**Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.**

***Tema: Esquizofrenia.***

***Autor: Moisés Salablanca Roblero.***

***Dr.: García.***

***5to de Medicina.***

**Introducción**

La esquizofrenia es una de las enfermedades más fascinantes de la psiquiatría, siendo por siglos fuente de especulación y debate tanto en los círculos científicos como fuera de ellos. Debido al comportamiento y pensamiento peculiar que exhiben los pacientes, durante mucho tiempo fueron considerados como una vergüenza para la familia y una amenaza social, motivo por el cual eran desterrados o recluidos en sanatorios. Esta enfermedad constituye la principal causa de incapacidad de origen psiquiátrico en el mundo entero. La razón es obvia: produce alteraciones en la esfera mental del sujeto y pierde por completo el contacto con la realidad y por consiguiente, la capacidad para funcionar en los campos laboral y social.

La esquizofrenia es el cuadro más frecuente y más importante de este grupo. El trastorno esquizotípico tiene muchos de los rasgos característicos de los trastornos esquizofrénicos. Las implicaciones desde el punto de vista económico son impresionantes. Tan solo en Estados Unidos la atención de los pacientes generan gastos directos que alcanzan los 19 billones de dólares (1 billón = mil millones) anuales. Sin embargo, el impacto económico no deriva de los cuidados médicos, sino de la pérdida de la capacidad productiva y la carga asistencial para la familia, cuyo costo por año se estima, en dicha nación, cercano a 46 billones de dólares. Por todo lo anterior, es importante que el médico no psiquiatra aprenda a reconocer la enfermedad y pueda diferenciarla de otras entidades clínicas, conozca el arsenal terapéutico disponible y adquiera los conocimientos necesarios para el enfoque racional de los pacientes.

**Epidemiología**

La prevalencia de la esquizofrenia en la población general es cercana a 1%, con incidencia anual de 10 a 15 casos por 100.000 habitantes. En la mayoría de los pacientes se inicia durante la adolescencia o a comienzos de la edad adulta, siendo su aparición más temprana en el sexo masculino.

Mientras que el pico de incidencia en hombres está entre los 15 y 24 años de edad, el de las mujeres ocurre entre los 25 y 34 años. Rara vez aparece en la infancia o después de los 40 años, pero algunos reportes publicados en la literatura sostienen que el 13% de los pacientes con esquizofrenia, presentan las primeras manifestaciones en la quinta década de la vida, 7% en la sexta y 3% en la séptima o después. El riesgo de padecer la enfermedad es mayor entre los familiares cercanos que en la población general, lo cual apoya la existencia de factores genéticos. En familiares de primer grado, la prevalencia es de 10% mientras que en los de segundo grado se reduce a un 3%. De igual forma, la concordancia para esquizofrenia entre gemelos dicigotos es de 12% a 14% y en monocigotos de 48%.

**Fisiopatología**

Existen reportes en la literatura sobre la disminución en el tamaño de los lóbulos frontales y temporales, así como aumento en el volumen del núcleo caudado y otras estructuras subcorticales en sujetos con esquizofrenia, detectados mediante tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia nuclear magnética (RNM). Tales hallazgos han sido confirmados mediante exámenes funcionales de tomografía con emisión de positrones (**PET**, siglas del inglés ***P****ositron* ***E****mission* ***T****omography*) o tomografía con emisión de fotón único (**SPECT**, del inglés ***S****ingle* ***P****hoton* ***E****mission* ***C****omputed* ***T****omography*), en los cuales se encuentran hipofunción frontal y temporal, acompañada de hiperfunción del núcleo caudado.

Un hallazgo notable es la ausencia de gliosis reactiva, un fenómeno común en las enfermedades neurodegenerativas. Dado que las células gliales maduras aparecen en el tercer trimestre de gestación, varios grupos de investigadores sostienen que la esquizofrenia es producida por una lesión cerebral que se presenta durante los primeros meses de vida intrauterina, antes que la maduración glial se lleve acabo. Según esta hipótesis, no todos los sujetos reaccionan de la misma forma a las agresiones sobre el sistema nervioso central. De hecho, sólo aquellos individuos con una predisposición genética especial desarrollarían los cambios de la citoarquitectura cerebral, antes mencionados.

En la actualidad, están en estudio varias regiones del genoma humano, relacionadas con una predisposición genética a la enfermedad. Concretamente, el brazo corto de los cromosomas 6 y 8, así como el brazo largo del cromosoma 22. Sin embargo, hacen falta más estudios para demostrar la existencia de los genes implicados.

A nivel molecular, las principales alteraciones han sido detectadas en los circuitos de dopamina del sistema nervioso central, originados en la sustancia *nigra* y el área ventral tegmental. La sustancia *nigra* es un núcleo de neuronas dopaminérgicos, localizadas en el mesencéfalo y que da origen al sistema nigroestriado, implicado en el control del movimiento. Otra estructura relacionada, el área ventral tegmental, contiene células dopaminérgicas que envían proyecciones a la corteza frontal y el lóbulo límbico, conformando los circuitos mesocortical y mesolímbico respectivamente. Tales circuitos intervienen en la modulación del afecto, el comportamiento y la cognición, y su disfunción está muy relacionada con la aparición de síntomas psicóticos.

De hecho, estudios funcionales del sistema nervioso empleando PET han demostrado aumento en la densidad y sensibilidad de los receptores dopaminérgicos en el núcleo caudado (hallazgo que se correlaciona con la presencia de manifestaciones positivas de la esquizofrenia), junto con una reducción en el número y funcionamiento de los receptores a nivel frontal (implicada en la aparición de signos negativos). Existen al menos cinco receptores diferentes para dopamina. El tipo D1 predomina en la corteza cerebral, el D2 en el cuerpo estriado, mientras que los subtipos D3 y D4 se encuentran en el sistema límbico. Los receptores presinápticos están ubicados en el cuerpo celular (autorreceptores somatodendríticos) o en la región distal del axón (autorreceptores terminales).

**Generalidades Esquizofrenia**

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. Es frecuente ya desde el comienzo una perplejidad, 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 soterrados, 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 y 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 grabando 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 conducta o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extrañas. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). 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.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.

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

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

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

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, meses o permanentemente.

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

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

h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conductas personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Los síntomas de la esquizofrenia son variables en tipo y gravedad. Por lo general se agrupan en dos categorías: positivos y negativos (por déficit). Los síntomas positivos se caracterizan por exceso o distorsión de las funciones normales; los síntomas negativos, por la disminución o pérdida de aquéllas. Los pacientes pueden presentar síntomas de un tipo o de ambos.

Los **síntomas positivos** se dividen a su vez en 1) delirios y alucinaciones y 2) pensamiento desorganizado y comportamiento extraño. Los delirios y las alucinaciones a veces se consideran como los elementos psicóticos de la esquizofrenia. El delirio consiste en una creencia errónea por una mala interpretación de la realidad. En el de tipo persecutorio, el paciente cree que le siguen, le acosan, conspiran en su contra o le espían. El delirio de referencia lleva a pensar a la persona que ciertos pasajes de libros, periódicos, letras de canciones u otros mensajes del entorno están dirigidos específicamente a ella. Puede haber también ideas delirantes de robo o de imposición del pensamiento: el individuo cree que los demás pueden leer su mente, que sus pensamientos están siendo transmitidos a otras personas o que fuerzas ajenas a él están imponiéndole pensamientos e impulsos. Puede haber alucinaciones de cualquier modalidad sensorial (auditivas, olfatorias, gustatorias o táctiles), aunque las auditivas son con mucho las más frecuentes y características de la esquizofrenia. El paciente oye voces que hacen comentarios sobre su comportamiento, conversan unas con otras o emiten críticas y juicios severos sobre él mismo.

Los trastornos del pensamiento y el comportamiento extraño constituyen el **grupo de síntomas positivos de desorganización.** La desorganización del pensamiento se manifiesta fundamentalmente por un habla inconexa, con saltos de un tema a otro y sin objetivo aparente. El grado de desorganización del lenguaje puede ir desde lo leve hasta lo incoherente e incomprensible. El comportamiento extraño comprende desde las tonterías infantiloides hasta la agitación, pasando por la falta de higiene y una conducta inadecuada al contexto. Una forma extrema es el comportamiento motor catatónico, con rigidez postural, resistencia a los intentos de ser movido o actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador.

Los **síntomas negativos (por déficit)** consisten en aplanamiento afectivo, alogia (pobreza del habla), anhedonia y ausencia de sociabilidad. El aplanamiento afectivo se caracteriza por la inmovilidad y la falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, el contacto visual pobre y la reducción del lenguaje corporal. La alogia o pobreza del habla se manifiesta por réplicas breves, lacónicas y que producen la sensación de vacío interior. La anhedonia (disminución de la capacidad para experimentar placer) se puede manifestar por una falta de interés por las cosas y por consumir un tiempo considerable en actividades carentes de propósito. La ausencia de sociabilidad se refiere a la falta de interés por las relaciones interpersonales. Los síntomas negativos con frecuencia se asocian a una pérdida general de motivación y una disminución del sentimiento de tener objetivos. Los síntomas de la esquizofrenia típicamente acaban por producir un deterioro funcional en todas las actividades del individuo, interfiriendo notablemente en el trabajo, las relaciones sociales y el cuidado de uno mismo. Como consecuencia, es habitual que surjan situaciones de pérdida de empleo, aislamiento social, relaciones familiares deterioradas y disminución de la calidad de vida.

**Síntomas schneiderianos de primer rango**

* Alucinaciones de que los pensamientos del paciente se dicen en voz alta.
* Alucinaciones de que hay voces que hacen observaciones sobre el paciente.
* Alucinaciones de que hay voces que conversan o discuten sobre el paciente (alucinación de la «tercera persona»).
* Alucinaciones somáticas atribuidas a fuerzas externas (p. ej., rayos X, hipnosis).
* Ideas delirantes de que los pensamientos de una persona son extraídos o implantados por una fuerza exterior o por otra persona.
* Ideas delirantes de que los pensamientos privados de una persona se difunden públicamente.
* Percepciones delirantes en las cuales significados altamente personales son atribuidos a las percepciones.
* Ideas delirantes de estar influido o forzado a realizar actos que el paciente no quiere ni desea.
* Ideas delirantes de sentir emociones o sensaciones (a menudo sexuales) que no son propias del paciente.

**Diferencias entre los criterios DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV para la esquizofrenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DSM-III  | DSM-III-R |  | DSM-IV |
|   |  |  |  |
| -Síntomas característicos de la fase activa-Deterioro en el funcionamiento-Duración igual o superior a los 6 meses(incluyendo la fase activa)-Exclusión de depresión y manía-Exclusión de trastorno mental orgánico yretraso mental-Edad de inicio antes de los 45 años deEdad*-Clasificación del curso*Subcrónico (> 6 meses pero < 2 años)Crónico (> 2 años)Subcrónico con exacerbaciones agudasCrónico con exacerbaciones agudas-En remisión | -Presencia de síntomas característicos de la fase activa durante 1 semana o más-Alteración en el funcionamiento-Duración igual o superior a los 6 meses (incluyendo la fase activa)-Exclusión del trastorno esquizoafectivo o del trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos-Exclusión del trastorno mental orgánico-Exclusión del trastorno autistaSubcrónico (> 6 meses pero < 2 años)Crónico (> 2 años)Subcrónico con exacerbaciones agudasCrónico con exacerbaciones agudas-En remisiónInespecífico |  | -Presencia de síntomas característicos de la fase activa durante 1 mes o más (o menos si ha sido tratado)-Disfunción social/laboral-Duración igual o superior a los 6 meses (incluyendo la fase activa)-Exclusión del trastorno esquizoafectivo del trastorno del estado de ánimo con síntomaspsicóticos-Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica Si hay historia de un trastorno generalizado del desarrollo, las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito)-Episódico con síntomas residuales interepisódicos-Episódico con síntomas residuales interepisódicos-Continuo-Episodio único en remisión parcial-Episodio único en remisión total-Otro patrón o no especificado |

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecedieran claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicotropas o una abstinencia a las mismas y aquéllos inducidos por sustancias psicotropas.

Formas de evolución

La forma de evolución de los trastornos esquizofrénicos se clasificará según las siguientes categorías de cinco caracteres:

-continua
-episódica con defecto progresivo
-episódica con defecto estable
-episódica con remisiones completas
-remisión incompleta
-remisión completa
-otra forma de evolución
-período de observación menor de un año

|  |
| --- |
|  |

**Clasificación de las Esquizofrenias **

1 – Esquizofrenia paranoide

2 – Esquizofrenia hebefrénica

3 – Esquizofrenia catatónica

4 – Esquizofrenia simple

5 – Esquizofrenia indiferenciada

6 – Esquizofrenia residual

7 – Depresión postesquizofrénica

🢫 **Personalidad Pre - Mórbida 🢪**

1 – Esquizoide (25%), introvertido, tranquilo, pasivo, con pocas relaciones.

2 – Paranoide.

3 – Variable.

**Historia Laboral:**

Inconforme, intranquilo, que cambia de trabajo frecuentemente.

**Diferencias Geográficas:**

EUA- Esquizofrenia más común = Paranoide

Europa-Esquizofrenia más común = catatónica

África-Esquizofrenia más común = hebefrénica

**Epidemiología:**

Alcanza el 1% de la población mundial

 Si ambos padres son esquizofrénicos-alta probabilidades de que los hijos los hereden.

**Etiología:**

 - Multifactorial

 - Factores genéticos (más importante)

 - Factores sociales

 - Virus lentos

 - Problemas con factores autoinmunes

 - Problemas con proteínas reactivas

**1-ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

 - Tipo más frecuente de las esquizofrenias.

 - Comienzo tardío (25-30 años).

 - Cuadro clínico: Predominio de trastornos sensoperceptuales.

 - Predominio de ideas delirantes, relativamente estables, a menudo paranoides, de daño, perjuicio, persecución, referencia.

 - Trastornos sensoperceptuales como son las alucinaciones, en especial las auditivas.

 - Trastorno del pensamiento:(durante las crisis agudas no impiden describir lo anterior con claridad).

 - Incongruencia afectiva, irritabilidad, ira, suspicacia y cierto temor.

 - El curso puede ser episódico con remisiones parciales, completas o crónico (los síntomas persisten durante años y es difícil distinguir episodios).

 Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.

b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.

c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, pero rara vez dominan.

El trastorno del pensamiento puede ser importante en la crisis aguda, pero no tanto como para impedir que las ideas delirantes y las alucinaciones sean descritas con claridad. Lo normal es que la afectividad esté menos embotada que en otras formas de esquizofrenia, pero suele ser frecuente una cierta incongruencia afectiva, al igual que una cierta irritabilidad, ira, y suspicacia y un cierto temor. También pueden aparecer, pero no predominan en el cuadro clínico, síntomas negativos como embotamiento afectivo y trastornos de la voluntad.

**Pautas para el diagnóstico**

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y además deben destacar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Normalmente las alucinaciones son del tipo descrito en b) y c). Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

Incluye:

1. esquizofrenia parafrénica

Excluye:

1. Estado paranoide involutivo.
2. paranoia.

**Diagnóstico diferencial**

Es importante excluir las psicosis epilépticas y las inducidas por sustancias psicotropas y recordar que las ideas delirantes de persecución tienen poco valor diagnóstico, en especial en personas de países o culturas diferentes a la propia del lugar.

**2-ESQUIZOFRENIA HEBERFRÉNICA**

 - Comienzo en edad temprana, entre los 15-25años (adolescentes-adultos)

 - Cuadro Clínico: Predominio trastornos afectivos.

 - Ideas delirantes y alucinaciones pueden presentarse, pero no son patognomónicas

 - Comportamiento irresponsable e imprevisible.

 - Pensamiento desorganizado en extremo.

 - Disgregación o incoherencia del lenguaje.

 - Se pierden la iniciativa y la determinación.

 - La afectividad es superficial e inadecuada, se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas (euforia), con un modo despectivo de actuar, muecas, manierismos, burlas, quifas hipocondríacas y de frases repetitivas.

 - Desorganización de la personalidad.

 - Aumento de Puerilidad (comportamiento carece de propósito)

 - Tendencia a permanecer solitario.

 - Pronóstico: malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial embotamiento afectivo y abulia.

Se trata de una forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente un comportamiento irresponsable e imprevisible. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.

**Pautas para el diagnóstico**

La hebefrenia se diagnosticará inicialmente únicamente en adolescentes y adultos jóvenes. Lo más característico, pero no indispensable, es que la personalidad premórbida haya sido más bien tímida y solitaria. Para un diagnóstico seguro de hebefrenia normalmente es necesario un período de dos o tres meses de observación continua para asegurarse de que persiste el comportamiento característico.

Incluye:

1. esquizofrenia desorganizada
2. hebefrenia

**3-ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA**

La característica predominante y esencial de la esquizofrenia catatónica es la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica notable de este trastorno puede ser la intensa excitación. Comienzo antes de los 20 años.

Por razones oscuras la esquizofrenia catatónica es poco frecuente en los países industrializados, a pesar de que sigue siendo frecuente en otras partes del mundo. Las manifestaciones catatónicas pueden acompañarse de estados oneiroides con alucinaciones escénicas muy vívidas.

**Pautas para el diagnóstico**

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de uno de los siguientes tipos de comportamiento:

a) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.

b) Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos).

c) Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).

d) Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).

e) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).

f) Flexibilidad cérea (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior.

g) Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y perseveración del leguaje.

En enfermos mutistas, con manifestaciones catatónicas, el diagnóstico de esquizofrenia tendrá que ser provisional hasta que haya información suficiente sobre la presencia de otros síntomas. También es vital recalcar que los síntomas catatónicos no son por sí mismos patognomónicos de la esquizofrenia. Los síntomas catatónicos pueden también aparecer en lesiones cerebrales, en trastornos metabólicos, ser inducidos por el alcohol u otras sustancias psicotropas y también aparecer en los trastornos del humor (afectivos).

Incluye:

1. Estupor catatónico
2. Catalepsia esquizofrénica
3. Catatonía esquizofrénica
4. Flexibilidad cérea esquizofrénica

**Diagnóstico diferencial:**

Lesiones cerebrales, trastornos metabólicos, alcohol y otras sustancias psicotropas, trastorno del humor.

**4-ESQUIZOFRENIA SIMPLE**

Se trata de un trastorno no muy frecuente en el cual se presenta el desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay presencia evidente de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan obviamente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Comienzo en la adolescencia.

**Pautas para el diagnóstico**

El diagnóstico de esquizofrenia simple es difícil de concretar de manera evidente, dado que depende de que se pueda establecer de una manera clara el desarrollo progresivo de los síntomas "negativos" característicos sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

Desarrollo progresivo por periodo de tiempo menor de 1 año, no antecedentes de alucinaciones o ideas delirantes en un episodio anterior.

**5-ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA**

Se trata de un conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia, pero que no se ajustan a ninguno de los tipos o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo pues a la esquizofrenia residual, y a la depresión postesquizofrénica, y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

**Pautas para el diagnóstico**

Esta categoría debe reservarse para enfermos que:

a) Satisfacen las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.

b) No satisfacen las pautas de los tipos catatónico, hebefrénico o paranoide.

c) No reúnen las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica.

Incluye:

1. esquizofrenia atípica

 **6-ESQUIZOFRENIA RESIDUAL**

Se trata de un estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de un deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

**Pautas para el diagnóstico**

Para un diagnóstico fiable deben satisfacerse las siguientes pautas:

a) Presencia de síntomas esquizofrénicos "negativos" destacados, por ejemplo, inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad o contenido del lenguaje, comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, entonación y postura) empobrecida, un deterioro del aseo personal y del comportamiento social.

b) Evidencia de que en el pasado ha habido por lo menos un episodio claro que ha reunido las pautas para el diagnóstico de una esquizofrenia.

c) Un período de por lo menos un año durante el cual la intensidad y la frecuencia de la sintomatología florida (ideas delirantes y alucinaciones) han sido mínimas o han estado claramente apagadas, mientras que destacaba la presencia de un síndrome esquizofrénico "negativo".

d) La ausencia de una demencia u otra enfermedad o trastorno cerebral orgánico, de una depresión crónica o de institucionalización suficiente como para explicare el deterioro.

Si no puede obtenerse información adecuada sobre los antecedentes del enfermo, y por lo tanto no pueden satisfacerse las pautas para una esquizofrenia en el pasado, puede ser necesario hacer un diagnóstico provisional de esquizofrénica residual.

Incluye:

1. esquizofrenia crónica no diferenciada
2. estado esquizofrénico residual "Restzustand".

**7- DEPRESIÓN POSTESQUIZOFRÉNICA**

Se trata de un trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes. No está claro, aunque resulta intranscendente para el diagnóstico, determinar hasta qué punto los síntomas depresivos se han revelado simplemente al resolverse los síntomas psicóticos, son de nueva aparición, forman parte intrínseca de la esquizofrenia o son una reacción psicológica a la misma. Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a la medicación neuroléptica y cuáles son expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.

**Pautas para el diagnóstico**

El diagnóstico sólo deberá hacerse si:

a) El enfermo ha tenido en los últimos doce meses una enfermedad esquizofrénica que satisfacía las pautas generales de esquizofrenia.

b) Persisten algunos síntomas esquizofrénicos.

c) Los síntomas depresivos son destacados, fuente de malestar y cumplen al menos las pautas de un episodio depresivo y han estado presentes por lo menos durante dos semanas.

Si el enfermo no tiene ningún síntoma esquizofrénico en el momento de la entrevista, deberá diagnosticase de episodio depresivo. Si los síntomas esquizofrénicos todavía son floridos y predominantes deberá mantenerse el diagnóstico del tipo esquizofrénico adecuado.

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Tratamiento**

El hecho de que se considere a la esquizofrenia como una entidad de causa multifactorial, hace que existan diferentes criterios acerca de la terapéutica y que predomine la forma biológica de tratamiento.

Los objetivos terapéuticos a lograr en un paciente con esquizofrenia, en fase aguda, consisten en reducir los síntomas psicóticos y la morbimortalidad de la enfermedad. En los primeros siete días se espera controlar ciertas alteraciones del comportamiento como la agresión y la hostilidad hacia sí mismo y los demás, lo mismo que la ansiedad, los trastornos en el patrón de sueño y de la conducta alimentaria.

Los antipsicóticos tienen un efecto antagónico sobre los receptores D1 y D2 de dopamina, del cual depende su acción terapéutica. Este mecanismo también es responsable de los fenómenos extrapiramidales que, con frecuencia, aparecen en el curso del tratamiento.
De acuerdo con la estructura química, se dividen en fenotiazinas (alifáticas, piperazínicas y piperidínicas), tioxantinas, butirofenonas y dihidroindonolonas, las cuales tienen una eficacia similar cuando se utilizan en dosis equivalentes a 100 mg de Cloropromacina.

Dentro de esto, la de elección es la psicofarmacológica, por su facilidad de administración en comparación con otro tratamiento biológico. Los neurolépticos más utilizados, en dosis de Antipsicóticos, son los siguientes:

Derivados de las fenotiazinas.

* Levomepromacina: 100-300 mg/d.
* Cloropromacina: 300-900 mg/d.
* Trifluoperacina: 15-60 mg/d.
* Flufenazina: 15-60 mg/d.
* Tioridacina: 75-600 mg/d.

Derivados de las butitrofenonas.

* Haloperidol: 6-30 mg/d.

La difusión de los neurolépticos de acción prolongada ha resultado un elemento de gran utilidad, pues permiten una medicación constante. Entre estas se señalan:

* IMAP: 2-16 mg por vía IM semanal.
* ORAP: 2-10 mg/d en dosis única.
* Decanoato de flufenazina: 25 mg por vía IM cada 15-21-30 d, según el caso.

Según los síntomas del paciente, en ocasiones resultan

necesarias determinadas asociaciones medicamentosas.

Entre los tratamientos biológicos es útil la terapia electroconvulsiva (TEC), que conserva indicaciones indiscutibles como:

1. Presencia de síntomas de depresión en los que se utilizan fármacos que exacerban la psicosis.

2. Cuando el paciente no responde a una adecuada medicación farmacológica.

3. En agitaciones o trastornos de conductas de difícil control farmacológico.

4. En algunos cuadros estrepitosos que no responden al tratamiento y ponen en riesgo la vida del paciente.

Uso de neurolépticos atípicos

En el caso de la esquizofrenia, se señalan los más conocidos y utilizados en la actualidad:

* Clozapina: dosis antipsicótica de 300-600 mg/d.
* Risperidona: dosis de 6 a 12 mg/d.
* Olanzapina: dosis de 10 a 15 mg/d.
* Sulpiride: dosis de 400 a 900 mg/d.

Entre sus ventajas fundamentales se señalan la disminución de efectos extrapiramidales en el paciente, dados los mecanismos de acción farmacológica, lo que permite a su vez una notable mejoría en la calidad de vida y evolución.

Los efectos adversos de los antipsicóticos incluyen trastornos neurológicos, autonómicos, endocrinológicos, oftálmicos, dermatológicos, hematológicos, hepáticos y alérgicos. Los síntomas anticolinérgicos más frecuentes incluyen sequedad oral, taquicardia, visión borrosa y constipación. Otras alteraciones como disfunción sexual, íleo paralítico o retención urinaria son menos comunes.

Los antipsicóticos tienen una acción importante sobre el sistema estrapiramidal, generando distonías (movimientos involuntarios de torsión que afectan músculos faciales, del cuello, tronco o extremidades), acatisia (necesidad irresistible de mantenerse en movimiento que no puede ser controlada por el paciente), parkinsonismo farmacológico (manifestado por temblor, bradicinesia, rigidez y alteraciones posturales) y discinesia tardía. Tales manifestaciones están relacionadas con el bloqueo dopaminérgico y desaparecen al suspender o disminuir la dosis de antipsicótico.
La utilización de los compuestos atípicos evita la aparición de este tipo de fenómenos, con excepción de la discinesia tardía.

El síndrome neuroléptico maligno es una entidad potencialmente letal que requiere suspensión inmediata del antipsicótico. Los signos clásicos incluyen disautonomía, rigidez extrema, elevación de la temperatura, depresión del nivel de conciencia, leucocitosis, elevación de enzimas musculares, mioglobinuria y cambios en la función renal.

Entre los efectos cardiovasculares de los medicamentos antipsicóticos está la hipotensión ortostática, a consecuencia de bloqueo alfa adrenérgico.

Los pacientes se quejan de lipotimia o pueden incluso sufrir síncope al ponerse de pie. Los antipsicóticos también son depresores del miocardio y pueden producir cambios electrocardiográficos.

La principal manifestación ocular es la visión borrosa por fallas en los mecanismos de acomodación. Otras menos frecuentes son la opacidad del cristalino y la retinitis pigmentosa, relacionados con la administración prolongada de Cloropromacina y Tioridacina, respectivamente.

La leucopenia y la agranulocitosis son dos efectos colaterales potencialmente letales, relacionados con el uso de estos compuestos. En general, ocurren en 0.01% de los pacientes y aparecen durante las primeras semanas de iniciado el tratamiento. Sin embargo, clozapina merece mención aparte ya que 0.8% de los individuos tratados con tal medicamento, desarrolla leucopenia o agranulocitosis, incluso seis meses después de recibirlo con regularidad. Por esto, todas las personas a quienes se les administra clozapina deben someterse a pruebas hematológicas periódicas.

El control psicoterapéutico y la educación familiar complementan el tratamiento a este tipo de paciente.

**Conclusiones**
La esquizofrenia es una entidad con gran prevalencia en la población general y motivo frecuente de consulta psiquiátrica. En muchas ocasiones es el médico general el primero en atender al paciente, en especial durante las crisis psicóticas agudas. De ahí la importancia de conocer la fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento de esta enfermedad, con el fin de aportar un manejo inicial racional y brindar asesoría óptima al paciente y su familia.

Conclusión general de las esquizofrenias

Comienzo: Insidioso, Brusco o Agudo

Evolución: Continua (25% después del primero brote, son curables)

Brotes (otro 25% después del segundo brote, son curable)

Estables (resto-crónico)

Pronóstico: Mejor: Paranoide y Catatónica

Peor: Simple y Hebefrénica

**Bibliografía**

1. Colectivo de autores, 2002; Manual de Diagnóstico y Tratamiento Médico, Hospital Hermanos Almejeiras.
2. « Manual MERCK, 10ªed., edición del centenario.‹ sec.15 trastornos psiquiátricos, cap.193 esquizofrenia y trastornos asociados» esquizofrenia.
3. **Turner T. Schizofrenia.** British Medical Journal. 1997; **315**: 108-111.
4. **American Psychiatric Association.** Practice guideline for the treatment of patients with schizofrenia. American Journal of Psychiatry, 1997; **154**: 1-63.
5. CIE-10; F 20.
6. DSM-IV, Masson 3ra ed. Tratado de Psiquiatría, tomo I, parte III, trastornos Psiquiátricos, Cap. 12, Esquizofrenia.