

## RECONCEPTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA



**ANA MESEGUER ALBIAC**

Enfermera de Investigación.  
Unidad de Esquizofrenia.  
Instituto de Neurociencias.  
Hospital Clínic de Barcelona.

El concepto de esquizofrenia ha evolucionado en los últimos años. En la actualidad vivimos un momento de su historia en que se está replanteando su conceptualización como enfermedad.

En 2013, el DSM-5 clasifica el diagnóstico de esquizofrenia en el «espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos», y desaparece la antigua distinción en tipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual).

La complejidad de la esquizofrenia es el resultado de una complicada interacción de factores genéticos y ambientales que influyen en el desarrollo madurativo cerebral. Múltiples líneas de evidencia y disciplinas científicas, incluyendo la genética, la genómica, la transcriptómica, la neuropatología y la farmacología, identifican un trastorno de la neuroplasticidad con fisiopatología común y distintos fenotipos clínicos<sup>1</sup>.

La definición anterior ayuda a profundizar en el conocimiento de estos procesos y, por tanto, en el concepto de esquizofrenia; conocer la patología y sus posibles causas ayuda a estructurar un plan de cuidado más apropiado y personalizado para cada paciente.

Se trata de una enfermedad que no solo afecta al pensamiento y a las emociones de las personas, sino a la capacidad para proyectar su futuro y relacionarse con otras, a su vida familiar, social y laboral. La calidad de vida suele afectarse en múltiples aspectos vinculados entre sí, que pueden dar lugar a una mejora o a un deterioro global progresivo.

Este concepto de la esquizofrenia como resultado de diversos síndromes nos lleva a diferentes consideraciones:

1. Se sabe que en la esquizofrenia hay una predisposición genética no solo a padecer la enfermedad, también a una serie de complicaciones metabólicas, que constituyen la comorbilidad física y en ocasiones deterioran la calidad de vida mucho más que la propia sintomatología psicótica<sup>2</sup>.
2. La aparición de los antipsicóticos fue tan importante que los tratamientos anteriores podían calificarse de meramente paliativos. Los actuales antipsicóticos de segunda generación (clozapina, risperido-



na, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol, paliperidona) eliminan o mejoran los síntomas y, a diferencia de los antipsicóticos de primera generación, evitan los efectos secundarios extrapiramidales. La contrapartida es que algunos de ellos pueden inducir sedación y/o alteraciones metabólicas, que pueden llevar al paciente a disminuir la adherencia a dicho tratamiento. Desde la perspectiva clínica quedan necesidades no cubiertas por los actuales tratamientos, como la mejoría de los síntomas negativos y cognitivos<sup>3</sup>. Es, por tanto, imprescindible elaborar un plan de cuidados apropiado a cada paciente y al momento en el que se encuentra.

3. La incorporación de nuevas vías de administración del tratamiento antipsicótico, como los inyectables de larga duración o la vía inhalatoria, pueden ayudar en la mejora de síntomas y en la adherencia al tratamiento.
4. Además de los cuidados directos, es imprescindible la promoción y prevención de la salud, que integran el concepto de salud positiva. Aunque la salud física es solo una parte de la salud integral, todo programa de prevención y promoción de la salud ha de fomentar los hábitos que mejoran este aspecto de manera esencial. La intervención de enfermería se ha demostrado eficaz gracias a programas llevados a cabo<sup>4</sup>, como se explica en la *Guía de salud física*<sup>5</sup> perteneciente a la colección «Nuevos planteamientos clínicos en esquizofrenia y otros trastornos mentales graves», publicada en 2015 y que puede ser un instrumento eficaz en esta línea de prevención y promoción.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bernardo M. Esquizofrenia y otros trastornos relacionados. En: Farreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. Volumen II. 17.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier Science; 2012. p. 1465-7.
2. Kirkpatrick B, Garcia-Rizo C, Tang K, Fernandez-Egea E, Bernardo M. Cholesterol and triglycerides in antipsychotic-naïve patients with nonaffective psychosis. *Psychiatry Res.* 2010;178(3):559-61.
3. Bernardo M, Mezquida G, Bioque M. Los síntomas negativos. Nuevos planteamientos clínicos en esquizofrenia. Madrid: Ediveramérica; 2014. p. 25.
4. Curtis J, Watkins A, Rosenbaum S, Teasdale S, Kalucy M, Samaras K, et al. Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2015 Feb 26. [Epub ahead of print]
5. Bernardo M, Safont G, Oliveira C. Nuevos planteamientos clínicos en esquizofrenia y otros trastornos mentales graves: salud física. Madrid: Ediveramérica; 2015. p. 59-72.