Artículos de revisión

La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la tecnología y la sociedad

Schizophrenia: a Look from Science, Technology and Society

Dinorah Janet Torres Lugo[1] Iván Castillo Ledo[1] Iriam Rojas Díaz[1] Antonio Masot Rangel[2] Silvia Janet Masot Torres[3] Ana Esther Cabrera Pérez[1]

[1] Policlínico Comunitario Docente Raúl Suárez, Rodas, Cienfuegos, Cuba
[2] Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba
[3] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Torres-Lugo D, Castillo-Ledo I, Rojas-Díaz I, Masot-Rangel A, Masot-Torres S, Cabrera-Pérez A. La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la tecnología y la sociedad. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2022 [citado 2026 Nov 12]; 12(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1173

Resumen

La esquizofrenia es probablemente el trastorno más enigmático y trágico que tratan los psiquiatras, y quizás, el más devastador. Se manifiesta en la juventud, por lo que los pacientes esquizofrénicos normalmente viven muchos años después del inicio de la enfermedad y continúan padeciendo sus efectos sin poder llevar una vida completamente normal. Se realizó una revisión bibliográfica para la cual se emplearon los recursos disponibles en Infomed, específicamente en las bases de datos EBSCO, SCIELO y libros de textos de autores cubanos y extranjeros. Se aplicó el método analítico-sintético y se revisaron 18 artículos científicos. Se expusieron los elementos que abordan el desarrollo histórico- cultural de la esquizofrenia desde la perspectiva de la ciencia, la tecnología y la sociedad. Se realizó esta revisión con el objetivo de contribuir al conocimiento sobre el desarrollo histórico cultural de la esquizofrenia, teniendo en cuenta las teorías que ha desarrollado el hombre a través de la ciencia para explicar la aparición de la enfermedad y la importancia de los factores sociales en la aparición, evolución y rehabilitación de este padecimiento.

Palabras clave: esquizofrenia, evolución clínica, rehabilitación, conocimientos, actitudes y prácticas en salud

Abstract

Schizophrenia is probably the most enigmatic and tragic disorder that psychiatrists treat, and perhaps the most devastating. It manifests itself in youth, so schizophrenic patients usually live many years after the onset of the disease and continue to suffer from its effects without being able to lead a completely normal life. A bibliographic review was carried out using the resources available in Infomed, specifically in the EBSCO and SCIELO databases and textbooks by Cuban and foreign authors. The analytical-synthetic method was applied and 18 scientific articles were reviewed. The elements that address the historical-cultural development of schizophrenia from the perspective of science, technology and society were exposed. This review was carried out with the aim of contributing to the knowledge about the historical cultural development of schizophrenia, taking into account the theories that man has developed through science to explain the appearance of the disease and the importance of social factors in the appearance, evolution and rehabilitation of this condition.

Key words: schizophrenia, clinical evolution, rehabilitation, knowledge, attitudes and practices in health

Recibido: 2022-05-04 09:47:46
Aprobado: 2022-08-14 17:16:51

Correspondencia: Dinorah Janet Torres Lugo. Policlínico Comunitario Docente Raúl Suárez. Rodas. Cienfuegos. antoniomr@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la psicosis es una de las enfermedades psiquiátricas más incapacitantes. La mayoría de los casos se diagnostican en sujetos entre los 20 y 25 años de edad. Por este motivo, la aparición de la enfermedad en esta etapa de la vida implica un fuerte impacto negativo en la vida social, laboral y afectiva y en un momento de máxima potencialidad del individuo. Estas consecuencias causan sufrimiento para la sociedad, los pacientes y sus familias. Por otra parte, los tratamientos que reciben los pacientes también pueden contribuir a magnificar el problema, especialmente si se presentan los efectos secundarios motores debilitantes que se derivan de la administración de determinados antipsicóticos.[1,2,3]

La esquizofrenia afecta a todos los países del mundo y se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años. Es un trastorno complejo, en el que están implicados numerosos factores: genéticos, neurobiológicos, neuroquímicos, neuropsicológicos y ambientales.[4]

Hoy se conoce que su incidencia en la población general es del 1 % y es estable entre los diferentes sexos, culturas, niveles socioeconómicos y el color de la piel. Los hombres suelen presentar un inicio más temprano de la enfermedad (entre los 15 y los 25 años) que las mujeres (entre los 25 y los 35 años), un peor pronóstico y una peor respuesta al tratamiento farmacológico. En España serían más de 400.000 las personas afectadas de esquizofrenia. Esta cifra aumentaría anualmente entre 400 y 2.800 nuevos casos.[1,2,3,5]

Los estudios han demostrado un aumento de la mortalidad en los pacientes con esquizofrenia, debido al suicidio y los accidentes. Los pacientes con este padecimiento poseen un riesgo elevado de conducta suicida. Aproximadamente una tercera parte de estos pacientes intenta suicidarse y 1 de cada 10 lo logra. Entre el 2 y el 3 % de los suicidios consumados son llevados a cabo por esquizofrénicos. Estudios recientes revelan que los pacientes esquizofrénicos y los afectos de otros trastornos mentales graves muestran tasas relativamente altas de conducta violenta y criminalidad.[1, 2]

Estos pacientes utilizan una parte desproporcionada de los servicios médicos y psiquiátricos, el 16,4 % de los tratamientos que recibe la población se dirigen a la esquizofrenia, pero esta representa el 47,6 % de los ingresos psiquiátricos en unidades de día y el 36,9 % de los nuevos ingresos en los hospitales estatales. Los pacientes esquizofrénicos de 65 años o más utilizan una parte desproporcionada de los días de hospitalización, especialmente en los centros estatales, mientras que los pacientes entre los 25 y los 44 años tienen una mayor tasa de hospitalización por episodios agudos.[1,2]

Por esta razón, la sociedad ha intentado y continúa buscando las posibles etiologías de la esquizofrenia y tratamientos más eficaces, utilizando todos los avances de la ciencia y la técnica con el objetivo de prevenir, tratar y rehabilitar a quienes la padecen y así lograr una mejor calidad de vida de estos pacientes

Se realizó una revisión bibliográfica actualizada en la que se emplearon los recursos disponibles en Infomed, específicamente en las bases de datos EBSCO, SCIELO y libros de textos de autores cubanos y extranjeros. Aplicando el método analítico- sintético. Se revisaron 18 artículos científicos.

El presente estudio tuvo como objetivo contribuir al conocimiento sobre el desarrollo histórico-cultural de la esquizofrenia, teniendo en cuenta las teorías que ha desarrollado el hombre a través de la ciencia para explicar la aparición de la enfermedad y la importancia de los factores sociales en la aparición, evolución y rehabilitación de este padecimiento.

DESARROLLO

La esquizofrenia y su desarrollo histórico cultural

El concepto de locura ha existido desde tiempos antiguos. Los primeros datos que pueden tener relación con síntomas psicóticos datan del 2000 antes de nuestra era, en el Libro de los corazones, como parte del antiguo Papiro de Ebers, sin embargo, una reciente revisión de la literatura recopilada desde la Antigüedad comprobó que, mientras la población general probablemente tenía conocimiento de los trastornos psicóticos, no había en aquellas comunidades ningún cuadro definido que fuese equiparable a los criterios modernos de diagnóstico de esquizofrenia.[6,7]

Son muy escasos los registros en la historia anteriores a 1800 de testimonios de cuadros

parecidos a esta enfermedad, aunque sí eran frecuentes los relatos sobre conductas irracionales, incomprensibles, o descontroladas, sin embargo, nunca se llegó a describir algo que se parezca a la esquizofrenia, al menos con la frecuencia con que se encuentra hoy, quizás porque puede haber estado oculta en los textos históricos dentro de conceptos afines, como la melancolía o la manía.[6,7]

Se suelen considerar como los primeros casos de esquizofrenia aparecidos en la literatura médica y psiquiátrica del pasado un informe detallado de 1797, del caso de *James Tilly Matthews*, y también las descripciones publicadas por el francés *Philippe Pinel* en 1809. En realidad, la historia de la esquizofrenia como entidad nosológica es muy reciente. En 1853, el psiquiatra francés *Benédict Morel* acuñó el término: "demencia precoz, para describir un trastorno mental que afectaba a adolescentes y adultos jóvenes y que con el tiempo evolucionaba a un deterioro del funcionamiento mental, y a la incapacidad del sujeto, en contraposición con la demencia clásica, asociada a la senilidad".[6,7]

En 1853 *Reynolds* publicó un artículo sobre los síntomas de la enfermedad. En 1875 para *Jackson*, en el mundo de la neurología, los síntomas negativos eran producidos por una lesión, mientras que los síntomas positivos eran ocasionados por tejido no dañado que trataba de compensar las pérdidas, ocasionando en último término un desequilibrio.[6,7]

En 1871 *Ewald Hecker* se refirió al mismo síndrome de demencia juvenil como hebefrenia, destacando su rápida evolución hacia la estupidez, embrutecimiento y desorganización de las funciones psíquicas. Tres años más tarde *Karl Kahlbaum* observó otra forma de alienación mental caracterizada por trastornos motores, sensoriales y mutismo que denominó catatonia.[6,7]

Posteriormente, en 1886, el alemán *Heinrich Schule*, y más tarde, *Arnold Pick* en 1891, utilizaron el término, demencia precoz, en un informe sobre un caso de trastorno psicótico.

El enfoque contemporáneo del concepto de esquizofrenia se inició en 1887 con *Emil Kraepelin*, que estableció una amplia separación en la clasificación de los trastornos mentales entre la demencia precoz y los trastornos de estado de ánimo, y llegó también a la conclusión en 1898 de que la hebefrenia y la catatonia eran subtipos de una sola enfermedad.[6,7]

Emil Kraepelin, después de abundantes observaciones de sus pacientes, consiguió sistematizar una buena cantidad de entidades psicopatológicas que estaban confusas hasta entonces y distinguió una forma de «demencia» que aparecía en los jóvenes, separándola de otras formas de enfermedad mental. Describió el curso a lo defectual y el temprano inicio de esta forma de demencia precoz.[6,7]

Años más tarde se puso de manifiesto que el trastorno descrito como demencia precoz no conduce necesariamente a un deterioro mental, ni solo afecta a personas jóvenes, y en 1908 el psicólogo suizo *Eugen Bleuler,* sugirió que el nombre era inadecuado, porque el trastorno no era una demencia, es decir, no llevaba necesariamente a un deterioro de funciones mentales como en la demencia tipo enfermedad de Alzheimer; muchos pacientes sí mejoraban y además, ocasionalmente se iniciaba en personas maduras. Por lo que la denominó esquizofrenia e hizo grandes aportes a la clínica de la enfermedad.[6,7]

De Clérambault introdujo por primera vez en el ámbito psiquiátrico la clasificación que distinguía entre síntomas negativos y positivos en 1942.

Durante la primera mitad del siglo XX, la esquizofrenia se consideró un cuadro hereditario, cientos de pacientes fueron esterilizados, con o sin consentimiento en la Alemania nazi, los Estados Unidos y los países nórdicos. Otros fueron asesinados en el régimen nazi como parte del programa *Aktion* T4. Desde la semiología, *Klaus Conrad* hizo un gran aporte, al publicar en 1954: La Esquizofrenia incipiente, donde distingue, y aún hoy se mantiene en uso, ciertas fases del curso de la patología bajo el concepto de esquizofrenia incipiente.[6,7]

Surgen algunos trabajos sobre drogas, y la relación de estas con la enfermedad, sin embargo, en los años 1950 y 1960, la literatura psiquiátrica estaba llena de artículos que sugerían que las causas de la psicosis se relacionaban con interacciones complicadas entre el ego y super yo, la debilidad del yo, la regresión, y perturbadas relaciones madre-hijo.[6,7]

A principios de los años 1970, los criterios diagnósticos de la esquizofrenia fueron objeto de una serie de controversias que eventualmente llevaron a los criterios operativos utilizados en la

actualidad. Se hizo evidente después del estudio diagnóstico UK-USA de 1971 en el que la esquizofrenia se diagnosticaba en mucha mayor medida en los Estados Unidos que en Europa. Esto se debió en parte a los criterios de diagnóstico más flexibles en los EE. UU. donde se utilizó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II) (por sus siglas en inglés) (1968) y siguientes, o los *Research Diagnostic Criteria* (RDC) (por sus siglas en inglés) de finales de los 70, en contraste con Europa y su CIE-9.[6,7]

En el estudio realizado por *David Rosenhan* en 1972, publicado en la revista Science con el título: Sobre estar cuerdo en centros para locos, se llegó a la conclusión de que el diagnóstico de esquizofrenia en los EE. UU. era a menudo subjetivo y poco fiable. Estos son algunos de los factores que condujeron a la revisión no solo del diagnóstico de la esquizofrenia, sino de todo el manual de DSM, lo que conllevó a la publicación del DSM-III en 1980. Desde la década de 1970 se han propuesto y evaluado más de 40 criterios de diagnóstico para la para enfermedad.[6,7]

Durante la primera mitad del siglo XX esta clasificación se mantuvo discretamente, y solo en la década de los 80, gracias a los trabajos de *Tim Crow*, se volvió a dar difusión a los conceptos que distinguen entre síntomas negativos y positivos.[6,7]

También en la Unión Soviética utilizaron el diagnóstico de esquizofrenia con fines políticos. El notorio psiquiatra soviético *Andrei Snezhnevsky* creó y promovió una nueva subclasificación de la esquizofrenia, la de progresión lenta. Este diagnóstico se utilizó para desacreditar y encarcelar rápidamente a los disidentes políticos, con el fin de prescindir de un proceso judicial potencialmente incómodo. La Asociación Mundial de Psiquiatría condenó la práctica soviética en el Sexto Congreso Mundial de Psiquiatría.[6,7]

Por otra parte, a medida que evolucionaba el concepto y los criterios diagnósticos de la enfermedad, se desarrollaron tratamientos eficaces como los neurolépticos. Surge la clorpromazina y aparecen a continuación otros neurolépticos clásicos.[6,7]

La ciencia y la etiología de la esquizofrenia

Paralelo a la historia de este trastorno discurre el desarrollo de las distintas teorías que compiten para explicar la causa de la esquizofrenia. Las primeras teorías estuvieron marcadas por el conocimiento limitado acerca de la naturaleza de la enfermedad mental y por una metodología inadecuada de investigación.[8]

Los actuales estudios de la neurobiología de la esquizofrenia examinan una multiplicidad de factores, entre los que se incluyen: la genética, la anatomía, los sistemas de circuitos funcionales, la neuropatología, la electrofisiología, la neuroquímica, la neurofarmacología y la neuroevolución. A pesar de las investigaciones que se han realizado sobre la esquizofrenia, no se ha demostrado su etiología precisa, relacionan su aparición debido a causas multifactoriales.[8]

Debe tenerse en cuenta que en la etiología de esta enfermedad no hay hallazgos en las diferentes áreas de investigación que sostengan la hipótesis de que un único factor se pueda considerar suficiente para explicar el trastorno, no obstante, esto ha llevado al desarrollo de varias teorías:[8,9,10,11,12,13]

- Teoría del neurodesarrollo.
- Teoría de los factores genéticos.
- Teoría de los factores neuroquímicos.
- Teoría de los factores neuropsicológicos.
- Teoría de los factores anatomopatológicos.
- Teorías basadas en estudios electrofisiológicos.
- Teorías medioambientales o socioambientales.

Los factores sociales como parte de la etiología de la esquizofrenia

Desde la concepción marxista se analizan los fenómenos psicológicos teniendo en cuenta que lo social y lo natural en el hombre están íntimamente relacionados y las condiciones histórico-sociales y concreto-materiales determinan su desarrollo biopsicosocial. De este modo, puede enfocarse el origen multicausal de las enfermedades mentales con un equilibrio entre factores necesarios precipitantes o determinantes.[8,9]

Esto nos lleva a la concepción de vulnerabilidad y susceptibilidad, al análisis de las condiciones y modos de afrontamiento del individuo y el grupo, frente a los eventos vitales, también facilita las acciones curativas y de intervención en las enfermedades mentales.[8,9]

Hay factores sociales que tienen particular importancia para la salud mental, por ejemplo: la

familia, el trabajo, la pertenencia a género, las adicciones, los grupos vulnerables por discapacidad, la violencia, el morir y la muerte.[14,15,16,17,18]

Las teorías sobre el papel de la sociedad, la urbanización y el estrés en el desarrollo de la esquizofrenia, han comenzado a tomar auge. Se plantea que el riesgo de presentar esta enfermedad es mayor en aquellos que nacen o crecen en áreas urbanas. Si bien se desconoce el mecanismo etiopatogénico, se postula que sería la acción de factores biológicos y sociales más predominantes en estos ambientes lo que estaría contribuyendo a la aparición de este fenómeno, al actuar de forma sinérgica con la predisposición ambiental. Como candidatos potenciales se encuentran: la contaminación, el uso de tóxicos o la exclusión social.[14,15,16,17,18]

Se conoce también el papel que desempeñan la etnia, la inmigración y el estrés psicosocial. Por otra parte, los llamados eventos vitales o acontecimientos de la vida cotidiana, inciden en el proceso salud-enfermedad, ya sea promoviendo o protegiendo la salud, o influyendo en la aparición de enfermedades.[8,18]

Se debe tener en cuenta el reto que ha constituido para la ciencia, la etiología de esta enfermedad y el enfoque comunitario de la medicina de estos tiempos en los que se combina la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades. Se continúa entonces trabajando en su prevención teniendo en cuenta los factores de riesgo. El mayor esfuerzo de los profesionales se concentra en el tratamiento y la rehabilitación para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y para disminuir la estigmatización social. Entonces se puede precisar, que los factores sociales determinan además la evolución y el pronóstico de la esquizofrenia.

Los factores sociales como determinantes en la evolución y pronóstico de la esquizofrenia

El aspecto social forma parte de la práctica médica desde el momento en que se establece una relación entre la responsabilidad de curar y el propio enfermo. Se manifiesta en la génesis de muchas enfermedades y su conceptualización, en las modalidades de tratamiento, en la adherencia a este y en la confianza del enfermo y la colectividad, en las actitudes y conductas de la población. Este aspecto adquiere mayor importancia en la reinserción en la sociedad del individuo con secuelas, con las experiencias adquiridas en el tratamiento y rehabilitación.[8,9,18]

Así ha sido históricamente la lucha por el tratamiento adecuado a estos pacientes. Las intervenciones sociales desempeñan un importante papel en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos y deben integrarse con la farmacoterapia. Al igual que los antipsicóticos, los tratamientos de tipo social deben ajustarse a las necesidades de cada enfermo. Estas necesidades dependen del paciente, de la fase de la enfermedad y de las circunstancias en que vive. Combinar el tratamiento farmacológico con intervenciones psicosociales ofrece ventajas que van más allá de las posibilidades de un único tratamiento. Mientras tanto han ganado relevancia modelos que implican la terapia de familia.[18]

La rehabilitación abarca todos los escenarios donde se desenvuelve el paciente, por lo que se considera un factor importante en esta etapa del tratamiento. Esta intervención enseña a estos pacientes habilidades sociales, los hace alcanzar autonomía, permitiéndoles hacer cierto tipo de actividades ellos solos. Estas acciones no sustituyen, sino complementan, las de la atención al daño, al enfermo mental que es tratado de modo individual y colectivo, con las técnicas habituales, pero evitando al máximo su separación de su medio social.[18]

El proceso rehabilitador comunitario incluye muchas más variables dadas por el medio social, influir en ese medio, capacitar a la familia para afrontar la carga que constituye este paciente al que llaman crónico, aprovechar al máximo sus potencialidades para que sea capaz de contribuir a su sustento y otras.[18]

Todos estos elementos en el proceso rehabilitador comunitario actúan sobre la conducta del individuo y sobre su medio social; se emplean técnicas propias de intervención comunitaria, que tienen sus orígenes en técnicas habituales de la práctica psiquiátrica como las psicoterapias individuales o de grupo. Emplea los recursos del medio social en el tratamiento de su paciente.[18]

Se incluyen técnicas alternativas de tratamiento que encuentran aquí un espacio para su ejercicio como lo son las técnicas no medicamentosas entre las que se incluyen: relajación, yoga, digito puntura, acupuntura, entre otras. Hay quienes incluyen aquí, técnicas de fitoterapia como la

terapia floral y otras similares que están de moda en la corriente ecologista. La terapia de familias disfuncionales se realiza en el lugar habitual donde se produce la disfunción, con la participación de todos los miembros de esa familia.[18]

El ingreso no se produce en la institución, alejada del medio del paciente, por el contrario, se hace en su propio hogar y con el cuidado de su familia. Solo en última instancia se lleva al enfermo a la institución psiquiátrica.[18]

La rehabilitación es la intervención principal, su objetivo fundamental es lograr que la persona con algún grado de discapacidad o minusvalía pueda adquirir o recuperar aquellas habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir, desarrollarse y trabajar en su comunidad, con la mayor autonomía posible y la menor necesidad de apoyo por parte de grupos sociales o profesionales.[18]

El proceso rehabilitador tiene como función enseñar las habilidades y muestra cómo aprender otras nuevas, sin necesidad de apoyo externo. En este proceso se pueden distinguir dos aspectos: el primero, caracterizado por la adquisición o recuperación de habilidades perdidas en el proceso morboso por parte del paciente; el segundo, por las oportunidades que existen o se crean para que el paciente utilice esas habilidades para integrarse a su medio social de pertenencia.[18]

En la rehabilitación psicosocial, también es un pilar importante la participación de la colectividad. Los recursos de la comunidad permiten ejercer las habilidades adquiridas en el proceso de rehabilitación, y aun cuando existan, necesitan la actitud favorable de sus integrantes para recibir o no dejar aislar al paciente de su medio.[18]

La creación o recuperación de habilidades se corresponde con las concepciones habituales de terapia ocupacional, aunque no toda actividad esté dirigida a la inserción del paciente en su medio.[18]

Tanto la rehabilitación psicosocial del enfermo mental como el conjunto de prácticas de terapia ocupacional en su desarrollo van creando, junto con las habilidades del paciente, las condiciones de su aceptación por quienes lo rodean, desde su familia, los líderes formales y no formales de la comunidad, así como por sus integrantes. El proceso se inicia con la valoración diagnóstica del enfermo, las habilidades que permanecen, las posibilidades de adquirir otras (nuevas) y sus necesidades sentidas. En las áreas domiciliaria y comunitaria se produce la convivencia del paciente con su familia y su entorno, sin que constituya una carga emocional para ambas.[18]

El tratamiento de los síntomas primarios productivos, en el caso de los psicóticos de larga evolución, es prioritario; una vez eliminados o disminuidos, pasar al proceso rehabilitador, que está dirigido a lograr que el paciente sea responsable de su tratamiento, adquiera las habilidades y hábitos higiénicos y de convivencia o urbanismo. De inmediato, se pasa al ejercicio de responsabilidades en la vida cotidiana, pero siguiendo siempre sus características socioculturales y con la aprobación familiar. Al unísono o después, comienza a realizar actividades dirigidas a las independencias económica y social. Es el momento de crear o recuperar habilidades que faciliten este objetivo. Esto se logra mediante los talleres de terapia ocupacional fuera de la institución, y de ser posible, se realizan en los propios centros laborales de la comunidad. En este caso existe la ventaja de la vinculación de otros sectores en la rehabilitación del paciente.[18]

La etapa final está dirigida a lograr las habilidades adquiridas o recuperadas. Aquí participan el paciente, el equipo de salud mental y los más diversos sectores comunitarios. Se pretende la vinculación laboral del paciente, en un empleo remunerado, donde recibe un salario por la actividad que realiza. El objetivo fundamental es lograr su reinserción como un ciudadano socialmente útil, capaz de ejercer sus derechos, al dejar de ser una carga afectiva y económica para su familia y su comunidad.[18]

Las redes sociales, y en particular las de apoyo y los grupos de ayuda mutua, son los principales gestores del sector de la Salud para con los discapacitados mentales, y ocupan todo el espacio desde la prevención hasta la rehabilitación y su principal escenario es la propia comunidad.[18]

Por otra parte, la psicoterapia individual permite que el paciente pueda llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de sus problemas, al compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva. También puede aprender a distinguir entre lo real y lo distorsionado. Los

métodos cognoscitivos y de comportamiento enseñan técnicas de adaptación, solución de problemas y dotan al individuo de estrategias de afrontamiento.[18]

Con frecuencia los pacientes son dados de alta del hospital y quedan al cuidado de sus familias, por esta razón es importante que los familiares aprendan todo lo que puedan acerca de los desafíos y problemas asociados con la enfermedad. La colaboración con la familia en la rehabilitación tiene dos objetivos fundamentales, prevenir las recaídas y fomentar comportamientos que lleven a una rehabilitación satisfactoria, desalentando las conductas que impidan este proceso.[18]

Es necesario que los familiares conozcan los servicios disponibles para asistirles durante el período posterior a la hospitalización. El educar a la familia en todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento se llama psicoeducación familiar. La psicoeducación familiar incluye aprender estrategias para manejar la enfermedad y técnicas de solución de problemas. Además de colaborar y obtener ayuda, la familia, los amigos, y los grupos de personas con condiciones similares, pueden proporcionar apoyo y fomentar que el paciente esquizofrénico recupere sus capacidades.[18]

Por lo que se aplica la terapia de grupo, así como la aplicación de técnicas de discusión y lecturas de apoyo que han mostrado eficacia similar a la psicoterapia individual y en algunos casos, ha aumentado el entusiasmo de pacientes y terapeutas, disminuyendo recaídas y rehospitalizaciones, mejorando el cumplimiento de sus relaciones sociales y funcionamiento global. La terapia de grupo aporta una serie de beneficios en las habilidades sociales del paciente psicótico: ofrece un contexto realista, igualitario, seguro, horizontal y neutral donde se desarrollan múltiples y multifocales interacciones que favorecen la realimentación y aprendizaje interpersonal, pudiendo proceder a la ayuda de cualquier miembro del grupo.[18]

Se conforman también los grupos de autoayuda para los familiares que tienen que lidiar con la esquizofrenia. Estos grupos son terapéuticos a través del mutuo apoyo que se brindan los miembros.[18]

CONCLUSIONES

Generalmente se considera que la esquizofrenia es la enfermedad mental más grave o el desorden más severo. Se caracteriza por un grado variable de desintegración de la personalidad y una falla para evaluar correctamente la realidad externa, en varias esferas. Puede arruinar la vida de los que la padecen, así como la de sus familiares. Generalmente se presenta en los adolescentes y adultos jóvenes, e impide conseguir los objetivos educativos y laborales y reducen drásticamente la calidad de vida de los enfermos.

A medida que el hombre se ha visto inmerso en el desarrollo científico-técnico, ha tratado de darle solución a la interrogante sobre el origen de esta enfermedad a través de la ciencia, aunque no existe una teoría específica y aún se considera de causa multicausal, se le concede primordial importancia a las teorías medioambientales o socioambientales, teniendo en cuenta que puede favorecer o minimizar la expresión de los genes.

Esa multicausalidad ha impedido una adecuada prevención y tratamiento de la enfermedad, además de una apropiada rehabilitación. Por lo que se han concentrado los esfuerzos precisamente en el tratamiento y la rehabilitación de estos pacientes. Se han buscado nuevos medicamentos con un perfil más amplio de respuesta para todos los síntomas de la enfermedad y se ha tomado como apoyo la teoría medioambiental o socioambiental para lograr la parte más importante del tratamiento que es la rehabilitación.

La esquizofrenia continúa siendo un reto para la ciencia, pero del desarrollo de amplias estrategias de rehabilitación, basadas en la influencia de los factores sociales, se favorece la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: Dinorah Janet Torres Lugo, Iván Castillo Ledo.

2. Curación de datos: Dinorah Janet Torres Lugo, Iván Castillo Ledo.

3. Análisis formal: Iríam Rojas Díaz, Ana Esther Cabrera.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con la adquisición de fondos.

5. Investigación: Dinorah Janet Torres Lugo, Iván Castillo Ledo.

6. Metodología: Antonio Masot Rangel.

7. Recursos: Silvia Janet Masot Torres.

9. Supervisión: Dinorah Janet Torres Lugo, Iván Castillo Ledo.

10. Visualización: Dinorah Janet Torres Lugo, Iván Castillo Ledo.

13. Redacción del borrador original: Iríam Rojas Díaz, Ana Esther Cabrera, Silvia Janet Masot Torres.

14. Redacción, revisión y edición: Dinorah Janet Torres Lugo, Iván Castillo Ledo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clavijo A, Barrientos G, Oliva C. Salud mental y afecciones más frecuentes de la psiquis. En: Álvarez Sintes R. Medicina General Integral [Internet]. 3ra. ed. La Habana: ECIMED; 2014 [citado 8 Feb 2022]. Disponible en: https://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo5_3raedicion/cap_140.pdf

2. Cardet M, Álvarez OA, Meneses S. Caracterización clínica, epidemiológica y genealógica de la esquizofrenia en pacientes de la Policlínica Alcides Pino Bermúdez de Holguín. CCM [revista en Internet]. 2012 [citado 18 Ago 2022];16(4):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/672/244

3. Sabina B, Sarmiento D, Alzuri MI, Leyva A. Caracterización clínico-farmacológica de pacientes psicóticos atendidos en Servicio de Salud Mental, Hospital Pediátrico de Cienfuegos. Medisur [revista en Internet]. 2016 [citado 10 May 2022];14(3):[aprox. 10p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000300011&lng=es

4. Almaguer LE. Esquizofrenia: genética, ambiente social y complejidad. CCM [revista en Internet]. 2013 [citado 8 Jun 2020];17(2):[aprox. 3p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000200009&lng=es

5. Avilés GA. Caracterización de pacientes con esquizofrenia. MEDISAN [revista en Internet]. 2014 [citado 16 Oct 2021];18(5):[aprox. 4p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500002&lng=es

6. Huertas R. En torno a la construcción social de la locura: Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. Rev Asoc Esp Neuropsiq [revista en Internet]. 2011 [citado 6 Ene 2022];31(3):[aprox. 9p]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000300004&lng=es.http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000300004

7. Espinosa D. Esquizofrenia. Rev Fac Cien Med [revista en Internet]. 2015 [citado 25 Dic 2021];12(2):[aprox. 15p]. Disponible en: https://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2015/pdf/RFCMVol12-2-2015.pdf

8. Salguero L, Soraide J. Factores asociados para el desarrollo de la Esquizofrenia y su incidencia en pacientes del Hospital San Juan de Dios gestión 2012. Rev Cient Cienc Méd [revista en Internet]. 2012 [citado 24 Mar 2022];15(2):[aprox. 3p]. Disponible en: https://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332012000200005&lng=es

9. Núñez AC, Frómeta C, Hechavarria D. Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud 28 de septiembre. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2013 [citado 17 Jul 2022];29(2):[aprox. 10p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200005&lng=es

10. Raventós H. Bases genéticas de la esquizofrenia: Nurture vrs Nature. Actual Psicol [revista en Internet]. 2003 [citado 25 Ago 2021];19(106):[aprox. 7p]. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133217953007

11. López P, Sanmillán HE, Cainet AR, Olivares OM. Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. Rev Inf Cient [revista en Internet]. 2015 [citado 22 Nov 2021];93(5):[aprox. 18p]. Disponible en: https://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/a

rticle/view/189/1407

12. Juckel G, Shlagenhauf F, Koslowski M, Wustenberg T, Villringer A, Knutson B, et al. Dysfunction of ventral striatal reward prediction in schizophrenia. Neuroimage. 2006;29(2):409-16

13. Gupta T, Mittal VA. Nicotine usage is associated with elevated processing speed, spatial working memory, and visual learning performance in youth at ultrahigh-risk for psychosis. Psychiatry Res. 2014;220(1-2):687-90

14. Batel P. Addition and schizophrenia. Eur Psychiatry. 2000;15(2):115-22

15. Casas M. Trastornos psíquicos en las toxicomanias. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1992

16. Roncero C, Collazos F, Valero S, Casas M. Consumo de cannabis y desarrollo de psicosis: estado actual. Actas Esp Psiquiatr [revista en Internet]. 2007 [citado 11 Abr 2021];35(3):[aprox. 15p]. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-053260

17. Roncero C, Daigre C, Grau L, Barral C, Pérez J, Martínez, et al. An International perspective and review of cocaine-induced psychosis: a call to action. Subst Abus. 2014;35(3):321-7

18. Rodríguez O. Salud Mental Infanto- Juvenil. 2da. ed. La Habana: ECIMED; 2005