



**Peter Falkai
János Kálmán
Fides Sophia Heimkes
Zoltán Sárkány**

THE CANDID BOOK

**PARA LAS FAMILIAS DE PERSONAS
CON ESQUIZOFRENIA**

editado por
PETER FALKAI

Peter Falkai
János Kálmán
Fides Sophia Heimkes
Zoltán Sárkány

THE CANDID BOOK

PARA LAS FAMILIAS DE PERSONAS
CON ESQUIZOFRENIA

editado por
PETER FALKAI

**The Candid Book para las familias
de personas con esquizofrenia**

por Peter Falkai, János Kálmán, Fides
Sophia Heimkes y Zoltán Sárkány

Publicado por Inspira Research Ltd.
H-1132 Budapest, Váci Road 18.
www.inspira.hu
Copyright© 2022 Inspira Research Ltd.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de este libro puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse de ninguna manera sin el permiso por escrito del propietario de los derechos de autor, o según lo permitido expresamente por la ley, por licencia o según los términos acordados con la organización de derechos de reproducción correspondiente.

Para consultas sobre la autorización de reproducción, póngase en contacto con info@inspira.hu.

Primera edición en tapa dura abril de 2022.

ISBN: 978-615-01-3795-7

Apoyo para la edición médica:
Diana Osadcii-Zaiat
Directora creativa: Anna Csapó
Ilustraciones: Szabó Tímea
Diseño del libro: Melinda Vincze
Diseño de la portada: Mihai Croitoru
Impreso y encuadernado por Masterdruck Ltd.

Financiado por Gedeon Richter Plc.

La información contenida en este libro no pretende servir en el diagnóstico, tratamiento, curación o prevención de ninguna afección o enfermedad. Consulte a su médico o profesional sanitario con respecto a los consejos, sugerencias y recomendaciones que se recogen en este libro.

Los autores, editores, colaboradores y demás representantes no asumen responsabilidad ni obligación legal alguna por los posibles errores del texto o daños que se produzcan en relación con el uso de este libro.

Usted debe tener claro que la intención de este libro no es sustituir la consulta con un profesional de atención médica o un profesional colegiado. Antes de comenzar cualquier programa de atención médica o cambiar su estilo de vida de cualquier manera, deberá consultar con su médico u otro profesional sanitario colegiado para asegurarse de que goza de buena salud y que los ejemplos contenidos en este libro no le causarán ningún daño.

Este libro contiene información relacionada con problemas físicos o de salud mental. En consecuencia, el uso de este libro implica su aceptación de esta cláusula de exención de responsabilidad.

Los autores facilitan enlaces a sitios web de terceros de buena fe y exclusivamente con fines informativos. Los autores, colaboradores y representantes declinan toda responsabilidad por el contenido de cualquier sitio web de terceros al que se haga referencia en este libro.

Todos los nombres que aparecen en este libro son ficticios. Cualquier parecido con personas reales, vivas o muertas, o con acontecimientos reales es puramente casual.

Peter Falkai
János Kálmán
Fides Sophia Heimkes
Zoltán Sárkány

THE CANDID BOOK

PARA LAS FAMILIAS DE PERSONAS
CON ESQUIZOFRENIA

editado por
PETER FALKAI

respaldado por

 GEDeon RICHTER

PRÓLOGO

Dado que he dedicado más de 30 años de mi vida a este inmenso campo de la psiquiatría, sin intención de dejar de hacerlo en un futuro próximo, es un gran placer para mí añadir mi nombre a este libro como editor. Este libro representa el terreno común en el que sus autores y yo hablamos el mismo idioma con el fin de ayudar a las familias de personas con esquizofrenia de todo el mundo.

Como dijo el papa Juan XXIII «La familia es la primera célula esencial de la sociedad humana». No solo como médico, sino también como ser humano, creo firmemente en que la familia suele desempeñar uno de los papeles más importantes en la educación espléndida y armoniosa de una persona. Cuando en la vida de una persona influyen diversos factores externos, como una enfermedad, el papel de la familia cambia de *uno de los más importantes al más importante*. Cuando una persona está enferma, en el contexto que nos ocupa sufre esquizofrenia, puede sentirse incompleta, negativamente diferente o como si la vida misma le defraudara. Este es el momento en que la familia se vuelve indispensable. No puedo enfatizar lo suficiente en lo vital que es la familia para una persona en este tipo de enfermedades, cuánto aporta la estabilidad y la seguridad de una familia, cuán positivamente influye su apoyo y presencia habitual en la vida de la persona enferma y la importancia de la idea de unión en el conflicto actual con la enfermedad.

El libro que ahora tiene en sus manos es producto de ideas y formas de pensar similares de médicos de tres países diferentes, que están dispuestos a prestar ayuda a los cuidadores y dedicar un libro entero a las familias que permanecen unidas y proporcionan ayuda, apoyo y cuidados continuos a sus miembros en diferentes situaciones. Su objetivo es ayudarle a ayudar a su ser querido a hacer frente al efecto que esta enfermedad puede tener en su vida y también recordarle lo importante que es usted a lo largo de este viaje.

Aunque es posible que en estos momentos tenga bastantes conocimientos sobre la esquizofrenia, en este libro se aborda la enfermedad y todo lo relacionado con ella desde el principio. En él se responderá principalmente a preguntas que empiecen por «qué o cuál». Por ejemplo, *qué* es la esquizofrenia y cómo se manifiesta, *qué* es el estigma y sus diferentes perspectivas, *cuál* es el resultado de examinar positiva o negativamente la esquizofrenia, *qué* es la mejora terapéutica, *qué* es lo que sucede con sus emociones como cuidador, *cuál* es su papel como cuidador y *qué* tipo de asistencia necesita para cuidarse.

Después de haber hablado y escuchado a numerosas familias de pacientes durante toda mi actividad de investigación médica y terapéutica en trastornos psicóticos como psiquiatra, he llegado a la conclusión de que la forma más eficaz de responder a estas

preguntas es utilizar un enfoque sencillo y sincero. Aunque haya sentido o sienta que la vida no es justa ni para su ser querido ni para usted por tener que verse sometido a esto, no necesita de nosotros una mentira piadosa. Es necesario que conozca cómo son las cosas en realidad para que pueda contribuir a que su ser querido tenga una buena vida que merezca la pena vivirla.

Además de la confianza que necesita tener en los médicos y el equipo médico que cuida a su ser querido, también debe estar convencido de que está haciendo todo lo posible y lo mejor que puede. Debe saber que su ser querido le está agradecido, el médico y el equipo médico le están agradecidos, el resto de los familiares y amigos le están agradecidos, en definitiva, el mundo le está agradecido. Y aquí quiero volver a las sabias palabras que mencioné anteriormente y hace hincapié en la importancia de su responsabilidad como cuidador para la sociedad. Gracias a usted y a la atención e implicación permanentes que muestra, su ser querido puede formar parte de esta sociedad y llevar lo que la gente llama una vida normal.

En mi opinión, como aprenderá a lo largo de este libro, lo que también es una idea extremadamente vívida que debe permanecer con usted durante el resto de su vida es que *no está solo*. Usted siempre estará asesorado y guiado por médicos, pero ¿quién podría entenderle mejor sino aquellas personas que tienen una forma de vida


similar a la suya? Personas que son tan fuertes como usted, tan cariñosas y atentas como usted, personas que han compartido sus historias y quieren que otros como ellas sepan que este viaje no es una pérdida de tiempo, sino una oportunidad para ver, reconocer y amar a sus seres queridos como realmente son, sin dejarse engañar por el estigma, juicios inadecuados o presunciones falsas. Si alguna vez lo necesita, recuerde que usted es un pilar para su estructura familiar y un puente entre ese miembro de su familia cuya vida tiene un patrón diferente y la sociedad.

The Candid Book para las familias de personas con esquizofrenia le ayudará a configurar y desarrollar su papel como cuidador así como a resolver dilemas y a responder a sus preguntas mediante conocimientos médicos, perspectivas prácticas, soluciones eficientes y apoyo para cuidadores. Aparte de ser expertos médicos en su campo, los autores de este libro hablan para todos aquellos que tienen que enfrentarse con la esquizofrenia, independientemente de las funciones que cada uno desempeñemos.


Dr. Peter Falkai

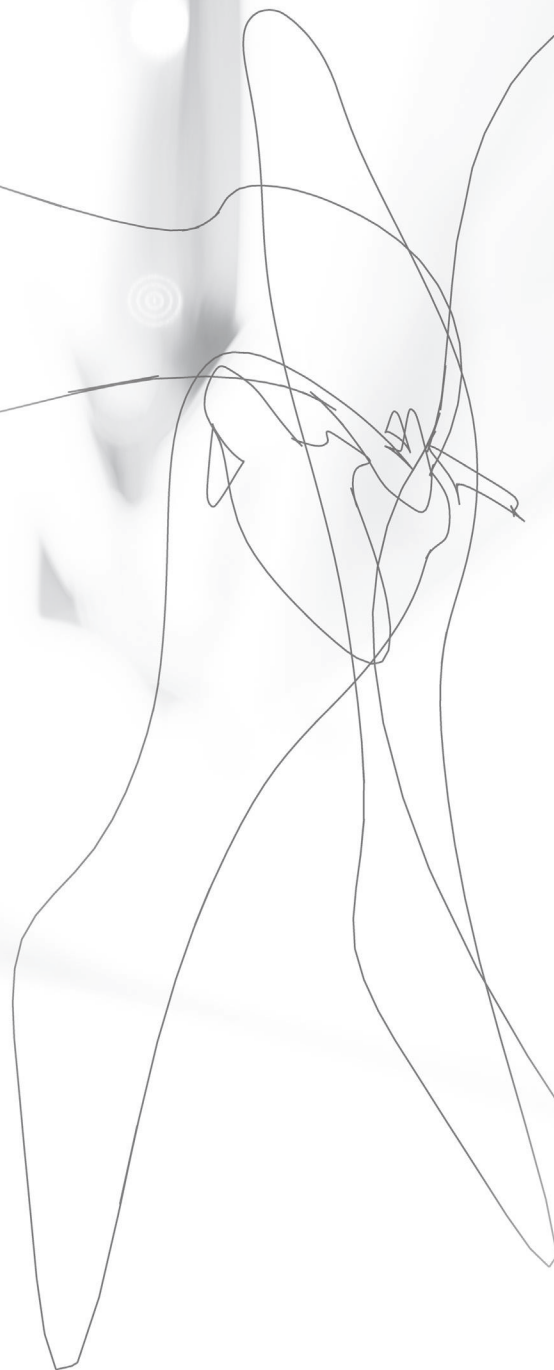
Director del Departamento de Psiquiatría
y Psicoterapia de la Universidad
Ludwig-Maximilians de Múnich, Alemania

Presidente de la EPA (Asociación
Psiquiátrica Europea)



**SI LE RESULTA DIFÍCIL ENTENDER
LAS PALABRAS ESPECIALIZADAS
QUE APARECEN EN ESTA GUÍA...**

La presente guía contiene terminología médica que puede ser difícil de entender para la mayoría de los lectores. Por este motivo, le ofrecemos la solución adecuada para que disfrute de una lectura fluida y relajante. Esta solución consiste en un breve glosario al final de la guía que esperamos le sea de utilidad en el momento que encuentre una palabra especializada que no entienda, que no haya escuchado antes o que tal vez conozca vagamente, pero no sepa su significado literal. Las palabras en cuestión aparecen marcadas con el símbolo «» a lo largo del texto y podrá encontrar fácilmente su explicación en orden alfabético en el práctico glosario que se encuentra al final de la guía.



EL OBJETIVO DE ESTE LIBRO

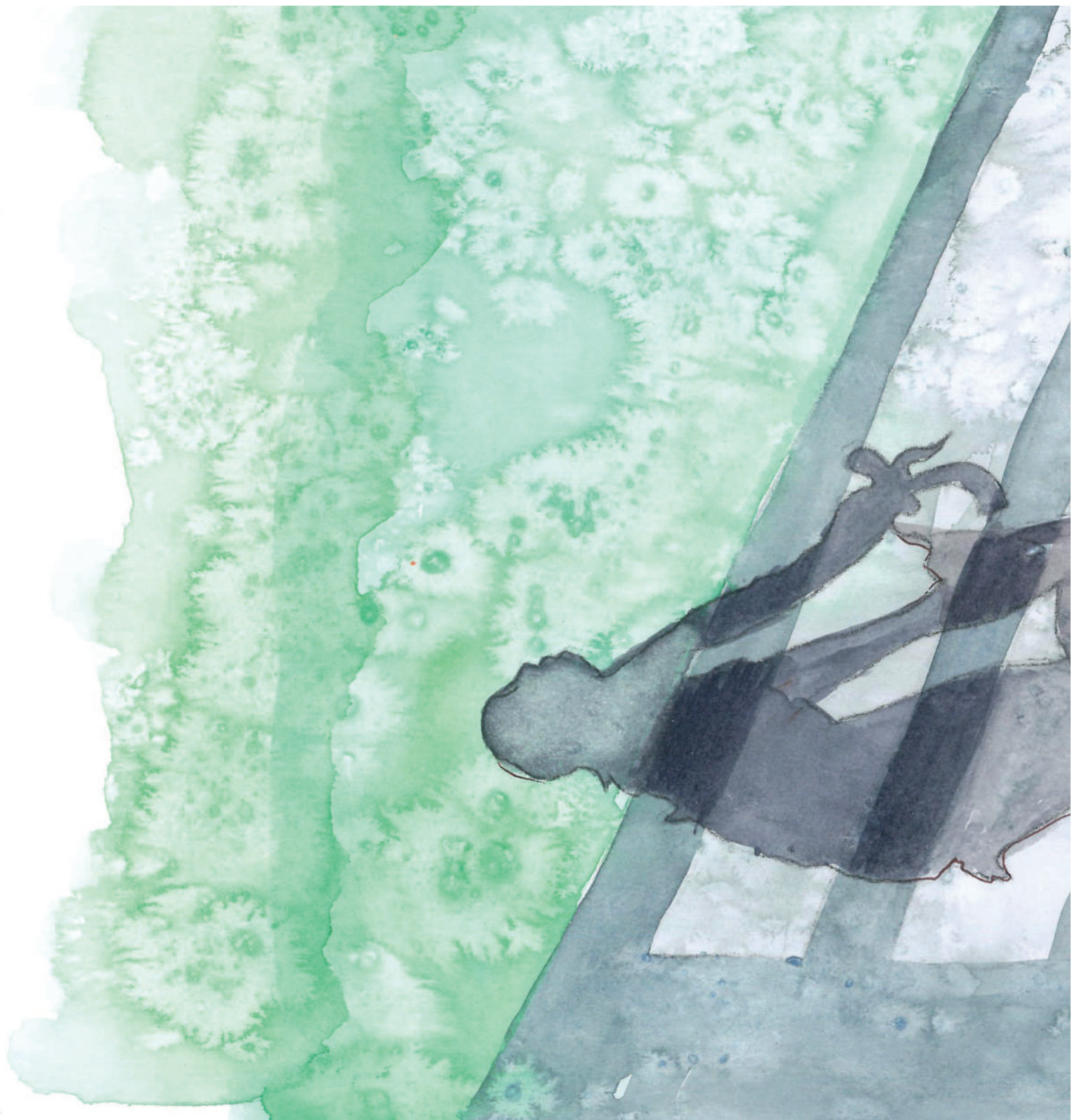
*es ofrecerle orientación sobre cómo ayudar a su ser querido a vivir una vida mejor y a afrontar los retos cotidianos de la esquizofrenia. También pretende proporcionarle información útil sobre cómo aceptar y adaptarse a esta nueva situación en su vida, cómo convertirse en un puente entre la persona a la que cuida y los profesionales sanitarios y, por último, pero no menos importante, cómo **CUIDARSE A USTED MISMO DURANTE ESTE DIFÍCIL PERO A MENUDO GRATIFICANTE VIAJE.***

PERSPECTIVAS ACTUALES EN LA ESQUIZOFRENIA

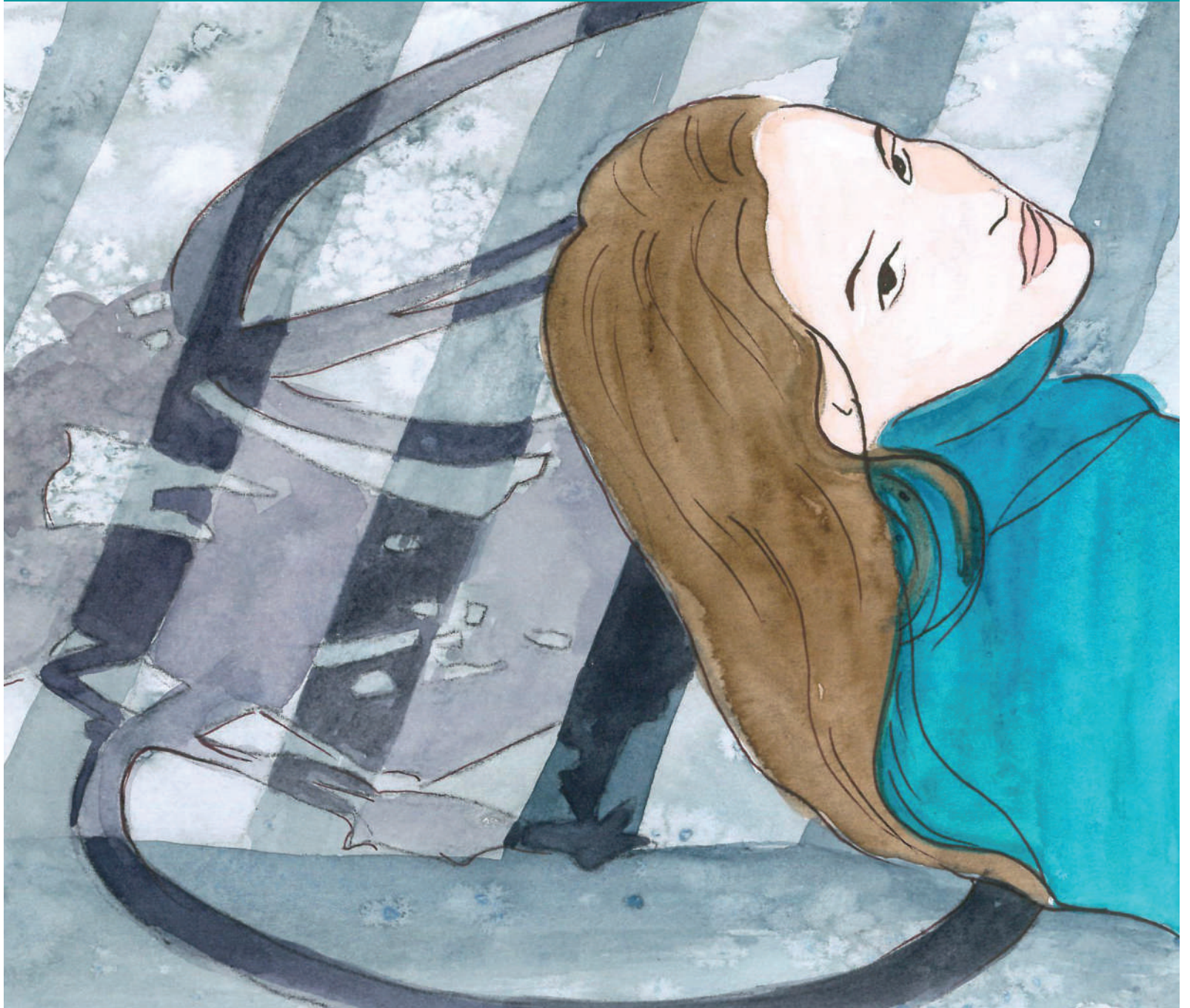
Aunque el hecho de que a un ser querido se le haya diagnosticado esquizofrenia puede ser difícil de aceptar al principio, hay muchas cosas por las que es posible tener esperanza. En las últimas décadas se han hecho avances importantes en el modo en que entendemos y aceptamos la esquizofrenia; además, se han desarrollado tratamientos eficaces.

La perspectiva general de la esquizofrenia es más favorable. La mayoría de los pacientes que siguen su tratamiento mejoran y muchos de ellos pueden trabajar y vivir de manera independiente.

Aunque no se conoce una cura para la esquizofrenia, la investigación en marcha en los campos de la genética 🖐️, ciencia del comportamiento 🖐️ y neuroimagen 🖐️ promete nuevas e innovadoras formas de tratamiento que permitirán a las personas con esquizofrenia tener una vida activa y plena.



1. Introducción a la esquizofrenia



¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico que afecta a la forma en que una persona

SE JUZGA Y SE PERCIBE A SI MISMA, Y EN COMO SE COMPORTA.

Las personas que padecen esquizofrenia experimentan alteraciones en la forma en que perciben el mundo y se expresan. A menudo parecen haber perdido el contacto con la realidad, lo que causa una angustia importante tanto a ellos como a sus familiares y amigos.



Las personas con esquizofrenia pueden tener dificultades para distinguir entre realidad y fantasía. Es posible que les preocupe que otros estén leyendo su mente o planeando hacerles daño en secreto. También es posible que oigan, vean, toquen o sientan cosas que no existen. Otras veces, podrán experimentar dificultades para sentir, interpretar y expresar sus emociones. A medida que su proceso de pensamiento se ve afectado, pueden tener dificultades para concentrarse o tomar decisiones. Además, las actividades con las que solían disfrutar ya no les satisfacen.

Estos síntomas tienen una gran repercusión en sus actividades cotidianas y en sus relaciones.

La esquizofrenia es menos frecuente que otros trastornos mentales y afecta a un número aproximado de

24 MILLONES

de personas en todo el mundo o el

0,32 %

 de la población

mundial. Las tasas de esquizofrenia son similares en ambos sexos y en todas las razas, grupos étnicos y entornos económicos.

¿Cuándo aparecen los síntomas?

Los primeros síntomas de la esquizofrenia aparecen normalmente al final de la adolescencia y a principios de la treintena. Los varones y las mujeres tienen las mismas probabilidades de padecer este trastorno. En los varones, los síntomas tienden a aparecer antes, desde la adolescencia tardía hasta el inicio de la edad adulta. Las mujeres tienen mayor riesgo de experimentar síntomas al final de la década de los **20** y en los primeros **30**. Este trastorno también puede aparecer alrededor de los **45-50** años de edad.

Debido a su amplia variedad de manifestaciones, la

ESQUIZOFRENIA ES UNO DE LOS



TRASTORNOS MENTALES MÁS COMPLEJOS

Aunque la esquizofrenia es un trastorno crónico, puede tratarse con medicación. A largo plazo, la vida de las personas con esta enfermedad puede mejorar considerablemente con psicoterapia y tratamientos psicosociales.



¿Cuáles son los factores de riesgo de la esquizofrenia?

Hemos aprendido mucho sobre la esquizofrenia en las últimas décadas. Sin embargo,

SE DESCONOCE EL ORIGEN EXACTO DE ESTE TRASTORNO.

Los investigadores creen que podría estar causado por una interacción entre los

GENES Y FACTORES AMBIENTALES.

Los **genes** desempeñan un papel muy importante en la esquizofrenia. Los estudios sugieren que pueden estar implicados muchos genes diferentes. No obstante, la causa del trastorno no está en un solo gen. También está claro que los genes no son la causa directa de la esquizofrenia. Más bien, potenciar que las personas sean vulnerables al desarrollo de esta enfermedad.

También hay indicios de predisposición genética. Compartir ADN con alguien con esquizofrenia aumenta las probabilidades de desarrollar la enfermedad. Si se trata de un familiar cercano, el riesgo aumenta **15** veces. Pero si ese familiar es un gemelo idéntico, el riesgo aumenta hasta aproximadamente el **50 %**.



Entre los **factores del desarrollo y ambientales** se incluyen pobreza, estrés, virus, toxinas, problemas nutricionales antes del nacimiento, así como complicaciones durante el embarazo y el parto. Vivir en zonas de alta



densidad de población o antecedentes familiares definidos por el abuso y los traumas, una inteligencia altamente deficiente y situaciones angustiosas de acoso escolar también pueden representar factores de riesgo.

La adolescencia se considera un punto de inflexión en el desarrollo de la esquizofrenia. Durante este período de desarrollo corporal, el cerebro experimenta una serie de cambios a medida que va madurando. En el caso de una persona vulnerable, estos cambios pueden desencadenar episodios psicóticos.



El **abuso de drogas** también se considera un agente de riesgo en el desarrollo de la esquizofrenia, especialmente durante la adolescencia. El cannabis, por ejemplo, combinado con algunos de los factores de riesgo mencionados anteriormente, parece estar directamente implicado en el desarrollo del trastorno.



¿Cómo influye la esquizofrenia en el cerebro?

La esquizofrenia presenta una amplia variedad de síntomas. Para entender estos síntomas, primero debemos analizar lo que sucede en el cerebro de una persona con este trastorno. Las investigaciones han demostrado que, en las personas con esquizofrenia, las células cerebrales funcionan y se comunican entre sí de manera diferente.

Función de los neurotransmisores

Los neurotransmisores son mensajeros químicos que transportan información entre las células cerebrales. Tener demasiados o muy pocos de estos mensajeros influye en el funcionamiento del cerebro.

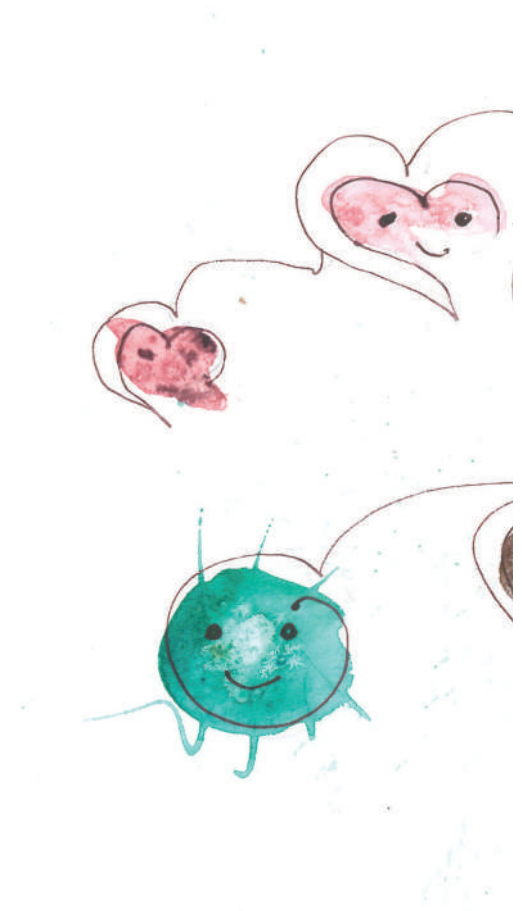
Uno de los neurotransmisores más estudiados en la esquizofrenia es la

DOPAMINA 🖐️. Denominada también el neurotransmisor «que te hace sentir bien», la **DOPAMINA** desempeña un papel importante en el pensamiento, la percepción y la motivación. En la esquizofrenia, una cantidad excesiva de **DOPAMINA** en determinadas partes del cerebro puede provocar alucinaciones o delirios. Por otro lado, demasiado poca **DOPAMINA** en otras

partes puede explicar la falta de motivación y energía que es típica en la esquizofrenia. Otros neurotransmisores, como GABA

🖐️, glutamato 🖐️ y serotonina 🖐️ (que se conoce como el «compuesto químico de la felicidad») también pueden desempeñar un papel importante.

Estos cambios pueden explicar síntomas como retrasos de memoria, problemas para cambiar de tarea o sensación de distracción. También pueden ser la causa de la toma de malas decisiones o de no predecir sus consecuencias.

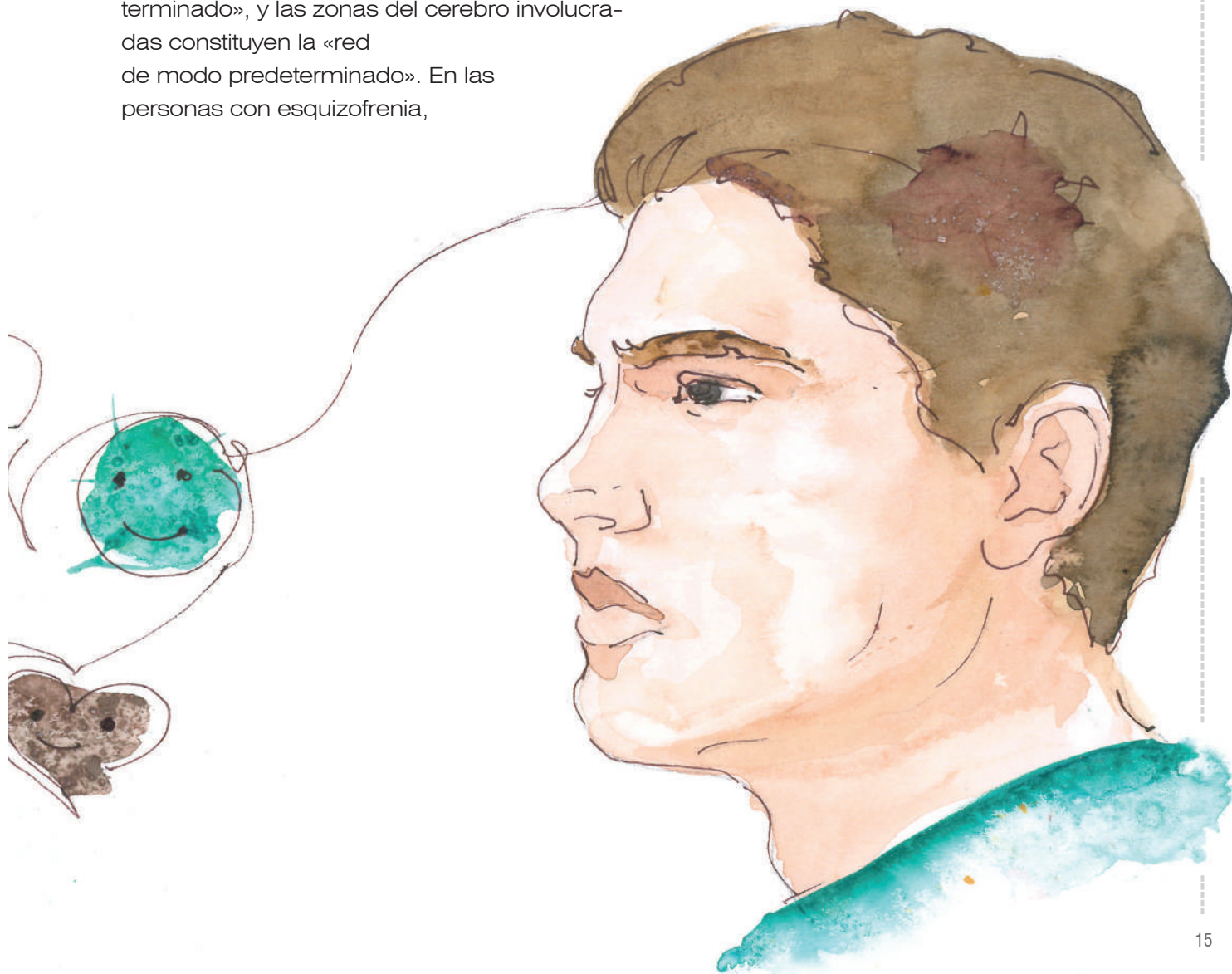


Red de modo predeterminado

Algunas zonas de nuestro cerebro se activan cuando damos rienda suelta a nuestros pensamientos. Esto nos permite soñar despierto y procesar los pensamientos y los recuerdos. Los científicos lo denominan el «modo predeterminado», y las zonas del cerebro involucradas constituyen la «red de modo predeterminado». En las personas con esquizofrenia,

ESTAS ZONAS ESTÁN CASI CONTINUAMENTE EN ESTADO DE SOBRECARGA.

Esto hace que les sea difícil prestar atención o recordar determinada información.



Síntomas positivos



¿Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia?

Hay varias categorías principales de síntomas: positivos, negativos, cognitivos y afectivos.

1. Síntomas positivos

Los síntomas positivos (a menudo denominados «síntomas psicóticos») son pensamientos y comportamientos que no aparecen en las personas sanas. Pueden manifestarse varios síntomas positivos a la vez. Entre ellos se incluyen:

- **ALUCINACIONES**: escuchar, ver o sentir cosas que no existen en realidad y que los demás no pueden percibir. Pueden incluir escuchar sonidos, música, susurros o voces, ver objetos, destellos o personas, sentir texturas u objetos, saborear u oler cosas. Las alucinaciones más frecuentes implican escuchar voces hablando, generalmente dialogando, que a menudo son críticas o amenazadoras. Estas voces también pueden indicar al paciente que debe hacer cosas que de otro modo no haría.
- **DELIRIOS**: creencias irremediables falsas que no comparten los demás y pueden parecer extrañas. Los pacien-

tes con esquizofrenia creen con frecuencia que están siendo perseguidos o espiados. Otras veces creen que los demás pueden leer sus pensamientos, o que tienen poderes o habilidades especiales. Pueden producirse varios tipos de delirios al mismo tiempo.

- **PENSAMIENTO Y HABLA DESORGANIZADOS**: implica tener habla y pensamiento confusos y desordenados. Los pacientes suelen pararse en medio de una frase. También pueden juntar palabras sin ningún significado lógico, hablar sobre cosas que son irrelevantes para la conversación o pasar de una idea a otra. De esta manera, su discurso puede resultar difícil de entender.
- Las **CONDUCTAS EXTRAÑAS** pueden manifestarse de varias formas, desde la suspicacia infantil a una agitación inesperada. En otras ocasiones, el paciente puede adoptar una postura extraña o realizar movimientos excesivos. También puede resistirse a cumplir instrucciones o mostrar una falta completa de respuesta.

Síntomas negativos

2. Síntomas negativos

Los síntomas negativos incluyen pensamientos y comportamientos que la esquizofrenia reduce o hace que desaparezca, como la motivación o la capacidad de expresar emociones. También existe la tendencia a que sean más difíciles de tratar que los positivos.

Entre los síntomas negativos se incluyen:

- **REDUCCIÓN DE LA EXPRESIÓN DE EMOCIONES**

(también denominada

«**EMBOTAMIENTO AFECTIVO**»

o «**APLANAMIENTO AFECTIVO**»

☞): afecta al habla, a las expresiones faciales e incluso al movimiento. El discurso de la persona se vuelve plano, con una voz apagada y monótona. Su cara no muestra ninguna emoción, e incluso es posible que evite el contacto visual.

- **DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA HABLAR**

(también denominada «**ALOGIA**»): se reduce la capacidad de habla y esta se vuelve muy deficiente. Las respuestas pueden retrasarse utilizando frases cortas o una sola palabra. Esto crea una impresión de vacío interior.

- **REDUCCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA EXPERIMENTAR**

PLACER (también denominada

«**ANHEDONIA**»): poco o ningún

interés por las actividades que solían satisfacerle. Entre estas actividades se incluyen escuchar música, dedicarse a la jardinería o incluso comer. Los sentimientos hacia los seres queridos también pueden verse afectados.

- **FALTA DE MOTIVACIÓN**

(también denominada «**ABULIA**»):

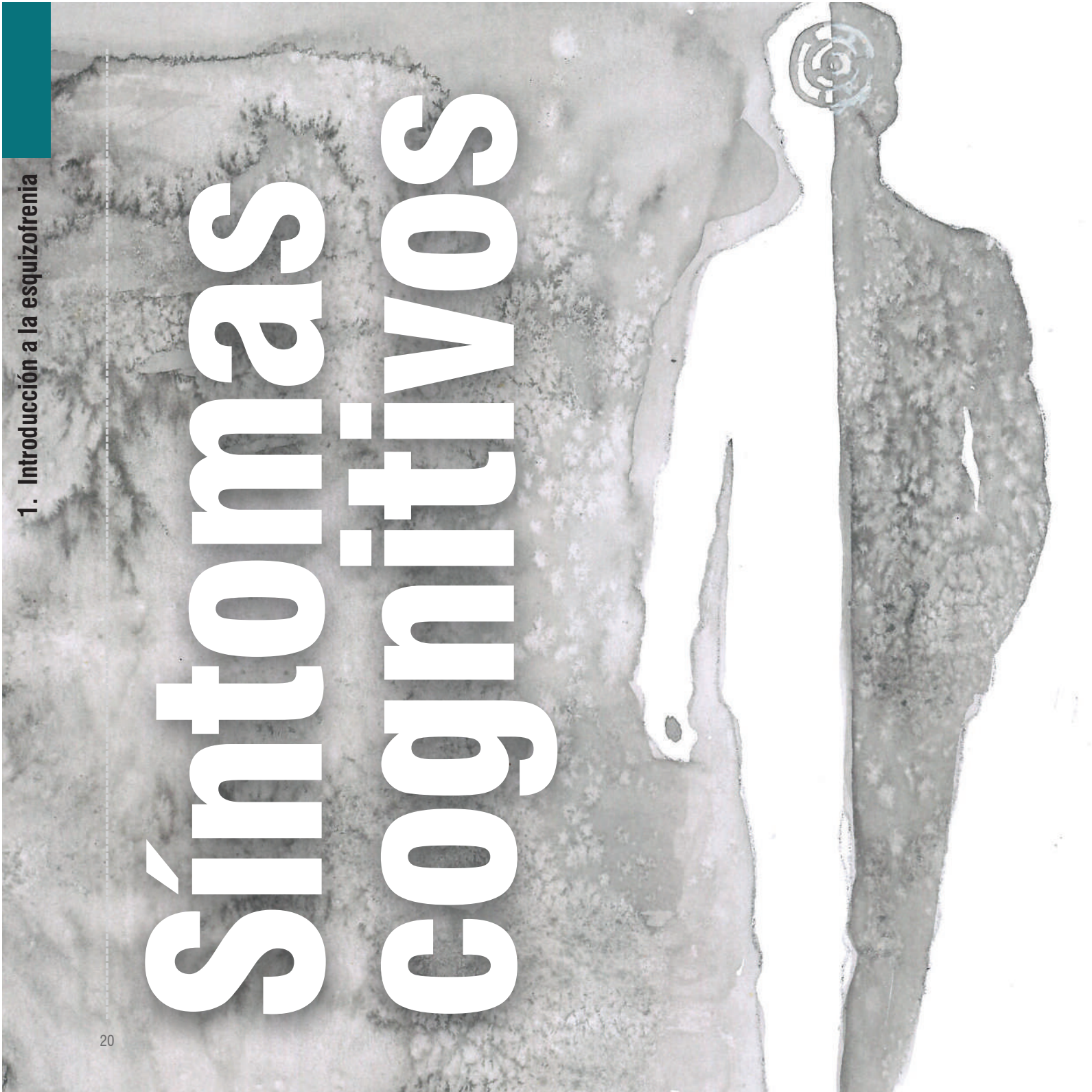
disminución significativa de la sensación de motivación y propósito. También se manifiesta como una falta de capacidad para seguir los planes. Es importante señalar que estas manifestaciones están causadas por la enfermedad y no por la falta de fuerza de voluntad.

- **AISLAMIENTO SOCIAL**

(o «**DESINTERÉS**»): disminución

del interés en establecer relaciones estrechas con los demás. Esto provoca una reducción significativa de las interacciones sociales.

Síntomas Cognitivos



3. Síntomas cognitivos

Los síntomas cognitivos afectan al pensamiento y al estado de ánimo y empeoran el rendimiento escolar y laboral. Suelen aparecer antes que los síntomas positivos y a menudo siguen presentes después de que estos últimos hayan disminuido.

Entre los síntomas cognitivos se incluyen pro-

blemas de **ATENCIÓN**,
CONCENTRACIÓN y
MEMORIA.

Las personas con esquizofrenia tienen dificultades para aprender cosas nuevas o procesar información para la toma de decisiones. También pueden tener problemas para concentrarse y prestar atención, a menudo debido a alucinaciones. Como no pueden responder adecuadamente a los demás, a menudo se comunican lo menos posible.

Los síntomas cognitivos dificultan la realización de sus actividades cotidianas. En consecuencia, estos pueden constituir uno de los aspectos más debilitantes de la esquizofrenia.

A menudo, las personas con esquizofrenia no son conscientes de que padecen este trastorno. Esta falta de información, también llamada «anosognosia», puede hacer que su tratamiento y atención sean mucho más difíciles.

4. Síntomas afectivos

Junto con los tipos de síntomas mencionados anteriormente, las personas con esquizofrenia suelen presentar síntomas afectivos como depresión y ansiedad. La depresión puede aparecer hasta en el **80 %** de las personas con esquizofrenia y puede tener una amplia variedad de consecuencias negativas; por ejemplo, aumenta del riesgo de recaída, y lleva a peores desempeño social y calidad de vida. La depresión también aumenta el riesgo de suicidio; de este modo, casi dos tercios de las personas con esquizofrenia que se quitan la vida lo hacen mientras tienen síntomas depresivos. Alrededor de la mitad de las personas con esquizofrenia tienen pensamientos suicidas y problemas de estado de ánimo, ya sea como síntomas de la enfermedad o debido al estrés y los problemas sociales causados por la esquizofrenia. Además, aproximadamente el **30 %** presentan síntomas obsesivo-compulsivos, manifestados como pensamientos recurrentes, intrusivos y no deseados que causan angustia y depresión importantes.

La esquizofrenia se manifiesta en tres fases

La evolución de la esquizofrenia depende de varios factores: cuándo comienzan los síntomas, de qué intensidad son y cuánto duran. Los primeros síntomas suelen aparecer de forma progresiva y se hacen más intensos y evidentes con el tiempo.

Las personas pueden experimentar períodos de empeoramiento y mejoría de los síntomas. Los períodos de empeoramiento de los síntomas se denominan brotes o recaídas. Con el tratamiento, la mayoría de estos síntomas pueden disminuir o desaparecer (especialmente los positivos). El término remisión hace referencia a un período sin síntomas o solo con síntomas leves.

Aunque la evolución de la enfermedad varía de una persona a otra, puede dividirse en tres fases distintas:

PRODRÓMICA,
ACTIVA O AGUDA
y **RESIDUAL.**

1. Fase prodrómica

Prodrómica significa «antes de la enfermedad». En esta fase, que puede durar entre **2 y 5 años**, las personas experimentan cambios que pueden ser perceptibles para sus familiares y amigos cercanos. Estos cambios incluyen problemas de memoria y concentración, o comportamientos e ideas



inusuales. También pueden mostrar una comunicación desorganizada y un menor interés por las actividades cotidianas. En los adolescentes, estos cambios suelen pasarse por alto porque se consideran normales durante este período. Si miramos hacia atrás, estos síntomas son más fáciles de interpretar como señales de advertencia. Sin embargo, en ese momento habría sido extremadamente difícil distinguirlos de los signos habituales de la pubertad.

2. Fase activa o aguda

Esta fase se caracteriza por la aparición de síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios y/o pensamiento y habla desorganizados, así como depresión o aplanamiento afectivo. La presencia de estos síntomas se denomina «psicosis» y su período de manifestación «episodio psicótico». Los síntomas pueden aparecer de forma gradual o repentina. En la mayoría de los casos, la causa sigue siendo desconocida. Los científicos consideran que la primera aparición de síntomas psicóticos (también denomina-



do «primer brote») puede deberse al estrés. Los pacientes y sus familiares suelen buscar ayuda profesional durante esta fase.

3. Fase residual

Representa el período de **6–18 meses** después de la fase activa. En

esta fase, muchos de los síntomas psicóticos característicos disminuyen. Sin embargo, pueden persistir algunos síntomas residuales, como las alucinaciones o el deterioro funcional. Los síntomas positivos también pueden sustituirse por síntomas negativos, por ejemplo, falta de energía y aislamiento social. En muchos casos, los pacientes empiezan a reconocer sus síntomas durante este período y comienzan a aprender a tratarlos.





¿Cómo progresa la esquizofrenia?

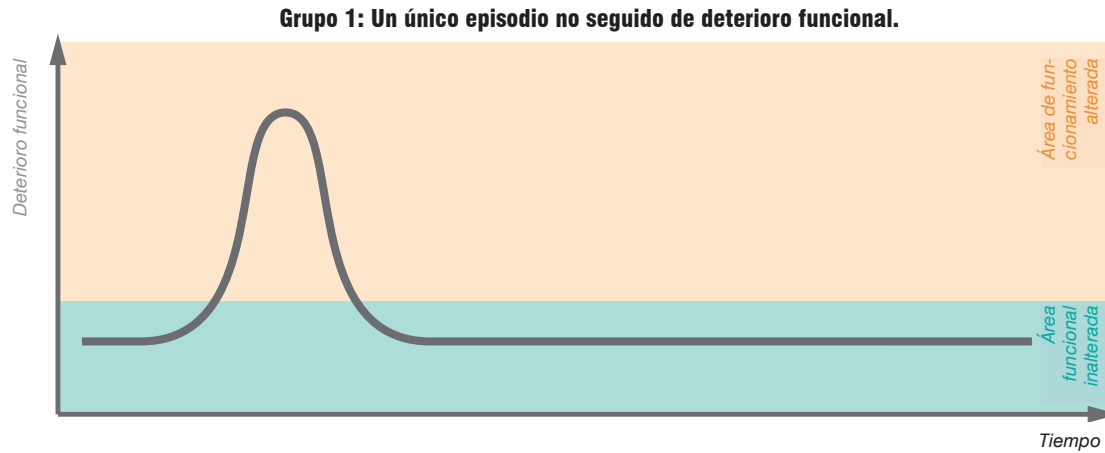
Aunque la enfermedad afecta a cada paciente de manera diferente, según la investigación en este campo, la evolución de la enfermedad

suele seguir una de las formas típicas que se muestran en las siguientes cuatro representaciones esquemáticas de la posible evolución de la esquizofrenia y su repercusión en el desempeño normal de los pacientes.

Como se muestra en la figura 1 a continuación, tras un primer episodio agudo con síntomas psicóticos, el **22 %** de los afectados

pueden experimentar remisión, sin recurrencia ni deterioro funcional en el futuro.

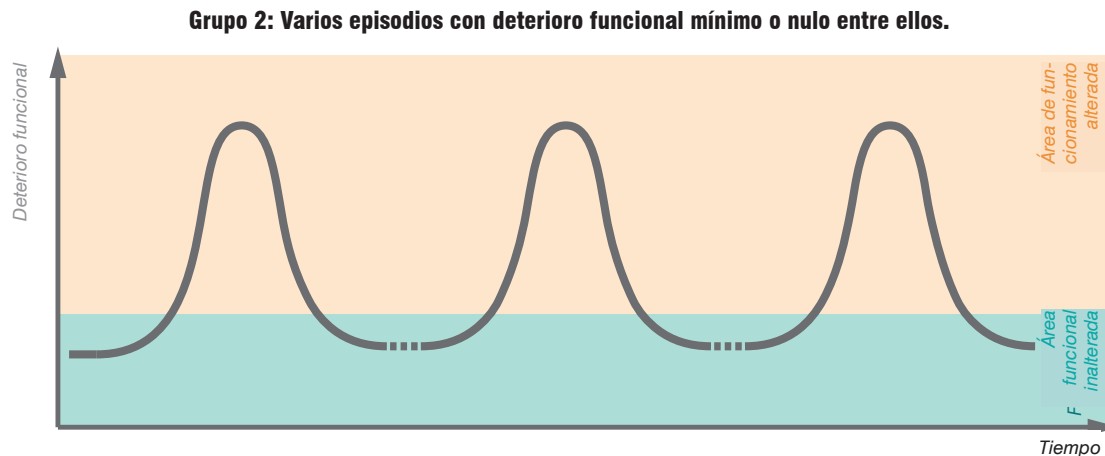
Figura 1.



La investigación muestra que en el **35 %** de los casos la enfermedad progresa de forma episódica, con varios episodios psicóticos durante los años siguientes, como se muestra en la figura 2.

Estos episodios suelen desencadenarse por un aumento de los niveles de estrés. En algunos casos, existe una remisión completa entre episodios individuales, con recuperación de la funcionalidad.

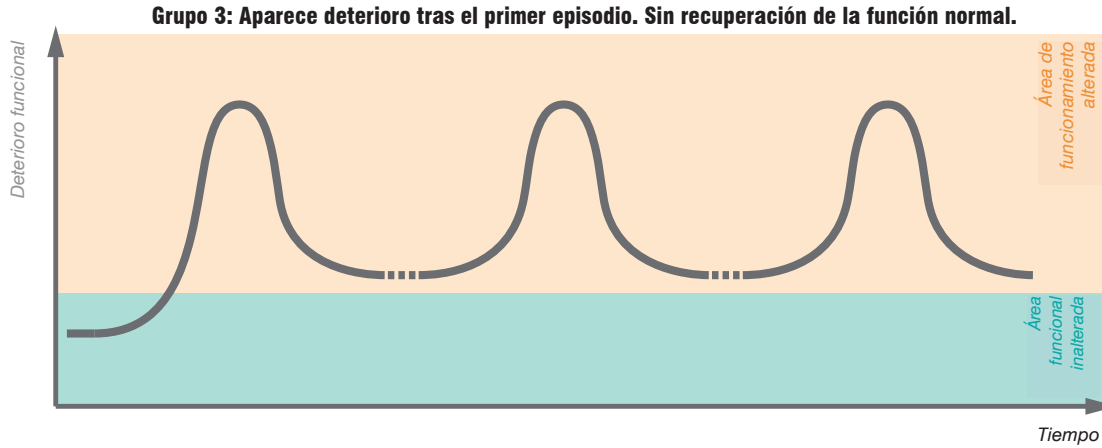
Figura 2.



En aproximadamente el **8 %** de los afectados se observa una remisión parcial, con disminución de los síntomas persistentes, como se muestra en la figura 3. Estos

pueden consistir en síntomas psicóticos, síntomas negativos, trastornos cognitivos y pérdida del desempeño normal.

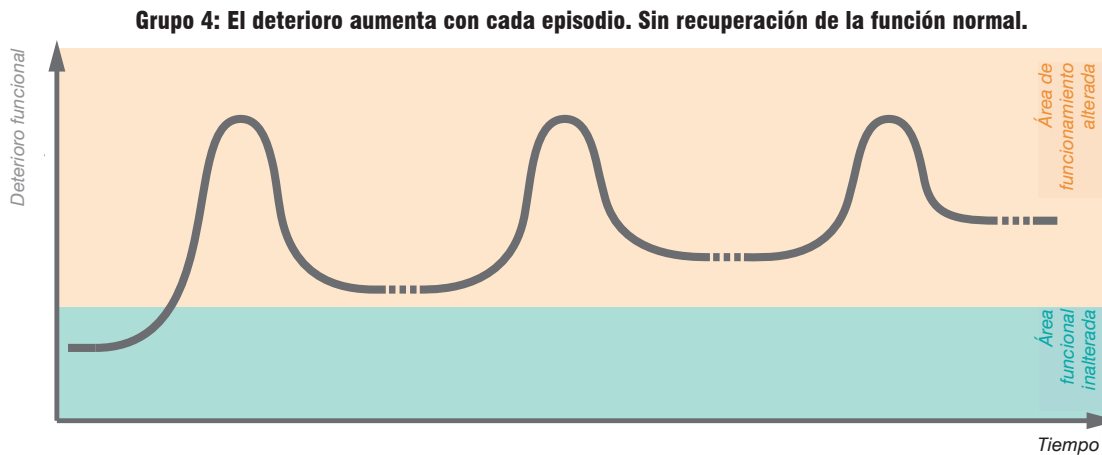
Figura 3.



En otro aproximadamente **35 %** de los casos, la enfermedad empeora progresivamente y los episodios no se pueden identificar de

manera independiente. Para una representación visual, véase la figura 4 a continuación.

Figura 4.



Nota importante:

LOS SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA PUEDEN CONTROLARSE BIEN

**mediante el tratamiento y los afectados
pueden vivir una vida rica y productiva.**

**Como cuidador, su atención y apoyo
pueden ser esenciales para ayudar a
su ser querido a vivir la vida al máximo.**

Bibliografía

1. World Health Organization. (www.who.int) Webpage: Schizophrenia. 2022.
2. Lewis SW, Buchanan RW. Fast Facts: Schizophrenia, Fourth Edition. Health Press; 2015.
3. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1789–858.
4. Gaebel W, Wölwer W. Themenheft 50 “Schizophrenie.” Robert Koch-Institut; 2010.
5. Lindamer LA, Lohr JB, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV. Gender-related clinical differences in older patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1999 Jan;60(1):61–7; quiz 68–9.
6. Roberts LW, Hales RE, Yudofsky SC. *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2019.
7. National Institute of Mental Health. Schizophrenia [Internet]. [cited 2020 Oct 4]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml#part_145430
8. Gaebel W, Hasan A, Falkai P. S3-Leitlinie Schizophrenie. Berlin: Springer-Verlag; 2019.
9. Cunningham T, Hoy K, Shannon C. Does childhood bullying lead to the development of psychotic symptoms? A meta-analysis and review of prospective studies. *Psychosis*. 2016 Jan 2;8(1):48–59.
10. Schizophrenia - Mental Health Disorders [Internet]. Merck Manuals Consumer Version. [cited 2020 Oct 4]. Available from: <https://www.merckmanuals.com/home/mental-health-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/schizophrenia>
11. Ernest, D., Vuksic, O, Smith-Shepard, A., Webb, E. Schizophrenia. An information guide. Canada. Library and Archives Canada Cataloguing in Publication; 2017.
12. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Kinon BJ. The Burden of Depressive Symptoms in the Long-Term Treatment of Patients With Schizophrenia. *Schizophr Res*. 2007 February; 90(1-3): 186–197
13. Harkavy-Friedman J. Risk Factors for Suicide in Patients With Schizophrenia [Internet]. *Psychiatric Times*. [cited 2021 Jun 16]. Available from: <https://www.psychiatrictimes.com/view/risk-factors-suicide-patients-schizophrenia>
14. Tezenas du Montcel C, Pelissolo A, Schürhoff F, Pignon B. Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: an Up-To-Date Review of Literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Jul 1;21(8):64.

15. Corcoran C, Walker E, Huot R, Mittal V, Tessner K, Kestler L et al. The stress cascade and schizophrenia: etiology and onset. *Schizophr Bull.* 2003;29(4):671–92.
16. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Third Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2020.
17. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003 Oct;37(5):586–94.
18. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry.* 2005 Mar;162(3):441–9.
19. Bäuml J. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2013.
20. Schizophrenia.com. Schizophrenia Facts and Statistics. (<http://schizophrenia.com/szfacts.htm>)