

# LA ESQUIZOFRENIA

**SANTOLAYA OCHANDO, F. J.**  
Psicólogo. Miembro de la  
Comisión de Terapia Cognitivo  
Comportamental y Salud Mental.

La esquizofrenia se da por igual en hombres que en mujeres, si bien el pronóstico es peor para los hombres, suele aparecer entre los 15 y 45 años. Esencial puede aparecer

de forma aguda o de forma insidiosa, aunque a veces puede tomar forma seudoneurótica (como obsesiones, histeria o hipochondría); en la forma aguda los síntomas se instauran de un modo brusco, de repente, en horas o días, pudiendo ser muy aparatoso por la intensidad de los síntomas, los sentimientos de despersonalización y las alteraciones distímicas (incoherencia, indiferencia y angustia psicótica).

La forma insidiosa, de peor pronóstico, se instaura de un modo lento y progresivo; se puede decir que la enfermedad se huele, ya que no hay síntomas claros, y en todo caso van apareciendo a lo largo de semanas o meses; el paciente se va apagando lentamente, va perdiendo la alegría, los amigos y el trabajo; está retraído y no se puede contactar con él, llevándole el aislamiento social y afectivo al mutismo. Esta forma de comienzo se da más en personalidades de tipo esquizoide.

Una vez instaurada la enfermedad, los síntomas se presentan claramente a distintos niveles; dichos síntomas, clasificados por

La esquizofrenia se puede definir como una psicosis que presenta un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, sentimientos de estar controlado por fuerzas ajenas, ideas delirantes, alteraciones de la percepción, autismo y afecto anormal no relacionado con la situación real (Vallejo, 1984).

La primera descripción clínica fue realizada por Kraepelin al unir la hebefrenia y la catatonía; pero fue Bleuler el que dio el nombre definitivo de esquizofrenia a esta entidad. Kraepelin anteriormente la denominaba «demencia precoz».

Ey en positivos (delirios) y negativos (por disgregación de la personalidad), tienen en su base lo ambivalente y extravagante. Dichos síntomas afectan a la totalidad del paciente, dando alteraciones del pensamiento, conducta, ánimo, etcétera. A continuación presentaremos algunas de estas alteraciones.

— Alteraciones de los sentidos corporales (como sentirse mojado, notar viento...) y seudopercepciones corporales, como tener vivencias de cambio en el tamaño del cuerpo o cambio en su naturaleza (convertirse en tierra).

— Sentimientos de despersonalización: cree el paciente que otros pien-

san por él, que controlan su pensamiento; algo común es ver como se observan en el espejo para comprobar su existencia.

— Alteraciones sensorio-perceptivas, como son las alucinaciones auditivas (voces que le critican, injurian, etcétera); estas voces son tan reales para el paciente que a veces se pone a discutir con ellas o les responde entre dientes. Además de las alucinaciones auditivas están las visuales, las gustativas y olfativas (oler a cadáver) y las cenestésicas (sentirse estrangulados, atravesados, etcétera).

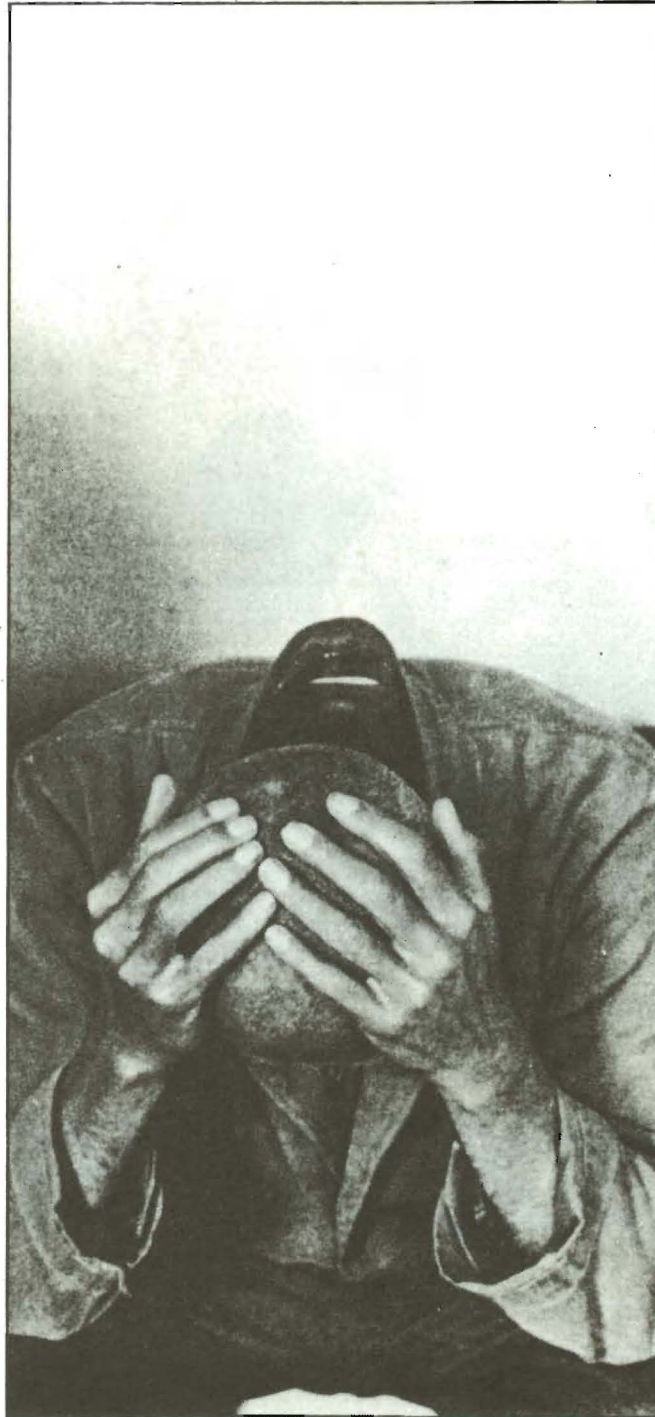
— Alteraciones del pensamiento, utilizan un pensamiento simbólico propio, mágico y absurdo, con una lógica apartada de la objetividad. Se pueden quedar en blanco o bien tener pensamientos que cursan de modo fijo e inmutable, con bloqueos, etcétera.

— El lenguaje es, asimismo, muy característico, con muchos neologismos, cambiando el significado de lo que oyen o dicen, perdiendo por lo tanto su función social. Como ejemplo: parir con sangre, esterilización del tribunal, deber de disparar con barba de hombre (Schafetter, pág. 159. 1977).

— La alteración de la afectividad va unida a la disociación del pensamiento y cursa con desinterés, frialdad emocional, reacciones lentas (reírse de un chiste después del tiempo adecuado) y paratimias (reaccionar de modo contrario al estímulo que produce una determinada emoción).

— Alteraciones de la psicomotricidad, como son las estereotipias, imitación de otras personas, manierismos, negativismo, etcétera, siendo muy llamativa la flexibilidad cérica que se da en la catatonia.

Por último, dentro del apartado de síntomas hay que mencionar el delirio, que se puede definir de modo sucinto como una



realidad privada que interfiere con la vida cotidiana; es una realidad errónea de la cual no puede ser convencido el sujeto. El enfermo empieza a encontrar un nuevo significado a las cosas, sintiéndose observado y controlado, pasando al convencimiento de que lo persiguen y acosan para intentar matarlo.

El delirio suele tomar varias formas, dando lugar a delirios de tipo erótico, celotípico, persecutorio, mítico, megalomaniaco,

La esquizofrenia puede presentarse de cuatro formas diferentes, denominadas: simple, hebefrénica, catatónica y paranoide. La simple no presenta síntomas positivos y hay una pobre respuesta emocional, su comienzo es lento e insidioso.

La hebefrénica es la de aparición más precoz (en la pubertad); tiene también un comienzo insidioso con alteraciones afectivas, risas inmotivadas, aspecto risueño, etcétera; se creen

benefactores o grandes inventores, piensan en temas filosóficos triviales y no pueden planificar el futuro, llevando muchas veces una vida errática de trabajo en trabajo.

La catatónica es poco frecuente y afecta sobretudo a la actividad motora, pudiendo caer el paciente en un estado de estupor sin dar ninguna respuesta al medio o tener fases de agitación, con excitación motora e hiperactividad.

La paranoide es la de aparición más tardía (de los 21 a los 35 años), y se da una experiencia delirante con trastorno alucinatorios, en los cuales el paciente es perseguido; el delirio suele ser poco sistemático y poco estructurado.

En la actualidad, en la clasificación del DSM-III, se han eliminado las categorías de simple y hebefrénica, manteniéndose las formas catatónica y paranoide, y se han añadido otros tipos: esquizofrenia tipo desorganizado (con incoherencia, afectividad estúpida y ausencia de ideas delirantes sistemáticas), la indiferenciada (con delirios y alucinaciones que no cumplen los criterios de las otras entidades) y la residual (en la cual el paciente, entre otros síntomas, pierde en parte la capacidad asociativa).

Según el curso que sigue la enfermedad, el DSM-III la clasifica en subcrónica, crónica; subcrónica con exarcebaciones agudas, crónicas con exarcebaciones agudas y en remisión. En general se puede decir que un 30% de los pacientes se reestablecen sin deterioro, un 40% quedan con deterioro leve y un 30% quedan con un déficit grave (Vallejo, 1984); en todo caso, es un índice de mal pronóstico el que la enfermedad empiece antes de los 20 años, que tenga un comienzo insidioso, la no existencia de factores precipitantes y el tener una

personalidad esquizoide.

En un intento de explicar esta enfermedad, han aparecido distintas teorías y modelos que explican algunos de los síntomas y de la problemática que presentan estos pacientes; aunque a decir verdad, todavía no se ha encontrado el modelo ideal que explique la enfermedad de modo integral.

Por todo ello voy a presentar, si cabe, sucintamente, algunos de los modelos que intentan explicar esta enfermedad:

— El modelo genético, dentro del cual se pueden diferenciar a su vez dos modelos, el monogénico, que afirma que la enfermedad tiene su base en un solo gen recesivo (lo cual parece estar hoy en día demostrado que no es cierto), y el poligénico, mucho más interesante y que demuestra en estudios actuales una cierta participación de la herencia (en monocigóticos se dan correlaciones del 63% y en heterocigóticos del 12%).

— Modelo constitucional, mediante el cual, y a pesar de los errores metodológicos cometidos, se ha encontrado una correlación significativa entre la constitución pícnica y la psicosis maniaco-depresiva y entre la leptosómica y la esquizofrenia.

— Modelos neurohormonales, aquí destacar de los varios que existen aquel que parece ser tiene mayor credibilidad; me refiero al que hace énfasis en el incremento de la transmisión dopaminérgica.

Este modelo se podría haber confirmado de haberse encontrado aumento de los metabolitos de la síntesis (AHV, ácido homovanílico) en la orina de los pacientes; pero esto no ha sido así, sino que se encontró incluso una reducción del AHV en los cerebros post-mortem de los pacientes, lo que lleva a postular que existe una mayor sensibilidad anormal en los receptores.

— Modelo psicodinámico, aquí existen distintas teorías que van de la freudiana, que afirma la existencia de una regresión estructural de la libido, a la definida por M. Klein, que defiende que en los primeros cuatro meses de vida se da un proceso de disociación (bueno-malo, externo-interno, etcétera), que si no se supera sirve de anclaje a la esquizofrenia.

— Modelo sociofamiliar, en el cual primitivamente se habló de la madre esquizofrénica (protectora y hostil, con rechazo sutil, fría y con culpa) y un padre inseguro de su masculinidad, para ir evolucionando a partir de esta hipótesis a una visión más global, en la cual lo dañado es el sistema familiar en sí, dándose un patrón de comunicación alterado (dobles mensajes y mensajes paradójicos).

— Modelo conductual, existen varios modelos, en la actualidad el más representativo es el de Ullman y Krasner (1975), en el cual se afirma que para que una conducta sea eficaz se ha de dar en unos tiempos y lugares apropiados (discriminación de estímulos), y ser reforzada.

Si falla el refuerzo en alguna parte de la secuencia conductual, los estímulos discriminativos pierden su función, extinguiéndose las claves sociales que todo el mundo atiende; por ello el sujeto se separa del grupo, atiende otras señales y aparece como raro e ilógico.

Existe otro modelo anterior a este de Ullman y Krasner, pero no por ello menos interesante, y que fue propuesto por Mednick (1958). En él se postula que el sujeto esquizofrénico tiene un umbral bajo para el desarrollo de la ansiedad, lo que da lugar a un alto impulso que facilita el condicionamiento y la generalización.

Todo ello hace que el sujeto no atienda a los estímulos discriminativos,

y la alta ansiedad da lugar a una estimulación de los procesos mentales y a la aparición de ideas extravagantes (racionalizaciones y asociaciones remotas), que el sujeto emplea para reducir la ansiedad.

Según Mednick los esquizofrénicos tendrían tres características: un umbral bajo para la ansiedad, una recuperación lenta de la ansiedad y generalizan con facilidad.

— Modelo cognitivo, destaca la existencia de distorsiones o déficit en la atención que puede darse a nivel de receptor o de procesador. Este modelo propone como terapia el ayudar al paciente a integrar sus hábitos perceptivos, la conceptualización y las respuestas.

— Modelo de la diathesis-stress, implica que el paciente tiene una predisposición genética a reacciones de tipo esquizofrénico, y que existen factores de tipo ambiental y familiar productores de *stress* que precipitan la enfermedad.

Distintos autores dan mayor énfasis a la diathesis o al *stress*, dependiendo de la orientación que siguen.

Para finalizar, vamos a hablar del tratamiento de la esquizofrenia, que como veremos se puede realizar de distintas maneras, según el modelo teórico que se siga.

En general se acepta el uso de los psicofármacos, por lo menos durante la fase más aguda de la enfermedad, siendo conveniente mantenerlos, aunque sea a dosis reducidas, durante dos años, pues así se reduce la posibilidad de una recaída. Los fármacos de elección son los neurolepticos, por la acción antipsicótica que desarrollan.

Hay, en cambio, mayores reservas en la utilización de los electroshock, debiéndose sólo emplear, en mi opinión, cuando fallan los demás métodos terapéuticos (cosa que ocurre en algunas es-

quizofrenias agudas y en estados catatónicos) o no se pueden emplear por diversas causas (insuficiencia renal grave...).

Hay discusión sobre los efectos de la psicoterapia en estos pacientes; en todo caso, parece ser que los resultados obtenidos son bastante pobres de no utilizar técnicas concretas y con objetivos muy claros. Dan más resultado las terapias familiares, aun cuando no se empleen técnicas muy estructurales, como las comportamentales, sobre todo si van destinadas a eliminar tensiones y factores estresantes.

Dentro del campo comportamental se han empleado diversas técnicas, que junto con la farmacología han dado muy buen resultado; entre ellas la desensibilización sistemática y el enfrentamiento (en las alucinaciones visuales), la economía de fichas (creación y desarrollo de nuevas conductas), técnicas de eficacia personal, etcétera.

Lo cierto es que, independientemente del tipo de terapia que se emplee, ha de existir un objetivo claro a conseguir, y es el evitar las hospitalizaciones prolongadas, pues con ello se aparta al paciente de la comunidad, resultando, posteriormente, más difícil integrarlo por haber adquirido conductas y pautas de comportamiento (dependencia total) muy diferentes a las que se necesitan para vivir en una sociedad.

## BIBLIOGRAFIA

- «Compendio de psicofarmacología». Pöldinger. 1972. Roche.
- «Introducción a la psicopatología general». Scharfetter. 1977. Morata.
- «Psicopatología». Zax y Cowen. 1979. Interamericana.
- «Manual de modificación de conducta». Mayor y Labrador. 1983. Alhambra.
- «Breviario DSM-III de criterios diagnósticos». 1983.
- «Introducción a la psicopatología y psiquiatría». Vallejo. 1984. Salvat.