

# Un repaso por la esquizofrenia y sus tratamientos

Santiago García Ríos (<https://discapacidades.nexos.com.mx/author/santiago-garcia-rios/>)

Febrero 27, 2022

El autor argumenta que para lograr mejores políticas de atención a la salud mental es necesario que se aplique el conocimiento que existe del recóndito mundo de la mente desde distintas ramas de la medicina para atender la esquizofrenia.

Los medicamentos antipsicóticos han sido la piedra angular del tratamiento de la esquizofrenia desde su descubrimiento en la década de 1950. Estos compuestos trajeron esperanza y optimismo a muchas personas que antes sólo podían recibir terapias intrusivas y poco efectivas: lobotomía frontal, coma insulínico y terapia electroconvulsiva, o sencillamente la exclusión social. Con el surgimiento de los medicamentos antipsicóticos —en conjunto con los medicamentos antidepresivos— nació la psiquiatría moderna sobre la base de que compuestos creados en laboratorios podrían regular los neurotransmisores del cerebro.<sup>1</sup>

Al igual que los antidepresivos, los antipsicóticos fueron descubiertos por los científicos con la ayuda de la suerte. El primer antipsicótico, la clorpromazina, fue descubierto por el cirujano francés Henri Laborit al tratar de desarrollar un compuesto con propiedades antihistamínicas para uso preanestésico. Al observar los “efectos secundarios” de este compuesto, investigadores de la Universidad de Birmingham, Inglaterra, realizaron las primeras pruebas clínicas que confirmaron que la clorpromazina tenía un impacto positivo en pacientes con episodios psicóticos. Este compuesto, así como otros con estructura química similar —conocidos hoy en día como antipsicóticos de primera generación— fueron los primeros medicamentos que buscaban tratar las bases químicas de pacientes con esquizofrenia.<sup>2</sup>

Las investigaciones mostraron que estos compuestos aliviaban los síntomas de esquizofrenia al bloquear receptores de dopamina en el cerebro. Por otro lado, los fármacos que aumentan la disponibilidad de dopamina en el cerebro (como la cocaína y las anfetaminas) causan síntomas tipo esquizofrénicos cuando se consumen a dosis altas. Estos descubrimientos llevaron a la hipótesis de que la dopamina era la principal causante de los síntomas de la esquizofrenia, en su estado hiperactivado en ciertas regiones del cerebro. Sin embargo, los primeros antipsicóticos destinados a regularla causaban en los pacientes movimientos motores involuntarios similares al Parkinson. En la búsqueda por mejorar esto nacieron los antipsicóticos de segunda generación, también conocidos como antipsicóticos atípicos. El primero de estos compuestos, la clozapina, fue sintetizada en 1959 por la farmacéutica suiza Wander.<sup>3</sup>

Una de las limitaciones de los antipsicóticos (de primera o segunda generación) es que sólo tratan uno de los tres tipos de síntomas que se producen en la esquizofrenia: los síntomas conocidos como positivos. Estos síntomas positivos se manifiestan como alucinaciones (auditivas, visuales, olfatorias, táctiles), delirios (creencias falsas que la persona sostiene firmemente) y pensamiento o comportamiento desordenado. Los otros síntomas, llamados negativos (la retracción de contactos sociales, aplanamiento de emociones, inhabilidad de experimentar placer) y cognitivos (habilidad de la persona para aprender, retener y usar información) no son mejorados con estos compuestos.<sup>4</sup>

A pesar de los beneficios de estos fármacos, es común que los antipsicóticos produzcan efectos adversos, los cuales, en muchos casos, provocan la discontinuación de los medicamentos. Por ejemplo, se ha reportado que hasta 74% de pacientes diagnosticados con esquizofrenia discontinúan el uso de estos medicamentos dentro de los primeros 18 meses, principalmente debido a los efectos secundarios.<sup>5</sup> En la última década en Estados Unidos se han desarrollado investigaciones para los antipsicóticos de tercera generación. Hasta el momento los resultados son positivos y existe evidencia que podrían tratar los tres tipos de síntomas de la esquizofrenia: positivos, negativos y cognitivos.<sup>6</sup>

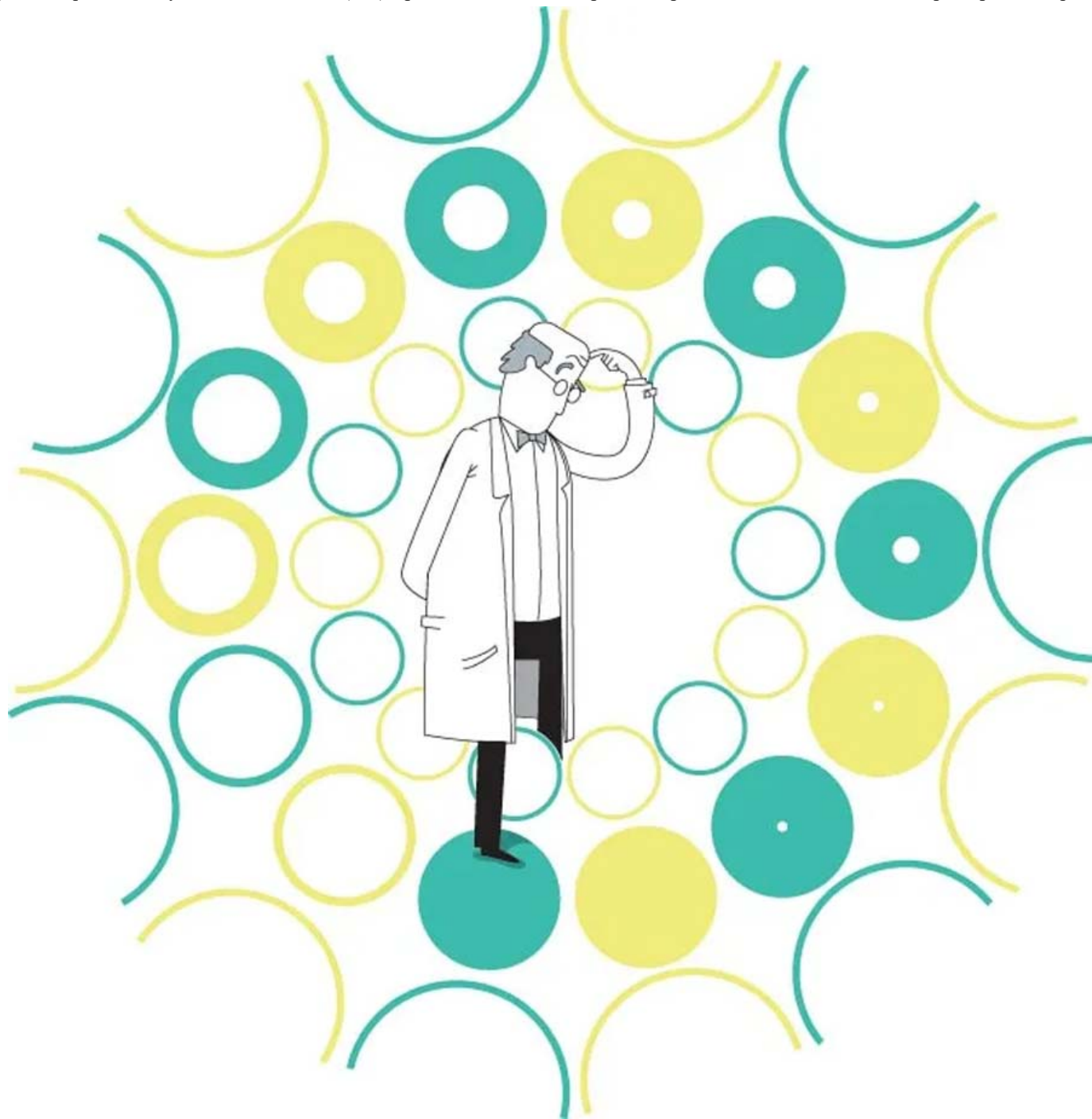


Ilustración: Oldemar González

No obstante, la poca adherencia a los medicamentos, sumado a la necesidad de manejar los otros síntomas, ha impulsado un esfuerzo por generar nuevas terapias para el tratamiento de la esquizofrenia. Así, desde la década de 1970 en Inglaterra y Estados Unidos han ganado terreno los tratamientos complementarios a los medicamentos, englobados en lo que se conoce como medicina basada en evidencia. Estas terapias, involucran enfoques terapéuticos que incorporan, además de los medicamentos, técnicas de rehabilitación psicosocial, terapia cognitivo conductual, psicoeducación, orientación y

terapia familiar.<sup>7</sup>

Las intervenciones psicosociales se enfocan en los déficits sociales que dificultan que los pacientes tengan una mejor calidad de vida e independencia. Estas intervenciones enseñan habilidades sociales, de apoyo laboral, manejo de la enfermedad, adherencia a los medicamentos, entre otros. La psicoeducación proporciona a familiares y pacientes información de la enfermedad que ayuda a comprender y manejar el padecimiento, lidiar con recaídas y situaciones de crisis y reducir el estigma y desinformación en torno a la esquizofrenia.<sup>8</sup> Finalmente, la terapia cognitiva identifica eventos específicos que generan estados emocionales en el paciente. O sea la forma en que estos eventos son interpretados por la persona y qué conductas y emociones son las causantes de síntomas. Por ejemplo, con esta terapia se puede hacer ver al paciente que cierto evento le provoca un estado de ánimo negativo debido a que le presta demasiada atención y salta a conclusiones no lógicas. Entonces, para tratar este malestar, esta terapia psicológica busca corregir los errores lógicos que causan malestar. De este modo, el paciente modifica sus pensamientos y aprende a resolver problemas que antes consideraba como insuperables.<sup>9</sup>

Combinar estas terapias no sólo regula algunos aspectos de la enfermedad, sino que ayudan al paciente a realizar actividades cotidianas, vivir de manera independiente, integrarlo a la sociedad y mejorar sus relaciones intra e interpersonales. El enfoque no se limita a buscar eliminar o disminuir los síntomas psicóticos (remisión de síntomas), sino lograr una integración del paciente dentro de su comunidad (recuperación funcional).<sup>10</sup>

Lograr la recuperación funcional es más complicado que la remisión de síntomas. Gracias a la sinergia de combinar los enfoques médicos basados en evidencia, se facilita la recuperación funcional ya que se ataja la sintomatología de la esquizofrenia. Pero si se combinan los medicamentos con las otras terapias, es posible manejar los síntomas negativos —como el aplanamiento de emociones y la desmotivación— y síntomas

cognitivos —como los patrones de atención, memoria y aprendizaje que afectan la emotividad y conducta de los pacientes.

La evidencia reunida durante décadas apoya la efectividad de combinar estas terapias.<sup>11</sup> No obstante, este no siempre es el acercamiento priorizado. De acuerdo con el psicólogo clínico español Juan Gonzales Cases, esto se debe a varios factores. Primero, al enfoque reduccionista de la esquizofrenia: se concibe a este padecimiento meramente por sus aspectos bioquímicos, por lo que solo se busca atenderla con medicamentos. En segundo lugar, hay poca preparación de los profesionales de la salud para lidiar con episodios psicóticos desde enfoques psicológicos. Estos factores crean una resistencia entre los profesionales de los sistemas de atención para implementar programas de terapia psicosocial y terminan dependiendo del tratamiento farmacológico.<sup>12</sup>

En México, a pesar de varias décadas de investigación, principalmente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de la Ciudad de México, tampoco ha sido posible implementar esta perspectiva combinada en el tratamiento rutinario de pacientes con esquizofrenia. El poco financiamiento en el sector salud y a nivel de investigación científica ha circunscrito los tratamientos al uso de fármacos. Además, en México se usan en mayor medida los antipsicóticos de primera generación, pese a sus efectos secundarios. Esto se debe a que los antipsicóticos de segunda generación son más costosos y para muchos pacientes no es sostenible pagarlos a largo plazo.<sup>13</sup>

En general, en América Latina se ha realizado muy poca investigación. La mayoría de estas terapias son realizadas en Estados Unidos y el continente europeo. Por otro lado, las terapias de estos países no son aplicables en su totalidad a países latinoamericanos debido a diferencias culturales. Sin embargo, en el Instituto Nacional de Psiquiatría de México se ha demostrado que es posible adaptar con éxito estas terapias a nuestro país con pequeñas modificaciones. Estas modificaciones involucran cambiar aspectos del entrenamiento de habilidades sociales. Estas intervenciones buscan que el paciente

desarrolle aptitudes para superar los obstáculos que le impiden tener una mejor calidad de vida, dado que las aptitudes necesarias para ello varían de un país a otro, o de una clase social a otra, deben adaptarse a la población objetivo. Lo mismo ocurre con las terapias familiares. En el caso de México suele haber una mayor cercanía con la familia (en comparación con países como Estados Unidos), además de que en un 90 % de los casos los pacientes viven con sus familiares, hay un énfasis en la comunicación del terapeuta con la familia sobre el avance del paciente, así como una correspondencia de la familia al terapeuta sobre cómo es la situación en casa.<sup>14</sup>

De momento, el reto de hacer accesibles las terapias y medicamentos a los pacientes que viven con alguna manifestación de esquizofrenia en América Latina se mantiene. La acumulación de evidencia sobre la efectividad de estos enfoques médicos no ha sido suficiente para que sean implementados en los programas de atención a pacientes. De acuerdo con el investigador mexicano Marcelo Valencia, quien lleva 40 años estudiando este padecimiento, solamente un 5 % de los pacientes con esquizofrenia recibe el conjunto de terapias necesarias para poder hablar de un tratamiento que incluya medicamentos, terapia psicosocial y terapia familiar. De acuerdo al portal de salud del gobierno de México, en 2017 había más de un millón de personas en el país con esquizofrenia, esto sin tomar en cuenta que muchos pacientes no son diagnosticados.

## **Santiago García Ríos**

Biólogo egresado de la UNAM con formación en neurociencias

<sup>1</sup> Ramachandra, C., y otros. “The story of antipsychotics: Past and present”, *Indian Journal of Psychiatry*, 2009.

<sup>2</sup> Remington, G., y Kapur, S. “Antipsychotics Circa 2020: What are we thinking?”,

*Neuropharmacology*, 2020.

<sup>3</sup> Kendall, T. “The rise and fall of the atypical antipsychotics”, *The British Journal of Psychiatry*, 2011.

<sup>4</sup> Kaar, S. J., y otros. “Antipsychotics: Mechanisms underlying clinical response and side-effects and novel treatment approaches based on pathophysiology”, *Neuropharmacology*, 2020.

<sup>5</sup> Muench, J., y otros. “Adverse Effects of Antipsychotic Medications”, *American Family Physician*, 2010; Whitaker, R. “Viewpoint: do antipsychotics protect against early death? A critical view”, *Psychological Medicine*, 2020.

<sup>6</sup> Orsolini, L., y otros. “Up-to-date expert opinion on the safety of recently developed antipsychotics”, *Expert Opinion Drug Safety*, 2020.

<sup>7</sup> Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia, *Salud Mental*, 2014.

<sup>8</sup> Valencia, M. “Integration of Pharmacological and Psychosocial Treatment for Schizophrenia in Mexico: The Case of a Developing Country Proposal”, *Pharmacotherapy*. IntechOpen, 2012.

<sup>9</sup> Kern, R., y otros. “Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, 2009.

<sup>10</sup> Valencia, M. “Remisión sintomática y recuperación funcional en pacientes que padecen esquizofrenia”, *Salud Mental*, 2014.

<sup>11</sup> Valencia, M. “Predicting functional remission in patients with schizophrenia: a cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning, and clinical outcome” *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2015.

<sup>12</sup> González Cases, J. “Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis”, *Clínica y Salud*, 2010.

<sup>13</sup> Valencia, M. “The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia”, *Journal of Psychiatric Research*, 2013.

<sup>14</sup> Valencia, M. “Application in Mexico of psychosocial rehabilitation with schizophrenia patients”, *Psychiatry*, 2010.