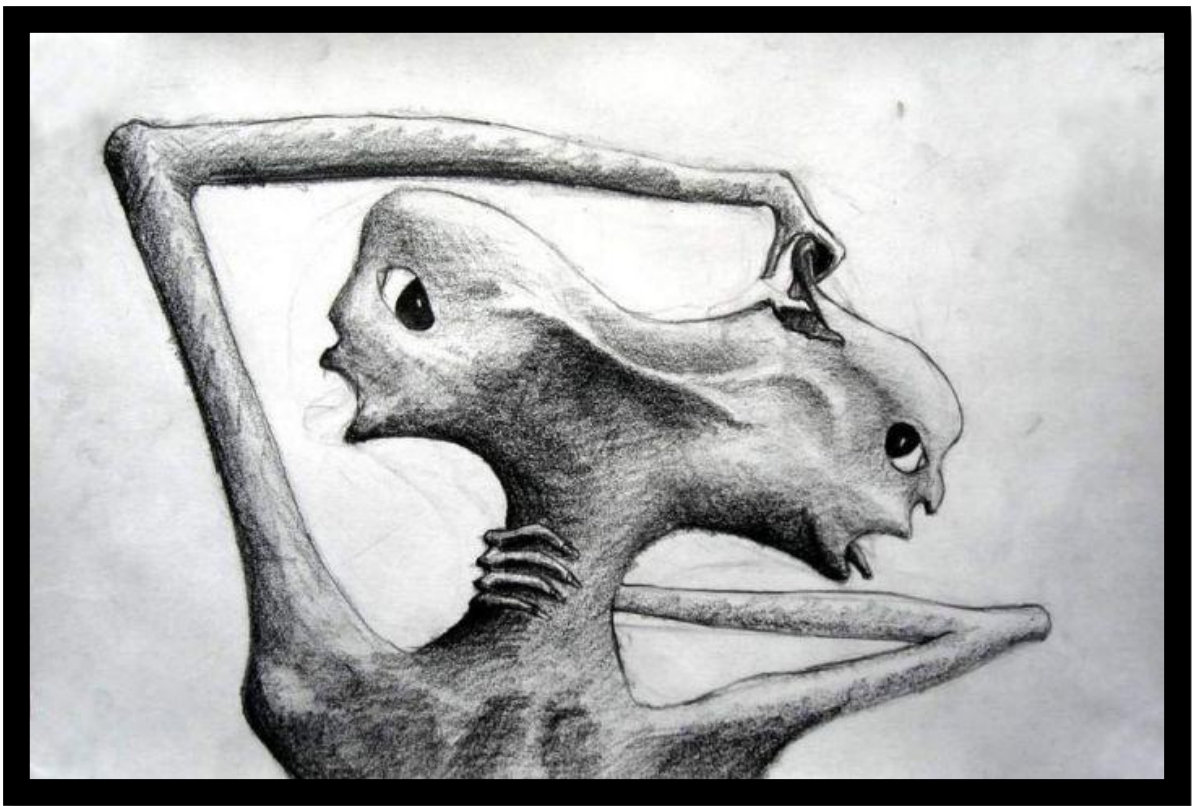


ESQUIZOFRENIA APLICADA A LOS ASESINOS EN SERIE



Desirée Rodríguez Torrado
Boiro, Mayo de 2016

INDICE

I.	Introducción.....	3
a.	Diagrama para el control de personas con sospecha del primer episodio de esquizofrenia.....	4
II.	Esquizofrenia.....	5
a.	Historia.....	6
b.	Epidemiología.....	8
c.	Antecedentes familiares.....	9
d.	Síntomas.....	11
e.	La esquizofrenia en la infancia.....	14
f.	Teorías.....	15
g.	Tipos de esquizofrenia.....	18
h.	Evolución.....	20
i.	Tratamiento.....	21
III.	Asesinos con esquizofrenia.....	24
IV.	Conclusiones.....	27
V.	Bibliografía.....	28
VI.	Webgrafía.....	29
VII.	Agradecimientos.....	30

D. Introducción

El trastorno mental es conocido como un síndrome de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica, que se suele asociar a un malestar o a una discapacidad.

Podemos definir la enfermedad de tipo mental como aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en:

- Dificultad para razonar
- Alteraciones del comportamiento
- Impedimentos para comprender la realidad
- Adaptarse a diversas situaciones

Este tipo de enfermedad o trastorno abarca una amplia gama de problemas:



Trastornos de Ansiedad

- Trastorno de Pánico
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo
- Fobias
- ...



Trastorno bipolar



Depresión



Trastornos del estado de ánimo



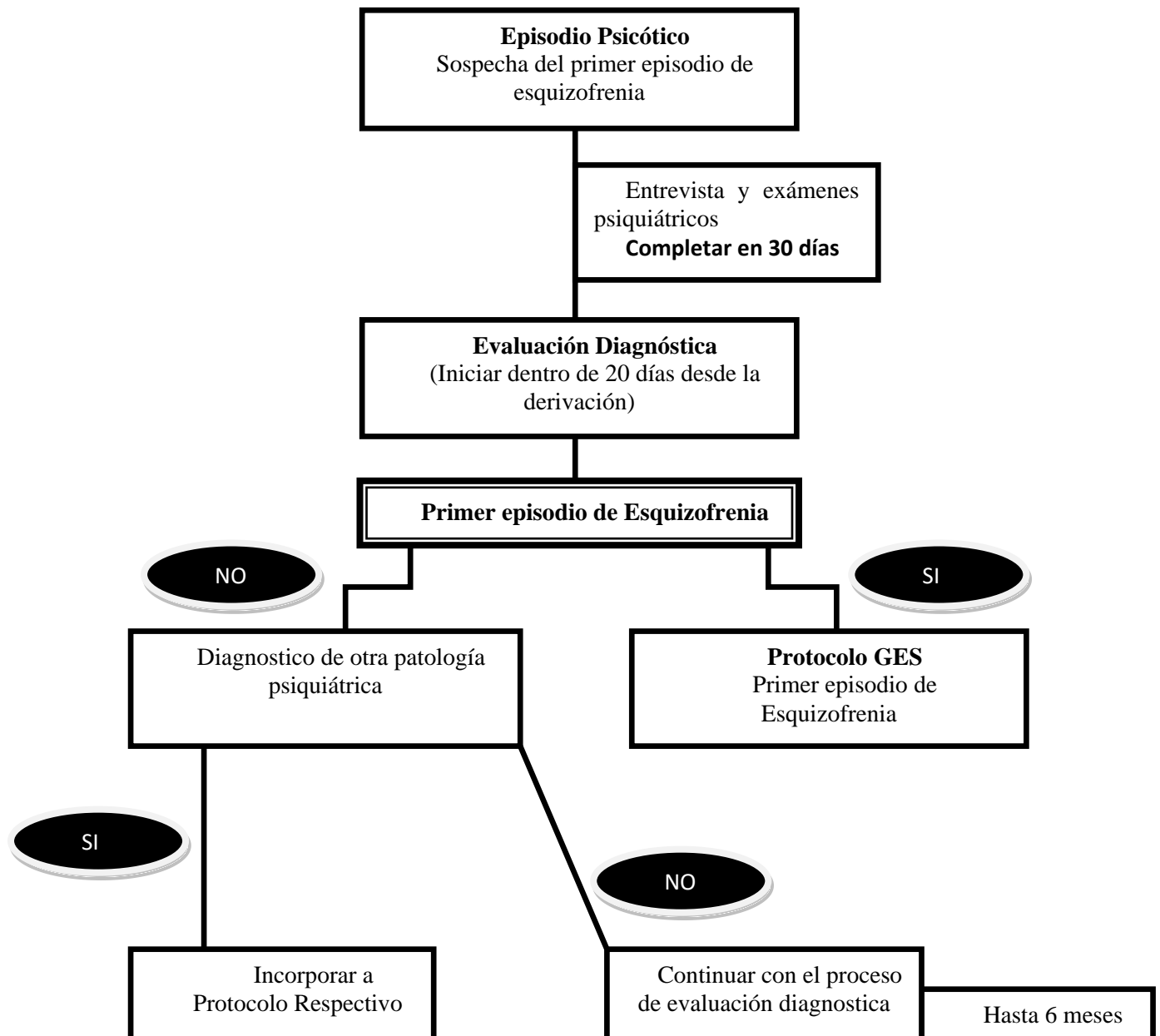
Trastornos de la personalidad



Trastornos Psicóticos (Esquizofrenia)

En las siguientes páginas nos centraremos en la Esquizofrenia, como detectarla, como afecta y va degenerando a las personas que la padecen.

a. Diagrama para el control de personas con sospecha del primer episodio de esquizofrenia

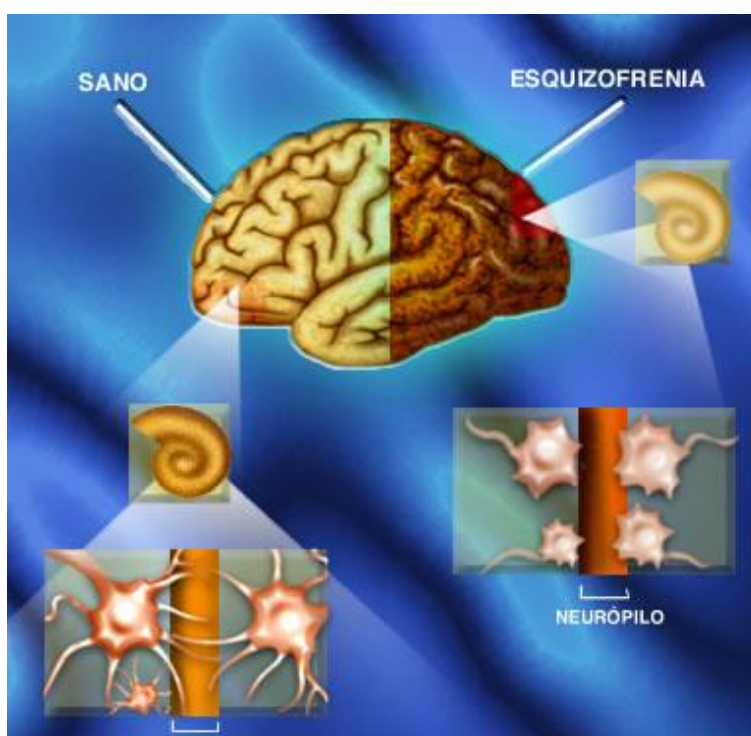


DD. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno o enfermedad cerebral de índole crónica y grave que afecta no solo a los pensamientos, sino que también a las emociones y al comportamiento.

Es la forma más frecuente de trastorno mental severo y afecta a una de cada cien personas. Es poco frecuente antes de la pubertad y suele darse en edades comprendidas entre los 15-35 años. Esta enfermedad suele durar toda la vida.

Las personas que padecen esta patología no suelen llevar una vida estable, con lo cual hace que les sea muy difícil mantener un trabajo y cuidar de ellos mismos. Estas personas suelen escuchar voces, que en realidad, no existen. También piensan que otras personas quieren hacerles daño.



La esquizofrenia entra dentro del grupo de trastornos mentales crónicos y graves. A menudo, se caracteriza por conductas que resultan anómalas para la comunidad, por ejemplo:

- Falta de percepción de la realidad.
- Alteraciones en la percepción o en la expresión de la alteración de la realidad.

También suele causar un cambio mantenido en varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja.

a. Historia

La llamada “locura” siempre ha existido. Hay datos relacionados con síntomas psicóticos que datan del 2000 a. C. en el llamado *Libro de los Corazones*, parte del antiguo *Papiro de Ebers*. En estos textos se menciona que los trastornos del pensamiento se estudian con frecuencia en la esquizofrenia. En ese momento se pensaba que estos trastornos mentales eran causados por demonios y los espíritus malignos, y con el llamado exorcismo podrían ser curados.

Existen recientes revisiones de la literatura de la Antigua Grecia y Roma, en el cual se 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 del diagnóstico de esquizofrenia.

Antes del 1800 apenas existían registros en la historia de esta enfermedad, aunque solían ser frecuentes los relatos sobre conductas irracionales, incomprensibles, o descontroladas.

En la literatura médica árabe y en la psicológica de la Edad Media se anotaron creencias y comportamientos raros, psicóticos, similares a algunos síntomas de la esquizofrenia.

En el Canon de la Medicina, el científico, médico y filósofo llamado Avicena, describe un cuadro parecido a los síntomas de la esquizofrenia, al que denominó “locura grave”, el cual diferenció de otras formas de locura, como, por ejemplo, la manía, la rabia o la psicosis maníaco-depresiva.

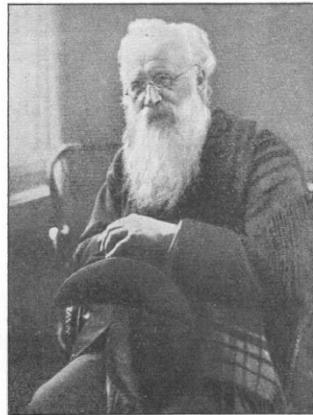
Hay escasas evidencias históricas sobre esta patología. Algunos piensan que es un fenómeno moderno, o, pudo haber estado oculta en los textos históricos dentro de conceptos afines, como la melancolía o la manía.



El término histórico con el que comenzó el concepto de esquizofrenia fue el de “demencia precoz” de Bénédict Morel a mediados del siglo XIX. Morel, psiquiatra francés acuñó este término en 1853, 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.

En 1886, con el alienista alemán Heinrich Schule, y a continuación por Arnold Pick en 1891, se utilizó el término “demencia precoz” en un informe sobre un caso de trastorno psicótico.

Ewald Hecker definió en 1871, al mismo síndrome de demencia juvenil como “hebefrenia”, donde destacaba su rápida evolución hacia la <estupidez, embrutecimiento y desorganización de las funciones psíquicas>.



E. Hecker.

Tres años más tarde Karl Kahlbaum contempló otra forma de alineación mental caracterizada por trastornos motores, sensoriales y mutismo, el cual denominó catatonía.

A partir de 1887, se inicia el enfoque contemporáneo del concepto “esquizofrenia” de la mano de Emil Kraepelin. Este hombre establece una amplia separación en la clasificación de los trastornos mentales entre la “demencia precoz” y los trastornos del estado de ánimo, originada en un proceso sistémico quiescente, y en 1898 llegó también a la conclusión de que la hebefrenia y la catatonía eran subtipos de una sola enfermedad.

Kraepelin creía que la demencia precoz era fundamentalmente una enfermedad del cerebro, un tipo específico de demencia, que se distingue de otras formas de demencia, como por ejemplo la enfermedad del Alzheimer, donde esta suele presentarse en edades más avanzadas.

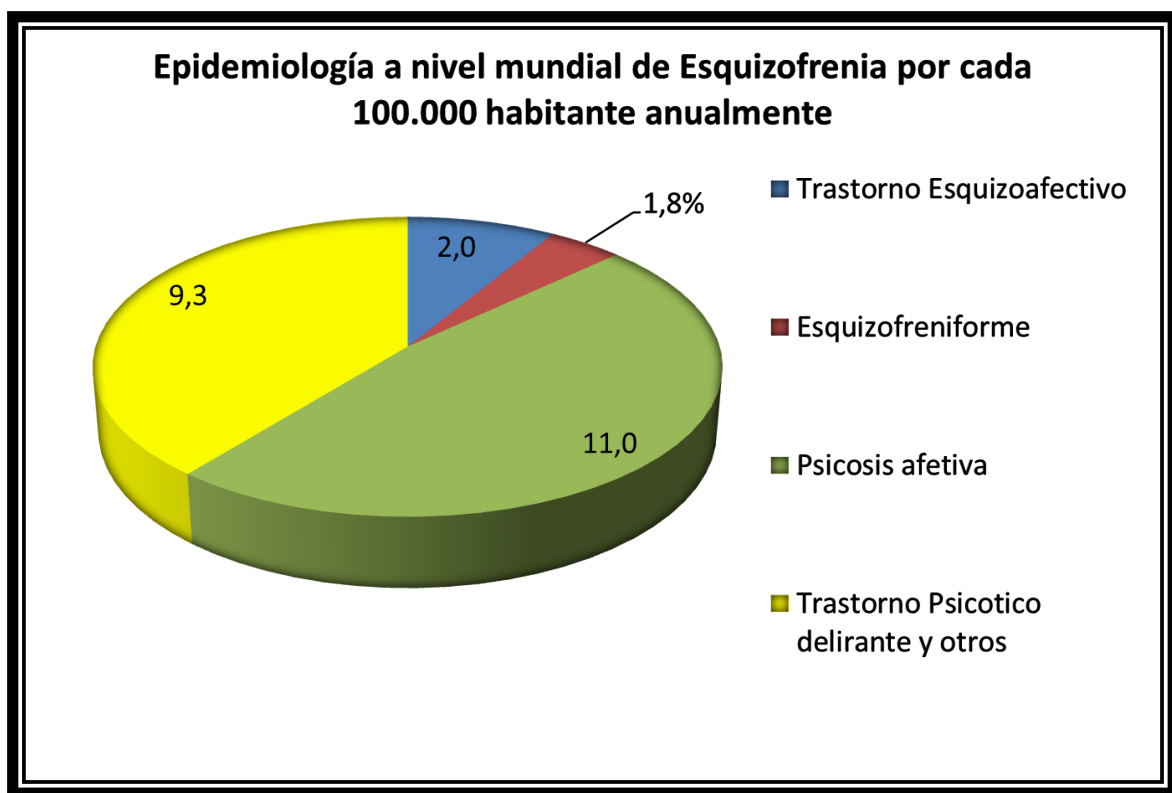
Posteriormente, se puso de manifiesto que el trastorno descrito como <demencia precoz> no conduce necesariamente a un deterioro mental, ni solo afecta a las personas jóvenes. El psicólogo suizo Eugen Bleuler sugirió, en 1908, que el nombre era inadecuado, porque el trastorno no era en sí una demencia, es decir, no llevaba necesariamente a un deterioro de funciones mentales como la demencia senil; multitud de pacientes sí mejoraban y además, ocasionalmente se iniciaba en personas maduras. Bleuler sugirió la palabra “**esquizofrenia**” para referirse a una escisión de los procesos psíquicos consistente en la pérdida de correspondencia entre el proceso de formación de ideas y la expresión de emociones y para diferenciarlo de la enfermedad maníaco-depresiva, en donde la expresión de las emociones de los pacientes refleja con precisión sus pensamientos mórbidos. Este hombre hizo hincapié en que el trastorno fundamental era el deterioro cognoscitivo y lo conceptualizó como una división en la capacidad mental y propuso entonces el nombre con el que se conoce el trastorno hasta nuestros días.

6. Epidemiología

Se piensa que la esquizofrenia afecta primordialmente a la cognición, pero también suele contribuir a la aparición de problemas crónicos del comportamiento y de las emociones.

Las personas con esquizofrenia pueden tener trastornos adicionales, incluyendo depresión y trastornos de ansiedad.

Más o menos, entre el 5% y el 40% de los pacientes esquizofrénicos han consumido algún tipo de droga al menos en una ocasión durante sus vidas. En los pacientes suelen ser corrientes ciertos problemas sociales, como el desempleo de larga duración, la pobreza y la falta del hogar.



En el gráfico anterior podemos ver la epidemiología a nivel mundial de esta patología por cada 100.000 habitantes anualmente.

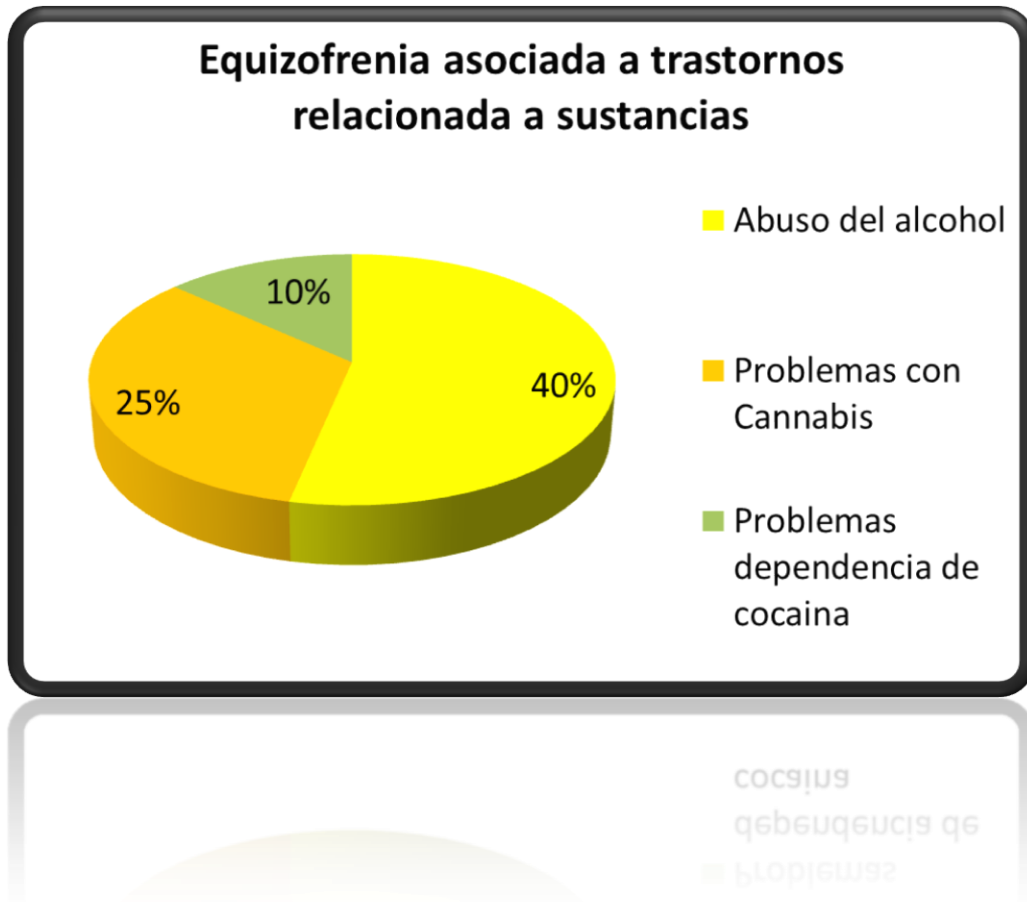
Se puede comprobar que la mayoría sufre psicosis afectiva (11.0%). Este tipo de psicosis es una reacción psicótica cuyo signo clínico esencial es un grave trastorno del estado de ánimo o de las emociones.

El Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM) reconoce que la esquizofrenia es un tipo de enfermedad psicótica.

También podemos observar que un 1.8% de la población mundial sufre la llamada “*esquizofreniforme*”. Este trastorno, reconocido por el DSM-IV, que se caracteriza

por la presencia de los síntomas de criterio A de la esquizofrenia. Suelen incluirse: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico y síntomas negativos. Este trastorno suele durar de entre 1 a 6 meses.

A continuación, se mostrara un gráfico el cual muestra esta patología asociada a



los trastornos asociados a agentes externos:

Lo que se observa en este diagrama de pastel, es que un 40% de la población sufre esquizofrenia a causa de abusar del alcohol. Sin embargo, el 10% de la población tiene problemas porque crean dependencia hacia la cocaína (por ejemplo). Si la persona que consume esta sustancia se queda sin ella, tiende a degenerar y puede desencadenar un comportamiento violento.

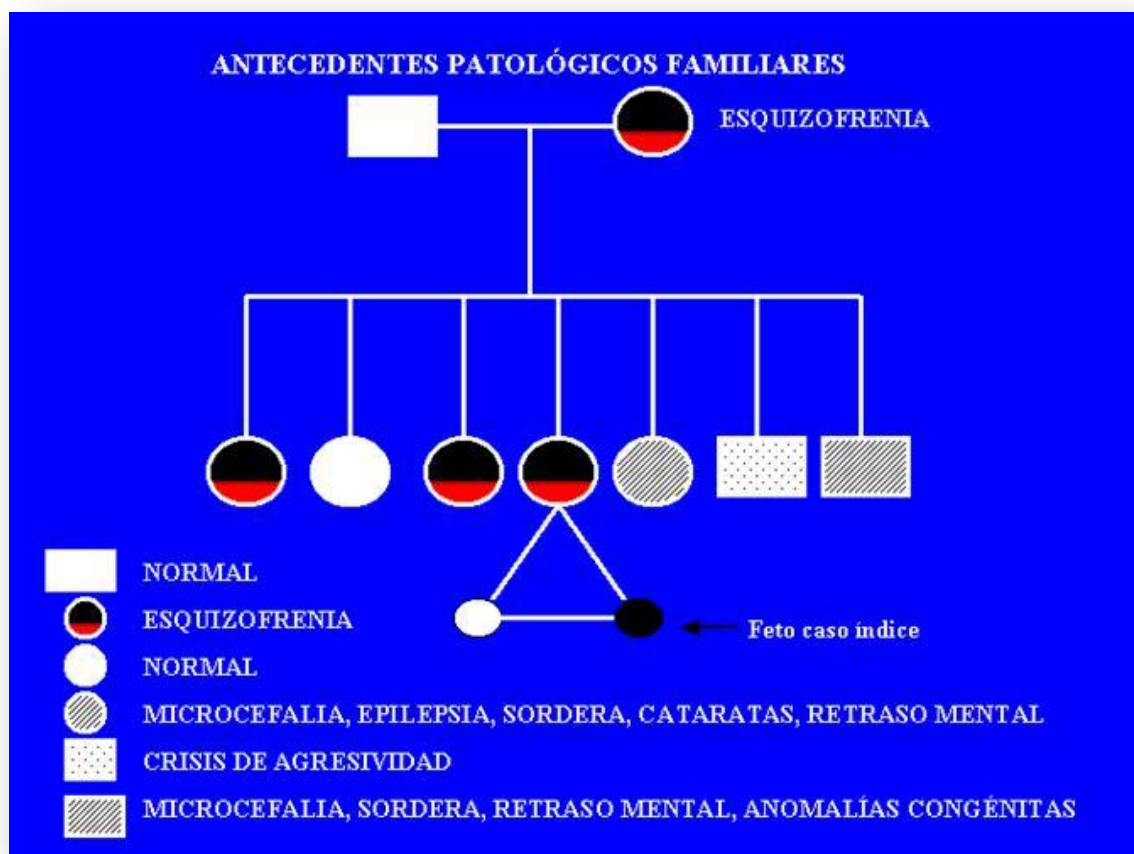
c. Antecedentes familiares

Desde hace tiempo sabemos que la prevalencia de la esquizofrenia se incrementa al 10% en los parientes de primer grado de sujetos esquizofrénicos, este índice se eleva si en la familia hay más miembros con esta patología. Es decir, que esta enfermedad puede ser hereditaria.

Si la consanguinidad es más estrecha en la familia, aumenta el riesgo de padecer esta enfermedad:

- Similitud genética del 50%, la incidencia oscila entre un 8% y un 14%.
- Similitud superior a 50%, la incidencia se eleva hasta alcanzar entre un 39%-47%.

Un equipo del Instituto Salk de Estudios Biológicos (California) ha conseguido, gracias a la reprogramación celular, estar más cerca de comprender la biología que se oculta tras esta enfermedad. Y ha constatado que, sin ninguna duda, la esquizofrenia es “un trastorno genético”.



δ. Síntomas

Como se ha dicho anteriormente, los síntomas de la esquizofrenia perturban el pensamiento, las emociones y el comportamiento motor.

Estos suelen empezar entre los 16 y 30 años. Los hombres suelen desarrollar los síntomas a una edad más temprana que las mujeres. No deberían desarrollarse después de los 45 años.

Existen tres tipos de sintomatología:

Síntomas psicóticos:

Delirios: mantienen creencias que, no solo no son ciertas, sino que pueden parecer incluso bastante extrañas.

Trastorno del pensamiento: esto es una dificultad para pensar con claridad. Será difícil entenderlos, porque sus frases parecen no tener sentido: pueden saltar de una idea a otra, perdiendo el tema del que están intentando hablar.

Alucinaciones: suelen ver, oír, oler, o sentir algo que no está ahí. Por ejemplo, la alucinación más común que la gente experimenta es la de oír voces. Estas voces parecen absolutamente reales, pueden asustar y hacer creer que la gente te está observando, escuchando o molestando. La gente joven que tiene estas experiencias puede parecer suspicaz y actuar de una forma extraña. Por ejemplo, hablar o reír para sí misma como si estuviera hablando con alguien que no está. Esto es bastante diferente del habla o las risas de los niños pequeños cuando están realizando un juego imaginativo.

Ilusiones: suelen tener deformada la percepción de la realidad.

Percepción delirante: darle un significado delirante a un objeto o percepción real.

Despersonalización: sentimiento de extrañeza frente a la propia personalidad. Se pierde el sentimiento del ser, del yo y del ser yo. Una persona con este síntoma no se reconoce a sí mismo.

Desrealización: tiene extrañez del medio objetivo que les rodea, es decir, el paciente sabe que está en el mismo sitio, con la misma gente, pero todo le parece extraño. Este síntoma y el anterior son típicos de la esquizofrenia incipiente.

Negativismo: falta de colaboración del paciente con el medio social que le rodea.

Ecolalia: repetición de todo lo que se escucha.

Ecopraxia: repetición de todo lo que se ve, haciendo los mismo gestos que ve

Manerismo: gestos extraños, o exageraciones de gestos normales. Suelen ser breves, extravagantes y sin sentido alguno.

Esterotipias: son actos más complejos y elaborados que el paciente va repitiendo. Son actos sin sentido, no tienen objetivo. No son exclusivos de la esquizofrenia.

Actos impulsivos: son actos bruscos, inesperados e inadecuados.

Embotamiento afectivo: el paciente sufre un estado de desinterés. Este síntoma ocurre en estados avanzados de la esquizofrenia.

Síntomas negativos

Este tipo de síntomas hacen que sea difícil mostrar las emociones y tener una conducta normal. Una persona puede parecer deprimida y retraída.

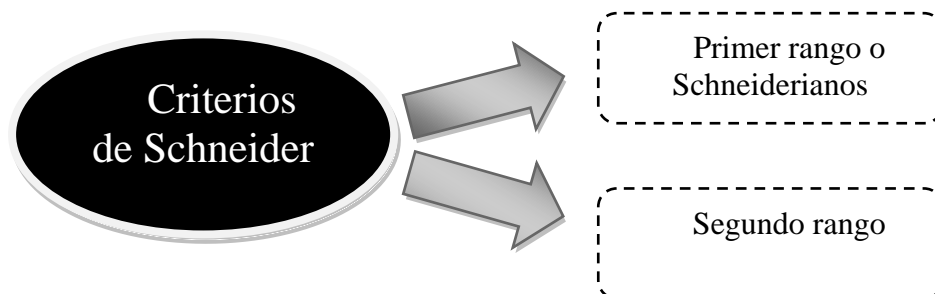
Las personas jóvenes que padecen esquizofrenia puede volverse muy inactivas, solitarias y suelen parecer desmotivadas. Pueden perder el interés y la motivación y pueden dejar de lavarse regularmente o cuidarse de una forma apropiada. Normalmente no son capaces de concentrarse en un trabajo o en el estudio.

Síntomas cognitivos

Estos síntomas afectan principalmente al proceso de pensamiento. Suelen incluir estos tres problemas:

- { Problemas para usar la información
- { Problemas a la hora de tomar decisiones
- { Problemas para prestar atención

Existe otra clasificación sintomatológica de la esquizofrenia que realiza Schneider.



La posesión de alguno de estos síntomas, sirve para hacer el diagnóstico de forma transversal, es decir, se puede determinar si es o no esquizofrenia en el momento de hacer el diagnóstico.



Primer Rango	
Ω	Pensamiento sonoro
Ω	Voces dialogadas y comentadoras de la propia actividad
Ω	Difusión del pensamiento
Ω	Vivencias de influencia corporal
Ω	Bloqueo, robo o intervención del pensar
Ω	Percepción delirante
Ω	Sentimientos o acciones influidas o intervenidas
Ω	Flecha intencional invertida

Para el diagnóstico, este psiquiatra alemán consideró que era suficiente la presencia de algunos de los síntomas que él define como Primer rango.

Segundo Rango	
Ω	Resto de las pseudopercepciones
Ω	Ocurrencias delirantes
Ω	Perplejidad
Ω	Autismo
Ω	Trastornos del ánimo
Ω	Empobrecimiento de la vida afectiva

e. La esquizofrenia en la infancia

Como se ha dicho anteriormente, esta es una enfermedad que causa pensamientos y sentimientos extraños, y un comportamiento poco usual.

Es una enfermedad psiquiátrica poco común en los niños, y es muy difícil de reconocer en sus primeras etapas.

Con esta enfermedad, el comportamiento de los niños y de los adolescentes puede diferir del de los adultos. Es 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 y compleja que no afecta por igual a quienes la padecen. Esto depende mucho de cada tipo de persona y de sus antecedentes familiares.

La esquizofrenia que aparece antes de los 5 años tiene rasgos extremadamente comunes con el autismo, y solamente una evolución posterior, con la aparición de síntomas psicóticos propiamente dichos, el cual, permitirá un diagnóstico certero. De hecho, antes de los 3 años, el diagnóstico diferencial es muy improbable. Es prácticamente imposible distinguir una esquizofrenia de un autismo. Este hecho quedará esclarecido con el paso del tiempo.

A partir de los 5 años de edad, el diagnóstico se va aclarando con la presencia de síntomas psicóticos, tales como alucinaciones o delirios. Pero, se pueden notar algunas señales de alerta en los niños que sufren esta patología.

El comportamiento de un niño con esquizofrenia puede cambiar lentamente. Por ejemplo, los niños que disfrutaban relacionándose con otros niños pueden comenzar a mostrarse tímidos y retraídos, como si vivieran en su propio mundo.

Suelen comenzar a hablar de miedos e ideas extrañas. También comienzan a aferrarse a sus padres y a decir cosas sin sentido aparente. Los profesores suelen ser los primeros en darse cuenta de este problema.

¿Cómo se trata la esquizofrenia infantil?

Se les suele hacer una evaluación integral. Generalmente, estos niños necesitan un plan de tratamiento que envuelve a otros profesionales. Una combinación de medicamentos y terapia individual, terapia familiar y programas especializados, como actividades, son a menudo necesarios.

Los medicamentos psiquiátricos pueden ser útiles para tratar muchos de los síntomas y problemas identificados. Estos medicamentos requieren la supervisión cuidadosa de un psiquiatra de niños y adolescentes.

f. Teorías

Todas las teorías que existen se pueden resumir en dos grupos:

Somatogenesis

Dentro de este grupo encontramos 4 teorías:

Teorías Bioquímicas: suelen considerar que existen ciertos errores genéticos que hacen que el paciente entre en una etapa, que está determinada por ciertas anomalías bioquímicas que son las originarias de la esquizofrenia:

Teoría Catecolamínica	Son las alteraciones de tipo cualitativo de catecolaminas alteradas en su estructura, que producirían desorganización de las funciones psíquicas.
Teoría Dopaminérgica	La dopamina es la base del trastorno. Esta teoría tiene muchos contras, ya que se ha encontrado que el bloqueo dopaminérgico no alivia completamente los síntomas.
Teoría de la Transmetilación	Osmond y Smith, se basan en que el LSD provoca trastornos semejantes a la esquizofrenia. Postulan que los esquizofrénicos deberían poseer alucinógenos endógenos, obtenidos por algún trastorno de la Transmetilación de algún neurotransmisor orgánico.
Teoría basada en alteraciones de la Serotonina	Los bajos niveles de ácido 5-hidroxiindol, el principal metabolito de la serotonina, se asocia con la esquizofrenia, basándose en los alucinógenos de datos, y antagonistas del receptor.

Teorías basadas en el factor hereditario: la herencia se mantiene como el factor etiológico de la enfermedad. Posteriormente, se verán algunas estimaciones de acuerdo con la herencia:

16%-- Probabilidad con padre esquizofrénico respecto a hijos de padres no esquizofrénicos.

8.5%-- Hermanos esquizofrénicos.

2.5%-- Otros grados de parentesco.

50%-- Si ambos progenitores son esquizofrénicos.

Teorías del factor genético: hay de dos tipos:

Homocigóticos o Monocigóticos (MZ) (69%): si uno de los gemelos es esquizofrénico, la probabilidad en los otros gemelos es CINCO veces superior a la probabilidad en sus otros hermanos no gemelos. En casos leves, un 15% de concordancias, y un 75% en casos graves.

Heterocigotos o Diczigotos (DZ) (13%): la probabilidad de esquizofrenia en un gemelo DZ es más o menos igual a la del resto de hermanos no gemelos. Casos leves sería un 0% y en los graves un 25%.

Teoría del factor constitucional: Krechtner relaciona los deferentes biotipos con las diferentes tendencias psicopatológicas. Sobre un estudio de 145 esquizofrénicos:

47% Leptosomáticos
34% Displásicos
17% Atlético
3% Pínicos

Psicogenesis

También son 4 teorías:

Inadaptación: Freud repara en que el esquizofrénico, lo que hace es adoptar posturas pretéritas, es decir, hace una resignación a épocas precoces, incluso anteriores a la fase oral, como reacción ante la inadaptación.

Doble vínculo: El comienzo de la esquizofrenia se remonta a la infancia. En su entrono familiar, el niño recibe mensajes contradictorios. Esto implica que, al ser mayores se produzca una disociación de su conducta y de su personalidad.

Relaciones madre-hijo: Las madres que padecen esta enfermedad, tienen mucha probabilidad de tener hijos esquizofrénicos.

Personalidad esquizoide previa: Cerca del 50% de los esquizofrénicos, presentan un carácter familiar antes de la enfermedad. Sus rasgos previos se dividen en 4 grupos:

Personalidad paranoide
Excéntricos
Fríos
Anergia

Existen también otro tipo de teorías:

Esquizofrenia por traumatismo fetal

Esquizofrenia por virosis lenta

Teoría de la lipoproteína-S

Teoría de la histamina

Teoría autoinmunitaria

g. Tipos de esquizofrenia

Los síntomas que predominan en la evaluación del paciente son los que dictaminan que tipo de esquizofrenia sufre.

Los diferentes tipos de esquizofrenia son los siguientes:

Esquizofrenia paranoide: la característica principal de tipo paranoide consiste en la presencia de claras ideas delirantes y alucinaciones auditivas sin claras alteraciones en la afectividad, en el lenguaje y sin mostrar un comportamiento catatónico asociado. Suelen ser ideas delirantes de persecución, de perjuicio o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática, aunque suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen: ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El comienzo tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo.

Esquizofrenia desorganizada: sus características principales son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y unas alteraciones en las emociones marcadas. Puede haber ideas delirantes y alucinaciones, pero no suelen estar organizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. Habitualmente, este subtipo está asociado a un inicio temprano y a un curso continuo. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios, este tipo se denomina Hebefrénico.

Esquizofrenia catatónica: su característica principal es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo o peculiaridades del movimiento voluntario. La actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber desde el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido hasta una adopción de posturas raras o inapropiadas. Para diagnosticar este subtipo, el cuadro debe cumplir en primer lugar todos los criterios para la esquizofrenia y no ser más explicable por otras causas u enfermedades.

Esquizofrenia residual: este tipo debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es acusada la existencia de ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizado, sobresaliendo principalmente los síntomas negativos.

Esquizofrenia indiferenciada: si una esquizofrenia no reúne los criterios de los subtipos anteriores o presenta varios de ellos se le llama esquizofrenia indiferenciada.

Esquizofrenia simple: esta constituye uno de los subtipos de la esquizofrenia donde los síntomas de delirios y alucinaciones son mínimos destacando otras alteraciones. Ha sido un diagnóstico que ha estado envuelto en controversias, por lo que en la última edición del manual DSM de trastornos mentales se ha suprimido, así como, el resto de subtipos de la esquizofrenia. Se caracteriza por un deterioro insidioso de las funciones mentales y del afecto emocional (inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad o contenido del lenguaje, comunicación no verbal empobrecida, deterioro del aseo personal y del comportamiento social..) durante más de un año, pero sin los síntomas positivos propios de la psicosis. Todos estos posibles síntomas suponen un empeoramiento significativo de la actividad laboral o académica y alteraciones en las relaciones personales.



h. Evolución

La evolución de esta enfermedad es diferente en cada caso. Muchos pacientes padecen durante meses o años los primeros síntomas, que no indican esquizofrenia, antes de que se manifieste la enfermedad. Empiezan a aislarse de la sociedad, actúan de forma distante, están frecuentemente deprimidos y comienzan a percibir la realidad de forma distorsionada. Este estadio previo a la esquizofrenia es conocido por los psiquiatras como la **fase prodrómica**.

En la manifestación aguda de la esquizofrenia aparecen los síntomas de delirios, alucinaciones, trastornos del yo, trastornos del pensamiento y/o aplanamiento afectivo y apatía en diferente grado y combinación en cada afectado. Esta fase aguda suele durar entre semanas o meses y cede después con el transcurso de la enfermedad.

Entre el 10 y el 20% de los pacientes se recuperan totalmente tras un primer **episodio esquizofrénico**.

Esta patología puede desarrollarse también en brotes. Su peligro reside en que tras cada brote, es decir, tras cada manifestación aguda de la esquizofrenia, determinados síntomas pueden parecer como crónicos. Los llamados síntomas negativos son los que más limitan a los afectados. En casos aislados pueden ser que los delirios y las alucinaciones no desaparezcan completamente.

Del 35% al 40% de los pacientes, la esquizofrenia se manifiesta de forma recurrente, aunque con un tratamiento adecuado, los síntomas desaparecen casi totalmente. El otro tanto por ciento, aparecen con el tiempo síntomas de forma continua como delirios y alucinaciones permanentes. La evolución crónica grave solo se da en un 5% de los casos.

Hay investigaciones que demuestran que circunstancias específicas pueden influir positivamente en la evolución de la esquizofrenia:

Las manifestaciones de forma aguda de una esquizofrenia sin que los afectados hayan mostrado antes signos, indican un buen pronóstico.

El tratamiento precoz de la esquizofrenia con neurolépticos, evita, normalmente, la evolución crónica de la misma.

Las condiciones sociales como una pareja estable y una buena red social, son factores que afectan positivamente al curso de la enfermedad.

i. Tratamiento

Esta enfermedad tiene buena respuesta al tratamiento. Dado que es un trastorno complejo, el tratamiento es multifacético.

Existe un cierto consenso en el uso simultáneo de fármacos antipsicóticos y de terapias psicológicas, como el modelo cognitivo-conductual y la psicoanalítica. También hay un enfoque psicosocial de redes asistenciales, hogares y talleres protegidos, que evitan la hospitalización prolongada. En estas condiciones, la esquizofrenia ha mejorado considerablemente de pronóstico en los últimos 20 años.

Se calcula que la respuesta a los fármacos puede estar condicionada hasta en un 85 % por factores genéticos, por lo que ya existen en el mercado tests que recogen la información farmacogenética del paciente para que el médico pueda valorar qué tratamiento va a funcionar mejor en el paciente con esquizofrenia, en función de sus características genéticas.

Una duración prolongada de la psicosis no tratada puede representar una forma diferente y más grave de la esquizofrenia que, por sí misma, se asocia a una peor evolución.

El equipo del Instituto Salk ha logrado, gracias a la reprogramación celular, estar un paso más cerca de comprender la biología que se oculta tras esta enfermedad, para probar la eficacia de los fármacos. Tras administrar diversos antipsicóticos, descubrieron que sola la loxapina aumentaba la capacidad de las neuronas para establecer conexiones con sus vecinas y también afectaba a la actividad de varios genes.

La recomendación clínica que se debe seguir, es que se debe iniciar una terapia antipsicótica al momento del diagnóstico de la esquizofrenia. Demorar el tratamiento puede empeorar los resultados a largo plazo.

Se debe monitorizar el peso de los pacientes que toman antipsicóticos de primera o de segunda generación.

Hay que monitorizar también la glicemia y la lipidemia en pacientes que toman antipsicóticos de segunda generación.

A continuación, se explicaran algunos tipos de fármacos y terapias para ayudar al paciente.



Los antipsicóticos son fármacos de primera línea utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia y de otras enfermedades relacionadas con ella.

Inicialmente tenían otro nombre, las denominaban tranquilizantes mayores o neurolépticos, en oposición a los tranquilizantes menores, conocidos ahora como ansiolíticos, por su capacidad para producir determinados efectos secundarios neurológicos.

Los antipsicóticos llegan al cerebro y bloquean diversos receptores celulares para neurotransmisores. Destaca la acción sobre los receptores para la dopamina y la serotonina.

Existen otros antipsicóticos llamados los clásicos o típicos como lo son el haloperidol, la clorpromazina y la flufenacina. El mecanismo de acción de este grupo de medicamentos no está por completo aclarado; el bloqueo dopaminérgico parece importante para el control de los síntomas psicóticos, pero no todos los pacientes responden igual ni todos los síntomas mejoran de la misma forma.

Estos antipsicóticos confieren un mayor riesgo de efectos secundarios, tales como distonía, síntomas parkinsonianos y una incapacidad para quedarse quieto.

La discinesia tardía es un trastorno crónico del sistema nervioso caracterizado por movimientos involuntarios de sacudida. Suelen ser movimientos de la cara, lengua y mandíbula. A menudo se considera un efecto secundario extrapiramidal de los antipsicóticos típicos. Sin embargo, es en realidad un fenómeno único y diferente.

También hay los llamados antipsicóticos atípicos que son la clozapina, la olanzapina y la risperidona. El efecto benéfico de los antipsicóticos atípicos sobre los síntomas negativos sigue siendo controvertido.

Existen también otro tipo de terapias como la rehabilitación, la psicoterapia individual o la terapia electroconvulsiva.

La rehabilitación psicosocial incluye varias intervenciones no médicas para las personas con esquizofrenia. Enfatizan la capacitación social y vocacional para ayudar a los pacientes recién diagnosticados o que han estado enfermos por un tiempo, para superar dificultades en las áreas cognitivas o de habilidades sociales afectadas.

Los programas pueden incluir asesoramiento vocacional, capacitación para el trabajo, técnicas para solucionar problemas de la vida diaria, administración de dinero, uso del transporte público y aprendizaje de destrezas sociales para interactuar mejor con otras personas.

Estos métodos son muy útiles para los pacientes tratados en la comunidad, ya que proporcionan las técnicas necesarias para poder llevar una mejor vida en comunidad a los pacientes que han sido dados de alta del hospital, lo que conlleva a disminuir las recaídas, adquirir habilidades, disminuir los síntomas negativos e incrementar el ajuste social.

Otra terapia que ayuda es la denominada psicoterapia individual o terapia personal.

Esta terapia incluye sesiones programadas con regularidad en las que el paciente habla con su psicólogo o psiquiatra. Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o del pasado, experiencias, pensamientos, sentimientos o relaciones personales.

El paciente puede 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.

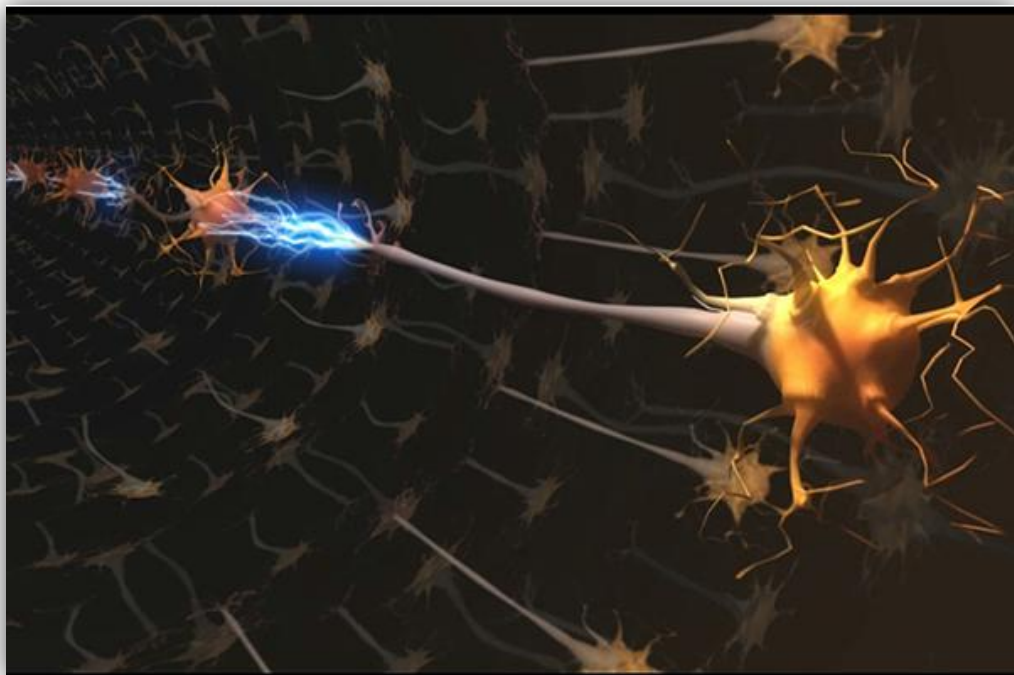
A pesar de sus beneficios, la psicoterapia no es un sustituto de los medicamentos antipsicóticos, y resulta más útil una vez que el tratamiento con medicamentos ha aliviado los síntomas psicóticos.

Y por último tenemos la terapia electroconvulsiva.

Esta terapia también llamada TEC ha sido usada en el tratamiento de la esquizofrenia desde su aparición en 1934.

Sin embargo, debido en parte a sus efectos deletéreos en la memoria y a los riesgos de lesiones osteomusculares durante la convulsión producida por la corriente eléctrica, su utilización ha ido menguando a nivel mundial.

La Asociación Americana de Psiquiatría establece, en sus directrices, que la terapia electroconvulsiva rara vez se utiliza como tratamiento de primera línea para la esquizofrenia, pero es considerada su indicación especialmente para tratar las psicosis concurrentes resistentes a los antipsicóticos.



DDD. Asesinos con esquizofrenia

Hay muchos tipos de asesinos con problemas mentales.

La mayoría de los esquizofrénicos pueden resistir las agresivas órdenes provenientes de sus alucinaciones.

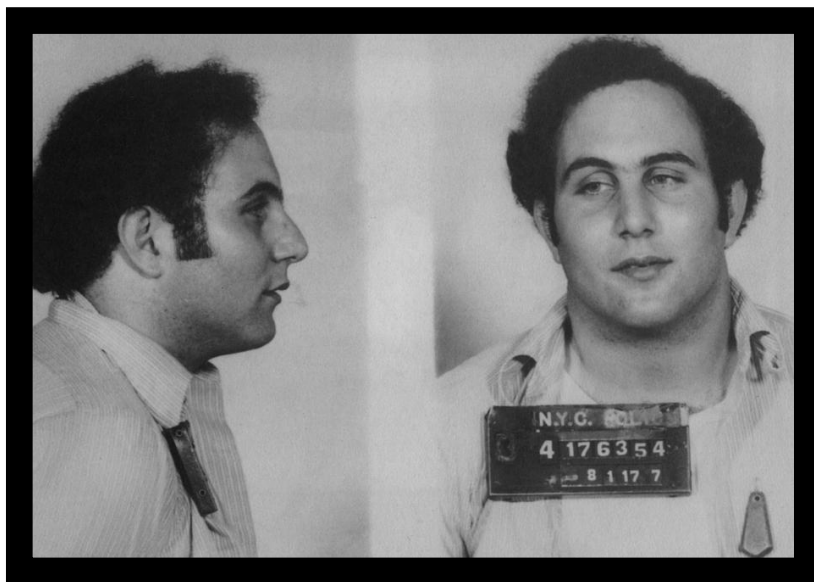
Un caso es el de Herbert Mullin, el cual escuchaba la voz de su padre ordenándole que tenía que matar a una persona cualquiera.

Mullin por su parte, creía salvar el mundo, librándolo de terremotos. A diferencia de otros asesinos seriales, él no buscaba cierto tipo de víctimas. Si no que entre ellas encontramos a una familia, a un sacerdote, a un pordiosero y a algunos campistas.

Tras su arresto, todos estaban convencidos de tener a un paranoico esquizofrénico frente a ellos, sin embargo, fue declarado legalmente sano. A diferencia del resto de los asesinos, él peleó por declararse sano y no loco como los demás. El mismo manifestó ser un buen americano, víctima de una conspiración y que merecía la libertad.

John Linley Frazier eliminó a una familia completa de Santa Cruz (California), en 1970 porque pensaba que contaminaban y destruían la tierra. De todos modos fue declarado, como Mullin, legalmente sano y sentenciado a cadena perpetua.

David Berkowitz, mundialmente conocido como el hijo de Sam, también alegó esquizofrenia, pero, pasado un tiempo, decidió dar una conferencia de prensa donde negó la existencia del demonio que según él moraba dentro de sus pensamientos.





Por último, pero no menos importante, analizaré al asesino apodado “El vampiro de Sacramento”.

Desde muy joven, Richard Chase es conocido por su conducta psicótica que alterna periodos de apatía con otros de agresividad.

Según algunos psicólogos, esto es debido en gran parte a unos traumas infantiles, por las constantes peleas entre su padre alcohólico y su madre, que mas tarde terminan divorciándose.

Cuando tenía 21 años, se marcha de casa para compartir piso con unos amigos. Termina drogándose y comienza a estar obsesionado con la idea de que una organización criminal trata de acabar con él, hasta tal punto que clava con

tablas la puerta de su habitación, entrando y saliendo de ella por un pequeño agujero que había hecho en el fondo de un armario de la pared.

Poco después, se afeita la cabeza y acude asustado al médico, alegando que su cráneo se está deformando poco a poco y los huesos de este le agujerean la piel.

Al mismo tiempo, dice sentir que se muere porque alguien le ha robado la arteria pulmonar, y nota que su sangre no puede circular.

Es hospitalizado en un psiquiátrico, saliendo de éste al poco tiempo, pese a la opinión de algunos médicos que lo consideran peligroso.

Los psiquiatras le habían mandado medicación, y al dejarla, empezó a creer que su sangre se estaba volviendo polvo y que requería de otra más fresca para sobrevivir.

Poco después de salir del psiquiátrico, cae gravemente enfermo, y los médicos tras percatarse de su obsesión por consumir sangre, lo internan de nuevo diagnosticándole una fuerte esquizofrenia paranoide además de conducta peligrosa.

Un año después, sale de nuevo a la calle, descuartiza a numerosos perros, gatos y vacas con el fin de beber su sangre y vísceras mezcladas con coca-cola a modo de cóctel.

Él estaba convencido de que a causa de la falta de sangre, su estomago empezaba a pudrirse, su corazón iba disminuyendo de tamaño y que los distintos órganos se desplazaban en su interior.

Estaba dispuesto a imitar a los asesinos Kenneth Bianchi y Angelo Buono. Se compró una pistola del calibre 22 y guardo los recortes de prensa que los mencionaba.

A los 28 años, comienza una serie de crímenes disparando dos veces sin motivo alguno sobre un desconocido, que se convertiría en la primera de sus víctimas.

Una joven de 22 años, fue su segunda víctima. Fue salvajemente asesinada a pocos metros de su casa cuando se encontraba sacando la basura. Chase dispara tres veces sobre ella, y mientras agoniza, le abre el vientre para arrancarle los intestinos, que esparce cuidadosamente por el suelo. Luego, le corta el hígado, el diafragma, un pulmón y los riñones, colocándolos encima de una cama. En un ataque de histeria apuñala varias veces el cuerpo sin vida y tras beber su sangre, se pinta la cara con ella. Finalmente, como toque final a su “obra”, defeca sobre la boca del cadáver y abandona la casa, satisfecho.

Cuatro días después comete el más sangriento de sus crímenes entrando en una casa elegida al azar y disparando a la cabeza de una pareja de 27 años, un niño de 6 años y un bebé de 22 meses. Luego, llevándose el cuerpo de la mujer a una habitación, sodomiza el cadáver, le arranca un ojo y bebe su sangre. Momentos más tarde, es sorprendido en su macabra carnicería por alguien que llama a la puerta mientras vaciaba el cráneo del niño, y huye a toda prisa llevándose el cadáver del bebé.

En su propia casa, decapita el cuerpo tras beberse su sangre y devorar el cerebro crudo. Es esa tarde cuando la policía empieza a investigar.

Cuando tres policías llaman a la puerta del vampiro no obtienen respuesta, pero oyendo ruidos en el interior deciden de vigilar el apartamento.

Poco después, Chase sale de la casa con una caja de cartón bajo el brazo, que arroja al suelo para tratar de huir al ver a los agentes en la puerta. Su contenido se esparce por el suelo asombrando a los policías: se trata de ropa ensangrentada y trozos de cerebro humano...

El asesino es finalmente detenido. Al registrar su apartamento, se encuentran además de un espantoso olor a putrefacción, manchas de sangre cubriéndolo todo, huesos humanos en la cocina y el salón, un plato con restos de cerebro encima de la cama y la nevera repleta de recipientes con órganos humanos y animales en el interior.

En el juicio trata inútilmente de justificar sus macabros crímenes diciendo que unas voces de seres extraterrestres y otras criaturas lo acosaban continuamente obligándole a matar...

Finalmente es condenado a pena de muerte aunque su ejecución en la cámara de gas nunca sería llevada a cabo, pues Richard se suicida pocos meses después en su celda con una sobredosis de antidepresivos en diciembre de 1980.

20. Conclusiones

La esquizofrenia es una enfermedad con la que tienes que aprender a vivir toda la vida.

No tiene cura, pero sí tratamiento. Este tratamiento puede afectar tanto de forma positiva como de forma negativa dependiendo del sujeto de estudio.

Al igual que la esquizofrenia, los distintos tipos de enfermedades mentales suelen venir a causa de trastornos en la infancia o situaciones en las que nos fijamos, que nos dejan marcados para toda la vida.



U. Bibliografía

- ⊗ Apuntes de Estudio Criminal
- ⊗ Perfiles criminales interfectos, José Manuel Ferro Veiga
- ⊗ Consejo español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia.
- ⊗ Esquizofrenia: Diagnostico, Tipos, Etiologia y Tratamientos, Array

22. Webgrafia

- ⊗ Wikipedia.org
- ⊗ Asesinos-en-serie.com
- ⊗ Medline plus

УУУ. Agradecimientos

Me gustaría agradecer a Estudio Criminal por dejarme estudiar este curso. Las videoclases y el temario me han encantado mucho.

He aprendido mucho de vosotros y espero que disfrutéis este trabajo tanto como yo he disfrutado al hacerlo.

