



“ESQUIZOFRENIA: Principales novedades terapéuticas y la importancia de la adherencia”

*Disertante: Dr. Aníbal Goldchluk, jefe de servicio de Consultorios Externos del Hospital Borda

- Fecha: 22 de Junio de 2010

Una de las cuestiones más relevantes sobre la esquizofrenia es que se trata de una enfermedad que dura toda la vida. Si bien se dice que tiende a mejorar luego de los 35 o 40 años, lo cierto es que siempre alguna manifestación de ella estará presente a lo largo de la vida.

Esto implica un alto grado de afectación funcional que es tal vez la parte más dolorosa, por los problemas que genera desde el punto de vista de la familiaridad y el contacto con “el otro”. Por eso la cuestión de las novedades y el hecho de pensar qué podemos hacer para ayudar a los pacientes siempre genera mucho interés.

No obstante, si yo tuviera que referirme exclusivamente a la cuestión terapéutica les diría que **no hay grandes novedades**, más allá de algunos fármacos que se están investigando, desarrollando y abriendo paso en el mercado, pero que por ahora no son una realidad (o si la son no imponen grandes variaciones), debido principalmente a la inversión en términos de desarrollo y reclutamiento que implica la creación de una nueva droga.

Pero a no desalentarse porque en la actualidad los fármacos, más precisamente los psicofármacos son sólo uno de los dos principales recursos que tenemos a mano para tratar la esquizofrenia, y en los cuales uno piensa cuando el objetivo es curar y aliviar los síntomas. ¿El otro?: los tratamientos psicosociales, tanto los de interacción individual como los comunitarios.

Las internaciones por su parte pueden ser utilizadas para tratar aspectos conductuales de la enfermedad que escapan a la situación de convivencia, pero es un recurso, por decirlo de alguna forma, secundario y puntual.

LA ADHERENCIA, EL GRAN OBJETIVO

Debido a la carencia de nuevas drogas en experimentación y ante la ausencia de grandes avances lo que se buscan son nuevos objetivos, y entre éstos se destaca la **adherencia**. Pero, ¿qué es la adherencia?.

Es el cumplimiento, o mejor dicho el compromiso de cumplir y de seguir estrictamente un tratamiento. **Este concepto es sumamente importante porque en la medida que hay un mayor cumplimiento -no sólo de lo farmacológico sino de todas las instancias del tratamiento- que es posible experimentar una mejoría en cuanto a la evolución de los síntomas.**

Además, la adhesión posibilita el incremento de la funcionalidad. Es decir que la persona que tiene esquizofrenia vuelve a tener la capacidad de desenvolverse, de relacionarse con las demás personas y de interesarse por formar parte de actividades sociales, culturales o educativas.

Entonces, el cumplimiento del tratamiento está directamente relacionado con la evolución sintomática y funcional del paciente.

El beneficio extra de todo esto –y por eso desde los múltiples recursos disponibles se busca con tanto énfasis llegar a incrementar el cumplimiento- pasa por evitar el crecimiento del daño cerebral que se genera cada vez que el paciente tiene una recaída.

De manera que garantizando el tratamiento estamos cerrando muchas de las puertas que se abren en este tipo de patologías que afectan el cerebro y que poseen carácter crónico.

En cuanto a las herramientas, lo positivo es que la búsqueda de la adherencia no se lleva a cabo únicamente con medicamentos, sino que además existen otros recursos que integran lo que es un **plan terapéutico completo**, entre los que se destacan las diferentes técnicas de abordaje, de acercamiento, de conexión y de compañía, que tienden a que el paciente se familiarice con su enfermedad.

En este punto vale aclarar que en líneas generales **siempre es conveniente que la persona sepa qué le está pasando**. Es decir que más allá de lo que algunos terapeutas sostengan (por ejemplo que ponerle un nombre a una situación puede resultar estigmatizante), es importante que el paciente sepa que tiene esquizofrenia. **No obstante, dar la información no significa no administrarla o dosificarla, pues no es conveniente brindar esa clase de información cuando la persona está descompensada o en medio de una crisis, sino que es preferible elegir un momento en el cual pueda comprender el diagnóstico y comenzar a trabajar para mejorar su cuadro.**

Para todo esto es importante que los médicos estén informados y en tema; punto en el cual entran a jugar las asociaciones como APEF que pueden actuar como reguladoras y en algún punto educadoras.

LOS EFECTOS SECUNDARIOS Y LA PSICOEDUCACIÓN

Lamentablemente muchas veces la cuestión de la adherencia queda ligada al temor que generan los efectos secundarios, que forman parte de la enfermedad pero que gracias a los avances farmacológicos han ido cambiando a lo largo de los años.

Es cierto: la adherencia implica el cumplimiento de un tratamiento, pero esto no quiere decir que deba seguirse ante cualquier circunstancia. **Lo importante es que ustedes sepan que hay entre 20 y 25 opciones de fármacos diferentes, y que alguna de ellas tiene que ser adecuada para la persona que padece la enfermedad.** Entonces, bajo ningún concepto hay que “cerrarse” y sostener la administración de una droga cuando los efectos no son los adecuados.

¿Otra verdad innegable?: Aprender sobre todo esto no es tarea sencilla. Por eso a veces resulta necesario echar mano a otro de los recursos que actualmente está disponibles: **la psicoeducación.**

Considerada una opción para el paciente en segundo término y para su grupo familiar en primero, el foco de esta técnica está puesto en entender las manifestaciones extrañas, incomprensibles y dramáticas que son parte de una sintomatología mental que la persona esquizofrénica padece, pues cuánto más informado esté el grupo familiar, mucho mejor será la intervención.

Es importante tener en mente que ninguna de las manifestaciones conductuales que puede tener una persona con esquizofrenia conlleva la intencionalidad de molestar a nadie, sino que hay un padecimiento, un trastorno que afecta al cerebro y lo enferma como podría hacerlo con el estómago, los pulmones o el corazón.

Dentro de la psicoeducación hay muchas formas de psicoterapia: desde las comunes e individuales que son muy relevantes pero que deben estar reguladas para evitar la dependencia, hasta lo que nosotros en el Hospital Borda hemos desarrollado (que es una de las cosas más lindas que podemos hacer): los grupos terapéuticos de pacientes que padecen esquizofrenia.

Éstos son encuentros de 6, 7, 8 o 9 personas que tienen una reunión quincenal, mensual o semanal para discutir aspectos claves de su enfermedad: cómo la viven, de qué manera sienten el desarraigamiento de la sociedad, cómo viven el estigma de padecer esquizofrenia, cómo mantienen sus relaciones familiares, cómo les cae el hecho de tener que tomar medicación en forma permanente, etc.

DIMENSIONES COMPROMETIDAS

Seguramente han escuchado que en el amplio universo de la esquizofrenia hay muchos síntomas o manifestaciones. Los más relevantes son los...

- **Síntomas psicóticos**: tienen que ver con la distorsión de la realidad, con el delirio, con las alucinaciones.
- **Síntomas desorganizativos**: se manifiestan a través de la conducta, en el desorden, en los afectos, en la imposibilidad de expresar ideas coherentemente.
- **Síntomas negativos**
- **Síntomas cognitivos**

Si bien los cuatro afectan porciones del cerebro ampliamente comprometidas, los dos últimos –negativos y cognitivos- son los más gravosos porque para su abordaje hay pocos recursos disponibles; pero además porque conforman lo que vulgarmente se conoce como **“el defecto de la esquizofrenia”**, y que se materializa en el cambio brusco en la forma de ser que experimentan quienes sufren esta afección.

Puntualmente los síntomas negativos, por ejemplo, se relacionan con el desgano, la falta de motivación, el estar todo el día tirado en la cama; mientras los cognitivos tienen que ver con la dificultad para prestar atención, aprender, emitir un juicio de valor, una opinión o sencillamente orientarse.

La buena noticia respecto a esto es el desarrollo de la llamada **Técnica de las habilidades sociales**, que si bien en nuestro país aún no posee mucha divulgación, sí se utiliza en otros países y le ha brindado a los pacientes la posibilidad de aprender cuestiones básicas como la manera de comportarse o manejarse en una reunión social. **Esto sin duda no sólo contribuye a eliminar el grado de alineación que genera el sentirse aislado o imposibilitado, sino que además mejora notablemente la vida de convivencia.**

Hay que remarcar que si bien los fármacos, la psicoterapia, la educación de la familia y las técnicas de desarrollo no pueden hacer que la enfermedad se cure, en la actualidad gracias a toda esta enorme batería de recursos sí es posible brindarle una mejor calidad de vida a las personas que tienen esquizofrenia, además de ayudarlos a vivir más integrados en la sociedad.

LA IMPORTANCIA DEL SINDROME METABÓLICO

Cuando se descubrieron los psicofármacos que actualmente todos los médicos utilizamos, lo primero que se advirtió fue que producían lo que se denominan **efectos secundarios extrapiramidales**.

Entre éstos se cuentan los trastornos motores en la musculatura (temblores o rigidez a menudo caracterizados como parkinsonismo farmacológico) y las distonías. Todos estos movimientos involuntarios anormales al principio constituían para nosotros una suerte de “coco” que había que evitar bajo todo concepto. Inclusive alguna vez se dijo que los antipsicóticos eran medicamentos que producían enfermedades neurológicas para poder curar patologías psiquiátricas.

No obstante, con el tiempo y como les decía antes los efectos colaterales de la enfermedad fueron variando, en parte porque aparecieron los antipsicóticos y los “cocos” a enfrentar fueron otros.

En la actualidad el más relevante es el **Síndrome Metabólico (SM)**, un conjunto de factores de riesgo caracterizado por la alteración de algunos parámetros biológicos: los triglicéridos, el colesterol, la obesidad –medida sobre todo a nivel del aumento de la circunferencia de cintura- la hipertensión arterial y la insulinoresistencia.

Estas alteraciones orgánicas, en el caso de las personas con esquizofrenia están íntimamente relacionadas con la acción de los psicofármacos. **Es decir que ya no tenemos en nuestros pacientes síntomas extrapiramidales, pero si no trabajamos para controlar el SM estaremos acortando la vida debido a la mayor propensión a desarrollar comorbilidades que ellos presentan.**

Otra de las particularidades del síndrome metabólico es que a diferencia de los síntomas extrapiramidales, por su complejidad, es más difícil de abordar pues se resuelve principalmente con dos cosas que ninguno de nosotros cumple adecuadamente, y mucho menos una persona que padece esquizofrenia: dieta y ejercicio físico.

¿LA ESQUIZOFRENIA SE HEREDA?

Esta es una pregunta muy habitual. Hoy desde los conocimientos médicos con los que contamos puedo decir que existe en la enfermedad un componente hereditario que es transmitido por los genes que la caracterizan, pero que está presente en el 50 o 60 por ciento de los casos. Es decir que hay un 40 por ciento de cuadros que no tienen que ver con la información genética y que por ende responden a la definición de enfermedad plurí o multicausal que posee la esquizofrenia.

Por otro lado, respecto a la comparación, se estima que un niño cuyos padres tienen esquizofrenia posee sólo entre 7 y 10 por ciento más probabilidades de padecer la misma afección que sus progenitores; mientras que uno cuyos padres son sanos tiene un 1 por

ciento. Es decir que si bien las posibilidades de que los chicos hereden la enfermedad (no nazcan con ella) son mayores, no son absolutas.

Por último es importante mencionar que la diferencia entre heredar y nacer pasa porque aún habiendo obtenido la información genética de sus padres, cuando un niño posee esquizofrenia no la manifestará en sus primeros días de vida, sino muy probablemente durante su adolescencia.

De hecho, la cuestión de cómo una enfermedad cerebral puede permanecer latente tantos años ha generado numerosas investigaciones médicas y aún continúa siendo un misterio.

DATOS IMPORTANTES PARA TENER EN CUENTA:

- La esquizofrenia es una enfermedad que predomina en hombres. Más precisamente es 1,5 más frecuente en hombres que en mujeres.
- Las mujeres en general padecen formas más benignas de esquizofrenia.
- La esquizofrenia es una enfermedad que no afecta la inteligencia.
- Hoy el principal objetivo de los especialistas pasa por conseguir mejores recursos para aliviar el dolor que genera esta afección, y mejorar su pronóstico y evolución a largo plazo.
- Este concepto va en consonancia con el de adherencia pues los especialistas afirman que cuando un paciente encuentra mejorías, eso genera aún más ganas de seguir el tratamiento y continuar con la medicación.
- De hecho, luego del **plazo en el cual un medicamento debe probar su eficacia** (por lo general es de 6 u 8 semanas), comienza la **etapa o tratamiento de mantenimiento** que tiene como finalidad evitar las recaídas, y que probablemente se extienda toda la vida.
- A corto plazo uno de los principales objetivos es el estudio de la **fase prodrómica**, es decir todo aquello que pasa a nivel interno antes que los síntomas de la esquizofrenia se manifiesten en lo externo. Por eso resulta vital informar e ir a las escuelas, para poder brindarle conocimientos a los chicos de cuarto y quinto año que son los que están viviendo la etapa en la cual la enfermedad se manifiesta.
- En la Argentina, al igual que ocurre en muchos países del mundo, la intención de quienes intervienen en el abordaje de la esquizofrenia pasa por el desarrollo de un proyecto que pueda transformar los grandes hospitales psiquiátricos (que a menudo se manejan como asilos) en centros de día o casas de convivencia. Lamentablemente y más que nada por una cuestión de recursos económicos, eso aún está lejos de ser una realidad.