importancia relativa del etiquetaje de la enfermedad mental frente al comportamiento de la persona a la hora de determinar las actitudes del público. Muchos de estos estudios comprobaron que el efecto de etiquetar era significativo, pero casi todos de mayor peso revelaron que el comportamiento de la persona era más potente (Link y col., 1987). Asimismo, en un estudio más reciente, se ponía de manifiesto que el hecho de conocer los síntomas de un episodio de esquizofrenia agudo creaba más estigmatización que la etiqueta de “esquizofrenia” (Penn y col., 1994).

Actitudes del público

Con el aumento del interés por la psiquiatría comunitaria en los años 50 y 60, la atención del mundo industrializado se centró en el problema del estigma de la enfermedad mental. Utilizando retratos que representaban personas con síntomas psicóticos, Star llevó a cabo en 1950 un estudio de ámbito nacional entre el público norteamericano y encontró que la

reacción general ante el enfermo mental era negativa y que la población estaba mal informada (Star, 1955). Empleando las mismas técnicas, en 1951, Cumming y Cumming descubrieron actitudes similares entre los residentes de una población rural (que llamaron Blackfoot) en Saskatchewan, Canadá, y observaron que la actitud negativa se mantenía igual después de una campaña educativa de seis meses de duración (Cumming y Cumming, 1957). Según una encuesta realizada en los años 50 entre los habitantes del área de Champaign-Urbana, Illinois, Nunally concluyó que los enfermos mentales eran vistos por el público general con “temor, desconfianza y desagrado “. Ancianos y jóvenes, personas de alto y bajo nivel cultural, todos, tendían a ver al enfermo mental como “relativamente peligroso, sucio, impredecible y despreciable”. En resumen, se les consideraba “malas en todos los sentidos” (Nunally, 1961, pág. 46).

En los años siguientes se empezó a discutir si las impresiones iniciales del gran estigma asociado a la enfermedad mental continuaban siendo verdaderas. Varios investigadores concluyeron en los años 60 que la tolerancia del público hacia el enfermo mental había mejorado (Lemkau y Crocetti, 1962; Meyer, 1964; Bentz y col., 1969; Crocetti y col., 1971). A finales de los años 70, veinte años después del estudio original de Nunally, Cockerham analizó de nuevo las actitudes hacia los enfermos mentales en Champaign-Urbana y encontró que el público era algo más tolerante (Cockerham 1981). Rabkin manifestó en 1980 que las actitudes habían mejorado, pero que habían alcanzado luego una “meseta” (Rabkin, 1980). Otros investigadores no encontraron ninguna mejoría en la actitud popular hacia la salud mental entre los años 60 y 70 (Olmstead y Durham, 1976). Una segunda encuesta sobre la tolerancia del público hacia el enfermo mental en Blackfoot, Saskatchewan, 23 años después del estudio original de Cumming, reveló que no se había producido prácticamente ningún cambio (D’Arcy y Brockman, 1976).

En 1993, es decir, hace poco tiempo, se llevaron a cabo encuestas en

Uno de los principales obstáculos al éxito del tratamiento y control de la esquizofrenia es el estigma que suele asociarse con este trastorno

El estigma debido a la esquizofrenia afecta no sólo a aquellos que la padecen, sino también a sus familiares, los cuidadores y los profesionales sanitarios

En 1992, las Naciones Unidas adoptaron la resolución 119/1992, que establece como derecho humano recibir atención sanitaria para la enfermedad mental (véase la pag. 124).

dos comunidades inglesas que revelaron que los entrevistados no sabían identificar la enfermedad mental tanto como las personas consultadas en el estudio estadounidense de Star en 1950; los autores señalaron que había reticencia a la hora de calificar a alguien como enfermo mental, debido a la connotación negativa del término (Hall y col., 1993). El mismo estudio reveló que la tolerancia del público hacia el enfermo mental apenas era mejor en un distrito que había contado con un programa psiquiátrico, modelo de psiquiatría comunitaria durante diez años que en las áreas que no habían contado con este servicio (Hall y col., 1993; Brockington y col., 1993).

Los conceptos erróneos sobre la esquizofrenia son aún muy frecuentes. Por ejemplo, un estudio británico de 1996 reveló que el 50% de los encuestados creía que prenderle fuego a un edificio público era “muy probablemente” la consecuencia de una enfermedad mental (O’Grady, 1996). Del mismo modo, aunque muchos norteamericanos atribuían correctamente la causa de la enfermedad mental a un desequilibrio hereditario y bioquímico, el 93% también culpaba al abuso de alcohol y drogas y el 58%, a la “falta de disciplina” (Borenstein, 1992).

Incluso entre los profesionales de la psiquiatría se deslizan conceptos erróneos acerca de la naturaleza de la esquizofrenia y de los tratamientos más adecuados para el trastorno. Angermayer y Matschinger (1996 a y b, 1997) investigaron las actitudes de los estudiantes de medicina respecto al tratamiento de la esquizofrenia con antipsicóticos al principio, a la mitad y al final de sus estudios y las compararon con las actitudes correspondientes entre el público general en Alemania. El 50% de la población general estaba a favor del tratamiento de la esquizofrenia con medios naturales y no químicos mientras que, sólo el 10% de los estudiantes compartía esta opinión. En los últimos meses de carrera, el 25% de los estudiantes no se había decidido sobre la medicación, lo que indica que duran-

te sus estudios habían modificado ligeramente su actitud a favor de un tratamiento más racional de la esquizofrenia. En comparación con la opinión que tenían cuando sus actitudes estaban más en línea con las actitudes negativas del público general, este cambio representa un progreso significativo. Sin embargo, al final de sus estudios, el 30% de los estudiantes estaba aún a favor de una prohibición con reservas del tratamiento con neurolépticos con riesgo de efectos secundarios graves. Es probable que existan diferencias relacionados con la nacionalidad, la edad y la especialidad médica en las actitudes de los profesionales sanitarios ante la enfermedad mental en general y ante la esquizofrenia y su tratamiento en particular. Aun así, es importante aumentar los conocimientos de la enfermedad mental y de los tratamientos adecuados y mejorar las actitudes de la profesión médica para avanzar más en la lucha contra la estigmatización y la discriminación originados por la esquizofrenia.

Los vecinos suelen oponerse a las residencias de enfermos, a pesar del hecho de que estos centros no han demostrado tener efecto negativo en las comunidades

Representaciones en los medios de comunicación

La representaciones en los medios de comunicación social de las personas con una enfermedad mental han experimentado muy pocos cambios desde la II Guerra Mundial. A finales de los años 70 y comienzos de los 80, los medios en EEUU todavía proyectaban una imagen sensacionalista de los enfermos mentales (Steadman y Coccozza, 1978); muchas veces los dramas de TV representaban al enfermo mental como violento u homicida (Gerbner y col., 1981). Un estudio de los medios realizado en 1983 en EE.UU (Shain y Phillips, 1991) identificó los mismos conceptos erróneos de la enfermedad mental que Nunally había detectado en 1961. En los años siguientes, el grupo de apoyo estadounidense National Alliance for the Mentally Ill adquirió mayor influencia y se enfrentó al problema de la cobertura en los medios, por lo que en 1988 se notó que los reportajes habían mejorado algo. Se hacía menos hincapié en el

El aislamiento social se asocia muchas veces con un pronóstico desfavorable

delito y más en las causas de la enfermedad y su tratamiento, pero la peligrosidad seguía siendo el tema dominante (Shain y Phillips, 1991).

Como parte del Annenberg School for Communication Cultural Indicators Project, un estudio reciente ha analizado 20.000 diálogos en 1.371 programas de televisión durante diez sesiones de gran audiencia, incluidos dibujos animados y telenovelas, así como otros programas por red y por cable (Rovner, 1993). El decano jubilado de la Facultad de Comunicación de la Universidad de Pensilvania y autor de este informe, George Gebner, afirmó que estaba “francamente impresionado por los resultados”. Los personajes valorados de forma más negativa, entre los que se cuentan realmente más canallas que héroes, son los enfermos mentales, los cuales se ven abocados al peor destino, perpetuando el estigma de la forma más dañina. El informe descubrió que a los personajes de enfermos mentales se les asignaba casi siempre el papel de los trastornados que son “temidos, rehuidos, causantes de vergüenza y castigados”, que los personajes de enfermos mentales eran los más violentos y el grupo individual más victimizado en la televisión y que la “violencia y el castigo se mostraban como inherentes a la enfermedad en sí, y, por tanto, ineludibles”. En el análisis de la programación de mayor audiencia, el estudio halló que al 42% de los individuos “normales” se les representaba como violentos frente al 70% de los personajes calificados de enfermos mentales. Aunque seis de cada diez personajes con enfermedad mental se representaban de forma positiva, sólo dos de cada diez aparecían como “buenos”. Acerca del estudio, Gerbner escribió: “La mayoría de los personajes televisivos enfermos mentales no sólo son peligrosos, sino que tienen un toque de maldad que justifica la desconfianza, el fracaso final y la persecución”.

En 1993, una revisión de la prensa británica reveló que a los individuos con una enfermedad mental casi siempre se les representaba desde una visión

negativa, como delincuentes violentos, asesinos, violadores o, en el mejor de los casos, como figuras que provocan risa (Barnes, 1993). Un estudio de 1994 sobre la cobertura de la enfermedad mental por los medios de comunicación británicos puso de manifiesto que los relatos de violencia sobrepasaban en una proporción de cuatro a uno a los artículos compasivos (Philo, 1994). La manipulación del temor por la prensa amarilla sigue siendo habitual. Un titular británico reciente pregonaba “Chapuzza hospitalaria: bestia excarcelada para una juerga sexual” (Wolff, 1997). Otro titular vilipendiaba a los servicios sanitarios: “Poniendo en libertad a pacientes para matar y violar” (Wolff, 1997).

Con el fin de investigar la relación entre la psiquiatría y los medios de comunicación, Matas y col., (1985) repartieron un cuestionario sobre actitudes entre periodistas, psiquiatras, pacientes ambulatorios sin antecedentes psiquiátricos y enfermos psiquiátricos hospitalizados. Los resultados mostraron que los periodistas no mostraban una menor aceptación de la enfermedad mental que el resto de los grupos. Sin embargo, todos los grupos otorgaron a los medios de comunicación una baja calificación por su cobertura del tema de la enfermedad mental, siendo los psiquiatras los más críticos. Las razones que dieron los periodistas para justificar la representación negativa de la enfermedad mental incluían la “venta del sensacionalismo” y los factores de tiempo y coste.

Los pacientes y sus familiares continúan afirmando que la estigmatización es un obstáculo significativo para la integración en la comunidad (Penn y col. 1994) y que parece probable que la calificación de enfermo mental tenga un efecto significativo en la formación del concepto sobre uno mismo, en el comportamiento de la persona que padece una enfermedad mental y en los síntomas de la misma.

1. Angermeyer MC, Matschinger H. Social distance towards mentally ill: Results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychol Med* 1997;27:131-141.
2. Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of diagnostic labelling on the lay theory regarding schizophrenic disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996a;31:316-320.
3. Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996b;31:321-326.
4. Barnes RC. Mental illness in British newspapers (or my girlfriend is a Rover Metro). *Psychiatric Bulletin* 1993;17:673-674.
5. Bentz WK, Edgerton JW, Kherlopian M. Perceptions of mental illness among people in a rural area. *Mental Hygiene* 1969;53:459-465.
6. Borenstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Affairs* 1992; Fall:186-196.
7. Brockington IF, Hall P, Levings J, et al. The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry* 1993;162:93-99.
8. Cockerham WC. *Sociology of Mental Disorder*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall;1981:295-299.
9. Crocetti G, Spiro JR, Siassi I. Are the ranks closed? Attitudinal social distance and mental illness. *Am J Psychiatry* 1971;127:1121-1127.
10. Cumming E, Cumming J. *Closed Ranks: An Experiment in Mental Health Education*. Cambridge: Harvard University Press: 1957.

El estigma asociado con la enfermedad mental también contamina a los familiares

11. D'Arcy C, Brockman J. Changing public recognition of psychiatric symptoms? Blackfoot revisited. *J Health Soc Behav* 1976;17:302-310.
12. Gerbner G, Gross L, Morgan M, et al. Health and medicine on television. *N Engl J Med* 1981;305:901-904.
13. Gove WR. Labelling and mental illness, in Gove WR, ed. *The Labelling of Deviance: Evaluating a Perspective*. New York: Halsted, 1975.
14. Hall P, Brockington IF, Levings J, et al. A comparison of responses to the mentally ill in two communities. *Br J Psychiatry* 1993;162:99-108.
15. Hastings RP, Remington B. Connotations of labels for mental handicap and challenging behavior: A review and research evaluations. *Mental Handicap Research* 1993;6:237-249.
16. Lemkau PV, Crocetti GM. An urban population's opinions and knowledge about mental illness. *Am J Psychiatry* 1962;118:692-700.
17. Link BG, Cullen FT, Frank J, et al. The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *Am J Soc* 1987;92:1461-1500.
18. Matas M, el-Guebaly N, Peterkin A, et al. Mental illness and the media: An assessment of attitudes and communication. *Can J Psychiatry* 1985;30:12-17.
19. Meyer JK. Attitudes toward mental illness in a Maryland community. *Public Health Reports* 1964;79:769-772.
20. Nunally JC. *Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1961:46.
21. O'Grady TJ. Public attitudes to mental illness. *Br J Psychiatry* 1996;168:652(letter).
22. Olmsted DW, Durham K. Stability of mental health attitudes: A semantic differential study. *J Health Soc Behav* 1976;17:35-44.
23. Penn DL, Guyan K, Daily et al. Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophr Bull* 1994;20:567-578.
24. Phillips DL. Public identification and acceptance of the mentally ill. *Am J Public Health* 1966;56:755-763.25. Philo G. Media images and popular beliefs. *Psychiatric Bulletin* 1994;18:173-174.
26. Rabkin JG. Determinants of public attitudes about mental illness: Summary of the research literature, presented at the National Institute of Mental Health Conference on Stigma Toward the Mentally Ill, Rockville, Maryland, January 24-25, 1980.
27. Rovner S. *Mental Illness on TV*. Washington Post, July 6, 1993.
28. Scheff TJ. *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine; 1966.
29. Shain RE, Phillips J. The stigma of mental illness: Labeling and stereotyping in the news, in Wilkins L, Patterson P, eds. *Risky Business: Communicating Issues of Science, Risk and Public Policy*. Westport, Connecticut: Greenwood Press; 1991.
30. Star S. The public's idea about mental illness presented at the National Association for Mental Health meeting, Chicago, Illinois, November 1955.
31. Steadman H, Cocozza J. Selective reporting and the public's misconceptions of the criminally insane. *Public Opinion Quarterly* 1978;41:523-533.
32. Wolff G. Attitudes of the media and the public, in Leff J, ed. *Care in the Community: Illusion or Reality?* New York: Wiley, 1997.

LAS CONSECUENCIAS DE LA ESTIGMATIZACION

Uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento y del control de la esquizofrenia es la estigmatización frecuentemente asociada a este trastorno. La estigmatización puede dar lugar a una discriminación grave que exacerba innecesariamente los problemas de las personas con esquizofrenia. Tal discriminación limita la cantidad de recursos disponibles para el tratamiento del trastorno, la disponibilidad de vivienda, las oportunidades de empleo y las relaciones sociales, problemas que, a su vez, aumentan aún más la estigmatización asociada a la enfermedad. La estigmatización lleva a que en los medios de comunicación se presenten ideas erróneas, lo que ayuda a perpetuar los

estereotipos negativos. El estigma asociado al hecho de padecer una esquizofrenia puede también tener una repercusión negativa en la evolución y recuperación de la propia enfermedad. Finalmente, no sólo afecta a aquellos que padecen el trastorno, sino también a sus familiares, los cuidadores y los profesionales sanitarios.

Escasez de recursos para el desarrollo de servicios de psiquiatría

En la mayoría de los países del mundo, los programas de salud mental cuentan con muy pocos recursos económicos. Incluso en los países muy desarrollados, resulta difícil obtener la financiación necesaria para introducir cambios en el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes que padecen esquizofrenia y sus consecuencias. Existe una gran desproporción entre la gravedad de los problemas causados por la esquizofrenia y otros trastornos mentales y los recursos asignados para su tratamiento. Es muy probable que el hecho de que sea más difícil obtener fondos para servicios destinados a los enfermos mentales que para las personas que sufren otras enfermedades, pueda, al menos en una parte, estar relacionado con el estigma inherente a la enfermedad mental. En 1992, las Naciones Unidas adoptaron la resolución 119, que establece como derecho humano recibir atención sanitaria para la enfermedad mental (véase la pág. 126).

Problemas de vivienda

Los propietarios suelen negarse a alquilar casas a personas con problemas psiquiátricos. Un estudio reciente ha revelado que más del 40% de los propietarios rechazaba de forma inmediata a candidatos cualificados que hubieran tenido un trastorno psiquiátrico conocido (Alisky e Iczkowski, 1990). Además, los vecinos suelen oponerse al establecimiento de residencias psiquiátricas, a pesar de que estos centros no han demostrado tener efectos

negativos en la comunidad (Boydall y col., 1989). En consecuencia, muchos individuos con una enfermedad psiquiátrica severa se encuentran sin hogar o viviendo en condiciones muy inferiores al nivel medio. En los países en vías de desarrollo, las personas que padecen esquizofrenia y sus familiares también pueden verse excluidos de la sociedad (Wig y col., 1980).

Oportunidades de empleo

Aunque la mayoría de los enfermos mentales tienen una importante capacidad para el trabajo, en los Estados Unidos están empleados menos del 15% (Anthony y Blanch, 1987; Farkas y col., 1987; Anthony y col., 1988). Es difícil obtener este tipo de cifras en los países en vías de desarrollo.

Aislamiento social

En los países desarrollados, las personas con esquizofrenia suelen estar socialmente aisladas, en parte por la estigmatización y en parte como consecuencia de los síntomas negativos asociados con la enfermedad. Tienen menos contactos sociales que los otros miembros de la comunidad, quizá sólo una tercera o una quinta parte que los que no padecen una enfermedad mental. Un tercio de los enfermos crónicos no tiene ningún amigo. Aunque las relaciones familiares se deterioran menos que las amistades, sí se produce una desintegración considerable de los vínculos familiares (Pattison y col., 1975; Cohen y Sokolovsky, 1978; Pattison y Pattison, 1981; Lipton y col., 1981). El aislamiento social de la persona con esquizofrenia en Occidente contrasta con la reintegración social más efectiva de las personas que padecen psicosis en los países en vías de desarrollo. Aunque a los individuos destructivos y violentos que viven en el medio rural y a quienes se les tilda de locos sí se les imponen restricciones sociales (Westermeyer y Pattison, 1981), no ocurre lo mismo con las personas psicóticas que padecen trastor-

Tabla 8. Estrategias para reducir la estigmatización y mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia

- Aumentar el desarrollo y el uso de fármacos que controlen los síntomas, y al mismo tiempo reduzcan al mínimo los efectos secundarios estigmatizantes
- Iniciar actividades educativas en la comunidad dirigidas a cambiar las actitudes
- Incluir la educación antiestigma en los profesores y los profesionales sanitarios
- Mejorar la psicoeducación de los pacientes y sus familiares sobre las formas de vivir con la enfermedad
- Implicar a los pacientes y sus familiares en la identificación de las prácticas discriminatorias
- Promover acciones legales y sociales para reducir la discriminación

nos menos crónicos y mas graves en los países en vías de desarrollo (Strauss y Carpenter, 1981).

No obstante, tanto en el mundo desarrollado como en los países en vías de desarrollo el aislamiento social se ha venido asociando de forma repetida con un pronóstico desfavorable (OMS, 1979; Strauss y Carpenter, 1981; Brugha y col., 1993). Por ejemplo, con independencia de la gravedad de los síntomas, las personas con esquizofrenia que tienen unas relaciones sociales más amplias y más complejas tienen menos probabilidades de volver a ingresar en el hospital (Cohen y Sokolovsky, 1978).

Efectos negativos en la evolución de la enfermedad

¿Cómo afecta la estigmatización de la enfermedad mental a los síntomas de la esquizofrenia y a la evolución del trastorno? Warner sugiere que los pacientes que aceptan el diagnóstico de enfermedad mental sienten una presión interna para ajustarse al estereotipo de incapacidad e inutilidad, lo que los hace más retraídos y los lleva a adoptar el papel de discapacitados. Como resultado, los síntomas persisten y los enfermos se vuelven más dependientes del tratamiento y de la asistencia. Por

En las campañas desarrolladas para aumentar los conocimientos y la concienciación sobre la enfermedad mental, resulta de gran ayuda colaborar con grupos locales de apoyo social

Cabe esperar que las campañas que favorecen el contacto con los pacientes mejoren las actitudes, porque conocer personalmente a alguien afectado por una enfermedad mental se asocia con una mayor tolerancia

Las campañas diseñadas cuidadosamente pueden tener un efecto sustancial en el comportamiento

tanto, la percepción de la propia enfermedad puede ser motivo de un pronóstico adverso (Warner, 1974).

La opinión de Warner se confirma en el estudio de Doherty sobre la autocalificación de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Se comprobó que los pacientes hospitalizados que aceptaban que eran enfermos mentales mejoraban menos que aquellos que negaban su enfermedad mental (Doherty, 1975). Un estudio realizado por Warner y col. respalda este hecho. Los pacientes que aceptaban que eran enfermos mentales tenían menor autoestima y carecían de la sensación de control de sus vidas. Aquellos que consideraban la enfermedad mental como muy estigmatizante tenían peor autoestima y la menor sensación de dominio. El estudio sugería que los pacientes, sólo se beneficiaban de aceptar su enfermedad si también tenían una sensación de control de su vida. Sin embargo, había muy pocos casos de este tipo, porque la aceptación de la enfermedad traía como consecuencia la pérdida de la sensación de dominio (Warner y col., 1989). Por tanto, el estigma crea un círculo vicioso para las personas con esquizofrenia: aceptar la enfermedad puede significar perder la capacidad de enfrentarse a ella.

Los pacientes y sus familiares continúan afirmando que la estigmatización supone un obstáculo significativo para la integración en la comunidad (Penn y col., 1994) y que parece probable que la calificación de enfermo mental influya de forma significativa en la formación del concepto sobre uno mismo, en el comportamiento y en los síntomas de la persona que padece una enfermedad mental.

La estigmatización asociada al tratamiento antipsicótico también se ve agravada por los psiquiatras, quienes han demostrado estar mal informados sobre la necesidad de mantener el tratamiento antipsicótico a largo plazo (Meise y col., 1994) y el potencial de los antipsicóticos para inducir discinesia tardía irreversible (Kissling, 1994), que a menudo está sobrestimado.

Véase en el Apéndice F una lista de los conceptos más erróneos más comunes sobre la esquizofrenia, así como la información correcta que destierra estos mitos

Los grupos de análisis integrados por expertos locales y representantes de los sectores interesados ayudan a generar "mensajes morales" para estas series dramáticas

Efectos negativos en las familias de los que padecen una esquizofrenia

La estigmatización que se asocia con la enfermedad mental también contamina a los familiares. Algunos reaccionan no hablando del trastorno con nadie durante años, ni siquiera con los amigos íntimos. Quienes discuten el tema con franqueza pueden verse despreciados por sus conocidos. “Algunos viejos amigos han dejado de hablarnos”, decía la madre de una persona con esquizofrenia, “nos han dejado completamente de lado”. Otros familiares responden aislándose socialmente. “No nos hemos divertido mucho por este motivo”, comentaba el padre de otro joven con esquizofrenia, “nunca estoy seguro, tiene tantos altibajos”. Según reflejaba un estudio estadounidense, un tercio de las esposas ocultaba la enfermedad del marido, abandonando y evitando a los amigos o incluso cambiando de casa. Otro tercio hablaba de la enfermedad del marido con amigos muy contados (Yarrow y col., 1955). Aunque los familiares tienden a negar el estigma, su ocultación y su retratamiento indica un sentimiento subyacente de vergüenza, que desemboca en aislamiento (Kreisman y Joy, 1974).

En un estudio de familiares de personas con esquizofrenia realizado en Washington D.C., Hatfield (1978) observó “una vida familiar constantemente alterada, marcada por un estrés casi permanente” como consecuencia de atender al enfermo en casa. La ruptura matrimonial, los reproches, el dolor y el desamparo resultaban lugares comunes. Un estudio de familias británicas en las que uno de sus miembros padecía esquizofrenia puso de manifiesto que la mitad de los familiares experimentaba un deterioro grave o muy grave de su propia salud como consecuencia del trastorno psiquiátrico del familiar enfermo (Creer, 1975).

Todos los progenitores de enfermos mentales de un grupo de discusión de

El enfoque de estas campañas incorpora la teoría del aprendizaje social y el concepto de que las personas modelan su comportamiento imitando el de otros

Recientemente se ha introducido un personaje con esquizofrenia en el programa EastEnders, el espacio de mayor difusión en Gran Bretaña. La National Schizophrenia Fellowship ha manifestado que esta historia ha despertado una atención sin precedentes y ha contribuido a reducir la estigmatización más que cualquier otro llamamiento de los medios

Massachusetts “se veían a sí mismos y a los demás más o menos como ogros responsables de la desgracia que había caído sobre sus hijos” (Grinspoon y col., 1961). La culpabilidad con la que cargan los padres es el resultado de un concepto erróneo popular por el que se cree que la enfermedad mental es el resultado de una mala educación. Los profesionales de la psiquiatría que adoptan esta misma actitud pueden ver a los familiares como adversarios y aumentar su enajenación. No es sorprendente que los familiares de las personas con esquizofrenia, ya aislados y cargados de culpabilidad, se impliquen en exceso con el familiar enfermo (Brown y col., 1972; Vaughn y Leff, 1976). Al observar esta interacción, los psiquiatras pueden intentar separarlos, animando al paciente a marcharse del hogar familiar y a reducir al mínimo el contacto con sus parientes. Este paso completa un proceso de desintegración social: el paciente puede verse apartado de casi todo el mundo, excepto de otros pacientes estigmatizados; los familiares se aíslan socialmente y se sienten alejados no sólo de su entorno social sino de sus parientes afectados (Schene y col., 1996)

1. Alisky JM, Iczkowski KA: Barriers to housing for deinstitutionalized psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:93-95.
2. Anthony WA, Blanch A., Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1987;11:5-23.
3. Anthony WA, Cohen MR, Danley KS. The psychiatric rehabilitation model as applied to vocational rehabilitation. In Cardiello JA, Bell MD, eds. *Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1988:59-80.
4. Boydall KM, Trainor JN, Pierri AM: The effect of group homes for the mentally ill on residential property values. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:957-958.
5. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Br J Psychiatry* 1972;121:241-258.
6. Brugha TS, Wing JK, Brewin CR, et al. The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in long-term psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:218-224.
7. Cohen CI, Sokolovsky J. Schizophrenia and social networks: Ex-patients in the inner city. *Schizophr Bull* 1978;4:546-560.
8. Creer C. Living with schizophrenia. *Social Work Today* 1975;6:2-7.
9. Doherty EG. Labeling effects in psychiatric hospitalization: A study of diverging patterns of inpatient self-labeling processes. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:562-568.
10. Farkas M, Rogers S, Thurer S. Rehabilitation outcome for the recently deinstitutionalized psychiatric patient. *Hosp Community Psychiatry* 1987;38:864-870.
11. Grinspoon L, Courtney PH, Bergen HM. The usefulness of a structures parents' group in rehabilitation, in Greenblatt M, Levinson DJ, Klerman GL, eds. *Mental Patients in Transition: Steps in Hospital-Community Rehabilitation*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas; 1961:245.
12. Hatfield A. Psychosocial costs of schizophrenia to the family. *Social Work* 1978;23:355-359.

-
13. Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(suppl 382):16-24.
 14. Kreisman DE, Joy VD. Family response to the mental illness of a relative: A review of the literature. *Schizophr Bull* 1974;10:34-57.
 15. Lipton FR, Cohen CI, Fischer E, et al. Schizophrenia: A network crisis. *Schizophr Bull* 1981;7:144-151.
 16. Meise U, Kurz M, Fleishhacker WW. Antipsychotic maintenance treatment of schizophrenia patients: Is there a consensus? *Schizophr Bull* 1994;20:215-225.
 17. Pattison EM, DeFrancisco D, Wood P, et al. A psychosocial kinship model for family therapy. *Am J Psychiatry* 1975;132:1246-1251.
 18. Pattison EM, Pattison ML. Analysis of a schizophrenic psychosocial network. *Schizophr Bull* 1981;7:135-143.
 19. Penn DL, Guynan K, Dally T, et al. Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophr Bull* 1994;20:567-78.
 20. Rovner S. Mental Illness on TV. *Washington Post*, July 6, 1993.
 21. Schene AH, Tessler RC, Gamache GM. Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness, in Thornicroft G, Tansella M, eds. *Outcome Measures*. Berlin: Springer;1996:53-73.
 22. Strauss JS, Carpenter WT. *Schizophrenia*. New York: Plenum; 1981.
 23. Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1976;129:125-137.
 24. Warner R, Taylor D, Powers M, et al. Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: Effects on functioning. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59:398-409.
 25. Warner R. *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy* (second edition). London: Routledge, 1974.
 26. Westermeyer J, Pattison EM. Social networks and mental illness in a peasant society. *Schizophr Bull* 1981;7:125-134.
 27. Wig NN, Suleiman MA, Routledge R, et al. Community reactions to mental disorders: A key informant study in three developing countries. *Acta Psychiatr Scand* 1980;61:111-126.
 28. World Health Organization. *Schizophrenia: An International Follow-up Study*. Chichester, England: Wiley, 1979.
 29. Yarrow M, Clausen J, Robbins P. The social meaning of mental illness. *Journal of Social Issues* 1955;11:33-48.
-

¿QUÉ SE PUEDE HACER PARA REDUCIR LA ESTIGMATIZACIÓN Y LA DISCRIMINACIÓN?

Para reducir la estigmatización y la discriminación originadas por la esquizofrenia es necesario 1) mejorar los tratamientos, 2) cambiar la actitud de las personas mediante de la educación y los programas de acogida y 3) modificar las leyes y la política para reducir la discriminación y aumentar la protección legal de quienes padecen una enfermedad mental (véase la figura 5, p. 107). Algunas estrategias específicas que pueden ayudar a reducir la estigmatización y mejorar la calidad de vida de los individuos con esquizofrenia se presentan en la tabla 8.

Iniciativas educativas y de acogida

Las campañas educativas a escala local han resultado eficaces en la reducción de la estigmatización y la discriminación debidas a la esquizofrenia. Estudios sobre las actitudes del público revelan actitudes negativas, pero también un grado sustancial de buena voluntad hacia los enfermos mentales. Cuando se entrevistó a los vecinos de un nuevo grupo de viviendas para enfermos mentales al sur de Londres, dos tercios expresaron su deseo de ayudar y mostraron interés en aprender más acerca de la enfermedad mental. Los organizadores comprobaron que esta buena voluntad se podía reforzar con una campaña educativa específica que animara a los vecinos a iniciar relaciones sociales con los residentes enfermos mentales (Wolff, 1997). Durante la campaña se distribuyeron materiales informativos (cintas de vídeo y material impreso) y se organizaron actos sociales y sesiones informales de discusión. La campaña disminuyó las actitudes de temor y de rechazo y aumentó el contacto entre los residentes y sus nuevos vecinos. El 13% de los vecinos se hizo amigos de los pacientes o los invitaba a sus casas, mientras que ningún vecino de zonas que no habían recibido el programa educativo hizo algo parecido (Wolff, 1997). Las campañas que aumentan el contacto con los pacientes también mejoran las actitudes, ya que el conocimiento personal de la enfermedad mental se asocia con una mayor tolerancia (Penn y col., 1994).

Estos proyectos hacen pensar que las campañas de acción local son viables y eficaces. ¿Tendrían un efecto parecido campañas sociales más amplias? Para contestar a esta pregunta, hay que estudiar los adelantos en la tecnología moderna de la comunicación.

Desde las poco afortunadas campañas antiestigma del periodo de la postguerra, los métodos y las técnicas de educación pública para la promoción de la salud han mejorado espectacularmente. Estas campañas de “marketing social”, como se las conoce en el campo de la comunicación, se han uti-

lizado con éxito en todo el mundo para reducir la mortalidad infantil, en la prevención del SIDA, en la planificación familiar, para mejorar la nutrición, para dejar de fumar, etc. (Rogers, 1995). Las campañas diseñadas cuidadosamente tienen efectos sustanciales en el comportamiento (Rogers y col., 1995). La eficacia aumenta con “la segmentación de la audiencia”: dividir la audiencia en subgrupos más homogéneos e idear estrategias y mensajes más relevantes y aceptables para los grupos específicos (Rogers y col., 1995; Rogers, 1996).

Al desarrollar estas campañas es importante analizar las necesidades para recabar información sobre las creencias, los mitos y las aprensiones, culturales, y sobre los medios con los que el público puede aprender sobre el tema. La evaluación de las necesidades puede incluir la creación de grupos de análisis, encuestas telefónicas e información procedente de personalidades influyentes. Se debe establecer entonces un mecanismo de pre-test que permita redefinir continuamente la estrategia promocional (Rogers, 1995) (véase el Volumen 1). Inicialmente se eligen objetivos, audiencias, mensajes y medios de comunicación específicos y se plantea un plan de acción. Estos mensajes y materiales se prueban antes con una audiencia específica y se revisan. El plan se aplica monitorizando continuamente sus consecuencias, se desarrolla una nueva campaña y se redefine constantemente. En el Apéndice E de este volumen se menciona una serie de conceptos erróneos comunes sobre la esquizofrenia y se recoge información que puede contribuir a desterrarlas.

Las campañas de promoción de la salud están orientadas a aumentar los conocimientos sobre el tema y ofrecer información. Las campañas de concienciación necesitan el apoyo de una infraestructura que pueda conectar al público con las fuentes de información y apoyo, por ejemplo, mediante un número de teléfono atendido por una persona preparada. Lo ideal es que la infraestructura cuente con una organización central basa-

Apéndices del Volumen II

da en una red local.

Los programas de entretenimiento, como las telenovelas y también las canciones populares pueden reforzar la concienciación y aportar información y son especialmente útiles para combatir temas tabú, como la enfermedad mental. Las telenovelas han tenido mucho éxito en el lanzamiento de mensajes sociales en varios países. Por ejemplo, en China, una telenovela llamada “Gente común y corriente”, que promueve la creación de familias más pequeñas y ofrece educación sobre el SIDA, comenzó a emitirse en 1995 y se espera que alcance una audiencia del 16% de la población mundial (Rogers y col., 1995). Una radionovela que fomentaba el conocimiento del SIDA y la planificación familiar alcanzó gran audiencia en Tanzania y resultó eficaz para modificar actitudes y el comportamiento sexual. Igualmente, un programa de televisión centrado en un personaje llamado María, que en México lleva 40 años en antena, ha promovido la educación de los adultos, entre otras cosas (Rogers y col., 1995).

La creación de grupos de análisis integrados por expertos locales y representantes de los sectores interesados contribuye a generar “mensajes morales” para estas series dramáticas. Los guionistas crean personajes positivos, negativos y de transición. Estos últimos cambian su comportamiento de positivo a negativo o viceversa, para ilustrar los logros y las consecuencias de sus decisiones. A la hora de diseñar los personajes se procura que reflejen distintas edades en ambos sexos, con el fin de que los oyentes puedan encontrar a alguien con quien iden-

tificarse. El enfoque de estas campañas incorpora la teoría del aprendizaje social y el concepto de que las personas modelan su comportamiento imitando el de otros.

Las telenovelas de entretenimiento puro también pueden adaptarse para incorporar personajes con un mensaje social. En Estados Unidos, un grupo que se autodenomina “Soap Summit” analiza el contenido de las series (buscando temas como el comportamiento sexual de los adolescentes), presiona a los guionistas para cambiar el contenido de sus programas a fin de crear de mensajes sociales positivos, y mide el efecto de su presión en el contenido de las telenovelas. Recientemente, se ha introducido un personaje con esquizofrenia en el programa *EastEnders*, el espacio de mayor difusión en Gran Bretaña. La National Schizophrenia Fellowship ha manifestado que esta historia ha despertado una atención sin precedentes y ha contribuido a reducir la estigmatización más que cualquier otro llamamiento de los medios. El programa ha humanizado la enfermedad y ha hecho explotar el mito de que la persona con esquizofrenia tiene doble personalidad o puede convertirse en alguien violento (Frean, 1997).

Las películas también pueden ampliar conocimientos y suministrar información. Tras el estreno de la película *Rain Man*, la National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) y otras asociaciones manifestaron que el público general aceptaba mejor a los niños autistas y a los adultos con esquizofrenia. Una película reciente *Le Huitième Jour*, que recibió un premio en el Festival de Cine de Cannes en 1996, trata de un niño con síndrome de Down. Se espera que su proyección aumente la comprensión y la tolerancia del públi-

co hacia las personas con esta enfermedad. La película australiana, *Shine*, ganadora del Oscar, transmitía varios mensajes anti-estigma sobre la enfermedad mental grave.

Iniciativas legislativas y políticas

Para reducir la discriminación debida la esquizofrenia también es importante presionar con el fin de obtener una mejor protección legal para los enfermos mentales. En algunos países, las medidas legislativas y las sentencias de los tribunales han ayudado considerablemente a reducir la discriminación de las personas que padecen una enfermedad mental.

Durante muchos años, los psiquiatras indios habían protestado por las lastimosas condiciones de los enfermos mentales, quienes languidecían en las prisiones del país. Recientemente, un grupo de asistentes sociales ha iniciado una campaña para mejorar la situación de las mujeres encarceladas en Bengala occidental. Pronto han advertido que la mayoría de estas mujeres padece enfermedades mentales y permanece encarcelada sin historial delictivo previo.

Un pleito de interés público en el Tribunal Supremo de la India, la instancia jurídica más alta del país, motivó una rápida investigación por una comisión del tribunal y una sentencia de gran alcance del presidente del Tribunal Supremo de la India, en la que se afirma que es inconstitucional mantener a una persona en prisión por razones de enfermedad mental. Esta intervención judicial individual ha forzado a muchos estados de la India a pensar en los derechos humanos de este tipo de personas y a facilitar mejores servicios para su asistencia (Times of India, 19 de agosto de 1993).

Varios países también han adoptando medidas legislativos para terminar con la discriminación de las personas con discapacidades somáticas y mentales.

La Americans with Disabilities Act alcanzó el rango de ley en los Estados Unidos en julio de 1990. Esta ley prohíbe la discriminación por discapacidad en el trabajo, en programas y servicios facilitados por los gobiernos estatales y locales, en bienes y servicios facilitados por compañías privadas y en locales comerciales. Esta iniciativa supuso un gran paso adelante en la reducción de las prácticas discriminatorias hacia quienes tienen una discapacidad, incluidas las personas con una enfermedad mental grave.

Una ley similar fue aprobada en Australia en 1992 (Australian Disability Discrimination Act), en el Reino Unido en 1995 (U.K. Disability Discrimination Act), en Hong-Kong en 1995 (Disability Discrimination Ordinance) y en la India en 1995 (The Persons with Disabilities [Equal Opportunities, Protection of Rights, and Full Participation] Act). Estas iniciativas legislativas abarcan una amplia variedad de discapacidades somáticas y mentales y abordan la discriminación y el acoso en áreas como el empleo, la educación, acceso a locales, la provisión de bienes y servicios, y el diseño y la modificación de edificios (Cheung, 1997).

El 18 de febrero de 1992, las Naciones Unidas adoptaron la resolución 119. Dicha resolución asegura la adopción y difusión de los “Principios para la protección de las personas con una enfermedad mental y para la mejora de los servicios psiquiátricos”. Estos principios se recogen en el anexo de la resolución y reflejan la concienciación de las Naciones Unidas sobre los siguientes temas:

- *La enfermedad mental es un problema fundamental de salud pública*
- *Las personas que padecen una enfermedad mental no suelen recibir la atención sanitaria apropiada*
- *Es un derecho del ser humano recibir asistencia para la enfermedad mental*
- *La asistencia debe prestarse en las condiciones menos restrictivas posibles*

Muchas asociaciones profesionales, como la Asociación Médica Mundial y la Asociación Mundial de Psiquiatría, han elaborado normas para proporcionar a los enfermos mentales una asistencia ética y de gran calidad. En 1977, la Asociación Mundial de Psiquiatría promulgó la Declaración de Hawaii, posteriormente modificada en 1983 (Asociación Mundial de Psiquiatría, 1977, 1983). Este documento establece una serie de directrices éticas para la práctica de la psiquiatría. En 1989, la Asociación Mundial de Psiquiatría promulgó una Declaración sobre los Derechos y las Garantías Legales de los Enfermos Mentales durante la Asamblea General celebrada en Atenas (Boletín de la Asociación Mundial de Psiquiatría, 1990).

Como reflejo del efecto del cambio de las actitudes sociales y de los nuevos avances médicos en la profesión psiquiátrica, la Asociación Mundial de Psiquiatría promulgó en agosto de 1996, la Declaración de Madrid. Este documento versa sobre los principios éticos que deben gobernar el trabajo de los psiquiatras y la organización de los servicios psiquiátricos. El tema dominante de la Declaración es la necesidad de que los psiquiatras respe-

*CIE-10 Subtipos de esquizofrenia
Cuatro principales subtipos de esquizofrenia*

Subtipo	Sistemas afectados	Síntomas típicos	Comentarios
Paranoide	Pensamiento, percepción	Delirios (sobre todo de persecución)	El subtipo más común
Hebefrénica (desorganizada)	Emociones, voluntad	Afectividad inapropiada, simpleza, trastornos formales del pensamiento, fragmentación mental	Comienza en la adolescencia
Catatónica	Voluntad, actividad motora	Estupor, agitación, posturas extrañas, amaneramiento, negativismo	Cada vez más raro
Simple	Voluntad, personalidad	Retraimiento social, aplanamiento emocional, pobreza de ideas, disminución de los impulsos y la motivación	Comiezo insidioso de problemas del comportamiento

ten al paciente y lleguen a una decisión sobre el tratamiento en colaboración con el enfermo, en lugar de imponerle el programa terapéutico (El texto de la Declaración de Madrid aparece en el Apéndice E).

1. Cheung FM. Legislation against disability discrimination. Paper presented at The First International Symposium on Community Psychiatric Rehabilitation. Hong Kong, January 15, 1997.
2. Frean A. EastEnders praised for breaking taboo on schizophrenia. *The Times*, May 10, 1997, p.13.
3. Penn DL, Guynan K, Daily T, et al. Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophr Bull* 1994;20:567-578.
4. Rogers EM, Dearing JH, Rao N, et al. Communication and community in a city under siege: The AIDS epidemic in San Francisco. *Communication Research* 1995;22:664-677.
5. Rogers EM. *Diffusion of Innovations*, 4th Edition. New York:Free Press; 1995.
6. Rogers EM. The field of health communication today: An up-to-date report. *Journal of Health Communication* 1996;1:15-23.
7. *Times of India*. Jailing of mentally ill persons illegal. New Delhi: *Times of India*; August 19, 1993.
8. Wolff G. Attitudes of the media and the public. In Leff J, ed. *Care in the Community: Illusion or Reality?* New York: Wiley, 1997.
9. WPA Statement and Viewpoints on the Rights and Legal Safeguards of the Mentally Ill. *WPA Bulletin* 1990; 1:2-3, 29-33
10. World Psychiatric Assotiation. Declaration of Hawaii, 1977 (amended 1983).
11. World Psychiatric Assotiation. Declaration of Madrid, 1996.

Apéndice A

Antipsicóticos convencionales más comunes

Convencionales (tradicionales) más comunes*

Benperidol	Oxipertina
Bromperidol	Penfluridol
Butaperazina	Perazina
Clorpromazina	Perfenacina
Clorptotixeno	Pimozida
Clopentixol	Pipamperona
Clotiapina	Promazina
Droperidol	Prometazina
Fluanisona	Sulpiride
Flupentixol	Tioridazina
Fluspirilina	Trifluoperazina
Haloperidol	Levomepromazina

Crterios diagnósticos para la esquizofrenia de la CIE-10

Los criterios diagnósticos para la esquizofrenia de la CIE-10 organizan los síntomas en nueve grupos, algunos de los cuales son necesarios para establecer el diagnóstico (normalmente un síntoma muy claro, o dos o más si no

lo son). Los síntomas tienen que estar presentes por lo menos durante un

Nuevos antipsicóticos comercializados en algunos países

Amisulpirida	Risperidona
Clozapina	Sertindol
Olanzapina	Zotepina
Quetiapina	

mes para poder diagnosticar esquizofrenia. A continuación se describen los nueve grupos de síntomas:

- a. Eco, robo, inserció del pensamiento o difusión del pensamiento mismo

El eco del pensamiento consiste en que el enfermo escucha en alto sus propios pensamientos. La inserción y el robo del pensamiento significan que la persona afectada cree que sus pensamientos son introducidos o extraídos de dentro de su cabeza por un agente externo. Difusión del pensamiento quiere decir que la persona cree que todos conocen sus pensamientos porque estos son difundidos de alguna manera que es diferente de la comunicación voluntaria. Estos síntomas reflejan la enajenación de la persona del contenido de sus propios pensamientos.

- b. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo , a movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones concretos, y percepción delirante

En este tipo de fenómeno delirante la persona cree que sus pensamientos, acciones y percepciones están siendo controlados por alguien o algo fuera de ella, reflejando, una vez más, la disociación de los procesos mentales del individuo de la experiencia del yo.

- c. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo

Muchas personas con esquizofrenia refieren que las voces comentan continuamente su comportamiento. Estas voces suelen emitir juicios negativos sobre la persona.

- d. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del sujeto o que son completamente imposibles, como las de identidad religiosa o política, capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo)

Por ejemplo, las personas pueden creer que vivirán para siempre y que sobrevivirán repetidas veces a experiencias que matarían a otros, que pueden curar a los demás con “pensamientos limpios”, que son un rey o alguna personalidad reconocida o que están casados con alguien de otro planeta.

Este tipo de síntomas (a-d) se considera especialmente típico de la esquizofrenia. Además, si uno de estos cuatro síntomas se manifiesta durante, al menos, un mes, se puede establecer el diagnóstico de esquizofrenia.

Los siguientes cuatro grupos de síntomas (e-h) también son importantes, pero dos de ellos deben haberse manifestado durante un mes para poder diagnosticar esquizofrenia.

- e. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas o meses o permanentemente.

Como se ha mencionado anteriormente (véase el criterio c) las alucinaciones más frecuentes son auditivas, pero también pueden aparecer táctiles, visuales y olfatorias, así como otras percepciones erróneas y falsas. Las personas con esquizofrenia pueden oler aromas

“venenosos”, experimentar la sensación de volar por el aire, sentir a un extraño dentro de su propio cuerpo o tener la sensación de que un insecto camina por su piel. Pueden ver a personas que no están ahí realmente o escenas complejas que no son reales.

- f. Interpolaciones o bloqueos del curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, incoherente, disgregado o lleno de neologismos

Rarezas en los procesos del pensamiento de las personas con esquizofrenia pueden llevar a la fragmentación o desintegración del pensamiento lógico. El enfermo puede ser incapaz de organizar un grupo de pensamientos no relacionados. Las personas con esquizofrenia pueden usar neologismos, palabras que inventan para reemplazar otras de uso normal (ej., emplear la palabra “rementación” con el significado de crear una nueva personalidad).

- g. Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor

Estos síntomas comprenden una amplia variedad de comportamientos extraños y sin sentido. El estupor hace que pierda la capacidad de reaccionar a los estímulos del entorno, de tal modo los movimientos y la actividad espontánea desaparecen. El mutismo impide que la persona pueda comunicarse verbalmente. Lo opuesto a estupor es excitación y agitación. La actividad motora aumenta sin que se establezca ninguna relación con los estímulos externos, y no parece tener objetivo ni propósito. En algunos casos, cuando se coloca a las personas con esquizofrenia en una determinada posición, estas la mantienen (la llamada “flexibilidad cérea”). También pueden adoptar y mantener posturas inadecuadas durante largos periodos de tiempo. Por ejemplo, el

afectado puede adoptar una posición no natural de la cabeza, como si estuviera apoyada en una almohada (“almohada psicológica”). Otros síntomas catatónicos consisten en rigidez muscular, contracciones espasmódicas llamativas, ecolalia (imitación de las palabras) y movimientos de los demás y pérdida de la “gracia natural” de los movimientos.

- h. Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales, que generalmente conducen a retraimiento social y disminución de la actividad social. Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión ni a administración de neurolépticos

Este es un grupo importante de síntomas que puede ayudar a predecir la evolución del trastorno (Véase Evolución y pronóstico de la esquizofrenia, pág. 24). Los síntomas negativos pueden considerarse como una manifestación de la disminución general del nivel de energía. Los enfermos presentan una variedad y un nivel de emociones limitados y tienen menos capacidad para participar emocionalmente en ciertas situaciones. Esta pérdida de profundidad y variedad emocional puede aumentar y llegar a ser más general, con el resultado de que la persona se vuelve completamente apática. La escasez o empobrecimiento de los pensamientos se refleja en la pobreza del lenguaje. El enfermo puede perder la motivación (un síntoma llamado avolición).

Estos síntomas pueden provocar que la persona se retraiga socialmente o se vuelva más insegura y torpe por el miedo al fracaso. Puede resultar difícil distinguir los síntomas negativos de la depresión que a veces acompaña a la esquizofrenia. Sin embargo, es importante que los médicos traten de establecer esta distinción, ya que un tratamiento adecuado de los síntomas depresivos mejora considerablemente la capacidad

La creencia de que la esquizofrenia es contagiosa ha contribuido enormemente a crear el estigma que recae sobre quienes mantienen contacto con las personas que padecen esquizofrenia (p. ej., familiares, cuidadores, terapeutas)

La creencia de que la causa de la esquizofrenia radica en los malos espíritus o la brujería puede reducir la prestación de un tratamiento adecuado. Sin embargo, al mismo tiempo, esta creencia puede liberar del estigma, ya que la persona con esquizofrenia se ve como una víctima inocente de la hostilidad de los demás

funcional del enfermo.

El grupo final de síntomas (i) puede constituir una de las causas principales de los problemas sociales y laborales con los que se enfrentan las personas con esquizofrenia.

- i. Un cambio considerable y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal que se manifiesta como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, actitud absorta y aislamiento social.

Apéndice B

La esquizofrenia indiferenciada. Combina rasgos de dos de los siguientes tipos: paranoide, hebefrénica y catatónica. Los síntomas del enfermo cumplen los criterios diagnósticos de esquizofrenia, pero no se ajustan del todo a ninguno de los subtipos principales.

La esquizofrenia residual. Describe un estadio del trastorno en el que ha habido un episodio claro de esquizofrenia en el pasado y siguen manifestándose síntomas negativos llamativos. Sin embargo, ha disminuido la intensidad o la frecuencia de otros síntomas psicóticos, como delirios, alucinaciones o síntomas catatónicos.

La depresión post-esquizofrénica. Describe la situación frecuente en que una persona padece sobre todo síntomas depresivos tras un episodio agudo, aunque todavía pueden estar presentes síntomas positivos o negativos.

Apéndice C

(*) Los nombres de los productos varían de un país a otro y dentro de un

mismo país se puede emplear más de un nombre para designar al mismo medicamento. Cuando se participe en este programa sería útil obtener una lista de los nombres de los productos de uso más habitual en el país en el que se desarrolle el proyecto.

Apéndice D

Apéndice E

Superación de conceptos erróneos populares sobre la esquizofrenia

La información que se facilita en este apéndice puede utilizarse en programas educativos y de concienciación del público con el fin de corregir los falsos mensajes que se difunden sobre la esquizofrenia. En cada caso, primero se presenta el concepto erróneo y después se aporta la información que puede emplearse para desterrar el mito, así como referencias cruzadas a las secciones del Volumen 2 donde estos temas se abordan con mayor detalle.

Concepto erróneo: la esquizofrenia es un trastorno de doble personalidad o personalidad múltiple

Realidad: *la esquizofrenia no corresponde a un trastorno de personalidad múltiple, el cual es un proceso histérico o disociativo.* Tampoco es “doble personalidad”, un término que proviene del origen griego de la palabra “esquizofrenia”: “mente dividida”. El término “esquizofrenia” fue acuñado a principios del siglo XX por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler, para describir la fragmentación del pensamiento y del sentimiento que se daba en la enfermedad. Ni “mente dividida” ni “personalidad múltiple” son términos que clarifiquen lo que realmente es la esquizofrenia, una enfermedad cerebral grave. Además, el uso popular de la palabra “esquizofrénico” para describir una mezcla de cualidades contradictorias difiere completa-

mente del uso psiquiátrico del término o de las características de las personas que padecen esquizofrenia.

Concepto erróneo: los enfermos no se recuperan nunca de la esquizofrenia

Realidad: *la esquizofrenia no presenta invariablemente una evolución desfavorable. El concepto erróneo de que la esquizofrenia es siempre una enfermedad incurable se traduce en desesperanza y desesperación, desidia, abandono y crispación de los familiares. (Para más detalles: véase Evolución y pronóstico de la esquizofrenia, págs. 41-48 de este volumen).*

Concepto erróneo: una mala crianza por parte de los padres causa esquizofrenia en sus hijos

Realidad: *desde Sigmund Freud, los psiquiatras han considerado que la familia desempeña un papel crucial en el desarrollo de la personalidad humana y de los trastornos mentales y muchos han buscado en la familia fuerzas dinámicas capaces de provocar esquizofrenia. A pesar de esta idea, no se ha demostrado que el ambiente familiar o un mal cuidado de los padres originen la esquizofrenia.*

Ya en 1948, los psicoanalistas apuntaron que las madres fomentaban la esquizofrenia en sus hijos prestándoles cuidados fríos y distantes (Fromm-Reichmann, 1948). Otros autores han señalado como causas importantes del trastorno los cismas parentales y los patrones confusos de comunicación dentro de las familias (Lidz y col., 1965; Laing y Esterton, 1970). La teoría del vínculo doble, propuesta por el antropólogo Gregory Bateson y sus colegas, sostiene que los mensajes contradictorios de los padres, de los que el hijo no puede escapar, son los que favorecen la aparición de la enfermedad. (Bateson y col., 1956).

Aunque gozaban de un amplio reconocimiento público, estas teorías rara vez se probaron adecuadamente. La investigación que afirmaba haber encontrado anomalías en los patrones de comunicación de las familias de personas con esquizofrenia (Wynne y Singer, 1963) no se ha confirmado en investigaciones posteriores (Hirsch y Leff, 1975; Woodward y Goldstein, 1977). Además, ninguno de los trabajos sobre este tema resuelven satisfactoriamente la cuestión de si los patrones de desviación a los que se alude, en las familias de las personas con esquizofrenia, son la causa o el efecto de alteraciones psicológicas en el miembro de la familia con enfermedad mental.

Miles, si no millones de familiares de personas con esquizofrenia han sufrido vergüenza, culpa y estigmatización como consecuencia de la aceptación generalizada de estas teorías. Los padres no sólo ven los cambios de personalidad en su hijo y sus ambiciones destruidas por la enfermedad, sino que a veces se sienten culpables de haber causado la enfermedad. A menudo, los familiares soportan la carga de vivir con alguien cuyas acciones pueden resultar muy perturbadoras y sus respuestas emocionales, ingratas. Necesitan comprensión y apoyo y no la censura y la desconfianza de los terapeutas.

-
1. Bateson G, Jackson D, Haley J. *Towards a theory of schizophrenia*. *Behavioral Science* 1956;1:251-64.
 2. Fromm-Reichmann F. *Notes on the development to treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy*. *Psychiatry* 1948;11:263-273.
 3. Hirsch S, Leff J. *Abnormality in Parents of Schizophrenics*. London: Oxford University Press; 1975.
 4. Laing RD, Esterton A. *Sanity, Madness and the Family: Families of Schizophrenics*. Baltimore: Penguin Books; 1970.
 5. Lidz T, Fleck S, Cornelison A. *Schizophrenia and the Family*. New York: International Universities Press; 1965.
 6. Woodward J, Goldstein M. *Communication deviance in the families of schizophrenics: A comment on the misuse of analysis of covariance*. *Science* 1977;197:1096-1097.
 7. Wynne LC, Singer M. *Thought disorder and family relations*. *Arch Gen Psychiatry* 1963;9:199-206.
-

Concepto erróneo: la esquizofrenia es contagiosa

Realidad: *la esquizofrenia no es contagiosa. Sin embargo, la creencia de*

que lo es está muy difundida en el mundo y sirve de base para los numerosos prejuicios contra las personas que tienen una enfermedad mental. El temor al contagio hace que la gente evite el contacto social con quienes tienen esquizofrenia y que se les niegue la posibilidad de vivir o trabajar cerca de otros miembros de la comunidad. El temor al contagio también determina la estigmatización de los familiares, de los profesionales de la salud mental y de los propios lugares de tratamiento.

Concepto erróneo: los malos espíritus o la brujería son los causantes de la esquizofrenia

Realidad: *aunque no es verdad, en una gran parte del mundo muchas personas creen que la esquizofrenia es el efecto de la acción de espíritus ancestrales o de la práctica de la brujería.* Existen otras muchas ideas falsas sobre esta enfermedad. Por ejemplo, sabemos que:

- *La esquizofrenia no está causada por una maldición o “mal de ojo”*
- *La esquizofrenia no es un castigo de Dios por los pecados familiares*
- *La esquizofrenia no proviene de la falta de fe en Dios*
- *La esquizofrenia no es una forma de posesión diabólica*
- *La esquizofrenia no es el resultado de un amor frustrado*
- *La esquizofrenia no se origina por leer demasiados libros*
- *La esquizofrenia no aparece por comer alimentos envenenados estando despierto o dormido*
- *La esquizofrenia no se transmite por la lactancia*
- *La esquizofrenia no surge como consecuencia de la masturbación*

Las distintas creencias tradicionales sobre la naturaleza y la causa de las enfermedades mentales pueden impulsar a las personas con síntomas de esquizofrenia y a sus familiares a buscar ayuda entre un amplio abanico de “profesionales”. De hecho, el empleo de prácticas sanadoras indígenas junto con el tratamiento médico está muy difundido. (El papel del curandero tradicional en el tratamiento de la esquizofrenia se expone en la pág. 95 de este volumen)

Concepto erróneo: las personas con esquizofrenia son retrasadas mentales

Realidad: aunque muchas veces se confunde a las personas con esquizofrenia con quienes tienen un retraso mental, se trata de dos situaciones muy distintas. Esto se puede observar desde la edad en que comienza la enfermedad. El retraso mental se identifica generalmente al principio de la niñez, mientras que, en la mayoría de los casos, la esquizofrenia empieza en la adolescencia o al principio de la edad adulta.

Concepto erróneo: las personas con esquizofrenia deben permanecer hospitalizadas

Realidad: estudios recientes han demostrado que diferentes ámbitos y lugares, que abarcan desde alternativas innovadoras al hospital a programas integrales que se desarrollan en la comunidad, pueden resultar eficaces en el tratamiento de las personas con esquizofrenia. (Para más detalles sobre este tema, véase las págs. 89-94).

Concepto erróneo: la cárcel es un lugar apropiado para las personas con esquizofrenia

Realidad: las personas con esquizofrenia no deberían estar en la cárcel. Pueden empeorar si se les castiga o son confinadas sin necesidad (véase la pág. 93)

Concepto erróneo: las personas con esquizofrenia no son capaces de tomar decisiones sobre su propio tratamiento

Realidad: las personas con esquizofrenia pueden participar en su tratamiento (véase la pág. 73)

Concepto erróneo: las personas con esquizofrenia suelen ser violentas

Realidad: las personas con esquizofrenia no suelen ser violentas (Véanse las págs. 20-23).

Concepto erróneo: la mayoría de las personas con esquizofrenia no puede trabajar

Realidad: las personas con esquizofrenia pueden trabajar, incluso aunque tengan síntomas. El trabajo les ayuda a recuperarse (Véanse las págs. 84-89).

Apéndice F

Declaración de Madrid

La psiquiatría es una disciplina médica orientada a proporcionar el mejor tratamiento de los trastornos mentales, la rehabilitación de los afectados por este tipo de enfermedades y la promoción de la salud mental. Con el fin de conseguir esta meta, el psiquiatra debe ayudar al paciente proporcionándole el mejor tratamiento existente, de acuerdo con los conocimientos científicos y los principios éticos aceptados. Los psiquiatras deberán diseñar intervenciones terapéuticas que restrinjan en un grado mínimo la libertad del paciente, y hacer las consultas oportunas cuando no tuvieran la experiencia necesaria según. Al hacerlo así, deben procurar que los recursos sanitarios

se asignen de manera equitativa.

Es deber del psiquiatra mantenerse al tanto de los avances científicos de su especialidad y transmitir una información actualizada a los demás. Los psiquiatras dedicados a la investigación deben extender las fronteras científicas de la psiquiatría.

El paciente debe ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio. La relación entre terapeuta-paciente debe basarse en la confianza y el respeto mutuo, con el fin de que el paciente tomar decisiones libres e informadas. Es deber de los psiquiatras facilitar al paciente una información relevante que le permita tomar decisiones racionales según sus propios valores y preferencias.

Si el paciente estuviera incapacitado o hubiera perdido su capacidad de juicio a causa de un trastorno mental, el psiquiatra deberá consultar con su familia y, si fuera necesario, solicitar asesoramiento legal, con objeto de salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del paciente. No se debe administrar ningún tratamiento en contra de la voluntad del paciente, salvo que este fuera necesario para proteger la vida del paciente y de sus allegados. El tratamiento debe ir siempre en el mejor interés del paciente.

Si un psiquiatra fuera requerido para evaluar a un paciente, es su deber informar y orientar a la persona del propósito de la intervención, del uso que se hará de los resultados y de las posibles repercusiones de la evaluación. Este punto es especialmente importante cuando los psiquiatras tengan que intervenir en situaciones con terceras partes.

La información obtenida en el contexto de la relación terapéutica debe permanecer confidencial, y se utilizará única y exclusivamente con el propósito de mejorar la salud mental del paciente. Se prohíbe que los psiquiátricos

utilicen tal información por motivos personales o para acceder a beneficios económicos o académicos. La violación de la confidencialidad sólo sería aceptable ante la posibilidad de graves daños físicos o mentales para el paciente o para terceros. En tales circunstancias, el psiquiatra deberá, en la medida de lo posible, informar primero al paciente sobre las acciones que se vayan a emprender.

La investigación que no se lleva a cabo conforme a los cánones de la ciencia es inmoral. Por tanto, toda actividad investigadora deberá ser aprobada por un comité ético debidamente constituido. En su investigación, los psiquiátricos deberán seguir las normas nacionales e internacionales. Sólo personas con una formación adecuada en investigación deberán emprendérsela o dirigirla. Dado que los pacientes psiquiátricos son sujetos de investigación especialmente vulnerables deberán extremar las precauciones con el fin de salvaguardar tanto su autonomía como su integridad mental y física. Las normas éticas deberán aplicarse también a la selección de grupos de la población, a todo tipo de investigaciones, como las epidemiológicas y sociológicas, y a investigaciones en colaboración con otras disciplinas o varios centros de investigación.