

27

ESQUIZOFRENIA. ASPECTOS CLÍNICOS Y ETIOLÓGICOS. ASPECTOS COGNITIVOS.

GUIÓN - ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN**
 - 2.1. Criterios diagnósticos DSM
 - 2.1.1. Criterios diagnósticos DSM-III y DSM-III-R
 - 2.1.2. Criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR
 - 2.1.3. Criterios diagnósticos DSM-5
 - 2.2. Criterios diagnósticos CIE
 - 2.2.1. Criterios diagnósticos CIE-10
 - 2.2.2. Diferencias entre CIE y DSM
- 3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ESQUIZOFRENIA**
 - 3.1. Alteraciones de la percepción
 - 3.2. Alteraciones del contenido del pensamiento
 - 3.3. Alteraciones motoras
 - 3.4. Alteraciones de la sociabilidad y de la conducta
 - 3.5. Alteraciones del lenguaje
 - 3.6. Alteraciones del estado de ánimo
 - 3.7. Otros síntomas y signos
 - 3.8. Riesgo de suicidio
- 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
 - 4.1. Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos
 - 4.2. Trastorno esquizofreniforme
 - 4.3. Trastorno esquizoafectivo
 - 4.4. Trastorno delirante
 - 4.5. Trastorno generalizado del desarrollo
 - 4.6. Trastornos orgánicos
 - 4.7. Trastorno esquizotípico de la personalidad

5. CLASIFICACIÓN

- 5.1. Clasificación sintomática
 - 5.1.1. Tipo paranoide
 - 5.1.2. Tipo desorganizado (anteriormente llamada hebefrénica)
 - 5.1.3. Tipo catatónico
 - 5.1.4. Tipo indiferenciado
 - 5.1.5. Tipo residual
 - 5.1.6. Tipo simple
- 5.2. Clasificación positiva/negativa

6. EPIDEMIOLOGÍA**7. CURSO****8. MODELOS EXPLICATIVOS**

- 8.1. Hipótesis y hallazgos psicobiológicos
 - 8.1.1. Estudios genéticos
 - 8.1.2. Investigación neuroquímica
 - 8.1.3. Neurodesarrollo
 - 8.1.4. Hipótesis inmunológicas y víricas
 - 8.1.5. Alteraciones cerebrales
- 8.2. Teorías psicodinámicas
- 8.3. Teorías sistémicas
- 8.4. Modelo de vulnerabilidad-estrés

9. ASPECTOS COGNITIVOS

1. INTRODUCCIÓN

La tendencia actual para definir la esquizofrenia es abandonar el modelo categorial psiquiátrico y entender los síntomas de la esquizofrenia como **fenómenos dimensionales**. Los criterios diagnósticos para la esquizofrenia de las clasificaciones psiquiátricas, basados fundamentalmente en la presencia de síntomas positivos, con una duración prolongada y una repercusión funcional grave, debido a su baja especificidad, dan lugar a un conglomerado clínico muy heterogéneo, que puede ser el resultado final común a diversos factores etiológicos.

Según Vallejo Pareja (2012), los datos disponibles en relación con la esquizofrenia permiten establecer como hechos contrastados los siguientes:

- Desde el punto de vista etiológico, existen interacciones tanto de factores genéticos como ambientales todavía no suficientemente aclaradas.
- Desde el punto de vista patológico, se han descrito diversas alteraciones cerebrales estructurales, funcionales y neuroquímicas que parecen indicar la existencia de desregulación dopaminérgica.
- Sus características fenotípicas se manifiestan en forma de varios conjuntos o dimensiones sintomáticas que comienzan generalmente en la juventud: síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios), síntomas negativos (falta de motivación, reducción del lenguaje espontáneo y asilamiento social), alteraciones cognitivas (dificultades en la atención, memoria y funciones ejecutivas), y desregulación afectiva.

2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

La esquizofrenia es una entidad clínica especialmente compleja que ha sufrido variaciones sustanciales en su definición a lo largo de la historia reciente de la salud mental. Para conocer qué es la esquizofrenia hoy en día se debe hacer una mención obligada a los criterios diagnósticos actuales: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM

2.1.1. Criterios diagnósticos DSM-III y DSM-III-R

Para el DSM, la sintomatología esencial de la esquizofrenia consiste en la presencia de síntomas psicóticos característicos durante la fase activa de la enfermedad y en un deterioro del nivel previo de actividad, con una duración mínima de seis meses, que puede implicar síntomas prodrómicos o residuales.

Hasta la década de los ochenta, los criterios diagnósticos DSM para la esquizofrenia habían sido criticados por basarse en definiciones caóticas e inconsistentes y dar lugar a concepciones excesivamente amplias de la esquizofrenia. Con la aparición de los criterios diagnósticos DSM-III (1980) y DSM-III-R (1987) la situación mejora sustancialmente al proporcionar una definición de la esquizofrenia que aísla claramente a un homogéneo grupo de pacientes. Para ello el DSM-III trata de estrechar el concepto de esquizofrenia incluyendo elementos de las propuestas de Schneider, Bleuler y Kraepelin:

- De todas ellas, la más destacable es la influencia de las aportaciones de Schneider ya que en el DSM-III una característica fundamental de la definición de esquizofrenia fue la **primacía de síntomas positivos**, es decir, de los síntomas schneiderianos de primer orden, a los que se consideró la base de la “esquizofrenia nuclear”.
- De los síntomas fundamentales bleulerianos solamente se incluye el afecto aplanado, no siendo los síntomas negativos suficientes para establecer el diagnóstico de esquizofrenia.
- Desde la DSM-III se incluye un criterio que introduce la noción kraepeliana de que el paciente debe mostrar algún tipo de deterioro en su nivel de funcionamiento.

El punto más débil de los criterios diagnósticos DSM-III y DSM-III-R para la esquizofrenia radica en la poca importancia que dan a la presencia de síntomas negativos o de déficit, y a menudo son estos síntomas los que impiden a las personas con esquizofrenia su funcionamiento laboral, establecer relaciones interpersonales normales y en definitiva llevar vidas productivas.

2.1.2. Criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR

Sin embargo, en el DSM-IV y el DSM-IV-TR, el énfasis en los síntomas positivos de psicosis se atenuó, haciendo posible que un paciente pudiera recibir el diagnóstico de esquizofrenia sin manifestar alucinaciones, delirios o ciertas alteraciones características del contenido y curso del pensamiento; según se desprende del criterio A; que requiere la presencia de cualesquiera **dos o más de los siguientes síntomas**: (1) ideas delirantes; (2) alucinaciones; (3) lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarriamiento frecuente o incoherencia); (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado; y (5) síntomas negativos (por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia). Se requiere que la presencia de estos síntomas se manifieste de forma significativa **durante un periodo de un mes** (o menos, si han sido tratados convenientemente), y, además, se ha producido **alguna manifestación del trastorno durante al menos seis meses**. Estas alteraciones influyen significativamente en la vida personal, familiar, laboral o social del paciente.

Por lo tanto, el criterio A incluye cuatro síntomas positivos y un síntoma negativo, y se establece que como mínimo dos de ellos tienen que estar presentes para que se cumpla el criterio. Sin embargo, si las ideas delirantes se consideran extrañas, o las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del paciente, o si dos o más o voces conversan entre sí, sólo se requiere este síntoma para satisfacer este criterio.

Para el criterio B, la disfunción social/laboral implica un deterioro notable de la actividad durante al menos una parte significativa del episodio actual.

El criterio C requiere la presencia de sintomatología clara durante al menos seis meses, con al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito), y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Así, para establecer la duración total, hay que hacer la suma de los periodos prodrómicos (sintomatología que aparece antes de la fase activa), activo y residual (sintomatología que se mantiene después de la fase activa). Se pueden considerar síntomas prodrómicos o residuales cuando aparecen versiones más atenuadas de los síntomas presentes en los criterios A1-A4, o si existen algunos síntomas equivalentes a los que se producen en la fase activa.

El criterio D establece la diferenciación entre la esquizofrenia y otros dos síndromes que comparten algunas características: el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y propone que para el diagnóstico de esquizofrenia se ha de descartar previamente el diagnóstico de estos dos.

De modo parecido, el criterio E excluye que los síntomas observados en el paciente sean debidos a los efectos directos de alguna sustancia o de otra enfermedad. Este aspecto debe tenerse en especial consideración sobre todo en pacientes diagnosticados por primera vez o que presentan su primer episodio, debido a la alta tasa en la población de consumo de sustancias capaces de provocar sintomatología parecida a la psicótica. Del mismo modo, factores como un inicio atípicamente tardío pueden hacernos sospechar de la presencia de una enfermedad médica o de los efectos secundarios de algún medicamento.

Por último, el criterio F hace referencia a si el paciente ha tenido algún antecedente de trastorno generalizado del desarrollo, en cuyo caso sólo se realizará el diagnóstico adicional de esquizofrenia si presenta ideas delirantes o alucinaciones durante al menos un mes. Aunque la esquizofrenia y el trastorno generalizado del desarrollo tienen edades de inicio muy diferentes (por definición el trastorno generalizado del desarrollo comienza en la primera infancia), ambos trastornos pueden parecerse, sobre todo en el caso de la esquizofrenia residual. Sin embargo, la presencia de delirios o alucinaciones no es característica del trastorno generalizado del desarrollo.

2.1.3. Criterios diagnósticos DSM-5

En el criterio A se sigue considerando que para el diagnóstico de esquizofrenia el paciente debe presentar dos o más de los síntomas que se incluyen en el listado dentro de este criterio, y que cada uno de ellos debe estar presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito). Sin embargo, se introducen dos cambios respecto al DSM-IV-TR:

1. La eliminación de la especificación de que sólo se requiera un síntoma de este criterio si las ideas delirantes son extrañas, o si las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

2. La inclusión de la especificación de que al menos uno de los síntomas debe ser necesariamente las ideas delirantes, las alucinaciones o el lenguaje desorganizado (síntomas 1, 2, y 3 del listado).

En el resto de criterios diagnósticos (B,C, D, E y F) no hay cambios significativos.

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM para la esquizofrenia	
DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)
<p>A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ideas delirantes. 2. Alucinaciones. 3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia). 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. 5. Síntomas negativos (por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia). <p><i>Nota:</i> Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p>	<p>A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ideas delirantes. 2. Alucinaciones. 3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia). 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. 5. Síntomas negativos (por ejemplo, expresión emocional restringida o abulia). <p><i>Nota:</i> Al menos uno de los síntomas debe ser necesariamente las ideas delirantes, las alucinaciones o el lenguaje desorganizado.</p>
<p>B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p>	
<p>C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p>	
<p>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor o maníaco concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.</p>	
<p>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.</p>	
<p>F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).</p>	

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos DSM para la esquizofrenia	
DSM-IV-TR (APA, 2002)	DSM-5 (APA, 2013)
<i>Clasificación del curso longitudinal de la esquizofrenia</i> (los especificadores del curso sólo pueden ser empleados después de 1 año de duración del trastorno): Episodio único, actualmente en episodio agudo Episodio único, actualmente en remisión parcial Episodio único, actualmente en remisión total Múltiples episodios, actualmente en episodio agudo Múltiples episodios, actualmente en remisión parcial Múltiples episodios, actualmente en remisión total Continuo Otro patrón o no especificado	
	<i>Especificar si:</i> Con catatonia: si se cumplen los criterios para el diagnóstico de catatonia asociada a otro trastorno mental.
	<i>Especificar gravedad actual:</i> La gravedad es valorada mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluyendo delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento psicomotor anormal, y síntomas negativos. Cada uno de estos tres síntomas puede ser valorado en función de su gravedad actual (la mayor gravedad en los últimos siete días) mediante una escala de cinco puntos desde 0 (no presente) hasta 4 (presente y grave). Nota: El especificador de gravedad no es imprescindible para el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

Por otro lado, otra de las novedades en el diagnóstico de esquizofrenia del DSM-5 es la **eliminación de los subtipos de esquizofrenia** debido a su limitada estabilidad diagnóstica, su baja fiabilidad y su pobre validez.

En cambio, la Sección III del DSM-5 incluye una **aproximación dimensional** para la evaluación de la gravedad de los síntomas nucleares de la esquizofrenia que pretende dar cuenta de la gran heterogeneidad en cuanto al tipo de síntomas y su gravedad que presentan las personas con trastornos psicóticos. La gravedad es valorada mediante evaluación cuantitativa y dimensional de los síntomas primarios de la psicosis, incluyendo delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento psicomotor anormal, y síntomas negativos. También incluyen una escala para la evaluación dimensional del deterioro cognitivo ya que muchas personas con trastornos psicóticos sufren deficiencias en varios dominios cognitivos, que repercuten en su capacidad funcional. Además, incorporan escalas para la evaluación dimensional de la depresión y la manía, que pueden advertir a los clínicos de la presencia de patología afectiva. La gravedad de la clínica afectiva en la psicosis tiene un valor pronóstico y guía el tratamiento.

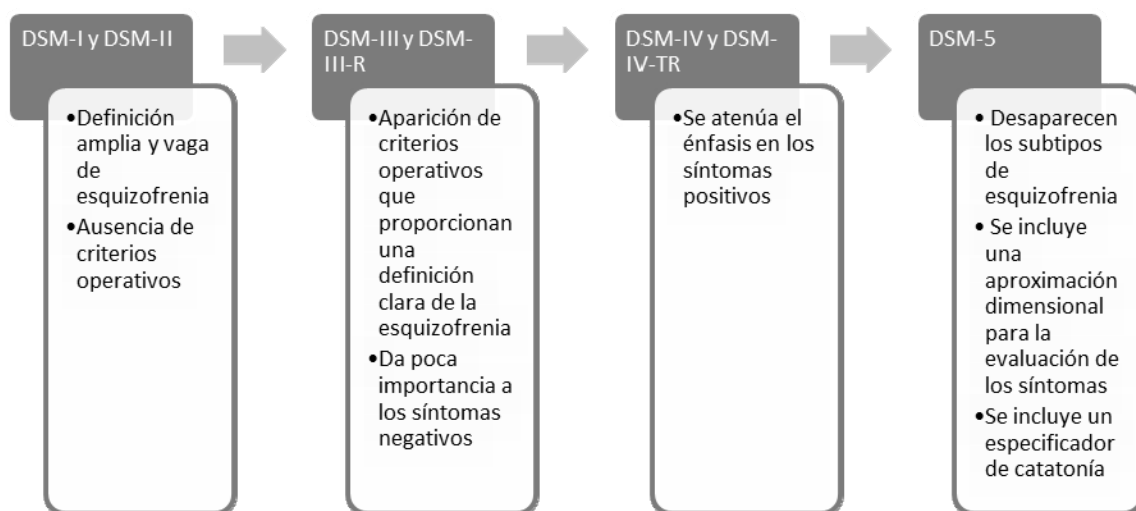
Las dimensiones para la evaluación clínica de la gravedad de los síntomas psicóticos son un instrumento de evaluación compuesto por 8 ítems que deben ser cumplimentados por el

profesional durante la evaluación clínica. Cada ítem requiere que el clínico evalúe la gravedad de cada síntoma experimentado por el paciente durante la última semana a partir de una escala tipo Likert de 0 a 4.

Dimensiones para la evaluación clínica de la gravedad de los síntomas psicóticos (APA, 2013)					
<i>Instrucciones:</i> Marca la presencia y gravedad de los siguientes síntomas experimentados por el paciente en los últimos siete días.					
Dominio	0	1	2	3	4
I. Alucinaciones	Ausente	Dudosa (la gravedad o la duración no es suficiente para ser considerado psicosis)	Presente, pero leve (poca presión para actuar en base a alucinaciones auditivas pero no muy preocupado por las voces)	Presente y moderada (cierta presión para actuar en base a alucinaciones auditivas, o preocupado por las voces)	Presente y grave (grave presión para actuar en base a alucinaciones auditivas, o está muy preocupado por las voces)
II. Delirios	Ausente	Dudosa (la gravedad o la duración no es suficiente para ser considerado psicosis)	Presente, pero leve (cierta presión para actuar en base a ideas delirantes pero no muy preocupado por ellas)	Presente y moderada (cierta presión para actuar en base a ideas delirantes, o preocupado por ellas)	Presente y grave (grave presión para actuar en base a ideas delirantes, o está muy preocupado por ellas)
III. Lenguaje desorganizado	Ausente	Dudosa (la gravedad o la duración no es suficiente para considerar desorganización)	Presente, pero leve (algunas dificultades para seguir el discurso)	Presente y moderada (a menudo con dificultades para seguir el discurso)	Presente y grave (discurso casi imposible de seguir)
IV. Comportamiento psicomotor anormal	Ausente	Dudosa (la gravedad o la duración no es suficiente para considerar comportamiento psicomotor desorganizado)	Presente, pero leve (ocasionalmente comportamiento motor anormal o bizarro o catatonia)	Presente y moderada (frecuente comportamiento motor anormal o bizarro o catatonia)	Presente y grave (comportamiento motor anormal o bizarro o catatonia casi constante)
V. síntomas negativos (expresión emocional restringida o abulia)	Ausente	Dudosa disminución de la expresividad facial, la prosodia, los gestos y la iniciativa	Presente, pero leve disminución de la expresividad facial, la prosodia, los gestos y la iniciativa	Presente y moderada disminución de la expresividad facial, la prosodia, los gestos y la iniciativa	Presente y grave disminución de la expresividad facial, la prosodia, los gestos y la iniciativa
VI. Deterioro cognitivo	Ausente	Dudosa (el funcionamiento cognitivo no está claramente fuera del rango esperado por su edad o estatus socioeconómico)	Presente, pero leve (cierta disminución del funcionamiento cognitivo esperado por su edad o estatus socioeconómico)	Presente y moderada (clara disminución del funcionamiento cognitivo esperado por su edad o estatus socioeconómico)	Presente y grave (grave disminución del funcionamiento cognitivo esperado por su edad o estatus socioeconómico)

Dimensiones para la evaluación clínica de la gravedad de los síntomas psicóticos (APA, 2013)					
<i>Instrucciones:</i> Marca la presencia y gravedad de los siguientes síntomas experimentados por el paciente en los últimos siete días.					
Dominio	0	1	2	3	4
VII. Depresión	Ausente	Dudosa (ocasionalmente experimenta tristeza, ánimo depresivo o desesperanza, afligido por haber fallado a alguien o en algo pero no preocupado)	Presente, pero leve (periodos frecuentes en los que se siente muy triste, moderadamente deprimido o desesperanzado, afligido por haber fallado a alguien o en algo con cierta preocupación)	Presente y moderada (periodos frecuentes de profunda depresión o desesperanza, preocupación con culpa por haber hecho algo malo)	Presente y grave (profunda depresión o desesperanza a diario, ideas delirantes de culpa por haber hecho algo malo o auto-reproches irracionales y desproporcionados a las circunstancias)
VIII. Manía	Ausente	Dudosa (ocasionalmente ánimo elevado, expansivo o irritable o cierta inquietud)	Presente, pero leve (periodos frecuentes con cierto ánimo elevado, expansivo o irritable o inquieto)	Presente y moderada (periodos frecuentes con ánimo elevado, expansivo o irritable o inquieto)	Presente y grave (a diario ánimo elevado, expansivo o irritable o inquieto)

Por último, otro de los cambios del DSM-5 es la inclusión de un especificador de catatonía para la esquizofrenia y cualquier otro trastorno psicótico. La catatonía se definiría por tres o más de los siguientes síntomas: catalepsia, flexibilidad cérea, estupor, agitación, mutismo, negativismo, posturas, manierismo, estereotipias, muecas, ecolalia o ecopraxia.



2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE

2.2.1. Criterios diagnósticos CIE-10

Para el sistema diagnóstico de la 10ª revisión de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10, OMS, 1992), la sintomatología esencial de la esquizofrenia consiste en la presencia de distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de atenuación. Asimismo se señala que suele conservarse la claridad de conciencia y la capacidad intelectual, aunque con el tiempo pueden presentarse déficit cognitivos, y que el trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal vivencia de su individualidad y dominio de sí misma.

La CIE-10 realiza una descripción de las características más importantes de la esquizofrenia, incluyendo una lista de fenómenos psicopatológicos que, aunque no son patognomónicos, resultan altamente significativos para el diagnóstico de la esquizofrenia y que son resumidos en la siguiente tabla.

Criterios de la CIE-10 para el diagnóstico de la esquizofrenia (OMS,1992)
<p>A. Presencia de alguno de los síntomas y signos que aparecen relacionados en la sección 1, o al menos dos de los síntomas y signos relacionados en 2 que deberían haber estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo de un mes o más.</p> <p>1. Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Eco, robo, inserción o difusión del pensamiento. (b) Delirios de ser controlado, de influencia o de pasividad, referidas al cuerpo o los pensamientos o las acciones y percepción delirante. (c) Alucinaciones auditivas de voces que comentan la conducta del paciente o discuten entre ellas o voces que procedan de alguna parte del cuerpo. (d) Delirios persistente bizarros (imposibles). <p>2. O al menos 2 de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> (e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad cuando se acompañan de delirios. (f) Neologismos, bloqueos o interrupciones en el curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje divagatorio. (g) Conducta catatónica. (h) Síntomas “negativos” (apatía, pobreza del lenguaje, aplanamiento o incongruencia afectiva).
<p>B. NO si hay síntomas maníacos o depresivos relevantes a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente a los afectivos.</p>
<p>C. Tampoco se hará el diagnóstico si hay enfermedad cerebral manifiesta o intoxicación o abstinencia de sustancias psicótropas.</p>

Para el diagnóstico de esquizofrenia se requiere que el paciente haya presentado al menos un síntoma cualquiera del grupo 1 o dos síntomas del grupo 2 de forma clara, la mayor parte del tiempo y durante el periodo de un mes. Los cuadros de duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno esquizofreniforme agudo y reclasificado como esquizofrenia si persisten por un periodo de tiempo más largo. Asimismo, si el paciente presenta síntomas depresivos o maníacos relevantes sólo se diagnostica esquizofrenia en el caso de que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente a los afectivos.

2.2.2. Diferencias entre CIE y DSM

Las diferencias más importantes entre ambas clasificaciones se encuentran en los criterios de disfunción socio/laboral y de duración necesarios para el diagnóstico de esquizofrenia:

- La CIE-10 no tiene en cuenta el **deterioro socio/laboral** del DSM-5.
- El requisito para la **duración** de los síntomas del DSM-5 es de seis meses, a diferencia de la CIE-10 que tan solo requiere que se presenten signos de la alteración durante al menos un mes. Aunque el criterio de un mes de duración de los síntomas no incluye la fase prodrómica, la CIE-10 reconoce la existencia de una fase prodrómica en la esquizofrenia.

Además, se pueden apreciar algunas diferencias en la descripción clínica del trastorno entre ambas clasificaciones (Caballo, Salazar y Carroble, 2011):

Entre los **síntomas positivos**, en la CIE-10 los síntomas de primer orden de Schneider están mejor representados, y sólo se requiere uno para el diagnóstico, lo cual refleja la importancia diagnóstica que esta clasificación continúa dando a los síntomas de primer orden de este autor.

Asimismo, la CIE-10 da más importancia a los **síntomas negativos**, tales como la marcada apatía, empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales. El DSM-5 se limita a mencionar la expresión emocional restringida o abulia como ejemplos de síntomas negativos.

3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ESQUIZOFRENIA

No existen síntomas patognomónicos (síntoma cuya existencia es suficiente para emitir el diagnóstico) de la esquizofrenia, sino que el diagnóstico implica la presencia de un conjunto de manifestaciones, entre las que destacan las psicóticas, junto a la presencia de un deterioro laboral o social que perduran durante un período prolongado de tiempo.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación, y la atención. Dicha riqueza semiológica la comentamos a continuación:

Los principales síntomas positivos asociados con la esquizofrenia son:

3.1. ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN

Las alucinaciones pueden absorber toda la atención del paciente y pueden motivar en grado considerable su conducta. Cuando atiende a sus alucinaciones puede estar absorto y preocupado y ser indiferente a su ambiente. Puede reaccionar con risas, o miedo, o terror y puede sostener largas conversaciones con las “voces alucinatorias”.

Alucinaciones

- **Auditivas:** Son las más frecuentes entre los pacientes esquizofrénicos. Es frecuente que el paciente oiga voces, ruidos o sonidos. Las alucinaciones auditivas más comunes son voces que hablan al paciente o le llaman de diversas maneras. Generalmente experimentan estas voces como desagradables y negativas. A partir de Schneider cobraron mucha importancia las voces que dialogan entre sí, y las que comentan aspectos relacionados con la actividad del individuo. Estas alteraciones clásicamente eran consideradas como patognomónicas y tenidas en cuenta de manera especial por los sistemas clasificatorios. Pero esta dedicación especial ha desaparecido en el DSM-5.
- **Visuales:** El paciente ve formas o personas. El paciente puede ver formas o colores, pero más frecuentemente son figuras complejas (como de personas). Son menos frecuentes que las auditivas.
- **Olfatorias y gustativas:** Generalmente se caracterizan por olores desagradables.
- **Cenestésicas:** Hacen referencia a alucinaciones corporales. Pueden consistir en cambios corporales tanto de forma como de tamaño, el paciente puede percibir que su cuerpo está sufriendo una metamorfosis. También pueden ser sensaciones de quemadura y hormigueos.

Alteraciones de la percepción del pensamiento (“delirios cenestésicos”)

Algunos ejemplos son la influencia, la inserción, y la irradiación del pensamiento. Algunos pacientes consideran que su propio pensamiento ha sufrido un cambio y lo perciben como extraño a sí mismo, a veces consideran que viene enviado desde el exterior (**inserción del pensamiento**). Otros consideran que su pensamiento tiene la capacidad de salir de su cabeza y esparcirse por el ambiente, de forma que tanto él como los demás pueden escucharlo, en ocasiones no es audible pero a pesar de ello el sujeto sigue pensando que se transmite (**pensamiento sonoro** o **transmisión del pensamiento**). Otros consideran que su pensamiento puede ser leído o conocido por otras personas, algo parecido a la telepatía (**lectura** o **irradiación del pensamiento**). Otros consideran que su pensamiento está alterado o manipulado y que no se encuentra bajo su control (**influencia** o **control del pensamiento**). O que ha sido robado por otros, experimenta el comienzo del pensamiento y siente que una fuerza extraña le sustrae el pensamiento (**robo del pensamiento**). Estos síntomas son difícilmente clasificables pero

se consideran más próximos a percepciones internas, que a puros pensamientos o ideas delirantes. Este trastorno ha sido denominado clásicamente como percepción delirante.

Otros síntomas son la **despersonalización** y la **desrealización**, estos síntomas son típicos, especialmente al principio del cuadro, y se han relacionado con los delirios cenestésicos. En estos síntomas el sujeto vive con extrañeza su propia identidad (despersonalización) y la realidad externa (desrealización).

3.2. ALTERACIONES DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

En las alteraciones del contenido del pensamiento tradicionalmente se ha hablado de dos procesos independientes: la elaboración y la sistematización. La elaboración es el intento del paciente para comprender los fenómenos anormales primarios, ya sean del contenido, de la percepción del pensamiento, o de la percepción sensorial. La sistematización es el establecimiento de un sistema lógico desde una intuición/pensamiento primario, que se caracteriza por coherencia, convicción, incorregibilidad e imposibilidad.

Intuición delirante

Ha recibido diversos nombres como pensamiento delirante primario, o representación delirante. Es un fenómeno previo a la elaboración delirante, es decir antes de que el paciente realice un primer esfuerzo para comprender dichos fenómenos primarios.

Delirios no sistematizados

Aparecen cuando se ha completado la elaboración, pero no consigue alcanzar una sistematización. El paciente tiene las experiencias anómalas primarias (intuiciones delirantes, delirios cenestésicos o percepciones delirantes) a las que intenta comprender mediante una elaboración o explicación cognitiva. Posteriormente esa explicación necesita una ordenación lógica o sistematización que el sujeto es incapaz de realizar. Por lo que sólo puede referir las ideas delirantes aisladamente, pero sin estar organizadas bajo una argumentación lógica. Se puede manifestar a través de un relato en el que el paciente puede pasar de un delirio a otro sin ningún tipo de nexo o estancarse reiterando su idea delirante.

Delirios sistematizados

También han recibido el nombre de pensamientos delirantes secundarios, son delirios en los que ha existido un proceso previo de elaboración y sistematización. Están organizados bajo un sistema lógico que se caracteriza por coherencia, convicción, incorregibilidad e imposibilidad. El delirio interfiere toda la vida y la conducta del paciente de forma progresiva y sistematizada. En estos casos el proceso de elaboración culmina en la sistematización de los pensamientos delirantes primarios. En éstos es posible seguir una secuencia entre la aparición de la idea errónea y la conducta del paciente.

Existen diferentes tipos de delirios (en función de su contenido):

- Siendo los más frecuentes los de perjuicio o de persecución en los que la persona piensa que se conspira para producirles algún tipo de daño o que son seguidos y espiados.
- Seguidos por los delirios de control en los que la persona tiene la total convicción de que una fuerza externa controla sus pensamientos, sus conductas o sus sentimientos como si fueran una marioneta en manos de otro ente que controla su cuerpo y su mente.
- Los de referencia en los que la persona cree que detalles, frases o hechos que acontecen se refieren a ellos o tienen un significado especial para ellos, por ejemplo que el día esté nublado es por ellos, o al entrar en una habitación y alguien estornuda es por su llegada, o que hablan de ellos en televisión.
- Los de grandiosidad, en los que las personas que lo presentan creen tener poderes especiales, o que son un personaje famoso, o que ha realizado un hecho extraordinario como un descubrimiento, o un invento revolucionario.
- Los religiosos, en los que las creencias se basan en aspectos religiosos como en la posesión demoniaca, o la venida de Cristo.
- Los de culpa o pecado en los que los sujetos se muestran preocupados por algo que han hecho.
- Los de celos en los que la preocupación es porque su pareja les puede ser infiel, o les ha engañado con otra persona.
- Los somáticos que pueden centrarse en la presencia de una enfermedad en el cuerpo o la presencia de alguna anormalidad o que algo ha cambiado en su cuerpo lo que a veces se ha denominado como delirios de metamorfosis.

3.3. ALTERACIONES MOTORAS

El deterioro motor está frecuentemente asociado a la esquizofrenia, ya sea como producto directo de la enfermedad o como efecto secundario a la ingesta de medicación. La medicación antipsicótica produce un importante número de problemas psicomotores (ej. acatisia o inquietud motora que se manifiesta por una sensación de no poderse estar quieto, discinesia que consiste en movimientos involuntarios de la lengua, la boca y la cara, y síntomas extrapiramidales, rigidez, temblor, retardo psicomotor, déficits en la postura y la marcha).

Las alteraciones psicomotoras son los síntomas que caracterizan al subtipo catatónico, aunque pueden afectar a todos los subtipos. Existe variedad en los síntomas motores entre los que destacan los estados estuporosos (el paciente permanece aislado del mundo externo, paralizado, y mutista) la inhibición o agitación psicomotriz, la catalepsia inmovilidad en la que los pacientes son capaces de mantener posturas inverosímiles que suele ir acompañada de la flexibilidad cérica (resistencia pasiva que se opone a la flexión de las articulaciones) por lo que los pacientes pueden adoptar y mantener posturas ex-

trañas, forzadas durante largos periodos de tiempo. Son típicos también los manierismos (o exageración de los movimientos intencionales), la ecopraxia (el paciente repite movimientos que acaba de realizar otra persona), el negativismo (actitud de oposición ante cualquier movimiento que se le ordena) y las estereotipias motoras.

3.4. ALTERACIONES DE LA SOCIABILIDAD Y DE LA CONDUCTA

Los pacientes esquizofrénicos pueden manifestar conductas extrañas y extravagantes, que pueden manifestarse por medio de la apariencia física (pudiendo ir vestido de forma desaliñada y estrafalaria, además de presentar una apariencia personal extravagante que puede verse agravada por el descuido en el aseo).

El paciente puede realizar conductas que se escapan a los límites establecidos por las normas sociales (desde ir hablando solo por la calle hasta masturbarse en público), y manifestar conductas agitadas o agresivas (como gritar, discutir, insultar, llegando incluso a las agresiones físicas), que pueden ser repentinas. Estos síntomas se consideran como positivos.

3.5. ALTERACIONES DEL LENGUAJE

Incluye este apartado alteraciones en la forma y no en el contenido del lenguaje.

Trastornos formales de tipo positivos

Existen muchos trastornos del lenguaje entre los que se incluyen: el **descarrilamiento** o **fuga de ideas** en la que el paciente va pasando de una frase a otra o de un tema a otro, el lenguaje es claro e informativo pero no presenta ninguna hilazón. La **tangencialidad** donde la respuesta del paciente es próxima o irrelevante con la pregunta realizada.

La **circunstancialidad** en la que el paciente ofrece una respuesta indirecta y le cuesta alcanzar la idea final. La **incoherencia** o **esquizoafasia** que consiste en una alteración en la construcción de las frases, cuya dificultad hace el lenguaje incomprensible, el lenguaje puede consistir en una ensalada de palabras sin ningún lazo de unión. La **ilogicidad** donde se llega a una conclusión sin seguir una secuencia lógica, o porque se parte de premisas falsas o por realizar inferencias falsas. Los **neologismos** en los que el paciente crea una palabra nueva a la que dota de significado.

La **presión del habla**, el paciente habla deprisa, y lo hace con muchas palabras. El **habla distraíble** o **discurso divergente** en el que el paciente deja de hablar en medio de su discurso y cambia de tema en función de algún estímulo externo. Las **asociaciones fonéticas** o **resonancia** en los que las palabras se eligen por su sonido y no por su significado dando lugar a un lenguaje muy particular.

En cuanto al lenguaje esquizofrénico ha habido múltiples intentos teóricos para explicarlos. Entre los que más consenso han conseguido está la aportación de **Cameron** (1944) que plantea conceptos como el de **pensamiento asindético** que es aquel lenguaje que se presenta sin lazos causales ge-

nuinos, y la **sobreinclusión** que es la incapacidad que presentan estos pacientes para mantenerse en los límites de un problema y restringir sus operaciones dentro de estos límites. Presentando también metónimos y expresiones personales.

Los principales síntomas negativos asociados con la esquizofrenia son:

Trastornos formales de tipo negativos (alogia)

Constan de varias manifestaciones como son la **pobreza del lenguaje** (el paciente da respuestas exclusivamente a lo que se le pregunta siendo normalmente breves, pudiendo limitarse a una sola palabra, pero no es capaz de ofrecer más información), la **pobreza del contenido del lenguaje** (en el que el paciente sí ofrece respuestas lo suficientemente largas pero están vacías de contenido por lo que el lenguaje está vacío y sin incluir ningún mensaje), el **bloqueo** (en el que el paciente en medio de su discurso se para porque se le ha ido la idea), el **aumento de la latencia de respuesta** (en la que el paciente tarda más tiempo del normal en comenzar a dar una respuesta a una pregunta que se le ha realizado).

3.6. ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO

La principal alteración que aparece en el campo de los afectos es la **pobreza, embotamiento o aplanamiento afectivo**, que se manifiesta a través de una disminución de la expresividad de emociones que puede ser observado mediante la inexpresividad facial (la cara permanece inmutable, independientemente de los estímulos externos), disminución de los movimientos espontáneos y gestos (el paciente puede permanecer mucho tiempo sentado en un mismo sitio; prescinde en gran medida de gestos o el resto de instrumentos propios de la comunicación no verbal como las posturas corporales o las inflexiones vocales), escaso contacto visual (puede estar mirando al infinito, mirando como a través del interlocutor o mantener la mirada baja eludiendo el contacto visual). Otra de las manifestaciones afectivas es la **incongruencia**, en la que el paciente expresa un sentimiento que resulta incongruente con la situación en la que aparece (como llorar ante un chiste, o sonreír ante una noticia triste).

Otras alteraciones típicas son la ambivalencia, la falta de “conexión” con otras personas o simpatía, la sensación de vacío o incapacidad para sentir. Y la sensación de una angustia profunda.

El afecto puede evaluarse durante la entrevista, teniendo en cuenta tanto el contacto (capacidad de adoptar una actitud apropiada) como la sintonía (capacidad de modular esta actitud de acuerdo con los cambios). O a través de sus relaciones sociales con la familia, amigos y otras relaciones (tanto desde el punto de vista del paciente, como desde el de las personas que interactúan con él).

3.7. OTROS SÍNTOMAS Y SIGNOS

Abulia y apatía

Consiste en una falta de motivación y una carencia de energía para iniciar, mantener o terminar diferentes actividades, se puede manifestar por una inactividad física (en las que el paciente puede permanecer inmóvil durante mucho tiempo), por una falta de continuidad en las tareas cotidianas de la casa, el trabajo o la escuela, que puede provocar el fracaso y abandono de dichas labores, provocando a su vez un mayor deterioro o aislamiento, o por dejadez en el aseo y la higiene.

Anhedonia e insociabilidad

Alude a la dificultad del paciente esquizofrénico para conseguir placer por medio de las actividades que realiza, y al aislamiento social al que tienden estos pacientes, que dejan de involucrarse en actividades y relaciones interpersonales. Este síntoma puede observarse por su desinterés en actividades teóricamente placenteras, una disminución en las actividades sexuales, una dificultad para experimentar sensaciones de intimidad y un deterioro en sus relaciones con familiares y amigos que pueden acabar en un total aislamiento.

Atención

También pueden aparecer una serie de alteraciones cognitivas, entre las que destaca el tema de la atención. Al paciente le resulta difícil concentrar la atención, y por ello comprender muchas de las cosas en las que participa (ej. puede no comprender una lectura, o el desarrollo de una interacción social) o lo hace muy esporádicamente presentando grandes dificultades en sostener la atención y realizar tareas de vigilancia, también puede distraerse en medio de una actividad con gran facilidad, y permanecer inatento durante una tarea.

3.8. RIESGO DE SUICIDIO

Las personas con esquizofrenia poseen un riesgo elevado de cometer actos suicidas. Aproximadamente un 20% de estos pacientes intenta suicidarse, mientras que el 5-6% logra suicidarse (APA, 2013). En algunas ocasiones los intentos de suicidio son respuesta a alucinaciones imperativas que ordenan hacerse daño a sí mismo o a los demás. Aunque el riesgo de suicidio está presente tanto en hombres y mujeres y durante todo el ciclo vital, el riesgo es especialmente elevado en hombres jóvenes y con consumo de tóxicos comórbido.

Otros factores de riesgo son tener síntomas depresivos o sentimientos de desesperanza y estar en situación de desempleo, y el riesgo es incluso más alto después de un episodio psicótico o tras ingreso hospitalario. Asimismo, las personas con esquizofrenia subtipo paranoide y los estados catatónicos (asociados a deterioro funcional y mala evolución posterior al alta) han sido recogidos en diversos estudios como factores de riesgo.

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

4.1. TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Si los síntomas psicóticos aparecen exclusivamente en el curso del trastorno del estado de ánimo, deberemos dar el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo.

4.2. TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

El trastorno esquizofreniforme es similar a la esquizofrenia la única diferencia es que tiene un curso inferior, y se considera más benigno.

4.3. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

Pueden ser confundidos ya que en la esquizofrenia pueden aparecer síntomas negativos (que son difícilmente distinguibles de los síntomas depresivos), o puede aparecer una depresión postpsicótica (que algunos autores relacionan con la toma de conciencia del paciente de su situación y de las consecuencias de la enfermedad).

El diagnóstico diferencial se establece en función de la relación temporal entre los diferentes episodios (del estado de ánimo y psicótico). Sin embargo existen diferentes indicios que son más típicos de un cuadro que del otro. Por ejemplo el paciente esquizoafectivo suele tener un buen funcionamiento premórbido, suele tener un inicio agudo y suele existir un estresor ambiental precipitante de la aparición del cuadro. El trastorno psicótico suele ser de breve duración, y no suelen existir antecedentes familiares de esquizofrenia, sino que los antecedentes familiares suelen ser de trastornos del estado de ánimo, su resolución suele ser favorable, sin deterioro en el funcionamiento laboral o social.

4.4. TRASTORNO DELIRANTE

En la esquizofrenia aparecen múltiples alteraciones psicopatológicas, afectando de forma global a la personalidad y el funcionamiento global del individuo, mientras que en el trastorno delirante la psicopatología se centra en las alteraciones en el contenido del pensamiento, aunque aparecen algunos otros síntomas asociados, mientras que no está cambiada la personalidad del individuo, que suele presentar un funcionamiento adecuado, y tampoco aparece un deterioro cognitivo como ocurre en la esquizofrenia, presentando un menor deterioro personal tanto a nivel laboral como social. En la esquizofrenia los delirios suelen ser menos elaborados y estructurados, y más extravagantes e increíbles que en el trastorno delirante.

4.5. TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

Los trastornos generalizados del desarrollo suelen ser diagnosticados en la niñez o la infancia y es muy rara la aparición de la esquizofrenia en edades tan tempranas. En los trastornos generalizados

no hay delirios ni alucinaciones, pero están más afectadas otras áreas como el lenguaje, que puede no aparecer, y la afectividad.

4.6. TRASTORNOS ORGÁNICOS

Antes de realizar el diagnóstico de esquizofrenia se debe descartar cualquier causa orgánica.

4.7. TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

El trastorno esquizotípico de personalidad puede diferenciarse de la esquizofrenia por la presencia de síntomas subumbrales que están asociados a características estables de la personalidad, mientras que en la esquizofrenia existe psicosis (alucinaciones, delirios y asociaciones difusas). No obstante, el trastorno esquizotípico de personalidad expresa una alta tasa de predisposición a la psicosis tipo esquizofrénica, por lo que los límites entre ambos trastornos son tan estrechos que no está claro si son pródromos o si constituyen un trastorno diferente con un comienzo previo.

5. CLASIFICACIÓN

Dentro de la variedad de síndromes que presenta la esquizofrenia se han realizado innumerables intentos de estructurar toda esa amalgama de posibilidades en unos pocos subtipos de esquizofrenia que hagan más homogéneas a las poblaciones que incluyan. Se ha planteado la existencia de diferentes procesos patológicos, y se han considerado múltiples variables como las manifestaciones del cuadro, el curso y el pronóstico.

Una serie de clasificaciones ha tenido en cuenta la descripción de la sintomatología y el curso del trastorno. Esta estrategia ya fue planteada por **Kraepelin** que identificó tres subtipos: el **paranoide** donde predominan las ideas delirantes, el **catatónico** que se identifica por el predominio de síntomas motores, y el **hebefrénico** en el que predominan los trastornos afectivos y conductuales. Y por Bleuler que rechaza la concepción unitaria del cuadro, apuntando hacia la existencia de un grupo de psicosis etiológicamente heterogéneo, pero que presentan una característica común como es la contradicción entre el contenido del pensamiento y las manifestaciones afectivas. **Bleuler** mantuvo los tres tipos apuntados por Kraepelin añadiéndoles el subtipo **simple**, en la que no aparecen síntomas positivos y que presenta una debilitación de las funciones psíquicas, acompañado de pérdida de iniciativa, falta de voluntad, y empobrecimiento afectivo. Esta clasificación se mantiene en las últimas clasificaciones internacionales con el cambio del subtipo hebefrénico por el término desorganizado y la desaparición del subtipo esquizofrenia simple.

5.1. CLASIFICACIÓN SINTOMÁTICA

5.1.1. Tipo paranoide

Se caracteriza por la presencia de ideas delirantes y alucinaciones auditivas, estando menos afectados otros ámbitos como el lenguaje, la afectividad o el comportamiento.

Frecuentemente los delirios tienen un contenido persecutorio, de perjuicio, de grandeza o referencia. Suelen estar bien organizados en torno a una temática central, y también es típico que las alucinaciones guarden alguna relación con dicha temática central.

Asociado con los síntomas positivos puede aparecer ansiedad, ira, retraimiento y una tendencia a involucrarse en discusiones. El inicio suele ser más tardío que el de otros tipos de esquizofrenia. Habitualmente presentan un menor deterioro, tanto cognitivo como social, por lo que su pronóstico es el mejor de los diferentes tipos de esquizofrenia.

5.1.2. Tipo desorganizado (anteriormente llamada hebefrénica)

Este tipo se caracteriza por un lenguaje y comportamiento desorganizado (de ahí su nombre) además de presentar una afectividad aplanada o inapropiada (es decir existe una preponderancia de síntomas negativos). Estos síntomas pueden afectar en gran medida sus actividades cotidianas, produciendo un gran deterioro de su vida social y laboral. Las ideas delirantes y alucinaciones no suelen estar organizadas sino ser fragmentarias y desorganizadas con muy escasa sistematización. Se produce una importante afectación cognitiva o intelectual en ausencia de catatonía. Presentan gran simpleza y extravagancia en su pensamiento y conducta. Habitualmente el inicio del cuadro está precedido por una personalidad previa empobrecida con una tendencia al aislamiento social. Su inicio suele ser muy temprano (es el tipo que presenta un inicio más temprano) e insidioso seguido de un curso continuo y sin remisiones significativas. Su pronóstico es malo.

5.1.3. Tipo catatónico

La característica principal consiste en una alteración de tipo motor que puede manifestarse a través de inmovilidad unida o no a catalepsia, flexibilidad cérea, agitación motora, negativismo, u obediencia automática, ambivalencia, mutismo, y otras peculiaridades motoras como los síntomas de ecolalia o ecopraxia. Actualmente este trastorno es muy poco frecuente.

5.1.4. Tipo indiferenciado

Se caracteriza por la presencia de los criterios de esquizofrenia, pero no encaja en ninguno de los tipos anteriormente comentados.

5.1.5. Tipo residual

Se otorga esta categoría a los cuadros en los que ha habido un episodio psicótico, pero que en el momento del diagnóstico no existen síntomas positivos, pero existen manifestaciones continuas en forma de síntomas negativos.

5.1.6. Tipo simple

Se trata de una categoría clásica que permanece en la CIE-10. Aunque actualmente se ha retirado en la clasificación de la APA (DSM-IV) está propuesta dentro del Apéndice B1. Se caracteriza por un inicio insidioso y progresivo de un comportamiento extravagante, de una disminución en el rendimiento general y una incapacidad para satisfacer las demandas sociales. No existe la evidencia, en ningún momento, de la presencia de alucinaciones o delirios.

Por lo que este tipo se caracteriza por la presencia de síntomas negativos sin que en ningún momento aparezca un episodio psicótico, que es lo que marca la diferencia con el tipo residual. Su pronóstico es muy malo.

5.2. CLASIFICACIÓN POSITIVA/NEGATIVA

Esta distinción ya estaba en las descripciones de Kraepelin y Bleuler. Pero fue Hughlings Jackson quién utilizó esta función cerebral que plantea la existencia de una lesión en el sistema nervioso. Esta idea fue posteriormente recogida por diversos autores a lo largo de la historia, entre los que se encuentran **Wing** y **Brown** que en 1978 plantean la existencia de dos síndromes: un primer síndrome positivo que se produce en los episodios agudos y está formada por síntomas que denomina como positivos, floridos o productivos; un segundo síndrome constituido, entre otros, por síntomas negativos entre los que incluye la apatía emocional, el entecimiento del pensamiento y de los movimientos, la falta de impulso, la pobreza del lenguaje, y el retraimiento social. Pero fue **Crow** quien en 1980 dio gran relevancia a este doble síndrome en la esquizofrenia a los que vino a denominar esquizofrenia tipo I y tipo II. Esta clasificación es trascendente en cuanto que supone la primera clasificación que atiende junto a criterios fenomenológicos y evolutivos, a otras variables clínicas e incluso a posibles mecanismos patofisiológicos (que en un principio planteó como independientes, y posteriormente en 1985 consideró como semiindependientes, pudiendo coexistir ambos en un mismo paciente, es decir plantea la posibilidad de la existencia de un tipo mixto o intermedio de esquizofrenia).

La esquizofrenia **tipo I** se caracteriza por sintomatología positiva (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, conducta desorganizada o extraña), suele existir un buen ajuste premórbido, un inicio agudo y un curso con exacerbaciones y remisiones, una buena respuesta a los neurolepticos y un mejor pronóstico sin apenas deterioro intelectual. La alteración principalmente sería un desajuste neuroquímico (incremento de receptores dopaminérgicos D2), según numerosas investigaciones.

En la esquizofrenia **tipo II**, los síntomas típicos son los negativos (aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje, síntomas motivacionales), con peor ajuste previo a la enfermedad, un inicio insidioso y un curso crónico, una mala respuesta a los neurolepticos y peor pronóstico. Aparece un fuerte deterioro cognitivo y emocional, siendo un efecto de una alteración cerebral (pérdida celular en estructuras del lóbulo temporal y giro parahipocámpico), según numerosas investigaciones.

	Tipo I “Positiva”	Tipo II “Negativa”
Ajuste premórbido	Mejor	Peor
Proceso patológico	Neuroquímico (Aumento de receptores dopaminérgicos D2)	Estructural (Pérdida celular en estructuras del lóbulo temporal y giro para-hipocámpico)
Inicio	Agudo	Insidioso
Curso	Agudo (con brotes y remisiones)	Crónico
Síntomas característicos	Positivos Alucinaciones Delirios Trastornos positivos del pensamiento	Negativos Aplanamiento afectivo Pobreza del lenguaje Pérdida del impulso
Deterioro neuropsicológico	Ausente	Presente
Respuesta a los neurolépticos	Buena	Pobre
Pronóstico	Reversible	Irreversible

6. EPIDEMIOLOGÍA

Existen muchas discrepancias en torno a la prevalencia del trastorno. Pudiendo variar de un 0,2 a un 2,0%. Según Beck y cols. (2010), la epidemiología de la esquizofrenia ha sufrido una minirrevolución en la última década. El punto de vista tradicional según el cual la esquizofrenia es una enfermedad universal que afecta inexorablemente a una persona de cada cien, con independencia de la región geográfica estudiada, está dando paso a una perspectiva más matizada. Parece que la esquizofrenia tiene una prevalencia del 0,3-0,7% (APA, 2013), que varía considerablemente de una cultura a otra (con diferencias de hasta cinco puntos). Se asocia el haber nacido en un entorno urbano o residir en él a un riesgo mayor de desarrollar esquizofrenia. Además, los emigrantes tienen mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia.

Se considera que la esquizofrenia es una enfermedad familiar ya que se ha demostrado a través de estudios epidemiológicos que la enfermedad es más frecuente entre miembros de las familias de personas con esquizofrenia que entre miembros de familias que no tienen a ninguna persona con esquizofrenia. De esta forma se ha observado que frente al 1% de prevalencia vital general, la prevalencia vital para familiares de primer grado de personas que padezcan esquizofrenia se eleva al 10%. Además este porcentaje va aumentando conforme aumenta la proximidad biológica. De esta forma si la persona que padece el trastorno se trata de un primo el porcentaje de prevalencia vital es del 2%, si se trata de un hermano es del 9% si se trata de un padre es del 13%, y si lo son ambos padres es del 46%. En relación a los progenitores, el aumento de la edad del padre está asociado con un mayor riesgo de padecer esquizofrenia, efecto no encontrado con la edad de la madre.

Riesgo de padecer esquizofrenia		
Primer grado	Gemelo monocigótico	48%
	Padres con esquizofrenia	46%
	Gemelo dicigótico	17%
	Un padre con esquizofrenia	13%
	Hermano/a	9%
	Hijo	6%
Segundo grado	Abuelo	5%
	Tío	4%
	Sobrino	2%
Tercer grado	Primo	2%
Otros	Pareja	2%
	Población general	1%

Suele afectar en igual número a hombres y mujeres. Pero no de la misma forma, así en hombres el inicio suele ser más temprano (en torno a los 15-24 años) y su ajuste previo a la enfermedad es peor. Mientras que en las mujeres el inicio suele ser más tardío (25-34 años), su competencia premórbida es mejor y presentan más frecuentemente síntomas afectivos, paranoia y alucinaciones auditivas, mientras que presentan con menos frecuencia síntomas negativos.

Características diferenciales entre hombres y mujeres		
Características	Hombres	Mujeres
Edad de inicio	15-24 años	25-34 años
Ajuste premórbido	Peor	Mejor
Síntomas preponderantes	Negativos	Afectivo, Positivos

Los estudios epidemiológicos han encontrado que las personas que presentan esquizofrenia frecuentemente provenían de los niveles socioeconómicos más bajos (esta característica está asociada a su vez con mala alimentación, limitado acceso a los recursos sanitarios), tras analizar este dato parece que se llegó a la conclusión de que dicha relación se debía a que la enfermedad conducía a niveles sociales más bajos (y no al revés). Se observa una mayor prevalencia de esquizofrenia en países desarrollados (hasta el triple) y que además en éstos, el curso y el pronóstico es peor.

7. CURSO

Su inicio y curso es variable, el inicio puede ser precoz o tardío, agudo o insidioso, del mismo modo, el curso puede ser con exaltaciones y remisiones o desarrollarse de forma crónica.

Su inicio suele situarse en torno al inicio de la tercera década de su vida en el caso de los hombres y al final de la misma en las mujeres. La edad con mayor riesgo es la de 15 a 55,

concretamente entre los 25 y 35 años. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los pacientes manifiestan una fase premórbida en el cual se van desarrollando lentamente los distintos signos y síntomas.

Los síntomas prodrómicos afectan a gran parte de las áreas de la persona:

1. Deterioro social, aislamiento o retraimiento.
2. Deterioro de las actividades diarias, las domésticas, laborales o escolares.
3. Conducta peculiar, extravagante o llamativa.
4. Deterioro en el aseo o higiene personal.
5. Alteración de la afectividad en forma de aplanamiento.
6. Alteraciones del lenguaje en su forma o contenido.
7. Ideación extraña o pensamiento mágico (que se escapa a la lógica).
8. Experiencias perceptivas anómalas.
9. Alteraciones en la motivación.

Posteriormente aparece la fase activa de la enfermedad, en la que se desarrollan de forma más llamativa los síntomas positivos (principalmente delirios y alucinaciones). Tras superarse esta fase puede aparecer una fase de recuperación total o de manera más común aparece un deterioro. Con el paso del tiempo pueden aparecer de nuevo nuevas fases activas y remisiones, donde el deterioro detrás de cada remisión es más importante.

El DSM-IV-TR distingue siete tipos de curso clínico:

1. Episódico con síntomas residuales interepisódicos.
2. Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.
3. Continuo (cuando los síntomas positivos han estado presentes a lo largo de todo el curso).
4. Episodio único en remisión parcial.
5. Episodio único en remisión total.
6. Otro patrón o no especificado.
7. Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

En la literatura se han planteado 4 tipos básicos de cursos:

1. Un solo episodio psicótico con remisión completa y por lo tanto sin deterioro.
2. Varios episodios psicóticos sin deterioro.
3. Varios episodios psicóticos con deterioro, pero sin que este vaya aumentando en las consiguientes recuperaciones.
4. Varios episodios psicóticos con deterioro, que progresivamente va aumentando en las progresivas recuperaciones.

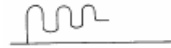
1. BROTE CON REMISIÓN COMPLETA



2. VARIOS BROTES CON REMISIÓN COMPLETA

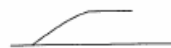


3. VARIOS BROTES CON DETERIORO CONTINUO

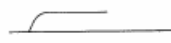


4. VARIOS BROTES CON DETERIORO EN AUMENTO

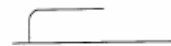
Además de estos 4 cursos básicos se han planteado otros, como:



5. DETERIORO PROGRESIVO SIN BROTES (CRÓNICO)



6. DETERIORO ESTABLE (SIN BROTES) (CRÓNICO)



7. BROTE CON DEFECTO GRAVE (CRÓNICO)

Las distintas clasificaciones incluyen dentro de las diversas categorías una valoración sobre el curso típico de cada una de ellas. A partir de múltiples estudios se han elaborado diferentes listas sobre las características que parecen predecir un buen y mal pronóstico.

	Buen pronóstico	Mal Pronóstico
Inicio y curso	Inicio agudo	Inicio insidioso
	Comienzo tardío	Comienzo precoz
	Breve duración	Larga duración
	Buena adaptación premórbida	Trastorno de la personalidad premórbido
Características personales	Casado	Soltero
	Clase social alta	Clase social baja
Sintomatología	Confusión	Agresividad/Síntomas obsesivo-compulsivos
	Sintomatología positiva	Sintomatología negativa
	Sintomatología afectiva	Aplanamiento afectivo
Antecedentes	Ausencia de antecedentes psiquiátricos	Antecedentes psiquiátricos
	Ausencia de antecedentes familiares	Antecedentes familiares de enfermedad
	Historia familiar de trastornos del estado de ánimo	Historia familiar de trastornos psicóticos
Alteraciones biológicas	Funciones neurológicas normales	Deterioro neuropsicológico
	TAC normal	Anomalías estructurales cerebrales
Afectación socio-laboral	Historia laboral estable	Inestabilidad laboral
	Buena adaptación psicosexual	Mala adaptación psicosexual
Respuesta al tratamiento	Buena respuesta a los neurolépticos	Mala respuesta a los neurolépticos
Subtipo	Subtipo paranoide	Subtipo simple o desorganizada
	Subtipo catatonía (es intermedio)	

8. MODELOS EXPLICATIVOS

La esquizofrenia es una entidad clínica especialmente compleja por las dificultades de establecer un diagnóstico acertado y por su carácter heterogéneo. Esto ha favorecido el desarrollo de distintas teorías que intentan explicar su causa. En la actualidad investigadores y clínicos están de acuerdo en que para que se desarrolle un trastorno esquizofrénico es necesaria una combinación de factores genéticos de predisposición y de factores ambientales.

8.1. HIPÓTESIS Y HALLAZGOS PSICOBIOLOGICOS

8.1.1. Estudios genéticos

Toma como base los estudios epidemiológicos, que indican una mayor incidencia familiar (los familiares de pacientes esquizofrénicos tienen mayor probabilidad de padecer esquizofrenia), y una relación de a mayor proximidad en el parentesco más probabilidad de contraer la enfermedad.

Si aproximadamente el 1% de la población general desarrolla una esquizofrenia, este porcentaje se incrementa hasta un 10% en parientes de primer grado, llegando a ser del 48% cuando se trata de gemelos monocigóticos.

Para discernir la importancia de las influencias genéticas y/o ambientales se han realizado estudios de gemelos y de adopción. Los **estudios de concordancia** señalan una tasa promedio de concordancia en torno al 46% en monocigóticos frente al 14% en dicigóticos.

Los **estudios de adopción** concluyen que la prevalencia de esquizofrenia es significativamente mayor en hijos de madres biológicas esquizofrénicas que en los hijos de madres controles; y que si un individuo adoptado de padres biológicos sanos vive en una familia adoptiva donde uno de sus miembros sufre un trastorno esquizofrénico el riesgo a padecer el trastorno es menor que si lo padece uno de sus padres biológicos pero en su familia adoptiva nadie presenta síntomas psicóticos.

En los **estudios sobre marcadores genéticos** han encontrado evidencia de asociación entre la esquizofrenia paranoide y el antígeno HLA A9 y entre el subtipo hebefrénico y el antígeno A1. Los resultados obtenidos mediante estudios de análisis de ligamiento todavía no son concluyentes.

Dichos estudios por lo tanto apuntan hacia la herencia de determinadas predisposiciones, pero actualmente todavía estamos lejos de saber las vías de esta transmisión. Los modelos monogénicos (de un único gen) no pueden explicar el trastorno, por lo que hay que recurrir a modelos poligénicos en los que se apunta una combinación de genes en interacción y determinadas variables ambientales prenatales y postnatales.

Algunos estudios confirman que aproximadamente el 60% de los pacientes esquizofrénicos carecen de historia familiar del trastorno, por tanto, los factores genéticos no son la única causa que condiciona su expresión clínica (Gottesman y Erlenmeyer-Kimling, 2001).

8.1.2. Investigación neuroquímica

Hipótesis dopaminérgica

Es la hipótesis biológica que cuenta con mayor apoyo y sugiere que una hiperactividad de neuronas dopaminérgicas (mesolímbicas, mesocorticales o nigroestriadas) puede estar presente, al menos, en algunas personas con esquizofrenia, y que el incremento de dopamina puede relacionarse con síntomas específicos, tales como los delirios y las alucinaciones. Esta hipótesis surge al observar 1) la acción de los neurolepticos bloqueando los receptores dopaminérgicos (D2) e inhibiendo así la actividad dopaminérgica, y 2) como determinados agonistas dopaminérgicos como las anfetaminas son capaces de producir síntomas psicóticos.

Hoy no existe consenso sobre cuál es el papel de la dopamina en la etiología de la esquizofrenia. La falta de evidencia sobre un incremento en la actividad dopaminérgica presináptica, llevó a postu-

lar que el fenómeno responsable de las alteraciones dopaminérgicas podía ser un incremento (hipersensibilidad) de los receptores dopaminérgicos postsinápticos (Lee y Seeman, 1980).

La **hipótesis dopaminérgica revisada** (Davis, 1991) propone que la esquizofrenia se asociaría a una disregulación en la transmisión dopaminérgica que origina una hiperfunción en la transmisión dopaminérgica subcortical en las proyecciones mesolímbicas (que originaría una sobreestimulación de receptores D2 y la aparición de sintomatología positiva) y una hipofunción de las mesocorticales al cortex prefrontal (que originaría una hipoestimulación de receptores D1 y la aparición de sintomatología negativa y de los déficits cognitivos).

La **teoría de Weinberger** (1986) plantea que esta disregulación puede ser debida a una lesión sutil y precoz en el córtex prefrontal que permanecería silenciosa hasta la maduración sexual. Esta teoría implica las vías dopaminérgicas que parten del tallo cerebral (tegmentum ventral y sustancia negra) y se proyectan al subcortex en el caso de la vía mesolímbica, y a nivel del córtex en el caso de la vía mesocortical (que en sujetos normales cumple una función inhibitoria, y moduladora del haz mesolímbico). Una lesión en el cortex prefrontal destruiría las aferencias dopaminérgicas hacia esta zona provocando un estado de hiperactividad crónica en los sistemas dopamínicos subcorticales (que provocaría la sintomatología positiva) y un cortex prefrontal hipodopamínico, que sería responsable de los síntomas negativos y de los déficits cognitivos.

Hipótesis noradrenérgica

Se ha encontrado una relación entre niveles aumentados de noradrenalina en el líquido cefalorraquídeo con recaídas en el curso clínico por la retirada de neurolépticos y con la gravedad de los síntomas positivos y negativos.

Hipótesis serotoninérgica

Hay ciertos datos, como la acción de los nuevos antipsicóticos, que parecen apuntar la relación de dicho neurotransmisor con la esquizofrenia. Las hipótesis apuntan a la función trófica de la serotonina en el neurodesarrollo y al efecto inhibitorio de la serotonina en la transmisión dopaminérgica. Pero todavía no existen datos que avalen una relación directa.

Hipótesis gabaérgica

El ácido gamma amino butírico (GABA) es el neurotransmisor inhibitorio más abundante del cerebro. La hipótesis es que la disminución de las concentraciones de GABA alteraría su modulación inhibitoria sobre las vías dopaminérgicas, provocando los síntomas psicóticos de la enfermedad. Numerosos estudios post mortem han descubierto una reducción en la actividad gabaérgica en la esquizofrenia.

Hipótesis del glutamato

En la actualidad la hipótesis en relación a este neurotransmisor es muy prometedora. Ésta, asocia la esquizofrenia a la hipotransmisión glutamatérgica de los receptores NMDA del glutamato (N-metil-D-aspartato). Se ha observado que sustancias que bloquean este receptor (como la fenciclidina y la quetamina) agravan la sintomatología en sujetos con esquizofrenia y provocan la aparición de sintomatología psicótica en sujetos normales. Por el contrario, sustancias agonistas del glutamato muestran efectos terapéuticos asociados a medicación antipsicótica.

Hipótesis de los neuropéptidos

Se ha estudiado la relación de determinados péptidos –como la colecistoquinina (CCK), la neotensina (NT) y la somatostatina– en relación con la acción de la dopamina.

8.1.3. Neurodesarrollo

Muchos de los factores que se han asociado al riesgo de padecer esquizofrenia inciden en los procesos tempranos del neurodesarrollo (durante el periodo pre y perinatal de la vida) y en ellos se fundamenta la hipótesis del neurodesarrollo.

Esta hipótesis explica el modo en que múltiples factores inciden sobre momentos clave de la organización histológica y estructural (migración neuronal) del sistema nervioso central, generando lesiones objetivables que permanecen estables a lo largo de la vida de los sujetos que padecen esquizofrenia. Estas alteraciones no se manifestarían hasta que las estructuras implicadas maduran completamente y aparece una fuente de estrés o cambios hormonales importantes.

Se sustenta sobre una serie de hallazgos: la observación de pequeñas malformaciones físicas, mayores complicaciones obstétricas y perinatales en personas que han desarrollado una esquizofrenia, anomalías estructurales y funcionales en el cerebro de pacientes con un primer brote esquizofrénico y la presencia de signos de déficit premórbidos en el funcionamiento cognitivo, académico y sociolaboral.

8.1.4. Hipótesis inmunológicas y víricas

Esta hipótesis plantea la existencia de una infección del SNC (sistema nervioso central), producida por un virus o por la acción de una actividad celular patológica contra el tejido del SNC originada por anticuerpos. Una posible explicación es que lo hereditario produzca un déficit en el sistema inmunitario y que esto propicie la presencia de una enfermedad vírica que sea la responsable del trastorno. Aunque no existen pruebas directas de que la esquizofrenia sea una enfermedad vírica, hay ciertos datos a favor.

Uno de los datos en que se apoya esta hipótesis es la relación establecida entre la estación del nacimiento y el desarrollo de la esquizofrenia. Se ha encontrado que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia nacen en los meses invernales. Se ha comprobado igualmente que los virus pueden cau-

sar daños cerebrales (ej. herpes simple, gripe); de hecho algunos estudios apuntan hacia la gripe como un factor que contribuye en la patogénesis de la esquizofrenia, especialmente en el sexto mes de gestación.

Otro dato hace referencia a las similitudes ente la esquizofrenia y la esclerosis múltiple, enfermedad que también se sospecha que es una enfermedad autoinmune provocada por un virus.

8.1.5. Alteraciones cerebrales

En la esquizofrenia es posible observar en muchos pacientes ciertas **alteraciones neurofisiológicas** que inducen a pensar en la existencia de una alteración neurológica.

Entre estos signos encontramos la catatonía, las discinesias, la alteración en la frecuencia de parpadeo, el mantenimiento de la mirada fija y la evitación de la mirada a los ojos, la ausencia del reflejo de parpadeo en respuesta a una palmadita en la frente, episodios de desvío de los ojos, movimientos espasmódicos en los ojos, pobre seguimiento visual de un objeto que sigue un movimiento uniforme, incapacidad para mover los ojos sin mover la cabeza, reacción pupilar débil a la luz, frecuentes elevaciones de las cejas.

Alteraciones estructurales

Se han encontrado diversas alteraciones estructurales en el cerebro de algunos subtipos de pacientes esquizofrénicos. La principal de estas alteraciones es la **dilatación ventricular** (tercer ventrículo y ventrículos laterales) que se ha relacionado con la sintomatología negativa y con déficit cognitivos, pudiendo ser un marcador del tipo II.

También se han encontrado pruebas de **atrofia cortical** (dilatación de los surcos corticales y menor volumen de sustancia gris y blanca) en diferentes lugares del cerebro (principalmente lóbulo temporal y frontal); además de atrofia cerebelar, asimetría hemisférica invertida y disminución de radiodensidad del tejido en diversas zonas cerebrales.

No hay acuerdo sobre si la disfunción aparente del tejido cerebral se debe a un proceso focal más difuso. Cuando se analiza por zonas, se ha observado de manera más sistemática la **reducción del volumen del lóbulo temporal**, afectándose con menos frecuencia el volumen el lóbulo frontal.

Existen evidencias de una reducción sistemática del volumen de las estructuras temporales mediales (hipocampo, amígdala y cortex entorrinal) así como del giro temporal y del planum temporale. Una disminución del volumen talámico se ha observado también en individuos que padecen esquizofrenia y en sus familiares de primer grado no afectados, aunque hay pocos estudios al respecto.

Otros hallazgos importantes respecto al estudio del hipocampo y la esquizofrenia son los siguientes:

- Existe una reducción en la capa granulosa de la circunvolución dentada de la formación hipocámpica (Jakob y Beckman, 1989; Arnold et al., 1991).
- Se observa una desorganización de las células piramidales en regiones anterior y medial del hipocampo (Altshuler et al., 1987; Conrad et al., 1991); así como un menor tamaño de las neuronas piramidales del hipocampo (Arnold et al., 1995; Zaidel et al., 1997).
- La densidad celular está disminuida en todas las áreas del hipocampo (Jeste y Lohr, 1989).
- La densidad neuronal es mayor en el córtex prefrontal dorsolateral; si bien el número total de neuronas parece no estar alterado (Pakkenberg, 1993), lo que indicaría un menor grosor cortical.
- El número de neuronas y células gliales en el núcleo talámico mediodorsal y núcleo accumbens está reducido (Pakkenberg, 1990; Danos et al., 1998; Popken et al., 2000).

En general, los autores se decantan, por una mayor afectación del **hemisferio izquierdo**.

Alteraciones funcionales

La **hipofrontalidad** (una disminución relativa del flujo sanguíneo cerebral o de otro indicador de la actividad neural) continúa siendo el hallazgo más frecuente. Más específicamente se ha encontrado un menor incremento del flujo sanguíneo cerebral en el **córtex prefrontal dorsolateral** durante la realización de tareas sensibles al funcionamiento de esta área (Wisconsin Card Sorting Test), lo que se ha relacionado con los síntomas negativos. Esta hipofrontalidad, evidenciada también en tareas de memoria con técnicas de neuroimagen de mayor resolución (PET y RMf) se han interpretado como una menor capacidad para generar estrategias de codificación profunda de la información.

Algunos resultados relacionan la presencia de síntomas positivos con **asimetrías en el lóbulo temporal**.

La mayoría de los últimos estudios sugieren anomalías que afectan a los circuitos cortico-subcorticales. Señalar que algunos estudios encuentran disfunciones de los ganglios basales y del sistema límbico (disminución metabólica de la amígdala en tareas emocionales).

Alteraciones electrofisiológicas

En el estudio del EEG se han encontrado más alteraciones en los lóbulos frontal y temporal del hemisferio izquierdo. Se ha encontrado una disminución y desorganización de la actividad alfa, y un incremento de la actividad lenta (es decir, las ondas theta y delta).

8.2. TEORÍAS PSICODINÁMICAS

Desde el punto de vista psicodinámico se han planteado dos modelos para explicar el padecer psicótico. El primero alude a una incapacidad cognitiva del niño que le impediría internalizar sus experiencias con la madre, llevándole a una inestabilidad que se haría patente en determinados momentos evolutivos. Las manifestaciones clínicas serían producto de un intento del paciente en recuperar sus relaciones objetales. El segundo modelo alude a un conflicto intrapsíquico más intenso que el neurótico

y que requiere defensas más primitivas como la negación y la proyección que a veces suponen una ruptura con la realidad.

Sigmund **Freud** plantea una fijación o regresión a la etapa autoerótica impidiendo la transferencia. Melanie **Klein** considera que se trata de un resultado patológico de la posición esquizoparanoide, en la que el niño al no ser capaz de introyectar los objetos buenos, permanece angustiado por el temor a ser invadido y destruido por los objetos persecutorios.

Algunos autores como el caso de **Fromm** y **Reichmann** en 1948, acuñan el término de "madre esquizofrenógena", como ampliación de la teoría del doble vínculo de la escuela de Palo Alto, caracterizada por ser una madre dominante al mismo tiempo que manifiesta una tremenda inseguridad agresiva y rechazante. Describiendo al padre como incapaz, pasivo o indiferente.

8.3. TEORÍAS SISTÉMICAS

A partir de los años cincuenta en Estados Unidos, y producto de la desinstitutionalización psiquiátrica se desarrollan nuevas formas de acercarse a la conceptualización y el tratamiento de la esquizofrenia. Se desarrollan programas comunitarios y se publican los ya clásicos trabajos realizados por el grupo de **Palo Alto**, (**Bateson**, **Jackson**, **Haley**, **Weakland**) que plantea, en 1956, que el esquizofrénico no ha aprendido a discriminar entre varios modos de comunicación. Este grupo, encabezado por Gregory Bateson, y Donald Jackson, plantea que el esquizofrénico queda atrapado entre varios niveles de comunicación, producto del uso de mensajes de "**doble vínculo**". Estos mensajes se caracterizan por: ser mensajes contradictorios en los que uno niega al otro, y ser realizados dentro de una relación intensa, que el paciente no puede evitar, ni comentar.

Generalmente son los padres y especialmente la madre, quienes participan significativamente de dichos tipos de relaciones comunicativas. Los enfoques sistémicos en sus primeras formulaciones consideraban a la familia como responsable del inicio y del mantenimiento del trastorno. Pero progresivamente los planteamientos han ido cambiando ocupándose actualmente de estudiar en qué momento y de qué manera la familia puede actuar como factor protector o como estresor en el curso y desarrollo de la enfermedad.

Las investigaciones por lo tanto se han centrado en los patrones de comunicación que se establecen entre el sujeto que tiene el diagnóstico de esquizofrenia (paciente identificado) y sus familiares más próximos (padres y/o cónyuge).

Dentro de estos patrones de comunicación destacan dos constructos que han recibido especial atención como son la Comunicación Desviada (CD) y la Emoción Expresada (EE).

La **Comunicación Desviada** fue planteada por **Singer** y **Wynne** en 1965. Este fenómeno se caracteriza porque el receptor es incapaz de hacerse una idea clara de los mensajes, a partir de las expresiones del emisor. El hecho parece ser fruto de un problema para compartir un contexto comunicativo común en el que se da el intercambio de mensajes. Apareciendo por lo tanto conductas de comuni-

cación fragmentadas, ininteligibles, ambiguas, vagas, tangenciales y carentes de significación que son las que se han identificado en las familias con un miembro diagnosticado de esquizofrenia.

La **Emoción Expresada** (EE), concepto planteado por **Brown, Monck, Carstairs y Wing** en 1962, hace referencia a determinados aspectos de la conducta emocional que dentro del núcleo familiar se manifiestan hacia sus miembros enfermos.

El índice o nivel de Emoción Expresada de la familia se obtiene principalmente a partir de los componentes de Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional, que han mostrado el mayor valor predictivo en relación a la recaída, sobre todo en esquizofrenia.

El constructo está formado por cinco elementos:

1. **Criticismo:** Son los comentarios críticos que los miembros de la familia hacen del comportamiento del paciente.
2. **Hostilidad:** Es más generalizado que el criticismo, y se refiere a la impresión negativa generalizada o rechazo manifiesto del paciente como persona, y no exclusivamente de su comportamiento.
3. **Sobreimplicación:** Respuesta emocional exagerada de sobreprotección, que conduce a un excesivo control sobre la conducta del paciente. Está formada por exceso de dramatización de los incidentes, sobreprotección, intrusión, y distress emocional.
4. **Calor:** Incluye manifestación de empatía, comprensión, afecto e interés hacia el paciente.
5. **Comentarios positivos:** Variable formada por expresiones de aprobación, valoración o aprecio del paciente o de su conducta.

Se concluye que la convivencia con familiares con alta EE está relacionada con mayores tasas de recaídas. Aunque dicha relación está mediatizada por factores como el sexo, la edad, y por la existencia de factores protectores como la toma de la medicación, y un contacto con estos familiares inferior a las 35 horas semanales. La Emoción Expresada se evalúa a través de una entrevista semiestructurada, la **Camberwell Family Interview** (CFI).

8.4. MODELO DE VULNERABILIDAD-ESTRÉS

Este modelo es el predominante actualmente. Fue iniciado por J. **Zubin** y B. **Spring** en 1977, con varios desarrollos posteriores, y una reformulación también en varios pasos realizada por **Nuechterlein y Dawson** (1984). Este modelo tiene como supuesto básico que para producirse el trastorno es necesario la existencia de una vulnerabilidad, que puede ser activada por diversos estresores precipitando la aparición del trastorno. La vulnerabilidad interactúa con el estrés, así las personas con mayor vulnerabilidad necesitarán menos dosis de estrés para que se precipite la enfermedad.

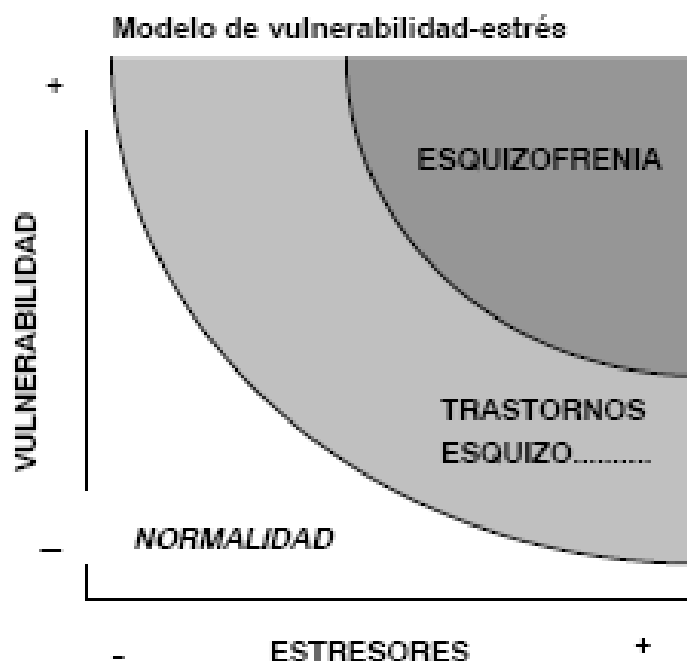
El modelo considera que ninguno de los dos factores (vulnerabilidad y estrés) es suficiente por separado para producir un episodio esquizofrénico. Lo que es permanente en el sujeto es la vulnerabili-

dad a la enfermedad, no la propia esquizofrenia. Por lo que sólo una parte de las personas predispuestas acaban desarrollando a lo largo de su vida la enfermedad.

La **vulnerabilidad** (diátesis) o predisposición que tiene una persona a padecer un trastorno es un rasgo dimensional, relativamente estable y duradero, que se mantiene estable independientemente del estado clínico del sujeto. Se considera que es el resultado tanto de factores genéticos como de propensión adquirida. Los marcadores de vulnerabilidad deben reunir, según Spring, tres evidencias: 1) que las anormalidades estén presentes y sean antes del inicio del trastorno y en las distintas fases del mismo; 2) que dichas anormalidades se encuentren en parientes biológicos de primer grado; 3) y en individuos con trastornos del espectro esquizofrénico (por ejemplo, el trastorno esquizofreniforme y los trastorno esquizotípico y esquizoide de la personalidad).

Existen diversos factores que los datos apuntan a que puedan ser considerados como **marcadores de vulnerabilidad** para la esquizofrenia, entre estos se encuentran: a) una capacidad reducida en el procesamiento de la información; b) hiperreactividad autonómica ante estímulos aversivos; c) déficits crónicos en la competencia social y en estrategias de afrontamiento.

Por su parte los estresores son acontecimientos que exigen al individuo una adaptación. Los estresores ambientales se han clasificado en agudos o crónicos. Dentro de los agudos se engloban los acontecimientos vitales estresantes (life events); dentro de los crónicos se engloban las demandas ambientales que no cambian y ante las que hay una falta de ajuste del sujeto en su capacidad de respuesta. Dentro de estos últimos se engloba la **emoción expresada**. Los más estudiados son un clima familiar crítico o con sobreimplicación emocional, un ambiente social con sobrestimulación.



La interacción de los factores de vulnerabilidad y los estresores está mediada por unos factores protectores o mediadores que afectan al impacto tanto disminuyéndolo como aumentándolo. Estos moduladores pueden ser personales (competencia social, estrategias de afrontamiento, características cognitivas y de personalidad) y ambientales (ambiente familiar, apoyo social).

Esta interacción puede desembocar en estados intermedios transitorios (sobrecarga en capacidad de procesamiento, hiperactivación autonómica tónica y procesamiento deficiente de estímulos sociales) que conducen a un fracaso adaptativo y a los síntomas prodrómicos y estos llevan a los síntomas esquizofrénicos (positivos y negativos).

9. ASPECTOS COGNITIVOS

Kraepelin utilizó el término *dementia praecox* porque consideraba el deterioro intelectual una de las características más distintivas de la esquizofrenia. Para Bleuler el defecto psicológico que originaba el resto de manifestaciones era la ruptura de los procesos asociativos, que impedía a los afectados organizar e interrelacionar pensamientos aislados y excluir pensamientos irrelevantes. Pero la escasez de procedimientos adecuados contribuyeron a entender las esquizofrenias como trastornos funcionales y no orgánicos.

Actualmente los déficits neuropsicológicos constituyen un hallazgo sistemático tanto en grupos de individuos que presentan esquizofrenia como en individuos con un primer episodio psicótico, en remisión clínica o incluso en familiares de primer grado no afectados. Por este motivo se cree que los déficits neuropsicológicos reflejan características fundamentales de la enfermedad y posiblemente revelan los **factores de vulnerabilidad** de la misma. Estos déficits se relacionan con déficits del cortex frontal, frontotemporal izquierdo y de estructuras subcorticales.

En general presentan un rendimiento pobre en casi todos los tests. Aunque el funcionamiento es muy variable de unos pacientes a otros la mayoría presenta déficits neuropsicológicos severos.

Con las pruebas psicométricas de inteligencia se encontró un menor rendimiento intelectual de los pacientes esquizofrénicos que sujetos normales y sujetos con otros trastornos mentales. Siendo más evidente el déficit en las **pruebas verbales** que en las manipulativas. Se ha demostrado este déficit a nivel premórbido, pero también se ha encontrado un deterioro intelectual con la evolución de la enfermedad.

En cuanto a pruebas neuropsicológicas, se ha encontrado que los pacientes esquizofrénicos rinden peor ante tareas que demandan la participación de los lóbulos frontales (como el **Wisconsin Card Sort**).

Como indicador de la capacidad general de procesamiento de la información se han empleado tareas de atención sostenida (vigilancia) como es el **Test de Ejecución Continua** (Continuous Performance Test, **CPT**). Los resultados con el CPT muestran que los pacientes esquizofrénicos

en fase aguda tienen un peor rendimiento que los sujetos de los grupos de control (personas sin patología mental, y personas con otros trastornos mentales) tanto en CPT fáciles como difíciles. Los pacientes esquizofrénicos en remisión presentan un peor rendimiento que los otros grupos en CPT difíciles, no así en los fáciles.

Pero también se ha encontrado, en CPT muy difíciles, que los resultados de los familiares de primer grado de pacientes esquizofrénicos son casi tan malos como los de los propios pacientes siendo peores que los de los otros grupos de control. También se ha observado que personas con personalidad esquizotípica presentan déficits en su funcionamiento en las tareas del CPT pero sin llegar a ser tan intensos como los presentados por los pacientes esquizofrénicos.

Se han apuntado múltiples alteraciones cognitivas en los esquizofrénicos. Así McGhie y Chapman sugirieron una disminución de las funciones selectivas e inhibitorias de la atención. En tareas de atención selectiva, es decir cuando el sujeto ha de dirigir la atención a determinados estímulos prescindiendo de otros estímulos distractores (como ocurre en las **tareas de escucha dicótica**) los pacientes esquizofrénicos presentan un rendimiento mucho peor que los sujetos normales, especialmente cuando los estímulos distractores son auditivos.

Otra técnica bastante investigada es la de los potenciales evocados. El más tratado es el **P300**, que se considera como indicador de la respuesta de orientación o de asignación de recursos atencionales y aparece cuando se procesa información relevante. Se ha observado que en esquizofrénicos la respuesta P300 está atenuada. También se ha relacionado un aumento de la P300 a nivel auditivo con una mejoría clínica.

En cuanto a la atención destaca el planteamiento de Shalowsky que plantea su teoría del “set segmental” en la que parte de los **estudios de tiempo de reacción** en los que se observa que estos pacientes son más lentos y no mejoran de los intervalos preparatorios (IP). Estos períodos mejoran el rendimiento en los sujetos normales si son regulares y no si son irregulares, mientras que los esquizofrénicos no mejoraban su rendimiento en ningún caso (excepto con IP muy breves).

Broadbent (1971) diferencia dos tipos de procesos atencionales: el “filtrado”, que actúa sobre las características físicas del estímulo ; y el “pigeon-holing”, que es un sesgo hacia determinadas categorías de respuesta que permite aprovechar la redundancia estimular, permitiendo que las expectativas influyan en la percepción de los estímulos.

Hemsley plantea que los esquizofrénicos no logran realizar tales sesgos de respuesta y por ello no consiguen sacar provecho de las situaciones de redundancia temporal y espacial o de la existencia de un patrón estimular para reducir la información que ha de ser procesada. Lo que según Maher produce un **fallo en la focalización de la atención**.

En general se ha observado que presentan un mayor deterioro en las tareas que requieren una gran cantidad de procesamiento. Lo que parece indicar la existencia de una reducción en la capacidad de procesamiento disponible, pero esto puede ser fruto de diversos factores. Una de las

posibles hipótesis es la existencia de una menor reserva de recursos cognitivos o una alteración en la función de control que distribuye mal los recursos.

Otros, como Uta Frith, consideran que el defecto cognitivo básico de la esquizofrenia es la presencia de un **fallo en el procesamiento automático** por el que tales procesos se hacen de forma consciente con lo que no se consigue expandir la capacidad cognitiva, que es lo que consiguen los procesos automáticos en los sujetos normales.

También se ha propuesto que el problema radica en la dificultad para seleccionar la información relevante de la irrelevante, dedicando un tiempo extra a estímulos irrelevantes, tanto internos como externos.

El fallo en la automaticidad (que permite que las experiencias previas actúen en paralelo con los estímulos actuales) dificultaría la integración de ambas informaciones. Se puede acceder a las informaciones previas pero de forma controlada, secuencial, mediante un esfuerzo cognitivo y no de manera automática, por lo que el sujeto no puede tener un acceso tan rápido para determinar la importancia de la información sensorial.

En esta misma línea, los estudiosos en el tema señalan la existencia en las personas con esquizofrenia de intrusiones en la conciencia de material que generalmente actúa de forma automática y que interfiere en la ejecución.

En cuanto a la memoria presentan mayor tasa de olvido e interferencias en la memoria a corto plazo. En cuanto a la memoria a largo plazo muestran un buen rendimiento en el reconocimiento, pero no así en el recuerdo que presenta un deterioro, especialmente si se introducen distractores. Esto parece deberse a su **incapacidad para organizar el material** o que no utilizan de forma espontánea estrategias de memoria, porque cuando se les incita a organizar el material tanto en la codificación como en la recuperación su rendimiento mejora.

Cutting ha apuntado que en la esquizofrenia los sujetos se concentran en el detalle y no en los aspectos globales (holísticos) o el tema central que organiza la estimulación. Según Knight esto podría deberse a que los esquizofrénicos presentarían un déficit en la formación de un esquema perceptual. Magaro plantea que los esquizofrénicos no mantienen una organización conceptual fuerte ni una estrategia de procesamiento serial y tampoco organizan los estímulos comúnmente relacionados con otros.

Por último destacar el “modelo integrador sobre la esquizofrenia”, paradigma desarrollado por Hemsley (1993) en un intento de sintetizar todos los hallazgos de los supuestos déficit cognitivos de la esquizofrenia: utilizando tareas procedentes de la teoría del aprendizaje animal, como son la inhibición latente y el efecto de bloqueo de Kamin, Hemsley (1994) postula que la alteración básica de la esquizofrenia consiste en una “influencia reducida de las regularidades de la experiencia pasada sobre la percepción actual”. Esto ocasiona: a) un input sensorial ambiguo, no estructurado, con intrusión en la conciencia de material inesperado, b) una conciencia aumentada de estímulos irrele-

vantes, y c) una habilidad reducida para utilizar la redundancia y el modelado del input en tareas cognitivas. La alteración básica en la esquizofrenia se produciría en el “sistema comparador” del hipocampo (Hemsley 1994) por una alteración estructural del hipocampo y estructuras temporales mediales relacionadas. Los esquizofrénicos fracasan en la utilización de la redundancia y en el modelado del input sensorial para reducir las demandas de procesamiento de la información, presentando alteraciones cognitivas similares a las del grupo de las demencias fronto-subcorticales. El deficiente acceso a la información almacenada en la memoria produciría, en último término, un mal procesamiento de la información en el que se satura el sistema de procesamiento atencional.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- APA (2014). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. 5ª Edición. DSM-5. Barcelona: Panamericana.
- BECK, A.T.; RECTOR, N.A.; STOLAR, N. y GRANT, P. (2010). **Esquizofrenia: terapia cognitiva, investigación y terapia**. Barcelona: Paidós.
- BELLOCH, A.; SANDÍN, B. y RAMOS, F. (2010). **Manual de Psicopatología. Volumen II**. Madrid: McGraw-Hill (Temas 13, 14 y 15).
- CABALLO, V.E.; SALAZAR, I.C. y CARROBLES, J.A. (2011). **Manual de psicopatología y trastornos psicológicos**. Madrid: Pirámide.
- PÉREZ, M.; FERNÁNDEZ, J.R.; FÉRNANDEZ, C. y AMIGO, I. (2010). **Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos**. Madrid: Pirámide (Temas 1 y 2).
- VALLEJO, M.A. (2012). **Manual de Terapia de Conducta. Volumen II**. Madrid: Dykinson (Tema 14).

TEST CON RESPUESTA COMENTADA

001. ¿Cuál de estas afirmaciones se ajusta mejor al concepto de esquizofrenia del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición (DSM-5)?:

- 1) Es un trastorno grave con síntomas psicóticos patognomónicos.
- 2) Es un trastorno no agudo con síntomas psicóticos manifiestos.
- 3) Es un trastorno agudo con síntomas psicóticos manifiestos.
- 4) Es un trastorno agudo supone un deterioro significativo del funcionamiento socio-laboral del sujeto.
- 5) Es un trastorno amplio, tanto agudo como crónico que abarca síntomas psicóticos y afectivos.

RC: 2. La opción 1 es incorrecta porque en la actualidad se consideran que no existen síntomas patognomónicos para el diagnóstico de esquizofrenia, a diferencia de lo que plantea K. Schneider en sus síntomas de primer rango. Para Schneider estos síntomas de primer rango son patognomónicos de la esquizofrenia (opción 1 falsa).

El DSM-5 requiere para el diagnóstico de esquizofrenia que los síntomas estén presentes al menos 6 meses (criterio C) y un periodo de al menos 1 mes con la presencia de síntomas psicóticos manifiestos (criterio A) (opción 2 correcta). La esquizofrenia es un trastorno no agudo (opciones 3 y 4 falsas).

Además, el DSM-5 cuenta con un criterio de exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo (criterio D) (opción 5 falsa).

002. La sintomatología positiva de la esquizofrenia parece estar causada por:

- 1) La hipoactividad de algunos circuitos neurales dopaminérgicos.
- 2) La actividad excesiva de algunos circuitos neurales dopaminérgicos.
- 3) La existencia de daños cerebrales.
- 4) Tener un gen de la esquizofrenia que provoque sintomatología positiva.
- 5) Pérdida celular en estructuras del lóbulo temporal y parahipocámpico.

RC: 2. Respecto a la distinción entre síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia, se ha hipotetizado que los síntomas positivos están asociados a una alternación neuroquímica, mientras que los negativos son un efecto de una alteración cerebral.

Existen distintas hipótesis neuroquímicas que tratan de explicar el origen de los **síntomas positivos**. La hipótesis dopaminérgica sugiere una actividad excesiva de los circuitos neurales dopaminérgicos mesolímbicos (opción 2 correcta, opción 1 falsa).

La hipótesis estructural que trata de explicar el origen de los **síntomas negativos** asocia la aparición de la clínica negativa a una serie de alteraciones cerebrales, principalmente, y dilatación ventricular y pérdida celular en estructuras del lóbulo temporal y giro parahipocámpico (opciones 3 y 5 falsas).

Por último, los estudios genéticos apuntan hacia la herencia de determinadas predisposiciones, pero actualmente todavía estamos lejos de saber las vías genéticas de esta transmisión. Los modelos monogénicos (de un único gen) no pueden explicar el trastorno, por lo que hay que recurrir a **modelos poligénicos** en los que se apunta una combinación de genes en interacción y determinadas variables ambientales prenatales y postnatales (opción 4 falsa).

003. ¿Cuál de los siguientes síntomas **NO** es característico de la esquizofrenia tipo desorganizada?:

- 1) Lenguaje desorganizado.
- 2) Afectividad aplanada.
- 3) Comportamiento desorganizado.
- 4) Negativismo o mutismo.
- 5) Rápida aparición de síntomas negativos.

RC: 4. Los criterios de la DSM para la definición de la esquizofrenia tipo **desorganizada** sostienen que hay un predominio del lenguaje desorganizado (opción 1), del comportamiento desorganizado (opción 3) y de la afectividad aplanada o inapropiada (opción 2). Otras características habituales de este subtipo de esquizofrenia son la personalidad premórbida pobre, el inicio muy temprano e insidioso, la rápida aparición de síntomas negativos (opción 5), el mal pronóstico y un curso continuo y sin remisiones.

Por lo tanto, la única opción de respuesta que no es característica de la esquizofrenia desorganizada es el negativismo o mutismo (opción 4). Esta opción corresponde con la esquizofrenia catatónica en la que también puede parecer inmovilidad motriz (como en la catalepsia o en el estupor), actividad motriz excesiva sin finalidad, ni está determinada por estímulos externos, estereotipias, ecolalia y ecopraxia.

004. Según el DSM-5 (APA, 2013), la duración de la esquizofrenia es:

- 1) 1 mes o más.
- 2) 2 meses o más.
- 3) 3 meses o más.
- 4) 6 meses o más.
- 5) 2 años o más.

RC: 4. El criterio C para el diagnóstico de esquizofrenia del DSM-5 requiere la persistencia de signos continuos de la alteración durante al menos **6 meses** (opción 4 correcta).

005. ¿Cuál de las siguientes opciones **NO** se considera un síntoma negativo de la esquizofrenia?:

- 1) Abulia.
- 2) Apatía.
- 3) Alogia.
- 4) Lenguaje oral desorganizado.
- 5) Aplanamiento afectivo.

RC: 4. Según el DSM-IV-TR, los análisis factoriales de los síntomas esquizofrénicos encontraron 3 factores: un factor psicótico, un factor desorganizado y un factor negativo. El **lenguaje oral desorganizado** se correlacionó con el factor desorganizado (respuesta 4 correcta).

006. Según el DSM-5 (APA, 2013), ¿cuál de las siguientes opciones **NO** se requiere para el diagnóstico de la esquizofrenia?:

- 1) Una duración total de 6 meses.
- 2) Disminución acusada de la actividad.
- 3) Presencia de síntomas prodrómicos o residuales.
- 4) 1 mes de síntomas de la fase activa.
- 5) Exclusión de que la alteración sea debida al consumo de sustancias o de una enfermedad médica.

RC: 3. Aunque son característicos de la esquizofrenia, los síntomas prodrómicos o residuales no son imprescindibles. Algunas personas con esquizofrenia no reciben o no responden al tratamiento y permanecen en la fase activa de forma crónica (respuesta 3 correcta).

007. Ramón fue ingresado en julio de 2015 en una Unidad de Hospitalización Breve durante 5 semanas, con el diagnóstico de trastorno psicótico a filiar. En ese ingreso se le pautó tratamiento antipsicótico y dio positivo a cannabis. Cuando Ramón fue dado de alta del ingreso hospitalario sus síntomas psicóticos habían remitido parcialmente y fue derivado a su unidad de salud mental de referencia para abordaje terapéutico de sus dificultades y seguimiento:

- 1) Al dar positivo a una droga queda excluido el diagnóstico de esquizofrenia por no cumplir el criterio de exclusión de consumo de sustancias.
- 2) Al dar positivo a una droga y experimentar un episodio psicótico, el diagnóstico deber ser de trastorno psicótico inducido por sustancias.
- 3) El consumo de cannabis no excluye necesariamente el diagnóstico de esquizofrenia porque los síntomas no desaparecen completamente cuando se interrumpe el consumo de la sustancia durante el ingreso hospitalario.
- 4) Debido a las bajas tasas de consumo de cannabis capaces de provocar síntomas psicóticos, queda descartado por completo que la etiología del episodio psicótico sea el efecto fisiológico directo de esta droga.
- 5) Para el diagnóstico de esquizofrenia es necesario que el trastorno sea debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia.

RC: 3. El criterio E del DSM-IV-TR y del DSM-5 para el diagnóstico de esquizofrenia es un **criterio de exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica**. Según este criterio, el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica. La evaluación del posible papel etiológico de las sustancias o de una enfermedad médica no suele suponer un gran problema en las personas que presentan esquizofrenia crónica y bien establecida. No obstante, este aspecto puede ser muy importante en sujetos que inician la enfermedad y que quizá están en su primer episodio psicótico. Debido a las altas tasas de consumo de sustancias capaces de provocar ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje oral desorganizado y comportamiento desorganizado, es imprescindible descartar por completo esta etiología antes de llegar prematuramente a un diagnóstico de esquizofrenia.

En el caso del enunciado de esta pregunta, se descarta el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias ya que los síntomas persisten durante un periodo sustancial de tiempo (más de 1 mes) después de que haya cesado la abstinencia aguda o se haya producido la intoxicación grave (opción 3 correcta).

008. ¿Cuál de los siguientes dominios **NO** está incluido en las dimensiones del instrumento que incluye el DSM-5 (APA, 2013) para la evaluación clínica de la gravedad de los síntomas psicóticos?:

- 1) Comportamiento psicomotor anormal.
- 2) Síntomas negativos.
- 3) Deterioro cognitivo.

- 4) Depresión.
- 5) Síntomas positivos.

RC: 5. El DSM-5 incluye una aproximación dimensional para la evaluación de la gravedad de los síntomas nucleares de la esquizofrenia que pretende dar cuenta de la gran heterogeneidad en cuanto al tipo de síntomas y su gravedad que presentan las personas con trastornos psicóticos. La gravedad es valorada mediante evaluación cuantitativa y dimensional de los síntomas primarios de la psicosis, incluyendo **delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento psicomotor anormal, y síntomas negativos**. Por lo tanto, la opción 5 es falsa porque este instrumento no considera un solo dominio para los síntomas positivos sino que los evalúa en 3 dominios diferentes: uno para los delirios, otro para las alucinaciones, y otro para el lenguaje desorganizado. También incluyen una escala para la evaluación dimensional del **deterioro cognitivo** ya que muchas personas con trastornos psicóticos sufren deficiencias en varios dominios cognitivos, que repercuten en su capacidad funcional. Además, incorporan escalas para la evaluación dimensional de la **depresión** y la **manía**, que pueden advertir a los clínicos de la presencia de patología afectiva.

009. En la esquizofrenia:

- 1) Los hombres tienen mejor ajuste premórbido que las mujeres.
- 2) Los hombres presentan mayor sintomatología positiva que las mujeres.
- 3) En los hombres el inicio suele ser más tardío que en las mujeres.
- 4) Los hombres presentan mayor sintomatología afectiva que las mujeres.
- 5) Suele afectar en igual número a hombres y mujeres.

RC: 5. La esquizofrenia suele afectar en igual número a hombres y mujeres, pero no del mismo modo (opción 5 correcta). En hombres el inicio suele ser más temprano (15- 24 años) y su ajuste previo es peor y presentan preponderantemente síntomas de tipo negativo. En las mujeres el inicio suele ser más tardío (25-34 años), presentan mejor ajuste premórbido y más frecuentemente síntomas positivos y afectivos.

010. ¿Cuál de los siguientes síntomas **NO** se considera un síntoma prodrómico de la esquizofrenia?:

- 1) Experiencias extrañas (sensaciones, percepciones).
- 2) Ideas delirantes.
- 3) Insomnio.

- 4) Aumento del consumo de tóxicos.
- 5) Mayor descuido en la higiene.

RC: 2. En los pródromos de la esquizofrenia se han descrito síntomas muy heterogéneos como: experiencias extrañas (sensaciones, percepciones), insomnio, aumento del consumo de tóxicos, aislamiento, disminución del funcionamiento, conducta extravagante o mayor descuido en la higiene. Las ideas delirantes y las alucinaciones constituyen síntomas psicóticos incluidos en el criterio A del DSM-5 para el diagnóstico de esquizofrenia (opción 2 correcta).

011. Una de las diferencias entre los criterios diagnósticos del DSM-5 y los de la CIE-10 para el diagnóstico de la esquizofrenia consiste en:

- 1) La CIE-10 requiere signos continuos del trastorno durante al menos 6 meses mientras que en el DSM-5 basta con 1 mes.
- 2) A diferencia de la CIE-10, el DSM-5 incluye un criterio de disfunción sociolaboral por el que durante la mayor parte del tiempo, una o más áreas de funcionamiento (trabajo, relaciones interpersonales o cuidado personal) del sujeto están marcadamente por debajo del nivel previo.
- 3) El DSM-5 requiere que los síntomas no se expliquen por enfermedad médica y en la CIE-10 no se incluye dicho criterio.
- 4) A diferencia de la CIE-10, el DSM-5 no incluye síntomas patognomónicos.
- 5) La CIE-10 requiere que los síntomas no se expliquen por el uso de sustancias y en el DSM-5 no se incluye dicho criterio.

RC: 2. Las dos diferencias principales entre los criterios diagnósticos del DSM-5 y los de la CIE-10 para el diagnóstico de la esquizofrenia consiste en:

a) El DSM-5 requiere signos continuos del trastorno durante al menos 6 meses mientras que en la CIE-10 basta con 1 mes (al revés de lo que se afirma en la respuesta 1).

b) A diferencia de la CIE-10, el DSM-5 incluye un criterio de disfunción sociolaboral por el que durante la mayor parte del tiempo, una o más áreas de funcionamiento (trabajo, relaciones interpersonales o cuidado personal) del sujeto están marcadamente por debajo del nivel previo (respuesta 2 correcta).

Los criterios de exclusión de etiología orgánica (respuestas 3 y 5) son comunes en los dos sistemas clasificatorios. Por último, no existen síntomas patognomónicos para el

diagnóstico de esquizofrenia en ninguna de las dos clasificaciones (respuesta 4).

012. ¿Qué subtipo de esquizofrenia se caracteriza por haber presentado un episodio psicótico, pero en el presente no existen síntomas positivos?:

- 1) Paranoide.
- 2) Catatónica.
- 3) Desorganizada.
- 4) Residual.
- 5) Simple.

RC: 4. El subtipo residual (opción 4 correcta) se refiere a los cuadros en los que ha habido un episodio psicótico, pero que en el momento del diagnóstico no existen síntomas positivos, pero existen manifestaciones continuas en forma de síntomas negativos.

En el subtipo paranoide existe sintomatología positiva en el momento del diagnóstico.

En el subtipo catatónico existe un episodio psicótico en el momento del diagnóstico, caracterizado por síntomas catatónicos.

En el subtipo desorganizado se observa lenguaje o comportamiento desorganizados en el momento del diagnóstico.

El subtipo simple se caracteriza por síntomas negativos sin que anteriormente hubiera un episodio psicótico.

013. En relación a la esquizofrenia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es **FALSA**?:

- 1) La prevalencia en hombres y mujeres es la misma.
- 2) En mujeres hay una preponderancia de sintomatología negativa.
- 3) La prevalencia vital para familiares de primer grado de personas que padezcan esquizofrenia se eleva al 10%.
- 4) La prevalencia para presentar esquizofrenia aumenta conforme aumenta la proximidad biológica.
- 5) En hombres el ajuste premórbido es peor.

RC: 2. En general se tiende a considerar que la prevalencia vital de la esquizofrenia se sitúa alrededor de 0,5-1,5%. Se ha observado que frente a la prevalencia vital general, la prevalencia vital para familiares de primer grado de personas que padezcan esquizofrenia se eleva al 10%. Además este porcentaje va aumentando conforme aumenta la proximidad biológica.

En relación al sexo, no se observan diferencias en cuanto a la prevalencia en hombres y mujeres, aunque sí en relación a la sintomatología: en los hombres suele haber un peor ajuste premórbido, además de un comienzo más temprano y una preponderancia de sintomatología negativa (opción 2).

014. ¿Cuál de los siguientes subtipos de esquizofrenia tiene peor pronóstico?:

- 1) Simple.
- 2) Catatónica.
- 3) Paranoide.
- 4) Positiva.
- 5) Residual.

RC: 1. La **esquizofrenia tipo simple** se caracteriza por un inicio insidioso y progresivo de un comportamiento extravagante, de una disminución en el rendimiento general y una incapacidad para satisfacer las demandas sociales. No existe la evidencia, ningún momento, de la presencia de alucinaciones delirios. Por lo que este tipo se caracteriza por la presencia síntomas negativos sin que en ningún momento aparezca un episodio psicótico. Su pronóstico es muy malo (opción 1 correcta).

	Buen pronóstico	Mal pronóstico
Subtipo	Paranoide	Simple
	Positiva	Desorganizada
	Catatónica	

015. Gustavo acude a una primera entrevista de evaluación en Salud Mental tras ser derivado por su médico de Atención Primaria. En la entrevista describe la presencia de comportamiento gravemente desorganizado y síntomas negativos durante más de 1 mes. Según estos síntomas:

- 1) El paciente cumple el criterio A para el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV-TR, pero no cumple el criterio A para el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-5.
- 2) El paciente cumple el criterio A para el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-5, pero no cumple el criterio A para el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV-TR.
- 3) El paciente cumple el criterio A del DSM-IV-TR y del DSM-5 para el diagnóstico de esquizofrenia.
- 4) El paciente no cumple el criterio A del DSM-IV-TR ni del DSM-5 para el diagnóstico de esquizofrenia.
- 5) Entre los síntomas característicos de la esquizofrenia según el DSM-IV-TR y el DSM-5 no se encuentran el comportamiento gravemente desorganizado y los síntomas negativos.

RC: 1. Tanto en el DSM-IV-TR como en el DSM-5, en el criterio A para el diagnóstico de esquizofrenia se considera que el paciente debe presentar dos o más de los siguientes síntomas que deben estar presentes durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado.
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos.

Sin embargo, uno de los cambios que se introduce en el DSM-5 respecto al DSM-IV-TR es la inclusión de la especificación de que al menos uno de los síntomas debe ser necesariamente las ideas delirantes, las alucinaciones o el lenguaje desorganizado (síntomas 1, 2, y 3 del listado).

Por ello, un paciente que presente comportamiento desorganizado y síntomas negativos durante un periodo de un mes cumple el criterio A según el DSM-IV-TR, pero no cumple el criterio A del DSM-5 (ya que no presenta ideas delirantes, alucinaciones ni lenguaje desorganizado) (opción 1 correcta).

016. En el DSM-IV-TR, los subtipos de esquizofrenia:

- 1) Se diagnostican según el pronóstico del cuadro.
- 2) Se diagnostican según la sintomatología actual.
- 3) Finalmente todos se diagnostican como esquizofrenia residual.
- 4) El subtipo de esquizofrenia no se indica en el DSM-IV-TR.
- 5) Se diagnostican según el inicio del cuadro.

RC: 2. Los diferentes subtipos de esquizofrenia en el DSM-IV-TR se diagnosticarán según la sintomatología presente en el momento actual, así podremos diagnosticar los siguientes subtipos: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.

El subtipo de esquizofrenia se realizará en el momento, por lo cual, éste, puede cambiar con el tiempo.

017. La dilatación ventricular se observa:

- 1) En todos los sujetos con esquizofrenia.
- 2) En esquizofrenias con sintomatología positiva.
- 3) En esquizofrenias con sintomatología negativa.
- 4) En esquizofrenias de inicio tardío.
- 5) En aquellas con delirios más bizarros.

RC: 3. La dilatación ventricular se observa principalmente en aquellos subtipos de esquizofrenia en los que predomina la sintomatología negativa y los déficits cognitivos. Se trata de la alteración estructural con mayor consenso en los cuadros de esquizofrenia. Esta dilatación, principalmente en el tercer ventrículo y los ventrículos laterales se considera un marcador del tipo II de esquizofrenia.

018. Según el DSM-IV-TR, ¿qué subtipo de esquizofrenia corresponde a cuadros en los que ha habido un episodio psicótico pero que en el momento del diagnóstico no existen síntomas positivos, y existen manifestaciones continuas en forma de síntomas negativos?:

- 1) Paranoide.
- 2) Desorganizada.
- 3) Catatónica.
- 4) Residual.
- 5) Simple.

RC: 4. En el DSM-IV-TR se otorga la categoría de esquizofrenia residual a los cuadros en los que ha habido un episodio psicótico, pero que en el momento del diagnóstico no existen síntomas positivos, pero existen manifestaciones continuas en forma de síntomas negativos (opción 4 correcta).

019. En la esquizofrenia:

- 1) Se ha observado un aumento de la respuesta P300 en estudios de potenciales evocados.
- 2) Se ha encontrado un aumento del flujo sanguíneo cerebral en el córtex prefrontal dorsolateral durante la realización de tareas sensibles al funcionamiento de esta área.
- 3) Se ha hallado un mejor rendimiento en CPT (Test de Ejecución Continua) que en otros grupos de personas con otros trastornos mentales.
- 4) Se ha encontrado un rendimiento similar al de los sujetos normales en tareas de atención selectiva (como ocurre en las tareas de escucha dicótica).
- 5) Se han descrito diversas disfunciones óculo-motoras.

RC: 5. En estudios con potenciales evocados, se ha observado que en esquizofrénicos la respuesta P300 está atenuada (opción 1).

La hipofrontalidad (una disminución relativa del flujo sanguíneo cerebral o de otro indicador de la actividad neural) continúa siendo el hallazgo más frecuente. Más específicamente se ha encontrado un menor incremento del flujo sanguíneo cerebral en el córtex prefrontal dorsolateral

durante la realización de tareas sensibles al funcionamiento de esta área (Wisconsin Card Sorting Test), lo que se ha relacionado con los síntomas negativos (opción 2).

Los resultados con el CPT muestran que los pacientes esquizofrénicos en fase aguda tienen un peor rendimiento que los sujetos de los grupos de control (personas sin patología mental, y personas con otros trastornos mentales) tanto en CPT fáciles como difíciles (opción 3).

En tareas de atención selectiva, es decir cuando el sujeto ha de dirigir la atención a determinados estímulos prescindiendo de otros estímulos distractores (como ocurre en las tareas de escucha dicótica) los pacientes esquizofrénicos presentan un rendimiento mucho peor que los sujetos normales, especialmente cuando los estímulos distractores son auditivos (opción 4).

Por último, se han descrito diversas disfunciones óculo-motoras en la esquizofrenia, que incluyen dificultades en el seguimiento ocular de un estímulo en movimiento (*smooth pursuit eye movements*, SPEM), que se manifiesta en forma de desviaciones de la mirada del estímulo diana o movimientos sacádicos involuntarios de corrección en el seguimiento del móvil. Otra disfunción óculo-motora observada en pacientes con esquizofrenia se ha encontrado en tareas anti-sacádicas, consistentes en instruir al sujeto para que dirija la mirada (inicialmente fija en un estímulo central de una pantalla) en dirección opuesta y con la misma distancia del punto central a cada uno de los estímulos sucesivos que se presentan en cualquier parte de la pantalla (opción 5 correcta).

RC: 3. Una de las principales novedades del DSM-5 (APA, 2013) respecto al diagnóstico de esquizofrenia es **la desaparición de los 5 subtipos de esquizofrenia** descritos en el DSM-IV-TR (opción 3 correcta). Los criterios de duración total del trastorno e interferencia socio-laboral no sufren ningún cambio respecto a la edición anterior del DSM. Asimismo, la clasificación del curso longitudinal de la esquizofrenia no experimenta cambios significativos.

020. Señala la alternativa CORRECTA acerca de las novedades del DSM-5 (APA, 2013) respecto al diagnóstico de esquizofrenia:

- 1) Desaparece el criterio C del DSM-IV-TR de duración total del trastorno por el que debían persistir signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses.
- 2) Desaparece el criterio B del DSM-IV-TR de disfunción socio/laboral según el cual durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración una o más áreas importantes de actividad están claramente por debajo del nivel premórbido.
- 3) Desaparecen los subtipos de esquizofrenia descritos en el DSM-IV-TR.
- 4) Se crea un nuevo subtipo de esquizofrenia denominado esquizofrenia subtipo afectiva.
- 5) Desaparece la clasificación del curso longitudinal de la esquizofrenia.