



# Esquizofrenia

Instituto Nacional de la Salud Mental

## Contenido

¿Qué es la esquizofrenia? .....	1
¿Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia? .....	2
Síntomas positivos.....	2
Síntomas negativos.....	3
Síntomas cognitivos.....	4
¿Cuándo comienza la esquizofrenia y quién la padece? .....	4
¿Las personas con esquizofrenia son violentas? .....	5
¿Qué relación tiene la esquizofrenia con el abuso de sustancias? .....	5
¿Qué causa la esquizofrenia? .....	6
¿Cómo se trata la esquizofrenia?.....	8
Medicamentos antipsicóticos .....	8
Tratamientos psicosociales .....	12
¿Cómo puedo ayudar a una persona con esquizofrenia?.....	14
¿Cuál es la perspectiva para el futuro? .....	15
Referencias .....	16
Para más Información .....	18

# Esquizofrenia



## ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un trastorno cerebral crónico, severo e incapacitante que ha afectado a las personas a lo largo de la historia. Alrededor de un 1 por ciento de estadounidenses lo padece.<sup>1</sup>

Muchas veces, las personas con este trastorno escuchan voces que otros no escuchan o piensan que los demás pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o confabular para hacerles daño. Y esto puede aterrorizarlas y convertirlas en personas retraídas y fácilmente irritables.

Las personas con esquizofrenia pueden hablar sin sentido, pueden sentarse durante horas sin moverse ni hablar e incluso puede parecer que se sienten perfectamente bien hasta que expresan lo que verdaderamente están pensando.

También la familia y la sociedad se ven afectadas por la esquizofrenia, ya que muchas personas que sufren esta enfermedad tienen dificultad para conservar un trabajo o cuidar de sí mismas, lo que las hace depender siempre de los demás.

Los tratamientos ayudan a aliviar muchos síntomas de la esquizofrenia, pero en la mayoría de los casos las personas tienen que lidiar con ellos a lo largo de toda la vida. No obstante, muchas personas con esquizofrenia pueden llevar una vida gratificante y significativa en la comunidad. Los investigadores están desarrollando medicamentos más eficaces y utilizando nuevas herramientas de investigación para comprender las causas de la esquizofrenia. En los próximos años, este trabajo puede ayudar a prevenir y mejorar el tratamiento de la enfermedad.

## ¿Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia?

---

Los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en tres categorías principales: síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas cognitivos.

### Síntomas positivos

Los síntomas positivos son comportamientos psicóticos que no se ven en personas sanas. Las personas con síntomas positivos frecuentemente “pierden contacto” con la realidad. Estos síntomas pueden aparecer y desaparecer, a veces son intensos y otras veces casi imperceptibles; dependiendo si el individuo está recibiendo tratamiento o no. Los síntomas positivos incluyen:

Las **alucinaciones** son cosas que una persona puede ver, escuchar, oler o sentir y que nadie más puede verlas, escucharlas, olerlas o sentirlas. Las “voces” son el tipo de alucinación más común relacionado con la esquizofrenia. Muchas personas que padecen este trastorno escuchan voces. Estas voces pueden hablarles acerca de su comportamiento, ordenarles hacer algo o advertirlas de algún peligro. Muchas veces las voces hablan entre sí. Las personas con esquizofrenia pueden escuchar voces durante mucho tiempo antes de que sus familiares o amigos lo noten.

Otros tipos de alucinaciones incluyen: ver personas u objetos que no están presentes, oler aromas que nadie más percibe y sentir cosas como dedos invisibles que tocan su cuerpo cuando no hay nadie cerca.

Los **delirios** son creencias falsas que no forman parte de la cultura de la persona y se mantienen firmes. La persona cree en los delirios incluso después de que otras personas le demuestran que no son reales ni lógicos. Las personas con esquizofrenia pueden tener delirios que parecen extraños, como creer que los vecinos pueden controlar su comportamiento mediante ondas magnéticas. También pueden creer que los individuos que aparecen en televisión les están enviando mensajes especiales o que las emisoras de radio están transmitiendo sus pensamientos en voz alta para los demás. A veces piensan que son otra persona, como una figura histórica famosa. Estas personas también pueden tener delirios paranoicos y creer que los demás intentan hacerles daño, engañándolas, acosándolas, envenenándolas, espiándolas o confabulándose contra ellas o contra quienes las rodean. Estas creencias se denominan “delirios de persecución”.



**Las “voces”  
SON EL TIPO DE  
ALUCINACIÓN  
MÁS COMÚN  
RELACIONADO  
CON LA  
ESQUIZOFRENIA.**

Los **trastornos del pensamiento** son maneras inusuales o disfuncionales de pensar. Una forma de este trastorno es el “pensamiento desorganizado”, que se da cuando una persona tiene dificultad para organizar sus pensamientos o conectarlos en una secuencia lógica. En estos casos, a veces hablan de una manera confusa que es difícil de entender. Otra forma es el “bloqueo del pensamiento”, que se da cuando una persona deja de hablar repentinamente en medio de una idea. Cuando se le pregunta por qué dejó de hablar, la persona puede responder que sintió como que le sacaron la idea de su cabeza. Por último, una persona con un trastorno del pensamiento puede inventar palabras sin sentido o “neologismos”.

Los **trastornos del movimiento** se pueden manifestar como movimientos agitados del cuerpo. Una persona con este tipo de trastorno puede repetir ciertos movimientos una y otra vez. En el otro extremo, una persona puede volverse catatónica. La catatonía es un estado en el que la persona no se mueve ni habla con los demás. Hoy en día, la catatonía es poco frecuente. Antes, cuando no había ningún tratamiento disponible para la esquizofrenia, era más común.<sup>2</sup>

### **Síntomas negativos**

Los síntomas negativos se asocian con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer como parte de este trastorno, ya que muchas veces se confunden con los de la depresión u otras condiciones. Estos síntomas incluyen:

- “Afecto plano” (la persona no mueve el rostro o habla con una voz desanimada y monótona)
- Falta de satisfacción en la vida diaria
- Falta de habilidad para iniciar y mantener actividades planificadas
- Falta de comunicación, incluso cuando la persona se ve forzada a interactuar.

Las personas que tienen síntomas negativos necesitan ayuda con las tareas diarias. Muchas veces hasta descuidan la higiene personal básica. Esto puede hacerlas parecer personas perezosas o personas que no quieren salir adelante, pero en realidad son los síntomas de la esquizofrenia.

## Síntomas cognitivos

Los síntomas cognitivos son más sutiles. Al igual que los síntomas negativos, estos síntomas son difíciles de reconocer como parte de este trastorno. Con frecuencia, sólo se detectan cuando se realizan pruebas por otras razones. Estos síntomas incluyen:

- “Funcionamiento ejecutivo” (habilidad para comprender información y utilizarla para tomar decisiones) deficiente
- Problemas para concentrarse o prestar atención
- Problemas con la “memoria de trabajo” (habilidad para utilizar información inmediatamente después de haberla aprendido).

Por lo general, los síntomas cognitivos hacen que sea difícil llevar una vida normal y ganarse la vida. Además, pueden causar gran angustia emocional.

## ¿Cuándo comienza la esquizofrenia y quién la padece?

---

La esquizofrenia afecta a hombres y mujeres por igual. Se da en índices similares en todos los grupos étnicos alrededor del mundo. Los síntomas como las alucinaciones y los delirios generalmente comienzan entre los 16 y los 30 años. Los hombres tienden a experimentar los síntomas un poco antes que las mujeres. En la mayoría de los casos, las personas no desarrollan la esquizofrenia después de los 45 años.<sup>3</sup> Rara vez se da en niños, pero se está tomando más conciencia acerca de la aparición de la esquizofrenia en la infancia.<sup>4,5</sup>

Puede resultar difícil diagnosticar esquizofrenia en un adolescente, ya que los primeros indicios pueden incluir: cambio de amigos, caída de las notas, problemas para dormir e irritabilidad; comportamientos comunes entre los adolescentes. Existe una combinación de factores que pueden predecir la esquizofrenia en casi un 80 por ciento de los jóvenes en riesgo de desarrollar la enfermedad. Estos factores incluyen: aislamiento y retraimiento, aumento de pensamientos y sospechas inusuales y antecedentes familiares de psicosis.<sup>6</sup> En los jóvenes que desarrollan la enfermedad, esta etapa se llama período “prodrómico”.



**GENERALMENTE,  
las personas  
CON  
ESQUIZOFRENIA  
NO SON  
VIOLENTAS.**

## ¿Las personas con esquizofrenia son violentas?

Generalmente, las personas con esquizofrenia no son violentas. De hecho, la mayoría de los crímenes violentos no son cometidos por personas con esquizofrenia.<sup>7</sup> Sin embargo, hay ciertos síntomas asociados con la violencia, como los delirios de persecución. El abuso de sustancias puede aumentar las probabilidades de que una persona se vuelva violenta.<sup>8</sup> Si una persona con esquizofrenia se vuelve violenta, la violencia generalmente va dirigida hacia miembros de la familia y tiende a ocurrir en el hogar.

Aunque es pequeño el riesgo de violencia entre las personas que padecen esquizofrenia, el intento de suicidio es mucho más frecuente que en la población general. Alrededor de un 10 por ciento mueren por suicidio (en especial los adultos jóvenes masculinos).<sup>9,10</sup> Es difícil predecir qué personas con esquizofrenia son propensas al suicidio. Por esta razón, si conoce a alguien que habla o tiene intentos de suicidio, ayúdelo(a) a encontrar la ayuda profesional adecuada de inmediato.

## ¿Qué relación tiene la esquizofrenia con el abuso de sustancias?

Algunas personas que abusan de ciertas sustancias muestran síntomas similares a los de las personas con esquizofrenia. Por esta razón, muchas veces se las confunde. La mayoría de los investigadores sostienen que el abuso de sustancias no causa esquizofrenia. No obstante, las personas que padecen esta enfermedad tienen muchas más probabilidades de tener problemas de abuso de sustancias o alcohol que la población general.<sup>11</sup>

En realidad, el abuso de sustancias puede disminuir la eficacia del tratamiento de la esquizofrenia. Incluso algunas sustancias, como la marihuana y estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, pueden empeorar los síntomas. De hecho, los investigadores han encontrado evidencias que vinculan la marihuana con los síntomas de la esquizofrenia.<sup>12,13</sup> Además, es poco probable que las personas que abusan de ciertas sustancias sigan un tratamiento.

## La esquizofrenia y el hábito de fumar

La adicción a la nicotina es la forma más común de abuso de sustancias en personas con esquizofrenia. Las personas que padecen esquizofrenia son adictas a la nicotina en un índice tres veces más alto que la población general (75 a 90 por ciento frente a 25 a 30 por ciento).<sup>14</sup>

La relación entre el hábito de fumar y la esquizofrenia es compleja. Las personas con esquizofrenia parecen tener una tendencia a fumar y los investigadores están tratando de descubrir si hay alguna base biológica para esta necesidad. Aparte de los conocidos riesgos para la salud, varios estudios demostraron que fumar puede disminuir la eficacia de los fármacos antipsicóticos.

Dejar de fumar puede ser muy difícil para las personas con esquizofrenia, dado que la abstinencia de la nicotina puede empeorar los síntomas psicóticos durante un tiempo. Ciertas estrategias para dejar de fumar, que incluyen los métodos de reemplazo de nicotina, pueden ayudar a los pacientes a manejar mejor la situación. Los médicos que tratan a personas con esquizofrenia deben supervisar la reacción de sus pacientes a los medicamentos antipsicóticos si éstos deciden comenzar o dejar de fumar.

## ¿Qué causa la esquizofrenia?

Los expertos sostienen que hay varios factores que provocan la esquizofrenia.

**Genes y medio ambiente.** Los científicos han sabido por mucho tiempo que la esquizofrenia es hereditaria. La enfermedad ocurre en un 1 por ciento de la población general y en un 10 por ciento de las personas que tienen un parentesco de primer grado con alguien que padece del trastorno, como un padre o un hermano. Las personas que tienen un parentesco de segundo grado con alguien que padece la enfermedad (tíos, abuelos o primos) también tienen más probabilidades de desarrollar esquizofrenia que la población general. El riesgo es mayor para un gemelo idéntico de una persona con esquizofrenia. En este caso, existe entre un 40 y 65 por ciento de desarrollar el trastorno.<sup>15</sup>

Los genes se heredan de ambos padres. Los científicos sostienen que hay varios genes relacionados con un aumento del riesgo de desarrollar esquizofrenia, pero no existe un gen en particular que cause la enfermedad.<sup>16</sup> De hecho, investigaciones recientes

## Los científicos

SIGUEN

ESTUDIANDO LA

QUÍMICA DEL

CEREBRO Y SU

RELACIÓN CON LA

ESQUIZOFRENIA.

descubrieron que las personas con esquizofrenia tienden a tener índices más altos de mutaciones genéticas raras. Estas diferencias genéticas implican cientos de genes distintos y es probable que afecten el desarrollo del cerebro.<sup>17</sup>

Otros estudios recientes indican que la esquizofrenia puede resultar, en parte, por la disfunción de un cierto gen que es clave en la creación de importantes químicos del cerebro. Este problema puede afectar a la parte del cerebro involucrada en el desarrollo de mayores capacidades de funcionamiento.<sup>18</sup> La investigación sobre este gen continúa, por lo que aún no es posible utilizar la información genética para predecir quién desarrollará la enfermedad.

A pesar de esto, se pueden realizar pruebas que escanean los genes de una persona sin prescripción ni asesoramiento de un profesional de la salud. Los anuncios de estas pruebas indican que con una muestra de saliva, una compañía puede determinar si una persona está en riesgo de desarrollar ciertas enfermedades, incluyendo la esquizofrenia. No obstante, los científicos no conocen todas las variaciones genéticas que contribuyen a la esquizofrenia. Y aquellas que se conocen aumentan el riesgo sólo en porcentajes pequeños. De esta manera, es poco probable que estos “escaneos de genomas” proporcionen un panorama completo del riesgo de una persona de desarrollar un trastorno mental como la esquizofrenia.

Además, es posible que no sean sólo genes los que causan el trastorno. Los científicos sostienen que debe haber una interacción entre los genes y el medio ambiente para que se desarrolle la esquizofrenia. Pueden estar implicados muchos factores ambientales, como infecciones virales y malnutrición intrauterina, complicaciones durante el nacimiento y otros factores psicosociales aún no conocidos.

**Diferente química y estructura del cerebro.** Los científicos sostienen que un desequilibrio en las reacciones químicas complejas e interrelacionadas del cerebro, que incluyen los neurotransmisores dopamina y glutamato y quizás otros, pueden jugar un papel decisivo en el desarrollo de la esquizofrenia. Los neurotransmisores son sustancias que permiten la comunicación entre las células. Los científicos siguen estudiando la química del cerebro y su relación con la esquizofrenia.

Además, de cierta manera, los cerebros de las personas con esquizofrenia son diferentes de los de las personas sanas. Por ejemplo, las cavidades llenas de fluido ubicadas en el centro del cerebro, llamadas ventrículos, son más grandes en algunas personas que padecen esta enfermedad. Los cerebros de las personas con esquizofrenia también tienden a tener menos materia gris e incluso algunas áreas pueden tener más o menos actividad.

Estudios del tejido cerebral en personas fallecidas revelaron diferencias en los cerebros de aquellas con esquizofrenia. Los científicos descubrieron cambios menores en la distribución o en las características de las células cerebrales que posiblemente ocurrieron antes del nacimiento.<sup>3</sup> Algunos expertos creen que ciertos problemas durante el desarrollo del cerebro antes del nacimiento pueden llevar a conexiones defectuosas. El problema puede no manifestarse hasta la pubertad, cuando el cerebro experimenta importantes cambios y estos cambios pueden desencadenar síntomas psicóticos. Los científicos han aprendido mucho acerca de la esquizofrenia, pero se debe seguir investigando para poder descubrir cómo se desarrolla.

## ¿Cómo se trata la esquizofrenia?

---

Como aún no se conocen las causas de la esquizofrenia, los tratamientos se concentran en tratar de eliminar los síntomas de la enfermedad. Éstos incluyen medicamentos antipsicóticos y varios tratamientos psicosociales.

### **Medicamentos antipsicóticos**

Los medicamentos antipsicóticos han estado disponibles desde mediados de 1950. Los más antiguos son los convencionales o “típicos”. Algunos de los que se utilizan comúnmente son:

- Clorpromazina (Torazina)
- Haloperidol (Haldol)
- Perfenazina (Etrafon, Trilafon)
- Flufenazina (Prolixina)

En la década de 1990, se crearon nuevos medicamentos antipsicóticos que se conocen como de segunda generación o “atípicos”.

Uno de estos medicamentos es la clozapina (Clozaril), un medicamento efectivo que trata los síntomas psicóticos, las alucinaciones y las

## Los científicos

HAN APRENDIDO

MUCHO

ACERCA DE LA

ESQUIZOFRENIA,

PERO SE

DEBE SEGUIR

INVESTIGANDO

PARA PODER

DESCUBRIR CÓMO

SE DESARROLLA.

desconexiones con la realidad. En ciertas ocasiones, la clozapina puede causar un serio problema llamado agranulocitosis, que es la pérdida de glóbulos blancos que ayudan a combatir las infecciones. Las personas que toman clozapina deben realizarse recuentos de glóbulos blancos cada una o dos semanas. Este problema, más el costo de los análisis de sangre, hace que el tratamiento con clozapina sea difícil de seguir para muchas personas. De todas formas, este tratamiento es de gran ayuda para los pacientes que no responden a otros medicamentos antipsicóticos.<sup>19</sup>

También se crearon otros antipsicóticos atípicos y ninguno causa agranulocitosis. Algunos ejemplos incluyen:

- Risperidona (Risperdal)
- Olanzapina (Zyprexa)
- Quetiapina (Seroquel)
- Ziprasidona (Geodon)
- Aripiprazol (Abilify)
- Paliperidona (Invega)

### ¿Cuáles son los efectos secundarios?

Algunas personas padecen efectos secundarios cuando comienzan a tomar estos medicamentos, pero en su mayoría desaparecen después de unos días y a menudo pueden ser tratados con éxito. De todas formas, es aconsejable no conducir vehículos hasta no adaptarse a los nuevos medicamentos antipsicóticos. Los efectos secundarios de varios antipsicóticos incluyen:

- Somnolencia
- Mareos al cambiar de posición
- Visión borrosa
- Taquicardia
- Sensibilidad al sol
- Sarpullido
- Problemas menstruales en las mujeres

Los medicamentos antipsicóticos atípicos pueden hacer que una persona engorde en forma considerable y cambie su metabolismo, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de desarrollar diabetes y colesterol alto.<sup>20</sup> El médico debe controlar regularmente el peso, los niveles de glucosa y los niveles de lípidos de una persona que está tomando medicamentos antipsicóticos atípicos.

Estos medicamentos también pueden tener efectos secundarios relacionados con el movimiento físico, como:

- Rigidez
- Espasmos musculares persistentes
- Temblores
- Desasosiego

El uso prolongado de medicamentos antipsicóticos típicos puede desencadenar en una condición llamada disquinesia tardía (DT) que se caracteriza por movimientos musculares involuntarios, generalmente en la zona alrededor de la boca. La DT puede presentarse en forma leve o severa y en algunas personas no tiene cura. En ciertos casos, las personas se recuperan en forma parcial o total cuando dejan de tomar el medicamento.

La DT aparece en algunas personas que toman antipsicóticos atípicos, pero en realidad puede darse en cualquier persona. Las personas que piensan que podrían tener DT, deben consultar con el médico antes de dejar de tomar el medicamento.

### **¿Cómo se toman los antipsicóticos y cómo las personas responden a los mismos?**

Por lo general, los antipsicóticos se presentan en píldoras o líquidos y algunas veces en inyecciones que se aplican una o dos veces por mes.

Comúnmente, ciertos síntomas de la esquizofrenia, como sensación de agitación o alucinaciones, desaparecen después de algunos días. En el caso de los delirios, pueden tardar un par de semanas. Pero la gran mayoría verá importantes mejoras pasadas unas seis semanas.

No obstante, las personas responden de diferentes maneras a los medicamentos antipsicóticos y nadie puede garantizar de antemano cómo una persona responderá. A veces, una persona debe probar

## Si el médico

CONFIRMA QUE  
PUEDE DEJAR  
DE TOMAR LOS  
MEDICAMENTOS,  
LO DEBE HACER  
EN FORMA  
GRADUAL, NUNCA  
REPENTINAMENTE.

varios medicamentos para dar con el indicado. Los médicos y los pacientes pueden trabajar juntos para encontrar el medicamento o la combinación de medicamentos ideal, así como la dosis correcta.

Algunas personas pueden sufrir una recaída, que es cuando los síntomas vuelven a aparecer o empeoran. En general, las recaídas ocurren cuando se dejan de tomar los medicamentos o cuando se toman esporádicamente. En ciertos casos, las personas dejan de tomar los medicamentos porque se sienten mejor o porque piensan que ya no los necesitan. Pero nadie debe dejar de tomarlos sin consultar con el médico. Si el médico confirma que puede dejar de tomar los medicamentos, lo debe hacer en forma gradual, nunca repentinamente.

### **¿Cómo interactúan los antipsicóticos con otros medicamentos?**

Los antipsicóticos pueden generar efectos secundarios peligrosos o desagradables si se toman con ciertos medicamentos. Por esta razón, los médicos deben tener conocimiento de todos los medicamentos que el paciente toma, ya sean medicamentos recetados o de venta libre, vitaminas, minerales o suplementos de hierbas. El médico también debe tener en cuenta cualquier uso de sustancias o alcohol.

Para obtener más información sobre cómo funcionan los antipsicóticos, el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH) financió un estudio llamado CATIE (Ensayos Clínicos de Antipsicóticos y su Efectividad en la Intervención). Este estudio comparó la efectividad y los efectos secundarios de cinco antipsicóticos utilizados para tratar a personas con esquizofrenia. En general, el estudio demostró que el antipsicótico típico más antiguo, la perfenazina (Trilafon), funcionaba tan bien como los nuevos medicamentos atípicos. Pero como las personas responden de manera diferente a los distintos medicamentos, es importante diseñar cuidadosamente un tratamiento para cada persona en particular. Para obtener más información sobre CATIE en inglés, visite el sitio web del NIMH en <http://www.nimh.nih.gov/health/trials/practical/catie/index.shtml>.

## Tratamientos psicosociales

Los tratamientos psicosociales pueden ayudar a las personas con esquizofrenia que ya están estabilizadas con medicamentos antipsicóticos. Estos tratamientos ayudan a las personas a afrontar los desafíos diarios de la enfermedad, como dificultad con la comunicación, el cuidado personal, el trabajo y las relaciones con los demás. Aprender y usar mecanismos para hacer frente a estos problemas les permite a las personas con esquizofrenia socializarse y asistir a la escuela y al trabajo.

Los pacientes que reciben tratamiento psicosocial en forma regular tienen más probabilidades de continuar con los medicamentos y menos probabilidades de sufrir recaídas o terminar hospitalizados. Un terapeuta los puede ayudar a comprender mejor la enfermedad y a adaptarse a vivir con la misma. El terapeuta puede proveer educación acerca del trastorno, los síntomas o problemas comunes y la importancia de continuar con los medicamentos. Para obtener más información sobre los tratamientos psicosociales en inglés, visite la sección de psicoterapias en el sitio web del NIMH en <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies/index.shtml>.

**Habilidades para lidiar con la enfermedad.** Las personas que padecen esquizofrenia pueden cumplir un papel importante en el manejo de su propia enfermedad. Una vez que los pacientes aprenden hechos básicos acerca de la esquizofrenia y su tratamiento, pueden tomar decisiones informadas acerca de su cuidado. Si saben detectar en forma temprana los indicios de una recaída y tienen un plan de cómo responder a tal situación, los pacientes pueden aprender a prevenirla. Además, los pacientes también pueden lidiar con los síntomas persistentes utilizando su capacidad de afrontamiento.

**Tratamiento integrado cuando se combina con el abuso de sustancias.** El abuso de sustancias es la adicción más común que se combina con la esquizofrenia. Pero por lo general, los tratamientos comunes para el abuso de sustancias no son eficaces para tratar las necesidades especiales de estas personas. Cuando los tratamientos para la esquizofrenia y el abuso de drogas se aplican en conjunto, los pacientes logran mejores resultados.

**Rehabilitación.** La rehabilitación apunta a la capacitación social y vocacional para ayudar a las personas con esquizofrenia a llevar una mejor vida dentro de la comunidad. Como la esquizofrenia generalmente se desarrolla en los años críticos de la vida (entre los 18 y 35 años), cuando la persona se está definiendo por una carrera o un trabajo, y como la enfermedad dificulta el pensamiento y el



## Una vez que los pacientes

APRENDEN

HECHOS BÁSICOS

ACERCA DE LA

ESQUIZOFRENIA Y

SU TRATAMIENTO,

PUEDEN TOMAR

DECISIONES

INFORMADAS

ACERCA DE

SU CUIDADO

PERSONAL.

funcionamiento normal, la mayoría de los pacientes no reciben capacitación en lo que respecta a habilidades necesarias para la vida laboral.

Los programas de rehabilitación pueden incluir asesoramiento y capacitación laboral, asesoramiento para la administración del dinero, ayuda para aprender a utilizar el transporte público y oportunidades para practicar habilidades de comunicación. Los programas de rehabilitación funcionan bien cuando incluyen capacitación laboral y una terapia específica diseñada para mejorar las habilidades cognitivas e intelectuales. Programas como éstos ayudan a los pacientes a conservar trabajos, a recordar detalles importantes y a llevar una mejor vida.<sup>21,22,23</sup>

**Educación familiar.** Con frecuencia, las personas con esquizofrenia son dadas de alta y quedan al cuidado de sus familias. Por esta razón, es importante que los familiares aprendan lo más que puedan acerca de la enfermedad. Con la ayuda de un terapeuta, los familiares pueden aprender estrategias y habilidades para afrontar la enfermedad y resolver problemas relacionados. De esta manera, las familias pueden asegurarse de que sus seres queridos sigan el tratamiento y tomen los medicamentos. Además, es necesario que conozcan los servicios disponibles para asistir a las familias y a los pacientes ambulatorios.

**Terapia cognitivo-conductual.** La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un tipo de psicoterapia que se concentra en el pensamiento y la conducta, y ayuda a los pacientes con los síntomas que no desaparecen incluso cuando toman los medicamentos. El terapeuta les enseña a las personas con esquizofrenia a comprobar la realidad de sus pensamientos y percepciones, a “no escuchar” sus voces y a manejar sus síntomas en general. TCC también puede ayudar a disminuir la gravedad de los síntomas y el riesgo de una recaída.

**Grupos de autoayuda.** Cada vez son más comunes los grupos de autoayuda para las personas con esquizofrenia y sus familias. Generalmente no incluyen un terapeuta profesional, sino que los mismos miembros del grupo se brindan mutuo apoyo y confort. Quienes participan en los grupos de autoayuda saben que los demás están atravesando por problemas similares y esto los ayuda a sentirse menos aislados. La unión que surge de los grupos de autoayuda puede impulsar a las familias a trabajar en conjunto

para lograr que se realicen más investigaciones y más tratamientos en la comunidad y en los hospitales locales. Además, estos grupos pueden hacer que se tome conciencia de la discriminación que sufren muchas de las personas que padecen enfermedades mentales.

## ¿Cómo puedo ayudar a una persona con esquizofrenia?

---

Las personas con esquizofrenia pueden obtener ayuda de administradores profesionales de casos y cuidadores, en los programas durante el día o residenciales. No obstante, los familiares son generalmente los principales cuidadores.

Con frecuencia, las personas con esquizofrenia se resisten a realizar un tratamiento, dado que no piensan que necesitan ayuda porque creen que sus delirios o alucinaciones son reales. En estos casos, los familiares y amigos puede que tengan que tomar las medidas necesarias para mantener a salvo a su ser querido. Las leyes varían según el estado y puede resultar difícil obligar a una persona con un trastorno mental a someterse a un tratamiento o a hospitalizarse. Pero cuando una persona se vuelve un peligro para sí misma o para los demás, los familiares o los amigos deben tomar la decisión de llamar a la policía para que la lleven a un hospital.

**Tratamiento en el hospital.** En la sala de emergencias, un profesional de la salud mental evaluará al paciente y determinará si se necesita un ingreso voluntario o involuntario. Para que una persona sea hospitalizada de manera involuntaria, la ley establece que el profesional debe presenciar un comportamiento psicótico y escuchar los pensamientos de delirio de la persona. Los familiares y amigos pueden proporcionar información que ayude al profesional de la salud mental a tomar una decisión.

**Después de que un ser querido es dado de alta.** Los familiares y amigos pueden ayudar a sus seres queridos a seguir el tratamiento y a tomar los medicamentos cuando vuelven a su casa. Si los pacientes dejan de tomar los medicamentos o de acudir a las visitas de seguimiento, los síntomas pueden volver. De hecho, en algunos casos, los síntomas tienden a empeorar cuando las personas abandonan los medicamentos y el tratamiento. Esto es peligroso, porque pueden perder la capacidad de cuidarse a sí mismas. Incluso algunas personas terminan en la calle o en prisión, donde rara vez reciben el tipo de ayuda que necesitan.



## Las personas con ESQUIZOFRENIA

PUEDEN OBTENER  
AYUDA DE  
ADMINISTRADORES  
PROFESIONALES  
DE CASOS Y  
CUIDADORES, EN  
LOS PROGRAMAS  
DURANTE EL DÍA O  
RESIDENCIALES.

Los familiares y amigos pueden ayudar a los pacientes a establecer metas realistas y a aprender a funcionar en la vida. Cada paso para alcanzar dichas metas debe ser pequeño y uno a la vez. Durante este tiempo, el paciente necesitará mucho apoyo, ya que cuando se presiona o critica a las personas con enfermedades mentales generalmente su condición no mejora. De hecho, puede empeorar. Decirles cuando están haciendo algo bien es la mejor manera de ayudarlos a salir adelante.

Puede resultar difícil saber cómo responder a una persona con esquizofrenia que hace declaraciones extrañas o evidentemente falsas. Hay que recordar que estas creencias o alucinaciones son reales para las personas que sufren esta enfermedad. No ayuda contradecirlos ni decirles que están alucinando. Como tampoco ayuda simular estar de acuerdo con sus alucinaciones. En cambio, es bueno indicarles que uno ve las cosas de manera diferente y que todos tienen derecho a ver las cosas a su manera. Además, es importante tener en cuenta que la esquizofrenia es una enfermedad biológica. Ser respetuoso, comprensivo y afectuoso, sin tolerar comportamientos peligrosos o inapropiados, es la mejor forma de acercarse a las personas con este trastorno.

## ¿Cuál es la perspectiva para el futuro?

La perspectiva para las personas con esquizofrenia es cada vez mejor. Aunque todavía no tiene cura, los tratamientos funcionan muy bien. Muchas personas con esquizofrenia mejoran lo suficiente como para llevar una vida satisfactoria e independiente.

Se siguen realizando investigaciones y el entendimiento sobre genética, neurociencia y ciencia conductual para ayudar a los científicos y profesionales de la salud a comprender mejor las causas de este trastorno y encontrar una manera de prevenirla y evitarla. Este trabajo ayudará a los expertos a desarrollar mejores tratamientos para que las personas con esquizofrenia puedan realizarse en la vida. Alentamos a las familias y a las personas que padecen esta enfermedad a participar en investigaciones clínicas. Para obtener información actualizada sobre las últimas investigaciones sobre esquizofrenia financiadas por el NIMH, consulte el sitio web del NIMH en <http://www.nimh.nih.gov>.

## Referencias

1. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*. 1993 Feb;50(2):85-94.
2. World Health Organization (WHO). Catatonic Schizophrenia. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
3. Mueser KT and McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet*. 2004 Jun 19;363(9426):2063-2072.
4. Nicolson R, Lenane M, Hamburger SD, Fernandez T, Bedwell J, Rapoport JL. Lessons from childhood-onset schizophrenia. *Brain Research Review*. 2000;31(2-3):147-156.
5. Masi G, Mucci M, Pari C. Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment. *CNS Drugs*. 2006;20(10):841-866.
6. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, Seidman LJ, Perkins D, Tsuang M, McGlashan T, Heinssen R. Prediction of psychosis in high-risk youth: A Multi-site longitudinal study in North America. *Archives of General Psychiatry*. 2008 Jan;65(1):28-37.
7. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*. 2002 Jun;180:490-495.
8. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen E, Wager HR, Rosenheck RA, Stroup S, McEvoy JP, Lieberman JA. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2006 May;63(5):490-499.
9. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S, International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*. 2003 Jan;60(1):82-91.
10. Meltzer HY and Baldessarini RJ. Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003 Sep;64(9):1122-1129.
11. Blanchard JJ, Brown SA, Horan WP, Sherwood AR. Substance use disorders in schizophrenia: Reviews, integration and a proposed model. *Clinical Psychological Review*. 2000;20:207-234.
12. Zullino DF, Waber L, Khazaal Y. Cannabis and the course of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(10):1357-1358.
13. Muller-Vahl KR and Emrich HM. Cannabis and schizophrenia: towards a cannabinoid hypothesis of schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2008;8(7):1037-1048.
14. Jones RT and Benowitz NL. Therapeutics for Nicotine Addiction. In Davis KL, Charney D, Coyle JT & Nemeroff C (Eds.), *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress* (pp1533-1544). 2002. Nashville, TN:American College of Neuropsychopharmacology.
15. Cardno AG and Gottesman II. Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to star wars Mx and functional genomics. *American Journal of Medical Genetics*. 2000 Spring;97(1):12-17.

16. Harrison PJ and Weinberger DR. Schizophrenia genes, gene expression, and neuropathology: on the matter of their convergence. *Molecular Psychiatry*. 2005;10(1):40-68.
17. Walsh T, McClellan JM, McCarthy SE, Addington AM, Pierce SB, Cooper GM, Nord AS, Kusenda M, Malhotra D, Bhandari A, Stray SM, Rippey CF, Roccanova P, Makarov V, Lakshmi B, Findling RL, Sikich L, Stromberg T, Merriman B, Gogtay N, Butler P, Eckstrand K, Noory L, Gochman P, Long R, Chen Z, Davis S, Baker C, Eichler EE, Meltzer PS, Nelson SF, Singleton AB, Lee MK, Rapoport JL, King MC, Sebat J. Rare structural variants disrupt multiple genes in neurodevelopmental pathways in schizophrenia. *Science*. 2008 Apr 25;320(5875):539-543.
18. Huang HS, Matevosian A, Whittle C, Kim SY, Schumacher A, Baker SP, Akbarian S. Prefrontal dysfunction in schizophrenia involves missed-lineage leukemia 1-regulated histone methylation at GABAergic gene promoters. *Journal of Neuroscience*. 2007 Oct 17;27(42):11254-11262.
19. Gogtay N and Rapoport J. Clozapine use in children and adolescents. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2008;9(3):459-465.
20. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK, Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*. 2005 Sep 22;353(12):1209-1223.
21. Greig TC, Zito W, Wexler BE, Fiszdon J, Bell MD. Improved cognitive function in schizophrenia after one year of cognitive training and vocational services. *Schizophrenia Research*. 2007 Nov;96(1-3):156-161.
22. Bell M, Fiszdon J, Greig T, Wexler B, Bryson G. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy in schizophrenia: 6-month follow-up of neuropsychological performance. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 2007;44(5):761-770.
23. Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, Carter M, Greenwald D, Poque-Geile M, Kechavan M, Cooley S, DiBarry AL, Garrett A, Parepally H, Zoretich R. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Archives of General Psychiatry*. 2004 Sep;61(9):866-876.

## Para más Información

---

Información y organizaciones sobre la esquizofrenia están disponibles mediante MedlinePlus (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/schizophrenia.html>), un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina.

Para más información de cómo participar en ensayos clínicos, llame al 1-866-615-6464\* o personas con dificultades auditivas llamen al 1-866-415-8051\*, o busque en los siguientes sitios web:

- Reclutamiento de Pacientes para Estudios Conducidos por el NIMH, NIH (<http://patientinfo.nimh.nih.gov> - en inglés)
- Ensayos Clínicos (<http://www.nimh.nih.gov/health/trials/index.shtml> - en inglés)
- ClinicalTrials.gov (<http://www.clinicaltrials.gov> - en inglés)

La información del Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) está disponible en varios formatos. Usted puede navegar en el Internet, descargar documentos en PDF, y ordenar folletos impresos por correo. Si quiere obtener publicaciones de NIMH, usted puede ordenar estas por Internet (<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml>). Si no tiene acceso al Internet, por favor llame al Centro de Información y Recursos del NIMH a los números que aparecen a continuación.

Para obtener información más actualizada sobre este tema, visite el sitio web del NIMH en <http://www.nimh.nih.gov>.

### **Instituto Nacional de la Salud Mental**

División de Redacción Científica, Prensa, y Difusión

6001 Executive Boulevard

Room 8184, MSC 9663

Bethesda, MD 20892-9663

Teléfono: 301-443-4513 o

1-866-615-NIMH (6464)\*

Teléfono de texto/teletipo: 301-443-8431 o

1-866-415-8051\*

FAX: 301-443-4279

Correo electrónico: [nimhinfo@nih.gov](mailto:nimhinfo@nih.gov)

Sitio web: <http://www.nimh.nih.gov>

\*Las llamadas a los números telefónicos que empiezan con 1-866 son gratuitas para quienes viven en los Estados Unidos.

## Reimpresiones

Las publicaciones del Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) son de dominio público y puede ser reproducidas o copiadas sin permiso del Instituto (NIMH). NIMH le incentiva que reproduzca y use esta publicación en sus esfuerzos dirigidos a mejorar la salud pública. Se agradece el citar al NIMH como fuente. Sin embargo, usar materiales gubernamentales de manera inapropiada puede traer problemas legales o éticos, así que le pedimos usar las siguientes guías:

- NIMH no respalda ni recomienda ningún producto, proceso, o servicio comercial, y esta publicación no puede ser utilizada para fines publicitarios o de recomendación.
- NIMH no provee consejos médicos o recomendaciones de tratamiento específicos o remisiones; estos materiales no pueden ser utilizados de manera que indiquen tal tipo de información.
- NIMH solicita que cuando las organizaciones no federales utilicen esta publicación no la alteren de manera que comprometa la integridad y la “marca comercial”.
- Si agrega logotipos y enlaces de sitios web que no pertenezcan al gobierno federal de algún producto o servicio comercial o servicio o tratamiento médico en específico, estos no pueden tener el aspecto de ser respaldados por NIMH.
- Las fotografías usadas en las publicaciones son de modelos y se utilizan solamente con fines ilustrativos. El uso de algunas fotografías está prohibido.

Si tiene preguntas acerca de estas guías y del uso de las publicaciones del NIMH, por favor contacte al Centro de Recursos de Información del NIMH llamando al 1-866-615-6464 o enviando un correo electrónico a [nimhinfo@nih.gov](mailto:nimhinfo@nih.gov).

# NIMH

National Institute  
of Mental Health



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS  
Institutos Nacionales de la Salud  
Publicación de NIH Núm. SP 11-3517