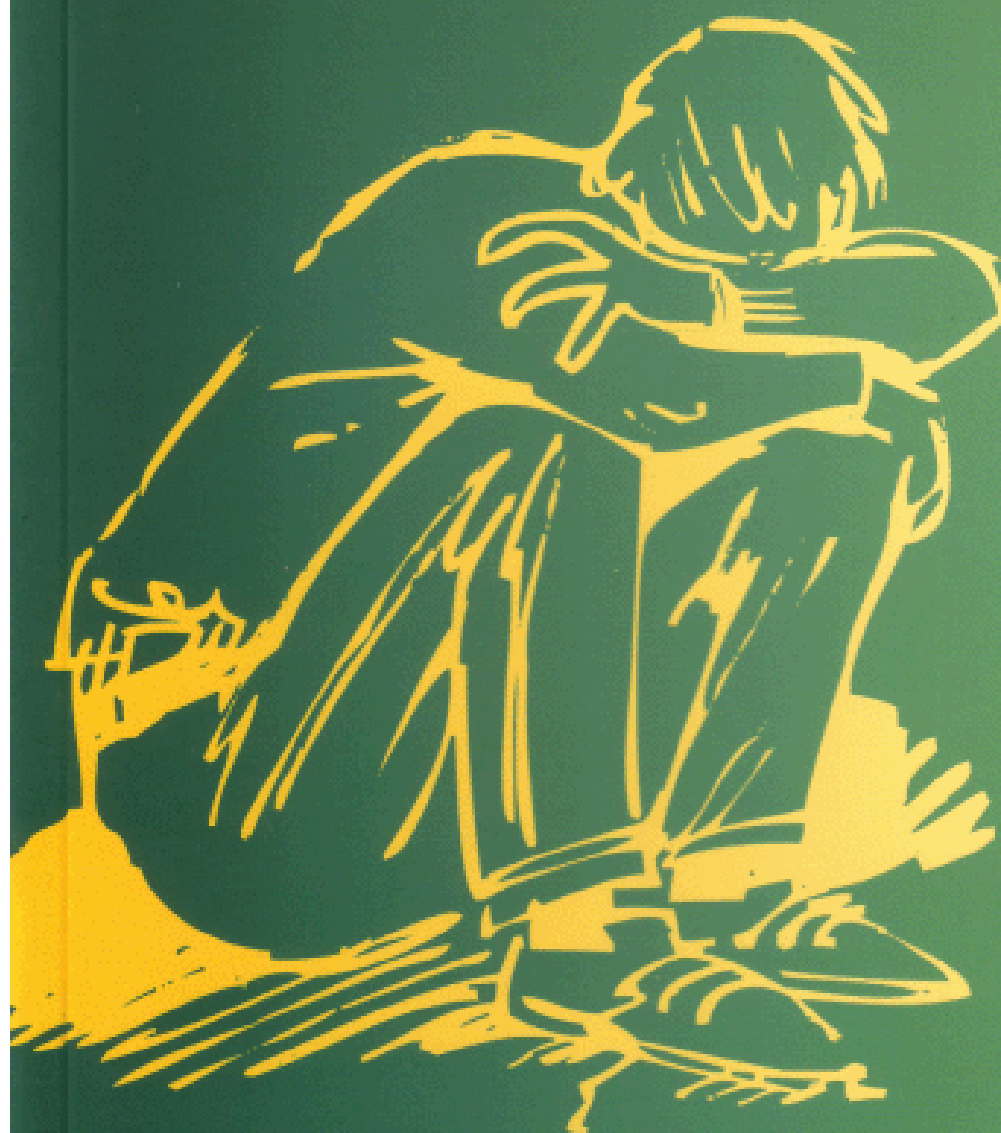


# LA ESQUIZOFRENIA

DE LA INCERTIDUMBRE A LA ESPERANZA

“La esquizofrenia en la familia”



**FEAFES**

CONFEDERACION ESPAÑOLA DE  
AGRUPACIONES DE FAMILIARES  
Y ENFERMOS MENTALES

# LA ESQUIZOFRENIA

DE LA INCERTIDUMBRE A LA ESPERANZA

"La esquizofrenia en la familia"



**J. Cabrera Forneiro**

Doctor en Medicina. Psiquiatra. Especialista en Medicina Legal.  
Consultor de la FMSM y Asesor Científico de FEAFES

**J. Carlos Fuertes Rocañín**

Doctor en Medicina. Psiquiatra.  
Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación del H. Militar de Burgos

**A. Rodríguez Martínez**

Doctor en Medicina. Psiquiatra.  
IMPLI, Barcelona



**FEAFES**

CONFEDERACION ESPAÑOLA DE  
AGRUPACIONES DE FAMILIARES  
Y ENFERMOS MENTALES

Hernández Más, 20-24  
Madrid 28053

[www.feafes.com](http://www.feafes.com)

Al paciente, sus familiares y amigos y  
a todos aquellos sinceramente preocupados  
por la problemática del enfermo mental,  
ya sean profesionales o instituciones

# Índice

1.	Introducción	9
2.	¿Qué es la esquizofrenia?	11
2.1.	Definición	11
2.2.	Causas	12
2.3.	Síntomas	14
2.4.	Formas	18
2.5.	Evolución	21
3.	Tratamiento	23
3.1.	Introducción	23
3.2.	Tratamiento Médico	23
3.2.1.	Medicamentos	23
3.2.2.	Otros tratamientos biológicos	26
3.2.3.	Psicoterapia	27
3.3.	Tratamientos psicosociales	29
4.	Investigación	31
5.	La esquizofrenia en la familia	33
5.1.	El impacto en la familia	33
5.2.	La familia asume el reto: consejos y actitudes	35
5.3.	La familia, su paciente y los profesionales	37
6.	Aspectos sociales de la esquizofrenia	39
6.1.	La esquizofrenia y las leyes	39
6.2.	La esquizofrenia y el mundo laboral	43
6.3.	La esquizofrenia como discapacidad: un problema económico	43
7.	El apoyo a las familias: un reto	45
8.	Conclusiones	47
9.	Epílogo	49
10.	Lecturas recomendadas	51
11.	Asociaciones de familiares y enfermos mentales y sus federaciones en España	53
12.	Asociaciones de familiares y enfermos mentales y sus federaciones en el mundo	73
13.	Sitios de interés en Internet	79

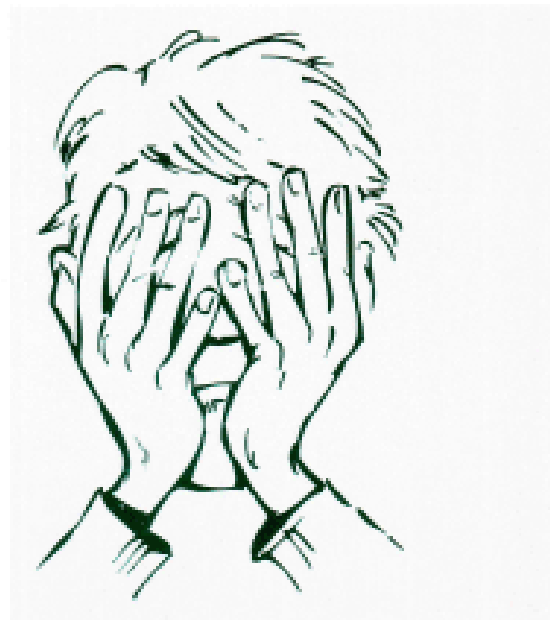
# 1. Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta hoy en día a unos 300.000 españoles aproximadamente, es decir, uno de cada 100 adultos (edad superior a 18 años) y calculamos que cada año se diagnostican entre 15 y 30 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. En realidad no estamos hablando de un trastorno o enfermedad concreta, sino de un grupo de trastornos mentales que comparten algunos síntomas, el periodo de la vida en que se inician y la mala evolución, aunque existen algunas afortunadas excepciones.

El término esquizofrenia apenas tiene 100 años de vida pero esta enfermedad es tan vieja como el hombre y hoy sabemos que aquellos a los que antaño se llamaba locos, lunáticos, poseídos, endemoniados y que, a veces, acababan en alguna hoguera o perseguidos y maltratados por el resto de las personas, no eran sino enfermos con esquizofrenia.

Pero el drama no hace más que comenzar cuando un profesional identifica el trastorno en una persona y transmite su opinión a los familiares: ¿cómo empezó?, ¿qué se puede hacer?, ¿cómo tratar al paciente?, ¿cómo podrá integrarse en la sociedad?, ¿qué futuro le espera?, todas ellas preguntas con difícil respuesta que aumentan el desasosiego.

Y es que estamos ante un trastorno que nadie se explica, que evoluciona de forma cambiante, del que el paciente no tiene conciencia y sobre el que, incluso, no existen amplios acuerdos en la comunidad científica.



Antes de que la medicina entendiera de qué estábamos hablando, a estos pacientes se les sometió a todo tipo de experimentos que hoy nos causarían escalofríos y así, entre otras cosas, se les tenía internados de por vida en grandes "manicomios" para, de esta forma, protegerse de su "peligrosidad e imprevisibilidad".

Fue en España, concretamente en Valencia y gracias a un Fraile Mercedario, el P. Jofré, que en 1409 se creó el primer centro psiquiátrico "humano" y "científico" para estos enfermos mentales, evitándose así el que fueran apedreados estos pacientes por las calles de la capital del Turia.

Por las anteriores razones es imprescindible exponer con sencillez no técnica aquellos datos y conceptos sobre la esquizofrenia útiles para facilitar la comprensión de los familiares ya que son ellos los que, en último término, van a llevar la carga del trastorno y en definitiva van a tener que enfrentarse con lo impredecible del mismo.

Además, si la esquizofrenia no se trata adecuadamente puede arruinar la vida del individuo que la padece, la de su familia y la convivencia de la comunidad en la que se mueve. La sociedad suele rechazar y marginar innecesariamente a las personas con esquizofrenia porque su trastorno les induce a manifestar comportamientos extravagantes y a veces, incluso peligrosos. Estos, por sí mismos, ya son propensos a esta marginación e incluso a la pobreza, de hecho, la mayoría de los vagabundos que duermen en los portales de nuestras ciudades son viejos con esquizofrenia desamparados que no siguen ningún tratamiento. Además de la miseria, otro triste final para algunas personas con esquizofrenia es el suicidio.

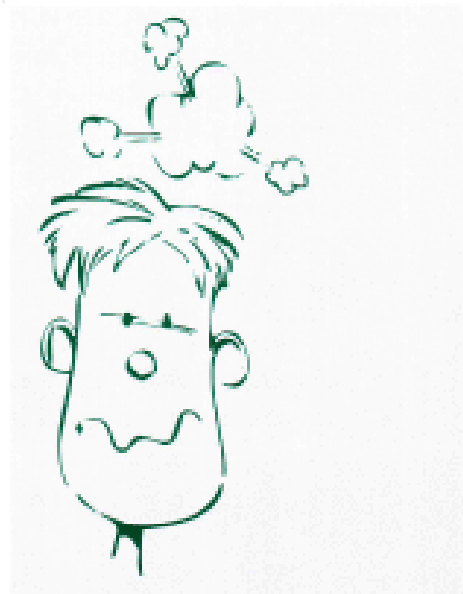
Por lo tanto, con esta publicación no se pretende entrar en debates intelectuales sobre esta dolencia ni establecer conceptos rígidos e inoperantes, se trata de colaborar en disminuir la angustia que nace del desconocimiento, mitigar el dolor que surge de la incomprensión ante este trastorno y darle a las familias una información útil y amena.

## 2. ¿Qué es la esquizofrenia?

### 2.1. Definición

Durante mucho tiempo se ha discutido qué es la esquizofrenia o si sería mejor hablar de esquizofrenias, incluso se ha llegado a opinar que podría ser desde una “forma de ser” hasta una “enfermedad” más, o una “reacción ante un trauma o un agente infeccioso”, o una dolencia congénita. Hoy aún no podemos afirmar rotundamente y con exactitud qué es realmente una esquizofrenia, es decir, no podemos aplicar a esta afección los modelos del resto de la medicina, por ejemplo sabemos que la gripe es una enfermedad producida por un virus y que un fuerte golpe en el brazo puede ocasionar una fractura, pero no podemos decir lo mismo de este cuadro.

Por ello y para ponerse de acuerdo todos los profesionales de la salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como **persona con esquizofrenia** aquellas personas que, sin motivo aparente, presentan una conducta anómala que dura más de un mes ininterrumpidamente y que se caracteriza por distorsión de la percepción, del pensamiento y de las emociones, creyendo el sujeto afectado por esta situación, que sus sentimientos, pensamientos y actos más íntimos son compartidos por las demás personas, llegando a sentirse de forma enfermiza el centro de todo cuanto ocurre.



Así pues y mientras nadie demuestre lo contrario podemos, avalados por la OMS, hablar de la esquizofrenia como una **enfermedad** que va a romper bruscamente la línea vital de la persona y va a condicionar su futuro y el de sus familiares y amigos.



Estamos pues ante un desorden cerebral que deteriora la capacidad de las personas para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Es una enfermedad crónica, compleja que, al igual que ocurre con la epilepsia, la diabetes o muchas otras dolencias de larga evolución, no afecta por igual a todos los pacientes.

En tres de cada cuatro casos se detectan los primeros síntomas entre los 16 y los 25 años de edad, afectando por igual a hombres y a mujeres de cualquier país, cultura o estatus socioeconómico. Suele afectar más gravemente a la persona cuanto más joven es. Esta es la razón por la que las formas infantiles, poco frecuentes, tienen mal pronóstico. En las mujeres suelen empezar algunos años más tarde, motivo por el que su evolución es más benigna que en los varones.

## 2.2. Causas

Si difícil es establecer la definición, no lo es menos analizar las causas, o si éstas realmente existen.

En una primera aproximación hay que aclarar que la palabra **causa** tiene una connotación física: si quiero mover una mesa debo empujarla (la causa de su desplazamiento es la fuerza aplicada), o en medicina una tuberculosis está **causada** por una bacteria que se llama el bacilo de Koch. Este razonamiento en salud mental es más difícil. Podríamos demostrar que un fuerte trauma psíquico puede ser la causa de una depresión (algunos hablarían más de **motivo** que de causa), o que una arteriosclerosis puede generar una demencia, pero la mayoría de los trastornos mentales no tienen una causa o al menos no se conoce.

Es por esto que se cree que algo debe fallar en el cerebro que pueda explicar este trastorno, pero deben ser varios factores cuya combinación daría como resultado la enfermedad:

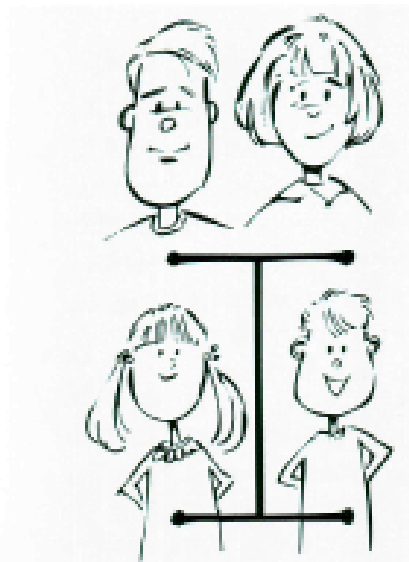
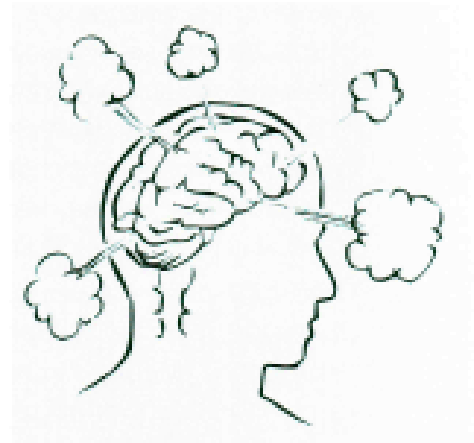


### Alteraciones en la química del cerebro

Se ha descubierto un desequilibrio en unas sustancias (neurotransmisores) que son las que permiten a las células del cerebro (neuronas) comunicarse correctamente entre sí. Está por demostrar, sin embargo, si ésta es una causa o una consecuencia de la enfermedad.

## Alteraciones en la forma y el funcionamiento del cerebro

Mediante el empleo de técnicas modernas, como el escáner, la resonancia magnética y la tomografía de positrones, que permiten ver con gran detalle la forma del cerebro y su manera de trabajar, se ha descubierto que determinadas partes del cerebro de la persona con esquizofrenia tienen un tamaño más reducido y presentan algunas limitaciones en el funcionamiento con respecto al cerebro de una persona sana.



### Predisposición genética

Existen muchas pruebas que demuestran que el riesgo de padecer la enfermedad es mayor cuando en la familia existen antecedentes de la misma que en las personas sin historia familiar de esquizofrenia. Existe un riesgo, aproximadamente diez veces mayor, de sufrir esquizofrenia si el padre o la madre la padecían y cuarenta veces mayor si ambos eran personas con esquizofrenia.

### Infecciones por virus

Actualmente se llevan a cabo estudios que intentan demostrar la posible influencia de algunas infecciones por virus que padecería la madre durante el embarazo y que ocasionaría unas pequeñas lesiones en el feto que, a cierta edad, provocarían el inicio de la enfermedad.

A este respecto la gripe es una de las candidatas a esta hipótesis.



## Complicaciones en el parto

Esta teoría ha intentado relacionar algunos accidentes en el momento del nacimiento (traumatismos, asfixia,...) con la aparición de la enfermedad años después.

Por el momento, ninguna de las causas posibles se ha demostrado como definitiva y las investigaciones continúan.

Pero ni siquiera es fácil defender una o otra teoría médicas, ya que está claro que determinadas circunstancias personales, sociales, familiares y laborales son muy importantes en la aparición y en la evolución de la enfermedad. Es decir, muchas esquizofrenias en su brusca aparición se asocian a estrés intensos, cambios de vida o situaciones límites, por lo que cada vez son más los que hablan de **vulnerabilidad** para definir una situación de predisposición a la esquizofrenia, sea por la causa biológica que sea, que cedería ante una situación de estrés grave. A esta situación, que se denominaría **condición precipitante**, al igual que a la vulnerabilidad se le ha designado también con la terminología de **esquizofrenia latente**.

Así pues, un resumen actualizado de lo que se piensa podría ser: un muchacho o muchacha portadores de una vulnerabilidad biológica y/o una personalidad con rasgos especiales, se ve sometido a situaciones estresantes puntuales o continuas (vivencia traumática o educaciones anómalas) y no puede hacer frente a la tensión acumulada fracasando los normales mecanismos de defensa y generándose la enfermedad tal y como la conocemos, todo ello en el momento más frágil de la vida, la pubertad o la primera juventud, periodo de tiempo en el que aparecen la mayoría de las esquizofrenias.

## 2.3. Síntomas

En medicina, y en particular dentro de la salud mental, llamamos síntomas a aquellas manifestaciones del sujeto que anuncian una anomalía o una enfermedad. Serían síntomas el do-



lor, la inflamación, los cambios de ritmos biológicos, etc. y, si los síntomas pueden objetivarse (es decir, verse o comprobarse), se llamarían signos.

Por medio de los síntomas podemos hacer diagnósticos y así organizar los diferentes tratamientos.

El gran problema de los síntomas en la esquizofrenia es que la mayoría de ellos son subjetivos, es decir, dependen de que los refiera el paciente y no existe forma alguna de comprobarlos de manera imparcial, por lo que sólo la experiencia de los profesionales y la ayuda incondicional de la familia y de los amigos puede llegar a definir esta enfermedad.

Por otra parte, la esquizofrenia es una enfermedad que presenta muchos y variados síntomas pero ninguno es específico de ella sino que pueden encontrarse también en otras enfermedades mentales.

Los síntomas en la esquizofrenia son de dos grandes tipos: **positivos y negativos** y su tipo y frecuencia dependen del momento y gravedad de la enfermedad. El calificativo de positivo o negativo nada tiene que ver con el hecho de que sean buenos o malos.

Serían **síntomas positivos** aquellas manifestaciones patológicas que las personas "sanas" no experimentan, como las alucinaciones y los delirios, y estaríamos hablando de **síntomas negativos** a aquellas conductas "normales" que el paciente deja de tener por su enfermedad, como no experimentar sentimientos en determinados casos, no tener voluntad para hacer algo concreto y sencillo, no tener un pensamiento fluido y coherente y otros similares.

El que predominen unos u otros síntomas es lo que determina que una esquizofrenia se clasifique como de un tipo o de otro: esquizofrenia paranoide cuando predominan los síntomas positivos y esquizofrenia hebefrénica simple cuando predominan los negativos.

Es habitual que, con el paso del tiempo, los síntomas de la enfermedad se apacigüen y casi desaparezcan, quedando el paciente con las "secuelas" de la misma que consisten en un estado de pasividad, torpeza de pensamiento, abandono del cuidado de sí mismo y de su casa y sentimientos fríos hacia las personas, pero sin presentar delirios ni alucinaciones. Se dice entonces que el paciente se encuentra en una **fase residual de la esquizofrenia**.

Los síntomas más típicos de la enfermedad y que tenemos que conocer para poder valorar en que momento y nivel de gravedad está nuestro paciente o familiar son los siguientes:

a. **Trastornos del pensamiento:**



el pensamiento pierde fluidez y coherencia, resultándole al paciente casi imposible el concentrarse o el utilizar su mente para operaciones incluso sencillas, manifestándose en la práctica por el hecho de que el paciente dice cosas que para los que le rodean no tienen sentido.

b. **Falsas creencias:**

son lo que se denominan **delirios**, o sea, ideas absolutamente falsas que el paciente cree ciegamente, que persisten a pesar de intentar explicárselo al sujeto y que no tienen explicación. Es el caso de “creerse perseguido por alguien, creer que hablan de él en los medios de comunicación o en carteles, creer que le miran, que hablan de él, etc.”, es lo que el lenguaje popular ha sancionado con la palabra **paranoia**.

c. **Alucinaciones:**

consisten en percibir cosas, sonidos o sensaciones que en realidad no existen. Por ejemplo, oír voces (que muchas veces les insultan y les dan ordenes), ver objetos inexistentes, oler cuando no huele a nada y tener sabor a algo (que puede interpretarse como que le están envenenando la comida).



d. **Negación de la enfermedad:**

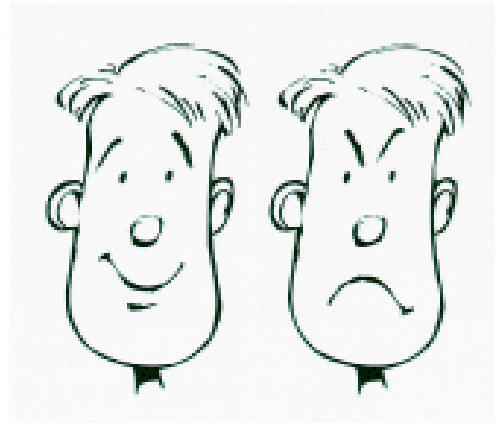
es uno de los síntomas que más daño hacen al paciente y a familiares y profesionales. Se trata de negar absolutamente que exista la enfermedad, es decir, carecer de toda conciencia de que se está enfermo.

e. **Alteración del sentido del sí mismo:**

la persona siente que algo ha cambiado en su cuerpo, que ya no es la de antes, que no están claros los límites entre uno mismo y el mundo en el que se vive. Muchas veces se manifiesta con el llamado "signo del espejo" por el cual el paciente nos cuenta que al verse en el espejo se ve muy cambiado, especificando inclusive en qué rasgos es diferente. Puede llegar hasta defender que los miembros no le pertenecen o que por dentro está vacío.

f. **Cambios en las emociones:**

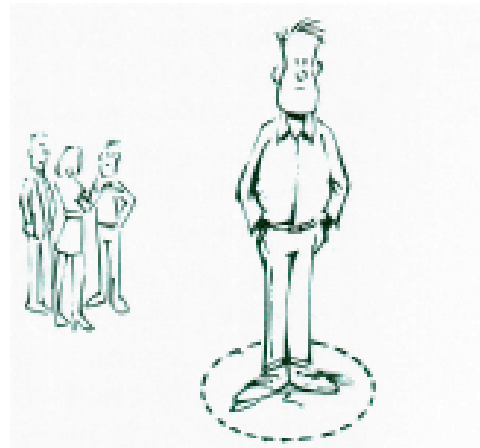
la afectividad en términos generales da un gran cambio, generándose al principio alteraciones de las emociones sin motivo con cambios de afecto hacia sus familiares, amigos y conocidos. El cambio puede acelerarse y llegar casi a la ausencia de sentimientos que se traslucen en una cara inexpresiva y desinterés absoluto por cuanto le rodea.



También podemos encontrarnos con emociones que nada tienen que ver con los acontecimientos concretos, como llorar en una situación feliz o viceversa.

g. **Aislamiento:**

también conocido con la palabra **autismo**, es una conducta por la que el paciente se encierra en sí mismo y en su mundo interior, rompiendo con el exterior y abandonando todos sus contactos de antaño. Se manifiesta por no salir de casa, estar encerrado en su habitación y evitar la compañía de los demás



h. **Falta de motivación:**

el paciente se encuentra absolutamente desmotivado para hacer nada aunque sea algo sencillo, llegando incluso a perder el interés por vivir y se manifiesta una pérdida progresiva en el autocuidado, la limpieza y el orden.

**i. Angustia y depresión:**

al comienzo de la enfermedad el paciente se encuentra enormemente inquieto y ansioso, es la angustia, sentimiento de que algo grave está ocurriendo y de que nada se puede hacer por evitarlo. Así mismo, en estas fases pueden aparecer sentimientos depresivos que pueden inducir al paciente al suicidio. Estos síntomas aunque existen no son típicos de la esquizofrenia.



Estos síntomas no tienen porqué darse conjuntamente en todas las personas con esquizofrenia, ni presentan la misma intensidad en unos y en otros, pero lo que sí es cierto es que su aparición rompe bruscamente la vida del paciente y le impide, en un gran porcentaje de casos, llevar una vida normal tal y como la llevaba antes, hasta que el sujeto tiene un tratamiento y la fase aguda de la enfermedad remite.

Los síntomas tampoco significan lo mismo en todo el curso de la enfermedad, siendo más expresivos en el comienzo de la misma o en los periodos de reagudización.

Así, por ejemplo, un muchacho tranquilo y buen estudiante puede comenzar por aficionarse a las lecturas esotéricas, a encerrarse mucho en su habitación, a estar irritable y testarudo, a evitar las compañías, a padecer insomnio e incluso perder peso. Esto puede ser el comienzo de la enfermedad por lo que cualquier cambio notable en la conducta de un adolescente debe promover a los padres a una consulta profesional que puede descartar esta enfermedad y derivar el asunto a una simple crisis de adolescente

## 2.4. Formas

Aunque en un principio nos puede dar igual que tipo de esquizofrenia padece nuestro familiar, iya bastante tenemos con el diagnóstico, no todas las esquizofrenias son las mismas y lo que es más importante, no todas evolucionan igual ni requieren este o aquel tratamiento.

Es por ello que resulta importante hablar de aquellos subtipos de esquizofrenia que los profesionales entienden que pueden darse para distinguir nuestro caso.

### **Esquizofrenia paranoide**

Es, sin duda, el tipo más frecuente y se caracteriza por predominar los delirios sobre el resto de los síntomas, en particular delirios relativos a persecución o supuesto daño de otras personas o instituciones hacia el paciente.

Nuestro enfermo está suspicaz, incluso irritable, elude la compañía, mira de reajo y con frecuencia no come.

Cuando se le pregunta suele eludir la respuesta con evasivas salvo si la crisis es muy aguda en cuyo caso enseguida nos percatamos de que algo grave está sucediendo en su cabeza. Pueden darse alucinaciones, es decir, se ven y oyen cosas que no existen, y esto genera mucha angustia y temor.



### **Esquizofrenia hebefrénica**

Es menos frecuente y aunque también pueden darse las ideas falsas o delirantes, lo fundamental son las alteraciones del estado de ánimo.

Los pacientes se ríen sin motivo y de forma poco expresiva, se quejan de problemas imaginarios y poco concretos y "siempre tienen razón" si se les lleva la contraria. Su conducta está salpicada de gestos amanerados y de frases repetitivas, y se quedan sin fuerza para hacer nada por su propia voluntad tendiendo a la apatía, aunque algunas veces organizan conductas rígidas.

Es una forma de esquizofrenia que suele aparecer antes que la paranoide y es mucho más grave, con peores respuestas a la medicación y evolución más lenta y negativa.

Es una forma de esquizofrenia que suele aparecer antes que la paranoide y es mucho más grave, con peores respuestas a la medicación y evolución más lenta y negativa.

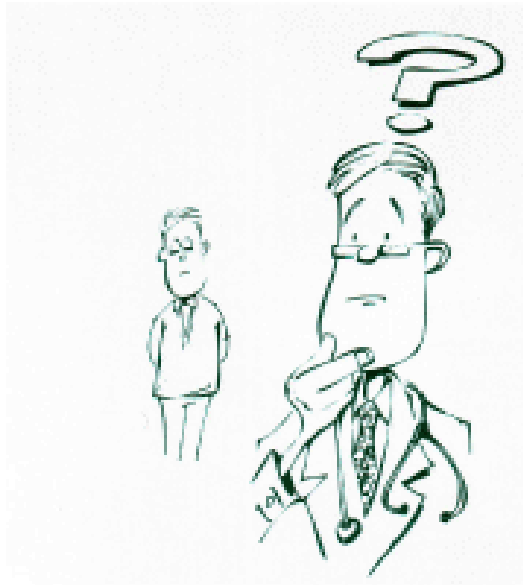




### Esquizofrenia catatónica

Es mucho más rara que las dos formas anteriores y se caracteriza por alteraciones motoras, ya sea dándose una inmovilidad persistente y sin motivo aparente o una agitación.

En la cultura occidental donde vivimos cada vez se ven menos estos casos, pero en países menos industrializados y con niveles culturales bajos, sí se da con relativa frecuencia. Un síntoma muy típico es la llamada **obediencia automática**, según la cual el paciente obedece ciegamente las órdenes sencillas que se le dan.



### Esquizofrenia indiferenciada

Este diagnóstico se aplica a aquellos casos que, siendo verdaderas esquizofrenias, no reúnen las condiciones de ninguna de las tres formas anteriores, y se suele utilizar como un “cajón de sastre” donde se introducen aquellos pacientes imposibles de definir.

Estas formas que hemos descrito no son terrenos acotados y así pueden darse casos entre nuestros pacientes que sean **esquizofrenias mixtas**, es decir, que comparten síntomas de varios tipos.

También es falsa la idea de que una persona por padecer, por ejemplo, un **déficit mental** no pueda sufrir además una esquizofrenia, de hecho pueden darse casos así hablando entonces de **esquizofrenia injertada** que requerirá otro enfoque terapéutico.

Y finalmente tenemos que hablar de la llamada **esquizofrenia residual** que representa, en el fondo, la situación en que desembocan muchas esquizofrenias, sean del tipo que sean, con el paso del tiempo y el progresivo deterioro de la inteligencia y el pensamiento. En estos casos lo que sobresale son los síntomas negativos como apatía, inhibición, falta de iniciativa, pasividad, empobrecimiento del lenguaje y del pensamiento y un deterioro del autocuidado y del aseo.

Aunque no es absolutamente cierto, sabemos que cuantas más crisis esquizofrénicas se padezcan durante la vida, mayor deterioro se va a dar y más fácilmente se va a acabar en una esquizofrenia residual. Este tipo de esquizofrenia es el gran reto de la rehabilitación psicosocial de nuestros días y los pacientes que la padecen ocupan un porcentaje importante de las camas psiquiátricas de nuestros centros sanitarios.

## 2.5. Evolución

¿Qué ocurre con nuestro paciente desde que empieza la enfermedad hasta el final de sus días?

En primer lugar hay que aclarar que la esquizofrenia es una enfermedad engañosa que nunca es igual de una persona a otra, porque surge de repente o lentamente sin motivos claros que lo justifiquen y va discurriendo en forma de **brotos**, es decir, no de una manera continua sino en periodos en que nuestro paciente está muy mal y entre estos periodos el paciente está "casi normal", por ello el pronóstico no es seguro y nadie puede "profetizar" sin riesgo a equivocarse.

Desde hace muchos años se viene hablando de la llamada **regla de los tercios** según la cual un tercio de los pacientes solo tendrán un brote en su vida, otro tercio pasará por varios brotes y el último tercio persistirá con la enfermedad activa de manera constante aunque con altibajos y a veces a pesar de las medicaciones.

También se acepta, en general, que cuanto más grave e intenso es un brote, más daño hace al paciente y más mermado le deja, de tal forma que puede darse el caso de un paciente que con un solo episodio esquizofrénico en su vida quede más incapacitado que otro con varios.

Respecto al estado en que nuestros pacientes quedan, lo que los médicos llaman el **pronóstico**, parece haber un consenso por el cual un 25% de ellos, tras uno o varios brotes quedan muy restablecidos y pueden afrontar los retos de la vida diaria con satisfacción, otro 25% queda tan mermado que precisa de forma constante ayuda profesional extrafamiliar y el resto, o sea, el otro 50% evoluciona de manera inconstante con necesidades irregulares de asistencia profesional pero, en su mayoría con dificultades para llevar adelante un proyecto serio de vida, en este grupo la familia es básica.

Esta evolución impredecible y poco homogénea no sólo desconcierta a la familia, amigos y profesionales, sino que es un handicap importante a la hora de recibir ayudas y subvenciones del estado, el cual es siempre remiso a considerar la minusvalía en estos casos, asunto notablemente injusto que es una razonable reivindicación del colectivo familiar.

Y hay que dejar también muy claro que la evolución de una esquizofrenia va a depender en gran medida de condiciones sociofamiliares y culturales, en ocasiones de manera definitiva. Así, por ejemplo, se sabe que las personas con esquizofrenia que viven en las grandes ciudades evolucionan peor y necesitan más internamientos en centros sanitarios que las que viven en ambientes rurales.

En este sentido la esquizofrenia evolucionará mejor cuanto más apoyo tenga y más rápidamente se instaure éste, con tratamientos farmacológicos acertados y administrados de manera constante, la evitación de situaciones de riesgo (alcohol, drogas estrés), la instauración de medidas psicorehabilitadoras y de integración, y sobre todo la comprensión, el cariño y la ayuda de la familia y los amigos, elemento, éste último, primordial.

## 3. Tratamiento

### 3.1. Introducción

Puesto que como ya dijimos al principio de esta guía no conocemos la causa de la esquizofrenia, difícilmente vamos a poder curarla tal y como entendemos que se debe curar una enfermedad.

Cuando una persona padece una tuberculosis el germen causal es una bacteria que se sabe que muere con el antibiótico estreptomina, pues en este caso el tratamiento de la tuberculosis es lógicamente la estreptomina. En el caso de la esquizofrenia las cosas no son desgraciadamente así, de tal forma que podemos y debemos aplicar fármacos que cambiarán la vida de nuestros pacientes y les colocarán en situación de cercanía a la normalidad, pero nunca podremos decir que estamos curando la esquizofrenia, es decir estamos aplicando **tratamientos sintomáticos** o lo que es lo mismo, tratamientos que disminuyen o anulan los síntomas aunque el enemigo, la esquizofrenia, persiste en la sombra.

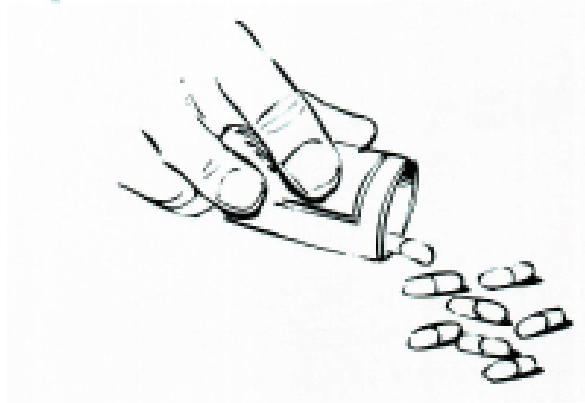
La palabra tratamiento es muy médica pero nosotros vamos a englobar en ella todas aquellas actitudes que pueden ayudar a nuestro paciente ya sean fármacos u otro tipo de ayuda, ya que de la unión de todas las ayudas saldrá la mejoría y por supuesto la esperanza.

### 3.2. Tratamiento Médico

#### 3.2.1. Medicamentos

Hasta los años 50 los profesionales apenas contaban con sedantes naturales, barbitúricos y medidas físicas para contener las crisis de las personas con esquizofrenia, de tal forma que la enfermedad era mal contenida y los pacientes se mantenían dentro de los entonces llamados “manicomios”, hoy desaparecidos como tales.

Pero en 1957 con el descubrimiento de la **clorpromazina** se dio un vuelco al tratamiento de estos pacientes desarrollándose una medicación denominada **neuroleptica o sedativa** que



supuso una revolución psiquiátrica de primer orden y que permitió, con el paso de los años siguientes, una nueva concepción del tratamiento de la esquizofrenia de la que aún hoy día nos beneficiamos.

Los neurolepticos son medicamentos que disminuyen la angustia, mi-

tigan la agitación y, lo que es más importante, aplacan los síntomas positivos de la enfermedad hasta el punto de poder acceder al paciente con el diálogo y los métodos psicoterapéuticos.

A grandes rasgos podemos hablar de dos tipos de tratamientos antipsicóticos o neurolepticos:

- a. **Neurolepticos convencionales:** entre los que cabe citar la propia **clorpromacina**, **flufenazina**, **haloperidol** y otros. Son fármacos que actúan sobre los síntomas positivos y sedan al paciente por lo que son de especial utilidad en las crisis agudas pudiendo mantenerse más tiempo aunque, por sus efectos secundarios, el paciente tiende a no tomar el tratamiento como veremos más tarde aumentando, por tanto, el riesgo de recaídas.

Pese a su eficacia aún no sabemos a ciencia cierta cómo actúan y sí es sabido que producen varios efectos secundarios o indeseables de los que se debe advertir al paciente y a la propia familia para que no nos cojan por sorpresa. Así, por ejemplo, son típicos la sequedad de boca, la hipotensión y mareos, el estreñimiento, la somnolencia y el cansancio, inquietud en las piernas y situaciones esporádicas de rigidez con dificultades para hablar, rigidez de nuca y crisis bruscas de movimientos oculares.

Con el paso del tiempo y el uso de medicación correctora de estos efectos el paciente se va acostumbrando a los mismos y estos se atenúan, pero siempre están al acecho y en muchas ocasiones son motivo para dejar la medicación por lo que se debe avisar al médico de cualquier síntoma al respecto.

- b. **Antipsicóticos atípicos:** actualmente, salvo situaciones especiales valoradas única y exclusivamente por el médico especialista (psiquiatra), los fármacos neurolépticos de primera elección son los denominados "atípicos" o de "última generación" entre los que cabe señalar dos fundamentalmente, **risperidona** y **olanzapina**.

Estos medicamentos además de mejorar los llamados síntomas positivos mejoran los negativos, verdadera cruz de los pacientes "mal llamados" crónicos, de tal forma que los movilizan y les dan esa pequeña energía necesaria para empezar a tener alguna iniciativa e integrarse en grupos de trabajo en vez de dormitar en tal o cual rincón de la casa o del centro sanitario.

Además de esta gran utilidad estos medicamentos tienen menos efectos secundarios que los anteriormente citados.

La administración de medicamentos como los citados es, hoy por hoy, una medida absolutamente necesaria para poder conseguir que el paciente mejore de sus síntomas y no sólo eso sino que pueda incorporarse a otras terapias también necesarias. Pero para ello son muy importantes algunas consideraciones que la familia debe saber:

1. Nunca deben quedarse con dudas sobre la medicación, su uso y los posibles efectos secundarios.
2. Nunca debe interrumpirse la medicación salvo por causa muy grave y comunicando al médico el hecho.
3. Nunca deben saltarse las dosis o darlas sin la regularidad prescrita.
4. Es preferible asociarlas a una bebida o comida para hacerlas más llevaderas.
5. Nunca se tomarán bebidas alcohólicas ni drogas que puedan interaccionar con estos medicamentos.
6. Nunca el paciente tendrá acceso a los frascos de la medicación para evitar errores o la tentación de una ingesta masiva tras una fase depresiva.
7. Siempre se mirarán las fechas de caducidad de los medicamentos, y
8. Cualquier imprevisto exigirá consultar con el médico. Nunca se tomarán decisiones sin esta consulta.

Como quiera que la persona con esquizofrenia no suele tener conciencia de padecer una enfermedad, como ya hemos apuntado anteriormente, es fácil que se resista a tomar la medicación por lo que no está de más tranquilizarle y hablarle

de las bondades de la misma, así como en ocasiones se tendrá que recurrir a los tratamientos **inyectables de larga duración** que, aunque aseguran el cumplimiento, hoy en día no son tratamientos de primera elección por poseer importantes efectos secundarios que conducen definitivamente al abandono de la medicación.

En este tipo de medicación se esperan nuevos avances, como la risperidona inyectable de larga duración que facilitará el cumplimiento gracias a sus escasos efectos secundarios evitando así las recaídas por abandono de la medicación (que tantos disgustos nos causan) y permitiendo una mejor reintegración social.

### 3.2.2. Otros tratamientos biológicos

Lógicamente existen otras posibilidades terapéuticas que se pueden asociar a la medicación o las que a veces hay que recurrir, dado que el paciente no responde positivamente a los fármacos; serían aquellos casos denominados en el argot médico **fármaco-resistentes**. Vamos a mencionar alguna de éstas posibilidades.

#### *Electroshock*

Acompañado de una mala fama casi siempre difundida por películas y medios de comunicación, el electroshock o **terapia electroconvulsiva**, es una técnica, hoy poco usada, que consiste en pasar una corriente eléctrica por los hemisferios cerebrales del paciente, con unas condiciones específicas de relajación muscular y medidas protectoras previas, con objeto de "interrumpir las ideas patológicas" que no ceden con la medicación y que ponen al paciente en grave peligro de suicidio.

La técnica hoy empieza a revitalizarse, en especial en Estados Unidos, para aquellos casos de esquizofrenias muy agudas, resistentes a los psicofármacos y con riesgo grave de suicidio o agresión a los demás. Con las condiciones de aplicación actuales apenas existen los efectos secundarios de antaño (amnesia, cefaleas, fracturas, etc.) y su aplicación se debe hacer en medio hospitalario y previa autorización por escrito de familiares y o tutor legal

#### *Psicocirugía*

Consistiría en intervenciones quirúrgicas en el cerebro de los pacientes, en concreto en aquellos que no cedieran ante las medicaciones corrientes o mantuviesen un nivel insostenible de autoagresividad o peligro para terceros.

Antaño este tipo de cirugía era muy grosera y dejaba secuelas neurológicas graves, por lo que se abandonó prácticamente hasta hace muy pocos años con la progresiva posibilidad de la llamada **cirugía estereotáxica** que consiste en microcirugía de determinadas zonas muy pequeñas del cerebro y que pretende reducir en particular la agresividad incontrolable o la anulación de cuadros psicóticos muy graves y fármaco-resistentes como algunas esquizofrenias y algunas “obsesiones compulsivas”.

Así mismo existe hoy la llamada **gamma-psicocirugía** que aportaría resultados semejantes y no sería necesaria la intervención quirúrgica.

Su aplicación requiere la previa autorización del tutor judicial con conocimiento del juez o la firma voluntaria del paciente en caso de no estar incapacitado jurídicamente.

### ***Medidas físicas ambientales***

Hoy está volviendo la moda de los balnearios de forma médicamente justificada, a base casi siempre de curas de reposo y tratamientos con aguas de diversa composición y temperatura, y los profesionales no dejan de notar como el hecho de cambiar de ambiente, así como la instauración de medidas gimnásticas o higiénicas en general, puede favorecer la estabilización de las personas con esquizofrenia.

En este sentido, es conocido el influjo de los cambios de estación, e incluso los cambios de clima, en las esquizofrenias, de tal modo que, por ejemplo, determinadas olas de calor pueden obligar a aumentar las dosis de medicamentos y otras medidas. Es por esto que no podemos despreciar las medidas físicas como aliviadoras de nuestros pacientes y más si se llevan a cabo con cierta regularidad.

### **3.2.3. Psicoterapia**

La palabra **psicoterapia** designa todos aquellos tratamientos médico-psicológicos en los que sólo interviene el diálogo terapeuta-paciente (**psicoterapia individual**) o diálogos entre pacientes regulados por un terapeuta (**psicoterapia de grupo**). Se trata de tratar de hacer comprender a nuestro paciente su dolencia, cómo debe convivir con ella y enfrentarse a las eventuales crisis que va a tener, cómo aliviar la angustia que en su interior se despierta y en definitiva, como utilizar los recursos psicológicos propios y los ajenos (familia, amigos y compañeros) para lograr el máximo acercamiento a su entorno.



La psicoterapia ha estado tradicionalmente ligada a una teoría llamada **psicoanalítica** que descubrió y perfeccionó el conocido psiquiatra vienés Sigmund Freud, pero en realidad hoy son muchos los tipos de psicoterapia a los que tenemos acceso, y aún cuando en sí mismas son poco eficaces en las psicosis esquizofrénicas, no debemos desdeñarlas. A veces más vale una distendida conversación que un exceso de medicación.

En este sentido es necesario que no caigamos en el frecuente error de creer que en las crisis esquizofrénicas puede bastar



sólo la psicoterapia, esto es radicalmente falso y aquellos que lo propugnan son, a este respecto, unos insensatos y generan falsas esperanzas en las familias que ya de por sí tienen un gran sufrimiento.

Hoy día tiene más sentido en lo que a la psicoterapia se refiere para las esquizofrenias, hablar de **técnicas de modificación de conducta** o de **modelos de creación de hábitos**,

que no son otra cosa que métodos por los cuales se enseña al paciente y a sus allegados a controlar las crisis, previniéndose contra ellas con el conocimiento de los síntomas de la enfermedad y con la habilidad suficiente para expresar a los familiares el estado en que se encuentra en cada momento para que estos puedan intervenir eficazmente.

Un paciente enseñado a controlar su tiempo con hábitos y educado para discernir siquiera moderadamente su estado, tiene más posibilidades de sobrellevar su dolencia y de avisar a sus familiares y terapeutas en el momento en que las "cosas empiezan a torcerse".

Las normas que deben aplicarse para seguir esta metódica están en muchos libros y cualquier terapeuta las conoce, pero básicamente deben cumplir tres requisitos (S. Rebolledo, 1994):

1. Debe ser definible, es decir la persona tiene que saber exactamente lo que se le exige y en que circunstancias se le exige.

2. Debe ser razonable, es decir tiene que atenerse al sentido común en tiempo y posibilidades.
3. Tienen que poder aplicarse en distintas circunstancias.

En cualquier caso hay que tener paciencia y constancia, requisitos que lógicamente nacen del cariño por nuestro enfermo.

### 3.3. Tratamientos psicosociales

En la última década se ha observado la importancia decisiva de la integración del paciente con esquizofrenia en la sociedad de la que procede, siendo muy negativa la discriminación, el aislamiento o el agrupamiento de pacientes ociosos sin contacto con la realidad.

Es por ello que la corriente "deshospitalizadora" de los últimos años, sensatamente llevada, tiene como objetivo que el paciente contacte con las personas "normales" y viva lo más cerca de su entorno natural, todo un elemento terapéutico de primer orden.

Y es que el hecho frecuente de que el paciente esté en casa sin hacer nada, o en un hospital sin ninguna actividad, o simplemente sentado en un banco horas y horas, son elementos negativos para la esquizofrenia. Nuestro paciente debe estar en movimiento, haciendo cosas, hablando con otras personas; en definitiva, **ocupado**.

La terapia psicosocial necesita muchos mecanismos asistenciales que dependen de las redes sanitarias como hospitales de día, centros de salud mental, talleres terapéuticos, pisos protegidos, grupos de autoayuda (de los que luego hablaremos) y así un sin fin de recursos que aun siendo costosos le ahorran a las familias y a la sociedad muchos sinsabores y desilusiones.



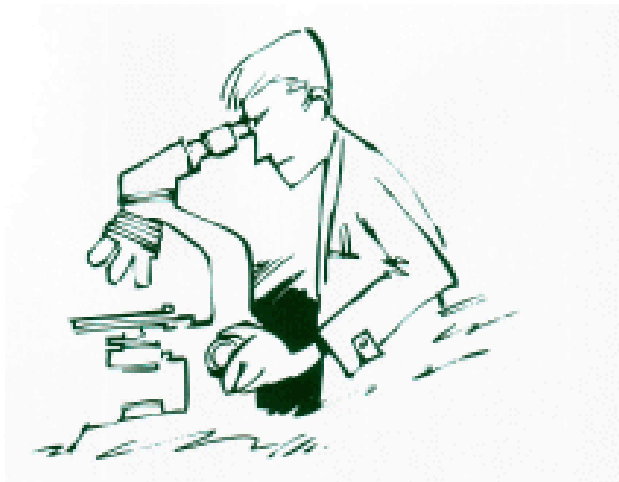
## 4. Investigación

La investigación es el procedimiento por el que se buscan las causas de las cosas y según la O.M.S. resulta necesario por tres razones :

1. Para descubrir la o las causas de la esquizofrenia, sus mecanismos y así prevenir y modificar el pronóstico de la enfermedad.
2. Para comparar y valorar los tratamientos y métodos de rehabilitación más eficaces y extender así su aplicación.
3. Para valorar la demanda de los pacientes y sus familias y ajustarla a las ofertas terapéuticas.

Hoy, junto con el SIDA y el CANCER, la ESQUIZOFRENIA es una de las patologías en la que más recursos se emplea para la investigación en todo el mundo y poco a poco se van consiguiendo pequeños triunfos.

Así sabemos a ciencia cierta que la causa de la esquizofrenia es **universal** y que en ella interviene algún mecanismo alterado en el cerebro sobre el que inciden los acontecimientos ambientales, a veces de manera decisiva. También sabemos que la esquizofrenia con síntomas "positivos" es más frecuente en los llamados países desarrollados, y aquella en que predominan los síntomas "negativos" se da más en los países en vías de desarrollo o no desarrollados.



Por otra parte se encuentra una fuerte relación entre esquizofrenia y emigración, así como parecen encontrarse distintos porcentajes de pacientes en diversas regiones de un mismo país como si las

personas “vulnerables” por su tendencia al aislamiento estuviesen agrupadas demográficamente.

La genética está dando también muchas sorpresas respecto a la esquizofrenia, habiéndose encontrado por algunos grupos de investigadores determinadas zonas del ADN (genoma, patrimonio genético o hereditario) con alteraciones que podrían justificar un cierta “vulnerabilidad genética” a padecer el trastorno.

Respecto a los tratamientos farmacológicos la industria farmacéutica está haciendo un esfuerzo considerable en encontrar medicamentos más eficaces, selectivos y con menos efectos secundarios, y así hemos citado recientes fármacos como la risperidona implantados ya en todo el mundo.

Y finalmente, la investigación está encontrando aquellos modelos asistenciales alternativos a la clásica hospitalización, buscando por encima de todo la integración del paciente con su medio.

## 5. La esquizofrenia en la familia

La familia ha sido desde siempre un soporte fundamental para el cuidado de los pacientes con esquizofrenia.

Cuando un miembro de la familia enferma de esquizofrenia, la vida normal desaparece para siempre y la convivencia se ve afectada al máximo. No existe otra enfermedad que más angustie a la familia y al mismo tiempo más la disgregue que la esquizofrenia, por lo que con información y comprensión esta situación debe poder sobrellevarse para preservar la armonía familiar.

### 5.1. El impacto en la familia

Cuando alguien de la familia enferma de esquizofrenia se da un fenómeno al principio de “no dar crédito” a lo que pasa, a continuación se inician una serie de consultas para confirmar el diagnóstico y finalmente, cuando se “acepta” (lo que no siempre ocurre) se genera un sentimiento colectivo de miedo, vergüenza y culpabilidad que raramente cederá sino es con el paso de los años.

Por lo imprevisible y oscuro de la enfermedad, el sentimiento predominante inicial es la angustia, que se pone de manifiesto con reproches mutuos entre los familiares, insomnio, disminución en la participación en acontecimientos sociales (fiestas, reuniones,... etc.) y en general un deterioro en la vida normal. Es aquí donde la familia debe sobreponerse, informarse con realismo de todo aquello que significa esta enfermedad,



sus tratamientos, medios de combatirla, grupos de autoayuda e incluso a veces se hace necesaria la terapia para encajar la situación.

Lo más importante desde el punto de vista de la familia es, en primer lugar, reconocer los síntomas de la enfermedad en su comienzo y posteriormente en sus crisis, y tener muy claro cómo actuar en tales casos.

### **¿Cómo reconocer la enfermedad?**

La enfermedad se reconoce cuando en un muchacho o muchacha empiezan a cambiar las conductas de siempre, deja de salir con los amigos, participa menos en las reuniones familiares, se encierra a menudo en su habitación, no interviene en las conversaciones habituales, empieza a llevar mal los estudios de forma inexplicable, cambia de hábitos de lectura (es muy típico el interés por libros esotéricos y literatura extraña), da contestaciones fuera de tono ante pequeñas reprimendas, se le ve inquieto y taciturno y en general, es apreciable que se está operando un profundo cambio en la personalidad.

En estos momentos debemos tener claro que existen situaciones que pueden semejar el comienzo de una esquizofrenia, como son el consumo de drogas, las crisis de adolescencia intensas o las situaciones de grave estrés, por lo que se impone necesariamente consultar con el médico de cabecera, el cual nos orientará a los especialistas en psiquiatría, que serán los que delimitaran el cuadro.

A veces, junto a los síntomas extraños que hemos citado, aparecen otros más llamativos y más graves, por ejemplo, encontrar a nuestro familiar hablando solo o con la televisión, o no querer comer aduciendo que la comida sabe extraña, o quedarse de repente bloqueado como "si estuviera oyendo algo que nosotros no oímos", o empezar a descuidar el aseo personal y las normas de educación que desde siempre existieron; son todos ellos síntomas que nos empujan más a pensar de manera definitiva en la esquizofrenia.

### **¿Qué hacer en estos casos?**

En primer lugar no perder nunca el control de la situación ya que el enfermo está pendiente de nosotros y si nosotros flaqueamos es imposible llevar la crisis de forma racional.

En segundo lugar sugerir amablemente a nuestro familiar que es recomendable un "chequeo" ya que se le ve últimamente

muy desmejorado (es conveniente enfrentarse al asunto dando un rodeo, nunca directamente ya que podemos encontrar una reacción negativa insalvable), chequeo que debe comenzar por el médico de familia (que es el que más nos conoce) para posteriormente pasar al especialista que ya está acostumbrado a estos casos.

En tercer lugar debe aparentarse que todo sigue igual tratando de eludir “grandes acontecimientos” o situaciones que puedan ser agobiantes para nuestro familiar. En este sentido se debe actuar observando con control, pero desde lejos para así evitar que nuestro paciente perciba la situación como “carcelaria”.

Si nuestro paciente no se deja aconsejar, no atiende a razones y su conducta se hace peligrosa para el mismo y para los demás, es necesario tomar medidas enérgicas, “más vale una vez morado que cien colorado” como dice nuestro refrán. La primera fase sería contactar con el médico de zona para que venga a casa (o el 061 en aquellas poblaciones que tengan este servicio) y si aun con el médico el paciente no quiere ceder, por ejemplo, ante el ingreso en un hospital, sólo queda recurrir a la Justicia, ya que nadie puede ser conducido contra su voluntad a un centro sanitario sino es con autorización judicial, por lo que el certificado del médico lo llevaremos al Juzgado de Guardia correspondiente (como ya veremos más adelante).

## 5.2. La familia asume el reto: consejos y actitudes

Puesto que el diagnóstico de esquizofrenia de nuestro familiar es muy difícil de aceptar, una vez aceptado se ha ganado la primera gran batalla, entender que las cosas ya no van a ser las de antes y que hay que reorganizar las actividades con esta nueva incidencia.

El asumir un familiar con esquizofrenia es aceptar un reto ante lo impredecible y lo misterioso, es encajar una enfermedad de la que se sabe poco y que altera tanto la conducta de todos que es fácil llegar a perder los papeles. Es por ello que llegar a convivir con este trastorno exige un conocimiento preciso y unas actitudes entrenadas.

En primer lugar es necesario entender que “nadie tiene la culpa” de esta enfermedad, que no hay que sentirse avergonzado por la misma y que los demás (familiares, allegados, ami-



gos y compañeros de trabajo) deben aprender a aceptar con nosotros esta carga. Para ello es fundamental que hablemos del asunto con naturalidad, respondiendo todo cuanto sepamos para disipar “falsas creencias y peligros imaginarios” e intentando que nuestra vida familiar cambie lo menos posible (lo cual es muy difícil) .

Los consejos más importantes para la familia en la fase de aceptación de la enfermedad son, según la O.M.S., los siguientes:

- 1º. Tener la máxima información posible de la enfermedad y no quedarse nunca con ninguna duda, ni de la enfermedad ni de los tratamientos aplicados.
- 2º. Sintonizar con el médico lo más posible, es decir colaborar a que entre médico, enfermo y familia exista un ambiente cordial.
- 3º. Seguir las prescripciones médicas al pie de la letra e informar de inmediato de aquellas modificaciones que resulten sospechosas de que algo va mal (aun a riesgo de “ser pesados” que sin duda lo seremos) .
- 4º. Hablar con naturalidad de la enfermedad y de los problemas que nos plantea con familiares, amigos, allegados, vecinos y cuantos nos pregunten por ella, “el silencio es muy culpabilizador”.
- 5º. Evitar el aislamiento, participar en reuniones, grupos, excursiones y cuantos acontecimientos sean cotidianos, “la soledad sólo aumenta la angustia y no conduce a nada positivo”.
- 6º. Fijarse objetivos modestos y realistas con nuestro paciente. Más vale que apruebe una asignatura o escriba una página, que no haga nada.
- 7º. Evitar el enfrentamiento directo con nuestro paciente (salvo caso de máxima gravedad), y para ello recurrir si es preciso a terceras personas (el paciente con esquizofrenia a veces hace más caso a un hermano o un amigo, que a sus propios padres).
- 8º. Nunca eludir el diálogo con nuestro paciente sobre aquello que le preocupa, manifestándole en todo momento con veracidad qué es lo que padece aunque no lo entienda o no lo acepte.

### 5.3. La familia, su paciente y los profesionales

Sin un buen profesional a nuestro lado, entusiasta, preparado y dispuesto, es prácticamente imposible llegar a buen puerto.

Puesto que la esquizofrenia es una enfermedad, son los médicos aquellos profesionales que en primera línea deben asumir el tratamiento del caso y en particular los especialistas en psiquiatría, siguiendo de cerca psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas, auxiliares, monitores y así un largo etcétera.

Al psiquiatra se le debe pedir:

- a. Conocimientos actualizados y puesta al día de las últimas investigaciones.
- b. Experiencia clínica probada en la esquizofrenia.
- c. Comprensión hacia los problemas "no médicos" de la familia, y su mejor consejo.
- d. Una revisión periódica de nuestro paciente aunque todo vaya "normalmente".
- e. Que incluya espontáneamente a la familia en el proceso terapéutico.

Así mismo al psiquiatra se le debe dar:

- a. Toda la información posible.
- b. Toda la sinceridad necesaria.
- c. El apoyo incondicional a sus consejos terapéuticos.

Con un justo equilibrio entre lo que debemos exigir como familiares y lo que debemos dar, las posibilidades de que nuestro paciente mejore aumentan notablemente.





## 6. Aspectos sociales de la esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad psíquica que repercute gravemente en la conducta del paciente y en su familia y amigos, por lo que tiene muchas implicaciones de carácter social que deben saberse para poder preparar estrategias de integración y rehabilitación lo más cercanas posibles a la realidad.

### 6.1. La esquizofrenia y las leyes

Existen muchas situaciones en que la esquizofrenia tiene que ver con las leyes, ya sea por una crisis y su necesidad de ingreso, o por la "supuesta" criminalidad de la enfermedad, o porque el paciente no reconoce su enfermedad y de esta forma pueden tener limitada la capacidad para decidir y dirigir su propia vida. Vamos a dar un breve repaso a estas situaciones.



#### El internamiento de nuestro paciente

Nadie puede ser internado en un centro sanitario en contra de su voluntad y de ser necesaria esta medida, se debe requerir la **autorización judicial** previa para ello.

En el momento presente este internamiento está regulado por el **Artículo 763 y otros** de la Ley de Enjuiciamiento Civil de reciente instauración en nuestro país.

A efectos prácticos, si nuestro paciente tiene una crisis, lo primero es llevarlo al servicio de urgencias del hospital más cercano donde se valorará la necesidad del ingreso y, si ello

resulta necesario, el propio hospital pedirá la autorización judicial, para lo cual tiene un plazo máximo de 24 horas, tras las cuales el Juzgado debe decidir, por escrito, en un plazo nunca superior a las 72 horas después de oír al paciente, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona relevante en el caso, ya que al fin y al cabo cualquier internamiento es un **acto médico** y su motivación es siempre terapéutica y no represiva.

Si el ingreso no es urgente, la familia deberá acudir al juzgado de su demarcación a pedir la autorización previa al ingreso, la cual suele darse si el médico forense así lo cree. En grandes ciudades como Madrid, Barcelona y Sevilla existen ya juzgados especializados en esta problemática, que se irán extendiendo por el resto de España.

El paciente saldrá del hospital o Centro Sanitario cuando el médico especialista considere que la enfermedad ha remitido o está estabilizada, para lo cual deberá extender un **alta médica** y comunicárselo al Juzgado que autorizó el ingreso.

Un problema de importancia es cuando nuestro paciente **no quiere ir al hospital**, ya que nadie puede obligarle por la fuerza si no es con una autorización judicial. En este caso y si hay graves riesgos para él mismo o para otras personas, puede recurrirse inclusive a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, que si bien no están obligadas a dicho transporte, si lo están a ayudar inclusive a la contención del paciente o acompañarlo.

Antes de ejercer estas medidas hay que “quemar todos los cartuchos” incluyendo a veces frases no del todo ciertas para convencer por las buenas a nuestro familiar de que es aconsejable ir al hospital, cosa que él es el último en admitir.

### **La incapacitación**

Existe un procedimiento por el cual el Juez mediante una Sentencia, puede incapacitar legalmente a nuestro paciente, nombrando un **tutor legal**, que a todos los efectos representará civilmente al mismo y que no siempre tiene que ser una persona física (un padre, hermano u otras), sino que puede serlo una jurídica (Fundación, Asociación de Familiares, y la propia Administración) .

Este procedimiento se contempla en los Artículos 199 y 200 del Código Civil y en los Artículos 756 a 762 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Cualquier persona podría poner en conocimiento del Ministerio Fiscal aquellos hechos de nuestro paciente que pudieran determinar su incapacitación, aunque lo normal es que lo hagan los parientes directos, el propio Fiscal o los que ejercen aun la patria potestad en el caso de menores de edad (padres).

La incapacitación se concibe siempre como una figura de protección del paciente y no como algo represivo.

Esta situación que requiere siempre la ayuda de abogados, puede ser necesaria si nuestro enfermo es incapaz de gobernar sus bienes o plantea problemas graves contra sí mismo o contra terceros y aunque lleva tiempo, al final es beneficiosa para el mismo, en particular para eludir su responsabilidad penal, para que la Justicia sea la garante de que sus bienes son bien manejados y no hay abusos e incluso para representar al paciente ante un eventual trabajo remunerado.

### **Criminalidad de la persona con esquizofrenia**

Como todas las cosas desconocidas, la sociedad siempre ha culpado de aquellos desmanes y crímenes a personas marginales o a “locos”, generándose una idea popular **totalmente errónea** de que las personas con esquizofrenia son personas muy peligrosas.

En estudios muy rigurosos se ha comprobado reiteradamente que apenas un 3% de los pacientes que padecen una esquizofrenia pueden cometer delitos de sangre, y “cosa curiosa” siempre suele darse el caso en aquellos sujetos sin familia, sin tratamiento o desamparados.

Eso sí, en estos casos la persona en pleno delirio puede cometer delitos horribos sobre todo porque le vienen impuestos por voces imaginarias o por ideas paranoides de que sobre él se cierne un gran peligro que amenaza su vida.

El mayor riesgo que tiene una persona con esquizofrenia es para él mismo y sus familiares y, de hecho, la mayoría de los desmanes acaecidos por estos pacientes siempre recaen en familiares directos.

De igual manera cuando es juzgado un paciente en estas condiciones siempre suele ser declarado **inimputable**, es decir se le exime de las penas de privación de libertad a cambio de medidas terapéuticas ya sea en régimen de internamiento o ambulatorio, ya que prácticamente siempre su conducta no es libre.

## Otras cuestiones legales

Existen otros aspectos de interés legal que vamos a relatar brevemente.

En primer lugar la legislación dice claramente: “No hay matrimonio sin consentimiento matrimonial...” (**Artículo 45 del Código Civil**), de lo que se deduce que si el consentimiento no es ejercido libre y con conocimiento completo de la trascendencia del hecho, aquellas personas con esquizofrenia en fase activa estarían incurso en este punto, si bien esto no sería de aplicación en el resto de casos.

Así mismo, la **Ley Orgánica 10/1995** despenalizó la esterilización del incapaz, y en el Artículo 156 del nuevo Código Penal dice: «no será punible la esterilización de persona incapacitada que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquella, tomándose como criterio rector el de mayor interés del incapaz, haya sido autorizada por el Juez, bien en el mismo procedimiento de incapacitación, bien en un expediente de jurisdicción voluntaria, tramitado con posterioridad al mismo, a petición del representante legal del incapaz, oído dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz», con lo que queda abierta la posibilidad de promover dicha esterilización con autorización judicial y para poder disfrutar de la sexualidad sin el riesgo de tener hijos a los que difícilmente se va a poder educar. A pesar de ser polémico el artículo citado, se dan todas las garantías legales para su utilización y en cierto sentido podría entenderse incluso como la concesión del derecho a la esterilización también a los enfermos psíquicos.

Respecto a la **testamentación**, el **Artículo 663 del Código Civil** dispone que aquellas personas que no “estuvieran en su cabal juicio” no podrán testar, para evitar irregularidades que de otra manera se darían y que presumiblemente harían daño sobretodo a nuestros pacientes.

Finalmente y puesto que ya no existe el llamado Servicio Militar Obligatorio, en el momento actual aquellas personas (hombres o mujeres) afectadas de esquizofrenia, estarían dentro del Cuadro Médico de Exclusiones del Ejército (Profesional) y no podrían optar a esta vía laboral, amen del peligro de la utilización de armas de fuego inherentes a este trabajo.

## 6.2. La esquizofrenia y el mundo laboral

A nadie se le escapa que en una sociedad con aproximadamente 1.500.000 de parados “normales”, la posibilidad de que nuestro familiar con esquizofrenia trabaje es remota, pero no imposible como estamos viendo en algunas empresas concienciadas con el problema y en aquellas actividades promovidas desde el seno de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales.

Además para nuestro paciente tener el tiempo ocupado es algo tan beneficioso que va a condicionar incluso la evolución de la propia enfermedad.

Si el trabajo es remunerado y el paciente está incapacitado, será el tutor el que disponga de las nóminas mensuales ya que uno de los principales problemas de nuestros enfermos es que no saben controlar sus gastos. Si no está incapacitado no es ninguna tontería que hablemos con el encargado para avisarle de las peculiaridades de su trabajador.

Si conseguimos que nuestro enfermo cotice a la Seguridad Social durante los años preceptivos, podríamos tener finalmente una pensión o podría plantearse, llegado el caso, una invalidez laboral absoluta.

## 6.3. La esquizofrenia como discapacidad: un problema económico

Un problema de primera categoría es el gasto que supone nuestro paciente y que muchas veces merma la disponibilidad familiar por lo que hay que conocer todas y cada una de las posibles de ayudas económicas, a las que vamos a dar un breve repaso, teniendo muy en cuenta que para ser beneficiario de estas prestaciones es indispensable tener reconocida la **Calificación de minusvalía**, que dicta una Comisión Técnica Calificadora (hoy Centros Base de los Servicios Sociales de cada Comunidad Autónoma) y que desde un 33% de minusvalía dará reducciones en materia fiscal y ayudas en lo laboral (bolsas de empleo para minusválidos), y a partir de un 65% de dicha minusvalía se podrá acoger a una ayuda económica (**pensión no contributiva que gestiona cada Comunidad Autónoma**).



Si los padres viven, sólo cabe la correspondiente desgravación en la declaración de la renta por mantener un hijo minusválido, recientemente aumentada para las declaraciones de la renta del año 2001, y la ya mencionada **pensión no contributiva**.

Cuando los padres fallecen, el paciente tendría acceso a la llamada **pensión de orfandad total** y a poseer como titular la cartilla de la Seguridad Social.

Como a pesar de estas ayudas el dinero siempre se queda corto, muchos padres en sus testamentos dejan beneficiados a sus pacientes enfermos lo que se rige a los efectos generales por el Código Civil o por aquellos fueros especiales en determinadas Comunidades Autónomas. Este beneficio debe ir acompañado del nombramiento de un albacea o administrador o de la voluntad de los fallecidos sobre quien consideran que debe ser el próximo tutor en el caso de que el paciente estuviera incapacitado legalmente.

Quizás cabría la posibilidad privada de establecer una **póliza de jubilación** en una compañía de seguros, siendo el beneficiario nuestro paciente, o simplemente ampliar y extender los correspondientes planes de pensiones al familiar enfermo.

## 7. El apoyo a las familias: un reto

En los últimos años las familias de los enfermos mentales se han ido uniendo paulatinamente como otros colectivos de personas discapacitadas para reivindicar una sensibilización social a su problema, promover iniciativas novedosas y cubrir aquellos huecos que las Administraciones tanto Central como Autonómicas no han cubierto.

Así es como han nacido en los últimos años hasta 151 entidades, 15 federaciones autonómicas y una Confederación Estatal F.E.A.F.E.S. (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales), que agrupan un colectivo de aproximadamente casi 30.000 familias que buscan el consuelo, el apoyo mutuo y el compartir sensaciones y experiencias que las redes sanitarias (tan necesarias) más tecnicizadas no han sabido comprender.

Inclusive actualmente la propia F.E.A.F.E.S. pertenece a su vez a EUFAMI que es la Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales y que lidera en el mundo occidental, con gran éxito, esta iniciativa valiente y necesaria.

Es tan importante el reto que incluso la propia Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ha fijado estrategias y guías para la buena organización de estas Asociaciones, que a manera de O.N.G. (Organizaciones No Gubernamentales) se han fijado como objetivo motivar a las sociedades y sensibilizarlas para que el enfermo mental deje de ser "un mal sueño" en una sociedad que no le comprende, para que los ciudadanos sepan que nadie está libre de padecer una enfermedad de este tipo, y sobre todo para concienciar a los dirigentes y a los profesionales que los problemas del enfermo mental tienen un enfoque peculiar y muy distinto fuera de los despachos oficiales y de los centros sanitarios.



## 8. Conclusiones

El contenido de los apartados anteriores podría resumirse en las siguientes reflexiones y consejos prácticos:

- \* Infórmese sobre la enfermedad que padece su familiar. La persona que mejor puede informarle es su psiquiatra.
- \* Asegúrese que el paciente cumple las medidas terapéuticas recomendadas y toma correctamente la medicación que se le ha recetado. Los medicamentos no son simplemente sedantes, sino fármacos que ayudarán al paciente a no alejarse de la realidad, a superar su angustia y a normalizar su conducta.
- \* Aprenda a reconocer los síntomas previos a una crisis y contacte con el psiquiatra si estos aparecen. Cuanto antes se ponga fin a la crisis mejor pronóstico.
- \* Comuníquese con el enfermo con frases cortas y claras acompañadas de expresiones naturales y relajadas. Nunca utilice frases ambiguas y disimule su propia tensión.
- \* Permita que el paciente se aisle algunas veces. Si se le estimula en exceso puede agobiarse y ser contraproducente.
- \* Defina por adelantado el límite tolerable para Ud. y su familia de una conducta inapropiada de su familiar enfermo y como resolverla. Es decir, sea siempre previsor.
- \* Acondicione las obligaciones y exigencias del paciente a su capacidad según la fase de la enfermedad. Es decir, no le pida más de lo que puede dar en un momento dado.



- \* No sobreproteja al paciente. Cuantas más cosas que él pueda hacer las haga Ud., más limita sus capacidades y más cómodo le hace.
- \* No olvide nunca el bienestar del resto de su familia y de usted mismo. Una familia agotada, tensa o sobrepasada es el peor ambiente para un paciente con esquizofrenia y ensombrece su mejoría.

## 9. Epílogo

- 1ª. La esquizofrenia es un grave trastorno o enfermedad de la mente que afecta en España a casi 300.000 personas y que altera notablemente al paciente y a su familia y, por lo tanto, requiere ayuda médica especializada (psiquiatría), psicológica y social.
- 2ª. Que para mitigar esta enfermedad es preciso fundamentalmente **información completa, entrenamiento adecuado, comprensión a manos llenas y ayuda de todos.**
- 3ª. Que la familia, hoy por hoy, es el lugar donde permanece la persona con esquizofrenia y sobre ella recae el mayor peso de la asistencia al mismo, por lo que ayudar a la familia es ayudar al paciente, y
- 4ª. Que junto con la ayuda e información profesionales imprescindibles, es muy beneficioso el agruparse en Asociaciones de Auto-Ayuda, para motivar y motivarse, para animar y autoanimarse y, lo que es más importante, para hacer ver al resto de la sociedad, a particulares y a instituciones que el paciente con esquizofrenia es un paciente más al que hay que ayudar sin prejuicios y con esperanza.



## 10. Lecturas recomendadas

A continuación se han seleccionado unas lecturas que amplían lo aquí tratado y que pueden ser de utilidad.

1. Anderson C, Reiss D y Hogarty G.  
**Esquizofrenia y familia**  
Ed. Amorrortu, 1988
2. Cabrera Forneiro J y Fuertes Rocañin J.Carlos.  
**La enfermedad mental ante la Ley**  
Ed. ARAN S.A., Madrid, 1994
3. Cabrera Forneiro J y Fuertes Rocañin J. Carlos  
**Psiquiatría y Derecho dos ciencias obligadas a entenderse**  
Ed. Cauce. Madrid. 1997
4. Cabrera Forneiro J y Carrillo Nuñez M<sup>a</sup> Angeles  
**Aspectos médico legales y sociales del paciente con esquizofrenia**  
Ed. AMAFE, C/Ruiz Perelló, 7, Madrid, 1997
5. Colodron A.  
**Las esquizofrenias**  
Ed. Siglo XXI, Madrid, 1990
6. Geiser Max  
**Diagnóstico-Adaptación y Convivencia en la Esquizofrenia**  
Ed. AMAFE, Madrid, C/Ruiz Perelló 7, 1992
7. O.M.S.  
**Información para las familias sobre la Esquizofrenia**  
Ed. en castellano Consejería de Sanidad de Asturias, Oviedo, 1994
8. Rebolledo S y Lobato M<sup>a</sup>J.  
**Cómo afrontar la esquizofrenia**  
Ed. Fundación ONCE, Madrid, 1994