

ASPECTOS CULTURALES DE LA ESQUIZOFRENIA A PROPÓSITO DE UN CASO

GUADALUPE MAYO MARTÍNEZ



Cáceres, 2024



1ª edición, 2024

Edita:

Universidad de Extremadura. Servicio de Publicaciones

Plaza de Caldereros, 2. 10003 Cáceres (España)

Tel. 927 257 041; Fax 927 257 046

publicac@unex.es

<http://publicauex.unex.es/>

E- ISBN.: 978-84-9127-263-2 (edición digital)

Cáceres, 2024

Ilustración de cubierta: St. Elizabeths Hospital (Washington, D.C.). Reproducciones realizadas por un paciente, un caso perturbado de Dementia praecox, en donde usó alfileres o uñas para rascar la pintura de la pared, capa superior de pintura de color chamariz, superpuesta sobre una capa de color rojo ladrillo de pintura. Las imágenes simbolizan eventos en la vida pasada del paciente, y representan un estado leve de regresión mental. Sin fecha, pero probablemente principios del siglo XX.

<https://es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia#/media/Archivo:Reeve37257.jpg>

CC BY 2.0

Acceso abierto en el Repositorio Institucional de la Universidad de Extremadura

Dehesa Repositorio
Institucional



ÍNDICE

1.	PRÓLOGO.....	1
2.	INTRODUCCIÓN.....	3
2.1.	OBJETIVOS.....	3
2.2.	EPIDEMIOLOGÍA.....	3
2.2.1.	Generalidades:.....	3
2.2.2.	Mortalidad y comorbilidades:.....	4
2.3.	ETIOLOGÍA.....	5
2.3.1.	Factores de riesgo:.....	5
2.3.2.	Genética:.....	7
2.3.3.	Fisiopatología:.....	7
3.	ESQUIZOFRENIA.....	9
3.1.	SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	9
3.2.	ASPECTOS CULTURALES.....	12
3.3.	DIAGNÓSTICO.....	14
3.4.	TIPOS.....	15
3.4.1.	Esquizofrenia paranoide:.....	15
3.4.2.	Esquizofrenia hebefrénica.....	16
3.4.3.	Esquizofrenia catatónica.....	16
3.4.4.	Esquizofrenia indiferenciada.....	16
3.4.5.	Esquizofrenia residual.....	16
3.4.6.	Esquizofrenia simple.....	17
3.5.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	17
3.6.	EVOLUCIÓN.....	19
3.7.	PRONÓSTICO.....	20
3.7.1.	Indicadores pronósticos favorables.....	21
3.7.2.	Indicadores pronósticos desfavorables.....	21
3.8.	TRATAMIENTO.....	21
3.8.1.	Tratamiento antipsicótico.....	22
3.8.2.	Tratamiento de las comorbilidades.....	25
3.8.3.	Terapia electroconvulsiva.....	25
3.8.4.	Psicoterapia y rehabilitación.....	25
4.	METODOLOGÍA.....	30
5.	CASO CLÍNICO.....	31
6.	DISCUSIÓN.....	37

7. CONCLUSIONES.....	39
8. BIBLIOGRAFÍA.....	40

1. PRÓLOGO

PRÓLOGO IN MEMORIAM DE GUADALUPE MAYO MARTÍNEZ, GRADUADA POR LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Cuando se cumple un año del trágico suceso de la pérdida de Guadalupe Mayo Martínez, la Universidad de Extremadura quiere rendir homenaje a la que fuera su alumna con la publicación de su Trabajo Fin de Estudios, defendido en el curso académico 2019-2020, denominado “Aspectos culturales de la esquizofrenia: a propósito de un caso”.

En dicho trabajo, Guadalupe nos muestra la esquizofrenia como una de las enfermedades mentales más importantes e incapacitantes del mundo, representando un grave problema de salud pública, que supone una importante carga tanto para el paciente como para los recursos sanitarios. Como afirma Guadalupe, el tratamiento de esta patología requiere un abordaje multidisciplinario, combinando el tratamiento farmacológico con antipsicóticos con la psicoterapia y rehabilitación, con el objetivo de proporcionar una mejor calidad de vida al paciente, del mismo modo que una recuperación global. Por todo ello, la presente obra nos ofrece una revisión bibliográfica de la esquizofrenia, junto con la descripción del caso clínico de una paciente diagnosticada de esta patología.

De la edición y publicación de la presente obra se ha encargado el Servicio de Publicaciones de nuestra Universidad, respetando el texto original del trabajo que presentó Guadalupe. Quisiera terminar estas breves palabras, manifestando mis más sinceras condolencias a su familia por la pérdida de Guadalupe.

Pedro M. Fernández Salguero
Rector de la Universidad de Extremadura

2. INTRODUCCIÓN

2.1. OBJETIVOS

- 1) El objetivo principal de este trabajo es describir y analizar el caso clínico de una paciente con psicosis-esquizofrenia.
- 2) La exposición y reflexión de factores socio-culturales tanto en la etiología como en las manifestaciones psicopatológicas.

Para alcanzar dichos objetivos se ha encuadrado el caso que nos ocupa en el marco teórico de una revisión bibliográfica realizada sobre dicha enfermedad. Se han tenido en cuenta los criterios diagnósticos aplicables al caso y se han comparado las diferentes formas en las que puede cursar la patología, destacando el diagnóstico diferencial, su pronóstico y, por último, el manejo clínico de la misma.

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

2.2.1. Generalidades:

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más importante e incapacitante a nivel mundial, supone un problema grave de salud pública al tiempo que una gran carga tanto para el paciente como para los sistemas sanitarios. Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada.(1)(2)

Su prevalencia en el mundo se sitúa alrededor del 1%, este porcentaje alto es debido, principalmente, al curso crónico y recurrente y a su aparición en edades tempranas. (2)

Se puede apreciar un pico bimodal de inicio, que estaría comprendido entre los 15-24 años predominantemente en hombres y otro entre los 20-40 años que afectaría más comúnmente a mujeres, en ellas los síntomas presentan mayor carga afectiva y psicótica, que tienden a empeorar en etapas posteriores, con un funcionamiento social más preservado en las mismas. La incidencia es mayor en varones si se toman en consideración los síntomas negativos y una evolución más larga de la enfermedad (relacionado con un peor pronóstico). (1)(3)

La primera descripción de psicosis esquizofrénica se remonta a 1852 con el informe del caso "*Demence Precoce*" de Benedict Morelto. Posteriormente se describieron como subtipos: locura primaria de Griesinger (1867); catatonía de Kahlbaum (1874) y hebefrenia de Hecker (1871); términos que se mantienen actualmente. Más tarde Kraepelin dividió los trastornos mentales en: psicosis crónicas que darían lugar a una demencia temprana y psicosis afectivas de curso periódico. El término esquizofrenia

fue introducido por Bleuler en Psiquiatría. En 1980 se establecieron dos grupos de síntomas: síntomas positivos (productivos, psicóticos) y negativos (déficit). (4)

2.2.2. Mortalidad y comorbilidades:

Se ha documentado una mayor mortalidad en personas esquizofrénicas en relación con la población general, ya que la esperanza de vida se reduce hasta en 10 ó 20 años. Este incremento puede deberse al estilo de vida, la presencia de comorbilidades y un mayor riesgo de suicidio. A lo que se puede añadir el acceso limitado y servicios médicos de menor calidad para estos pacientes.(2)

Pueden considerarse como afecciones médicas asociadas a esta patología las enfermedades cardiovasculares y pulmonares, aumento de peso, diabetes, infecciones... (1)

En cuanto al estilo de vida se observa en estos pacientes un hábito sedentario, escaso ejercicio físico, dieta no saludable, hábitos tóxicos como el tabaco y consumo de estupefacientes (más de un 40% abusan de drogas y alcohol), entre otros.(1)

El riesgo de suicidio es mayor entre las personas con esquizofrenia con un diagnóstico reciente (menos de cinco años desde el diagnóstico) y sumamente alto en el primer año de enfermedad. (5)(6)

La ideación suicida puede manifestarse en las distintas etapas de la enfermedad, encontrando diferencias entre aquellos enfermos con una larga evolución y los que experimentan el primer episodio psicótico, siendo mayor en el primer año; según hemos referido anteriormente, tendiendo a disminuir en los años posteriores. (6)

En el primer episodio psicótico el riesgo de suicidio puede ser debido al retraso en acceder al sistema de atención de salud mental y en el retraso en comenzar el tratamiento adecuado.

En la fase prodrómica el riesgo de suicidio puede deberse a la angustia originada por las experiencias pre-psicóticas desconocidas, que puede verse aumentado por el retraso para acceder a los sistemas de atención de salud mental así como la instauración de tratamiento, la falta de apoyo social, menor grado de conciencia de enfermedad, autolesiones, intentos previos, síntomas depresivos, pudiendo llegar a ser del 25% los que efectivamente (terminan su vida de este modo). Se ha observado que si la familia se implica en el primer contacto con los servicios de salud este riesgo de mortalidad se reduce hasta en un 90%.(6)

En la fase aguda podemos encontrar como factores relevantes la existencia de alucinaciones auditivas, delirios angustiantes, sentimiento de pérdida, miedo, estigma social. Durante esta fase aproximadamente el 15% pueden llegar a suicidarse en los 18 meses posteriores.(6)

En la fase post-psicótica el riesgo se asocia a la pérdida de funcionalidad, principalmente debida a secuelas neurocognitivas.(6)

Diversos estudios han constatado una mayor mortalidad por cáncer en estos pacientes, debido a que se diagnostican menos neoplasias malignas que en el resto de la población. (5)

2.3. ETIOLOGÍA

2.3.1. Factores de riesgo:

Se trata de una enfermedad con una etiología en la que intervienen múltiples factores, tales como alteraciones neurobiológicas que producen anomalías en el funcionamiento cerebral y psicológico; con una clara susceptibilidad a factores externos. Se considera una patología heterogénea en la que intervienen diferentes factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, ambientales... que cursa con múltiples fases (activa, residual y remisión) y que produce manifestaciones normalmente crónicas.(7)

Para entender el desarrollo de esta enfermedad se hace necesario tener en cuenta que existen una serie de factores de vulnerabilidad o de riesgo que, junto a una predisposición genética, influyen en la enfermedad.

Entre estos factores se pueden citar:

- **Ambientales:** algunos estresores psicosociales pueden exacerbar los síntomas en personas esquizofrénicas. La estación de nacimiento la cual aparece relacionada con la incidencia de la patología; finales de invierno o principios de primavera hacen que sea más prevalente en algunas zonas, mientras que el verano se ha relacionado con la forma deficitaria del trastorno. A su vez, también es mayor en niños que crecen en medio urbano o que pertenecen a algunos grupos étnicos minoritarios. (1)(8) (9)
- **Desarrollo neurológico:** en la etapa en la que se produce el desarrollo neurológico durante el embarazo pueden afectar factores como alteración prematura del vínculo materno, la edad paterna avanzada, acontecimientos

vitales adversos, estrés y malnutrición materna, retraso en el crecimiento intrauterino y niveles bajos de vitamina D, depresión y consumo de tóxicos por parte de la madre. La hipoxia perinatal, bajo peso al nacer, prematuridad y depresión son factores que pueden aparecer durante el parto y el puerperio. Es necesario señalar que aunque existan estos factores de riesgo en la mayoría de los casos no desembocan en esquizofrenia. (1)(8)(2)(10)

- **Infancia y vínculos familiares:** existen estudios que relacionan trastornos de aprendizaje en la infancia como el retraso en la capacidad de andar, en la adquisición del lenguaje, en el desarrollo psicomotor... y en cuanto al ámbito escolar cabe señalar algunos como trastornos del lenguaje, en la adquisición de la lectura, en el grafismo, un coeficiente intelectual bajo con la aparición del trastorno esquizofrénico en la edad adulta. Asimismo, también puede influir los antecedentes psiquiátricos de los padres, fracaso escolar, rechazo social, pobreza y la pérdida o separación de los progenitores durante esta etapa.

Hay que hacer mención como un riesgo importante en estas edades el maltrato físico y/o psicológico, abuso sexual que podría aumentar hasta 3 veces el riesgo de desencadenar esta patología y presentar síntomas positivos de peor pronóstico, contribuyendo en buena medida a la no remisión de los síntomas.(9)(10)

- **Hábitos tóxicos:** se ha evidenciado que el consumo de cannabis aumenta hasta en un 40% el riesgo de padecer psicosis. El consumo de esta sustancia puede desencadenar un primer episodio psicótico durante la adolescencia. Del mismo modo, si continúa el consumo durante el curso de la enfermedad puede dar lugar a un agravamiento de los síntomas, asociándose a más recaídas, más reingresos hospitalarios, periodos de hospitalización más largos y menor adherencia al tratamiento.

El tabaco puede duplicar el riesgo de psicosis de novo entre los fumadores diarios.(9)

Sería recomendable llevar a cabo intervenciones precoces sobre estos factores de riesgo, tales como educación sanitaria, abandono del hábito de consumo de sustancias nocivas, intervenciones nutricionales y en el estilo de vida que serían bastante beneficiosos a largo plazo. Sin embargo, estas medidas preventivas no garantizan una identificación precoz de la enfermedad para evitar la cronicidad de la misma, ya que esta patología desafortunadamente se detecta mayoritariamente

cuando ya se ha producido un episodio agudo o una primera hospitalización psiquiátrica.(9)(10)

2.3.2. Genética:

Los factores genéticos constituyen un importante riesgo de padecer la enfermedad. Esta predisposición viene determinada por una serie de alelos comunes y raros que también suelen estar asociados a otros trastornos mentales como depresión, trastorno bipolar y del espectro autista, de tal manera que a mayor número de genes afectados mayor riesgo. En un futuro próximo la genética debería profundizar más para identificar estos alelos de riesgo para poder determinar cómo, dónde y cuándo este riesgo genético puede afectar al desarrollo y a la función del cerebro. (1)(8)

2.3.3. Fisiopatología:

Se han observado diferencias entre grupos de individuos sanos y personas con esquizofrenia en distintas regiones cerebrales, según estudios de neuroimagen, de neuropatología y de neurofisiología. También se encuentran alteraciones en la arquitectura celular, en la conectividad de la sustancia blanca y en el volumen de sustancia gris de múltiples regiones, como las cortezas temporal y prefrontal. Asimismo se puede constatar una reducción del volumen cerebral total, una mayor reducción del volumen con la edad que son más acusadas en los individuos con esta patología.(1)

En la esquizofrenia se han objetivado déficit en el hipocampo y en la corteza prefrontal que impulsa la disfunción dentro del sistema dopaminérgico. La hipótesis de la dopamina (DA) es la teoría fisiopatológica más estudiada en esta enfermedad, aunque no está claro el papel que desempeña este neurotransmisor en el inicio del trastorno. Estudios más recientes han demostrado una capacidad de síntesis de dopamina estriatal aumentada y mayor liberación de dopamina al estrés, que se observa en menor grado en el periodo prodrómico, empeorando en la fase activa de la enfermedad. Entre los genes que se asocian al riesgo de esquizofrenia podemos señalar el que codifica el receptor DRD2 y los genes involucrados en la síntesis dopaminérgica. También se han encontrado estudios farmacológicos y de neuroimágenes que suponen la disfunción de la neurotransmisión dopaminérgica en la génesis de síntomas psicóticos (como delirios y alucinaciones), que aunque suelen aparecer en la mayoría de los casos de esquizofrenia también se encuentran en otras patologías psiquiátricas. (8)(11)(12)

Todos los fármacos antipsicóticos actuales bloquean los receptores dopaminérgicos D2 a dosis efectivas clínicamente. Los que impulsan la liberación o aumenta la transmisión de DA exacerban la psicosis en pacientes con esta patología; de esta

manera, pueden producir síntomas similares a la esquizofrenia en otros individuos si se administran a dosis altas y sucesivas. (8)