

Comentarios elogiosos previos a la publicación de
Uno, uno mismo y Ellos

“Como una vista submarina de Mundo Marino, *Uno, uno mismo y Ellos* ofrece una fascinante mirada al mundo de la esquizofrenia para los padres que, como yo, desean comprender. Para los jóvenes con esquizofrenia, como nuestro hijo, el libro brinda orientación sobre una enfermedad aterradora. Tanto para las familias como para las personas con enfermedades mentales, este libro aporta una buena dosis de esperanza, algo que no abunda en la mayoría de los libros”.

—*Mindy Greiling, representante del estado de Minnesota y miembro de la Junta Ejecutiva,
National Alliance on Mental Illness*

“El relato personal es realista”.

—*Jim Greiling, diagnosticado con esquizofrenia a los 21 años, actualmente tiene 29 años*

“Esta historia personal maravillosamente contada ofrece una plataforma innovadora de información sólida sobre la esquizofrenia y su tratamiento. Es muy informativa para las personas que se enfrentan a la aparición de la psicosis y para los familiares, amigos y trabajadores de salud mental que se esfuerzan por comprender y ayudar”.

—*William T. Carpenter Jr., M.D., profesor de Psiquiatría y Farmacología, Facultad de
Medicina, Universidad de Maryland (University of Maryland)*

“Los autores ofrecen un excelente recurso para todas las personas cuyas vidas se ven afectadas por la esquizofrenia. Con un lenguaje sólido y fácil de entender, el libro ofrece una guía útil para las personas que tienen esta enfermedad. Muy recomendable”.

—*Ming Tsuang, M.D., Ph.D., Departamento de Psiquiatría, Universidad de California
(University of California), San Diego*

“*Uno, uno mismo y Ellos: relato personal de la experiencia de un joven con la esquizofrenia* es un relato simple y maravillosamente lúcido de la batalla de Kurt Snyder contra sus demonios. No sólo nos muestra la experiencia de la psicosis, sino que también explica, con un lenguaje sencillo, qué significa cada elemento de esa experiencia. Interesante y sumamente ameno, un libro como este debería ser de lectura obligatoria para todos los estudiantes de nivel secundario y universitario, ya que desmitifica una enfermedad que durante demasiado tiempo ha estado envuelta en un velo de malentendidos, confusión y miedo”.

—*Pamela Spiro Wagner, autora de Divided Minds: Twin Sisters and Their Journey
Through Schizophrenia*

“Recomiendo especialmente este libro a los pacientes, familiares, médicos e investigadores interesados en un relato personal de cómo la esquizofrenia cambia la forma en que el mundo se ve, se siente y se comporta. Es muy conmovedor y muy informativo. Desde las interesantes descripciones de los cambios de estado de ánimo, la cognición y la percepción hasta las explicaciones sobre cómo el cerebro se ve afectado y cómo actúan los medicamentos, esta breve pero detallada narración personal y revisión del estado del campo es invaluable”.

—*Daniel R. Weinberger, M.D., director, Programa de genes, cognición y psicosis, IRP,
NIMH, NIH*



THE ANNENBERG FOUNDATION TRUST
AT SUNNYLANDS

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands

Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (Adolescent Mental Health Initiative)

Patrick E. Jamieson, Ph.D., *editor de la serie*

Otros libros de la serie

Para jóvenes

Carrera mental: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno bipolar

Patrick E. Jamieson, Ph.D., con Moira A. Rynn, M.D. (2006)

Días grises: relato personal de la experiencia de un adolescente con la depresión

Cait Irwin, con Dwight L. Evans, M.D. y Linda Wasmer Andrews (2007)

Lo que debes pensar de mí: relato personal de la experiencia de una adolescente con el trastorno de ansiedad social

Emily Ford, con Michael Liebowitz, M.D. y Linda Wasmer Andrews (2007)

Casi nada: relato personal de la experiencia de un adolescente con los trastornos alimentarios

Carrie Arnold, con B. Timothy Walsh, M.D. (2007)

Tras un viaje: relato personal de la experiencia de un adolescente con el abuso de sustancias

Kyle Keegan, con Howard B. Moss, M.D. (en preparación en 2008)

El pensamiento es lo que cuenta: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno obsesivo-compulsivo

Jared Douglas Kant, con Martin Franklin, Ph.D. y Linda Wasmer Andrews (en preparación en 2008)

Desde el octavo piso: un adolescente que elige la esperanza al suicidio

DeQuincy A. Lezine, Ph.D., con David Brent, M.D. (en preparación en 2008)

Para padres y otros adultos

Si su hijo adolescente padece depresión o trastorno bipolar

Dwight L. Evans, M.D. y Linda Wasmer Andrews (2005)

Si su hijo adolescente padece un trastorno alimentario

B. Timothy Walsh, M.D. y V. L. Cameron (2005)

Si su hijo adolescente padece un trastorno de ansiedad

Edna B. Foa, Ph.D. y Linda Wasmer Andrews (2006)

Si su adolescente padece esquizofrenia

Raquel E. Gur, M.D., Ph.D. y Ann Braden Johnson, Ph.D. (2006)

Uno, uno mismo y *Ellos*

*Relato personal de la experiencia de un joven con la
esquizofrenia*

Kurt Snyder

con Raquel E. Gur, M.D., Ph.D. y Linda Wasmer Andrews



THE
ANNENBERG FOUNDATION TRUST
AT
SUNNYLANDS

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands
Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente

THE ANNENBERG
PUBLIC POLICY CENTER
UNIVERSIDAD DE PENNSILVANIA
(UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA)

OXFORD

UNIVERSITY PRESS

2007

OXFORD

UNIVERSITY PRESS

Oxford University Press, Inc., publica trabajos que fomentan los objetivos de excelencia de la Universidad de Oxford (Oxford University) en investigación, becas y educación.

The Annenberg Foundation Trust at Sunnylands

Annenberg Public Policy Center de la Universidad de Pensilvania

Oxford University Press

Oxford Nueva York

Auckland Ciudad del Cabo Dar es Salaam Hong Kong Karachi Kuala Lumpur Madrid Melbourne Ciudad de México Nairobi Nueva Delhi Shanghai Taipei Toronto

Con oficinas en: Argentina Austria Brasil Chile República Checa Francia Grecia Guatemala Hungría Italia Japón Polonia Portugal Singapur Corea del Sur Suiza Tailandia Turquía Ucrania Vietnam

Copyright © 2007 de Oxford University Press, Inc.

Publicado por Oxford University Press, Inc.

198 Madison Avenue, New York, New York 10016

www.oup.com

Oxford es una marca registrada de Oxford University Press.

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción, el almacenamiento en sistemas de recuperación y la transmisión de la presente publicación, mediante cualquier método o procedimiento, sea éste electrónico, mecánico, de copiado, de grabación o de otra naturaleza sin el previo consentimiento de Oxford University Press.

Información del catálogo de publicación de la Biblioteca del Congreso

Snyder, Kurt.

Título original en inglés: *Me, myself, and them: a firsthand account of one young person's experience with schizophrenia* / by Kurt Snyder with Raquel E. Gur, and Linda Wasmer Andrews.

p. cm. — (Adolescent mental health initiative)

“The Annenberg Foundation Trust at Sunnylands, the Annenberg Public Policy Center.” Incluye referencias bibliográficas e índice.

ISBN 978-0-19-531123-5; 978-0-19-531122-8 (pbk)

1. Snyder, Kurt—Mental health. 2. Schizophrenics—United States—Biography. 3. Schizophrenia in adolescence—United States. I. Gur, Raquel E. II. Andrews, Linda Wasmer. III. Title.

RC514.S565A3 2007

616.89'80092—dc22 2007016619

987654321

Impreso en los Estados Unidos de Norteamérica en papel sin ácido

Tabla de contenidos

Prólogo	x
Prefacio	xii
Uno	
Una mente fragmentada: descripción general de la esquizofrenia	1
<i>Mi historia</i>	1
<i>Delirios de grandeza</i>	1
<i>La primera etapa</i>	2
<i>Panorama general</i>	5
<i>¿Qué es la esquizofrenia?</i>	5
<i>¿Quiénes padecen esquizofrenia?</i>	6
<i>¿De dónde viene la esquizofrenia?</i>	7
<i>¿Cuáles son las primeras señales de advertencia?</i>	10
Dos	
Los primeros encuentros con <i>Ellos</i> : síntomas y paranoia	12
<i>Mi historia</i>	12
<i>Cambio de planes</i>	12
<i>Ser observado</i>	13
<i>Una nueva oportunidad</i>	14
<i>Un mensaje sin respuesta</i>	16
<i>Demasiadas coincidencias</i>	17
<i>Suposiciones inciertas</i>	20
<i>Una imaginación fuera de control</i>	22
<i>Panorama general</i>	23
<i>¿Cuáles son los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia?</i>	24
<i>¿Qué importancia tienen los síntomas cognitivos de la esquizofrenia?</i>	28
<i>¿Se dan cuenta las personas con esquizofrenia de que están enfermas?</i>	28
<i>¿Cuáles son los diferentes tipos de esquizofrenia?</i>	29
Tres	
En las garras de <i>Ellos</i> : pérdida del contacto con la realidad	32

<i>Mi historia</i>	32
<i>La necesidad de alejarme</i>	32
<i>Glasgow, Montana</i>	34
<i>Intrusión</i>	35
<i>Encierro</i>	37
<i>El regreso a casa</i>	39
<i>Panorama general</i>	40
<i>¿Cómo afecta la esquizofrenia la vida diaria?</i>	41
<i>¿Cuándo y por qué es útil la hospitalización?</i>	43
<i>¿Cuáles son los pormenores de la atención hospitalaria?</i>	45
<i>¿Dónde puedes obtener ayuda fuera del hospital?</i>	47
Cuatro	
Identificar y enfrentar al enemigo: diagnóstico y tratamiento	48
<i>Mi historia</i>	48
<i>Los delirios se intensifican</i>	48
<i>El regreso al hospital</i>	49
<i>El regreso al mundo exterior</i>	49
<i>Un nombre para ELLOS</i>	50
<i>Panorama general</i>	50
<i>¿Cómo se diagnostica la esquizofrenia?</i>	50
<i>¿Qué afecciones pueden coexistir con la esquizofrenia?</i>	51
<i>¿Por qué es tan importante el tratamiento profesional?</i>	54
<i>¿Qué medicamentos se utilizan para tratar la esquizofrenia?</i>	55
<i>¿Cómo ayuda la terapia psicológica y conductual?</i>	59
<i>¿Cuáles son las perspectivas para el futuro?</i>	62
Cinco	
Derrotar al enemigo: recuperarse de la esquizofrenia	63
<i>Mi historia</i>	63
<i>Aceptar la esquizofrenia</i>	64
<i>Un nuevo rumbo</i>	64
<i>Panorama general</i>	66
<i>¿Qué son los programas de rehabilitación psicosocial?</i>	66

<i>¿Qué tipos de servicios de capacitación y de apoyo están disponibles?</i>	67
<i>¿Cómo puedes sobrellevar la esquizofrenia en la escuela?</i>	70
<i>¿Cómo puedes sobrellevar la esquizofrenia en el trabajo?</i>	73
<i>¿Cuáles son las opciones para vivir solo?</i>	74
<i>¿Cómo se pueden manejar las situaciones sociales?</i>	77
<i>¿Cómo se pueden sobrellevar el estrés y los cambios?</i>	80

Seis

Unir las piezas: mi vida actual	82
<i>Epílogo de mi historia</i>	82
Preguntas frecuentes	84
Glosario	87
Recursos	92
Bibliografía	100
Índice	101

Prólogo

La Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (Adolescent Mental Health Initiative, AMHI por sus siglas en inglés) fue creada por la Annenberg Foundation Trust at Sunnylands con el objetivo de brindar información a los profesionales de la salud mental, a los padres y a los jóvenes sobre los avances actuales en el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales en adolescentes. La AMHI se hizo realidad gracias a la generosidad y visión de los embajadores Walter y Leonore Annenberg. La administración del proyecto estuvo a cargo del Annenberg Public Policy Center de la Universidad de Pensilvania en asociación con Oxford University Press.

La AMHI comenzó en 2003, cuando se convocaron en Filadelfia y Nueva York siete comisiones científicas constituidas por aproximadamente 150 psiquiatras y psicólogos destacados de todo el país. Presididas por los doctores Edna B. Foa, Dwight L. Evans, B. Timothy Walsh, Martin E. P. Seligman, Raquel E. Gur, Charles P. O'Brien y Herbert Hendin, el objetivo de la creación de estas comisiones era evaluar el estado de las investigaciones científicas sobre los trastornos mentales frecuentes que, en su mayoría, se originan entre los 10 y los 22 años. Actualmente, sus hallazgos colectivos están reflejados en un libro dirigido a profesionales de la salud mental y a los responsables de formular políticas titulado *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders* (2005). Como primer producto de la AMHI, el libro también detalla una agenda de investigación que podría mejorar aún más nuestra capacidad para prevenir y tratar los trastornos mentales, entre ellos, los trastornos de ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y la esquizofrenia.

La AMHI consta de tres partes y la segunda consiste en una serie de libros más pequeños para lectores en general. Algunos de los libros han sido diseñados principalmente para padres de adolescentes con un trastorno mental específico. Otros, éste incluido, están dirigidos a los adolescentes que están luchando contra alguna enfermedad mental. La información científica de estos libros proviene, en parte, de la capacidad profesional de la AMHI y se presenta de forma accesible para los lectores en general de diferentes edades. Los “libros para adolescentes” también incluyen la historia de la vida real de una persona joven que ha luchado contra —y que actualmente controla— una enfermedad mental determinada. Sirven no solamente como una fuente de investigación sólida sobre la enfermedad sino también como una guía para la recuperación de jóvenes afectados. Por consiguiente, ofrecen una combinación única de ciencia médica y conocimiento práctico personal que inspira a los adolescentes a que participen activamente en su propia recuperación.

La tercera parte de la Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente de Sunnylands consiste en dos sitios web. El primero, www.CopeCareDeal.org, está dirigido a los adolescentes. El segundo, www.oup.com/us/teenmentalhealth, brinda información actualizada a la comunidad médica sobre temas tratados en *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders*, el libro profesional de la AMHI.

Es nuestro deseo que este tomo —fruto de la AMHI— resulte útil y enriquecedor.

Patrick Jamieson, Ph.D.

Editor de la serie

Adolescent Risk Communication Institute

Annenberg Public Policy Center

Universidad de Pensilvania

Filadelfia, Pensilvania

Prefacio

Hola, mi nombre es Kurt Snyder. Tengo 34 años y tengo esquizofrenia. Vivo en las afueras de Annapolis, Maryland, en los Estados Unidos.

Comencé a padecer de esquizofrenia cuando tenía alrededor de 18 años, y la enfermedad se desarrolló gradualmente durante un periodo de diez años. Durante la mayor parte de ese tiempo, ninguno de mis familiares o amigos se dio cuenta de que yo tenía problemas mentales. Sin embargo, eventualmente los síntomas se agravaron, y todos notaron que algo estaba mal. Comencé a pensar que era vigilado las 24 horas del día por un grupo oculto de personas. En un momento, llegué a preguntarme si toda mi vida estaba fabricada por una máquina de realidad virtual operada por extraterrestres.

Cuando estaba enfermo, no podía trabajar eficazmente. Intenté trabajar a tiempo parcial, pero me despidieron de dos trabajos distintos en un mes. Me deprimí mucho, y durante un tiempo, no tuve ningún tipo de energía mental. Ni siquiera podía rastrillar las hojas en mi propio patio. Comencé a darme cuenta de que tenía problemas mentales, de que mi cerebro estaba dañado. Pensaba que nunca podría realizar un trabajo productivo nuevamente. Pensaba que nunca volvería a lograr algo importante y que mis amigos me abandonarían. Pensaba que era incompetente. Creía que viviría el resto de mis días rodeado de pena y sufrimiento.

Pero estaba equivocado.

Eso fue hace seis años. Ahora, hace cuatro años que me desempeño eficazmente en el mismo empleo. Soy administrador de bases de datos (un trabajo relacionado con la informática) y trabajo para el estado de Maryland. También soy presidente del departamento local de bomberos voluntarios, al cual me uní hace seis años. Todos mis amigos me acompañaron siempre. Con la ayuda de los medicamentos, mi enfermedad está en remisión. Durante los últimos tres años, sólo he tenido síntomas mínimos de esquizofrenia.

Decidí escribir este libro para ayudarte a comprender una cosa: tener esquizofrenia no es una sentencia de muerte. La vida continúa, a veces mejor de lo que esperas. Es posible que tengas dificultades para sobrellevar los síntomas y la expresión de esta enfermedad, ya sea que tú o una persona que conoces tenga esquizofrenia. No obstante, estas dificultades no son permanentes. Si estás dispuesto a esforzarte para lograr un resultado exitoso, en muchos casos los síntomas de la esquizofrenia pueden manejarse y controlarse. La vida de una persona con esquizofrenia puede avanzar y desarrollarse como la de cualquier persona que no tiene esta enfermedad.

Cómo nació este libro

Existen numerosos libros sobre la esquizofrenia, pero pocos están escritos especialmente para adolescentes y adultos jóvenes. Y aun menos son relatos personales de lo que realmente se siente al combatir la esquizofrenia y ganar la batalla. Este libro tiene como objetivo llenar ese vacío.

La idea para este libro comenzó con las siete comisiones científicas sobre la salud mental en los adolescentes que fueron convocadas en 2003 por la Annenberg Foundation Trust at Sunnylands.

A los psiquiatras y psicólogos de estas comisiones se les encargó la tarea de evaluar el estado de la ciencia con respecto a los trastornos mentales que afectan a los adolescentes y adultos jóvenes.

Como resultado, se publicaron varios libros sobre la salud mental en los adolescentes, incluido el que tienes en las manos.

La presidenta de la comisión de esquizofrenia fue Raquel E. Gur, M.D., Ph.D., que también es asesora médica y coautora de este libro. La Dra. Gur es profesora de Psiquiatría, Neurología y Radiología de la Universidad de Pensilvania. Además, se ha desempeñado como directora de la Sección de Neuropsiquiatría y del Centro de Investigación sobre Esquizofrenia de dicha institución. Ha dedicado su carrera al estudio de la función cerebral en la esquizofrenia, por lo que aporta un enorme caudal de experiencia y conocimientos a estas páginas.

La tercera persona que integra nuestro equipo de trabajo es Linda Wasmer Andrews, una periodista que se ha especializado en problemas de salud mental durante más de dos décadas. Una de las formas en las que contribuyó al libro fue realizando entrevistas a otras personas que lucharon contra la esquizofrenia durante la adolescencia y principios de la adultez. Encontrarás estas historias esparcidas por todo el libro, en las notas enmarcadas tituladas “Otras caras de la esquizofrenia”. Para proteger la privacidad de los participantes entrevistados, se utilizaron seudónimos. Pero las historias, generalmente relatadas con sus propias palabras, son verdaderas, sinceras y llenas de consejos útiles y palabras de esperanza. También usé seudónimos para el resto de las personas que aparecen en este libro. Todos los eventos que describo son absolutamente verdaderos.

Lo que encontrarás en este libro

Mis coautoras y yo hemos trabajado en equipo para crear un libro único que considera la esquizofrenia desde distintos puntos de vista. Es un relato personal de mi batalla para recuperarme de la esquizofrenia, pero también es la historia de los otros 2.4 millones de estadounidenses —y de los 24 millones de personas de todo el mundo— que tienen esta temida, aunque fascinante, enfermedad.

Para ofrecerte una perspectiva más amplia sobre temas como causas, síntomas, diagnóstico, tratamiento y autocontrol, dividimos cada capítulo en dos partes. En primer lugar, se incluye mi relato personal sobre la vida con esquizofrenia. Luego, se incluye una sección escrita en conjunto titulada “Panorama general”, que considera la ciencia, la medicina y las tendencias sociales que me afectan no sólo a mí, sino quizás también a ti.

Uno de los aspectos más interesantes de la esquizofrenia es la diversidad de formas que puede tomar. Yo tengo esquizofrenia paranoide, que se caracteriza por las percepciones y los pensamientos distorsionados que a veces se centran en la creencia de que los demás “te persiguen”. Por ende, esta forma de la enfermedad se describirá con más detalle en este libro. No obstante, también analizaremos otras formas en menor profundidad. Además, gran parte de la información sobre diagnósticos, tratamientos y estrategias para sobrellevar la enfermedad se aplican a cualquier persona que tenga esquizofrenia, independientemente

de la forma en que se manifieste.

Te invito a leer mi historia y a conocer la vida de una persona que padeció esquizofrenia durante muchos años, pero que ahora está recuperada y lleva una vida normal. Si actualmente experimentas síntomas, espero poder orientarte y ayudarte a que te encamines hacia un futuro mejor, en el que la enfermedad mental no determine la clase de vida que llevas.

Uno, uno mismo y *Ellos*

Una mente fragmentada: descripción general de la esquizofrenia

Mi historia

Comencé a experimentar lo que creo eran síntomas claros de esquizofrenia cuando estaba en la universidad. Algunos de estos síntomas pueden haber sido provocados por el nuevo entorno, como reacción a un nuevo estilo de vida. El primer semestre fue bastante normal; mis notas eran muy buenas y, aparentemente, me iba bien en las clases. Todo se desmoronó durante el segundo semestre, cuando comencé a desorganizarme, perdí la concentración en las clases y no pude realizar muchas de las tareas. Terminé el año con notas muy bajas. El semestre siguiente no fue mucho mejor. Finalmente, perdí la beca académica que había obtenido en la escuela secundaria.

Delirios de grandeza

En algún momento de ese primer año, comencé a desarrollar un síntoma característico de las enfermedades mentales, el delirio de grandeza. Creía que descubriría un nuevo y fabuloso principio matemático que transformaría la manera en que vemos el universo. No comenté estos pensamientos con nadie. Comencé a buscar pistas de esta teoría matemática en los libros de matemática que encontraba en la biblioteca. En realidad, aprendí muy poco sobre matemática, porque no podía concentrarme en el material durante un tiempo considerable. No podía digerir lo que leía. Sin embargo, seguía creyendo que un día tendría una idea genial y sería famoso. Pasaba horas soñando despierto, intentando encontrar nuevas y desconocidas relaciones entre los números, los símbolos y los objetos del mundo real. Me decía a mí mismo que estaba siempre a punto de descubrir la idea correcta, y que no la había descubierto simplemente porque no pensaba lo suficiente. Sabía que sólo un genio podría resolver algunos de los problemas en los que pensaba, pero no me daba cuenta de que no era un genio. Sobrestimaba mis propias capacidades. Como pensaba demasiado en los números, me fue muy mal en la universidad en los dos años siguientes.

Durante mi tercer año en la universidad, desarrollé otros síntomas relacionados más estrechamente con la esquizofrenia paranoide. En una ocasión, vi un carro de policía detrás de mí, y pensé que la policía me estaba siguiendo. Esta inquietud duró alrededor de una

*Una tarde,
repentinamente comencé
a sentirme muy
vulnerable e indefenso*

hora o más, incluso después de que el carro de policía había desaparecido en el tráfico. Más adelante, ese mismo año, me fui de vacaciones con mi hermano, su esposa y mi novia a las montañas del oeste de Maryland. Alquilamos una casa en el bosque por una semana. Una tarde, repentinamente comencé a sentirme muy vulnerable e indefenso. Me imaginaba que alguien podría irrumpir en la casa mientras dormíamos y matarnos a todos. No sé si les

conté lo que pensaba a mis compañeros, pero estaba muy preocupado por la solidez de las puertas de entrada, y ellos notaron que estaba inquieto y que actuaba de manera extraña.

Finalmente, me calmé y me fui a dormir. Posteriormente, ese mismo año, los síntomas de paranoia reaparecieron cuando me corté la pierna y decidí ir a la clínica médica de la universidad. Mientras estaba allí, comencé a sentirme muy vulnerable. Me preguntaba si los enfermeros intentarían hacerme daño de alguna forma y traté de imaginarme cómo podrían hacerlo. Pensaba que podrían intentar infectarme con el virus del sida con una aguja contaminada.

Estos síntomas no sólo eran irracionales, sino que también indicaban una paranoia extrema. Afortunadamente, los episodios eran breves y sólo afectaban considerablemente mis procesos de pensamiento durante unas pocas horas. Pasaron varios años hasta que volví a tener síntomas de paranoia.

Si bien mi paranoia era efímera en ese momento, la desorganización seguía siendo un problema para mí. Me daba cuenta de que mis pensamientos y mis conductas eran imprevisibles. Por ejemplo, planificaba ir a clases y mientras iba en camino decidía ir a otro lugar, quizás al gimnasio. Mientras iba al gimnasio, cambiaba de opinión y decidía ir a comer algo. Pero antes de llegar al comedor, posiblemente decidía pasar por la biblioteca. Cambiaba de opinión una y otra vez, a menudo varias veces en pocos minutos. Pasaba todo el día yendo de un lado a otro, pero no llegaba a ninguna parte y, por cierto, no lograba nada productivo.

Un aspecto de esta desorganización del pensamiento era la mala memoria. Perdía objetos importantes, como las llaves o la billetera. No podía recordar dónde los había puesto. Los dejaba en cualquier lugar al azar, sin pensar en lo que hacía, y luego los buscaba desesperadamente cuando los necesitaba. Perdía libros, prendas de vestir, plumas —de todo— incluso mi carro. Solía estacionar mi carro en algún lugar del campus y luego me olvidaba de dónde estaba, a veces ni siquiera recordaba en qué estacionamiento estaba. Afortunadamente, en ese tiempo mi carro era un viejo Toyota Corolla de color naranja rojizo brillante. Era fácil de ver, así que generalmente lo encontraba enseguida.

Finalmente, debido a la falta continua de éxito académico en la universidad, me convencí de que no era un buen estudiante. Decidí estudiar a tiempo parcial, y cambié mi especialidad de ingeniería a administración hotelera, que me pareció mucho menos difícil. La nueva especialidad fue mucho más fácil para mí. Las clases de administración hotelera requerían menos concentración y menos tareas. Mis notas mejoraron considerablemente. Seguí estudiando a tiempo parcial durante dos o tres años, cursando una o dos materias por semestre. Sin embargo, finalmente decidí que quería trabajar por mi cuenta de forma permanente y que no quería el tipo de carrera que una educación universitaria prometía. Decidí crear un trabajo para mí. Trabajaría por cuenta propia como empresario. Les contaré más sobre eso más adelante.

La primera etapa

No recuerdo nada de los años de mi infancia o adolescencia que pudiera haber indicado que sufriría una enfermedad mental. Durante mi infancia, no tuve experiencias que normalmente se considerarían traumáticas. Mi infancia, en su mayor parte, fue muy agradable. Crecí en un barrio residencial del sur de la ciudad de Baltimore, en Maryland. Tenía un hermano que era cuatro años mayor que yo. Jugábamos juntos a menudo, pero por supuesto él era siempre más fuerte, más rápido y mejor que yo en todas las actividades físicas. Con frecuencia anhelaba el día en que pudiera vencerlo en fútbol, básquetbol, lucha,

atletismo, natación o cualquier otro deporte. También tenía a mi mejor amigo, Chris, que era mi compañero fiel. Nos veíamos casi todos los días. Un verano, nos hicimos “hermanos de sangre”, nos pinchamos los dedos y nos dimos un apretón de manos con sangre para sellar el trato.

Durante mi adolescencia, los deportes y la escuela eran los elementos más importantes de mi vida. Una temporada intenté jugar al béisbol, pero no tenía facilidad para el juego y pronto me aburrí. El fútbol fue lo más destacado de mis actividades atléticas. Jugaba mucho mejor al fútbol que al béisbol o al básquetbol. Un año, mi padre fue el entrenador del equipo de fútbol, y Chris estuvo en el equipo. Recuerdo que fue muy divertido.

Mi madre y mi padre siempre me alentaban en todo lo que hacía, incluidos los estudios, los deportes y otras actividades. Nos brindaban apoyo a mi hermano y a mí en todas las formas posibles. En general, me sentía amado, seguro y a salvo en mi hogar. Nuestro clan familiar también nos daba todo su apoyo. Mi abuela materna y su hermana, mi tía abuela, nos visitaban casi todas las semanas. Nos cuidaban a mí y a mi hermano cuando estábamos enfermos, y nos llevaban a pasear los fines de semana y durante el verano. Mis abuelos paternos vivían en Pensilvania, a dos horas de viaje aproximadamente. También los veíamos a menudo. Crecí con la sensación de que los valores y las relaciones familiares eran importantes, y aprendí buenos valores morales que he practicado durante toda mi vida. Sabía que mis padres y mi familia me amaban.

En la escuela primaria, me fue muy bien desde el punto de vista académico. Siempre tuve notas altas en los exámenes estandarizados. Me portaba bien y mis maestros me querían. Cuando terminé el sexto grado, obtuve un premio al buen ciudadano, que se otorgaba a un solo estudiante de una clase de graduados de aproximadamente 75 estudiantes en total. Estaba muy orgulloso de ese premio.

Si bien tenía un mejor amigo, practicaba deportes y me iba bien en la escuela, no tenía otros amigos de mi edad. En la escuela primaria, no establecí lazos personales con el resto de los estudiantes de mi clase. Era tímido y reservado entre mis compañeros, y además tenía una autoestima baja. No me sentía valioso. Por cierto, este concepto de mí mismo no era consecuencia de la crianza de mis padres.

Parte de mi baja autoestima se debió a dos experiencias que tuve en la escuela primaria, que me avergonzaron enormemente durante varios años. Estas dos experiencias ocuparon un lugar destacado en mis pensamientos por mucho tiempo. No sé por qué me afectaron durante tanto tiempo, pero es evidente que no tenía la madurez emocional suficiente para superar estas experiencias de forma sana.

La primera ocurrió cuando estaba en segundo grado. Mis padres me habían inscrito en una prueba de atletismo para niños. La carrera estaba por comenzar y yo estaba parado en la pista con varios otros niños cuando repentinamente sentí la necesidad de ir al baño. No pude contenerme y me hice pis mientras esperaba que comience la carrera, delante de todos. Mi mamá me sacó inmediatamente de la carrera. “¿Por qué no nos dijiste algo?, ¿por qué no dijiste que necesitabas ir al baño?”, preguntó. Sinceramente, no sé por qué. Pero la vergüenza que sentí

... no establecí lazos personales con el resto de los estudiantes de mi clase.

duró todo el día, todo el mes, todo el año y varios años más. Creo que la reacción emocional que tuve ante esta experiencia y el efecto constante que tuvo en mí fue anormal. La mayoría de los niños probablemente lo hubieran superado rápidamente.

El otro incidente ocurrió en cuarto o quinto grado. En ese entonces, la madre de Chris nos buscaba a la salida de la escuela todos los días. Un día, en lugar de esperarnos en el estacionamiento de la escuela, decidió entrar en la escuela para hablar con uno de los maestros. Dejó la camioneta abierta para que pudiéramos esperarla.

Ese día, más temprano, yo había tenido una pelea con algunos de mis compañeros. Dos o tres de ellos me siguieron hasta la camioneta, me robaron la mochila y se negaron a devolverla. Me asusté y decidí meterme en la camioneta, en lugar de enfrentarlos. Esto era raro en mí, porque normalmente no era un niño temeroso y, por lo general, no me echaba para atrás en un enfrentamiento con otros niños. Chris estaba conmigo, pero era pequeño para su edad y no creí que fuera de mucha ayuda. Supongo que me sentí vulnerable porque eran muchos más que nosotros. Finalmente, la madre de Chris llegó, recuperé mi mochila y nos fuimos a casa. Sin embargo, me sentí avergonzado de no haber enfrentado a esos niños. Esa vergüenza fue una carga pesada para mí durante varios años. Se convirtió en sentimientos de ineptitud e inferioridad. Me volví más introvertido y reacio a relacionarme con mis compañeros, y evitaba el contacto con los otros niños de mi clase. Estos sentimientos de ineptitud me influenciaron incluso durante la adultez y afectaron mi capacidad de hacer amistades con otros adolescentes, especialmente con las mujeres.

Nunca hablé con mis padres, mis amigos ni otras personas sobre mis sentimientos de inferioridad. No compartí esos pensamientos con nadie. Quería enterrarlos en un pozo y deshacerme de ellos para siempre. Desde luego, sólo continuaron degenerándose dentro de mí. Ahora sé que guardarse las cosas es un error. Casi siempre es mejor hablar sobre los problemas. Si lo hubiera hecho en la escuela primaria, quizás no hubiera vivido tantos años con una opinión negativa de mí mismo.

En la escuela secundaria, era tranquilo y retraído. Seguía disfrutando los deportes, el fútbol, el *lacrosse* y la lucha. Era bueno para la lucha, y me puse en forma gracias a las prácticas de lucha.

Salía poco. Tenía miedo de hablar con las mujeres, probablemente debido a la imagen negativa de mí mismo y a la falta de confianza asociada. Era acomplejado. Las mujeres de mi escuela me consideraban una persona tranquila y, lógicamente, la mayoría de ellas no se me acercaban. No era popular.

En el undécimo grado, adquirí mucha confianza en mí mismo durante un viaje de intercambio de estudiantes. Un grupo seleccionado de estudiantes de mi escuela fue a Italia por tres semanas, y cada uno de nosotros vivimos con una familia italiana y fuimos a una escuela italiana. Pronto, ¡descubrí que las jóvenes italianas estaban interesadas en mí! No sólo una, ¡sino varias! No me conocían como el joven tímido y reservado que era en los Estados Unidos. Pasé un día en Venecia con una hermosa joven italiana. La suerte me sonrió y, cerca de la Plaza San Marco, besé a una joven por primera vez en mi vida. ¡Fue maravilloso! Cuando regresé a los Estados Unidos, había cambiado, aunque fuera un poco.

Terminé la escuela secundaria con buenas notas, varios premios académicos, una beca para la universidad y optimismo para el futuro.

Panorama general

Esquizofrenia. La palabra en sí suena dura y atemorizante. Desde luego, todos hemos escuchado la palabra, y la mayoría de nosotros tenemos una vaga idea de lo que significa. Pero nunca pensamos que nos pasará a nosotros, hasta que nos pasa.

La verdad es que la esquizofrenia puede afectar a cualquiera. Es una enfermedad como cualquier otra, basada en procesos biológicos que salen mal. Y, al igual que muchas otras enfermedades graves y crónicas, tiene consecuencias muy diversas —mentalmente, emocionalmente, físicamente y socialmente. No obstante, hay un aspecto de la esquizofrenia que la distingue. Comparada con las enfermedades cardíacas o la diabetes, por ejemplo, la esquizofrenia parece crear más confusión, información errónea y temor exagerado. Por cierto, este libro no pretende restarle importancia a las dificultades de la enfermedad. Son muy reales y a menudo tremendas, como leerás en estas páginas. Sin embargo, también leerás cómo se pueden superar las dificultades con tiempo y esfuerzo, más el tratamiento y los servicios de apoyo adecuados.

¿Qué es la esquizofrenia?

La palabra *esquizofrenia* literalmente significa “mente fragmentada”. Contrariamente a lo que puedes haber escuchado, no es lo mismo que “desdoblamiento de la personalidad”. Cuando tienes esquizofrenia, no tienes varias personalidades que luchan en tu cabeza. En cambio, tienes una sola personalidad, pero una mente que se ha hecho añicos. Los pensamientos, los sentimientos y las conductas se separan en trozos desconectados.

El verdadero “desdoblamiento de la personalidad”

El trastorno de identidad disociativo (también denominado trastorno de personalidad múltiple) es una forma de enfermedad mental en la cual las personas tienen dos o más identidades diferentes. Estas identidades se turnan para controlar la conducta de la persona. Cada identidad puede tener su propio nombre, rasgos de personalidad e imagen de sí misma. Es posible que algunas identidades no recuerden lo que hicieron las otras, lo que puede generar enormes e inexplicables vacíos en la memoria de la persona. El trastorno de identidad disociativo *no* es una forma de esquizofrenia, sino otro trastorno con un conjunto de causas, síntomas y tratamientos totalmente diferentes.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave y crónico. Puede afectar la capacidad de pensar con claridad, lo que a su vez puede afectar la capacidad de hablar con coherencia y de tener una conducta que tenga sentido para el resto de las personas. Por ejemplo, algunas personas que padecen este trastorno creen que los demás leen sus mentes o controlan sus pensamientos, y sus palabras y acciones reflejan estas creencias distorsionadas.

La esquizofrenia puede hacer que sea difícil distinguir lo que es real de lo que no lo es. Las personas que tienen la enfermedad a veces escuchan voces o ven cosas que no existen realmente. En algunas personas, la esquizofrenia también reduce la capacidad de expresar emociones y sentir placer. A otras, les quita toda la energía y la motivación.

Como es lógico, estos cambios drásticos en el funcionamiento de la mente pueden afectar todos los aspectos de la existencia de una persona. Las personas con esquizofrenia pueden tener dificultades para tomar decisiones, manejar sus emociones y relacionarse con los demás. Si la enfermedad no se trata, puede resultarles muy difícil estudiar, conservar un trabajo o vivir independientemente como adultos. No obstante, el panorama no es tan sombrío como puede parecer. Si bien es posible que los síntomas nunca desaparezcan por completo, generalmente se pueden manejar si se recibe el tratamiento adecuado y se aprenden las estrategias necesarias para vivir con la enfermedad. Anteriormente, la esquizofrenia era un diagnóstico terrible con pocas esperanzas de recuperación. En la actualidad, muchas personas con esquizofrenia se mejoran y llevan vidas plenas, productivas y satisfactorias.

¿Enfermedad antigua o flagelo moderno?

La esquizofrenia no es un problema nuevo, pero aún se debate cuándo se registró el primer caso de la enfermedad en la historia documentada. La enfermedad mental en general ha sido reconocida desde hace miles de años. En la Grecia antigua, a veces se la atribuía a un desequilibrio de los fluidos corporales, y en la Europa medieval, a menudo se creía que era causada por una posesión demoníaca.

Sin embargo, los síntomas específicos que caracterizan a la esquizofrenia no se describieron en profundidad hasta principios del siglo XIX. Los especialistas tienen distintas explicaciones acerca de este lapso. Algunos creen que la esquizofrenia existió siempre, pero que no se la distinguía de otras formas de enfermedad mental o que era considerada una intervención divina, en lugar de una enfermedad. Otros creen que la esquizofrenia realmente fue poco frecuente hasta principios del siglo XIX, cuando apareció repentinamente en su forma moderna.

¿Quiénes padecen esquizofrenia?

La mayoría de las personas que desarrollan esquizofrenia tienen el primer episodio de la enfermedad en la adolescencia tardía o a principios de la adultez. La enfermedad es muy poco común antes de los 13 años de edad, y afecta sólo a aproximadamente 1 de 40,000 niños. Es más común pero poco frecuente en adolescentes menores de 18 años. Sin embargo, en los adultos de 18 años y mayores, la esquizofrenia afecta a aproximadamente 1

de 100 personas.

La esquizofrenia tiende a iniciarse antes en los hombres que en las mujeres. Se presenta principalmente desde la adolescencia tardía hasta los 25 años en los hombres, y desde los 25 hasta los 30 años en las mujeres. Pocas veces comienza después de los 45 años de edad. En general, la enfermedad afecta a hombres y mujeres por igual.

La esquizofrenia está presente en grupos étnicos de todo el mundo. De hecho, la World Health Organization calcula que la enfermedad afecta a aproximadamente 24 millones de personas en todo el mundo. Si bien se han hecho grandes progresos en el tratamiento en países desarrollados como los Estados Unidos, la mayoría de las personas con esquizofrenia de los países en vías de desarrollo aún no reciben la atención médica que necesitan.

¿De dónde viene la esquizofrenia?

Los científicos aún estudian las causas exactas de la esquizofrenia. Sin embargo, al igual que muchas otras enfermedades, se cree que es causada por una combinación de factores genéticos, ambientales y biológicos. Estos tres factores interactúan de maneras complicadas. Los genes solos probablemente no son suficientes para causar la esquizofrenia. No obstante, pueden hacer que una persona sea más vulnerable a ciertas tensiones y presiones del ambiente que pueden poner en marcha la enfermedad. Cualquiera sea el factor desencadenante, la fuente principal de muchos síntomas parece encontrarse en la química, la estructura y la función cerebral de la persona.

... la fuente principal de muchos síntomas parece encontrarse en la química, la estructura y la función cerebral de la persona.

EL PAPEL DE LOS FACTORES GENÉTICOS

Los científicos siempre han sabido que la esquizofrenia es hereditaria. Alrededor del 1% de la población adulta general padece este trastorno. Pero alrededor del 10% de las personas que tienen padres o hermanos con esquizofrenia también desarrollarán la enfermedad. El riesgo es mayor para los que tienen un gemelo con esquizofrenia. Estas personas tienen entre el 40% y el 65% de posibilidades de desarrollar la enfermedad.

Ha habido avances en la identificación de los genes relacionados con la esquizofrenia. Sin embargo, cada gen parece tener un efecto menor, y ninguno parece ser capaz de causar la enfermedad por sí solo. Los científicos todavía no pueden predecir cuáles personas tendrán esquizofrenia solamente a partir de su estructura genética.

EL PAPEL DE LOS FACTORES AMBIENTALES

Incluso entre las personas cuyos gemelos tienen esquizofrenia, del 35% al 60% no padecen la enfermedad. Es evidente que otros factores, además de los genéticos, afectan el riesgo de estas personas. Para determinar cuáles pueden ser esos otros factores, los científicos han considerado los factores ambientales. Entre los posibles factores de riesgo que se han identificado, se incluyen la exposición a virus o las lesiones durante el embarazo y los problemas durante el nacimiento, los cuales pueden generar cambios en el cerebro en

desarrollo.

Otro posible factor es la exposición a experiencias de vida estresantes. Sin embargo, los investigadores que estudian este vínculo a menudo tienen dificultades cuando intentan separar la causa del efecto. Supongamos que una persona con esquizofrenia vive en la pobreza. ¿Contribuyen las condiciones de vida estresantes a los síntomas de esa persona? Quizás. Pero los síntomas también pueden hacer que a la persona le resulte difícil conservar un trabajo, lo cual ciertamente contribuye a su pobreza. En casos como este, generalmente no existe una respuesta clara a la pregunta de qué apareció primero, si la enfermedad o el estrés.

Hace cincuenta años, muchos profesionales de salud mental creían que los orígenes de la esquizofrenia se podían rastrear hasta una mala crianza. Las madres recibían las peores críticas. Sin embargo, en las décadas más recientes, se desacreditaron totalmente las teorías que culpaban a los padres. Ninguna de ellas resistió al escrutinio de la investigación científica. Si bien vivir con algunas familias es, sin lugar a dudas, más estresante que con otras, no existen pruebas de que una mala crianza en sí signifique que se desarrollará esquizofrenia, como tampoco existen pruebas de que una buena crianza garantice que no se desarrollará la enfermedad. En realidad, muchas personas con esquizofrenia provienen de familias cariñosas y afectuosas. Y aun cuando las relaciones familiares son más complicadas, es difícil separar las causas de la enfermedad de los problemas que ocasiona.

DESEQUILIBRIOS DE LA QUÍMICA CEREBRAL

El cerebro humano contiene alrededor de cien mil millones de neuronas, células nerviosas que están diseñadas especialmente para enviar información a otras células nerviosas, musculares o glandulares. Cada neurona está separada de sus neuronas vecinas por un pequeño espacio llamado sinapsis. Este espacio es el lugar donde la información se transmite de una neurona a la siguiente. En promedio, cada neurona realiza conexiones sinápticas con otras mil neuronas. En total, por ende, se calcula que existen entre cien billones y un cuatrillón de sinapsis en el cerebro, números tan grandes que son casi imposibles de considerar.

Para enviar un mensaje a sus vecinas, una neurona depende de los mensajeros químicos denominados neurotransmisores para que transporten el mensaje por el espacio sináptico. Funciona de la siguiente forma: la neurona emisora libera un neurotransmisor en la sinapsis. Existen más de cien clases diferentes de neurotransmisores en el cerebro, y cada uno de ellos tiene su propia forma distintiva. Una clase particular de neurotransmisor sólo puede acoplarse con su receptor, una molécula equivalente de la superficie de la neurona receptora. Una vez que esto sucede, el neurotransmisor puede entregar su mensaje. La esquizofrenia parece estar relacionada con desequilibrios en diversos neurotransmisores. Entre aquellos que pueden desempeñar un papel clave en el trastorno se encuentran la dopamina, la serotonina, el ácido gamma aminobutírico (gamma-amino-butyric acid, GABA por sus siglas en inglés) y el glutamato.

- La dopamina es un neurotransmisor que es esencial para el movimiento y que también influye en la motivación y la percepción de la realidad. Algunos

medicamentos antipsicóticos aparentemente funcionan al bloquear los receptores de la dopamina. Según una hipótesis, algunos síntomas como los pensamientos confusos y las alucinaciones auditivas pueden ser causados por la actividad excesiva de la dopamina en el cerebro. Otra hipótesis sugiere que síntomas tales como la falta de motivación e interés pueden ser causados por la descomposición de la dopamina en otras sustancias químicas. De cualquier forma, la dopamina no parece ser la única causa de la esquizofrenia, ya que no todas las personas que padecen el trastorno tienen una mayor cantidad de receptores de dopamina. También es posible que algunos cambios en los circuitos de la dopamina del cerebro sean un efecto de la esquizofrenia, y no una causa.

- La serotonina es un neurotransmisor que ayuda a regular el estado de ánimo, el sueño, el apetito y el deseo sexual. Algunos investigadores sospechan que la esquizofrenia puede estar relacionada con un exceso de serotonina en el cerebro. Esto es lo opuesto de la depresión y la ansiedad, que se han relacionado con niveles bajos de serotonina.
- El GABA es un neurotransmisor que inhibe la circulación de señales nerviosas en las neuronas, bloqueando la liberación de otros neurotransmisores. El glutamato es otro neurotransmisor que tiene la función opuesta; promueve la circulación de señales nerviosas en las neuronas. Los investigadores actualmente creen que la esquizofrenia también puede incluir anomalías importantes en estas dos sustancias químicas. Una posibilidad es que el glutamato sea demasiado activo en la parte del cerebro responsable del pensamiento complejo, y que los síntomas como la aparente falta de motivación e interés en realidad sean una defensa contra la estimulación excesiva.

ANOMALÍAS EN LA ESTRUCTURA Y LA FUNCIÓN CEREBRAL

Los científicos han utilizado sofisticadas técnicas de diagnóstico por imágenes para comparar los cerebros de personas con esquizofrenia con los cerebros de personas sanas. Se han observado varias diferencias, pero la importancia de estas diferencias no está completamente clara. Por ejemplo, algunas personas con esquizofrenia tienen ventrículos dilatados, es decir, cavidades llenas de líquido dentro del cerebro. Otras tienen un hipocampo (la parte del cerebro relacionada con las emociones, el aprendizaje y la memoria) más pequeño de lo normal.

La corteza prefrontal es la parte del cerebro relacionada con el pensamiento complejo, la solución de problemas y el criterio. Estas funciones mentales normalmente se ven afectadas por la esquizofrenia, por lo que podría esperarse que la corteza prefrontal también se viera afectada. En efecto, según algunos estudios, la esquizofrenia podría estar relacionada con una actividad inusual, un tamaño reducido o un crecimiento anormal de esta área. Sin embargo, aunque tales diferencias están presentes en muchas personas con esquizofrenia, son sutiles y no están presentes en todas.

Si bien hay mucho por aprender, una cosa parece clara: es poco probable que los investigadores alguna vez puedan señalar una sola causa de esta compleja enfermedad. En cambio, la esquizofrenia parece ser

También es posible que lo que ahora se denomina esquizofrenia resulte no ser una sola enfermedad sino varias...

consecuencia de la interacción de varios factores. También es posible que lo que ahora se denomina esquizofrenia resulte no ser una sola enfermedad sino varias, cada una con su propia combinación de causas genéticas, ambientales y biológicas.

¿Cuáles son las primeras señales de advertencia?

Los primeros indicios de problemas generalmente son sutiles. El término *prodrómico* se refiere a los síntomas preliminares de la esquizofrenia que pueden aparecer entre dos y seis años antes de que se produzca el primer episodio importante. Estos síntomas pueden incluir los siguientes:

- reducción de la capacidad de concentrarse y prestar atención
- disminución de la energía y la motivación
- cambios en el estado de ánimo, como depresión y ansiedad
- irritabilidad
- problemas para dormir
- aislamiento social
- desconfianza
- descuido del aspecto personal
- disminución del rendimiento escolar
- pérdida de interés en actividades que anteriormente se disfrutaban

El problema con estos síntomas es que son muy imprecisos. Casi todas las personas tienen problemas leves con algunos de estos síntomas en algún momento. Incluso cuando los síntomas son más graves y problemáticos, frecuentemente son señales de un trastorno más común, como la depresión o el abuso de sustancias. La mayoría de los adolescentes que tienen estos síntomas nunca desarrollan esquizofrenia. Además, para crear más confusión, los jóvenes que *sí* desarrollan esquizofrenia no necesariamente tienen todos estos síntomas en los años anteriores a su primer episodio importante.

Otras caras de la esquizofrenia: “Mark”

Actualmente, Mark es un defensor de salud mental de 29 años de edad que vive solo, trabaja a tiempo parcial y tiene novia. Pero llegar a este punto le costó mucho esfuerzo. Cuando tenía 16 años, Mark comenzó a sufrir depresión. “Pensé que se debía a otras cosas que sucedían en mi vida”, recuerda. “Durante los primeros años de la escuela secundaria, no fui un buen estudiante. Tenía fama de ser inteligente, pero no me esforzaba y no me llevaba bien con mis maestros. Sin embargo, antes de empezar la preparatoria, hice un pacto conmigo mismo y decidí que me pondría a estudiar en serio”.

Al principio, todo parecía salir según el plan. A Mark le iba bien a pesar de que cursaba materias difíciles, como Latín, y se había fijado metas elevadas: ser presidente de la sociedad de honor y ser aceptado en Harvard. “Sin embargo, cuando cumplí 16 años, me di cuenta de que no lograría mis metas”, cuenta. “Me deprimí mucho. En ese entonces, pensé que era sólo una depresión causada por mi fracaso, pero ahora creo que se trataba de algo biológico”.

Mark no fue aceptado en Harvard, pero recibió una beca para otra universidad. Lamentablemente, las cosas continuaron empeorando en la universidad. Le resultaba imposible concentrarse en los estudios, por lo que sus notas bajaron y finalmente le revocaron la beca. Luego, a los 18 años, Mark tuvo un episodio importante en el que terminó “gritando y chillando desnudo” en la capilla de la universidad. “Creía que la Agencia Central de Inteligencia (Central Intelligence Agency, CIA, por sus siglas en inglés) intentaba reclutarme”, recuerda. “Estaba muy asustado y confundido, por eso fui a la capilla, porque era un lugar donde había encontrado mucha fortaleza en otras ocasiones. Parece una locura, pero tenía miedo de que me dispararan. Recordé haber leído en alguna parte que si uno está desnudo, no le disparan. Así que me saqué la ropa para que no pensarán que tenía un arma”.

Más tarde, en el hospital, a Mark le diagnosticaron trastorno esquizoafectivo, una afección que combina las percepciones y los pensamientos distorsionados de la esquizofrenia con graves alteraciones del estado de ánimo. En retrospectiva, es fácil encontrar los orígenes de este trastorno en la depresión que Mark había sufrido anteriormente. Sin embargo, en ese entonces, no era tan evidente. Los sentimientos de depresión son muy comunes, y en la gran mayoría de los adolescentes no anuncian la esquizofrenia ni el trastorno esquizoafectivo. Mark no tenía manera de saber que terminaría formando parte de la minoría hasta ese día en la capilla de la universidad.

“Incluso después del primer episodio, me rehusaba a creerlo, la negación es muy poderosa”, cuenta Mark. “Tenía que hacerme a la idea de que tenía una enfermedad mental. No se trataba simplemente de que los demás no me entendieran o de que tuviera unos días complicados”. No obstante, finalmente Mark aceptó su diagnóstico. Y desde entonces, sin prisa pero sin pausa, rehizo su vida.

Por lo general, es mirando hacia atrás que la verdadera importancia de estos primeros síntomas resulta evidente. Con el tiempo, las señales de advertencia se convierten en algo más angustiante y perturbador. Una persona puede comenzar a escuchar voces que no son reales, creer que los presentadores de la televisión le hablan directamente a ella o pensar que puede dañar a los demás sólo con mirarlos. Eventualmente, estas clases de percepciones y pensamientos distorsionados tienen como consecuencia una conducta que resulta sumamente extraña para los demás. En este punto, es cada vez más claro que algo está gravemente estropeado. Es el comienzo del viaje hacia la auténtica esquizofrenia.

Los primeros encuentros con Ellos: síntomas y paranoia

Mi historia

Después de fracasar en la universidad durante varios años y de experimentar solamente un éxito limitado cuando opté por una especialidad menos difícil, decidí que obtener un título universitario no era mi destino. En ese entonces, tenía un fuerte deseo de trabajar por mi cuenta, siempre había soñado con ser empresario. Pensaba que tenía suficiente impulso, energía y determinación para tener éxito como trabajador independiente. Finalmente tomé la decisión de trabajar por cuenta propia y dedicar todo mi tiempo y esfuerzo a crear una carrera para mí. Dejé los estudios y renuncié a mi trabajo.

Al principio, quería ser especialista en diseño gráfico. Pensaba que podría crear folletos, publicidades, videos, animación y otras formas de arte digital. Quizás podría crear estaciones interactivas para ofrecer información sobre el área local a los turistas.

Compré una computadora de primera calidad y diversos programas de software, con lo cual acumulé una deuda de varios miles de dólares con mi tarjeta de crédito que no tenía forma inmediata de pagar. Pronto me di cuenta de que no tenía una buena estrategia para atraer clientes y obtener ingresos. Como tenía que pagar mis deudas de alguna forma, comencé a hacer trabajos de mantenimiento a tiempo parcial. Para mi sorpresa, después de casi un mes tenía todo el trabajo de mantenimiento que podía manejar. Parecía que era bastante fácil encontrar clientes para este trabajo. Cambié de opinión: en lugar de diseñador gráfico, me dedicaría a hacer trabajos de mantenimiento.

Cambio de planes

En poco tiempo, estaba sobrecargado de trabajo pero no ganaba mucho dinero. Resulta que tenía mucho que aprender sobre el oficio. Al no tener experiencia, no calculaba bien cuánto tiempo llevaría cada trabajo y a menudo subestimaba considerablemente la cantidad de trabajo necesaria para una tarea determinada. Por ejemplo, podía calcular que un trabajo me llevaría dos horas, cuando en realidad me llevaba cuatro. También calculaba mal el costo de los materiales. Cuando preveía ganar 20 dólares por hora, generalmente terminaba ganando sólo cinco.

Otro problema era la falta de herramientas. Para casi todos los trabajos nuevos, necesitaba una herramienta nueva que no tenía. Al principio, compraba herramientas nuevas constantemente, y la combinación de los cálculos incorrectos con la inversión en herramientas nuevas estaba afectando mis finanzas. Algunos días, ganaba solamente 20 ó 30 dólares. Después de pagar la comida, el gas y el seguro, no me quedaba nada. No podía pagar mis deudas, y los intereses se estaban acumulando.

Me preocupaba constantemente lo que mis clientes pensarían de mí.

Era el otoño de 1995 y tenía 24 años. Me esforzaba por atraer nuevos clientes y

conservar los que ya tenía. Intentaba desesperadamente proyectar una imagen de competencia, calidad y valor para mis clientes, pero poco a poco comencé a tener inquietudes con respecto a mi trabajo. Me obsesionaba lograr que todo estuviera perfecto y terminar los trabajos en un plazo razonable. Me preocupaba constantemente lo que mis clientes pensarán de mí. “¿Hice ese trabajo lo suficientemente bien? ¿Podría hacerlo mejor la próxima vez? ¿Soy productivo?”. Tenía estos pensamientos permanentemente. Mis preocupaciones sólo me distraían de mi trabajo. En muchos casos, el pensamiento obsesivo probablemente hacía que fuera menos productivo y que cometiera más errores.

Ser observado

En esa época, la ola de paranoia comenzó a crecer lentamente en mi cerebro. Tenía cierta ansiedad de ejecución, pero esta ansiedad estaba combinada con sentimientos paranoides. Estaba más acomplejado y me preguntaba por qué las personas me observaban mientras trabajaba, especialmente mis clientes. Mis pensamientos paranoides generalmente se relacionaban con mi trabajo: si cometía un error, o si hacía algo que me parecía ineficiente, pensaba “¿Me vio mi cliente cometer ese error? Quizás piense que no soy un buen trabajador. ¿Me observa ahora?”.

La paranoia comenzó levemente. Aunque a menudo me *preguntaba* si mis clientes me observaban, no *creía* que realmente lo hicieran. En cambio, me preguntaba si *podrían* estar observándome, pensamiento que me causaba mucha ansiedad, y esta incertidumbre era mucho más perturbadora que la vigilancia real. Aunque parezca extraño, si un cliente se paraba detrás de mí y observaba todo lo que hacía, sentía menos ansiedad o no la sentía. Cuando no estaba seguro de si me observaban o no, experimentaba muchísima ansiedad.

Siempre quería hacer el mejor trabajo de la manera más rápida y eficiente posible. Pero cuando comencé a realizar trabajos de mantenimiento, cometía muchos errores y, aunque podía corregir la mayoría de ellos, me molestaban enormemente. Con frecuencia, me sentía inepto e incompetente, y cada error que cometía reforzaba la idea de que no era bueno en mi trabajo, lo que me hacía temer que mis clientes notaran mis defectos. A menudo sentía la necesidad de mirar hacia atrás para ver si me observaban. A los 25 años, estos pensamientos comenzaron a ocurrir muy a menudo, quizás hasta doce veces por día.

Después de unos meses, mis habilidades laborales mejoraron muchísimo, pero seguía siendo muy autocrítico y no tenía confianza en mí mismo. Los pensamientos paranoides aumentaron en frecuencia e intensidad, y después de dos años, me preguntaba cientos de veces por día si me estaban observando. Estos pensamientos ya no se relacionaban sólo con mis clientes. También me preguntaba si los vecinos u otras personas me observaban. Cuando iba a un centro comercial o a una tienda grande, me preguntaba si los guardias de seguridad me observaban. Estaba muy atento a las cámaras de seguridad, especialmente en las grandes tiendas, los bancos y las tiendas de comestibles. A menudo creía que me observaban exclusivamente a mí. Después de un tiempo, comencé a sentir que el público en general me observaba en todos los lugares a los que iba. Me sentía expuesto y acomplejado en todos los lugares públicos, como si estuviera en exhibición en un zoológico.

Entonces, conocí a Dan y Helen, un matrimonio rico, que pronto se convirtieron en mis mejores clientes. Tenían una casa grande y varios acres de propiedad, que mantenían en excelente estado. Siempre tenían trabajo para mí, y después de unos meses, entablamos una

buena relación. Les gustaba el trabajo que hacía para ellos y me tenían aprecio. Les tomé mucho cariño y desarrollé un profundo respeto por su opinión y criterio. En ocasiones, me invitaban a almorzar o cenar con ellos.

Durante el año siguiente, mis ansiedades y los pensamientos obsesivos relacionados con ellas siguieron acosándome. En un momento, decidí ir a un psiquiatra. Sólo fui a una consulta. Le expliqué que tenía ansiedad sobre mi rendimiento laboral. No le dije que me preguntaba si las personas me observaban o no, porque realmente no creía que lo hicieran, era sólo una fuerte sospecha. Como sabía con seguridad que tenía mucha ansiedad de ejecución, eso fue todo lo que le mencioné al médico. Ahora me doy cuenta de que fue un error. Si le hubiera mencionado mi paranoia en ese momento, quizás me hubiera ahorrado algunos de los desagradables efectos de la esquizofrenia que experimentaría en poco tiempo. Si alguna vez visitas un psiquiatra, te recomiendo que le expliques todo lo que piensas, aunque no sepas si es real o no. El trabajo de un psiquiatra es evaluar tu estado mental en general, no validar lo que ya sabes que es real. En mi caso, el psiquiatra simplemente confirmó que yo tenía un nivel excesivo de ansiedad y me recomendó que tomara un medicamento ansiolítico. Le dije que consideraría el medicamento en el futuro, pero finalmente decidí no tomarlo. Pensaba que mi ansiedad se debía a mi rendimiento deficiente y no entendía cómo un medicamento mejoraría mi rendimiento, entonces ¿por qué debería tomarlo? Ahora comprendo que si hubiera tomado el medicamento, podría haberme concentrado más en mi trabajo, en lugar de obsesionarme por él.

Si alguna vez visitas un psiquiatra, te recomiendo que le expliques todo lo que piensas, aunque no sepas si es real o no.

Una nueva oportunidad

Cuando tenía alrededor de 27 años, me encontré con un viejo conocido que mencionó que podría haber una vacante para un trabajo de mantenimiento a tiempo parcial donde él trabajaba. El sueldo sería un 30% más de lo que ganaba. Me dio su tarjeta comercial y aproximadamente un mes más tarde coordinamos una reunión en su oficina. Cuando vi el edificio en el que mi amigo trabajaba, supe que era una buena oportunidad para mí.

John Carmichael trabajaba para un gigante de las telecomunicaciones en un proyecto que proporcionaría comunicaciones de voz y de datos vía satélite a todos los lugares del planeta. Una persona con un teléfono satelital especial podría comunicarse desde cualquier punto de la superficie de la tierra, incluso desde cualquier parte de los océanos, o en los polos norte o sur. El diseño de la red incluía alrededor de 70 satélites y seis estaciones terrestres ubicadas en diversas posiciones de todo el mundo. El establecimiento en el que John trabajaba era el centro neurálgico principal de toda la red. Me imaginé que se había gastado mucho dinero para construir el edificio, y que la empresa estaría dispuesta a gastar mucho dinero para mantenerlo. John me explicó que el establecimiento necesitaba un trabajador a tiempo parcial para ocuparse de tareas como cambiar las bombillas, pintar, reparar paredes y otras necesidades de mantenimiento. Presenté una propuesta por mis servicios y, después de unos meses, la aceptaron. Estaba eufórico.

No veía la hora de trabajar en el establecimiento, pero había un gran problema: era un edificio de alta seguridad. Había cámaras en cada habitación, en cada pasillo y en todo el

exterior del edificio. No preví cómo me afectaría ese entorno.

Comencé a trabajar en el establecimiento en febrero de 1998. Desde el primer día, sentí la presión de las cámaras sobre mí. No podía librarme de la idea de que me observaban todo el tiempo. La sensación de ser observado estaba permanentemente grabada a fuego en mi cerebro. Cuando dejaba el edificio al final del día, sentía que de alguna forma me seguían observando. Antes, había sentido que las personas en general me observaban. Ahora, la sensación estaba relacionada específicamente con este nuevo establecimiento. A medida que pasaban los meses, los sentimientos de ansiedad se hacían más fuertes, al igual que mis sospechas. Sabía que una sola persona no tendría la capacidad de observarme todo el tiempo, entonces pensaba que “ELLOS me observan, conjuntamente”.

No podía librarme de la idea de que me observaban todo el tiempo.

Nunca reconocí que había experimentado el mismo tipo de sentimientos paranoides durante varios años. No me daba cuenta de que la ansiedad paranoide que experimentaba en el establecimiento era la misma ansiedad que sentía cuando trabajaba en otros lugares. Los sentimientos eran abrumadores, afectaban mi razón, mi pensamiento, mi criterio y mi percepción del mundo. No me daba cuenta de que los sentimientos eran anormales e inusuales.

Comencé a creer que el establecimiento sería de gran interés para el gobierno de los Estados Unidos, especialmente para el sector de defensa y la comunidad de inteligencia. Me imaginaba que el Departamento de Defensa sería su principal cliente, y por ello pensé que el establecimiento podría ser examinado minuciosamente. Como me habían dado las llaves maestras y acceso a casi todas las habitaciones del edificio, pensé que quizás por eso me espiaban. En mi mente, el establecimiento, el Departamento de Defensa y la comunidad de inteligencia estaban todos relacionados, trabajaban juntos.

Debido a la confusión en mi mente, no podía realizar eficazmente ninguna tarea. Un trabajo que debería realizarse en 10 minutos me llevaba 30 minutos. No podía continuar así y esperar tener un buen rendimiento. Intenté con todas mis fuerzas concentrarme en mis tareas y desconectarme de todos los pensamientos que no estaban relacionados directamente con el trabajo que estaba haciendo. Pero simplemente no podía lograrlo. Los pensamientos seguían acosándome, cada día, cada semana y cada mes. Eran imparables, y cada vez peores.

Algunas coincidencias que sucedieron en mi vida personal me convencieron aún más de que me espiaban. Comencé a tener problemas con mi computadora personal, problemas que generalmente ocurrían cuando estaba conectado a Internet. Aparecían letras que no había escrito, o el cursor se movía cuando no había movido el *mouse*. El sistema fallaba a menudo. Me preguntaba si alguien controlaba mi computadora de manera remota, y si era así, si podrían interceptar todo lo que hacía. En realidad, probablemente tenía un virus informático, pero sospechaba que la comunidad de inteligencia (e indirectamente, el establecimiento) era la culpable.

Una noche, mientras conducía hacia mi casa, decidí ir por una calle de tierra que no era muy transitada. Nunca había visto a nadie doblar en esa calle. Pronto noté que una camioneta venía detrás de mí. Después de varias millas, el camino de tierra volvía a la

carretera principal, pero la camioneta todavía me seguía. ¿Por qué había elegido el mismo camino? Quizás me estaba siguiendo. ¿Cuál era la verdad?

Me imaginé que la camioneta que estaba detrás de mí era conducida por un investigador privado contratado por las personas del establecimiento para seguirme. Ese pensamiento me angustió mucho. Pensé que me estaba convirtiendo en un problema para ellos. Quizás dudaban de mi estado mental debido a mi conducta en el trabajo. Quizás habían contratado un investigador privado para observar mi conducta fuera del trabajo.

Un mensaje sin respuesta

Quería hacer algo para aliviar mis temores. Quería informarles a las personas del establecimiento que no sería un problema para ellos. Decidí enviar un mensaje con ese fin desde mi computadora personal. Si lo que sospechaba era verdad, las personas del establecimiento recibirían el mensaje; pero si nada de eso era verdad, no causaría ningún daño. Escribí el mensaje y lo envié a mi propia dirección de correo electrónico. Esperaba que la comunidad de inteligencia interceptara este mensaje y lo enviara a las personas del establecimiento.

La próxima vez que fui a trabajar, noté cosas que me parecían extrañas. Por lo general, veía guardias de seguridad caminando todo el día, pero ese día, no los veía por ninguna parte. Cuando miraba hacia las cámaras de seguridad, parecía que nunca apuntaban hacia mí. Me preguntaba si ELLOS habían recibido mi mensaje. Trataban de no ponerme nervioso. Quizás. Poco después, el establecimiento contrató un nuevo gerente llamado Bill. Sospeché inmediatamente de él y pensé que quizás lo habían contratado para que se encargara específicamente de mí. Pero durante los meses siguientes, le tomé mucho cariño. Era muy trabajador, se preocupaba sinceramente por los demás y ofrecía orientación y ayuda siempre que era posible a todos los que trabajaban para él. De los 20 gerentes o jefes que he tenido en mi vida, Bill fue el mejor. Más adelante, cuando mi enfermedad se agravó, puse a Bill en una situación difícil, lo traté injustamente y le dije cosas terribles. Me arrepiento de eso. Bill no lo merecía.

Me preguntaba si ELLOS habían recibido mi mensaje.

Mientras trabajaba en el establecimiento, continué trabajando para Helen y Dan varios días por semana. En algún momento del otoño o del invierno, acepté programar una aplicación informática para que Dan llevara un registro de sus inversiones. Como sólo podía trabajar en este proyecto en mi tiempo libre, le expliqué que tendría que esperar los resultados con paciencia. No sabía cuánto me llevaría el proyecto. En febrero, comencé a aprender sobre el desarrollo de bases de datos con Windows.

En ese entonces, desarrollé otro síntoma de paranoia: la idea de que las personas hablaban de mí. En el trabajo, en el centro comercial, en el banco, donde sea que estuviera, a menudo oía conversaciones entre desconocidos. No importa de qué hablaban, con frecuencia me preguntaba si la conversación era sobre mí. De alguna forma, las conversaciones parecían tener un significado especial relacionado conmigo o con mi trabajo.

A fines de la primavera o principios del verano, estaba haciendo compras en una enorme tienda de bricolaje ubicada a unas millas del establecimiento. Un hombre estaba mirando cerca de mí y comencé a sospechar de él. Empecé a hablarle y le comenté sobre

De alguna forma, las conversaciones parecían tener un significado especial relacionado conmigo o con mi trabajo.

mis servicios de mantenimiento. Me dijo que tenía su propio negocio y parecía muy interesado en mi trabajo en el establecimiento. Le di mi tarjeta comercial, pero él no me dio la suya.

Unas semanas después, me llamó y me ofreció una oportunidad para trabajar en su empresa. Me dijo que hacía negocios con la CIA y el Buró Federal de Investigaciones (Federal Bureau of Investigations, FBI, por sus siglas en inglés).

“Le agradezco la oferta”, le respondí, “pero me agrada trabajar por cuenta propia”.

Lo descarté demasiado rápido. Debí haber investigado la oportunidad, pero no tuve la posibilidad. Nunca volvió a llamarme. Más tarde, comencé a preguntarme si la CIA me estaba investigando. ¿Estaban colaborando con el establecimiento? ¿Estaba el FBI involucrado de alguna forma? ¿Cómo podría saber la verdad?

Demasiadas coincidencias

Había llegado junio. Dan y Helen se habían ido a su casa de verano fuera de la ciudad. Me habían dejado las llaves de su casa y me habían dado permiso para trabajar allí cuando quisiera. Dan tenía una oficina octogonal grande en el sótano, y a menudo yo usaba la computadora de su oficina para trabajar en el proyecto del programa del fondo de inversiones. Una noche, estaba trabajando con su computadora cuando comencé a sospechar que alguien me observaba. Miré por encima del hombro y por toda la habitación. Rápidamente me concentré en un conducto de ventilación de una pared de la oficina. Debido a la forma inusual de la oficina de Dan, y a su orientación hacia las habitaciones adyacentes, había un espacio vacío detrás de la pared, suficiente para que una persona se escondiera allí. Me pregunté si alguien me observaba por el conducto de ventilación. Comencé a preguntarme si Dan y Helen colaboraban de alguna forma con el equipo de vigilancia. ¿Mis buenos amigos también me espiaban?

¿Cómo podría saber la verdad? No creía tener derecho a revisar sus cosas. Por otro lado, pensaba que no causaría ningún daño si miraba lo que estaba a plena vista. Comencé a buscar pistas en la habitación y casi de inmediato encontré algo que me llamó la atención. Una placa de la biblioteca de Dan tenía grabados los nombres de varias personas. Uno de ellos se destacaba. *Carmichael*. Dan conocía a alguien con el apellido Carmichael, que no era común. ¿Conocía Dan a mi amigo John Carmichael del establecimiento? ¿Sería posible que ambos estuvieran involucrados en la vigilancia? Hasta ese momento, nunca había asociado a John Carmichael con ELLOS. ¿Cómo estaban Dan y John involucrados en esto?

Con frecuencia, cuando estaba enfermo, mi mente hacía conexiones entre personas, lugares, cosas y pensamientos cuando en realidad no había ninguna relación entre ellos. Veía una correlación entre las cosas que no existía. Esto es un indicador del pensamiento esquizofrénico.

En agosto de 1999, de pronto comencé a estar psicótico. Con la palabra *psicótico*, quiero decir que mi percepción del mundo real discrepaba claramente de la realidad. Aunque había tenido delirios durante muchos años, mi enfermedad se agravó notablemente en agosto. Antes de ese momento, no le había dicho a nadie que pensaba que me seguían, me espiaban o me investigaban. Sin embargo, pronto mis amigos y mi familia se dieron

cuenta de que tenía problemas mentales.

Un domingo a la noche, llegué tarde a casa y vi un carro en mi vecindario que parecía sospechoso. Circulaba muy lentamente hacia mí con las luces apagadas. Pensé: “¡Son Ellos!”. Me subí a mi camioneta y conduje hacia el carro. De pronto, el carro se alejó rápidamente. Lo seguí hasta que salió de mi vecindario y anoté el número de matrícula. Llamé inmediatamente a la policía. Unos minutos después, llegó un oficial y le expliqué lo que había sucedido. El oficial llamó por la radio y pidió que controlaran el número de matrícula. “Ese número no existe en el estado de Maryland”, dijo. Yo estaba seguro de que el número era correcto, pero no estaba seguro de qué estado era la matrícula. El oficial se fue.

Veía una correlación entre las cosas que no existía.

Volví a mi departamento e intenté encontrar un sitio web donde pudiera buscar números de matrículas. En los únicos sitios que encontré, se exigía un pago con tarjeta de crédito para acceder a la información. Dejé de buscar y comencé a navegar por Internet al azar. Estaba muy inquieto. Hice clic en un vínculo para una página determinada, pero fui redirigido a una página que estaba en blanco, sin datos. Navegué en otra ubicación e hice clic en otro vínculo pero fui redirigido nuevamente a la misma página en blanco. Me pareció raro. Intenté acceder a mi historial de Internet y conectarme con un sitio web que conocía, pero nuevamente fui redirigido a la misma página en blanco. Entonces, me convencí de que mi computadora había sido víctima de un ataque informático. Antes, tenía dudas, pero ahora estaba completamente seguro. ¿Por qué otro motivo sería redirigido a esta página?

Me convencí rápidamente de que el FBI había sido el autor del ataque a mi computadora, y de que trabajaba con el establecimiento para vigilarme. Desde luego, no tenía pruebas reales para respaldar esta conclusión, pero para un delirio no se requieren pruebas. Cuando estaba enfermo, mi mente inventaba historias sobre el mundo, y yo estaba predispuesto a creer que esas historias eran ciertas, no importa cuán improbables o extravagantes fueran. A veces sabía que no tenía pruebas, pero mi mente intentaba racionalizar mis ideas inventando otras historias que hacían que las ideas fueran más verosímiles.

Estaba tan seguro de que el FBI había sido el autor del ataque a mi computadora que llamé inmediatamente a mi papá y a un amigo cercano y les pedí que vinieran a mi departamento. Era casi medianoche, pero llegaron en pocos minutos. Les expliqué que pensaba que el FBI había instalado algo en el sistema de mi computadora y que estaba monitoreando mis actividades en línea. Les pedí un consejo, pero no me dijeron nada.

Desde luego, no tenía pruebas reales para respaldar esta conclusión, pero para un delirio no se requieren pruebas.

modificaciones, pero él tenía una idea diferente sobre lo que había que hacer. Decidí hablar con Bill antes de hacer cambios no planificados. Fui inmediatamente a buscarlo.

El martes, volví a trabajar al establecimiento. Como de costumbre, Bill tenía una lista de tareas para mí. Una de ellas consistía en realizar unas modificaciones a un cubículo del edificio. Mientras trabajaba en eso, llegó el empleado que ocupaba el cubículo. Le expliqué las

“¿Cómo va el trabajo?”, me preguntó. Le expliqué lo que había sucedido, que el

empleado quería que hiciera otra cosa. Pareció enojarse mucho conmigo. “Mira. ¡Cuando te indico que hagas algo, quiero que sigas mis instrucciones! ¡No me importa lo que otros digan! ¡Haz lo que te digo que hagas!”.

Bill nunca había reaccionado así antes. Nunca me había reprendido. Sentí que me estaba gritando o regañando. Me disgusté mucho y comencé a llorar sin control. Bill me dijo, “Bueno, ya basta. Contrólate. Cálmate”. Pero no podía parar. Bill casi no me habló durante el resto del día.

Al día siguiente, decidí llevar mi computadora a una tienda para que hicieran una copia del disco duro. Estaba seguro de que el FBI había instalado un *software* espía en mi computadora y quería preservar la evidencia en caso de que algo sucediera. Pensaba que lo que habían hecho era ilegal y quería ponerlos al descubierto. Mi plan era llevar la copia del disco duro a un experto en seguridad informática y pedirle que examinara el contenido.

Cuando conducía hacia la tienda, me detuve en un semáforo. Mientras estaba detenido, los cierres automáticos de las puertas de la camioneta se abrieron de repente. Presioné el botón para cerrar las puertas. Inmediatamente se abrieron de nuevo. Pensé: “Qué raro”. Presioné el botón de cierre por segunda vez. Una vez más, todas las puertas se abrieron. Presioné el botón de cierre durante 20 segundos. En cuanto lo solté, las puertas se abrieron. Mientras pensaba en el problema, las puertas se cerraron y se abrieron, varias veces seguidas.

Quizás era una alucinación, pero para mí era real. Pensé: “¡Son ELLOS! ¡Están tratando de asustarme!”. Tenía una gran ansiedad. Temía que los agentes del FBI estacionaran al lado de la camioneta, abrieran las puertas y robaran mi computadora, que tenía toda la evidencia. Estaba seguro de que tenía razón; me habían estado siguiendo durante las 24 horas. A sólo dos cuadras, se encontraba la oficina de un abogado conocido, y pensé que quizás él podría ayudarme. Llegué a su oficina en un minuto, con mi computadora. Le expliqué que pensaba que el FBI había instalado un *software* en mi computadora y que estaba controlando mis actividades ilegalmente. Le pregunté si estaría dispuesto a tomar posesión de mi computadora. Pensé que estaría más segura en su oficina. El abogado me recomendó que me comunicara con la policía local.

Tenía miedo de conducir solo hasta la estación de policía, así que llamé a un amigo y le pedí que viniera a la oficina del abogado. Cuando llegó, le dije lo mismo que le había dicho al abogado, y aceptó seguirme hasta la estación de policía más cercana. Una vez que llegamos, un oficial salió y mi amigo le dijo: “Este hombre necesita su ayuda. Por favor, escúchelo. ¡No está loco!”.

En ese momento, la mayoría de mis familiares y amigos no estaban totalmente conscientes de que yo tenía problemas mentales. Realmente creían que podría tener problemas con el FBI. Como no habían notado problemas psicológicos anteriormente, tendían a creer lo que les decía. Pronto, comenzarían a darse cuenta de lo que pasaba. Esa noche, estaba pensando en los sucesos del día. ¿Por qué habían usado los cierres de mis puertas de esa forma? Volví a pensar en una de mis teorías sobre la vigilancia. Quizás querían contratarme para un trabajo especial y necesitaban saber cómo reaccionaría bajo presión. Quizás Bill me había estado probando el otro día cuando

... la mayoría de mis familiares y amigos no estaban totalmente conscientes de que yo tenía problemas mentales.

me regañó.

Recordé la llamada telefónica que recibí del hombre que había conocido en la tienda de bricolaje, que me preguntó si quería trabajar para su empresa en la CIA o el FBI. Quizás él formaba parte del equipo de vigilancia. Quizás sólo querían saber qué diría acerca de trabajar allí. Quizás este trabajo es supersecreto, el tipo de trabajo que nadie, excepto yo y ellos, conocerá nunca. Tan secreto que no realizan los controles habituales de antecedentes, como hablar con familiares y amigos, porque no quieren que nadie sepa sobre el trabajo. En cambio, te vigilan durante años antes de ofrecerte el trabajo. Quizás, pensé, eso es lo que me sucede. Quizás toda esta vigilancia es una parte necesaria del proceso de contratación. Quizás Bill era un agente de la CIA asignado para trabajar en mi caso. Decidí que no podía seguir trabajando en el establecimiento sin saber la verdad.

Suposiciones inciertas

El jueves a la mañana, llamé a Bill y le dije que no podía seguir trabajando en el establecimiento. “¿Por qué no?”. Inventé una excusa, le dije: “Tengo un conflicto de intereses”. Quedamos en que recogería mis cosas a la una. No me hizo otras preguntas.

Después, lo llamé a Dan y le pregunté si podía encontrarse conmigo esa mañana. En ese momento, todavía confiaba en él. Le dije que pensaba que mi computadora había sido víctima de un ataque informático y que el establecimiento estaba involucrado de alguna forma. Dan estuvo de acuerdo en que si no estaba cómodo trabajando allí, debía renunciar. “Pero ten cuidado con lo que supones”, me dijo.

Llegué al establecimiento en la tarde. Mi papá me acompañó. Bill nos recibió en la entrada principal. “Kurt, no sé qué supones, pero si alguna vez deseas volver a trabajar aquí, simplemente llámame... puedes regresar cuando quieras”. Yo tenía sospechas. Bill se refirió a lo que yo suponía, al igual que Dan. ¿Sabían algo que yo no sabía?

Cuando volvíamos a casa, mi papá y yo paramos en un campo de golf para hacer unos tiros. Me parecía que las personas que me rodeaban formaban parte del equipo de vigilancia, aunque la mayoría de ellas habían llegado antes que yo. Vi un grupo de personas que almorzaban al aire libre y hablaban sobre su trabajo, pero comencé a pensar que hablaban de mí. Estaba sentado en un banco cuando un bicho grande pasó revoloteando y se posó sobre un arbusto, lo cual me hizo pensar en que los micrófonos ocultos son llamados “bichos” y que los insectos también son llamados “bichos”. Comencé a creer que este bicho era un dispositivo de vigilancia diseñado por la CIA para que pareciera un insecto real.

Me quedé en mi departamento durante casi todo el día siguiente. Mi imaginación estaba fuera de control. Pensaba en que los sistemas informáticos se habían vuelto más poderosos y sofisticados durante los últimos 50 años. ¿Qué tareas imposibles serían posibles en el futuro gracias a la tecnología informática? Me preguntaba si las computadoras podrían enviar datos directamente al cerebro mediante alguna clase de conexión neural. ¿Podría una computadora generar una realidad virtual? ¿Quizás estaba conectado a una de esas máquinas! ¿Quizás todo mi mundo estaba generado por una máquina de realidad virtual conectada a mi cerebro! ¿Cómo podría saber si esto era verdad o no?

Comencé a oír ruidos secos. No provenían del mundo real, pero tampoco parecían

estar en mi imaginación. Estos ruidos parecían venir de algún sitio fuera del universo, de un lugar que nunca había percibido antes. Pensé: “Quizás esté realmente en una realidad virtual. Quizás estos ruidos vengan del mundo real”. Me preguntaba si era realmente un ser humano. “Quizás no sea humano. Quizás sea un ser extraterrestre, conectado con una máquina de realidad virtual operada por extraterrestres con tecnologías avanzadas. Quizás esté en algún tipo de laboratorio”.

Comencé a sentir desesperación, temor y ansiedad ante la posibilidad de descubrir que todo lo que conocía no era real. No quería saber la verdad. No quería despertar del sueño. Empecé a pensar que debía tener fe en que el universo que conocía realmente existía. “Debo creer que mi vida existe. Para que tenga sentido, debo tener fe en eso”. En pocos minutos, los ruidos secos desaparecieron, junto con mi experiencia extracorpórea.

Al día siguiente, me desperté con escalofríos. No recordaba haberme acostado. Nunca había perdido la memoria en toda mi vida. Miré el termómetro de la pared: 73 grados. No había motivos para que tuviera escalofríos. Me parecía recordar que los escalofríos pueden ser un efecto secundario de la anestesia. Intenté recordar la noche anterior, pero no podía recordar nada. Pensé: “Tuve pensamientos muy extraños anoche. Seguramente, ELLOS me dieron algún tipo de drogas alucinógenas. Y después me dieron algo que provoca amnesia. ¿Por qué harían algo así? Quizás me secuestraron y me dieron un suero de la verdad. Quizás me interrogaron”.

Ese día, más tarde, decidí visitar a mi hermano y su familia, y finalmente me quedé a dormir. La mañana siguiente, mi cuñada me invitó a ir a la iglesia con ellos, pero recuerdo que le contesté mal y ella se fue súbitamente. Mientras conducía hacia mi casa, comencé a

Sentía que estaba unido con el universo en un nivel metafísico, filosófico y espiritual.

pensar en la religión y a tener pensamientos de grandeza. Pensaba que formaba parte de algo muy importante. Sentía que estaba unido con el universo en un nivel metafísico, filosófico y espiritual. Me preguntaba si Dios controlaba de alguna forma la dirección de mi vida con un propósito elevado que nos afectaría a todos. Por unos segundos, pensé que quizás yo era Jesús. Luego, recordé que no creía en la

divinidad de Jesús. Entonces pensé: “Quizás es lo que ELLOS piensan. Quizás piensan que soy Jesús”.

Comencé a creer que había muchos agentes que me seguían ese día. Quizás 50 ó 100. Pensé: “¿Por qué me seguirían tantas personas?”. Tenía que hablar con alguien que supiera más que yo. Pensé que Bill podría ser el indicado. Había sospechado que Bill trabajaba para ELLOS, pero igualmente confiaba en él.

Estaba seguro de que Bill estaba en el establecimiento, aunque fuera domingo, así que fui a buscarlo. Como no lo encontré, le dije al guardia de seguridad de turno que le enviara un mensaje de texto. “¿Qué le digo?”, me preguntó. Le dije que dijera: “Dígale que es su última oportunidad”. Lo que quise decir era: “Es tu última oportunidad para hablar conmigo”. El guardia preguntó: “¿Está seguro de que quiere decir eso?”. “Sí”.

Esperé diez minutos a que Bill respondiera, pero nunca lo hizo. El guardia me preguntó que quería hacer. Le dije: “Bueno, me iré entonces”.

“No puedo permitirle que se vaya”. ¿Qué? ¿Qué quiso decir? ¿Era una broma? No

me pareció que lo fuera. Estaba parado entre mí y la puerta de salida hacia donde estaba mi camioneta. No confiaba en él. ¿Qué me haría? Rápidamente decidí dejar mi camioneta y salí por otra puerta. Caminé rápido y sin mirar atrás. El guardia no me siguió.

Una imaginación fuera de control

Caminé aproximadamente media milla hasta un hospital cercano, donde llamé un taxi. Mi plan era usar el transporte público para volver a Maryland, y llamar a mis padres para que fueran a buscarme. Para entonces, estaba muy inquieto. Sospechaba de todos, en todas partes. Cuando el taxi llegó, le di instrucciones específicas al conductor (sospechaba incluso de él). Condujo unas cinco millas y luego, repentinamente, se desvió de la ruta que la había indicado. “¿Qué hace?”, le pregunté. “Conozco un atajo”, me respondió. Pensé: “¿Debe estar con Ellos! ¡Me está raptando! ¿Qué me harán Ellos?”. Le pregunté: “¿Vas a matarme?”. No esperé a ver qué sucedería; me tiré del taxi en el siguiente semáforo.

Me había alejado entre seis y diez millas del establecimiento. Pensé que podría caminar hasta el aeropuerto, donde sabía que podría tomar un autobús hasta la estación de trenes más cercana. Comencé a caminar al costado de la autopista, pero después de unos minutos, noté un vehículo utilitario blanco que circulaba junto a mí. El vehículo se detuvo, y se bajó un hombre. Era Bill. Me gritaba: “¡Kurt! ¡Espera! ¡Tengo que hablar contigo!”.

Pensé que Bill definitivamente debía estar con Ellos. Seguramente me había seguido hasta allí, y dejé de confiar en él. Me volví hacia él, solté una sarta de blasfemias y comencé a huir en la dirección contraria. Pero no podía correr, porque tenía zapatos náuticos blandos. Me los saqué y comencé a correr descalzo. Bill me siguió en su vehículo y comencé a oír sirenas detrás de mí. Seguramente Bill había llamado a la policía.

La policía me interrogó durante unos minutos. Querían saber por qué corría al costado de la autopista y por qué había dejado la camioneta en el establecimiento. No sé qué les dije exactamente, pero los convencí de que me llevaran al aeropuerto, que estaba a unas pocas millas. En el aeropuerto, tomé un autobús hasta la estación de metro.

Todavía estaba seguro de que me seguían, aunque no veía a nadie siguiéndome.

Sospechaba que había varios agentes en el autobús. Cuando se detuvo, esperé a que todos se bajaran y observé atentamente hacia dónde iban. En la plataforma del metro, en lugar de tomar el primer tren, esperé el siguiente, para perder a los agentes. Subí al tren y después de unas pocas paradas, me bajé. Todavía estaba seguro de que me seguían, aunque no veía a nadie siguiéndome. Caminé sin rumbo fijo para tratar de confundir a los agentes.

Entré en un restaurante y pedí algo para comer. Comencé a creer que había agentes en todo el restaurante, incluidas las personas que veía con niños. Luego, caminé más de una milla hasta la siguiente parada del tren. Intenté racionalizar por qué habría cientos de agentes siguiéndome, pero no pude. Sin embargo, nunca dejé de creerlo.

Finalmente, llegué a la estación de trenes en Maryland y llamé a mis padres para que fueran a buscarme. Cuando llegaron, me enteré de que habían hablado por teléfono con Bill. No dijeron mucho. Creo que en ese momento se dieron cuenta de que tenía problemas mentales.

Unos días más tarde, mis padres concertaron una cita con un psiquiatra. Al

principio, no vi al psiquiatra, pero mis familiares y mis amigos se reunieron con él. ¿Por qué debería hablar con un psiquiatra? ¿Cómo podría un psiquiatra influenciar al FBI, a la CIA o al establecimiento? En ese momento, todavía creía que el problema lo tenían los que me rodeaban, y no yo. Posteriormente me reuní con el psiquiatra, pero no le dije nada. Según el testimonio de mis amigos y mi familia, me diagnosticó trastorno bipolar y me recetó litio. Nunca lo tomé con regularidad.

Comencé a pensar que quizás formaba parte de un proyecto a largo plazo. Quizás Ellos me habían seguido durante mucho más tiempo del que sospechaba. Recordé las pesadillas frecuentes que solía tener cuando era adolescente. Quizás Ellos me habían secuestrado cuando era adolescente y me habían lavado el cerebro. Mi imaginación estaba fuera de control.

Me imaginaba que tenía un conflicto con la CIA. Creía que había dos grupos de agentes de la CIA. Un grupo, los agentes “malos”, planeaba matarme. Esos eran los agentes que habían intentado secuestrarme, que me habían drogado y que habían usado la guerra psicológica en mi contra. Me imaginaba que los agentes “malos” podrían estar matando a todos los que sabían algo acerca del proyecto. El otro grupo, los agentes “buenos”, intentaba protegerme. Pensaba que quizás algunos de los agentes “buenos” podrían haber creído (erróneamente) que yo era Jesús.

Sabía que mi conducta era extraña. Creía que era culpa del proceso de lavado de cerebro. Pensaba que Ellos me habían lavado el cerebro para convertirme en un “superagente”. El lavado de cerebro había colocado pensamientos subconscientes que me harían más sensible a la vigilancia. Estos pensamientos me permitían detectar cuando alguien me seguía o me observaba. Esa fue la razón por la que tenía tanta ansiedad cuando Ellos comenzaron a seguirme. Subconscientemente, era capaz de detectarlos.

Con estos pensamientos, escribí un mensaje de correo electrónico largo e incoherente en el que describía los diversos delirios y teorías de conspiración que había llegado a creer durante los meses anteriores y afirmaba que no era una amenaza para el FBI, la CIA o el establecimiento. Pensaba que lo interceptarían y esperaba que eso pusiera fin a la vigilancia. Me lo envié a mí mismo, pero mi madre pudo obtener una copia. Después de leerlo, estoy seguro de que no tuvo dudas de que yo tenía problemas mentales.

Pronto, mis padres no querían dejarme ir solo a ninguna parte. Había renunciado a mi trabajo en el establecimiento y no realizaba más trabajos de mantenimiento. Nunca salía de la casa. En pocas semanas, la intensidad de los síntomas más graves de la esquizofrenia había disminuido, probablemente debido a los menores niveles de estrés. Comencé a trabajar intensivamente en la aplicación para el fondo de inversiones de Dan. A fines de diciembre, la había terminado. Durante los siguientes meses, no pasó nada anormal o inusual.

Panorama general

Básicamente, la esquizofrenia es un trastorno de la percepción. Las imágenes, los sonidos y las experiencias que percibe una persona con esquizofrenia parecen tan “reales” como los que experimentan otras personas. Sin embargo, la realidad de la esquizofrenia es muy diferente de la realidad que perciben la mayoría de las personas. Cuando una persona

mentalmente saludable escucha la radio, puede escuchar su canción favorita o el informe del tráfico vespertino; pero una persona que sufre un episodio esquizofrénico puede escuchar una voz que le hace advertencias directamente a ella.

La conducta de una persona con esquizofrenia generalmente parece inexplicable para los demás. Sin embargo, para la persona que está enferma tiene perfecto sentido en el contexto de su realidad. Imagínate que entras a un departamento poco iluminado. En una esquina, alcanzas a ver una forma imprecisa que parece un hombre, y tu corazón se detiene. Quizás un intruso esté escondido en la esquina, esperando para atacarte. Sin embargo, cuando te acercas, ves que la forma en realidad es sólo un abrigo que está colgado. Rápidamente, te das cuenta de tu error y revisas tu interpretación de cuán amenazante es la situación. Pero cuando tienes esquizofrenia, los errores de percepción e interpretación no siempre se corrigen, y la forma en que piensas y actúas refleja estas ideas distorsionadas.

La conducta de una persona con esquizofrenia generalmente parece inexplicable para los demás.

¿Cuáles son los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia?

Los síntomas de la esquizofrenia se presentan en dos variedades básicas: positivos y negativos. Los síntomas positivos incluyen las percepciones, los pensamientos y las conductas anormales que son *producidas por* la enfermedad. Estos síntomas representan el tipo de ruptura con la realidad que muchas personas asocian con las enfermedades mentales graves. Psicosis es otro término que se utiliza para referirse a los síntomas positivos de la esquizofrenia, mientras que la pérdida de contacto con la realidad a veces se denomina brote psicótico. Los síntomas positivos pueden tener altibajos y, en ocasiones, pueden ser apenas perceptibles para las demás personas. Pero cuando tales síntomas son graves, pueden generar conductas que son considerablemente inusuales.

Los síntomas negativos, en cambio, incluyen las emociones y las conductas normales que son *reducidas por* la esquizofrenia. Tales síntomas generalmente incluyen un aislamiento gradual del mundo y la pérdida de interés en el cuidado de uno mismo. Si bien los síntomas negativos son menos dramáticos que los positivos, pueden crear el mismo caos en la vida diaria y las relaciones familiares de la persona. No es fácil vivir con una persona o cuidar a una persona que responde con total indiferencia. Además, es común que los demás malinterpreten los síntomas negativos como signos de frialdad o pereza. A continuación, describiremos más en detalle los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.

SÍNTOMAS POSITIVOS

- Los *delirios* son creencias personales falsas que no tienen una base real y que permanecen inalterables incluso cuando a la persona se le presentan evidencias sólidas que demuestran lo contrario. Por ejemplo, una persona delirante puede creer que un vecino le implanta pensamientos en su mente, que el titular de un periódico está dirigido específicamente a ella o que en realidad es un personaje famoso de la historia. Las creencias más comunes de este tipo son los delirios de persecución, en

los que la persona cree irracionalmente que conspiran contra ella, que la espían, la siguen, la engañan o la acosan.

- Las *alucinaciones* son impresiones sensoriales falsas. La persona ve, oye, huele, saborea o siente algo que no existe realmente. El tipo más común son las alucinaciones auditivas, en las que la persona oye cosas que nadie más puede oír. Generalmente toman la forma de “voces”, que pueden advertir sobre un peligro, hacer un comentario sobre la conducta de la persona u ordenarle a la persona que haga algo. Algunas personas con esquizofrenia oyen voces durante mucho tiempo antes de que la enfermedad llegue al punto en que los demás notan que algo no está bien.

¿Enfermedad o individualidad?

El mundo sería un lugar infinitamente más aburrido si todos viéramos las cosas exactamente de la misma forma. Afortunadamente, ese no es el caso. Hay muchas personas perfectamente sanas y racionales que creen firmemente en conspiraciones del gobierno, secuestros extraterrestres o experiencias extracorpóreas. Pueden estar convencidos de haber visto un fantasma o de haber escuchado la voz de Dios. ¿Esto significa que tienen una enfermedad mental? No necesariamente. En cierta medida, probablemente todos hemos tenido creencias fuera de lo común, pero eso no significa automáticamente que sean poco saludables.

Ninguna creencia o conducta, no importa cuán excéntrica sea, es suficiente por sí sola para determinar que una persona tiene esquizofrenia. Para calificar como esquizofrenia, también se deben reunir otros criterios:

- Los síntomas deben interferir con las relaciones sociales, la capacidad de cuidarse a sí misma o la capacidad de desempeñarse en la escuela o en el trabajo de la persona. Si no existe tal disfunción, no existe el trastorno.
- Los síntomas más graves deben durar un mes, como mínimo, a menos que ese periodo se acorte gracias a un tratamiento efectivo.
- Los síntomas no se deben al abuso de sustancias, a otra afección médica o a los efectos secundarios de un medicamento.

- Los *pensamientos y el discurso desorganizados* se refieren a la incapacidad de organizar los pensamientos, conectarlos lógicamente y expresarlos coherentemente. Los pensamientos y el discurso desorganizados que resultan son síntomas destacados de la esquizofrenia; algunos dirían que son los *más* destacados. En algunos casos, los pensamientos de la persona pueden dispersarse o pasar de manera impredecible de un tema a otro. En otros casos, la persona puede dejar de hablar repentinamente en la mitad de una idea, responder a preguntas con respuestas que

no están relacionadas o inventar palabras ininteligibles. En ocasiones, el discurso de la persona puede ser tan confuso que es casi incomprensible para los demás.

- La *conducta desorganizada* es una extensión del pensamiento desorganizado. Algunas personas con esquizofrenia tienen dificultades para realizar hasta las tareas más básicas, como practicar una buena higiene personal o prepararse sus propias comidas. Pueden estar despeinadas o vestidas de manera extraña. Otras pueden actuar como niños o ponerse nerviosas sin motivo evidente.
- La *conducta catatónica* incluye una marcada reducción de la receptividad de la persona al mundo, que se manifiesta en graves alteraciones del movimiento. La persona puede quedarse inmóvil, resistirse a los esfuerzos para moverla o parecer atascada en una postura extraña. En otros casos, la persona puede realizar movimientos incesantes y sin sentido. La conducta catatónica era más común cuando no había tratamientos eficaces disponibles. Afortunadamente, es relativamente poco frecuente en la actualidad.

Otras caras de la esquizofrenia: “Steve”

Steve estudiaba arte y estaba en el último año de la universidad cuando sufrió el primer episodio psicótico. En retrospectiva, Steve piensa que la primera señal de advertencia fue el aumento de los conflictos con los demás. “No había tenido muchas discusiones anteriormente, pero de repente estaba discutiendo todo el tiempo. Alguien decía algo, y estaba seguro de que era ofensivo o falso. Viéndolo ahora, comprendo que lo que realmente decían era distinto de lo que yo pensaba que decían”.

Con el tiempo, la conducta de Steve se volvió más imprevisible. “Caminaba por las calles del centro de la ciudad durante la noche e iba a lugares que eran peligrosos”, cuenta. “Andaba por los parques en horarios extraños, no me daba cuenta de lo peligroso que era. Cuando llegaba a casa, miraba televisión y las personas de la TV me enviaban señales con sus parpadeos. Luego, empezaron a pasar cosas raras en mi cuerpo; por ejemplo, dejé de hacer contacto visual porque me dañaba físicamente los ojos”.

Steve continúa: “Un día, mi hermana vino a mi casa y yo no quería salir de mi habitación”. Ella preguntó a través de la puerta qué le pasaba, y Steve contestó que temía lastimar a alguien. “Ella dijo: ‘¿De qué hablas? No lastimarías ni a una mosca’. Y le contesté: ‘Bueno, si miro a alguien a los ojos, puedo lastimarlo, porque a mí definitivamente me hace daño’”.

La hermana de Steve lo llevó a un hospital psiquiátrico, pero no lo internaron ese día. Su enfermedad no parecía lo suficientemente grave para hospitalizarlo según las respuestas que dio a las preguntas de la evaluación. Por lo tanto, Steve volvió a su casa, pero su estado siguió empeorando. “Me quedaba quieto, absoluta y totalmente quieto durante un largo tiempo”, recuerda. “Y pensaba: ‘Eh, soy bueno para quedarme

quieto. Esto es algo que puedo hacer y otras personas no pueden'. Pero no era normal, y las personas me miraban de manera rara”.

“No estaba enfermo todo el tiempo”, agrega Steve. “En algunos momentos, me daba cuenta de que lo que hacía no estaba bien. Pero no podía controlarlo. Simplemente sucedía”. Unos días más tarde, Steve volvió al hospital y esta vez lo internaron. Durante la semana y media que estuvo allí, a Steve le diagnosticaron esquizofrenia, y comenzó a tomar medicamentos para controlar los síntomas.

Eso fue en 1983. Durante los 15 años siguientes, Steve tuvo muchos altibajos en su lucha para tener la enfermedad bajo control. En 1998, finalmente tuvo un gran avance cuando encontró un medicamento que resultó eficaz para él. Durante esa época, comenzó a asistir a un centro de ayuda para personas con enfermedades mentales, donde encontró el apoyo que tanto necesitaba, gracias a los nuevos amigos que hizo.

Ahora, Steve considera que está recuperado. Trabaja con consumidores de servicios de salud mental, y también es un artista muy ocupado. En el momento de esta entrevista, sus pinturas se exhibían en dos salas de la importante ciudad en la que vive. Steve cree que el arte ha desempeñado un papel fundamental en su recuperación. “El arte soluciona problemas”, afirma. “Uno quiere comunicar un mensaje y también debe organizar todos los elementos, líneas, colores y formas, en una composición agradable. Esto mantiene mi mente activa. Porque si uno toma el medicamento y se sienta a ver televisión todo el día no ayuda tanto como si uno toma el medicamento y también usa la mente”.

SÍNTOMAS NEGATIVOS

- *Afecto plano* se refiere a una falta extrema de signos de expresión emocional. En la jerga de la psicología, el afecto es el estado emocional cambiante de una persona. La mayoría de nosotros constantemente enviamos señales sobre cómo nos sentimos en un determinado momento. Nos reímos cuando estamos alegres, fruncimos el ceño cuando algo nos desagrada, damos brincos cuando estamos entusiasmados o gritamos cuando nos enojamos. Sin embargo, estas señales generalmente están muy reducidas en las personas con esquizofrenia. Su expresión facial, lenguaje corporal y tono de voz pueden permanecer inalterables en gran parte, y es posible que eviten mantener contacto visual. Para los demás, este puede ser uno de los aspectos más desconcertantes de la esquizofrenia.
- *Afasia* se refiere a una reducción de la cantidad o calidad del habla. En algunos casos, las personas comienzan a hablar con poca frecuencia y a responder preguntas con respuestas cortantes. En otros casos, la cantidad de habla es normal, pero la información transmitida es mínima. Las personas pueden repetir varias veces lo mismo, hacer comentarios sin sentido o hablar de una forma demasiado literal o demasiado abstracta.

- *Abulia* se refiere a la falta total de iniciativa y motivación. Esto es más que simplemente la dificultad común y corriente para comenzar a realizar una tarea o mantenerse motivado para terminarla. En cambio, una persona con esquizofrenia puede tener problemas para planificar y finalizar cualquier tarea, desde los estudios hasta el trabajo y las actividades sociales. La persona puede estar sentada durante muchas horas y tener dificultades para reunir la motivación suficiente para realizar incluso las actividades básicas de cuidado personal, por ejemplo, comer y bañarse.
- *Anhedonia* se refiere a la pérdida de interés o placer en actividades que una persona antes disfrutaba. La persona puede abandonar sus pasatiempos e intereses mientras su mundo se vuelve cada vez más pequeño y más aislado.

¿Qué importancia tienen los síntomas cognitivos de la esquizofrenia?

La esquizofrenia también está relacionada con síntomas cognitivos que incluyen un déficit de las capacidades de pensamiento, por ejemplo, tomar decisiones, prestar atención y recordar. Como tales síntomas generalmente son sutiles y sólo pueden detectarse con pruebas sofisticadas, fueron relativamente ignorados durante muchos años. Recientemente, sin embargo, los científicos se han dado cuenta de que estos síntomas pueden causar incapacidad. Algunos ejemplos de síntomas cognitivos incluyen problemas para:

- absorber información, interpretarla y tomar decisiones basadas en dicha información
- prestar atención y cambiar el centro de atención cuando corresponda
- recordar la información recién aprendida y usarla inmediatamente

A menos que se realicen pruebas formales, el límite entre los síntomas cognitivos y los síntomas negativos a menudo es poco claro. Por ejemplo, cuando una persona no puede terminar una tarea, ¿se debe a la incapacidad de prestar atención (síntoma cognitivo), la falta de motivación (síntoma negativo) o a ambas? La respuesta a esa pregunta puede no resultar evidente. Lo que *sí* está claro es que tanto los síntomas cognitivos como los síntomas negativos dificultan considerablemente el desempeño en la vida diaria. También pueden ser muy frustrantes y causar una gran angustia emocional. Aunque es posible que no sean tan evidentes como los síntomas positivos, pueden ser igualmente debilitantes, quizás aún más.

¿Se dan cuenta las personas con esquizofrenia de que están enfermas?

¿Se dan cuenta las personas con esquizofrenia de que algo está terriblemente mal? Algunas sí, otras no, y el grado de conocimiento puede variar en cada persona, según la gravedad de la enfermedad en un momento determinado. La autoconciencia, cuando existe, es un arma de doble filo. La falta de conciencia aísla a una persona de lo que sucede, y cuando ese aislamiento desaparece, el impacto y el temor pueden ser intensos. Puede ser atemorizador y confuso creer que uno es objeto de una investigación secreta de la CIA. Pero eso no es nada comparado

Una vez que identificas al verdadero enemigo, puedes comenzar a combatirlo de manera mucho más efectiva.

con la sensación de comprender horrorizado que es tu propia mente la que te engaña y que no puedes confiar en tus propios sentidos.

No obstante, a fin de cuentas, la autoconciencia es una bendición, y no una maldición. Es un componente fundamental para buscar ayuda y realizar la mayor parte del tratamiento. Al principio, el conocimiento puede causar dolor y temor, pero en última instancia, genera esperanza. Una vez que identificas al verdadero enemigo, puedes comenzar a combatirlo de manera mucho más efectiva.

¿Cuáles son los diferentes tipos de esquizofrenia?

La esquizofrenia es una enfermedad increíblemente diversa. No existen dos personas que la experimenten de la misma forma, e incluso los expertos tienen dificultad para resumirla en una definición clara. Muchas personas presentan varios de los síntomas descritos anteriormente, pero algunas sólo tienen delirios o alucinaciones que son lo suficientemente bizarras o incapacitantes para causar estragos en sus vidas.

Para lograr una mejor comunicación, es útil para los profesionales tener una jerga que transmita rápidamente las características generales de la esquizofrenia de una persona. Con este fin, las personas con esquizofrenia a veces se agrupan en categorías denominadas subtipos. La decisión de un médico sobre el subtipo al cual se debe asignar un paciente se basa en los síntomas dominantes de esa persona en el momento de la evaluación.

Sin embargo, no es sorprendente que un trastorno tan complicado e impredecible como la esquizofrenia se niegue a quedar perfectamente encasillado en cajas previamente etiquetadas. En realidad, muchas personas pueden tener una combinación de varios tipos de síntomas, y estos síntomas pueden cambiar con el tiempo. Además, los estudios demuestran que los subtipos clásicos, que se basan en categorías definidas por primera vez en el siglo XIX, tienen un valor limitado para predecir el curso de la enfermedad de una persona determinada o la eficacia de un tratamiento específico. Por consiguiente, se están realizando esfuerzos para desarrollar sistemas de clasificación más útiles. Mientras tanto, es posible que escuches los siguientes términos para describir las categorías generales de esquizofrenia.

SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

- La *esquizofrenia paranoide* se caracteriza por delirios notables o alucinaciones auditivas frecuentes. Los delirios generalmente se centran en temas de persecución. Las personas con esquizofrenia paranoide pueden tener la firme creencia de que conspiran en su contra, las espían, les mienten o las maltratan, a pesar de la falta de un fundamento racional para tal creencia. También son comunes los delirios de grandeza, en los que las personas tienen un sentido irracional y muy exagerado de su propio poder, conocimiento o relación especial con Dios o con una persona famosa. Las alucinaciones auditivas pueden tomar la forma de voces que dicen cosas que concuerdan con los delirios, lo cual confirma aún más la creencia de la persona en tales delirios. La actitud de la persona puede reflejar lo que sucede dentro de su cabeza. Por ende, las personas con delirios de persecución pueden parecer enojadas o ansiosas, mientras que las que tienen delirios de grandeza

pueden tener un aire altivo o condescendiente.

Dos trastornos en uno

El trastorno esquizoafectivo no es un tipo de esquizofrenia, sino un trastorno distinto que está estrechamente relacionado. En ocasiones, una persona con esta afección doble tiene principalmente delirios o alucinaciones similares a los de un individuo con esquizofrenia. Otras veces, los delirios o las alucinaciones están combinados con una grave alteración del estado de ánimo. Cuando se considera el curso de la enfermedad durante un periodo prolongado, la alteración del estado de ánimo está presente durante una gran parte del tiempo, pero no siempre.

La parte relacionada con el estado de ánimo del trastorno esquizoafectivo puede tomar la forma de depresión, manía, o de ambas. La depresión es un estado de ánimo de tristeza que da origen a síntomas tales como falta de energía, problemas para concentrarse, sentimientos de inutilidad, pensamientos suicidas y cambios en el nivel de apetito, sueño y actividad. La manía es un estado de ánimo de gran euforia que da origen a síntomas tales como ideas de grandiosidad, menor necesidad de dormir, pensamientos acelerados, asunción de riesgos y aumento de verbosidad o actividad.

Incluso para los profesionales, no siempre es fácil decidir si una persona tiene esquizofrenia, un trastorno grave del estado de ánimo o un trastorno esquizoafectivo. Muchos síntomas de la esquizofrenia se asemejan a los de la depresión (por ejemplo, falta de energía) o de la manía (por ejemplo, ideas de grandiosidad). Además, la misma depresión o manía grave puede causar alucinaciones o delirios. La decisión sobre qué trastorno se diagnostica generalmente se basa en diferencias sutiles en el periodo de ocurrencia y la duración de los síntomas. Como es lógico, el diagnóstico inicial de muchas personas eventualmente cambia a medida que pasa el tiempo y aparecen más síntomas.

En comparación con otros subtipos, la esquizofrenia paranoide no tiene un efecto tan grave sobre las capacidades de pensamiento como la atención, la memoria y la planificación. Tiende a comenzar a una edad más avanzada y a ser más estable. Algunas evidencias sugieren que las posibilidades de recuperación pueden ser mejores con la esquizofrenia paranoide que con los otros tipos.

- La *esquizofrenia desorganizada* se caracteriza por el habla y la conducta desorganizada y el afecto plano o inapropiado. Si bien nunca podemos saber exactamente qué sucede en la mente de otra persona, podemos sacar conclusiones en función de lo que esa persona dice y hace. En el caso de las personas con esquizofrenia desorganizada, su habla y su conducta indican una mente en la cual se han roto las cadenas normales de asociación, y lo único que queda es una maraña de pensamientos desconectados.

Las personas con esquizofrenia desorganizada pueden divagar sobre ideas

absurdas, reírse en momentos inapropiados o hacer muecas sin causa aparente. También puede resultarles casi imposible realizar hasta las tareas más simples, como ducharse, vestirse y preparar la comida. En consecuencia, las personas con esquizofrenia desorganizada pueden lucir desarregladas, vestirse de manera estafalaria y descuidar su salud física. La impresión general que crean para los demás es decididamente extraña.

- La *esquizofrenia catatónica* se caracteriza por graves alteraciones del movimiento y una marcada reducción de la receptividad al mundo exterior. Algunas personas con esquizofrenia catatónica quedan sumidas en un estupor, en el que permanecen inmóviles, mudas y totalmente indiferentes a lo que sucede a su alrededor. Otras quedan en posturas raras o rígidas durante horas y se resisten a todo intento de moverlas. Y otras repiten los mismos movimientos sin sentido una y otra vez, o bien imitan las palabras o las acciones de otra persona de manera inconsciente, como un loro. La esquizofrenia catatónica puede ser sumamente incapacitante, pero afortunadamente, es muy poco común.

...las posibilidades de recuperación aumentarán en el futuro...

Cualquiera sea el nombre, la esquizofrenia es un diagnóstico difícil de asumir. Incluso si el tratamiento tiene éxito, la dura verdad es que la mayoría de las personas con esquizofrenia deberán enfrentarse con algunos síntomas residuales más leves durante el resto de sus vidas. No obstante, incluso estos síntomas se pueden manejar con el tratamiento y el apoyo adecuados. La buena noticia es que muchas personas con esquizofrenia eventualmente pueden llevar vidas plenas y satisfactorias. Y la mejor noticia es que las posibilidades de recuperación aumentarán en el futuro, ya que los científicos continúan trabajando para desarrollar tratamientos más eficaces para la enfermedad.

En las garras de *Ellos*: pérdida del contacto con la realidad

Mi historia

Después de mi primer brote psicótico en agosto de 1999, casi no salía de mi casa. Si lo hacía, era para ir a la cafetería, o a comer un sándwich o un helado. No hacía nada productivo, excepto programar la aplicación para el fondo de inversiones de Dan. Como no estaba en contacto con mucha gente, los sentimientos de paranoia no eran tan intensos. Sin embargo, mi mente seguía concentrada en los delirios. Una de mis teorías era que la CIA quería reclutarme para un trabajo secreto. Si esto no era cierto, ¿qué iba a hacer el resto de mi vida?

Otro delirio era el que había comenzado mientras estaba en la universidad. Aunque era menos notable en mi mente, seguía siendo fuerte: que yo descubriría un fabuloso principio matemático nuevo relacionado con los fractales. Había sido mi sueño durante diez años, y ahora quería dedicar más tiempo y esfuerzo a resolver el “enigma” de los fractales.

La necesidad de alejarme

Decidí que necesitaba alejarme de mi familia, hacer un viaje, ir a un lugar remoto, donde pudiera reflexionar sobre mi vida, meditar sobre la matemática y planificar mi futuro. Había abandonado la idea de que la CIA quería asesinarme. Pensé que si querían comunicarse conmigo, este viaje les daría la oportunidad perfecta. Elegí ir al Parque Nacional de los Glaciares, en Montana. También quería hacer una parada en Chicago para visitar a dos amigos italianos que trabajaban allí. Compré un abono ilimitado de tren, porque era la forma más económica de visitar Chicago y el Parque Nacional de los Glaciares en un solo viaje. Como tenía un abono de tren para todo el país, decidí que también visitaría Seattle y San Francisco antes de volver a casa. Calculé que el viaje duraría dos o tres semanas.

Según lo que recuerdo, mis padres no intentaron disuadirme de hacer este viaje. Tampoco lo hicieron mis amigos. Quizás pensaron que como era un adulto, no podían coaccionarme o controlarme. Como cuento más adelante, mis problemas mentales se intensificaron nuevamente durante este viaje, y mis padres tuvieron que venir a ayudarme. Fue bastante complicado y muy costoso para mis padres tomar un vuelo a Montana para

Recomendaría que las personas con enfermedades mentales no viajen solas, a menos que su estado sea estable y estén bajo control.

rescatarme. Recomendaría que las personas con enfermedades mentales no viajen solas, a menos que su estado sea estable y estén bajo control. En mi caso, los síntomas eran más leves que durante el mes de agosto anterior, pero no estaban bajo control. Todavía tenía una serie completa de delirios que me exponían a una reaparición de los problemas.

Era marzo de 2000. Recuerdo que salí de la Union Station en Washington, D.C. por

la tarde, y el tren llegó a Chicago la mañana siguiente. Casi no había dormido. Inmediatamente busqué un hotel y arreglé para ir a cenar con mis amigos italianos esa noche. No sabían que había tenido problemas mentales, y no que creo que hayan notado algo raro en mí. Después de cenar, les pedí que me dejaran en una librería que quedaba a unas cuadras de mi hotel. Compré varios libros y comencé a caminar por el centro de la ciudad.

La paranoia surgió rápidamente. Estaba seguro de que me seguían. Casi todas las personas que veía en la calle parecían seguirme. Comencé a caminar sin rumbo fijo. El tiempo parecía pasar muy rápido. Las horas parecían minutos. Me encontré prácticamente solo en medio de la noche. Probablemente eran las dos o tres de la mañana, pero me preguntaba por qué ya no se veía gente en la calle. En lugar de pensar que todos estaban durmiendo en sus casas, pensé que habían dejado de seguirme porque habían reunido toda la información que necesitaban. ¡Quizás habían decidido contratarme! Volví al hotel, pensando: “Pronto enviarán un representante para que se comunique conmigo”.

En la mañana siguiente, tomé un tren hacia mi próxima parada, Grand Forks, Dakota del Norte. Me preguntaba cuándo se comunicarían conmigo.

Después de haber estado en el tren durante un rato, fui al vagón de fumadores a fumar un cigarrillo. Había una joven, y cuando la vi, pensé: “Ella será mi contacto”. Nos pusimos a hablar, y la joven coqueteaba conmigo todo el tiempo. Más tarde, fuimos a cenar juntos. Seguía siendo muy provocativa, se me acercaba, me tocaba la mano y decía cosas muy insinuantes. Después de cenar, me dijo: “Tengo una botella de vino en mi camarote... ¿quieres compartirla conmigo?”.

Más tarde, nos encontramos en su camarote. Bebimos toda la botella y me quedé allí durante una hora, o dos, y me fui. La situación no era lo que yo imaginaba. La joven no había intentado hablarme sobre un trabajo con los agentes que me habían estado siguiendo. Estaba confundido. Me bajé del tren a primera hora de la mañana en Grand Forks.

Compartí el viaje en taxi desde la estación de trenes hasta el hotel con una mujer que me dio un folleto religioso sobre Jesucristo. Me pregunté si ella sería uno de los agentes “buenos” que pensaban que yo era Jesús. Pasé varias horas leyendo el folleto, intentando interpretar lo que significaba. Era una propaganda que daba a entender que Jesús podía cambiar tu vida. No podía identificarme realmente con su significado, pero pensé que debía responder de alguna forma. Escribí unas notas en los márgenes del folleto en las que expresaba mis opiniones y dejé el folleto en un lugar donde pensé que Ellos podrían encontrarlo.

Durante el día, paseé sin rumbo fijo por Grand Forks. Debo haber caminado diez millas o más, y en todas partes sospechaba que me seguían. Regresé al hotel y en la mañana tomé el tren hacia el Parque Nacional de los Glaciares. Durante el viaje, intenté poner en orden mis pensamientos. ¿Por qué no se habían comunicado conmigo? ¿Qué sucedía realmente?

Fui al coche comedor a desayunar y había otras tres personas allí. Pensé que probablemente eran agentes del gobierno, pero quería estar seguro. Creía que estaban gastando miles de dólares para investigarme. Pensé: “¿Qué importancia tienen otros 15 dólares?”. Cuando me trajeron la factura del desayuno, simulé que no tenía dinero. Tal como lo había imaginado, uno de los caballeros pagó mi factura. Consideré este incidente

como una confirmación de que todo lo que creía era verdad. Aún me estaban siguiendo.

Glasgow, Montana

Después de desayunar, me sentí muy nervioso e inquieto. ¿Por qué *aún* me seguían? Ya no trabajaba en el establecimiento. Intenté pensar nuevos motivos por los cuales la vigilancia continuaba, pero no se me ocurrió ninguno que realmente tuviera sentido. Estaba cada vez más confundido, desorientado y paranoico. Comencé a pensar que las personas que iban en el tren hablaban sobre mí. Escuché varias conversaciones, y de alguna forma, no importa de qué hablaran, las conversaciones parecían ser sobre mí. Pensé que la CIA intentaba usar algún tipo de técnica de guerra psicológica contra mí. Decidí que debía bajarme del tren lo antes posible.

Pocos minutos después, el tren se detuvo. ¿Dónde estábamos? No lo sabía, pero tenía que bajarme, inmediatamente. No recordaba dónde había dejado mi equipaje. Lo busqué desesperadamente durante unos minutos, pero no pude encontrarlo. Si no me bajaba pronto, no tendría otra oportunidad hasta dentro de una hora o más. Tenía miedo. Necesitaba bajarme de inmediato.

Salté del tren y me alejé de la plataforma, sin mi equipaje.

No sabía dónde estaba. Encontré un hotel que costaba solamente \$24 por noche y me enteré de que estaba en Glasgow, Montana. Llamé a casa y dejé dicho dónde estaba.

En los cuatro días anteriores, había dormido unas pocas horas cada noche. Pensé que necesitaba dormir una siesta. Me recosté durante una hora e intenté dormirme, pero no pude. En cambio, me levanté y decidí salir a comer algo. Fui a un restaurante Dairy Queen cercano para pedir algo. Mientras comía un sándwich, un hombre entró y miró hacia donde yo estaba sentado. Pensé: “Debe ser mi contacto”. Le dije: “¡Tome asiento!”. El hombre era muy amable. Se sentó en mi mesa y hablamos durante media hora. No recuerdo mucho de nuestra conversación. Pero debo haber actuado de manera extraña, porque me preguntó si era autista. Estaba seguro de que el hombre trabajaba para la CIA, el FBI o el Congreso (después de mi primer episodio psicótico, había enviado cartas a varios miembros del Congreso en las que me quejaba de que el FBI me seguía). ¿Por qué otro motivo estaría hablando conmigo?

Volví al hotel. Cuando llegué a mi habitación, encontré sobre el tocador un pasaje de una carta que había escrito hacía más de diez años a la joven que había conocido en Italia. Seguramente se trataba de una alucinación, pero parecía absolutamente real. No había estado pensando en Italia, en mujeres, ni en nada remotamente relacionado con esta carta. La hice un bollo y la tiré a la basura. Durante varias horas, intenté comprender cómo se relacionaba esta carta con la

Seguramente se trataba de una alucinación, pero parecía absolutamente real.

vigilancia (había asumido que así era). ¿La joven que conocí trabajaba para la CIA? ¿Me seguían desde hacía más de diez años? ¿Quién había dejado la carta en mi habitación? ¿Por qué había sólo un pasaje de la carta? ¿Por qué era importante el pasaje?

Intenté recordar todo lo que había sucedido durante los últimos años, con especial interés en lo que había ocurrido recientemente. Comencé a pensar en mi experiencia en Chicago. Me di cuenta de que si bien había *pensado* que me seguían en Chicago, en

realidad no tenía pruebas, ni tampoco había visto a alguien que respaldara esta conclusión. Pensé: “¡Dios mío, tengo un problema mental!”. Esta idea no hizo que me cuestionara todos mis delirios, sólo mi experiencia de ese día. No dejé de creer en mis delirios porque habían estado presentes en mi mente durante mucho tiempo. Eran creencias muy arraigadas. Fue el único momento durante mi enfermedad en que pensé que tenía algún problema mental. Me asusté mucho. “¡Quizás tenga un tumor cerebral!”.

Fui a un centro médico local y pedí que me realizaran una tomografía axial computada. La mujer que me atendió seguramente se dio cuenta de que yo tenía problemas mentales. Me preguntó, “¿Tiene intención de hacerse daño o de hacer daño a otras personas?”. “¿Qué? ¡Por supuesto que no! ¡No!” Me recomendó que volviera al día siguiente para hablar con un médico. Regresé al hotel.

En el vestíbulo, saqué una Coca de una máquina expendedora y tomé un trago. ¡Dios! ¡Estaba horrible! Tenía un gusto amargo. Me pregunté si la Coca había sido envenenada. ¿Era posible que Ellos hubieran envenenado la Coca? ¿Podrían haber reemplazado la Coca en la máquina expendedora?

Salí y comencé a pasear por la ciudad. No había nadie en las calles y comencé a creer que la ciudad estaba desierta. La idea de que la ciudad estaba desierta era más fuerte que el pensamiento más racional de que todos estaban durmiendo porque era tarde. Me preguntaba si la CIA había evacuado la ciudad. En ese momento, comencé a tener otra alucinación. Comencé a oír un sonido que era similar al de las bocinas de los carros. Sonaban a la distancia. Docenas de carros que hacían sonar las bocinas. El sonido continuó durante, al menos, diez minutos. Comencé a caminar en la dirección del sonido para ver qué ocurría. No tenía idea de adónde iba.

Intrusión

Finalmente, llegué al final de la calle por la que caminaba. Un gato se me acercó y me acarició la pierna, pero cuando me agaché para tocarlo, bufó y me arañó la cara. Me miré la mano y parecía tener un objeto muy pequeño clavado donde el gato me había arañado. De inmediato pensé: “Me engañaron. ¡Seguramente este gato fue entrenado para atacarme! ¿Qué tengo en la mano? ¡Debe ser un dardo envenenado! ¡Los agentes malos de la CIA intentan asesinarme! ¡Tengo que sacarme esto de la mano ya mismo!”. Me di cuenta de que estaba parado frente a una casa con una puerta de garaje que estaba completamente abierta. Entré en el garaje, donde había una entrada a la casa que estaba sin llave. Estaba desesperado. Sentía que tenía que sacarme el dardo de la mano de inmediato. Pensé: “No hay nadie en la casa. Han evacuado la ciudad. Entraré y buscaré algo para sacarme esto”. Abrí la puerta y me encontré con la cocina. Comencé a buscar un cuchillo afilado en los cajones. No encontré algo útil, así que decidí ir al baño y buscar un cortaúñas que pudiera usar para sacarme el dardo de la mano. Pasé por la sala de estar y fui al primer baño que vi. En el baño, había una puerta que daba a un dormitorio adyacente. Había dos personas en la cama y una de ellas, un hombre, se sentó y dijo: “¿Quién eres? ¿Qué haces en nuestra casa?”. Me sorprendió que hubiera alguien en la casa. Respondí: “Disculpe, creí que no estaban aquí. Me iré enseguida”. Me di vuelta y comencé a caminar.

El hombre se levantó y me siguió hasta la sala de estar.

Me dijo: “¡Espera! ¿Qué haces en nuestra casa?”.

Respondí: “Estoy buscando un cortaúñas. Creí que no había nadie. Me iré enseguida”.

“Espera. ¿Quién eres?”.

Le dije mi nombre y que vivía cerca de Washington, DC.

“¿Qué haces aquí?”.

“Vine de vacaciones”.

“¿Qué haces en nuestra casa?”.

“Necesito un cortaúñas... ¿Tiene un cortaúñas? Necesito sacarme esto de la mano”. A estas alturas, la mujer también estaba parada en la sala de espera.

“¿Qué te pasa en la mano?”.

“Tengo algo clavado. Necesito sacarlo de inmediato. ¿Tiene un cortaúñas? ¡Por favor, deme un cortaúñas!”.

El hombre dijo: “¿Puede ser una pinza? ¿Quieres una pinza?”.

Pensé que el veneno ya se había introducido en la mano. Necesitaba un cortaúñas para cortar la parte afectada. Respondí: “No. Necesito un cortaúñas. ¿Tiene uno?”.

El hombre le preguntó a la esposa: “¿Tienes un cortaúñas?”. Ella volvió un momento después con un cortaúñas y me lo dio. Me miré la mano. No vi que tuviera algo clavado, pero pensé: “Seguramente el veneno está en mi mano”. Me corté un trozo de carne de la mano donde pensaba que había estado el dardo.

Les dije: “Gracias. Me iré ahora”. El hombre dijo: “Espera. ¿Adónde irás? ¿Qué haces en Glasgow?”. Respondí: “No lo sé. Hubo un problema de inteligencia. Me bajé del tren”. El hombre preguntó: “¿Qué clase de problema de inteligencia?”. “¡No lo sé! ¡Ese es el problema!”. Me senté y comencé a llorar sin control. Mientras estaba allí sentado, aún me preguntaba por qué estas personas estaban en la casa. ¿Por qué no las habían evacuado? Quizás eran agentes de la CIA. Quizás estaban con los agentes buenos que intentaban protegerme.

El hombre dijo: “Cálmate. Siéntate aquí un momento. Buscaremos ayuda. Quédate aquí unos minutos. Llamaré a alguien para que nos ayude. ¿Te parece bien?”. “Sí”. Esperé un rato allí, llorando.

Me dijo: “Todo estará bien. Te ayudaremos. ¿Quieres algo para beber?”.

Unos minutos más tarde, llegó un oficial de policía. El oficial era muy amable. Habló con el hombre de la casa durante un momento. Luego dijo: “Te llevaré al centro médico”. Fuimos al carro y me llevó hasta el centro médico, que estaba a menos de una milla. Entramos y vi que estaba de turno la misma enfermera que había visto antes ese mismo día. Me pidió que me recostara en una cama del hospital y habló en privado con el oficial de policía durante unos minutos. Me pidió el número de teléfono de mis padres, se lo di, los llamó y me permitió hablar con ellos durante unos minutos.

Lo siguiente que recuerdo es despertar en un colchón dentro de una habitación con paredes acolchadas y vidrio y malla de alambre en las ventanas. Era de mañana. No recordaba haber entrado en esta habitación. Pensé: “Probablemente me drogaron. ¿Dónde

Lo siguiente que recuerdo es despertar en un colchón dentro de una habitación con paredes acolchadas y vidrio y malla de alambre en las ventanas.

estoy? Podría estar en cualquier parte”. Miré por la ventana pero no reconocí el lugar. Sospechaba que era un prisionero de la CIA, de la Agencia de Seguridad Nacional (National Security Agency, NSA por sus siglas en inglés) o de otra agencia gubernamental. Miré nuevamente por la ventana e intenté descubrir alguna pista sobre el lugar. Pronto me di cuenta de que seguía en un centro médico, pero ¿dónde? ¿Era el mismo

centro al que había llegado la noche anterior?

Después de unas horas, tuve una visita. Era el mismo hombre que estaba en la casa la noche anterior. El hombre dijo: “Hola, Kurt. Soy el Sr. McKinney, el dueño de la casa a la que entraste anoche. ¿Me recuerdas?”.

No recuerdo de qué hablamos, pero parecía calmo y preocupado. Me pregunté por qué me visitaba. ¿Trabajaba para la CIA? ¿Cómo podía ser? Pensaba que había entrado en esa casa al azar. Quizás no era así. Quizás me guiaron en esa dirección. Quizás me controlaban con mensajes subliminales. Quizás todos los habitantes de esta ciudad trabajaban para la CIA. Quizás era una ciudad secreta. ¿Podía ser posible?

Pronto, una enfermera me trajo unas revistas, y pensé que quizás la CIA intentaba comunicarse conmigo a través de las revistas. En una de ellas, había un artículo sobre cómo buscar una nueva carrera. ¿Querían contratarme para que fuera un agente?

Encierro

Un poco más tarde, vino otra enfermera. Creo que había estado hablando solo en voz muy alta toda la mañana. Me dijo: “¿Te gustaría salir y ver el lugar? Tienes que prometerme que no te escaparás. ¿Prometes que no te escaparás?”. Respondí: “Sí, lo prometo”. Me llevó por un pasillo y salimos. Me dijo: “¿Ves? Estás en Glasgow”. No reconocí el lugar. Pensé: “Tengo que volver al hotel”. Comencé a alejarme. La enfermera me gritó: “¿Adónde vas? ¡Dijiste que no escaparías! ¡Vuelve!”. No le hice caso. Desde luego, no corría, *caminaba*.

En menos de cinco minutos, un carro de la policía estacionó a mi lado. Un oficial se bajó y me ordenó que subiera al carro. Me llevó de vuelta al centro médico y me enviaron a la misma habitación con paredes acolchadas.

Una media hora después, comencé a tener otra alucinación. Las bocinas de los automóviles habían regresado. Comencé a oír un sonido similar al de docenas de carros que tocaban las bocinas. Sonaba como si viniera de afuera del hospital. Pronto, se volvió más intenso. Sonaba como si mil carros tocaran las bocinas. Era un sonido muy fuerte.

Llegué a la conclusión de que la gente tocaba las bocinas por mí. Querían que me liberaran. Pensé, si no salgo pronto, habrá disturbios. Debía escapar. Cuando volvió a aparecer una enfermera, la obligué a dejarme salir y me escapé del edificio. Para ese entonces, ya no oía el sonido de las bocinas. Pero cuando estuve afuera, no me di cuenta de que no había mil carros. Nuevamente, la policía me interceptó y me llevó al hospital. Un rato más tarde, una enfermera me dijo desde la puerta:

“Tus padres vendrán mañana. Vienen a buscarte”.

Ese día, más tarde, una asistente de salud mental vino a evaluarme e intentó

interrogarme.

“¿Cómo te llamas?”.

“Kurt Snyder”.

“¿Quién es el presidente de los Estados Unidos?”.

“Bill Clinton”.

“¿Por qué estás aquí?”.

“No lo sé”.

“¿Dónde crees que estás?”.

“No lo sé. Creí que estaba en Glasgow, Montana, según lo último que recuerdo... Pero no estoy seguro de dónde estamos exactamente”.

“¿Qué hacías anoche?”.

“Paseaba por la ciudad”.

“¿Por qué te trajeron al centro médico?”.

“Dijeron que me iban a ayudar”.

“¿Recuerdas al Sr. McKinney? Anoche entraste a su casa. ¿Por qué lo hiciste?”.

“Tenía algo en la mano. Tenía que quitármelo. Creí que no había nadie en la casa”.

“¿Oyes voces cuando no hay nadie a tu alrededor?”.

“No”.

“¿Crees que tienes poderes especiales que nadie más tiene?”.

“No”.

“¿Crees que sabes algo que nadie más sabe?”.

“No”.

“¿Quieres hacerte daño o hacer daño a los demás?”.

“No”.

“¿Ves cosas que otras personas no ven?”.

“No”.

“Más temprano te escapaste del hospital. Le dijiste a la enfermera que no escaparías. ¿Por qué lo hiciste?”.

“No me escapé... Me alejé”.

“¿Por qué estás en Glasgow?”.

“Vine de vacaciones”.

Mientras me interrogaban, sabía lo que había experimentado, pero no tenía idea de por qué me habían traído al centro médico.

El regreso a casa

Mis padres llegaron al día siguiente, y uno o dos días después, me dieron el alta con la condición de que fuera evaluado en una institución psiquiátrica. Mis padres me llevaron en avión a Maryland y me internaron de inmediato en una institución de salud mental en Baltimore. Estuve allí dos o tres días. Después del primer día, comencé a pedir que me dejaran ir.

Un médico de la institución me recetó medicamentos antipsicóticos, pero no quería tomarlos. Pregunté qué efecto tendría el medicamento sobre una persona normal, pero el médico no pudo responderme, dijo que no tenía información sobre eso. Por cierto que no iba a tomarlo, ¿quién sabía el efecto que ese medicamento podría tener sobre mí?

Pronto, mis padres vinieron para llevarme a casa. Habían comprado los medicamentos que el médico había recetado, pero nunca los tomé. Sólo simulaba tomarlos para tranquilizarlos. De todas formas, mis síntomas psicóticos se hicieron más leves durante las semanas siguientes.

Seguía pensando en la vigilancia todos los días, como también en la experiencia que había tenido en Chicago. Sabía que algo no estaba bien. Sabía que si bien había *pensado* que me seguían, en realidad no tenía pruebas de ello. Decidí ponerme a prueba. Tenía que ir a un lugar donde todos los que viera fueran extraños. Una mañana, tomé un tren a la ciudad de Nueva York y caminé unas cuadras hasta un parque. Tomé notas sobre las personas que veía en la calle. Después de un rato, me di cuenta de que pensaba que más de la mitad de las personas que veía estaban con Ellos. Otro cuarto eran “sospechosas”. Esto no me hizo cuestionar mi delirio, pero me hizo pensar que estaba condicionado a pensar que todos estaban con Ellos.

En junio de 2000, pensé que ya era hora de que volviera a trabajar. No había realizado ningún trabajo productivo durante, al menos, seis meses. Había dejado de hacer trabajos de mantenimiento, así que comencé a trabajar en una agencia de empleo temporal en Washington, DC. Pronto me di cuenta de que no podía trabajar eficazmente. Me preguntaba constantemente si mis colegas, mis empleadores y las personas en general que conocía mientras trabajaba estaban asociados con Ellos, la CIA, el FBI o el Congreso. Mis delirios nublaban mi percepción de la realidad tan completamente que no podía realizar ninguna tarea en la que tuviera que relacionarme con otras personas. Poco tiempo después, me despidieron.

Por esa época, comencé a experimentar una nueva dimensión de mi enfermedad. Empecé a ser plenamente consciente de ciertos estímulos que las personas normales generalmente no notan. Los ruidos como los de los ventiladores en funcionamiento, las toses de personas, las bocinas de los carros, la vibración de las maquinarias, el chirrido de los neumáticos, el sonido del viento, el rugir de los motores y el gorjeo de los pájaros comenzaron a perturbarme mucho. También comencé a ser consciente de los movimientos que las personas hacen sin pensar. Todas las personas que se frotaban el mentón, se rascaban, se pasaban los dedos por el cabello, se limpiaban la nariz y pestañeaban parecían hacerme gestos abiertamente de una forma que nunca habían hecho antes. Todos estos tipos de estímulos parecían tener un significado especial, como si su objetivo fuera comunicarme algo, pero nunca pude entender qué era.

Panorama general

La esquizofrenia puede ser una experiencia sumamente inquietante, no sólo para el individuo que la padece, sino para el resto de las personas que se ven afectadas por la enfermedad. Cuando tienes esquizofrenia, es como si tus percepciones y pensamientos se hubieran soltado de sus amarras y quedaras a la deriva en un mar de estímulos desorientadores y, a veces, perturbadores. En consecuencia, puedes actuar de formas que son confusas e incluso angustiantes para los demás. Es posible que recién después de que el tratamiento comience a hacer efecto, puedas comprender cabalmente los efectos de tus acciones en ti mismo y en los demás.

Pero, mientras no estás en contacto con la realidad, es casi imposible que te desempeñes óptimamente en el hogar, la escuela o el trabajo. Mentalmente, actúas en tu propio mundo privado. Lo que ves, oyes y tocas puede ser diferente de lo que perciben las personas que te rodean, y tus interpretaciones de esas percepciones pueden seguir tu propia lógica. Es muy difícil comprender o adaptarse a la realidad de otra persona cuando lo que tú experimentas es completamente diferente.

Esto no significa que las personas con esquizofrenia nunca tienen ningún tipo de control sobre su conducta. En realidad, la mayoría tiene cierto grado de control y, con gran esfuerzo, algunas personas pueden reprimir parcialmente los síntomas durante periodos breves. Sin embargo, la cantidad de autocontrol que se puede ejercer sobre la enfermedad es diferente en las distintas personas, como también en cada persona en distintos días. No importa el esfuerzo que haga la persona, es probable que tarde o temprano las alucinaciones y las conductas extrañas reprimidas salgan a la superficie, a menos que el tratamiento lo evite.

Viajes con esquizofrenia

Tener esquizofrenia no significa que no puedas disfrutar de un viaje una vez que tu estado es estable. Estas sugerencias pueden ser útiles:

- Habla con el psiquiatra o terapeuta sobre tus planes de viaje. Coméntale todas las inquietudes que tengas y pregúntale si se debe ajustar la dosis de tus medicamentos para compensar el cambio de la rutina diaria. Si te aconsejan posponer un viaje por razones de salud, ten en cuenta ese consejo.
- Lleva medicamentos suficientes para todo el viaje y para unos días adicionales, en caso de que haya un cambio de planes. Es posible que la compañía del seguro médico te permita la reposición anticipada de medicamentos si llamas y les informas sobre tu viaje.
- Lleva los medicamentos en el equipaje de mano (las maletas despachadas se pueden extravíar o demorar). Para simplificar el paso por los controles de seguridad, lleva todos los medicamentos juntos en una bolsa o en un bolsillo del bolso, no llenes demasiado los envases de medicamentos y asegúrate de que todos los medicamentos estén

claramente identificados.

- Viaja con alguien en quien confíes. Asegúrate de que tu compañero de viaje conozca tu plan de tratamiento y sepa lo que debe hacer en una emergencia.
- Lleva algún objeto reconfortante de tu casa. Tu suéter favorito, una vieja bata de baño o fotografías de tus seres queridos pueden hacerte sentir más cómodo en un ambiente desconocido. Esto ayuda a reducir el estrés causado por el viaje.

¿Cómo afecta la esquizofrenia la vida diaria?

... una de las primeras señales de advertencia de la esquizofrenia es la pérdida de las relaciones con familiares y amigos.

La esquizofrenia abre una brecha entre la persona que tiene la enfermedad y el resto de la sociedad. De hecho, para muchos adolescentes y adultos jóvenes, una de las primeras señales de advertencia de la esquizofrenia es la pérdida de las relaciones con familiares y amigos. Una vez que la enfermedad toma el control, muchas personas con esquizofrenia sólo pueden conectarse con los demás en un nivel superficial. Hacer nuevos amigos es mucho más difícil que antes, y conservarlos puede ser mucho más costoso.

Ya sea en la casa, la escuela o el trabajo, las personas con esquizofrenia actúan de acuerdo con la realidad que perciben. Los problemas surgen cuando su visión de la realidad no coincide con la de los demás. A veces, esto puede generar una conducta agitada, casi frenética; están siempre atentos a la próxima amenaza que acecha a la vuelta de la esquina.

Otras veces, puede generar una conducta que es muy retraída y distante del resto del mundo. En cualquier caso, las acciones de una persona con esquizofrenia pueden parecer extrañas e inexplicables para los demás, que no comprenden las percepciones desviadas y la lógica distorsionada que generan la conducta.

Otras caras de la esquizofrenia

La esquizofrenia afecta la capacidad de desempeñarse en la casa, la escuela o el trabajo y de relacionarse con los demás, pero la forma específica que toma es tan individual como una huella dactilar.

- “Estaba en la escuela secundaria en Canadá cuando mi pensamiento se volvió oscuro y caótico. No sabía qué me pasaba; lo único que sentía era temor. No podía confiar en nadie, ni siquiera en mis padres, y creía que querían envenenar mi comida. Luego, una niebla extraña cubrió mi cerebro. Perdí la claridad y no podía concentrarme. Tenía que limitarme a cursar una clase por día”.—Kevin

- “Un día, cuando tenía 22 años, me desperté y en el programa de la radio hablaban sobre mí. Estaba muy, muy asustado y confundido. Mi cuerpo se estremeció por el miedo. Luego, comencé a aislarme. Sólo hablaba con los profesores, las personas con las que hacía trabajos voluntarios y quizás uno o dos amigos en los que realmente confiaba. Vivía con mi papá, y ni siquiera hablaba con él. Pero no podía esconderme de las voces. Después de un tiempo, la frecuencia y la duración de las voces aumentaron, y también su volumen. Comenzaron a seguirme a todas partes. Incluso cuando no había un alma alrededor, escuchaba las voces. Algunas eran violentas, como de un prisionero, y me decían: ‘Eres un hombre, eres un hombre’. Otras eran seductoras voces femeninas que decían: ‘Sabemos qué clase de hombre eres’. Y otras decían: ‘Te atraparemos’; todas esas cosas paranoides. Era un acoso total y absoluto”.—Leon
- “Comencé a tener pensamientos psicóticos cuando estaba en la universidad. Mi pensamiento psicótico particular era que uno de mis profesores trataba de envenenarme, y que si comía tizas, podía evitar que el veneno hiciera efecto. Mi novio sabía que esto no tenía sentido y sabía que algo no estaba bien, pero continuó apoyándome. Sin embargo, los pensamientos no desaparecieron. Pensaba que los demás hablaban sobre mí cuando no era así. Pensaba que todos querían atraparme, que el mundo era un lugar hostil y que nadie me quería”.—Nikki
- “Tenía 14 años cuando comencé a tener alucinaciones. Una noche, estaba despierta y sola en una habitación cuando vi a una joven violada que se había suicidado parada cerca de la puerta cerrada. La joven gritaba y lloraba. Fue como un ataque cardíaco para mí. Después de varias horas, finalmente la joven desapareció”.—Maya

Para los demás, las personas con esquizofrenia pueden parecer incapaces de concentrarse o de prestar atención a lo que ocurre a su alrededor. En realidad, sin embargo, la persona a veces puede concentrarse muy atentamente en sus percepciones y pensamientos privados. Imagina un aula llena de estudiantes. Algunos indudablemente prestan atención a la clase, mientras que otros se concentran en la bonita compañera que se sienta a su lado o sueñan despiertos sobre sus planes para la tarde. Pero un estudiante con esquizofrenia puede estar completamente absorto intentando descifrar los mensajes codificados que piensa que la maestra le

... los primeros síntomas a menudo se atribuyen a afecciones más comunes, como la depresión, la ansiedad o el abuso de drogas o alcohol.

envía al pestañear.

Huelga decir que esta desconexión entre el pensamiento interno y la realidad externa puede tener consecuencias muy variadas. En la casa, los adolescentes o adultos jóvenes con esquizofrenia pueden alejarse de sus padres y hermanos, dejar de realizar las tareas de la escuela y de la casa o comenzar a descuidar su aspecto personal. En la escuela o el trabajo, su desempeño puede disminuir drásticamente. Incluso los estudiantes o trabajadores que eran excelentes pueden comenzar a ser reprobados en los exámenes o despedidos de sus trabajos.

Si bien lo ideal es buscar ayuda en las primeras etapas de la enfermedad, eso no siempre ocurre. Y aunque se consulte a un profesional, es posible que no se establezca inmediatamente el diagnóstico correcto. En cambio, los primeros síntomas a menudo se atribuyen a afecciones más comunes, como la depresión, la ansiedad o el abuso de drogas o alcohol. Sin embargo, cuando se produce un brote psicótico avanzado, los problemas se agravan considerablemente. Es probable que la conducta de la persona sea muy perturbadora y, en ocasiones, puede causar daños a la propiedad o ser peligrosa para esa persona o para los demás. En este punto, generalmente se debe internar al paciente en un hospital psiquiátrico.

¿Cuándo y por qué es útil la hospitalización?

Cuando te sientes bien y saludable, es posible que un hospital no parezca un lugar agradable para estar. Pero cuando tienes una enfermedad grave, generalmente es el lugar más adecuado y seguro para recibir un tratamiento intensivo y recuperarte lo antes posible. La esquizofrenia no es la excepción. De hecho, más de la mitad de las personas que reciben atención psiquiátrica hospitalaria cada año tienen un diagnóstico de esquizofrenia. Las decisiones sobre la hospitalización se toman según cada caso en particular. Sin embargo, normalmente la hospitalización puede recomendarse para la esquizofrenia si:

- Representas una amenaza para ti mismo o para otros.
- No puedes cuidarte a ti mismo.
- Te comportas de manera muy extraña o destructiva.
- Necesitas medicamentos que deben controlarse de cerca durante un periodo de tiempo.
- Necesitas atención durante todo el día para controlar los síntomas graves.

La atención hospitalaria puede brindarse en la unidad psiquiátrica de un hospital general o en un hospital psiquiátrico especializado administrado por una empresa privada o una agencia gubernamental. Cuando te internan en un hospital, se realiza una evaluación exhaustiva. Esto les permite a los profesionales desarrollar un plan de tratamiento orientado específicamente a tus necesidades particulares. El objetivo es ayudarte a recuperar el equilibrio mental y a reanudar tu vida

... generalmente es un gran alivio descubrir que otras personas han pasado por experiencias similares.

fuera del hospital lo antes posible.

El tratamiento hospitalario generalmente incluye una combinación de medicamentos y psicoterapia, tanto individual con un terapeuta como grupal con otros pacientes. Las reuniones grupales pueden ser muy alentadoras, porque generalmente es un gran alivio descubrir que otras personas han pasado por experiencias similares (en el Capítulo 4 se incluye más información sobre estas opciones de tratamiento). En muchos hospitales, también se prestan servicios relacionados. Por ejemplo, la terapia ocupacional ayuda a los pacientes a aprender las habilidades necesarias para la vida diaria fuera del hospital. La terapia recreativa usa actividades como arte y artesanías, juegos, danzas, movimientos y música para mejorar el bienestar general y ayudar a los pacientes a poner a punto sus habilidades sociales.

El tratamiento en un hospital tiene muchas ventajas. Como algunas personas intentan hacerse daño o hacer daño a los demás debido a su enfermedad, un beneficio importante es el monitoreo constante para mantener a los pacientes seguros hasta que su estado sea más estable. Al mismo tiempo, es más fácil realizar pruebas médicas y psicológicas exhaustivas en un hospital. Si se receta un medicamento nuevo, el personal capacitado puede ajustar la dosis hasta que sea correcta, además de controlar los efectos secundarios. Si también existe abuso de drogas o alcohol, este problema se puede tratar junto con la enfermedad mental.

Si tienes pensamientos suicidas

Cuando tu lógica está distorsionada por la esquizofrenia, a veces puede parecer que hacerte daño tiene sentido. Además, la esquizofrenia suele estar acompañada de depresión, ya sea como resultado de la enfermedad cerebral o como consecuencia de aceptar que tienes una enfermedad grave. El trágico resultado es que el suicidio es la principal causa de muerte prematura en las personas con diagnóstico de esquizofrenia. Lamentablemente, entre el 6% y el 15% de las personas con esquizofrenia se suicidan.

Que el suicidio sea común entre las personas con esquizofrenia no significa que esté bien hacerse daño, o que sea inevitable tener pensamientos suicidas. Si alguna vez consideras seriamente la posibilidad del suicidio o sientes la necesidad de hacerte daño, toma medidas de inmediato:

- *Díselo a alguien en quien confíes.* Es mejor elegir una persona mayor —como padres, médicos, consejeros escolares, enfermeros escolares o clérigos— que tenga más experiencia para manejar este tipo de situación.
- *Busca ayuda profesional.* Los pensamientos suicidas son un síntoma urgente que debe tratarse de inmediato. Si ya estás en tratamiento, llama al psiquiatra o terapeuta. De lo contrario, pídele a un adulto de tu confianza que te ayude a obtener atención de salud mental.

- *Pide ayuda y ten esperanza.* Otra fuente de ayuda inmediata, disponible durante las 24 horas, es la National Suicide Prevention Lifeline (800-273-TALK).

Una desventaja es que un hospital es el lugar más costoso para recibir tratamiento y, aunque tengas la suerte de tener seguro, convencer a la compañía de seguros de que pague la atención hospitalaria no siempre es fácil. La hospitalización implica la mayor restricción de tu libertad para hacer lo que te plazca. Pero ten en cuenta que la duración promedio de la estadía de adultos en un hospital psiquiátrico es de sólo 12 días. Cuando tienes síntomas graves, los beneficios de un tratamiento intensivo en un hospital generalmente compensan con creces las limitaciones temporales de tus actividades.

... ten en cuenta que la duración promedio de la estadía de adultos en un hospital psiquiátrico es de sólo 12 días.

¿Cuáles son los pormenores de la atención hospitalaria?

Una gran mayoría de los adultos internados en hospitales psiquiátricos están allí por voluntad propia. También se puede obligar a un adulto a internarse, pero sólo en circunstancias muy específicas. Incluso en tales circunstancias, existen garantías legales para proteger las libertades civiles. La mayoría de los estados permiten que un médico solicite una hospitalización sin consentimiento durante un periodo de evaluación corto, por lo general, de tres días. Luego, si el equipo de evaluación cree que se necesita una estadía más prolongada en el hospital, puede solicitar una audiencia judicial. En la audiencia, el estado debe demostrar que se han satisfecho ciertos criterios. Una situación por la cual se puede obligar a un adulto a permanecer en un hospital en contra de su voluntad es cuando representa un peligro para sí mismo o para los demás. En algunos estados, también se permite la hospitalización involuntaria en el caso de adultos que están tan seriamente incapacitados que son incapaces de tomar decisiones racionales sobre el tratamiento.

Si tienes menos de 18 años, la situación es un poco más complicada. Algunos estados han extendido la protección legal similar a la de los adultos a los adolescentes menores de 18 años. Pero en otros lugares, los padres pueden internar a un menor de edad en un hospital psiquiátrico sin su consentimiento, si la internación se considera apropiada. No obstante, una persona neutral debe revisar y aprobar la internación. En lugar de un juez o un funcionario de audiencias, esta persona neutral puede ser un especialista en salud mental.

Independientemente de tu situación legal, si alguna vez te recomiendan internarte en una institución psiquiátrica, lo mejor es tener en cuenta ese consejo. La esquizofrenia puede distorsionar tu criterio y socavar tu motivación de buscar ayuda. También puede hacer que te cueste más confiar en las personas, como tus padres o tu psiquiatra, que toman decisiones sobre el tratamiento en tu nombre. Sin embargo, por difícil que sea aceptarlo, la hospitalización a menudo es necesaria para controlar los síntomas graves, de modo que puedas comenzar a recuperarte.

CUESTIONES RELACIONADAS CON EL SEGURO

A veces, el mayor obstáculo para obtener atención hospitalaria es económico y no legal. Si tú y tu familia pueden pagar una costosa estadía en un hospital con dinero de sus propios bolsillos, no tendrán problemas. Pero la mayoría de las familias no son tan afortunadas. Si tienes seguro de salud, es recomendable que tú o tus padres consulten sobre los beneficios de salud mental *antes* de que se produzca una crisis. Recuerda que muchos planes de seguros ofrecen menos cobertura para los servicios de salud mental que para otros servicios médicos o quirúrgicos. Por ejemplo, muchos planes cubren una cantidad ilimitada de días en el hospital para la atención médica o quirúrgica, pero sólo cubren de 30 a 60 días por año para la atención de salud mental. Algunos planes de seguro también exigen copagos y deducibles más altos para la atención de salud mental, mientras que otros planes fijan límites más bajos de gastos anuales y de por vida.

Si no tienes seguro médico a través de tus padres o de un empleador, tal vez reúnas los requisitos para recibir servicios a través de Medicaid o del Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (State Child Health Insurance Program, SCHIP por sus siglas en inglés). Medicaid es un programa gubernamental, financiado con fondos federales y estatales, que ofrece seguros de salud a personas incapacitadas y con bajos recursos que cumplen con los requisitos de elegibilidad. El SCHIP es otro programa federal-estatal que ofrece cobertura para niños y adolescentes (menores de 18 años) no asegurados de familias de bajos ingresos que no son elegibles para Medicaid. En comparación con los planes de seguros privados, estos programas gubernamentales tienden a proporcionar una cobertura relativamente generosa para los servicios de salud mental. No obstante, tú y tu familia deben cumplir con los criterios de elegibilidad para acceder a la cobertura. Para obtener más información sobre los programas de tu estado, comienza por GovBenefits.gov (800-333-4636, www.govbenefits.gov) e Insure Kids Now! (877-543-7669, www.insurekidsnow.gov).

Ya sea que tengas un seguro público o privado, es probable que la compañía de seguros utilice alguna forma de atención administrada, un sistema diseñado para reducir el costo de la atención médica. Una estrategia común de la atención administrada es la revisión de utilización, que es una revisión formal de los servicios de atención médica para determinar si se debe autorizar o denegar el pago de tales servicios. Para tomar esta determinación, la compañía de atención administrada considera dos factores: si los servicios están cubiertos por el plan de seguro y si son médicamente necesarios y apropiados. En otras palabras, antes de autorizar el pago, la compañía de atención administrada debe estar convencida de que la afección de la persona enferma es lo suficientemente grave para requerir la atención hospitalaria. Aunque se apruebe la internación, generalmente es sólo para una estadía limitada. Luego, se revisa periódicamente el progreso del paciente para determinar si se debe prolongar la estadía.

La atención hospitalaria es costosa. En consecuencia, las compañías de atención administrada a veces se resisten a aprobar la hospitalización o a prolongar la estadía durante el tiempo que sería óptimo. Pero si se deniega la atención, el psiquiatra y el paciente o los padres del paciente pueden apelar la decisión. Para obtener más

Cuando se trata de obtener la cobertura para la hospitalización, ser persistente con frecuencia da resultado.

información sobre el proceso de apelación, comunícate con el departamento de atención a miembros de la compañía de atención administrada. Cuando se trata de obtener la cobertura para la hospitalización, ser persistente con frecuencia da resultado.

¿Dónde puedes obtener ayuda fuera del hospital?

A partir del día en que ingresas al hospital, el personal comenzará a planificar para el día en que te vayas. Fuera del hospital, es fundamental que sigas con tu tratamiento. Según tus necesidades y lo que esté disponible en tu comunidad, este tratamiento puede proporcionarse en varios lugares:

- Centro residencial terapéutico: establecimiento que brinda tratamiento y en el que vives en un ambiente tipo residencia con un grupo pequeño de personas. El tratamiento es menos especializado e intensivo que en un hospital, pero la estadía puede ser considerablemente mayor.
- Hospitalización parcial: opción de tratamiento en la que pasas al menos cuatro horas del día en terapia y recibes otros servicios terapéuticos afines, pero regresas a tu casa a la noche. Se brinda una amplia variedad de servicios, por ejemplo, terapia individual o de grupo, educación especial, capacitación laboral y actividades terapéuticas recreativas.
- Tratamiento ambulatorio: opción de tratamiento en la que vives en la comunidad como de costumbre, pero en ocasiones ves al médico o al terapeuta.

La mayor parte del tratamiento que reciben las personas con esquizofrenia se realiza fuera de un hospital. En los dos capítulos siguientes, aprenderás más sobre los diversos tratamientos y servicios de apoyo que están disponibles. Cuanto más aproveches los servicios ambulatorios, menos probable es que debas ser hospitalizado en el futuro.

Identificar y enfrentar al enemigo: diagnóstico y tratamiento

Mi historia

Cronológicamente, los periodos entre mis episodios psicóticos graves eran cada vez más cortos. El primer episodio ocurrió en agosto de 1999. El siguiente fue en marzo de 2000, siete meses después. Ahora, sólo habían pasado tres meses desde marzo, y ya comenzaba a tener síntomas psicóticos nuevamente. Estaba entrando en una fase en la que mis delirios normales eran sustituidos por delirios nuevos que parecían surgir de la nada. Mi imaginación reemplazó casi completamente la realidad con su propio guión sobre el universo.

Un día, mientras conducía hacia mi casa, mi mente se desorganizó. No podía decidir qué hacer. Me equivocaba constantemente de dirección en el camino a casa. Comencé a creer que la CIA estaba controlando mis pensamientos con mensajes subliminales e inaudibles que salían de un altavoz oculto en mi camioneta. Pensé que la CIA intentaba indicarme el camino a mi casa. Decidí que seguiría una ruta casi al azar hasta mi casa, en lugar de permitir que me controlaran. Sólo giraría en la dirección de mi casa si el último dígito de los minutos del reloj digital era 1, 3, 5 ó 7. De lo contrario, seguiría derecho. Como probablemente te imaginas, demoré *mucho* tiempo en llegar a mi casa.

Una vez en la casa, comencé a leer un libro que había comprado hacía varios años. Me preguntaba si el libro había sido publicado sólo para mí y si los CD de música que escuchaba a menudo habían sido producidos sólo para mi beneficio. A este fenómeno lo llamo “personalización”. He leído a menudo que, a veces, las personas con esquizofrenia creen que cosas aleatorias tienen un significado personal sólo para ellas.

Los delirios se intensifican

Ese día, durante la cena, mi madre me mostró unas peras exóticas. Eran muy diferentes de las peras comunes que estaba acostumbrado a comer. Pensé: “Quizás son producidas mediante la ingeniería genética”. No sabía que eso ya fuera posible. Inmediatamente después pensé: “¡Quizás estoy 25 años en el futuro!”. Los delirios esquizofrénicos tienden a ser permanentes, aunque no tengan sentido. Pensé: “Mis padres se ven iguales. ¿Cómo podría estar en el futuro?”. Se me ocurrió que las personas que veía podrían ser clones de mis padres. ¿Cómo podría saber si eran mis padres verdaderos? Yo también me veía igual.

Los delirios esquizofrénicos tienden a ser permanentes, aunque no tengan sentido.

¿Cómo podía verme igual después de 25 años? Quizás mi cuerpo se había preservado de alguna forma durante todos esos años. Reflexioné sobre eso durante al menos media hora, pero finalmente decidí que no estaba en el futuro. Sin embargo, tuve que pensar muchísimo para convencerme de que no era cierto.

Esa noche, comencé a temer que la CIA irrumpiría en la casa y asesinaría a mis padres. Me culparían a mí. Estuve despierto toda la noche.

A primeras horas de esa mañana, tuve una experiencia poco común. Estaba pensando profundamente sobre mis propios pensamientos y cómo un pensamiento lleva al siguiente. Comencé a ver una luz brillante de muchos colores en la esquina de la habitación, pero no había luces encendidas. Era otra alucinación, pero en ese momento no lo sabía. Mis pensamientos parecían fusionarse, como si se retroalimentaran, pero luego se detuvieron por completo. Eso fue acompañado por un sonido extraño, como una gota de agua que caía en una piscina, pero el sonido era muy fuerte. Nunca había experimentado ni volví a experimentar algo semejante, y la sensación fue muy rara. Intento relatar esa experiencia porque a veces las personas con esquizofrenia pueden tener experiencias mentales poco comunes que son indescriptibles y que pueden parecer muy inverosímiles cuando se intenta contarlas a las personas comunes. En ese momento, me pregunté si podría tener daño cerebral. Estas experiencias mentales peculiares pueden ser interpretadas por las personas con esquizofrenia de maneras extrañas. Pueden creer que alguien o algo controla sus pensamientos o introduce pensamientos en sus mentes.

El regreso al hospital

Mis padres sabían que tenía otro episodio psicótico grave, por lo que hicieron los arreglos para que me internaran nuevamente en el hospital. Cuando íbamos en camino al hospital, nos detuvimos en un restaurante de comida rápida. Había un hombre en el restaurante que se movía muy despacio. Mi atención se centró en ese hombre. ¿Por qué se movía tan despacio? “¡Dios mío!”, pensé. “¡De alguna forma, logré que el tiempo transcurra más despacio! ¿Qué hice para que el tiempo transcurra más despacio?”. Nos fuimos del restaurante y todo parecía normal, pero esta idea quedó grabada en mi cerebro. Pensé: “Debemos estar atrapados en una burbuja de tiempo y espacio donde el tiempo transcurre normalmente, pero el resto del mundo debe estar en una horrible situación donde el tiempo transcurre lentamente”. Alrededor de 40 minutos más tarde, llegamos al hospital, me pusieron en una habitación de aislamiento y cerraron la puerta.

Mientras estaba aislado, comencé a pensar sobre lo que (pensaba) había hecho. Pensaba que los demás podrían pensar que yo era Dios porque había logrado que el tiempo transcurriera más despacio. Pensaba que algunas personas cristianas podrían querer crucificarme para ver si resucitaba. Me puse muy ansioso y nervioso. ¡Debía escapar! Intenté escapar a través de la pared de la habitación, pero el personal vino y me sujetó con una correa a una mesa. Poco después, me transfirieron a una sala de psiquiatría cerrada con llave.

El regreso al mundo exterior

Unos días después, me dieron el alta. Seguía pensando que debía trabajar. Esta vez, empecé a trabajar en una cafetería en Annapolis, a pocos minutos de mi casa. Me despidieron una semana después. Hasta hoy, no sé exactamente por qué.

Fumar era un escape para mí. Había comenzado a fumar unos años atrás. Mi novia de ese entonces fumaba a veces, generalmente cuando estábamos en un bar, y adquirí el mismo hábito. Al principio, fumaba uno o dos cigarrillos por mes. Pero a medida que mi salud mental se deterioraba, comencé a fumar con más frecuencia. Cuando estaba psicótico, fumaba cuatro o cinco cigarrillos seguidos mientras intentaba distinguir lo que era real de lo

que no lo era.

Mientras fumaba, me olvidaba de la confusión de mi mente. El efecto nunca duraba más que el cigarrillo, pero eran unos minutos de calma o, al menos, de menor ansiedad. Ponía en riesgo mi futura salud, pero esos cigarrillos sabían muy bien.

En ese entonces, pensaba que podía controlar cuánto fumaba y cuándo. La frecuencia con la que fumaba aumentó de manera tan gradual que nunca me di cuenta de que me estaba haciendo adicto. Si pudiera volver el tiempo atrás, eso es algo que definitivamente cambiaría. Si nunca hubiera probado ese primer cigarrillo, nunca habría desarrollado las ansias de fumar. Como descubrí gracias a tres intentos fallidos de dejar de fumar, es mucho más fácil no empezar nunca que dejar de fumar.

Como descubrí gracias a tres intentos fallidos de dejar de fumar, es mucho más fácil no empezar nunca que dejar de fumar.

Un nombre para Ellos

Me habían asignado a otro psiquiatra, que por primera vez me diagnosticó esquizofrenia. Ahora, cinco años después, me parece increíble que me haya diagnosticado correctamente. Nunca le conté sobre mis sentimientos o mis pensamientos. Me diagnosticó según el testimonio de mi familia.

Esquizofrenia, la palabra rebotaba contra mí. La esquizofrenia era un trastorno mental. Por cierto que yo no tenía esquizofrenia. No tenía un trastorno mental. ¿Cómo podía saber el médico lo que me pasaba? Él no estaba en la CIA o el FBI. Nunca había trabajado en el establecimiento. No podía saber la verdad sobre mí, ¿no? Me olvidé de lo que me habían dicho en cuanto salí del consultorio.

Unas semanas después, tuve una segunda cita con el mismo psiquiatra. No estaba tomando los medicamentos que me había recetado. Creo que él lo sabía. Me exigió que tomara el medicamento (Geodon). Me dijo que no podría atenderme si no lo tomaba. Finalmente decidí seguir su consejo, pero mi decisión se basó en parte en el delirio de que Ellos dejarían de seguirme si pensaban que estaba loco; si tomaba el medicamento, parecería estar loco, y Ellos ya no necesitarían seguirme. La vigilancia terminaría. Irónicamente, así fue.

Panorama general

¿Cómo se diagnostica la esquizofrenia?

La clave para diagnosticar la esquizofrenia es un examen del estado mental. Este examen generalmente es realizado por un psiquiatra, médico que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales y problemas emocionales. El psiquiatra hace preguntas diseñadas con dos objetivos: descubrir qué problemas tiene una persona y considerar otras explicaciones posibles además de la esquizofrenia. Como una persona psicótica puede tener problemas para comunicarse, es posible que se solicite a los familiares y amigos que completen la información faltante.

Las preguntas normalmente cubren los siguientes aspectos:

- antecedentes personales, como familia, amigos, situación de vida, estudios o trabajo y pasatiempos
- síntomas actuales, incluso cómo cambiaron con el tiempo y desde cuándo existen
- trastornos mentales o físicos anteriores
- antecedentes familiares de enfermedades mentales

Además de hacer preguntas, el psiquiatra busca otras señales sobre el desempeño de la persona. Por ejemplo, ¿está limpia y vestida adecuadamente según el clima? ¿Está alerta y concentrada? ¿Qué transmiten el tono de voz, las expresiones faciales y el lenguaje corporal de la persona?

Una pregunta que se hace generalmente es: “¿Qué drogas consumes?”. Las drogas ilegales, como el ácido lisérgico (lysergic acid diethylamide, LSD por sus siglas en inglés) y la fenciclidina (phencyclidine, PCP por sus siglas en inglés), pueden producir alucinaciones, delirios y pensamiento desordenado, mientras que la marihuana a veces causa pensamientos paranoides y sensaciones corporales extrañas. Además, ciertos medicamentos recetados en ocasiones producen alucinaciones o delirios como efecto secundario. Esta pregunta puede ayudar a separar los síntomas psicóticos causados por la esquizofrenia de aquellos producidos por las drogas, por lo que es importante responderla con sinceridad.

Un estudio diagnóstico completo también incluye un examen médico para detectar otras enfermedades que pueden causar síntomas similares a los de la esquizofrenia. Entre tales enfermedades se incluyen los tumores cerebrales, la encefalitis viral, la epilepsia, la esclerosis múltiple y el sida. Según los diagnósticos alternativos que se consideren, el médico puede solicitar análisis de laboratorio para analizar muestras de sangre, orina o líquido cefalorraquídeo, el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal. Además, el médico a veces puede solicitar imágenes por resonancia magnética (IRM), una potente técnica de diagnóstico por imágenes que usa imanes y ondas de radio para producir imágenes del cerebro, o un electroencefalograma (EEG), una técnica de diagnóstico que produce un registro gráfico de la actividad eléctrica del cerebro.

También se puede realizar una evaluación psicológica. Normalmente, la evaluación psicológica es realizada por un psicólogo, otro tipo de profesional especializado en salud mental que provee evaluaciones psicológicas y tratamiento para trastornos mentales y emocionales. Los tests psicológicos evalúan la inteligencia, la personalidad o capacidades mentales específicas como la concentración, la memoria y el criterio. Según cada test en particular, se pueden requerir respuestas a preguntas en voz alta o en papel, dibujos de ciertas formas, repetición de una cadena de palabras o solución de acertijos.

¿Qué afecciones pueden coexistir con la esquizofrenia?

Desde luego, el diagnóstico no siempre es excluyente. Algunas personas con esquizofrenia pueden tener otro u otros trastornos al mismo tiempo. En tales casos, el diagnóstico y el tratamiento pueden ser un poco más complicados. No obstante, para obtener los mejores resultados, es importante que estas otras afecciones también se diagnostiquen y se traten. A

continuación, se incluyen algunas de las afecciones que a menudo coexisten con la esquizofrenia.

- **Abuso de sustancias:** el abuso de drogas y alcohol es considerablemente más común en las personas con esquizofrenia que en la población en general. En efecto, según algunos estudios, entre el 40% y el 70% de las personas con esquizofrenia también tienen antecedentes de adicción o abuso de sustancias. Entre las sustancias que se consumen más comúnmente se encuentran el alcohol, la marihuana y la cocaína. La adicción a la nicotina también es un problema para muchos. Se calcula que alrededor del 80% de las personas con esquizofrenia son fumadoras, y aquellas que fuman tienden a hacerlo en exceso, con un promedio de 30 cigarrillos por día.

La razón de estos altos índices de abuso de sustancias no es clara. Se cree que algunas personas con esquizofrenia pueden consumir drogas o alcohol con el fin de aliviar sus síntomas. Sin embargo, este plan tiene un defecto: no funciona. A la larga, el abuso de sustancias puede aumentar los síntomas e interferir con el tratamiento. Además, cuando las personas con esquizofrenia abusan de las drogas o el alcohol, aumentan su riesgo de suicidio, falta de hogar, encarcelamiento y problemas relacionados con la salud física.

A la larga, el abuso de sustancias puede aumentar los síntomas e interferir con el tratamiento.

Café y un cigarrillo

Muchas personas con esquizofrenia parecen tener siempre un cigarrillo o una taza de café en la mano. Tanto la nicotina de los cigarrillos como la cafeína del café son drogas poderosas. Se sabe que afectan los niveles de diversas sustancias químicas del cerebro, lo cual, a su vez, puede influir sobre algunos síntomas. En el caso de los cigarrillos, también existen receptores de nicotina en el cerebro que pueden tener un papel importante.

Al igual que con otras drogas, una teoría es que las personas con esquizofrenia pueden fumar o tomar café con el fin de automedicarse. Hay pruebas de que esta estrategia podría en efecto ayudar a las personas a sentirse mejor temporalmente. Por ejemplo, en un estudio con 50 fumadores, de los cuales la mitad tenía esquizofrenia y la otra mitad no, se descubrió que el cigarrillo mejoraba la atención y la memoria de trabajo en aquellos con esquizofrenia, pero no en los otros fumadores. Según otras investigaciones, el cigarrillo podría normalizar la forma en que ciertos genes funcionan en las personas con esquizofrenia.

Del mismo modo, tanto la nicotina como la cafeína pueden afectar la acción de los medicamentos antipsicóticos. El cigarrillo *reduce* los niveles en sangre de la mayoría de los antipsicóticos. Este efecto es especialmente pronunciado con la clozapina y la olanzapina, lo cual podría reducir la

eficacia de tales medicamentos. En cambio, la cafeína *aumenta* considerablemente los niveles en sangre de estos dos medicamentos, lo cual podría aumentar los efectos secundarios no deseados.

Tanto el cigarrillo como el exceso de café también conllevan riesgos de salud. Fumar es una de las principales causas de cáncer, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y enfermedades pulmonares; también ha sido relacionado con diversas afecciones, desde cataratas y úlceras pépticas hasta problemas sexuales en los hombres e infertilidad en las mujeres. Tomar café en exceso puede producir no sólo “nervios”, sino también insomnio, espasmos musculares, taquicardia, dolor de estómago y pensamientos y discurso incoherentes.

En conclusión, existen formas mucho más saludables y eficaces de sobrellevar la esquizofrenia, por lo tanto, fumar y tomar grandes cantidades de café definitivamente no es recomendable. No obstante, si tienes el hábito de fumar o tomar café, díselo a tu médico. De esa forma, se pueden ajustar correctamente las dosis de tus medicamentos.

- Depresión: alrededor del 75% de las personas con esquizofrenia tienen al menos un episodio de depresión mayor. Esto es más que sentirse triste o estar con el ánimo por el suelo de vez en cuando. La depresión mayor es un trastorno grave que implica estar decaído casi todo el tiempo o perder el interés o el placer por casi todo. Las personas con depresión generalmente se sienten tristes, vacías y desesperadas, pero los adolescentes a veces se sienten irritables. Estos sentimientos duran dos semanas, como mínimo, y pueden causar mucha angustia o dificultad en la vida diaria. También están relacionados con otros síntomas mentales y físicos, como el cambio en los hábitos alimentarios y del sueño, la falta de energía, los sentimientos de inutilidad, los problemas para concentrarse o los pensamientos suicidas.

Las personas con depresión generalmente se sienten tristes, vacías y desesperadas, pero los adolescentes a veces se sienten irritables.

- Trastornos de ansiedad: las personas con esquizofrenia tienen un riesgo de ansiedad superior al promedio. Estos trastornos se caracterizan por una preocupación o un temor excesivo que dura mucho tiempo o que es recurrente e interfiere con la vida diaria. En particular, la esquizofrenia ha sido relacionada con índices más altos de ataques de pánico y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Los ataques de pánico son oleadas repentinas e inesperadas de intenso temor y aprensión que van acompañadas de síntomas físicos, como taquicardia, dificultad para respirar y sudoración. El TOC se caracteriza por pensamientos reiterados e incontrolables que causan ansiedad y acciones repetitivas que la persona se siente obligada a realizar en respuesta a estos pensamientos.

¿Por qué es tan importante el tratamiento profesional?

Contrariamente a lo que puedes haber escuchado, la esquizofrenia es una enfermedad que se puede tratar. Lamentablemente, a muchas personas con esquizofrenia les cuesta al principio aceptar la ayuda que necesitan. Es posible que piensen que no tienen un problema, porque sus delirios o alucinaciones les parecen muy reales. O quizás se nieguen a tomar medicamentos durante mucho tiempo, especialmente si tienen efectos secundarios no deseados. Sin embargo, cuando finalmente comienzan a tomar sus medicamentos según lo indicado y a colaborar en la terapia, la mejora puede ser espectacular. Si bien aún no hay una cura para la esquizofrenia, *existen* formas eficaces de controlar los síntomas y facilitar el regreso a la vida diaria.

El primer paso para sentirse mejor es buscar la ayuda profesional adecuada. Diversos tipos de profesionales ofrecen servicios de atención de salud mental. Entre ellos se incluyen, además de psiquiatras y psicólogos, trabajadores sociales clínicos, enfermeros psiquiátricos y consejeros de salud mental. Por lo general, un psiquiatra supervisa la parte del tratamiento relacionada con los medicamentos, mientras que otro especialista en salud mental se ocupa de la terapia.

El tratamiento tiene dos objetivos: reducir los síntomas de inmediato y prevenir la aparición de episodios psicóticos en el futuro. En general, cuanto antes comienza el tratamiento, más eficaz es probable que sea. Los medicamentos son fundamentales para controlar los síntomas graves. Una vez que se aliviaron los síntomas, una combinación de medicamentos y terapia puede ser muy útil. Obtener un tratamiento adecuado puede marcar la diferencia entre perder contacto con el mundo y vivir satisfactoriamente en éste.

Reseña del tratamiento de la esquizofrenia

En la primera mitad del siglo XX, las personas con esquizofrenia generalmente vivían toda su vida en instituciones psiquiátricas. Sin embargo, en la década de los cuarenta, los medios de comunicación comenzaron a informar sobre las condiciones deplorables de algunos de estos lugares. La revista *Life* publicó un artículo titulado “Bedlam 1946: Most U.S. Mental Hospitals Are a Shame and a Disgrace” (Bedlam 1946: la mayoría de los hospitales psiquiátricos de los Estados Unidos son una vergüenza y un escándalo), mientras que *Reader's Digest* publicó una versión resumida de *The Snake Pit* (Nido de víboras), novela que narraba las perturbadoras experiencias de una mujer hospitalizada.

Más tarde, en la década de los cincuenta, se presentaron la clorpromazina y la reserpina, los primeros medicamentos eficaces para el tratamiento de la esquizofrenia. Durante la década siguiente, los activistas comenzaron a exigir reformas en el tratamiento que la sociedad brindaba a las personas con enfermedades mentales. Gracias a los nuevos medicamentos, era tiempo de reconsiderar el futuro de muchas personas que en el pasado hubieran sido internadas en una institución durante toda su vida.

Se creó el marco de un movimiento denominado desinstitucionalización,

que incluía el alta generalizada de los individuos internados en instituciones psiquiátricas. Los objetivos de ese movimiento eran válidos y humanitarios. En efecto, la mayoría de las personas con esquizofrenia y otras enfermedades mentales *pueden* vivir en la comunidad con el tratamiento y el apoyo adecuados. Lamentablemente, la repentina proliferación de pacientes salidos de los hospitales psiquiátricos sobrecargó el sistema. Al no contar con la atención y la ayuda adecuadas, muchos enfermos mentales fueron víctimas de la falta de hogar, la pobreza y el delito.

A corto plazo, la desinstitucionalización fue desastrosa para muchos. En la actualidad, los recursos comunitarios satisfacen parcialmente la demanda, pero todavía se puede mejorar el acceso a la atención y los servicios de apoyo. No obstante, durante las próximas décadas habrá grandes progresos en los tratamientos que tú y las generaciones futuras podrán aprovechar.

¿Qué medicamentos se utilizan para tratar la esquizofrenia?

Los medicamentos antipsicóticos se utilizan para tratar los síntomas de la esquizofrenia. Pueden ser muy eficaces para reducir los síntomas positivos, como los delirios, las alucinaciones, la conducta extraña y los pensamientos desorganizados. En general, son menos eficaces para tratar los síntomas negativos, como la apatía, el aislamiento social y la falta de emoción. No obstante, como cada persona con esquizofrenia es diferente, no existe un medicamento que sea eficaz para todos. Si te recetan un antipsicótico, quizás sean necesarios varios intentos para encontrar el mejor medicamento y la dosis más adecuada para ti.

Existen dos categorías básicas de antipsicóticos. Los antipsicóticos de primera generación o “típicos” han estado disponibles desde la década de los cincuenta, mientras que los de segunda generación o “atípicos” se presentaron en 1990. Los científicos aún no saben exactamente cómo actúan estos medicamentos. Sin embargo, todos afectan el sistema de dopamina del cerebro. Específicamente, estos medicamentos se introducen en ciertos receptores de dopamina y evitan que la dopamina ingrese y produzca sus efectos.

ANTIPSICÓTICOS ANTERIORES

Se cree que los antipsicóticos de primera generación actúan al regular los niveles de dopamina en el cerebro. Algunos ejemplos incluyen Haldol (haloperidol), Navane (tiotixeno), Prolixin (flufenazina), Stelazine (trifluoperazina), Thorazine (clorpromazina) y Trilafon (perfenazina). Si bien estos medicamentos tienden a ser tan eficaces como los más recientes, es más probable que tengan efectos secundarios desagradables, como rigidez muscular, movimientos anormales, temblores y desasosiego. Sin embargo, son efectivos para algunas personas y generalmente cuestan menos que los medicamentos más recientes.

ANTIPSICÓTICOS MÁS RECIENTES

Los antipsicóticos de segunda generación tienen menos efectos secundarios que sus primos de primera generación, por lo que normalmente son los más utilizados en la actualidad. Estos medicamentos bloquean no sólo ciertos receptores de dopamina, sino también los receptores de serotonina. La importancia de esto último aún es objeto de debate. Algunos científicos creen que la serotonina desempeña un papel clave en la esquizofrenia. Sin embargo, otros creen que lo que realmente distingue a los antipsicóticos más recientes no es su efecto sobre la serotonina, sino la velocidad con la que se separan de los receptores de dopamina una vez que hicieron su trabajo. Actualmente se llevan a cabo estudios para aclarar esto.

El primero de los antipsicóticos más recientes fue el Clozaril (clozapina). Este medicamento es especialmente útil para las personas con esquizofrenia que no respondieron a otros tratamientos. Sin embargo, también puede causar agranulocitosis, trastorno en el cual la médula ósea no produce suficientes glóbulos blancos para combatir las infecciones. Para controlar este riesgo, las personas que toman Clozaril deben realizarse un análisis de sangre cada una o dos semanas. Obviamente, eso es una gran desventaja. Sin embargo, cuando los otros medicamentos no son eficaces, los beneficios pueden justificar el costo extra y los inconvenientes.

Desde entonces, se han presentado muchos otros medicamentos antipsicóticos de segunda generación. Cada uno tiene su propio conjunto de efectos secundarios (ver la tabla en la página siguiente). La mayoría de estos efectos secundarios son leves, y muchos se atenúan o desaparecen a las pocas semanas. Algunas personas con esquizofrenia consideraban que los efectos secundarios de los medicamentos anteriores eran tan malos como la enfermedad. Los antipsicóticos más recientes han cambiado las vidas de innumerables personas al ofrecer la posibilidad de un tratamiento eficaz sin efectos secundarios perturbadores.

OTROS MEDICAMENTOS

Los antipsicóticos son el pilar del tratamiento de la esquizofrenia. Sin embargo, en ocasiones también se utilizan otros tipos de medicamentos. Por ejemplo, las personas con trastorno esquizoafectivo pueden necesitar un estabilizador del estado de ánimo — medicamento que ayuda a nivelar los cambios graves de estado de ánimo— además de los medicamentos antipsicóticos. En otras situaciones, se puede combinar un antipsicótico con un medicamento ansiolítico para ayudar a controlar la ansiedad o la agitación, o con un antidepresivo para ayudar a mitigar la depresión.

Antipsicóticos de segunda generación

<i>Marca comercial</i>	<i>Nombre genérico</i>	<i>Efectos secundarios más comunes</i>
Abilify	aripiprazol	dolor de cabeza, debilidad, náuseas, vómitos, estreñimiento, ansiedad, problemas para dormir, vértigo, somnolencia, desasosiego, sarpullido
Clozaril	clozapina	somnolencia, aumento de la salivación, taquicardia, mareos, estreñimiento, dolor de cabeza, temblores, vértigo
Geodon	ziprasidona	cansancio o somnolencia inusuales, náuseas o dolor de estómago, estreñimiento, mareos, desasosiego, diarrea, sarpullido, tos o moqueo
Risperdal	risperidona	ansiedad, movimientos descontrolados, estreñimiento, náuseas, dolor de estómago, moqueo, sarpullido, cambios en la visión, aumento de la saliva, dolor abdominal, incontinencia urinaria, aumento de peso
Seroquel	quetiapina	dolor de cabeza, agitación, sequedad bucal, estreñimiento, dolor, vómitos, dolor de estómago, aumento de peso
Zyprexa	olanzapina	somnolencia, sequedad bucal, mareos, desasosiego, estreñimiento, dolor de estómago, aumento de peso, aumento del apetito, temblores

Efectos secundarios menos comunes pero graves

- Síndrome neuroléptico maligno: problema del sistema nervioso que pone en peligro la vida y puede afectar los riñones. Los síntomas incluyen fiebre alta, rigidez muscular, sudoración, taquicardia o arritmia, cambios en la presión sanguínea y confusión. Si tienes estos síntomas, llama a un médico de inmediato.
- Discinesia tardía: trastorno que causa movimientos reiterados, involuntarios y sin sentido y que se puede desarrollar después de muchos meses o años de tomar medicamentos antipsicóticos. Algunos ejemplos de estos movimientos incluyen hacer muecas, relamerse, sacar la lengua, guiñar los ojos o mover los dedos. Este problema es más común con los antipsicóticos de primera generación. Si desarrollas movimientos musculares que no puedes detener, llama al médico de inmediato.
- Nivel alto de azúcar en la sangre y diabetes: si tienes diabetes, debes controlarte con frecuencia el nivel de azúcar en la sangre.

CONSEJOS PARA TOMAR TUS MEDICAMENTOS

- Ten expectativas realistas. Cada persona ve resultados en distintos momentos. Algunos síntomas pueden mejorar en pocos días, mientras que otros pueden

demorar semanas o meses. Como regla general, puedes esperar ver una mejora considerable a la sexta semana. Si no es así, tu médico puede ajustar tu plan de tratamiento.

...puedes esperar ver una mejora considerable a la sexta semana.

- Utiliza recordatorios para no olvidarte de tomar los medicamentos. Marca cada dosis en un calendario, o utiliza un pastillero semanal con un compartimiento para cada día de la semana, de modo que puedas saber a simple vista si tomaste los medicamentos. Si aun así te olvidas de tomar las píldoras, pregúntale a tu médico si podrías tomar tus medicamentos en forma de una inyección especial cuyo efecto dura hasta un mes, lo que se conoce como medicamentos de liberación prolongada. Si bien es práctica, no todos los antipsicóticos están disponibles en esta forma.
- Para evitar interacciones peligrosas entre medicamentos, informa a tu médico sobre todos los medicamentos que tomas. Esto incluye los medicamentos recetados como también los medicamentos no recetados, las vitaminas, los suplementos a base de hierbas, el alcohol y las drogas ilegales.
- Habla con tu médico sobre los efectos secundarios molestos. Tu médico puede cambiar las dosis, modificar los horarios en que tomas los medicamentos, darte otro medicamento o recetarte un tratamiento adicional para mantener los efectos secundarios bajo control.
- Si los síntomas comienzan a reaparecer, díselo a tu médico de inmediato. Los síntomas pueden empeorar de vez en cuando, aunque sigas el plan de tratamiento al pie de la letra. Nadie te culpará si tienes una recurrencia. No obstante, es importante tratar los síntomas lo antes posible, antes de que se descontroen.
- Nunca dejes de tomar los medicamentos sin consultar al médico. Aunque te sientas perfectamente bien, puede ser necesario que continúes tomando los medicamentos para seguir sintiéndote así.

Otras caras de la esquizofrenia: “Mark”

Mark toma medicamentos desde 1994, cuando le diagnosticaron trastorno esquizoafectivo a los 18 años de edad. Ahora está bien, pero para encontrar el medicamento adecuado para él se necesitó un método de ensayo y error. “Comencé con Haldol en el hospital”, cuenta. “Me dejaba sin sentido, me quitaba toda la energía. Lo único que quería hacer era dormir, pero cuando estás en el hospital, intentan obligarte a permanecer despierto durante el día, por lo que era muy, muy difícil”. Luego, Mark comenzó a tomar otro medicamento, que no era mucho mejor que el primero. Finalmente, cambió a un tercer medicamento, que era mucho más efectivo y tenía efectos secundarios mínimos. Además del antipsicótico, Mark actualmente toma un estabilizador del estado de ánimo para nivelar los cambios en el estado de ánimo.

Al principio, Mark se resistía a la idea de tomar medicamentos a largo plazo. “Dejaba los medicamentos en cuanto me sentía bien, pero luego me enfermaba y terminaba nuevamente en el hospital. Después de un tiempo, me dije: ‘Bien, la cosa es así: si no tomo los medicamentos, volveré a un lugar en el que no quiero estar. Si los tomo, ya no volveré a ese lugar’”. Con los medicamentos actuales de Mark, los efectos secundarios son más leves, pero no desaparecieron completamente. Mark sigue luchando contra el cansancio y el aumento de peso. No obstante, cree que las ventajas de seguir el plan de tratamiento compensan con creces estas desventajas. Mark también cree en los beneficios de hablar. “Si crees que los medicamentos no son eficaces para ti, está perfectamente bien hablar con tu médico sobre ello”, afirma. “Mi consejo es que tengas un diálogo abierto con tu médico, y nunca olvides lo que pasaría si no tomaras los medicamentos”.

¿Cómo ayuda la terapia psicológica y conductual?

Una vez que la persona con esquizofrenia está medicada y su estado es estable, incorporar una terapia psicológica y conductual al tratamiento puede ayudar a esa persona a aprender habilidades valiosas para manejar la enfermedad. Por ejemplo, supongamos que una persona tiene problemas con la comunicación, las relaciones y la motivación. Al aprender nuevas habilidades para desempeñarse en esas áreas, es más probable que pueda estudiar o conservar un trabajo, además de disfrutar una vida social satisfactoria.

... un buen terapeuta puede brindar información, comprensión y aliento, tres ingredientes clave para la recuperación.

Asimismo, los estudios demuestran que es más probable que las personas con esquizofrenia que reciben terapia psicológica y conductual de manera regular, además del tratamiento con medicamentos, sigan al pie de la letra el programa de medicamentos. También tienden a tener menos recaídas y hospitalizaciones que aquellas que no reciben dicha ayuda. Eso no es sorprendente, ya que un buen terapeuta puede brindar información, comprensión y aliento, tres ingredientes clave para la recuperación. A

continuación, se incluyen descripciones breves de los tipos de terapia que se utilizan más comúnmente para la esquizofrenia.

PSICOTERAPIA DE APOYO

La psicoterapia de apoyo se refiere a la “terapia conversacional”, cuyo objetivo es fortalecer las habilidades de superación de las personas y brindarles tranquilidad. Es diferente del tipo de terapia que apunta a explorar en profundidad los conflictos psicológicos, la cual no ha resultado útil para tratar la esquizofrenia. La psicoterapia de apoyo, por el contrario, ha demostrado ser exactamente lo que su nombre implica: una fuente útil de apoyo emocional y práctico para muchos pacientes con esquizofrenia.

En la psicoterapia de apoyo, las conversaciones se centran en los problemas y las

decisiones que una persona enfrenta aquí y ahora, en lugar de ocuparse de conflictos del pasado. El terapeuta puede ayudar a identificar soluciones realistas para los problemas, alentar a la persona cuando progresa y sostenerla en los momentos de crisis. La terapia conversacional no es un sustituto de los medicamentos. Sin embargo, la combinación de una relación de apoyo con un terapeuta y el tratamiento con medicamentos puede tener beneficios adicionales.

TERAPIA CONDUCTUAL

La terapia conductual se centra en cambiar o reemplazar las conductas no deseadas. Esta forma de terapia utiliza los principios de la teoría del aprendizaje para fortalecer las conductas adaptativas y, al mismo tiempo, ayudar a las personas a olvidar las conductas no adaptativas. Supongamos que una persona tiene dificultades para entablar una conversación. Se pueden utilizar recompensas, como elogios o privilegios especiales, para enseñar habilidades básicas de conversación; por ejemplo, mantener el contacto visual, pararse a una distancia apropiada, hablar a una velocidad adecuada y utilizar expresiones faciales que concuerden con lo que se dice. Una vez que se dominan estas habilidades básicas, la persona puede aprender habilidades más complejas; por ejemplo, comenzar una conversación, hacer preguntas, dar información y expresar sentimientos por medio de palabras. Paso a paso, la persona desarrolla nuevos y útiles patrones de conducta.

TERAPIA COGNITIVA

La terapia conductual a menudo se combina con la terapia cognitiva, que se centra en corregir patrones de pensamiento equivocados. Los terapeutas cognitivos pueden ayudar a las personas con esquizofrenia a aprender cómo probar la veracidad de sus creencias. Otros posibles objetivos de la terapia cognitiva incluyen aprender a desconectarse de las alucinaciones auditivas y a hablar con uno mismo para ayudarse a salir de la apatía y la depresión. Cuando se las combina con medicamentos, las terapias cognitiva y conductual parecen ser eficaces para reducir los síntomas.

TERAPIA DE GRUPO

A veces, el paciente se reúne personalmente con el terapeuta. Otras veces, en cambio, un grupo de personas con problemas similares trabajan juntos sobre temas específicos bajo la supervisión de un terapeuta. Esto se conoce como terapia de grupo. Muchos adolescentes y adultos jóvenes se sienten más cómodos hablando en un grupo de personas de su misma edad, y la terapia de grupo puede ser ideal para ellos. Sin embargo, otros están más cómodos con la terapia individual, y eso también es una buena opción.

TERAPIA FAMILIAR

En la terapia familiar, varios miembros de la familia participan juntos en las sesiones de terapia. Vivir con esquizofrenia puede ser muy estresante no sólo para la persona que la padece, sino también para los familiares

...la terapia psicológica y conductual para la esquizofrenia tiende a ser simple y dirigida a desarrollar habilidades prácticas.

de esa persona. La terapia puede ayudar a algunas familias a encontrar mejores formas de interactuar entre ellos, mantener el estrés bajo control y ayudarse mutuamente a sobrellevar la enfermedad todos los días.

Como puedes ver, la terapia psicológica y conductual para la esquizofrenia tiende a ser simple y dirigida a desarrollar habilidades prácticas. A menudo, la terapia se puede realizar junto con un programa de rehabilitación. Estos programas ayudan a las personas a recuperar las habilidades que perdieron; por ejemplo, las habilidades necesarias para socializar, cocinar, limpiar, administrar el dinero, hacer compras, conservar un trabajo y resolver problemas cotidianos. Los programas de rehabilitación también ayudan a las personas a aprender habilidades nuevas y útiles; por ejemplo, las habilidades necesarias para manejar la enfermedad y el estrés que ésta conlleva. En el capítulo 5, se incluye más información sobre este tipo de programa de rehabilitación psicosocial.

Si bien la terapia psicológica y conductual puede resultar útil, no puedes evitar tener esquizofrenia con sólo hablar, al igual que no puedes evitar tener diabetes o asma. La esquizofrenia es una enfermedad cerebral con base biológica y, como tal, necesita un tratamiento con base biológica, es decir, medicamentos. No obstante, los tratamientos conductuales y psicológicos también son importantes. Cuando se los combina con los medicamentos, pueden ofrecer habilidades valiosas para la vida diaria, como así también la esperanza y la motivación que se necesitan para aprovechar al máximo esas habilidades.

CONSEJOS PARA APROVECHAR AL MÁXIMO LA TERAPIA

- Prepárate para ser un participante activo. La terapia no es algo que otros hacen por ti. Es algo que tú haces por ti mismo bajo la supervisión de un profesional capacitado. Cuanto más colaboras, más beneficios obtendrás.
- Dale una oportunidad a la terapia. Al igual que la esquizofrenia, la terapia es un proceso continuo. Lamentablemente, no existen soluciones rápidas para la esquizofrenia, por lo que es probable que prograses poco a poco, y no a pasos agigantados.
- Habla con el terapeuta si comienzas a sentirte desanimado. Es importante que le digas al terapeuta si tienes inquietudes sobre el progreso de la terapia. De esa forma, ambos podrán resolver el problema juntos.

Un último consejo: los profesionales del equipo de tratamiento sólo pueden ayudarte si acudes a las citas. Es tentador faltar a las citas una vez que comienzas a sentirte mejor, pero el tratamiento continuo es fundamental para mantener la recuperación y prevenir recaídas. Programa las citas con los proveedores de tratamiento con mucha anticipación, de modo que puedas planificar tus horarios. Marca todas las citas en un calendario apenas las programes. Si aun así tienes problemas para recordar, pídele a un familiar o amigo que anote la cita para que pueda recordártela. Además, coordina el transporte con anticipación, si es necesario. Se puede necesitar un poco de esfuerzo para acudir a las citas, pero obtienes muchos beneficios a cambio.

¿Cuáles son las perspectivas para el futuro?

Cuando tienes una enfermedad crónica, como diabetes o presión sanguínea alta, mantener el tratamiento a largo plazo es esencial para aliviar los síntomas y reducir las complicaciones. El mismo principio se aplica en el caso de la esquizofrenia. Los tratamientos actuales sólo controlan los síntomas de la enfermedad. No curan el problema subyacente. Por lo tanto, para mantener el progreso, la mayoría de las personas con esquizofrenia probablemente necesiten continuar con el tratamiento durante el resto de sus vidas.

Seguir tomando los medicamentos es fundamental. A nadie le gusta la idea de tomar medicamentos de manera indefinida, pero la alternativa es mucho peor. La mayoría de las personas con esquizofrenia que dejan de tomar los medicamentos tienen una recaída —en otras palabras, una reaparición de los síntomas— en un plazo de un año. Por otra parte, los estudios demuestran que el uso prolongado de los medicamentos puede ayudar a prevenir las recaídas y a promover una recuperación duradera.

Los investigadores definen la recuperación de distintas formas, por lo que resulta difícil comparar las estadísticas sobre los resultados a largo plazo de los distintos estudios. No obstante, según varios estudios, alrededor de la mitad de las personas con esquizofrenia eventualmente se recuperan o mejoran considerablemente durante un periodo de dos décadas o más. Desde luego, todas las personas de esos estudios fueron diagnosticadas hace al menos 20 años. Es muy posible que las personas que son diagnosticadas actualmente, que tienen el beneficio de los avances más recientes en los tratamientos, tengan índices de recuperación aun más altos dentro de 20 años.

Cuanto antes se inicia el tratamiento, más altas parecen ser las posibilidades de recuperación. Los medicamentos antipsicóticos son más eficaces durante el primer episodio psicótico, momento en el que mejoran considerablemente los síntomas en tres cuartos de las personas que los toman. A medida que pasa el tiempo y se acumulan los episodios psicóticos, el tratamiento es menos eficaz. Por ello, es muy importante buscar ayuda sin demora.

Los medicamentos antipsicóticos son más eficaces durante el primer episodio psicótico...

Aunque comiences el tratamiento de inmediato y lo sigas al pie de la letra, es posible que nunca seas el mismo que eras antes de la esquizofrenia. Sin embargo, es importante mantener la perspectiva. La esquizofrenia no es necesariamente el final. Mediante la combinación de medicamentos y tratamiento psicológico y conductual, puedes aprender a adaptarte y a seguir adelante con tu vida.

Derrotar al enemigo: recuperarse de la esquizofrenia

Mi historia

Comencé a tomar medicamentos antipsicóticos con regularidad en julio de 2000. Casi de inmediato, los medicamentos parecieron prevenir los síntomas más graves de psicosis. Sin embargo, al principio no pudieron controlar mis viejos delirios, que para esa época había tenido durante varios años.

Además, después de aproximadamente un mes de tomar los medicamentos, comencé a experimentar un efecto secundario muy poco común. No podía caminar normalmente. Sólo podía arrastrar los pies, con pequeños pasos, como un anciano. Le informé sobre esto a mi psiquiatra, y ajustó la dosis de los medicamentos. Este efecto secundario finalmente desapareció.

Después de tomar los medicamentos durante unos meses más, me hundí en una depresión profunda. Ese fue el peor momento de mi vida. Había perdido todo el interés en el mundo que me rodeaba, toda la energía mental y física. Mi motivación había desaparecido por completo. Me quedé en cama la mayor parte del día durante más de un mes.

Era otoño. Un día, salí e intenté rastrillar las hojas, pero no pude. Cada tarea parecía requerir una enorme cantidad de energía que no tenía. Después de unos minutos, me di por vencido y volví a meterme en la cama. Sentía mucho temor, tristeza y desesperación. ¿Cómo podría vivir el resto de mi vida de esta forma? No tenía esperanzas para el futuro. Me parecía que me sentiría así para siempre. Pensaba que nunca volvería a lograr algo importante.

En ese momento, sabía que tenía una enfermedad mental, es decir, la depresión. Sabía que mi conducta y mi estado mental no eran normales. Otras personas no estaban tiradas en la cama todo el día como yo. Sin embargo, aún no creía que tenía una enfermedad mental y *por cierto* no creía que tenía esquizofrenia. La depresión era un diagnóstico aceptable para mí, pero la esquizofrenia no. Durante la etapa de la depresión, no podía imaginarme que algo pudiera hacerme sentir mejor. Nada parecía gustarme. Pronto, la vida se tornó monótona, oscura y deprimente. Dormía todo lo que podía para intentar escapar del horror de la existencia. Al menos cuando estaba dormido, no tenía que enfrentar la realidad.

La depresión era un diagnóstico aceptable para mí, pero la esquizofrenia no.

Después de consultarlo con el psiquiatra, me recetó un antidepresivo. A las seis semanas, la depresión desapareció. Por esa época, también comencé a experimentar un nuevo síntoma de la esquizofrenia, el afecto inapropiado. Esto es cuando tienes una respuesta emocional anormal a ciertos estímulos. Por ejemplo, después de que mi abuela

falleció, sentía el impulso de reír cuando contaba que mi abuela había muerto, aunque en realidad su muerte me había entristecido mucho. Desde luego no creía que fuera gracioso y no quería reírme de ello. Pero en mi cerebro, de alguna forma, la respuesta exterior de risa estaba conectada con el sentimiento equivocado, la tristeza. Era un problema que me esforcé mucho por superar, y me sentí culpable por esta tendencia durante varias semanas. Finalmente, el problema desapareció y nunca me volvió a suceder.

Aceptar la esquizofrenia

Había estado tomando medicamentos antipsicóticos durante varios meses cuando finalmente acepté el hecho de que tenía una enfermedad mental grave. Comencé a cuestionarme mis creencias y mis procesos de pensamientos. Al principio, solamente los delirios más extraños parecían inverosímiles. Desde luego, nunca había logrado que el tiempo transcurriera más despacio. Mi vida no estaba fabricada por una máquina de realidad virtual operada por extraterrestres. No podía haberme transportado al futuro. Sin embargo, mis delirios más antiguos eran más resistentes a la razón. Me llevó un año admitir que las personas que trabajaban en el establecimiento no me seguían, como tampoco la CIA o el FBI. Esos delirios me parecían más verosímiles. Sólo se evaporaron una vez que me convencí de que realmente tenía una enfermedad mental grave.

La primera vez que acepté que tenía esquizofrenia fue cuando finalmente me di cuenta de que algunas de mis experiencias habían sido alucinaciones. Recordé el sonido de miles de carros que hacían sonar las bocinas y recordé que, cuando salí, no había miles de carros. Recordé haber visto la luz brillante en la esquina de la habitación cuando no había luces encendidas. Recordar esas experiencias me ayudó a aceptar que tenía síntomas de esquizofrenia (alucinaciones), y este conocimiento hizo que me preguntara si tendría otros síntomas de la enfermedad (delirios). Finalmente comprendí que estaba equivocado al creer que me seguían en Chicago. Logré entender que la ciudad de Glasgow no había sido evacuada. Nunca había sido candidato para un trabajo secreto en la CIA o el FBI.

Lo más importante que hice para curarme fue tomar los medicamentos. Si no los hubiera tomado, creo que nunca me hubiera dado cuenta de que tenía patrones de pensamiento anormales.

Cuando comprendí que tenía una enfermedad mental, estuve muy avergonzado durante varios meses. Siempre había pensado que era una persona inteligente. ¿Cómo podía

Cuando comprendí que tenía una enfermedad mental, estuve muy avergonzado durante varios meses.

haberme convertido en un enfermo mental? La verdad es que no existe una correlación entre la inteligencia y la enfermedad mental. Cualquier persona puede padecer una enfermedad mental, independientemente de su inteligencia. Finalmente, mi vergüenza desapareció cuando me di cuenta de que no podría haber hecho las cosas de otra manera. No era capaz

de reconocer que algo estaba muy mal y, por ende, no pude evitar que sucediera. La mayoría de mis amigos y familiares que sabían sobre mis problemas mentales siguieron a mi lado, nunca me abandonaron. Eso fue una verdadera bendición.

Un nuevo rumbo

En algún momento de 2001, decidí que tenía que hacer algo con mi vida, necesitaba tener un rumbo. Un amigo trabajaba como administrador de bases de datos y me sugirió que me

dedicara a eso. Ya había demostrado cierto éxito en este campo cuando había programado la aplicación de bases de datos para Dan, y el trabajo como administrador de bases de datos parecía una extensión natural de ese trabajo. Investigué un poco y me enteré de que podía obtener un certificado de administrador de bases de datos si cursaba una serie de cinco materias y rendía cinco exámenes. Pero tenía dos problemas: las clases eran sumamente costosas y mi computadora se había muerto el mes anterior. No tenía dinero porque no había trabajado desde hacía más de seis meses.

Un día, mientras hablaba con Dan, me dijo que me compraría una computadora nueva y que pagaría las primeras clases. Pensé: ¡Qué generoso! Acepté con mucho agradecimiento. Poco tiempo después, había aprobado el primer examen. Después de mi éxito, mis padres decidieron ayudarme a pagar las clases restantes.

Las clases me resultaban muy intensas y difíciles. No podía absorber todos los conocimientos durante el tiempo asignado para la clase. Desarrollé una rutina que consistía en cursar una materia y estudiar para el examen correspondiente durante los dos meses siguientes. Aun así, no aprobé todos los exámenes la primera vez. Debí rendir dos veces dos de los exámenes. Pero finalmente aprobé todos los exámenes y obtuve el certificado de administrador de bases de datos. Del principio al fin, todo el proceso me llevó alrededor de 16 meses, probablemente mucho más tiempo del que necesita una persona normalmente, pero lo importante es que lo logré.

Ese mismo año, me di cuenta de que debía hacer algo con mi tiempo libre para contribuir con la comunidad, así que me uní al departamento local de bomberos voluntarios. Al principio, mi intención era ser socorrista. Asistí a un curso de capacitación de tiempo completo durante un mes a fin de obtener la certificación para conducir el coche de bomberos. El curso me resultó muy difícil y complicado, pero lo terminé con éxito. Sin embargo, después de responder a algunas emergencias, decidí que no era bueno para tomar decisiones bajo presión. Me preguntaba qué hacer todo el tiempo y tenía mucha ansiedad sobre las situaciones de emergencia, por lo que decidí ofrecerme como voluntario para el área administrativa. El departamento de bomberos tenía muchas oportunidades para voluntarios además de la respuesta a emergencias, y la mayoría de los voluntarios no querían realizar estos otros trabajos. Comencé a hacer trabajos de mantenimiento para el departamento y a realizar pequeñas reparaciones al edificio cuando eran necesarias. El año siguiente, me nombraron miembro de la junta de directores y me pidieron ser presidente del comité de presupuesto y finanzas. Mis tareas administrativas se han incrementado cada año desde entonces, y puedo hacer este tipo de cosas muy bien.

En 2002 comencé a buscar un trabajo como administrador de bases de datos. Mi estado mental había estado estable durante más de un año, y estaba listo para volver a trabajar. Un amigo de Dan mencionó que su esposa podría tener un trabajo para mí. Llamé a su oficina y tuve una entrevista. Me contrataron poco después.

Este trabajo era casi ideal para mí. Era un trabajo gubernamental, con buenos beneficios y cerca de casa. En poco tiempo, había aprendido prácticamente todo lo que necesitaba para tener un buen desempeño.

Después de trabajar durante aproximadamente un año, comencé a experimentar un nuevo efecto secundario desagradable de los medicamentos antipsicóticos. Empecé a sentir una extraña clase de ansiedad que era diferente de todo lo que había sentido antes. Era

intensa y sumamente molesta. No podía concentrarme en una tarea durante más de unos segundos, y mi desempeño laboral se veía afectado. Le había confiado a mi jefa que tenía esquizofrenia, y ella me permitía irme temprano en algunas ocasiones. Lamentablemente, la ansiedad se había vuelto tan común que la sufría durante varias horas cada día. Por supuesto que no podía retirarme temprano del trabajo todos los días. Le informé sobre esto al médico y me explicó que probablemente tenía aquitisia, un efecto de los medicamentos antipsicóticos. Esta aquitisia fue la peor sensación emocional que experimenté en toda mi vida. Mientras la padecía, quería escapar de la existencia. Si se hubiera convertido en una sensación permanente, el suicidio habría parecido una buena opción. Era una sensación espantosa. Mi médico decidió recetarme otro medicamento antipsicótico con la esperanza de que esta ansiedad disminuyera, y por suerte, así fue. Gradualmente dejé de tomar el medicamento anterior y aumenté la dosis del nuevo. La ansiedad desapareció al cabo de un mes.

Un efecto secundario que no he podido revertir es el aumento de peso. El medicamento que tomo actualmente produce un aumento del peso corporal. Hasta ahora, he aumentado alrededor de 30 libras, un incremento de aproximadamente 15% de mi peso normal. No obstante, las ventajas del medicamento compensan con creces esta desventaja. No tengo intenciones de cambiarlo.

Panorama general

Mejorarse es positivo, por supuesto. Sin embargo, los primeros pasos para mejorarse de la esquizofrenia pueden ser perturbadores. A medida que los medicamentos surten efecto y la mente comienza a despejarse, es duro darse cuenta de cuán enfermo estabas. Aceptar el diagnóstico puede llevar un tiempo. Algo que frena el avance de algunas personas es la idea equivocada de que la aceptación significa rendición. En realidad, puede significar justamente lo contrario. Una vez que aceptas tu enfermedad, puedes luchar más eficazmente contra ella.

Una vez que aceptas tu enfermedad, puedes luchar más eficazmente contra ella.

En última instancia, la meta no es sólo sobrevivir, sino también estar cada día mejor. Hace algunos años, podría haber sido una meta poco realista para la mayoría de las personas con esquizofrenia, pero hoy está al alcance de muchos. Si bien esto se debe en parte a los mejores medicamentos, también se han hecho grandes progresos en los tratamientos sin medicamentos y los servicios de apoyo. Obtener esta clase de ayuda a menudo marca la diferencia entre simplemente convivir con la esquizofrenia y vivir bien.

¿Qué son los programas de rehabilitación psicosocial?

Los medicamentos son esenciales para controlar muchos de los síntomas de la esquizofrenia y mantenerlos bajo control, pero generalmente los medicamentos solos no son suficientes para recuperar una vida plena y volver a la escuela o al trabajo. Por eso existen los programas de rehabilitación psicosocial. Estos programas ofrecen capacitación psicológica, social y laboral que ayuda a las personas con esquizofrenia a recuperar las habilidades que perdieron debido a su afección y a desarrollar nuevas habilidades para manejar la enfermedad.

La rehabilitación psicosocial es el centro de un cambio relativamente reciente en la forma en que los profesionales consideran la esquizofrenia. Anteriormente, se consideraba que el mejor resultado posible era detener las alucinaciones y los delirios y evitar las hospitalizaciones. Actualmente, se considera que tales mejoras son sólo el comienzo. Al igual que cualquier persona, los adolescentes y adultos jóvenes con esquizofrenia deben terminar la escuela, comenzar una carrera, establecer relaciones maduras y aprender a vivir en el mundo adulto. El objetivo de los programas de rehabilitación es enseñar las habilidades necesarias para alcanzar estas metas.

Los estudios demuestran que las personas que participan en programas de rehabilitación psicosocial mientras continúan con el tratamiento tienden a manejar mejor la enfermedad que aquellas que no lo hacen. Curiosamente, los estudios también indican que las personas que padecen una enfermedad mental no consideran la recuperación del mismo modo que los profesionales. En lugar de concentrarse en la desaparición completa de todos los síntomas, las personas con esquizofrenia a menudo dicen que les interesa más ser capaces de vivir por cuenta propia y tener una vida plena y satisfactoria. Desean aceptarse, ser aceptados por los demás, controlar los síntomas que no desaparezcan y ocuparse de su propio bienestar. Cuando la recuperación se define en estos términos, es evidente por qué la rehabilitación psicosocial es tan importante.

Los medicamentos tienden a ser más eficaces para tratar los síntomas positivos de la esquizofrenia, como los delirios y las alucinaciones, que para tratar los síntomas negativos, como no demostrar ninguna emoción, hablar con voz monótona, parecer indiferente al mundo y al resto de las personas y tener dificultades para lograr algo. Si bien los delirios y las alucinaciones pueden ser más dramáticos, las personas con esquizofrenia a menudo dicen que los síntomas negativos son los que causan más problemas, porque tales síntomas hacen que sea casi imposible tener la vida plena que desean. La rehabilitación psicosocial desempeña un papel fundamental en este aspecto porque brinda las habilidades que las personas necesitan para reducir los síntomas negativos o para salir adelante a pesar de ellos.

¿Qué tipos de servicios de capacitación y de apoyo están disponibles?

Los tipos de servicios disponibles para las personas con esquizofrenia varían en cada lugar. Además, cada persona necesita distintos tipos de capacitación y apoyo. Estos son algunos de los programas de capacitación y servicios de apoyo que se pueden ofrecer junto con los medicamentos y la terapia conversacional:

- La *administración de casos* está diseñada para coordinar los distintos tratamientos y servicios que recibe una persona. Ayuda a los diferentes proveedores de atención a trabajar juntos de manera eficaz y también ayuda a garantizar que se satisfagan todas las necesidades de la persona. Entre otras cosas, los administradores de casos pueden ayudar a las personas a coordinar el tratamiento, la ayuda económica y los arreglos de empleo financiado y de vivienda.
- La *enseñanza de habilidades sociales* ayuda a las personas con esquizofrenia a desarrollar las habilidades que necesitan para comunicarse eficazmente e interactuar de manera adecuada con los demás. Las habilidades básicas que todos deben dominar incluyen escuchar con atención, hacer pedidos con mucho tacto y expresar sentimientos positivos y negativos. Otros temas que se pueden cubrir incluyen

entablar una conversación, tener una actitud firme, manejar conflictos con otras personas, vivir con compañeros de cuarto, hacer amigos, tener citas y concurrir a entrevistas de trabajo. Numerosos estudios demuestran que este tipo de capacitación puede ayudar a las personas con esquizofrenia a desempeñarse mejor en diversas situaciones.

- La *enseñanza de habilidades para la vida independiente* ayuda a las personas a desarrollar las habilidades que necesitan para vivir por cuenta propia y desempeñarse en el mundo. Algunos ejemplos de estas habilidades incluyen cocinar, limpiar, hacer las compras, administrar el dinero, solicitar un trabajo, relacionarse con los compañeros de trabajo, usar el transporte público y socializar. También se incluyen las habilidades necesarias para resolver los problemas diarios y sobrellevar el estrés.
- El *empleo financiado* es un servicio que ayuda a las personas con esquizofrenia a encontrar y conservar trabajos en la comunidad que ofrezcan al menos un salario mínimo y que se adapten a sus intereses y habilidades. Como la esquizofrenia generalmente se presenta durante los años en que se terminan los estudios y se comienza una carrera, puede limitar seriamente la capacidad de una persona de encontrar un trabajo valioso. No obstante, la mayoría de las personas con esquizofrenia dicen que quieren trabajar, y este tipo de programa las ayuda a superar las barreras que encuentran en el camino. Los especialistas en empleo ayudan a la persona con esquizofrenia a encontrar un trabajo, a tener éxito en el ámbito laboral y a enfrentar los desafíos que surjan.
- La *enseñanza de habilidades para controlar la enfermedad* tiene como fin ayudar a las personas con esquizofrenia a desarrollar estrategias personales para sobrellevar su afección. Por lo general, consiste en una serie de sesiones semanales que dura entre tres y seis meses. Las sesiones pueden ser individuales o grupales. En estas sesiones, las personas aprenden datos prácticos sobre la enfermedad mental que les ayudan a tomar decisiones más informadas sobre su propia atención. También aprenden a tomar los medicamentos correctamente y a controlar los síntomas de manera más eficaz. Además, se les enseña a reconocer las primeras señales de advertencia de una recaída para que puedan responder rápidamente, antes de que los síntomas se descontroren.
- La *psicoeducación familiar* ayuda a las personas con esquizofrenia a unirse con sus familiares para trabajar juntos y poder recuperarse. Si bien se usa el término *familiares*, los amigos cercanos también pueden participar. Por lo general, cinco o seis personas con esquizofrenia y sus familiares se reúnen regularmente durante un periodo de seis meses, como mínimo, para aprender sobre la enfermedad y desarrollar estrategias para sobrellevarla. Para la persona con esquizofrenia, este tipo de programa ha demostrado fomentar la recuperación, crear índices de empleo más altos y reducir la necesidad de hospitalización. Para la familia en general, puede reducir el estrés y ayudar a mejorar relaciones tensas.
- Los *centros de apoyo de pares* son lugares donde las personas con enfermedades mentales pueden ir para socializar. Son sitios seguros donde pueden pasar el rato, mirar televisión, jugar y conocer a otras personas con inquietudes similares, y

alejarse de las calles. Además, son excelentes lugares para obtener ayuda y apoyo informal. Algunos centros también ofrecen actividades organizadas y viajes o coordinan grupos de autoayuda y clases de capacitación.

- Los *grupos de autoayuda* permiten que las personas con esquizofrenia se reúnan y compartan apoyo, aliento y consejos prácticos. Un buen recurso para encontrar grupos de autoayuda en tu área es el directorio en Internet de la National Mental Health Consumers' Self-Help Clearinghouse (www.cdsdirectory.org). Schizophrenics Anonymous es una organización de autoayuda que actualmente tiene más de 160 grupos que se reúnen en 31 estados (www.nsfoundation.org/sa, 800-482-9534).

Tu proveedor de tratamiento puede indicarte los recursos disponibles en tu área, o bien, puedes llamar al departamento local de la National Alliance on Mental Illness (NAMI; www.nami.org, 800-950-6264) o de la National Mental Health Association (NMHA; www.nmha.org, 800-969-6642) para consultar sobre los recursos disponibles.

TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

Para las personas que tienen síntomas graves y crónicos, uno de los enfoques más eficaces es el tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT por sus siglas en inglés). En el ACT, un equipo de profesionales trabaja en conjunto para brindar tratamiento y apoyo integrales que se adaptan a las necesidades individuales de cada persona con esquizofrenia. El ACT tiene como fin ayudar a las personas que tienen más dificultades para cuidarse a sí mismas, mantenerse seguras, encontrar un lugar decente para vivir y conservar un trabajo. Estas personas tienen necesidades que no son satisfechas por los servicios menos intensivos y, si no reciben ayuda adicional, muchas tienen problemas como desempleo, abuso de sustancias y falta de hogar.

Un equipo de tratamiento típico está compuesto por 10 a 12 profesionales, entre los que se incluyen psiquiatras, enfermeros, psicoterapeutas, asistentes sociales, especialistas en empleo y terapeutas especializados en abuso de sustancias. El enfoque difiere de la administración de casos en un aspecto clave. Los administradores de casos coordinan servicios que prestan otras agencias o clínicas. Los profesionales del equipo de ACT prestan los servicios ellos mismos, por lo que pueden ofrecer una atención más personalizada. Además, tienen un horario flexible. Cuando surge un problema, la persona con esquizofrenia puede obtener ayuda de inmediato, sin necesidad de esperar a obtener una cita.

En el ACT, no existe un conjunto de servicios predeterminado ni un límite arbitrario para la duración del tratamiento de una persona. El equipo intenta proporcionar todo lo necesario para ayudar a la persona con esquizofrenia a vivir en la comunidad y a trabajar para mejorarse. Los servicios están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, y al principio, algunas personas se comunican con los miembros del equipo varias veces por día.

En numerosos estudios, se compararon el ACT y la administración de casos. Estos estudios demuestran que las personas que reciben el ACT tienen menos probabilidades de ser hospitalizadas y más probabilidades de tener un lugar estable para vivir. Las investigaciones también demuestran que las personas que reciben el ACT y sus familias tienden a preferir el ACT a un enfoque más tradicional. Si bien el ACT no es para todos,

puede ser muy valioso para las personas cuyos síntomas no responden a estilos de tratamiento menos intensivos.

¿Cómo puedes sobrellevar la esquizofrenia en la escuela?

...es posible que ciertos cambios en el aula te ayuden mucho a desempeñarte mejor.

Como la esquizofrenia afecta el funcionamiento del cerebro, generalmente tiene un enorme impacto en la capacidad de desempeñarse en la escuela. Los efectos exactos varían según el tipo y la gravedad de los síntomas que tiene cada estudiante. Entre otras cosas, la esquizofrenia puede crear problemas para concentrarse, interactuar con los demás, manejar los comentarios negativos, adaptarse a los cambios y filtrar las distracciones.

Si tienes dificultades en la escuela como consecuencia de la esquizofrenia, hay ciertos pasos que tú y tus padres pueden dar para volver a encaminar tu educación. El paso más importante es obtener el tratamiento adecuado para tu enfermedad y tomar los medicamentos según lo indicado. Sin embargo, aparte de eso, es posible que ciertos cambios en el aula te ayuden mucho a desempeñarte mejor. Recuerda que el objetivo no es bajar los estándares de tu educación ni librarte de la obligación de realizar tareas difíciles. En cambio, el objetivo es simplemente ayudarte a desarrollar todo tu potencial.

PARA ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO

Cuando todo lo que necesitas son cambios relativamente menores en el aula, una reunión informal entre tú, tus padres y tus docentes puede ser lo único necesario para poner las cosas en marcha. Tú o tus padres deben estar preparados para compartir información sobre qué es la esquizofrenia (y qué no es), qué síntomas tienes actualmente y cómo te afectan tales síntomas en la escuela. Para solicitar cambios más importantes —por ejemplo, la ubicación en una clase especial o la enseñanza de habilidades especializadas— probablemente debas seguir un proceso más formal. Hasta la escuela secundaria, dos leyes federales pueden entrar en juego cuando solicitas servicios educativos especiales por tener una incapacidad:

- Ley de Educación para Personas con Incapacidades de 2004 (Individuals with Disabilities Education Improvement Act, IDEA por sus siglas en inglés): a fin de reunir los requisitos para recibir servicios según la IDEA, debes demostrar que tienes una incapacidad que afecta tu capacidad de utilizar los servicios educativos generales. Para ello, debes someterte a una evaluación y se debe determinar que tienes una “perturbación emocional”. El proceso es largo y complicado, pero el esfuerzo puede valer la pena si tienes necesidades importantes y duraderas. Si reúnes los requisitos, recibirás un programa de educación personalizado (individualized education program, IEP por sus siglas en inglés), un plan educativo escrito en el cual se detalla cómo se satisfarán tus necesidades académicas individuales. Para obtener más información, visita los sitios web del Departamento de Educación de los Estados Unidos (idea.ed.gov) o de la Parent Advocacy Coalition for Educational Rights (www.pacer.org).

Ejemplos de ajustes en la escuela

A veces, cambios relativamente menores pueden marcar una gran diferencia en tu capacidad de tener un buen desempeño en la escuela. Los cambios exactos que puedes necesitar dependerán de los síntomas que tengas. A continuación, se incluyen ejemplos de los tipos de ajustes que han resultado muy útiles para algunos estudiantes con esquizofrenia.

<i>Problema común</i>	<i>Posible solución</i>
<i>Para todos los estudiantes</i>	
Tener problemas para desconectarse de imágenes y sonidos que distraen	Sentarse en un lugar alejado de la fuente de distracción
Sentirse nervioso por estar en un aula con la puerta cerrada	Permitir que se siente cerca de la puerta o de una ventana abierta
Tener la boca seca debido a un efecto secundario de los medicamentos	Permitir que tenga una botella con agua en el pupitre
Sentirse muy inquieto y ser incapaz de quedarse sentado durante las lecciones	Obtener permiso con anticipación para tomar recreos cortos cuando sea necesario
Estar sumamente estresado cuando tiene exámenes	Darle un tiempo adicional o tomar el examen en un formato menos estresante
Perder la concentración y cansarse durante un examen largo	Dividir el examen en segmentos que se puedan repartir en varios días
Tener dificultad para poner en orden las ideas en un ensayo formal	Darle la opción de entregar una presentación grabada en lugar del ensayo
Confundirse fácilmente cuando recibe instrucciones orales para realizar tareas	Recibir una notificación por adelantado y por escrito de las tareas para poder planificarlas con anticipación
Tener problemas para escribir a mano debido a un efecto secundario de los medicamentos	Escribir los trabajos o las respuestas de los exámenes en una computadora
Sentirse aletargado o tener dificultad para concentrarse por la mañana	Comenzar más tarde o programar las clases más importantes para la tarde
<i>Para estudiantes universitarios</i>	
Tener dificultades para inscribirse o solicitar ayuda económica	Recibir ayuda para realizar estos procedimientos complicados pero necesarios
Sentirse desorientado e incómodo en un campus desconocido	Realizar una visita que ayude a orientarse, planificar cómo llegar a la clase y saber dónde buscar ayuda
Ser incapaz de cursar todas las materias de un estudiante de tiempo completo	Ser clasificado como estudiante de tiempo completo aunque curse menos materias
Cansarse o sentirse abrumado por la logística de llegar a la clase	Proporcionarle un permiso de estacionamiento o la llave del elevador
No poder completar todo el trabajo exigido al final del semestre debido a una recaída	Recibir un “incompleto”, lo que generalmente significa que no tienes que pagar nuevamente o volver a cursar la materia para completarla

- Artículo 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973: a fin de reunir los requisitos para recibir servicios conforme al artículo 504, debes tener un impedimento físico o mental que limite considerablemente una o más actividades principales de la vida, como aprender, pensar, comunicarse y cuidar de uno mismo. Es evidente que la mayoría de los estudiantes con esquizofrenia cumplen este criterio. El proceso del artículo 504 es más rápido y flexible que el exigido conforme a la IDEA. Además, a veces el estigma ligado a tener un plan 504 es menor que con un IEP. Por otro lado, las instituciones educativas no reciben fondos adicionales según el artículo 504 como lo hacen conforme a la IDEA, por lo que esta opción puede no ser adecuada si necesitas servicios costosos.

PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

El artículo 504 también se aplica a los estudiantes universitarios, al igual que el Título II de la Ley para Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA por sus siglas en inglés) de 1990. Estas dos leyes prohíben la discriminación por incapacidad. Sin embargo, debes estar al tanto de algunos cambios importantes en tus derechos educativos una vez que terminas la escuela secundaria.

El artículo 504 exige a los distritos escolares que brinden “educación pública adecuada y gratuita” a todas las personas de su jurisdicción hasta el nivel de enseñanza secundaria. Después de la escuela secundaria, esta exigencia ya no se aplica. No obstante, las universidades no pueden negarte la admisión solamente por una incapacidad, suponiendo que cumples con los demás requisitos de ingreso. Las universidades también deben ofrecer los ajustes académicos correspondientes para garantizar que no se discrimine por incapacidad.

Algunos ejemplos de posibles ajustes incluyen la reducción de la cantidad de materias de un estudiante, el reemplazo de una materia por otra o el tiempo adicional para los exámenes. Sin embargo, existen límites para los tipos de ajustes que las universidades están obligadas a realizar. Por ejemplo, no deben hacer que las materias sean más fáciles, ofrecer clases particulares ni realizar cambios que generen trabajos administrativos o costos excesivos.

Tú siempre puedes decidir si deseas notificar o no a la universidad que tienes esquizofrenia. Desde luego, deberás hacerlo si deseas solicitar un ajuste académico por tu enfermedad. En ese caso, deberás seguir el procedimiento de solicitud de la universidad y probablemente deberás presentar documentación que acredite que tienes una incapacidad que afecta tu desempeño académico. Todo esto puede llevar tiempo. Por ende, si bien puedes solicitar un ajuste académico en cualquier momento, es recomendable comenzar el proceso lo antes posible.

Tú siempre puedes decidir si deseas notificar o no a la universidad que tienes esquizofrenia.

Casi todas las universidades tienen un miembro del personal —generalmente denominado coordinador del artículo 504, coordinador de la ADA o coordinador de servicios por incapacidad— que puede responder tus preguntas sobre los temas relacionados con la incapacidad. Para obtener más información, también puedes

comunicarte con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Educación de los Estados Unidos (800-421-3481, www.ed.gov/ocr).

¿Cómo puedes sobrellevar la esquizofrenia en el trabajo?

Una vez que estás listo para comenzar a trabajar, es probable que te enfrentes con una nueva serie de oportunidades y desafíos. La ADA es la principal ley federal que rige los temas relacionados con la incapacidad laboral. Esta ley brinda protecciones de los derechos civiles para las personas con incapacidades que son similares a las proporcionadas a los individuos por razones de raza, color, sexo, origen nacional, edad y religión. Cuando se trata del lugar de trabajo, el Título I de la ADA establece que las empresas deben realizar “adaptaciones razonables” para proteger los derechos de las personas con incapacidades en todos los aspectos del empleo, desde el proceso de solicitud y la contratación hasta los salarios, los beneficios y los ascensos.

Al igual que con los estudiantes, se considera que los empleados tienen una incapacidad si tienen un impedimento que limita considerablemente, al menos, una actividad principal de la vida. La ADA también se aplica a los empleados que tienen antecedentes de tal impedimento, como aquellos que se recuperaron de una enfermedad mental. Como cualquier otra persona, los empleados con incapacidades deben tener las habilidades, la experiencia y la capacitación necesarias para realizar el trabajo para el cual los contrataron. La ley simplemente establece que los empleadores deben hacer adaptaciones razonables, es decir, ajustes al trabajo o al ambiente laboral que permitan a una persona calificada que tiene una incapacidad llevar a cabo las funciones esenciales de su trabajo.

Los empleadores no tienen permitido preguntar sobre la incapacidad durante el proceso de contratación. Sólo pueden preguntarte sobre tu *capacidad* para hacer el trabajo. Una vez que te contratan, los empleadores no están obligados a hacer adaptaciones hasta que sepan que tienes una incapacidad. Si crees que una adaptación te ayudaría a hacer un mejor trabajo, considera la posibilidad de solicitarla. Cada adaptación deberá personalizarse según tu situación y tus necesidades particulares. Algunas organizaciones, como la Job Accommodation Network (800-526-7234, www.jan.wvu.edu) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, generalmente pueden recomendar soluciones de bajo costo para problemas comunes.

Recuerda que existen limitaciones para lo que los empleadores están obligados a hacer. Por ejemplo, no están obligados a realizar cambios que ocasionarían dificultades excesivas para la empresa. Además, la ADA sólo se aplica a empresas con 15 empleados o más. Puedes encontrar más información en el Departamento de Justicia de los Estados Unidos (800-514-0301, www.ada.gov).

Unirse a un club social

Una forma de retomar el trabajo es unirse a un club social, que es un lugar donde las personas con enfermedades mentales pueden adaptarse lentamente a un día de trabajo. Bajo la supervisión del personal, los miembros hacen todo el trabajo necesario para administrar el club social, por ejemplo, tareas administrativas, ingreso de datos y preparación de la comida. Eventualmente, los miembros pasan a realizar trabajos simples y a corto plazo en la comunidad. La idea es obtener experiencia, aprender cómo desempeñarse en el trabajo y probar distintos tipos de trabajos. El objetivo final es obtener trabajos más permanentes, pero los estudios realizados para determinar si los miembros logran este objetivo han tenido resultados mixtos. No obstante, algunas personas parecen beneficiarse con este enfoque gradual de ingreso al mercado laboral. Si deseas obtener más información, el International Center for Clubhouse Development tiene un directorio de programas de clubes sociales en su sitio web ([www. iccd.org](http://www.iccd.org)).

¿Cuáles son las opciones para vivir solo?

Mientras crecías, probablemente anhelas el día en que pudieras mudarte de la casa de tus padres e irte a vivir solo. Tener esquizofrenia no significa necesariamente que no puedes cumplir tu sueño, pero dificulta un poco más la tarea de vivir solo. Cuando eliges un lugar para vivir, no sólo debes considerar cuánto cuesta y a qué distancia está de tu escuela o trabajo, sino también cuánta ayuda necesitarás y a qué distancia estarás de los proveedores de tratamiento y de los servicios de apoyo.

Una posibilidad es seguir viviendo un tiempo más con tus padres u otro miembro de tu familia. Esto resulta bien para algunas familias, que pueden actuar como un sistema de soporte ya formado, mientras te concentras en progresar en la escuela o el trabajo y en recuperarte. Sin embargo, para otras familias, esto puede generar un estrés considerable. En ese sentido, no hay diferencias con la experiencia de los adultos jóvenes sin esquizofrenia. Algunos tienen una relación relajada con sus padres, y otros tienen más conflictos, aunque se quieran mucho.

Si eres un adulto joven, y tú y tu proveedor de tratamiento creen que es tiempo de que vivas solo, existen varias opciones de vivienda disponibles. Estas opciones ofrecen distintos niveles de supervisión y ayuda, según cuánta asistencia necesites en un momento determinado. Al principio, es probable que necesites mucho apoyo hasta que aprendas a cuidar de ti mismo. A medida que desarrolles habilidades y confianza, gradualmente podrás comenzar a vivir de forma más independiente.

Para aquellos que necesitan mucho apoyo, existen instalaciones con profesionales capacitados que están disponibles durante las 24 horas. Un escalón más abajo se encuentran los hogares comunitarios y las pensiones, donde un grupo de personas con enfermedades mentales viven juntas con un supervisor que no tiene una capacitación formal en atención

de la salud mental, pero que puede ayudar con las cuestiones prácticas. El siguiente escalón son las casas y los departamentos que son visitados periódicamente por un administrador de casos u otro especialista en salud mental para ver cómo va todo. Para algunas personas, esto suele ser un buen arreglo a largo plazo. Otros eventualmente logran vivir de manera totalmente independiente, ya sea solos o con compañeros de cuarto, sin necesidad de supervisión formal.

Ejemplos de adaptaciones en el trabajo

Con un poco de esfuerzo y creatividad, puedes encontrar soluciones a muchos problemas laborales. Las adaptaciones en el trabajo deben ser personalizadas, basadas en tus síntomas y en la naturaleza de tu trabajo. Estos son algunos ejemplos de los tipos de adaptaciones que han resultado muy útiles para algunos trabajadores con esquizofrenia.

<i>Problema común</i>	<i>Posible solución</i>
Mantener la energía durante todo el día	Descansos más largos o más frecuentes, horarios flexibles o trabajo de tiempo parcial Horario de trabajo que comienza más tarde para contrarrestar la fatiga matutina
Concentrarse en los detalles del trabajo	Descansos periódicos para volver a concentrarse Mamparas alrededor del espacio de trabajo para reducir las distracciones
Realizar una serie de tareas en el orden correcto	Instrucciones escritas para las tareas Listas de verificación para ayudarte a controlar en qué parte de la secuencia te encuentras Capacitación adicional, si es necesaria
Terminar proyectos y cumplir con fechas límites	Lista diaria de tareas por hacer para marcar cada tarea a medida que la terminas Calendario expuesto en un lugar destacado con las fechas límites marcadas
Trabajar bien con tu supervisor	Comunicación abierta para tratar problemas Objetivos a corto y a largo plazo por escrito Reuniones periódicas para analizar el progreso
Adaptarse a un nuevo ambiente laboral	Aviso con anticipación de los cambios a realizarse Introducción gradual de pocos cambios a la vez
Manejar situaciones estresantes en el trabajo	Descansos para liberarse del estrés, según sea necesario Permiso para llamar a los proveedores de tratamiento y servicios de apoyo durante el horario de trabajo, si es necesario

También hay programas gubernamentales de vivienda disponibles para ayudar a pagar el alquiler, cuando es necesario. Los detalles varían de un estado a otro. No obstante, en los programas del Artículo 8, el inquilino destina una parte de sus ingresos para el alquiler y recibe un vale para pagar la diferencia. En los programas del Capítulo 9, el propietario recibe un subsidio a cambio de proporcionar vivienda a personas con incapacidades. El administrador de casos o el coordinador de vivienda del programa de rehabilitación pueden ayudarte a encontrar la mejor opción de vivienda para ti.

Otras caras de la esquizofrenia: “Nikki”

Cuando Nikki egresó de la universidad, era evidente que algo estaba muy mal. Tenía delirios paranoides y su conducta era imprevisible. “Mi mamá me echó de la casa”, recuerda. “Mi novio intentó ayudarme y me llevó a vivir a la casa de sus padres. Viví allí durante unos cinco años, de los 21 a los 26 años. Durante esa época, tuve alrededor de doce trabajos, pero me echaron de todos ellos. A veces era cuestión de horas y otras veces sucedía después de unos meses, pero no podía conservar un trabajo de ninguna forma”.

Nikki continúa: “Mi novio comenzó a estar muy deprimido, porque no sabía qué hacer. Fue a consultar a un consejero, y cuando describió nuestra vida, el consejero le dijo: ‘Es probable que tu novia tenga esquizofrenia’. Fue una gran sorpresa para él. Investigó sobre la esquizofrenia en Internet, y se dio cuenta de que los síntomas coincidían con lo que veía en mí. Veía mucha apatía y una conducta extraña. Me llevó a un médico, y el médico dijo que yo tenía un trastorno esquizoafectivo”.

Nikki fue derivada a un programa intensivo de terapia y rehabilitación de cinco días a la semana. “Antes de eso, un síntoma de mi enfermedad era que no podía mirar a los ojos a las personas. Además, como pensaba que hablaban mal de mí, evitaba hablarles”. Nikki afirma que el programa la ayudó a mejorar sus habilidades sociales. También aprendió a manejar otros síntomas, como la falta de motivación y las alucinaciones auditivas. “Cuatro veces por día, nos reuníamos para hablar sobre distintos temas, por ejemplo, un tema era La esquizofrenia, en el que hablábamos sobre los síntomas de la esquizofrenia y lo que podía ocurrir. Había experimentado todos estos síntomas sin saber qué eran, pero una vez que comencé a aprender más sobre ellos, todo empezó a tener sentido”.

A pesar de los nuevos conocimientos, Nikki descubrió que no había fórmulas mágicas para recuperarse. “La terapia era como hacer rodar una enorme roca colina arriba, pulgada a pulgada, cada día”, cuenta Nikki. “Aprendí que debías celebrar los pequeños pasos, porque era la única forma de lograrlo. En mi caso, fue un proceso muy lento —me llevó cinco años— pero finalmente me mejoré”.

Después de los dos primeros años, Nikki comenzó a anhelar un estilo de vida más independiente. “Caí en la cuenta de que no sabía cocinar ni limpiar.

Sabía hacerlo cuando me fui de la casa de mi madre a la universidad, pero la enfermedad me lo quitó todo”. Decidida a recuperar esas habilidades, Nikki se mudó a un hogar comunitario sin fines de lucro. “Cada día, realizaba dos tareas, una en la mañana y otra en la tarde”, relata Nikki. Por ejemplo, sacaba la basura, lavaba los platos, cocinaba o limpiaba el baño, la cocina o el vestíbulo.

Después de vivir dos años y medio en el hogar comunitario, Nikki estaba lista para mudarse sola a un departamento. Eso fue hace tres años. En la actualidad, trabaja como maestra suplente y maestra asistente. Son puestos temporales, por lo que si Nikki pasa por un periodo estresante y los síntomas reaparecen, rechaza los trabajos hasta que los síntomas estén controlados. Nikki también es una activa defensora de la salud mental y da charlas en escuelas secundarias y universidades sobre su recuperación de una enfermedad mental.

Para minimizar los ataques repentinos, Nikki vigila de cerca su estilo de vida. “Llevo un diario en el que registro cuánto como, cuánto ejercicio hago y cuánto duermo cada día”, cuenta. “También anoto en un calendario lo que hice algunos días, por ejemplo, si tuve una cita o si fui a ver a alguien. Cuando los síntomas reaparecen, a veces si miro mi calendario, puedo ver que estuve estresada por una situación, y eso me ayuda a comprender por qué me sentí de esa forma en un momento determinado. Luego, intento evitar que me vuelva a ocurrir lo mismo haciendo algo de otra forma”.

Nikki sigue viendo a su novio de siempre durante los fines de semana. “Intentamos ir a lugares que sean relajantes, como la playa, que está a sólo 45 minutos en carro”, agrega. “Hace tiempo me di cuenta de que los bares no son para mí, ya que no puedo beber alcohol debido a mis medicamentos y es un poco estresante. Mi novio sabe que no puede llevarme a esos lugares”.

“Antes de enfermarme, pensaba estudiar medicina”, cuenta Nikki. “Debido a mi enfermedad mental, muchas cosas cambiaron en mi vida, y tuve que renunciar a ese objetivo. Pero, en general, creo que mi vida se enriqueció. He tenido que vivir más deliberadamente y de manera más holística. Ya no me preocupan los detalles de las cosas. Tengo una perspectiva más madura de la vida”.

¿Cómo se pueden manejar las situaciones sociales?

La esquizofrenia puede ser una experiencia solitaria. Durante los periodos psicóticos, una persona puede vivir literalmente en otra realidad. Incluso una vez que desaparecen los delirios y las alucinaciones, los síntomas negativos —como los problemas para demostrar interés en los demás o para expresar las emociones— pueden dificultar las interacciones sociales. Puede ser necesario un esfuerzo consciente para reconstruir las relaciones y formar relaciones nuevas.

Este esfuerzo conlleva muchos beneficios. Tener familiares y amigos a los que

puedes recurrir te da una sensación de conexión. También es una fuente de apoyo emocional y práctico. Tus seres queridos pueden alentarte a seguir con tus hábitos saludables y recordarte que debes observar tu plan de tratamiento. Sólo saber que puedes contar con ellos ayuda a reducir el estrés.

HABLAR SOBRE LA ENFERMEDAD

Hablar sobre el diagnóstico puede resultar difícil al principio. Probablemente te preocupe cómo reaccionarán tus seres queridos ante la noticia. En realidad, si bien algunos familiares y amigos pueden brindarte su apoyo desde el comienzo, es posible que otros no respondan tan bien como podrían. Por lo general, las reacciones malas son producto de la ignorancia y, a medida que tus seres queridos aprendan más sobre la enfermedad, te brindarán más apoyo.

Por lo general, las reacciones malas son producto de la ignorancia y, a medida que tus seres queridos aprendan más sobre la enfermedad, te brindarán más apoyo.

A esta altura, probablemente sepas bastante sobre la esquizofrenia. Tanto tú como tus seres queridos se beneficiarán si transmites tus conocimientos. Si ya estás en tratamiento, asegúrate de mencionarlo. Si necesitas asistencia para buscar

tratamiento, pide ayuda de la forma más clara y directa que puedas.

Siempre es recomendable que mantengas informadas sobre tu enfermedad a las personas más cercanas a ti. Aparte de eso, tú decides si deseas contarles a otras personas, como compañeros de escuela, parientes más lejanos o amigos que sólo ves en ocasiones. En un mundo perfecto, decirle a alguien que tienes esquizofrenia sería lo mismo que decirle que tienes diabetes o asma. En la realidad, algunas personas tienen estereotipos sobre la esquizofrenia que pueden hacer que te consideren injustamente de manera negativa.

Si sospechas que algunos conocidos probablemente no te brinden apoyo, no es necesario que hables sobre tu enfermedad con ellos. Por otro lado, puedes creer que la única forma de combatir los estereotipos es ser abierto y aclarar las ideas falsas. La decisión es tuya.

HACER AMIGOS Y CONSERVARLOS

La esquizofrenia generalmente hace que sea más difícil relacionarse con los demás. Puedes tener problemas para expresar tus pensamientos y sentimientos, o puede resultarte difícil comprender los puntos de vista de los demás. Ten paciencia. Al igual que con otras cosas, hacer amigos se hace más fácil con la práctica.

Una cosa es segura: no puedes hacer amigos si te quedas sentado solo en tu habitación. Debes salir y participar en actividades de la comunidad. Esa es la mejor forma de conocer personas que compartan tus intereses, que es la semilla a partir de la cual crecen muchas amistades. Estas son algunas ideas para conocer gente:

- Entabla una conversación con los estudiantes que se sientan a tu lado en la clase.
- Hazte miembro de un grupo de estudiantes o de un club comunitario relacionado con tu pasatiempo.

- Ofrecete como voluntario en la escuela, la iglesia, la sinagoga o el centro comunitario.
- Inscríbete para practicar un deporte en la escuela o en una asociación deportiva local.

Si bien las actividades son importantes, no te sobrecargues de responsabilidades. Asegúrate de tener tiempo para relajarte y recuperar la energía. Una de las claves para un estilo de vida saludable es equilibrar la actividad y el descanso.

Otra forma de encontrar amigos es unirse a un grupo de autoayuda. Cuando estés triste, la recuperación de otra persona puede alentarte. Cuando te sientas abrumado, puedes obtener consejos de otras personas que tuvieron problemas similares. Y cuando te sientas orgulloso de tus logros, puedes compartir tu éxito con el grupo.

SALIDAS E INTIMIDAD FÍSICA

Las salidas pueden ser divertidas, pero a veces también pueden hacerte sentir nervioso y estresado. Esos sentimientos encontrados son normales, tengas o no esquizofrenia, pero es recomendable que los analices con tu proveedor de tratamiento. Tu proveedor puede ofrecer sugerencias útiles para manejar los fuertes sentimientos que las salidas pueden provocar.

Una decisión a la que te puedes enfrentar es si deseas o no tener relaciones íntimas con la persona con la que sales. Es un gran paso, por lo que se debe considerar cuidadosamente, y no decidirlo sin pensarlo. Si tienes una relación seria y duradera y estás considerando dar este paso, es recomendable que primero lo hables con un familiar, un proveedor de atención médica, un clérigo u otra persona mayor en la que confíes.

Ten en cuenta que la esquizofrenia y los medicamentos que se utilizan para tratarla a veces afectan el deseo y el desempeño sexual. Tanto en los hombres como en las mujeres, la falta de deseo y placer sexual son problemas comunes. Algunos hombres también pueden tener problemas para lograr y mantener una erección. Si tienes problemas sexuales que te perturban, habla sobre ellos con tu médico. Si bien puedes sentirte un poco avergonzado o incómodo, recuerda que la sexualidad es una parte normal de la vida y algo sobre lo que tu médico está acostumbrado a hablar.

Cómo evitar ser víctima de un delito

Un estereotipo acerca de la esquizofrenia es que está vinculada con el delito. Si bien hay una pizca de verdad en esta afirmación, la realidad es que las personas con esquizofrenia tienen muchas más probabilidades de ser víctimas que delincuentes.

Recientemente, un revelador estudio comparó 936 pacientes con enfermedades mentales graves con más de 32,000 personas de la población

en general. Más de un cuarto de los pacientes habían sido víctimas de tentativas de delitos violentos o de delitos violentos durante el año anterior, una tasa más de 11 veces superior al grupo de comparación. Los pacientes también tenían 4 veces más probabilidades que el grupo de comparación de haber sido víctimas de un delito contra la propiedad, y 140 veces más probabilidades de haber sufrido un robo. Si bien estos números son sorprendentes, es posible que en realidad sean cálculos demasiado bajos, ya que todos los pacientes del estudio estaban en tratamiento. Es probable que las personas con enfermedades mentales graves que no reciben atención sean presas aún más fáciles para los delincuentes.

Protégete para no convertirte en un número más de las estadísticas de delitos. Estas sugerencias pueden ser útiles:

- Pasa el tiempo libre en un lugar seguro. Es mucho menos probable que seas víctima de un delito en un centro de apoyo de pares que en la calle.
- No muestres dinero u otros objetos que podrían querer robarte — como teléfonos celulares o joyas— cuando estás en público.
- Presta atención a tus alrededores cuando caminas por la calle. Circula por áreas concurridas y bien iluminadas.
- Ten presente la diferencia entre tomar precauciones sensatas y tener pensamientos paranoides que pueden hacer que exageres. Para distinguir la diferencia, habla con tu proveedor de tratamiento sobre las inquietudes relacionadas con la seguridad que tengas.

Recuerda que también tienes derecho a decir “no” si sientes que no estás preparado para tener relaciones sexuales. No temas defender tu postura. Lamentablemente, aunque digas “no” de manera clara y directa, es posible que te encuentres con alguien que no respete tus deseos. Para minimizar este riesgo, evita las situaciones en las que seas vulnerable a insinuaciones no deseadas o agresiones sexuales. Es más seguro y generalmente más cómodo salir en grupo y limitar tus salidas a lugares públicos.

¿Cómo se pueden sobrellevar el estrés y los cambios?

El estrés y los cambios son inevitables, pero no son necesariamente malos. Un poco de estrés y de cambio puede darle sabor a tu vida, siempre que los manejes bien. Sin embargo, en las personas con esquizofrenia, el exceso de estrés puede empeorar los delirios y las alucinaciones. Además, el estrés prolongado puede crear nuevos problemas, lo que contribuye a una serie de dolencias físicas y psicológicas que incluyen desde ansiedad, depresión e irritabilidad hasta enfermedades cardíacas, trastornos digestivos e infecciones frecuentes.

Encontrar formas eficaces de controlar el estrés es una parte fundamental de vivir bien con esquizofrenia.

Encontrar formas eficaces de controlar el estrés es una parte fundamental de vivir

bien con esquizofrenia. Algunas fuentes de estrés pueden evitarse. Por ejemplo, si cumplir con las exigencias de cuatro materias te causa demasiada presión, puedes cursar sólo tres. Si vivir con un compañero de cuarto ruidoso provoca roces constantes, puedes buscar un nuevo compañero de cuarto. Si te sientes estresado por el aburrimiento y la inactividad, puedes unirte a un club y comenzar a realizar caminatas diarias.

Otras fuentes de estrés no se eliminan tan fácilmente. Para controlarlas, debes aprender a contrarrestar el estrés al relajar tu cuerpo y tranquilizar tu mente. A cada persona le resulta eficaz una estrategia diferente, por lo que debes experimentar hasta encontrar la más adecuada para ti. Estas son algunas sugerencias:

- Habla sobre lo que te molesta. Cuanto más tiempo mantengas reprimidos tus sentimientos, más probable es que se manifiesten de maneras inadecuadas, como el aislamiento social, las discusiones o el abuso de drogas o alcohol. Hablar sobre los problemas apenas surgen ayuda a evitar que la presión se acumule a niveles peligrosos. También te da la oportunidad de pedir ayuda, lo cual puede ayudarte a solucionar problemas antes que sea tarde.
- Cambia tu forma de ver los cambios. En lugar de considerar las nuevas exigencias como amenazas, intenta verlas como oportunidades para adquirir habilidades y demostrar lo que eres capaz de hacer. Un terapeuta puede ayudarte a trabajar para reemplazar los pensamientos negativos y autodestructivos por otros más positivos y constructivos.
- Haz ejercicio como parte de tu rutina diaria. El ejercicio —por ejemplo, caminar, nadar o andar en bicicleta— es una excelente forma de combatir el estrés. También mejora tu sensación de bienestar y es un buen pasatiempo. Además, ayuda a controlar el aumento de peso que es un efecto secundario de algunos medicamentos.
- Aprende métodos de relajación. Una forma simple de relajarse rápido es respirar lenta y profundamente varias veces, mientras te concentras en el aire que entra y sale. A algunas personas también les gusta imaginarse una escena relajante o escuchar música suave. Averigua qué es lo mejor para ti y ponlo en práctica de manera regular.

Muchas personas se sienten desesperadas cuando les diagnostican esquizofrenia. Pueden imaginarse un futuro sombrío marcado por la pérdida de sus sueños. Afortunadamente, no tiene por qué ser así. El tratamiento y la rehabilitación adecuados junto con un estilo de vida saludable pueden ayudar mucho a controlar los síntomas y optimizar la recuperación.

Existe la vida después de la esquizofrenia. Y puede ser una vida muy buena.

Unir las piezas: mi vida actual

Epílogo de mi historia

Continúo tomando los medicamentos que me recetaron. Me recuperé gracias a los medicamentos. Había tenido delirios durante años y nunca reconocí la falacia de mis creencias hasta que comencé a tomarlos.

Hace más de seis años que comencé a tomar medicamentos antipsicóticos. Con el tiempo, experimenté algunos efectos secundarios desagradables, pero pude manejarlos eficazmente con la ayuda de los médicos. Actualmente, nunca o casi nunca experimento efectos secundarios. La mejora de mi estado mental ha sido gradual pero continua, y no he tenido síntomas clínicos de esquizofrenia durante, al menos, cuatro años. También he logrado progresar en otros aspectos que no se pueden clasificar fácilmente desde el punto de vista médico. Mi productividad laboral y mi perspectiva de la vida parecen mejorar a medida que el tiempo pasa. A la mayoría de las personas que me conocen ahora les costaría creer que alguna vez tuve una enfermedad mental. Muchos se sorprenden cuando les digo que tengo esquizofrenia.

Ahora hablo sin tapujos sobre mi enfermedad. Casi todos mis compañeros de trabajo saben que tengo esquizofrenia, y también se lo conté a varias personas del departamento de bomberos. No parecen tratarme de distinto modo y me aceptan por lo que soy. Me di cuenta de que compartir mis problemas del pasado con amigos y compañeros de trabajo nos acercó más. No se alejaron de mí como podrías pensar. Desde luego, no tengo ningún síntoma de la enfermedad y estoy seguro de que la ausencia de estos síntomas influye en la opinión que tienen de mí.

Me di cuenta de que compartir mis problemas del pasado con amigos y compañeros de trabajo nos acercó más.

Pero las mejoras en mi vida no se deben únicamente a los medicamentos. Tuve la fortuna de contar con el apoyo continuo de mis familiares y amigos. Mis compañeros de cuarto (con quienes compartí una casa hasta que estuve psicótico) me perdonaron el alquiler que les adeudaba. Mis padres me permitieron vivir en su casa cuando estaba enfermo (en realidad, me exigieron que viviera allí). Dan y Helen me han ofrecido apoyo emocional constante, aunque los rechacé durante mi enfermedad, y Dan me permitió comenzar una nueva carrera con su ayuda económica. Otro amigo me regaló varios libros de referencia para ayudar con mi educación, y me contrató para realizar algunos trabajos de mantenimiento que podría haber hecho él mismo.

Además, una persona que sabía que tenía esquizofrenia me recomendó para mi trabajo actual. Esta persona no me encasilló como un loco. Después de obtener el trabajo, mi jefe me permitía tomar descansos cuando tenía mucha ansiedad. Mis compañeros del departamento de bomberos que conocen mi enfermedad me han alentado y me han alentado a asumir más responsabilidades a través de los años. ¡Hoy soy el presidente del

departamento!

No sientas vergüenza de aceptar ayuda. Nadie puede recuperarse de una enfermedad grave como la esquizofrenia sin la ayuda y el apoyo de los demás.

Intenta ser paciente cuando midas tu progreso. Todos mis avances han sido graduales. El éxito tarda en llegar. Todos aquellos con una enfermedad mental grave deben comprenderlo. Date una oportunidad. Puedes tener problemas graves ahora, pero todo puede mejorar lentamente. No intentes lograr demasiadas cosas demasiado rápido porque puedes extralimitarte. Fíjate metas pequeñas e intenta lograr pequeñas mejoras en tu vida. Con el tiempo, se convertirán en grandes mejoras.

Fíjate metas pequeñas e intenta lograr pequeñas mejoras en tu vida.

También debes comprender que el tratamiento conlleva ciertas dificultades. Tuve varios problemas que me desanimaron, por ejemplo, depresión, ansiedad y aumento de peso. Si colaboras estrechamente con tu médico, puedes superar estas dificultades, o minimizarlas. ¡No te rindas! Y, lo que es más importante, toma los medicamentos e informa *cualquier* problema que tengas a tu médico. La esquizofrenia es una enfermedad que se debe tomar en serio y se debe controlar durante toda la vida. Si tienes esquizofrenia, no dejes el tratamiento cuando te sientas mejor porque es justamente gracias al tratamiento que te sientes mejor. Tampoco dejes el tratamiento si te sientes peor, debes solucionar estos problemas con la ayuda de tu médico.

Si no puedes pagar el tratamiento, consulta con el médico, el farmacéutico y el departamento de salud estatal sobre los planes especiales de ayuda para pagar el tratamiento. No seas demasiado orgulloso para aceptar ayuda económica de cualquier fuente, ya sean programas gubernamentales, becas o la ayuda de familiares y amigos. Siempre puedes encontrar la forma de corresponder a esta generosidad cuando estés mejor. En mi caso, utilicé un plan de medicamentos subsidiado por el gobierno para pagar mis medicamentos durante más de un año. ¡Encuentra una forma de continuar con tu tratamiento como sea!

No pierdas la esperanza. Mira hacia el futuro, no hacia el pasado. ¡Buena suerte!

Preguntas frecuentes

Toma de decisiones sobre el tratamiento

Sé que necesito ayuda, pero no sé dónde comenzar a buscarla. ¿Alguna sugerencia?

Tus padres u otros familiares adultos generalmente son la primera y mejor fuente de asistencia para buscar ayuda profesional. Sin embargo, otras buenas fuentes son los médicos de cabecera, consejeros escolares, enfermeros escolares o clérigos. Si estás en la universidad, el centro de terapia estudiantil probablemente no ofrecerá el tipo de tratamiento que necesitas para la esquizofrenia, pero es posible que pueda derivarte a otros recursos de tratamiento en el campus o en la comunidad. El programa de asistencia para empleados de tu trabajo o del trabajo de tus padres también puede hacerlo. Además el Center for Mental Health Services del gobierno federal ofrece un directorio gratuito en Internet de proveedores de servicios de salud mental de todo el país (mentalhealth.samhsa.gov/databases).

Ya estoy en tratamiento, pero no estoy conforme con la atención que recibo. ¿Qué puedo hacer?

En primer lugar, asegúrate de que tus expectativas sean realistas. A medida que pasa el tiempo, deberías sentirte cómodo con tu proveedor de tratamiento y ser capaz de confiar en que hace lo mejor para ti. Tu angustia debería reducirse gradualmente, mientras que tu seguridad en ti mismo y tu capacidad para desenvolverte en la vida diaria deberían aumentar lentamente. No obstante, el tratamiento de la esquizofrenia puede llevar meses o años, no días, y requiere un gran esfuerzo de tu parte. Si estás dando lo mejor de ti, pero sientes que no obtienes resultados adecuados, habla con tu proveedor sobre tus inquietudes. Un buen proveedor agradecerá este tipo de comentarios y responderá a tus preguntas. Si intentaste esto y sigues insatisfecho, puedes concertar una cita con otro proveedor, que puede ayudarte a decidir si es tiempo de buscar otro médico o terapeuta.

Vivir con esquizofrenia

¿Cómo puedo controlar mi peso ahora que tomo medicamentos para la esquizofrenia?

El aumento de peso es un efecto secundario común de los medicamentos antipsicóticos. La clozapina y la olanzapina tienen fama de producir grandes aumentos, de 15 libras o más, pero otros medicamentos también pueden hacer subir de peso.

Una dieta saludable y el ejercicio regular son fundamentales para controlar este problema y promover la buena salud. Los expertos recomiendan una dieta compuesta principalmente por frutas, verduras, cereales integrales y leche y productos lácteos sin grasa o con bajo contenido de grasa. También se pueden incluir carnes magras, aves, pescados, frijoles, huevos y nueces. Si bien puedes darte un gusto ocasionalmente, debes restringir las comidas ricas en grasa y azúcar agregada. En cuanto al ejercicio, debes realizar al menos 30 minutos de actividad física moderada todos o casi todos los días de la semana. Si deseas bajar de peso, y no sólo evitar aumentar, probablemente debas ejercitarte durante más tiempo.

¿Se pueden tratar los síntomas mediante un complemento o una dieta especial?

La dieta saludable descrita anteriormente puede ayudar a que te sientas mejor en general. Sin embargo, no se ha demostrado que un complemento o una dieta especial sean un tratamiento específico para los síntomas de la esquizofrenia. Según algunos estudios preliminares, la eliminación del trigo y de la leche podría ayudar a reducir la gravedad de los síntomas en un pequeño porcentaje de pacientes con esquizofrenia, pero se necesitan estudios de mayor envergadura para confirmar esos resultados. Como los alimentos de trigo integral y la leche y los productos lácteos sin grasa o con bajo contenido de grasa son muy nutritivos, es importante que no los elimines de tu dieta sin consultar antes al médico. Asimismo, recuerda que ni los complementos ni la dieta pueden reemplazar los medicamentos y la terapia.

¿Puedo conducir si tengo esquizofrenia?

No hay una respuesta universal a esta pregunta. Algunas personas con esquizofrenia tienen dificultades para planificar y tomar decisiones, lo cual puede afectar su capacidad de planificar una ruta y tomar buenas decisiones mientras conducen. Otras tienen problemas para prestar atención, lo cual obviamente puede ser peligroso al conducir. Además, algunos estudios demuestran que los medicamentos antipsicóticos pueden reducir el tiempo de reacción de las personas, lo cual puede afectar su capacidad de frenar rápidamente o virar bruscamente para evitar un obstáculo. En resumen, para conducir un carro se necesitan planificación, capacidad de tomar decisiones, concentración y coordinación, y todas estas capacidades pueden verse afectadas por la esquizofrenia o por su tratamiento.

Antes de conducir, consulta con tu proveedor de atención médica si es seguro para ti.

La esquizofrenia en la sociedad

¿Es cierto que las personas con esquizofrenia generalmente son violentas?

La percepción pública de que las personas con esquizofrenia suponen un peligro para los demás ha sido alimentada por la intensa cobertura periodística de algunos sucesos aislados, aunque trágicamente memorables, como la muerte de una joven que un hombre con esquizofrenia sin tratar empujó frente al metro en la ciudad de Nueva York. No obstante, como grupo, las personas con esquizofrenia que reciben un tratamiento adecuado no tienen más probabilidades de tener una conducta violenta que las personas que no tienen la enfermedad. Un pequeño subgrupo de aquellos con esquizofrenia parece tener riesgo de ser violentos. Sin embargo, este riesgo puede minimizarse si toman los medicamentos según lo indicado y evitan el abuso de drogas y alcohol. En realidad, la vasta mayoría de los delitos violentos son cometidos por personas que *no* tienen una enfermedad mental.

¿Cuál es la relación entre la esquizofrenia y la falta de hogar?

Se calcula que entre el 20% y el 25% de las personas sin hogar tienen una enfermedad mental grave, como la esquizofrenia. Generalmente, tienen síntomas activos y sin tratar, por lo que les resulta muy difícil buscar la ayuda que necesitan. Muchos de ellos también abusan de las drogas o el alcohol, y la mayoría ha perdido el contacto con sus familiares. Si no reciben asistencia pública, las personas sin hogar que tienen esquizofrenia a veces terminan viviendo en la calle durante años. Sin embargo, cuando se les da la oportunidad, la mayoría puede beneficiarse con el tratamiento, la vivienda y los servicios de apoyo. Para obtener más información sobre este importante tema, visita los sitios web del National Resource and Training Center on Homelessness and Mental Illness

(www.nrchmi.samhsa.gov) y de la National Coalition for the Homeless (www.nationalhomeless.org).

La lucha contra los estereotipos y el estigma

¿Qué significa realmente tener una enfermedad mental?

Una enfermedad mental es simplemente un trastorno cerebral que afecta los pensamientos, los estados de ánimo, los sentimientos o las conductas complejas, por ejemplo, relacionarte con otras personas o planificar actividades futuras. En realidad, tener una enfermedad mental es lo mismo que tener un trastorno que afecta el corazón, los pulmones, los músculos o los huesos. Lamentablemente, no todo el mundo lo comprende. Algunas personas asocian equivocadamente tener una enfermedad mental con ser débil o peligroso. Puesto que “enfermedad mental” es un término tan cargado de emotividad, es posible que a veces te sientas más cómodo refiriéndote a la esquizofrenia como “trastorno cerebral”. Sin embargo, eso depende totalmente de ti. Ambos términos son igualmente exactos.

¿Cómo debo reaccionar ante los comentarios hirientes de los demás?

Recuerda que su conducta los desacredita a ellos, no a ti. Como mínimo, su conducta indica que no están bien informados, un problema común. Según una encuesta de 2006 patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), solamente alrededor de un cuarto de los adultos jóvenes de 18 a 24 años creen que una persona con una enfermedad mental puede recuperarse, y menos de la mitad de los estadounidenses creen que alguien con una enfermedad mental puede ser tan exitoso en el trabajo como cualquier otro. El mejor antídoto contra tales estereotipos es la verdad. Mira a la persona a los ojos y expón tu caso brevemente con voz calmada. Una respuesta firme, pero amable, generalmente es todo lo que se necesita para aclarar las cosas. Pero si la persona continúa haciendo comentarios denigrantes o maliciosos, simplemente aléjate. Por ningún motivo debes soportar que te insulten o te falten al respeto.

¿Qué más puedo hacer para hacer correr la voz sobre el tema de la esquizofrenia?

Si estás interesado en luchar contra el estigma y promover el cambio a gran escala, considera ofrecerte como voluntario para una organización como la National Alliance on Mental Illness (NAMI, 800-950-6264, www.nami.org) o la National Mental Health Association (800-969-6642, www.nmha.org). Estas dos organizaciones tienen programas de defensa activos que se esfuerzan por influir en la política pública a nivel municipal, estatal y nacional. Puedes participar de muchas formas, por ejemplo, puedes escribir a los legisladores, hablar con los medios, hacer presentaciones o tomar parte en la recaudación de fondos. Al hacerte oír, le harás saber a la sociedad que las personas con esquizofrenia son una fuerza positiva que se debe tener en cuenta.

Glosario

abulia: falta total de iniciativa y motivación.

ácido gamma aminobutírico (gamma-amino-butyric acid, GABA por sus siglas en inglés): neurotransmisor que inhibe la circulación de señales nerviosas en las neuronas bloqueando la liberación de otros neurotransmisores.

adaptación razonable: ajuste al trabajo o al ambiente laboral que permite a una persona calificada que tiene una incapacidad llevar a cabo las funciones esenciales de su trabajo.

administración de casos: servicio diseñado para brindar acceso a los distintos tratamientos y servicios que recibe una persona, y coordinarlos.

afasia: reducción de la cantidad o calidad del habla.

afecto plano: falta extrema de signos de expresión emocional.

afecto: estado emocional cambiante de una persona.

agranulocitosis: trastorno en el cual la médula ósea no produce suficientes glóbulos blancos para combatir las infecciones. Es un posible efecto secundario del Clozaril (clozapina).

alucinación auditiva: oír algo que otras personas no pueden oír. Este tipo de alucinación generalmente se manifiesta mediante voces.

alucinación: impresión sensorial falsa, en la que la persona ve, oye, huele, saborea o siente algo que no existe realmente.

anhedonia: pérdida de interés o placer en actividades que una persona antes disfrutaba.

antipsicótico atípico: uno de los más recientes medicamentos antipsicóticos.

antipsicótico típico: uno de los medicamentos antipsicóticos de primera generación.

antipsicótico: medicamento que se utiliza para tratar los síntomas de la esquizofrenia.

Artículo 504: artículo de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) que se aplica a los estudiantes que tienen un impedimento físico o mental que les impide sustancialmente realizar una o más actividades principales de la vida.

ataque de pánico: oleada repentina e inesperada de miedo y aprensión intensa, que está acompañada de síntomas físicos, como taquicardia, dificultad para respirar y sudoración. El TOC se caracteriza por pensamientos reiterados e incontrolables que causan ansiedad y acciones repetitivas que la persona se siente obligada a realizar en respuesta a estos pensamientos.

atención administrada: sistema diseñado para reducir el costo de la atención médica.

brote psicótico: pérdida de contacto con la realidad como resultado de la esquizofrenia.

centro de apoyo de pares: lugar seguro al que las personas con enfermedades mentales

pueden acudir para socializar y obtener apoyo y ayuda de manera informal.

centro residencial terapéutico: establecimiento que brinda tratamiento, en el que la persona vive en un ambiente tipo residencia con un grupo pequeño de personas. El tratamiento es menos especializado e intensivo que en un hospital, pero la estadía puede ser considerablemente mayor.

club social: lugar donde las personas con enfermedades mentales pueden adaptarse lentamente a un día de trabajo, primero al realizar las tareas necesarias para administrar el club social y luego, al realizar trabajos temporales en la comunidad.

corteza prefrontal: parte del cerebro relacionada con el pensamiento complejo, la solución de problemas y la emoción.

delirio de grandeza: sentido irracional y muy exagerado del propio poder, conocimiento o relación especial con Dios o con una persona famosa.

delirio de persecución: creencia irracional de que conspiran contra uno, lo espían, lo siguen, lo engañan o lo acosan.

delirio: creencia personal falsa que no tiene una base real y que permanece inalterable incluso cuando a la persona se le presentan evidencias sólidas que demuestran lo contrario.

depresión mayor: trastorno que implica estar decaído casi todo el tiempo, o perder el interés o el placer por casi todo. Estos sentimientos duran dos semanas, como mínimo, y pueden causar mucha angustia o dificultad en la vida diaria.

desinstitucionalización: movimiento que produjo el alta generalizada de los individuos internados en instituciones de salud mental.

discinesia tardía: trastorno que causa movimientos reiterados, involuntarios y sin sentido que a veces se desarrolla después del uso prolongado de medicamentos antipsicóticos, especialmente los de primera generación.

dopamina: neurotransmisor que es esencial para el movimiento y que también influye en la motivación y la percepción de la realidad.

electroencefalograma (EEG): técnica de diagnóstico que produce un registro gráfico de la actividad eléctrica del cerebro.

empleo financiado: servicio que ayuda a las personas con enfermedades mentales a encontrar y conservar trabajos en la comunidad que ofrezcan al menos un salario mínimo y que se adapten a sus intereses y habilidades.

enseñanza de habilidades para controlar la enfermedad: programa que tiene como fin ayudar a las personas con enfermedades mentales a desarrollar estrategias personales para sobrellevar su afección.

enseñanza de habilidades sociales: programa que ayuda a las personas con esquizofrenia a desarrollar las habilidades que necesitan para comunicarse eficazmente e interactuar de manera adecuada con los demás.

esquizofrenia catatónica: tipo de esquizofrenia que se caracteriza por graves alteraciones del movimiento y una marcada reducción de la receptividad al mundo exterior.

esquizofrenia desorganizada: tipo de esquizofrenia que se caracteriza por el habla y la conducta desorganizada y el afecto plano o inapropiado.

esquizofrenia paranoide: tipo de esquizofrenia que se caracteriza por delirios notables o alucinaciones auditivas frecuentes. Los delirios generalmente son de persecución.

esquizofrenia: trastorno mental grave y crónico que produce síntomas como percepciones y pensamientos distorsionados, habla y conducta desorganizada y reducción de la capacidad de sentir emociones.

estabilizador del estado de ánimo: medicamento que ayuda a nivelar los cambios extremos en el estado de ánimo.

glutamato: neurotransmisor que promueve la circulación de señales nerviosas en las neuronas.

grupo de autoayuda: grupo que permite que las personas con una problema común se reúnan y compartan apoyo, aliento y consejos prácticos.

hipocampo: estructura cerebral relacionada con la emoción, el aprendizaje y la memoria.

hospitalización parcial: opción de tratamiento en la que la persona pasa al menos cuatro horas del día en terapia y recibe otros servicios terapéuticos afines, pero regresa a la casa a la noche. Se brinda una amplia variedad de servicios, por ejemplo, terapia individual o de grupo, educación especial, capacitación laboral y actividades terapéuticas recreativas.

imágenes por resonancia magnética (IRM): potente técnica de diagnóstico por imágenes que usa imanes y ondas de radio para producir imágenes de los órganos y tejidos del cuerpo.

Ley de Educación para Personas con Incapacidades de 2004 (Individuals with Disabilities Education Improvement Act, IDEA por sus siglas en inglés): ley federal que se aplica a los estudiantes que tienen una incapacidad que afecta su capacidad de aprovechar los servicios educativos generales.

Ley para Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA por sus siglas en inglés): ley federal que brinda protecciones de los derechos civiles para las personas con incapacidades. Las protecciones son similares a las proporcionadas a los individuos por razones de raza, color, sexo, origen nacional, edad y religión.

Medicaid: programa gubernamental, financiado con fondos federales y estatales, que ofrece seguros de salud a individuos incapacitados y con bajos recursos que cumplen con los requisitos de elegibilidad.

medicamentos de liberación prolongada: tipo especial de inyección que libera el medicamento lentamente durante unas semanas.

neurona: célula nerviosa que está especialmente diseñada para enviar información a otras células nerviosas, musculares o glandulares.

neurotransmisor: sustancia química que actúa como mensajero dentro del cerebro.

programa de educación personalizado (individualized education program, IEP por

sus siglas en inglés): plan educativo escrito para cada estudiante que reúne los requisitos para recibir los servicios estipulados en la Ley de Educación para Personas con Incapacidades de 2004 (Individuals with Disabilities Education Improvement Act).

Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (State Child Health Insurance Program, SCHIP por sus siglas en inglés): programa federal-estatal que ofrece cobertura de seguro de salud para los niños de ciertas familias de bajos ingresos que no son elegibles para Medicaid.

psicoeducación familiar: programa que ayuda a los miembros de la familia a unirse con la persona que tiene un enfermedad mental para trabajar juntos y lograr la recuperación.

psicólogo: profesional de la salud mental que evalúa y realiza terapia para trastornos mentales y emocionales.

psicosis: síntomas positivos de esquizofrenia, especialmente delirios y alucinaciones.

psiquiatra: médico que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y problemas emocionales.

recaída: reaparición de los síntomas luego del periodo de mejora.

receptor: molécula que reconoce una sustancia química específica, como un neurotransmisor. Para que un mensaje químico se envíe desde una célula nerviosa a otra, el mensaje debe transmitirse a un receptor equivalente en la superficie de la célula nerviosa receptora.

rehabilitación psicosocial: programas que ofrecen capacitación psicológica, social y laboral, lo que ayuda a las personas con enfermedades mentales a recuperar las habilidades que perdieron debido a su afección y a desarrollar nuevas habilidades para manejar la enfermedad. También se denomina rehabilitación psiquiátrica.

revisión de utilización: revisión formal de los servicios de atención médica para determinar si se debe autorizar o denegar el pago de tales servicios.

serotonina: neurotransmisor que ayuda a regular el estado de ánimo, el sueño, el apetito y el deseo sexual.

sinapsis: espacio entre dos células nerviosas donde la información se transmite de una célula a la siguiente.

síndrome neuroléptico maligno: problema del sistema nervioso que puede afectar los riñones. Es un efecto secundario poco común, pero grave, de los medicamentos antipsicóticos.

síntomas cognitivos: déficit de las capacidades de pensamiento producido por la esquizofrenia, por ejemplo, problemas para tomar decisiones, prestar atención y recordar.

síntomas negativos: emociones y conductas normales que son reducidas por la esquizofrenia y generalmente incluyen un aislamiento gradual del mundo.

síntomas positivos: percepciones, pensamientos y conductas anormales que son

producidos por la esquizofrenia y que generalmente representan una ruptura con la realidad.

síntomas prodrómicos: síntomas preliminares de la esquizofrenia que pueden aparecer entre dos y seis años antes de que se produzca el primer episodio importante.

terapia cognitiva: forma de terapia que se centra en corregir patrones de pensamiento equivocados.

terapia conductual: forma de terapia que se centra en cambiar o reemplazar las conductas no deseadas.

terapia de apoyo: forma de terapia conversacional cuyo objetivo es fortalecer las habilidades de superación de las personas y brindarles tranquilidad.

terapia de grupo: forma de terapia conversacional en la que un grupo de personas con problemas similares trabajan juntas sobre temas específicos bajo la supervisión de un terapeuta.

terapia familiar: forma de terapia conversacional en la que varios miembros de una familia participan juntos en sesiones de terapia.

terapia ocupacional: campo de la atención médica que ayuda a los pacientes con enfermedades crónicas a aprender las habilidades necesarias para la vida diaria.

terapia recreativa: campo de la atención médica que usa actividades como arte y artesanías, juegos, danzas, movimientos y música para mejorar el bienestar general y ayudar a los pacientes a poner a punto sus habilidades sociales.

trastorno de identidad disociativo: trastorno mental en el que una persona tiene dos o más identidades distintas que se turnan para controlar su conducta. También se denomina trastorno de personalidad múltiple.

trastorno esquizoafectivo: trastorno mental que combina las percepciones y los pensamientos distorsionados de la esquizofrenia con graves alteraciones del estado de ánimo.

trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): trastorno mental que se caracteriza por pensamientos reiterados e incontrolables que causan ansiedad y acciones repetitivas que la persona se siente obligada a realizar en respuesta a estos pensamientos.

tratamiento asertivo comunitario (assertive community treatment, ACT por sus siglas en inglés): enfoque de tratamiento para personas que padecen enfermedades mentales graves y crónicas. Un equipo de profesionales trabaja en conjunto para brindar tratamiento y apoyo integrales que se adaptan a las necesidades de cada persona.

ventrículos: cavidades llenas de líquido dentro del cerebro.

Recursos

Organizaciones

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

3615 Wisconsin Ave. NW

Washington, DC 20016

(202) 966-7300

www.aacap.org

www.parentsmedguide.org

American Psychiatric Association

1000 Wilson Blvd., Suite 1825

Arlington, VA 22209

(888) 357-7924

www.psych.org

www.healthyminds.org

www.parentsmedguide.org

American Psychological Association

750 First St. NE

Washington, DC 20002

(800) 374-2721

www.apa.org

www.apahelpcenter.org

www.psychologymatters.org

Assertive Community Treatment Association

810 E. Grand River Ave., Suite 102

Brighton, MI 48116

(810) 227-1859

www.actassociation.org

International Center for Clubhouse Development

425 West 47th St.

New York, NY 10036

(212) 582-0343

www.iccd.org

NARSAD, The National Mental Health Research Association

60 Cutter Mill Rd., Suite 404

Great Neck, NY 11021

(800) 829-8289

www.narsad.org

National Alliance on Mental Illness

Colonial Place Three

2107 Wilson Blvd., Suite 300

Arlington, VA 22201

(800) 950-6264

www.nami.org

National Institute of Mental Health

6001 Executive Blvd., Room 8184, MSC 9663

Bethesda, MD 20892

(866) 615-6464

www.nimh.nih.gov

National Mental Health Association

2001 N. Beauregard St., 12th Floor

Alexandria, VA 22311

(800) 969-6642

www.nmha.org

National Mental Health Consumers' Self-Help Clearinghouse

1211 Chestnut St., Suite 1207
Philadelphia, PA 19107
(800) 553-4539
www.mhselfhelp.org
www.cdsdirectory.org

National Mental Health Information Center

P.O. Box 42557
Washington, DC 20015
(800) 789-2647
www.mentalhealth.samhsa.gov

National Schizophrenia Foundation

403 Seymour Ave., Suite 202
Lansing, Michigan 48933
(800) 482-9534
www.nsfoundation.org

World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders

124 Merton St., Suite 507
Toronto, Ontario, M4S 2Z2
Canadá
(416) 961-2855
www.world-schizophrenia.org

Cuestiones educativas

Ley de Educación para Personas con Incapacidades de 2004 (Individuals with Disabilities Education Improvement Act)

U.S. Department of Education
Office of Special Education and Rehabilitative Services
400 Maryland Ave. SW
Washington, DC 20202
(800) 872-5327

www.ed.gov/idea

Office for Civil Rights

U.S. Department of Education

550 12th St. SW

Washington, DC 20202-1100

(800) 421-3481

www.ed.gov/ocr

Parent Advocacy Coalition for Educational Rights

8161 Normandale Blvd.

Minneapolis, MN 55437

(952) 838-9000

www.pacer.org

Cuestiones laborales

Ley para Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act)

U.S. Department of Justice

Civil Rights Division, Disability Rights Section

950 Pennsylvania Ave. NW

Washington, DC 20530

(800) 514-0301

www.ada.gov

Job Accommodation Network

U.S. Department of Labor

Office of Disability Employment Policy

P.O. Box 6080

Morgantown, WV 26506

(800) 526-7234

www.jan.wvu.edu

Cuestiones legales (general)

Bazelon Center for Mental Health Law

1101 15th St. NW, Suite 1212

Washington, DC 20005

(202) 467-5730

www.bazelon.org

National Disability Rights Network

900 Second St. NE, Suite 211

Washington, DC 20002

(202) 408-9514

www.napas.org

Libros

DeLisi, Lynn E. *100 Questions & Answers About Schizophrenia: Painful Minds*. Sudbury, MA: Johns and Bartlett, 2006.

Frith, Christopher, and Eve Johnstone. *Schizophrenia: A Very Short Introduction*. New York: Oxford University Press, 2003.

Miller, Rachel, and Susan E. Mason. *Diagnosis Schizophrenia: A Comprehensive Resource*. New York: Columbia University Press, 2002.

Torrey, E. Fuller. *Surviving Schizophrenia: A Manual for Families, Consumers, and Providers* (4th ed.). New York: HarperCollins, 2001.

Relatos en primera persona

McLean, Richard. *Recovered, Not Cured*. Crows Nest, Australia: Allen & Unwin, 2003.

Steele, Ken, and Claire Berman. *The Day the Voices Stopped: A Memoir of Madness and Hope*. New York: Basic Books, 2001.

Wagner, Pamela Spiro, and Carolyn S. Spiro. *Divided Minds: Twin Sisters and Their Journey Through Schizophrenia*. New York: St. Martin's Press, 2005.

Relatos biográficos

Nasar, Sylvia. *A Beautiful Mind*. New York: Simon & Schuster, 1998.

Sitios web

Evidence-Based Practices Shaping Mental Health Services Toward Recovery, Center for Mental Health Services and the Robert Wood Johnson Foundation, www.mentalhealthpractices.org

HUBIN: Human Brain Informatics, Karolinska Institute Department of Clinical Neuroscience, www.hubin.org/index_en.html

MindZone, Annenberg Foundation Trust at Sunnylands with the Annenberg Public Policy Center of the University of Pennsylvania, www.CopeCareDeal.org

New York City Voices, www.newyorkcityvoices.org

Ayuda para trastornos relacionados

Trastornos de ansiedad

ORGANIZACIONES

Anxiety Disorders Association of America, (240) 485-1001, www.adaa.org

Freedom From Fear, (718) 351-1717, www.freedomfromfear.org

Obsessive-Compulsive Foundation, (203) 401-2070, www.ocfoundation.org

LIBROS

Ford, Emily, with Michael R. Liebowitz, M.D., and Linda Wasmer Andrews. *Lo que debes pensar de mí: relato personal de la experiencia de una adolescente con el trastorno de ansiedad social*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2007.

Kant, Jared, with Martin Franklin, Ph.D., and Linda Wasmer Andrews. *El pensamiento es lo que cuenta: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno obsesivo-compulsivo*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, en preparación en 2008.

Trastornos del estado de ánimo

ORGANIZACIONES

Child and Adolescent Bipolar Foundation, (847) 256-8525, www.cabf.org

Depression and Bipolar Support Alliance, (800) 826-3632, www.dbsalliance.org

Depression and Related Affective Disorders Association, (410) 583-2919, www.drada.org

Families for Depression Awareness, (781) 890-0220, www.familyaware.org

LIBROS

Irwin, Cait, with Dwight L. Evans, M.D., and Linda Wasmer Andrews. *Días grises: relato personal de la experiencia de un adolescente con la depresión*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2007.

Jamieson, Patrick E., Ph.D., with Moira A. Rynn Ph.D. *Carrera mental: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno bipolar*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2006.

Abuso de sustancias

ORGANIZACIONES

Alcoholics Anonymous, (212) 870-3400 (consulta el directorio para obtener el número local), www.aa.org

American Council for Drug Education, (800) 488-3784, www.acde.org

Narcotics Anonymous, (818) 773-9999, www.na.org

National Council on Alcoholism and Drug Dependence, (800) 622-2255, www.ncadd.org

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (301) 443-3860, www.niaaa.nih.gov,
www.collegedrinkingprevention.gov

National Institute on Drug Abuse, (301) 443-1124, www.drugabuse.gov,
teens.drugabuse.gov

Partnership for a Drug-Free America, (212) 922-1560, www.drugfreeamerica.com

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (800) 729-6686,
ncadi.samhsa.gov, csat.samhsa.gov, prevention.samhsa.gov

LIBRO

Keegan, Kyle, with Howard B. Moss, M.D. *Tras un viaje: relato personal de la experiencia de un adolescente con el abuso de sustancias*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, en preparación en 2008.

SITIOS WEB

Facts on Tap, Phoenix House, www.factsontap.org

Freevibe, National Youth Anti-Drug Media Campaign, www.freevibe.com

The New Science of Addiction: Genetics and the Brain, Genetic Science Learning Center at the University of Utah, gslc.genetics.utah.edu/units/addiction

Pensamientos suicidas

ORGANIZACIONES

American Foundation for Suicide Prevention, (888) 333-2377, www.afsp.org

Jed Foundation, (212) 647-7544, www.jedfoundation.org

Suicide Awareness Voices of Education, (952) 946-7998, www.save.org

Suicide Prevention Action Network USA, (202) 449-3600, www.spanusa.org

LIBRO

Lezine, DeQuincy A., Ph.D., and David Brent, M.D. *Desde el octavo piso: un adolescente que elige la esperanza al suicidio*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, en preparación en 2008.

LÍNEAS DIRECTAS

National Hopeline Network, (800) 784-2433, www.hopeline.com

National Suicide Prevention Lifeline, (800) 273-8255, www.suicidepreventionlifeline.org

Bibliografía

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Bellack, Alan S., Kim T. Mueser, Susan Gingerich, and Julie Agresta. *Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2004.
- Evans, Dwight L., Edna B. Foa, Raquel E. Gur, Herbert Hendin, Charles P. O'Brien, Martin E. P. Seligman, and B. Timothy Walsh (Eds.). *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center of the University of Pennsylvania, 2005.
- Green, Michael Foster. *Schizophrenia Revealed: From Neurons to Social Interactions*. New York: W.W. Norton: 2003.
- Gur, Raquel E., and Ann Braden Johnson. *Si su adolescente padece esquizofrenia: un recurso fundamental para los padres*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2006.

Índice

Nota: los números de página seguidos de una “t” indican tablas o cuadros de texto.

- Abilify (aripiprazol), 57t
- abulia, 28, 87
- ácido gamma aminobutírico (GABA), 8, 9, 87
- ACT. Ver tratamiento asertivo comunitario
- ADA. Ley para Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act), 72-73
- afecto inapropiado, 63
- afecto plano, 27, 30
- agranulocitosis, 56
- alcohol, 52, 77t
- alucinaciones, 25, 29, 30t
- anhedonia, 28
- antipsicóticos de primera generación, 55, 57t
- antipsicóticos de segunda generación, 56, 57t
- aquitisia, 66
- aripiprazol (Abilify), 57t
- ataques de pánico, 53
- “Bedlam 1946: Most U.S. Mental Hospitals Are a Shame and a Disgrace”, 54t
- café, 52t-53t
- Center for Mental Health Services, 84
- centros de apoyo de pares, 68
- clorpromazina (Thorazine), 54t
- clozapina (Clozaril), 52t, 84
- cocaína, 52
- conducta catatónica, 26
- delito, 55t, 59t
- Departamento de Educación de los Estados Unidos, 70
- Departamento de Justicia de los Estados Unidos, 731
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 86
- diabetes, 57t
- dieta, 84-85
- discinesia tardía, 57t
- dopamina, 8-9
- ejercicio, 77t, 81
- encefalitis viral, 51
- enseñanza de habilidades para controlar la enfermedad, 68
- enseñanza de habilidades sociales, 67
- epilepsia, 51
- esclerosis múltiple, 51
- esquizofrenia catatónica, 31.
- esquizofrenia desorganizada, 30
- falta de hogar, 52, 55t, 69, 85
- flufenazina (Prolixin), 55
- fumar, 33, 49, 52t
- GABA. Ver ácido gamma aminobutírico
- genética, 7, 10
- Geodon (ziprasidona), 57t
- glutamato, 8-9
- GovBenefits.gov, 46
- grupos de autoayuda, 69
- Haldol (haloperidol), 55
- haloperidol (Haldol), 55
- hogares comunitarios, 74
- IDEA. Ver Ley de Educación para Personas con Incapacidades (Individuals with

Disabilities Education Improvement Act)

IEP. Ver programa de educación personalizado

Insure Kids Now!, 46

Job Accommodation Network del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 73

Ley de Educación para Personas con Incapacidades de 2004 (IDEA), 70

Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, 72, 87

Life, 54t

manía, 30t

marihuana, 51-52

Medicaid, 46

NAMI. Ver National Alliance on Mental Illness

National Alliance on Mental Illness (NAMI), 69, 86

National Coalition for the Homeless, 86

National Mental Health Association (NMHA), 69, 86

National Mental Health Consumers' Self-Help Clearinghouse, 69

National Resource and Training Center on Homelessness and Mental Illness, 85

National Suicide Prevention Lifeline, 45t

Navane (tiotixeno), 55

neurotransmisores, 8

nicotina. Ver fumar

NMHA. Ver National Mental Health Association

olanzapina (Zyprexa), 84

paranoia, 12

Parent Advocacy Coalition for Educational Rights, 70

pensamientos suicidas, 30t, 44t, 53

perfenazina (Trilafon), 55

programa de educación personalizado (IEP), 70, 89

Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (SCHIP), 46

programas de defensa, 86

programas de rehabilitación psicosocial, 66

programas del Artículo 8, 76

programas del Capítulo 9, 76

Prolixin (flufenazina), 55

psicoeducación familiar, 68

psicosis, 63

psicoterapia, de apoyo (terapia conversacional), 59-60, 67

quetiapina (Seroquel), 57t

Reader's Digest, 54t

reserpina, 54t

Risperdal (risperidona), 57t

salidas, 79

SCHIP. Ver Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil

Schizophrenics Anonymous, 69

Seroquel (quetiapina), 57t

serotonina, 8-9, 56

sida, 2

síndrome neuroléptico maligno, 90

síntomas cognitivos, esquizofrenia, 28

síntomas negativos, esquizofrenia, 24

síntomas positivos, esquizofrenia, 24

síntomas prodrómicos, 91

Stelazine (trifluoperazina), 55

subtipos, esquizofrenia: catatónica, 31; desorganizada, 30; paranoide, 29

suplementos a base de hierbas, 58

terapia cognitiva, 60

terapia conductual, 60

terapia de grupo, 60

terapia, 59
The Snake Pit, 54t
Thorazine (clorpromazina), 54t, 55
tiotixeno (Navane), 55
TOC. Ver trastorno obsesivo-compulsivo
trastorno de identidad disociativo, 5t
trastorno esquizoafectivo, 11t, 30t, 56, 58t,
76t
trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), 53
tratamiento asertivo comunitario (ACT), 69
trifluoperazina (Stelazine), 55
Trilafon (perfenazina), 55
tumores cerebrales, 51
viajes, 69
vitaminas, 58
World Health Organization, 7
ziprasidona (Geodon), 50, 57t
Zyprexa (olanzapina), 52t, 57t, 84