

Dr. Jorge Luis Rovner

Médico Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica
Ex Becario de la Universidad de Buenos Aires
Docente Adscripto Universidad de Buenos Aires
Miembro de la Asociación Americana de Psiquiatras

Esquizofrenia (1' Parte)

Propósitos generales de la presente y futuras entregas

El presente trabajo (dividido en tres entregas) intentará acercar de un modo conciso los datos más significativos de información general para el farmacéutico sobre esta condición. El propósito final es generar un ambiente y lenguaje común para que todos los actores de salud coordinemos esfuerzos para mejorar la calidad de vida del paciente esquizofrénico, su familia y sus cuidadores.

Además buscaremos analizar los múltiples estigmas y malentendidos que rodean este cuadro y detenemos en las mejores opciones de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas disponibles en nuestro país a la fecha.

Definición

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud: "La Esquizofrenia está caracterizada por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, delusiones bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. Estos síntomas son experimentados en presencia de conciencia clara y (generalmente) capacidad intelectual conservada"

Incidencia y Prevalencia de la Enfermedad

Hay aproximadamente 2 millones de nuevos casos reportados cada año en todo el mundo. En países industrializados se hallan 16 a 28 nuevos casos cada 100.000 pacientes.

Las tasas de Prevalencia parecen similares en todo el mundo, no pareciendo haber grandes diferencias cuantitativas entre diferentes culturas y países.

La Prevalencia estimada se halla entre el 0,2 y el 2 % de la población.

Dicho de otro modo, asumiendo un 1 % de prevalencia de la enfermedad en nuestro país, debemos estimar unos 380.000 esquizofrénicos en nuestro país.

La Esquizofrenia suele hacer su irrupción en la segunda década de la vida, pero se reportan episodios agudos en niños y adultos mayores.

Se discute en que medida la herencia juega un rol en el desarrollo de esta enfermedad. En un extremo se ha visto que en los gemelos, si uno desarrolla la enfermedad el otro presenta mayor probabilidad de enfermar que la población general. Pero aún en gemelos homocigotas la probabilidad de que ambos enfermen no es del 100 %.

Los hijos de pacientes esquizofrénicos tienen una probabilidad mayor de padecer la enfermedad que la población general, pero los hijos de ambos padres esquizofrénicos no necesariamente enfermaran.

Estos datos (en permanente investigación) reflejan que la Esquizofrenia se desarrolla a partir de un terreno genéticamente preparado pero requiere la aparición de circunstancias vitales estresantes para su irrupción.

La Esquizofrenia es una enfermedad que afecta una gran población Evolución histórica- del Concepto

Los criterios y teorías sobre la patofisiología de la Enfermedad han variado a lo largo de los siglos.

Las más tempranas referencias de esta enfermedad mental mayor halladas hasta ahora corresponden al papiro de Eber (cerca de 4000 a. C.). En el siglo XIV a. C. aparecen descripciones de cuadros parecidos a los que hoy llamamos Esquizofrenia en los textos hindúes del Ayur-Veda. En el siglo 1 d. C. hallamos menciones en los escritos de Areteo de Capadocia. Durante los siglos venideros el origen de la enfermedad es atribuido a un desbalance de los fluidos corporales (basado en la visión Hipocrática que clasificaba a las enfermedades mentales en Manía, Melancolía, Histeria y Frenitis) o a manifestaciones diabólicas o de hechicería.

En 1672 Thomas Willis se refiere a "los jóvenes de espíritu vivo, despierto y aún brillante de la infancia, que caen al llegar a la adolescencia en la obtusión y la torpeza".

Durante el siglo XIX, el énfasis se puso en la observación empírica de la naturaleza, abandonándose las teorías acerca de lo sobrenatural y convirtiendo a las Ciencias Médicas en disciplinas científicas. Los médicos dedicados a las enfermedades mentales comenzaron a buscar un sistema diagnóstico coherente que fuera lógico en términos de identificar y aislar las enfermedades y predecir sus evoluciones.

En 1809 el francés Philippe Pinel habló de la demencia de los jóvenes. A él se debe esta precisa descripción de los pacientes: "... nada más inexplicable y sin embargo nada más comprobado que las dos formas opuestas que pueden tomar las melancolías. Es a veces un orgullo excesivo y la idea de poseer riquezas inmensas o un poder sin límites, en otras el abatimiento más pusilánime, una consternación profunda hasta la desesperación".

En 1814 su discípulo Jean Etienne Esquirol describe cuadros emparentados llamándolos Demencia Juvenil, es decir la abolición del pensamiento lógico en los jóvenes.

Benedict Augustin Morel, psiquiatra belga, da por primera vez el nombre de Demencia Precoz a estos cuadros. Utiliza como ejemplo de esta patología las observaciones sobre un paciente joven que hasta entonces había sido: "... el primero en sus exámenes sin esforzarse, y casi sin estudiar.. Inconscientemente perdió su alegría y se volvió serio, taciturno y con tendencia a la soledad ... mostraba un estado de depresión melancólica y odio a su padre, incluso al grado de querer matarlo... El joven progresivamente olvidó todo lo que había aprendido, y sus brillantes dotes intelectuales entraron en un período de estacionamiento muy penoso. Una especie de inactividad lindando con la estupidez reemplazó toda su actividad previa, de modo que cuando le volvía ver parecía como si estuviera operando la transición hacia un estado irrecuperable de Demencia Precoz".

Corresponde a Emil Kraepelin (1856-1926) el desarrollo de una serie de textos entre 1883 y 1926 sobre el concepto de "Demencia Precoz". Entre sus pacientes identificó un grupo que enfermaban joven y que presentaban muchos diferentes síntomas tales como alucinaciones y empobrecimiento emocional y que tendían inexorablemente, tras un lapso variable, a volverse completamente incapaces de atender a sí mismos. Kraepelin no eligió un síntoma como característico o patognomónico pero sus descripciones clínicas enfatizaban la mezcla de delusiones, alucinaciones, movimientos anormales, embrutecimiento emocional, pérdida de la voluntad y aislamiento social.

En los textos de este autor la Demencia Precoz es caracterizada como una enfermedad crónica, debilitante e irreversible.

Uno de sus hallazgos fue diferenciar este cuadro de la Enfermedad Maníaco Depresiva y algunas formas de Demencia Senil sobre la base de sus respectivos comienzos, cursos y evoluciones.

Kraepelin que finalmente podríamos entender estas patologías en términos de mecanismos neuropatológicos cerebrales. A él se debe la expresión "La Enfermedad Mental es una Enfermedad del Cerebro".

En 1911, Eugen Bleuler (1857-1939) publicó "Demencia Precoz o el grupo de Esquizofrenias" en el cuál desarrolló el concepto de un grupo de enfermedades caracterizadas por disturbios del pensamiento, sentimientos y relaciones con el mundo externo, con el esencial y patognomónico síntoma del disturbio del pensamiento.

La notable influencia que ejerce la obra de Bleuler dá lugar a que la Demencia Precoz fuera denominada Esquizofrenia.

Bleuler asoció la disociación de pensamientos, emociones y comportamientos a disociaciones o pérdidas de "la fábrica del pensamiento".

Bleuler mencionó cuatro Síntomas Fundamentales de la Esquizofrenia:

- 1) Pérdida Asociativa (por la cuál los procesos del pensamiento devenían desordenados y desconectados)
- 2) Embrutecimiento Afectivo (por la cuál la respuesta emocional a los estímulos externos e internos se volvía disminuida e inapropiada)
- 3) Autismo (el que involucra un pensamiento peculiar y paulatinamente empobrecido con aislamiento del medio)
- 4) Ambivalencia (lo que denota indecisión el tener pensamientos o sentimientos contradictorios y simultáneos)

y dos síntomas accesorios:

- 1) Alucinaciones
- 2) Delusiones

Ya aceptada universalmente la expresión Esquizofrenia, corresponde a Kurt Schneider (1887-1967) la delimitación once síntomas positivos o productivos de la Esquizofrenia. Entre estos síntomas se incluyen:

Alucinaciones Auditivas: voces o ruidos claramente audibles provenientes de "adentro de la cabeza". Estos toman la forma de pensamientos del paciente dichos en voz alta, comentarios, críticas, advertencias o insultos mortificantes sobre el paciente o sus acciones, o bien de voces que dialogan entre sí acerca del paciente.

Percepciones delusionales: son creencias fijas que están en conflicto con la realidad. El paciente se vuelve inferencial o interpretativo, es decir todo lo que percibe tiene un gran significado o valor sobre sí. Los sucesos cotidianos son interpretados como mensajes destinados al paciente.

Experiencias de alienación: son la sensación de que los propios pensamientos y sentimientos no le pertenecen, sino que provienen de una fuente externa o bien el paciente se ve forzado a sentir emociones ajenas.

Experiencias de influencia: son percepciones de que las acciones propias se hallan bajo influencia externa.

Experiencias de pasividad: es la sensación de que las propias acciones se hallan bajo control externo, cómo si fuera el paciente un muñeco.

Delusiones sobre los pensamientos: son la sensación de que los pensamientos son transmitidos, obtenidos o sacados de la mente del paciente.

Obsérvese cómo Bleuler enfatizaba los síntomas negativos como patognomónicos de la Esquizofrenia y Schneider hace hincapié en los síntomas positivos como característicos de la Enfermedad.

Vale la pena mencionar que en muchas ocasiones los síntomas positivos son referidos.

Llegados la década del '70 fue evidente para la comunidad médica que se hacía necesario formalizar acuerdos alrededor de los criterios para el diagnóstico y tratamiento de la Esquizofrenia. Estaba claro que los criterios diagnósticos eran muy amplios y variados, existían diferencias conceptuales acerca de la etiología y desarrollo del mal y que ese conjunto influía negativamente en las investigaciones clínicas y farmacológicas.

En consonancia con eso, Strauss y otros propusieron en 1974 que la Esquizofrenia comprendía tanto síntomas positivos (que representan distorsiones activas del funcionamiento cerebral) y negativos (que representan la pérdida o disminución de las funciones cerebrales normales).

Hacia esa década la Organización Mundial de la Salud (OMS) instituyó un programa de estandarización de la clasificación de las Enfermedades incluyendo los desordenes mentales, que daría lugar a la Clasificación „ Mundial de las Enfermedades (cuya sigla en Inglés es ICD).

Paralelamente varios países desarrollan sus propios estándares de clasificación. Estados Unidos preparó su Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

Ambos sistemas clasificatorios han sido varias veces revisados, hallándose en vigencia el ICD 10 y el DSM IV. En nuestro medio, las clasificaciones ICD y DSM (esencialmente similares) son ampliamente aceptadas.

En los últimos 20 años, los resultados de la investigación básica y aplicada en Neurociencias han permitido que se considere a la Esquizofrenia como una patología compleja, con cuatro dimensiones involucradas y que aúnan las observaciones parciales que hemos considerado arriba.

Así se habla de que la Esquizofrenia incluye:

- a) Una dimensión de síntomas positivos
- b) Una dimensión de síntomas negativos
- c) Una dimensión de síntomas del humor
- d) Una dimensión de síntomas cognitivos

La Esquizofrenia es una enfermedad crónica y compleja que incluye una constelación de síntomas. Librada a su propia evolución **produce un daño permanente en el paciente** que se manifiesta en su capacidad de pensar, sentir y actuar adecuadamente.

Curso de la Enfermedad

Existen cuatro fases en el curso de la Enfermedad:

#Fase Prodrómica: Puede ser evidente o no para el paciente o los demás. Sus manifestaciones son sutiles y pueden variar entre días o años. Se caracterizan por aislamiento social, cambios en el comportamiento o en la respuesta emocional a estímulos.

#Fase Aguda: Está marcada por severos síntomas psicóticos. Habitualmente requiere medicación y/o hospitalización. Cuando esta fase aparece más de una vez en el transcurso de la Enfermedad se habla de fase de Reagudización.

#Fase de Continuación: En este período, que puede abarcar más de seis meses desde el comienzo o brote de la Enfermedad, se produce el decremento en gravedad de los síntomas.

#Fase de Estabilización: Durante esta fase los pacientes pueden estar asintomáticos o exhibir síntomas tales como tensión, irritabilidad, depresión, síntomas negativos y de deterioro cognitivo.

La mayor parte de los pacientes alternan episodios agudos y estables con remisión parcial o total. Es habitual que el paciente esquizofrénico experimente síntomas residuales entre los brotes. La completa curación de la enfermedad es, actualmente, un resultado no esperable dentro de la evolución.

Se han identificado predictores asociados con mejor pronóstico para los pacientes esquizofrénicos:

- . Comienzo agudo
- . Comienzo a edad adulta o mayor
- . Género femenino
- . Eventos precipitantes identificables
- . Duración breve de los síntomas de fase aguda
- . Buen funcionamiento ínter crisis

- . Ausencia de anormalidades cerebrales estructurales
- . Falta de Historia familiar de Esquizofrenia

La Esquizofrenia suele cursar por brotes con períodos variables de remisión de los síntomas en un contexto de paulatina discapacitación personal del paciente.

Efectos Familiares y Sociales de la Esquizofrenia

El instituto de Salud Mental de los Estados Unidos ha colocado a la Esquizofrenia entre las dos primeras causas de admisión en los centros especializados en Psiquiatría de ese país. La estadía promedio de un paciente iba entre los 18 y 42 días.

Este dato, válido para pacientes agudos o reagudizados, debe luego agregarse al tiempo de internación de pacientes crónicos o en estado de abandono familiar o social, producto de su patología.

Carecemos de una estadística para esta última condición, pero la institucionalización de pacientes crónicos puede variar desde meses a décadas.

Aquellos de nosotros con experiencia manicomial, podremos

contar sobre pacientes con 25 o más años de asilo. Pero, mientras mucha gente recibe tratamiento especializado, un porcentaje alto no se halla bajo tratamiento.

Una encuesta hecha en 1958 en Baltimore, Maryland (USA) reveló que alrededor del 50 % de las personas esquizofrénicas no recibían actualmente ningún tipo de tratamiento y que el 14 % nunca había sido tratado. En Argentina carecemos de información epidemiológica, pero el consenso general es que nuestra situación debe ser al menos igual (sino peor) que la reportada en E.E.U.U. Cuando queremos medir el costo de la enfermedad debemos desglosarla en Costos directos y Costos indirectos. Los costos directos incluyen los costos de tratamiento y servicio provistos a pacientes agudos o reagudizados y crónicos tanto ambulatorios como internados. Los costos indirectos incluyen la pérdida de salarios tanto del paciente como de sus familiares y

cuidadores y el costo por la incapacidad producida por la Enfermedad. Para referencia el costo anual en Estados Unidos del tratamiento de la Esquizofrenia ronda entre 32,5 y 63 billones de dólares. Para 1989 el Reino Unido gastó unos 2,1 billones de libras esterlinas.

El siguiente gran efecto producido por la Enfermedad está representado por la espiral descendente que la Esquizofrenia produce en la habilidad del paciente de ser un miembro pleno de la sociedad. Los síntomas dificultan la capacidad del paciente para obtener o mantener un empleo, completar su educación, ser financieramente independiente, mantenerse clínicamente sano e interactuar con otra gente. No conocemos un procedimiento riguroso para evaluar el drenaje de los recursos familiares, o la "angustia producida en estos por la enfermedad de un ser querido". Enfrentar la enfermedad de un hijo o un hermano es extremadamente difícil y genera una respuesta emocional que incluye sentimientos de culpa, miedo, enojo o tristeza. La culpa puede ir desde preguntarse si uno puede haber causado la enfermedad (o no haberla descubierto a tiempo) hasta plantearse si otros miembros de la familia pudiesen desarrollarla. El enojo por tener que sostener económicamente a alguien en forma crónica pueda estar presente es bastante común. La tristeza puede hacer sentir al paciente "anormal" o producir vergüenza.

La Esquizofrenia genera un enorme costo económico y afectivo para los pacientes, sus familias y amigos y la sociedad toda.

Algunos estigmas relacionados con la Esquizofrenia

No existe una clara relación entre Esquizofrenia y Heteroagresividad, es decir la agresividad destinada a otros.

Probablemente el estigma de la enfermedad haga que cuándo se consideran homicidios de gran repercusión una de las primeras formulaciones de la prensa sea que el o la homicida sean esquizofrénicos.

Sin duda un paciente agudo, víctima de alucinaciones o creencias delirantes de persecución se vuelva violento, pero estudios bien dirigidos no han demostrado diferencia estadísticamente significativa entre la violencia proveniente de esquizofrénicos y la proveniente de la población general.

La auto agresividad es la causa mayor de muerte prematura en pacientes esquizofrénicos. Cerca del 15 % de los esquizofrénicos cometen suicidio (sea por que tienen ideas delirantes, voces que los martirizan permanentemente o están muy deprimidos) y alrededor del 3 % de los suicidios son cometidos por esquizofrénicos.

Otra afirmación errónea y corriente es que el paciente esquizofrénico es "vago" o reacio al estudio. El paciente en muchas ocasiones no puede estudiar o trabajar pues está siendo víctima de sus alucinaciones, está deprimido o presenta una merma considerable en su capacidad cognitiva

Existen muchas creencias acerca de los pacientes esquizofrénicos.

Forma parte de nuestra obligación social ayudar a **desterrarlas**

Criterios actuales para el diagnóstico

Para terminar esta parte detallaremos los criterios aceptados por el DSM IV para el diagnóstico de Esquizofrenia:

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) Ideas Delirantes
- (2) Alucinaciones

- (3) Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social laboral:* Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral)

C. *Duración:* Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales)

D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:* El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a:

- 1) No ha habido ningún episodio mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:* El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o una enfermedad médica.

F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:* si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de Esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes. (o menos si se han tratado con éxito)

En la segunda parte hablaremos sobre los tratamientos modernos de esta patologías y el rol del farmacéutico en el consejo a pacientes y familiares.

Bibliografía

- 1) Andreasen, Nancy.:The American Concept of Schizophrenia, Schizophrenia Bulletin, 1989, Vol. 15, N° 4, 519-531
- 2) Berretoni, P.A.:Cronología histórica de los Conceptos clínicos sobre Esquizofrenia. Parte 1. Alcmeón 1, Año I, Vol. 1, N° 1
- 3)Bleuler, E.: Demencia precoz. El grupo de las Esquizofrenias, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- 4) Carofile, A.: La Obra de Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), Alcmeón 21, Año VIII-Vol 6-N° 1-Junio 1997
- 5) Ey, H.: Tratado de Psiquiatría, 8va Edición, Barcelona, Toray Masson, 1978.
- 6) Gross, G.: The "Basic" Symptoms of Schizophrenia, British Journal of Psychiatry, 1989, 155 (supp. 7), 41-44

- 7) Moizeszowicz, J.: Psicofarmacología Psicodinámica IV, Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas. Buenos Aires, Editorial Paidós, 4ta Edición, 1198 8)
Schneider, K.: Patopsicología Clínica, 4ta edición española, Madrid, Editorial Paz Montalvo, 1975

Dr. Jorge Luis Rovner

Médico Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica
Ex Becario de la Universidad de Buenos Aires
Docente Adscripto Universidad de Buenos Aires
Miembro de la Asociación Americana de Psiquiatras

Esquizofrenia (2° Parte)

Durante la entrega anterior bosquejamos los aspectos clínicos más relevantes que suelen acompañar el desarrollo de esta cruel enfermedad. En el presente envío estaremos refiriéndonos a los patrones de evolución de la enfermedad y la asociación de esta con otras enfermedades clínicas y psiquiátricas. Prestaremos especial atención al rol del farmacéutico en el tratamiento de la Esquizofrenia.

En la tercera y última entrega hablaremos sobre los tratamientos de la enfermedad (con énfasis en los psicofarmacológicos).

Fases de la Esquizofrenia

La Esquizofrenia suele dividirse convencionalmente en 3 fases:

Fase 1: **Aguda o de Recaída**

Puede estar o no precedida por síntomas prodrómicos que duran días, meses o años. (por ej. un joven que se aísla, que empieza a tener comportamientos, ideas o actitudes desusadas o bizarras; una joven con dificultades para conciliar el sueño, agresiva, que se siente agraviada o perseguida sin motivo por los demás; un adulto que afirma que le están haciendo "un daño" o que siente que tiene "un nuevo y extraordinario conocimiento del mundo", etc.)

Esta fase aguda recibe su nombre por la brusca aparición de síntomas psicóticos (alucinaciones, pensamiento severamente desorganizado, incapacidad para cuidar de sí, etc.).

Esta fase (que suele recibir el nombre de "Brote psicótico") siempre requiere medicación y habitualmente internación hospitalaria o domiciliaria.

En nuestro medio, adecuadamente tratada; esta fase dura de 1 a 3 meses.

Es de gran importancia determinar si el episodio agudo del paciente es el primero o si se trata de una reagudización de su enfermedad en curso.

Fase 2: Continuación

Esta fase sigue a la disminución (y en algunos casos) la completa desaparición de los síntomas de la fase anterior. Esta fase dura hasta unos 6 meses posteriores al comienzo del episodio agudo. Bajo ningún aspecto debe abandonarse el tratamiento medicamentoso. Desgraciadamente, en nuestro medio, los pacientes suelen abandonar el tratamiento o espaciarlo bajo el argumento de: "para que voy a tomar medicación si me siento bien".

En este aspecto tal vez sea útil pensar que justamente "el paciente se siente bien por estar tomando su medicación adecuadamente"

Es aquí dónde el consejo y la atención farmacéutica puede resultar de suma importancia.

Fase 3: **Estabilización**

En esta fase el paciente puede exhibir dos patrones diferentes:

- a) El paciente puede estar asintomático o no manifestar síntomas psicóticos (aunque puede mostrarse irritable, tenso, ansioso, deprimido o con síntomas negativos).
- b) El paciente puede tener persistencia de síntomas positivos, pero en menor magnitud que en la fase aguda (el paciente puede estar alucinado, con ideas delirantes o con desorden del **comportamiento**)

Curso de la enfermedad

De acuerdo a la alternancia de las fases antes descritas en el transcurso de la patología podremos observar (entre otras posibilidades):

- a) Fases agudas que se siguen de fases de Continuación y Estabilización con remisión completa o parcial.
- b) Más de una fase aguda casi sin períodos libres de síntomas.
- c) Las tres fases que se integran en una sin una clara frontera entre ellas.
- d) Una fase aguda muy prolongada con un gran y definitivo deterioro cognitivo expresado en la fase de Estabilización.

En la mayor parte de los casos se observan síntomas residuales entre episodios agudos.

El patrón más habitual de evolución de la Esquizofrenia es el que sigue episodios repetidos con síntomas positivos y negativos, con recuperación incompleta intercrisis y con el establecimiento de un déficit cognitivo permanente.

Si bien descriptos, son sumamente raros otros cursos evolutivos, como por ejemplo

- a) Enfermedad que se resuelve completamente con o sin tratamiento
- b) Enfermedad recurrente con recuperación completa intercrisis.

Es muy difícil establecer que curso seguirá la enfermedad en cada paciente en particular.

No debemos olvidar la importantísima influencia que puede ejercer la contención familiar, el apego al tratamiento y la aparición de estresores en la vida del paciente.

Todos esos factores pueden empeorar o mejorar la evolución del paciente.

Diagnóstico diferencial de la Esquizofrenia

Sólo a modo de referencia será adecuado mencionar que enfermedad deben ser diferenciadas de la Esquizofrenia. Para ello usaremos como eje los síntomas psicóticos (positivos y negativos):

a) Enfermedades no psiquiátricas que cursan con **síntomas psicóticos:**

Incluyen Condiciones Clínicas Generales y Abuso de sustancias.

Entre las primeras mencionamos:

Accidentes Cerebrovasculares, Epilepsia del lóbulo temporal, Desórdenes

metabólicos (por ej. Porfiria), Neurolúes, Enfermedades autoinmunes (por ej. Lupus eritematoso sistémico) , Tóxicos (Por ej.: Envenenamiento con Plomo, organofosforados y sustancias volátiles incorporadas a las pinturas o naftas.)

En el segundo grupo se refieren el uso de Estimulantes (anfetaminas, cocaína), Alucinógenos (LSD, Fenciclidina), Anticolinérgicos (alcaloides de la Belladona), suspensión brusca de Alcohol o Barbitúricos en pacientes adictos.

b) Enfermedades Psiquiátricas:

Pueden semejarse a la Esquizofrenia, en un primera impresión, los siguientes cuadros: Depresión Mayor, Desordenes de la Personalidad, Desorden por Pánico, Trastorno Bipolar, Trastorno esquizoafectivo.

Hoy la Esquizofrenia continúa siendo una enfermedad **de diagnóstico eminentemente clínico**.

Si bien el especialista puede utilizar tests y escalas de evaluación universalmente aceptadas (Entrevistas estructuradas, PANSS, BPRS, etc) o estudios complementarios (Aminograma, Electroencefalograma, Tomografía Computada, etc) la clínica continúa siendo soberana. Para ello se arribará al diagnóstico tras una detallada Historia Clínica, que incluya el estudio patobiográfico, historia heredofamiliar, enfermedades clínicas relevantes y de hábitos.

Tratamientos no farmacológico de la Esquizofrenia

Siempre insistiremos que el diagnóstico de la Esquizofrenia debiera ser hecho tras un concienzudo análisis con un adecuado diagnóstico diferencial.

Una vez alcanzado el tratamiento debe ser enérgico y permanente, trabajando sobre el paciente y su medio familiar y social.

Son objetivos del tratamiento:

- a) Evitar o retardar el progreso de la Enfermedad.
- b) Disminuir el número de brotes, su duración y gravedad.
- c) Garantizar que el rendimiento cognitivo se mantenga tan alto como sea posible.
- d) Disminuir los síntomas del humor (básicamente la Depresión asociada) que acompañan a la enfermedad.
- e) Permitir la reintegración del paciente a la Sociedad.
- f) Garantizar adecuada comprensión y contención para las familias de pacientes esquizofrénicos.
- g) Reducir al mínimo el abandono del tratamiento.

El tratamiento farmacológico es el eje central en el tratamiento de la Esquizofrenia.

Raramente, por no decir nunca, es esperable que una persona adecuadamente diagnosticada como Esquizofrénica pueda estar sin recibir medicación. Por otra parte está bien comprobada la utilidad en el tratamiento de la Esquizofrenia de un grupo de acciones tales como: a) Tratamiento psicoterapéutico de sostén b) Acompañamiento terapéutico c) Terapia familiar d) Grupos de contención (Asociaciones de familiares)

- e) Laborterapia y Terapia Ocupacional
- f) Musicoterapia

Los gobiernos, las asociaciones de profesionales y los prestadores de Salud tienen una indelegable obligación de sostén en el tratamiento de los pacientes y sus familias, así como una denodada lucha contra la estigmatización que, desafortunadamente, acompaña a esta patología.

Atención Farmacéutica en Esquizofrenia

En una revisión de 1999, el farmacéutico norteamericano Lawrence Cohen desarrolla una completa serie de conceptos sobre el rol moderno de la atención farmacéutica.

Afirma que esta debe extenderse más allá del rol farmacéutico tradicional de dispensador de medicación y pasar al de educador y proveedor de información.

Así los objetivos ampliados de la atención farmacéutica comprenderían aumentar la eficiencia y seguridad de la terapia medicamentosa, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

En nuestro medio el farmacéutico está a menudo disponible para el paciente y sus familiares y puede facilitar el diálogo en un modo "no amenazante ni prejujador" para el amplio rango de síntomas y manifestaciones de esta enfermedad mental.

El farmacéutico juega un rol fundamental en el tratamiento del paciente esquizofrénico.

Debemos recordar cuáles son las tres mayores causas de recaída de los pacientes esquizofrénicos. Estas son:

- a) Las derivadas de la propia evolución de la enfermedad.
- b) Las derivadas del abandono del tratamiento.
- c) Las derivadas de falla terapéutica del tratamiento en curso.

El farmacéutico puede colaborar en el adecuado control sintomático del paciente actuando sobre esas tres causas.

El farmacéutico puede crear una alianza terapéutica con el paciente y su familia:

En cualquier caso debe contribuir a la educación de los pacientes y sus familiares, adaptándose al nivel de comprensión de todos.

En pacientes internados puede contribuir:

- 1) Ayudando a la adecuada dispensación de los medicamentos y aseguramiento de su calidad.
- 2) Antes del alta el paciente necesita comprender adecuadamente el régimen de tratamiento medicamentoso (nombre, descripción, posología, almacenamiento adecuado, etc.).

En pacientes ambulatorios puede colaborar:

- 1) Mejorando la eficiencia y la seguridad de la terapia farmacológica.
- 2) Mejorando la satisfacción del paciente y su familia acerca de los cuidados y la calidad de vida.
- 3) Asegurando el cumplimiento del tratamiento.
- 4) Reduciendo el tiempo de intervenciones para los médicos y otros miembros del equipo de salud mental.
- 5) Ahorrando dinero para los pacientes, familias y Organizaciones de

Salud, mediante un sostenido cumplimiento del tratamiento. Es , **fundamental recordar** que no son los medicamentos el recurso más oneroso en el tratamiento de la Esquizofrenia. La mayor carga económica proviene de los costos indirectos relacionados a un tratamiento **inadecuado** (reinternaciones, salarios caídos de pacientes y familiares, aumento del número de consultas, etc.)

6) Ayudar a los pacientes a organizar su esquema de tomas (basado en horarios vitales).

7) Ayudar a los pacientes y a sus familias a mantenerse ambulatorios, mejorando su reintegración social.

6) Reportar efectos adversos o inesperados atribuidos o no al uso de medicamentos a los médicos tratantes, a la ANMAT y a los laboratorios farmacéuticos.

9) Reportar abandonos de tratamiento (por planillas de cumplimiento).

10) Ayudar a los pacientes y a sus familias a afrontar los estigmas frecuentemente asociados con la Esquizofrenia.

11) Soportar programas comunitarios, de grupos de apoyo ("advocacy groups").de autoayuda, etc.

Dr. Jorge Luis Rovner

Médico Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica
Ex Becario de la Universidad de Buenos Aires
Docente Adscripto Universidad de Buenos Aires
Miembro de la Asociación Americana de Psiquiatras

Esquizofrenia (3' Parte)

Manejo farmacológico de la Esquizofrenia

En previas presentaciones hemos hablado de la Esquizofrenia y su abordaje no farmacológico. Agregábamos que la Esquizofrenia requiere, desde su diagnóstico un tratamiento farmacológico adecuado.

Objetivos de la Farmacoterapia

- 1) Permitir la desinstitucionalización de los pacientes en los que este objetivo sea alcanzable.
- 2) Tratar al paciente en episodio agudo
- 3) Mantener la mejoría y el funcionamiento entre los episodios agudos. 4) Prevenir la aparición de nuevos episodios
- 5) Mejorar los síntomas del humor y cognitivos del paciente 6) Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia

Farmacoterapia

En un modo general debemos destacar los siguientes grupos terapéuticos:

Antipsicóticos

Ansiolíticos/Hipnóforos

Anticolinérgicos

Otros medicamentos de uso inhabitual (estabilizadores del humor, beta bloqueantes, etc.)

Antipsicóticos

Constituyen el pilar insustituible del tratamiento de la Esquizofrenia. Desde el punto de vista clínico podemos dividir a los antipsicóticos en: Típicos y Atípicos

Antipsicóticos Típicos:

Fueron en su mayoría introducidos entre los '50 y los '70. Las drogas más, representativas de este grupo son: Haloperidol, Clorpromazina, Levomepromazina y Trifluoperazina.

La mayor parte de ellos son útiles en el tratamiento del episodio agudo. El mecanismo de acción común incluye el bloqueo postsináptico de los receptores para Dopamina (D2), por lo que son útiles en síntomas positivos de la Enfermedad. Dado que con el uso continuo estas moléculas producen decremento de recambio de dopamina ("down regulation") se postula que su eficacia antipsicótica se reduce con el tiempo de uso. Sus efectos adversos son tan frecuentes y conspicuos que constituyen una de las causas de abandono de tratamiento. Entre ellos mencionamos:

- Síntomas extrapiramidales, es decir alteraciones en la marcha y la postura por daño directo e indirecto. Aquí mencionaremos a la Disonía aguda (dolor muscular y alteración de la posición de aparición más o . menos brusca), Pseudoparkinsonismo (marcha lenta, temblor de reposo, rigidez postural, sialorrea, etc.)
- Disquinesia Tardía: Alteración del tono muscular y del movimiento que aparece tras un tiempo de tratamiento, de carácter irreversible.

- Síndrome Neuroléptico Maligno: Se trata de un Síndrome potencialmente fatal, que curas con destrucción de fibras musculares, hipertermia, falla metabólica, insuficiencia renal aguda, deshidratación, coma y muerte.

Los antipsicóticos típicos no son útiles en el tratamiento de los síntomas negativos y del humor que forman parte de los cotejos sintomáticos de la Esquizofrenia y podrían potencialmente empeorar la cognición en estos pacientes. .

Antipsicóticos Atípicos

Constituyen una auténtica revolución el tratamiento de esta cruel enfermedad. Como grupo (aunque luego haremos alguna distinción entre ellos) han cambiado las perspectivas evolutivas y de pronóstico de los pacientes. Este grupo incluye (por orden de aparición) a Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina y Ziprasidona. Otras moléculas están en investigación.

Presentan un bloqueo dopaminérgico selectivo (lo que explicaría su eficacia sobre síntomas positivos con menor producción de síntomas extrapiramidales) y un bloqueo serotoninérgico (lo que explicaría su eficacia en síntomas negativos y del humor). La eficacia que alguno de ellos presenta en síntomas cognitivos se explicaría por su acción sobre receptores colinérgicos

Estos medicamentos han venido a cubrir la necesidad de atender todo el, espectro sintomático de la enfermedad Esquizofrénica: Síntomas positivos, negativos, cognitivos, depresivos y del humor.

El primero de los antipsicóticos atípicos fue Clozapina ya investigado en la década de los '70. Clozapina es un eficaz antipsicótico, pero podría producir agranulocitosis (en alrededor del 0,8 %) de los pacientes expuestos por al menos 1 año. Por tal razón en nuestro país está restringido a pacientes con Esquizofrenia refractaria a otros medicamentos, es decir es un medicamento de segunda elección.

Por la razón antes expuesta se halla comprendido en un intensivo programa de farmacovigilancia.

Requiere titulación de dosis y más de una toma diaria.

Risperidona es un antipsicótico con un perfil de eficacia medio en síntomas positivos y pobre en las otras dimensiones de la Esquizofrenia. En la práctica clínica es considerado el "más típico de los atípicos" dado que a dosis plenas necesarias para el tratamiento de la Esquizofrenia, existiría una mayor posibilidad de que los pacientes presenten síntomas extrapiramidales. Ha ganado aceptación en el tratamiento de algunas enfermedades no Esquizofrénicas, tales como agitación asociada a Enfermedad de Alzheimer. Requiere titulación y se suele administrar en más de una toma diaria.

Olanzapina es un antipsicótico atípico introducido en 1996, eficaz en síntomas positivos, negativos, cognitivos, depresivos y del humor. Es, por otra parte, el único de los atípicos aprobado para el empleo en tratamiento de mantenimiento de la Esquizofrenia. Un efecto adverso reportado en pacientes predispuestos es el aumento de peso (característica común a todos los atípicos). Es, a nuestro juicio, el antipsicótico de elección en el tratamiento de las diferentes etapas de la Esquizofrenia. La presentación de disolución oral instantánea , sería de utilidad en el tratamiento de todo tipo de pacientes, especialmente simuladores o reticentes a tomar la medicación. No requiere titulación y se administra en una toma diaria.

Tanto para Quetiapina como para Ziprasidona, sus recientes introducciones y escasa experiencia clínica nos impiden una evaluación definitiva. Sobre Ziprasidona pesaría contundentemente el hecho de que podría potencialmente producir arritmias cardíacas que conducirían a la muerte súbita. Ambas deben titularse y administrarse en más de una toma diaria. En el caso de Ziprasidona esto debería ocurrir con las comidas, dado que su absorción y biodisponibilidad disminuyen notablemente si se administran en ayunas.

Estrategias Farmacológicas Generales en Esquizofrenia

Nuestro cierre buscará sintetizar los objetivos básicos de la farmacoterapia en el manejo de la Esquizofrenia. Estos son: a) Tratar el primer brote o episodio psicótico rápida y enérgicamente con el fin de estabilizar al paciente. b) Mantener el tratamiento del paciente de por vida, garantizando la adhesión al tratamiento. c) Tratar las exacerbaciones (también llamadas "recaídas psicóticas") con energía y rapidez. d) Diferenciar las formas malignas o resistentes ala medicación de la

Esquizofrenia para llevar adelante tratamientos más enérgicos y en ocasiones con polimedición. e) Tratar las enfermedades psiquiátricas y clínicas comórbidas simultáneamente al tratamiento de base. f) Intentar evitar que el paciente, en los casos puntuales, se haga daño o dañe a terceros o que tome determinaciones que lo perjudiquen personal, familiar u socialmente (huídas, mala administración de sus medios, etc.) e) Garantizar con los medicamentos los mayores estándares posibles de calidad de vida y reintegración del paciente.

Para todo esto es necesario:

a) Conocer muy bien la patobiografía del paciente y los resultados de tratamientos previos (evaluando eficacia y seguridad de la medicación recibida). b) Individualizar la terapéutica en base a la sintomatología presente en el paciente y su respuesta terapéutica (evaluando a este según la preeminencia de síntomas, efectos adversos al tratamiento, etc.) c) Evaluar que el paciente y su familia necesitan no sólo un buen tratamiento en fase aguda sino un además un excelente tratamiento que devuelva al paciente a una vida digna.

Referencias

Addington et al :Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia.Their course and relationship over time. Schizophr.Res.Jul-Aug 1991, 5 (1) p 51-59. Curtis V.A.et al:A risk-benefit assesment of Risperidone in Schizophrenia.Drug Safe.Feb 1995, 12 (2) p139-45

Hegarty JD et al.One hundred years of Schizophrenia:A meta-analysis of the outcome literature.Am J Psychiatry.Oct 1994,151 (10) p1409-16

Kane J.M.:Drug therapy Schizophrenía.The New England Journal of Medicine, Jan 1996.

Moscarelli M et al:The cost of Schizophrenia:Editor's

Introduction.Schizophr.Bull.1991.17/3 (p 367-369)

Prendergast P.J.:Integration of psychiatric rehabilitation in the long-term management of Schizophrenia.Can.J.Psychiatry.Apr 1995, 40 (3 suppl1) p18-21

Schmidt C.J. et al:Receptors in antypsichotic activity.Life Sci.May 12.1995, 56 (25) 2209-22

EVALUACION CURSO DE ESQUIZOFRENIA

Instrucciones

Lea detenidamente las proposiciones que figuran a continuación. Considere que en cada proposición una sola opción es la correcta. Márquela en la grilla de respuestas. Luego de completar la grilla, complete sus datos personales y envíela a la Confederación Farmacéutica Argentina, por correo electrónico a cursos@cofa.org.ar, o por correo postal a Julio A. Roca 751 2° Piso C1067ABC Capital Federal.

1) La prevalencia de la Esquizofrenia en nuestro país debe estimarse en el orden de:

- a) 0, 1% de la población general.
- b) 1 % de la población general.
- c) 10 % de la población general.

2) Una vez adecuadamente diagnosticada, la Esquizofrenia debiera considerarse una enfermedad que afectará al paciente:

- a) Durante el tiempo en que se manifiestan los síntomas positivos.
- b) Durante aproximadamente los 3 años posteriores a su diagnóstico.
- c) Durante toda la vida del paciente.
- d) Hasta que el paciente o su familia consideren que necesita tratamiento profesional.

3) Actualmente se considera que la Esquizofrenia incluye varias dimensiones. Estas son:

- a) Síntomas positivos.
- b) Síntomas negativos
- c) Síntomas cognitivos y del humor
- d) Todas las anteriores son correctas

4) Responda Sí o No a la siguiente afirmación: La Esquizofrenia genera un enorme costo económico y afectivo para los pacientes, sus familias y amigos y la sociedad toda

- a) Sí
- b) No

5) El tratamiento de la Esquizofrenia debe hacerse:

- a) Durante la fase aguda o de recaída.
- b) Durante la fase de Continuación.
- c) Ocasionalmente.
- d) Desde el primer diagnóstico y de por vida.

6) Responda Sí o No a la siguiente afirmación:

Dado que la Esquizofrenia suele perjudicar la vida de relación laboral de los pacientes, permitir la reintegración del paciente es imposible e innecesario.

- a) Sí.
- b) No.

7) Si bien diferentes abordajes son útiles en el tratamiento del paciente esquizofrénico, se considera el eje del tratamiento al/ a la:

- a) Psicofarmacológico.
- b) Terapia Familiar.
- c) Laborterapia.
- d) Psicoanálisis.

8) El farmacéutico juega un rol fundamental en el tratamiento del paciente esquizofrénico. De las siguientes acciones una No debe considerarse como adecuada:

- a) Asegurar el cumplimiento del tratamiento.
- b) Ayudar a los pacientes a organizar su esquema de tomas.
- c) Reportar abandonos de tratamiento.

- d) Minimizar la importancia de los síntomas de la Enfermedad referidos por el paciente o sus familiares.
- e) Ayudar a los pacientes y a sus familias a afrontar los estigmas frecuentemente asociados a la Enfermedad.

9) El uso de antipsicóticos típicos ha sido frecuentemente asociado con:

- a) Alteraciones de la marcha.
- b) Alteraciones del tono muscular.
- c) Alteraciones neurovegetativas.
- d) Todas las previas.

10) Del siguiente listado de antipsicóticos atípicos uno requiere un programa específico de Farmacovigilancia.

- a) Olanzapina.
- b) Risperidona.
- c) Clozapina.
- d) Quetiapina.

GRILLA DE RESPUESTAS

Seleccione la opción elegida marcando el círculo correspondiente (Las columnas corresponden a las opciones de respuesta y las filas a los números de respuestas)

Número de Respuesta	Opciones de Respuesta				
	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido	
Matrícula	
Calle	
Número	
Departamento	
Teléfono / Fax	
Código Postal	
Localidad	
Provincia	
Colegio al que pertenece	