

TEMA 13- LAS ESQUIZOFRENIAS: ASPECTOS CLÍNICOS.

1.- EL DEVENIR DE SU DIAGNÓSTICO.

1.1.- KRAEPELIN Y LA “DEMENTIA PRAECOX”

- ☞ Con el término “dementia praecox” Kraepelin diferenció la esquizofrenia de las “psicosis orgánicas”, llamándola psicosis funcional ya que en la “dementia praecox” no existen alteraciones neuropatológicas evidentes.
- ☞ La “dementia praecox” era un concepto unitario que reunía varios trastornos (catatonía, demencia paranoide y hebefrenia).
- ☞ Hizo una descripción de los síntomas, entre los que incluía, como más importantes:
 - Alteraciones del pensamiento (incoherencia, creencia delirantes, etc..)
 - Alteraciones de la atención (distrabilidad por estímulos irrelevantes).
 - Alteraciones emocionales (embotamiento, deterioro de la expresión emocional).
 - Negativismo (reducción de la actividad voluntaria, descuido de la responsabilidad, etc.).
 - Conductas estereotipadas.
 - Presencia de alucinaciones

1.1.1.- críticas a Kraepelin:

- ☞ El mismo núcleo de su concepto: no siempre se daba un deterioro progresivo, ni su comienzo era siempre precoz.
- ☞ Definía el trastorno en función de su curso, del pronóstico, y no de sus manifestaciones clínicas, pero al mismo tiempo proponía los síntomas como criterios con valor predictivo.
- ☞ La atribuía a una disfunción cerebral, de la que buscó medidas objetivas pero no presentó evidencia.
- ☞ Los subtipos no eran mutuamente excluyentes, por lo que el diagnóstico no era fiable.
- ☞ No pasaba del nivel descriptivo, y aunque éste fuese muy rico, algunos autores actuales llegan a poner en duda que estas descripciones se ajusten a la realidad, ya que la mayoría se referían a la encefalitis letárgica.

- ☞ En los 30 años que le llevó elaborar el concepto, Kraepelin evolucionó. Su pesimismo respecto a la no curación se modificó, reconoció que no siempre el inicio era precoz. Sin embargo, consideró necesario "mantener el nombre de demencia precoz hasta que se comprendan mejor los síntomas"

1.2.- EL GRUPO DE LAS ESQUIZOFRENIAS.

- ☞ Eugen Bleuer, cambió la denominación "dementia praecox" por la de esquizofrenia y lo hizo convencido de que para definir este trastorno era más importante el estudio transversal de los síntomas que su curso y desenlace.
- ☞ Recalcó que la anormalidad fundamental y unificadora en la esquizofrenia era la "división o fragmentación del proceso de pensamiento".
- ☞ Dividió los síntomas entre:
 - Síntomas fundamentales, de la misma importancia que la fragmentación del pensamiento (aplanamiento afectivo, pensamiento peculiar y distorsionado, abulia, trastorno atencional e indecisión conceptual (ambivalencia)
 - Síntomas accesorios (delirios, alucinaciones), ya que podían aparecer en otros trastornos como la psicosis maníaco-depresiva.
- ☞ Bleuler, no creía que la enfermedad condujera necesariamente al deterioro; pero sí pensó que la esquizofrenia era un heterogéneo grupo de trastornos a los que refirió como el "grupo de las esquizofrenias". El concepto bleuleriano era mucho más amplio que el de Kraepelin.

1.3.- INFLUENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN.

- ☞ Las críticas realizadas por la psiquiatría británica sobre la pobre fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos y el creciente interés por determinar la naturaleza, severidad y pronóstico de la esquizofrenia, condujeron al desarrollo de programas conjuntos de investigación entre distintos países. Lo que hizo necesario la creación de instrumentos de diagnóstico estandarizados PSE (cuestionario estructurado), CATEGO(programa adjunto informatizado), para disponer internacionalmente de una descripción de síntomas y definición de trastornos.
- ☞ El énfasis puesto en el PSE, hizo necesaria una alternativa a la aproximación bleuleriana debido a que las entrevistas estructuradas requerían una definición de síntomas y esa aproximación no se ajustaba por su amplitud e imprecisión.

- ☞ La alternativa fue la elección de los síntomas de “primer rango” de Schneider, que representa uno de los primeros intentos por sistematizar el diagnóstico utilizando síntomas específicos. Según este psiquiatra la presencia conjunta de estos síntomas asegura el diagnóstico de esquizofrenia.

SÍNTOMAS DE PRIMER RANGO	SÍNTOMAS DE SEGUNDO RANGO
<ul style="list-style-type: none"> - Pensamiento sonoro - Voces que discuten - Experiencias de pasividad somáticas - Influencia, imposición y robo de pensamiento - Transmisión de pensamiento - Percepciones delirantes - Cualquier experiencia que implique voluntad, afectos e impulsos dirigidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Otros trastornos de la percepción - Ideas delirantes súbitas - Perplejidad - Cambios depresivos o eufóricos - Sentimientos de empobrecimiento emocional - Otros

- ☞ Un segundo impacto de estos estudios fue el reconocimiento de que el concepto americano de la esquizofrenia era demasiado amplio y alejado del camino que seguía el resto del mundo y esto originó la necesidad de desarrollar criterios diagnósticos más estrictos.
- ☞ Los primeros pasos fueron dados por Feighner. Sus criterios tuvieron continuidad en los RDC. Estos contemplan un rango más amplio de las disfunciones, incluyendo formas relativamente breves de esquizofrenia (dos semanas de duración), así como formas más crónicas (más de dos años).

1.4.- LOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS OFICIALES.

- ☞ Los criterios del DSM-III-R ofrecen los sistemas más utilizados para el diagnóstico y clasificación. Desarrollado a partir del estrechamiento del concepto americano supuso:
 - Eliminar formas no psicóticas de esquizofrenia: ambivalencia, autismo y embotamiento afectivo.
 - Reconocer que otros trastornos, especialmente los afectivos, pueden presentarse como rasgos o características, pero que es necesario hacer el diagnóstico diferencial con los trastornos afectivos, en beneficio de las estrategias terapéuticas a seguir.
- ☞ Los criterios del DSM-III y DSM-III-R siguen siendo fenomenológicos (en ellos están presentes Bleuler y Schneider)

1.4.1.- DSM-III:

- ☞ La presencia de delirios alucinaciones y trastornos de pensamiento tiene un peso importante.
- ☞ Solo incluye el efecto aplanado, de los síntomas fundamentales bleulerianos, no siendo los síntomas negativos suficientes para establecer el diagnóstico.
- ☞ El paciente debe mostrar algún tipo de deterioro en su nivel de funcionamiento (noción kraepeliana)
- ☞ Excluye a los pacientes que tienen un síndrome afectivo completo, con lo que se descarta el trastorno esquizoafectivo
- ☞ Restringe el diagnóstico y excluye los episodios psicóticos breves por el requerimiento de cronicidad, ya que algunos síntomas deben estar presente al menos 6 meses
- ☞ Excluyen a pacientes con algún tipo de factor “orgánico” que pudiera iniciar o mantener el trastorno, como la ingesta de drogas o la presencia de alguna lesión focal

1.4.2.- DSM-III-R:

- ☞ Pocos cambios, fundamentalmente delimitar las fronteras entre esquizofrenia y trastorno delirante y consolidar las propuestas tradicionalmente para subdividir la esquizofrenia.
- ☞ Sin embargo aunque la mayoría de los autores está de acuerdo con estos sistemas de clasificación, estos documentos no están exentos de algunos puntos débiles. En concreto:
 - A menudo sus afirmaciones sobre la esquizofrenia pretenden ser comprensivas, y la realidad es que continúa siendo un síndrome clínico que incluye aspectos que son desconocidos.
 - El concepto “esquizofrenia” ha sido falseado en parte, al enfatizar los síntomas psicóticos a expensa de otros rasgos. En concreto, dan poca importancia a los “síntomas negativos o de déficit”, y a menudo estos síntomas son los que impiden a los pacientes su relación laboral, social...
 - En el campo de la investigación no dar importancia a los síntomas no psicóticos puede llevar a ignorar la búsqueda de los sustratos neurológicos.

- Los trastornos psicóticos parecidos a la esquizofrenia (esquizofreniforme, esquizoafectivo, psicosis atípica, psicosis reactiva breve) y que son excluidos del diagnóstico de la esquizofrenia, lo son mediante sistemas de clasificación rudimentarios e insatisfactorios.

1.4.3.- CIE 10 (OMS):

- ☞ En el capítulo V (Trastornos mentales y del comportamiento) señala la gran dificultad para la prescripción y clasificación de los trastornos psicóticos.
- ☞ La categoría F20 incluye la esquizofrenia como el trastorno más importante y frecuente del grupo.
- ☞ Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por: “distorsiones” fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones.
- ☞ Señala que suele conservarse la claridad de conciencia y la capacidad intelectual aunque 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.
- ☞ Para el diagnóstico requiere al menos un síntoma del grupo 1 y dos del grupo 2 y durante un periodo de más de un mes.
- ☞ Los cuadros de duración menor de un mes son trastorno esquizofreniforme agudo.
- ☞ Si se presentan síntomas depresivos o maníacos sólo se diagnostica esquizofrenia si ésta antecede a los síntomas afectivos
- ☞ Especifica distintas formas de evolución y establece nueve subtipos. Esta flexibilidad, se traduce en mayor libertad para el clínico, pero no aumenta la fiabilidad (los criterios son poco estrictos).

1.4.4.-DSM-IV:

- ☞ Se pretendía crear un conjunto nuevo de criterios más válidos y fiables que proporcionasen una cobertura más completa de la sintomatología con énfasis en la duración de los síntomas más característicos y simplificar los criterios.

1.4.5.-DSM-IV-R:

- ☞ No hay ninguna modificación en los criterios para establecer el diagnóstico de esquizofrenia.

- ☞ Sí, en la información aportada en el apartado de “síntomas y trastornos asociados” el cual se ha actualizado.
- ☞ En el subapartado de “hallazgos de laboratorio” se incluyen comentarios sobre neuroimagen funcional estructural, déficit neuropsicológico y alteraciones neurofisiológicas.

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):

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

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).

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 (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

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, maníaco o mixto 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.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

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).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.

Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

2.- SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA.

- ☞ Tanto la experiencia clínica como la investigación arrojan evidencia sobre la pluralidad o heterogeneidad esencial de este trastorno.
- ☞ Dos han sido las estrategias propuestas para la creación de subtipos de esquizofrenia:

2.1.- Aproximación desde la historia natural de la enfermedad (su fenomenología y curso).

- ☞ Nos remite a los trabajos de Kraepelin y Bleuler.
 - Kraepelin reconoció los distintos signos y síntomas y propuso dentro de la “dementia praecox” tres subtipos de categorías:
 - Tipo paranoide: predominaban ideas delirantes
 - Tipo catatónico: predominaban síntomas psicomotores como la catalepsia o el estupor.
 - Tipo hebefrénico: predominio de trastornos afectivos (aplanamiento incongruencia, ambivalencia) y conductuales
 - Bleuler, rechaza la esquizofrenia como una entidad única. Refiere un grupo de psicosis etiológicamente heterogéneo pero con una característica común: Una discrepancia entre el contenido del pensamiento y el correlato afectivo, mantuvo los tres tipos kraepelianos y añadió el de:
 - Esquizofrenia simple: no presenta síntomas productivos y se traduce en una debilitación de las funciones psíquica con pérdida de la iniciativa, falta de voluntad y empobrecimiento afectivo.
 - El DSM-IV mantiene los tipos: paranoide; catatónico; y el termino hebefrénico lo cambia por desorganizado.

Tipo paranoide:

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Tipo Desorganizado

- A. Predominan:
 - 1. lenguaje desorganizado
 - 2. comportamiento desorganizado
 - 3. afectividad aplanada o inapropiada
- B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Tipo Catatónico

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor
2. actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
3. negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
4. peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
5. ecolalia o ecopraxia

Tipo indiferenciado

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Tipo residual

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

2.2.- Aproximación desde la identificación de marcadores de esquizofrenia

- ☞ Determinadas necesidades clínicas, administrativas y/o de investigación pueden justificar la utilización de otros subtipos con mayor apoyo experimental.

☞ Las propuestas dicotómicas que se han revelado más importantes en investigación son:

- La distinción paranoide/ no paranoide, según predominen o no la presencia de una temática delirante más sistematizada. La investigación de los procesos cognitivos en ambos tipos de sujetos revela la independencia del proceso paranoide respecto al proceso esquizofrénico.
- Las distinciones relacionadas con factores de inicio, evolutivos o pronósticos del desorden esquizofrénico como: esquizofrenia reactiva versus esquizofrenia procesual, la dimensión agudo/crónico o el nivel de ajuste sociolaboral en la historia premórbida del sujeto.
- Con la información aportada por los cerebros de esquizofrénicos contamos con datos que conforman lo que Andreasen denomina “biotipos” y que han determinado el progreso en la subtipificación de la esquizofrenia.

2.3.- TIPOLOGÍA DE CROW

☞ Crow demostró, mediante TAC que el área cerebral ventricular era significativamente más grande en un grupo de pacientes esquizofrénicos que en un grupo control, no siendo achacable a ningún tratamiento físico previo; y además la dilatación ventricular correlacionaba significativamente con la presencia de déficit cognitivos y de síntomas negativos.

☞ En otro estudio comprobó que cuando estaban presentes los síntomas negativos no se observaba respuesta al bloqueo de los receptores dopaminérgicos.

☞ En un estudio post mortem observó que lo que estaba aumentado no era el volumen dopaminérgico, sino el número de receptores D2.

☞ Según Crow, la hipótesis de la dopamina, que sugería que la esquizofrenia era un trastorno neuroquímico, a pesar de sus atractivos y viabilidad :

- No podía explicar el daño intelectual presente en algunos casos, ni por qué algunos pacientes no mejoran a pesar de la medicación con neurolépticos.
- Tampoco, si la esquizofrenia se concibe como una forma temprana de demencia, podría explicarse la existencia de episodios únicos o la efectividad de los fármacos neurolépticos.

☞ Por estas razones, Crow sugirió que:

- El componente del trastorno relacionado con la remisión de algunos síntomas al tratamiento con las drogas antipsicóticas podría estar relacionado también con los síntomas “positivos”.

- Mientras que los síntomas “negativos” estarían más relacionados con la existencia de daño intelectual y la presencia de cambios estructurales en el cerebro.
- ☞ Estos hallazgos podrían integrarse si se asumía que en la esquizofrenia podían estar presentes más de una dimensión patológica, y específicamente sugirió que en la esquizofrenia había un componente neuroquímico reversible y un componente estructural irreversible que se relacionaba con la presencia de deterioro cognitivo y quizá con un pronóstico más pobre.
- ☞ Estos dos procesos patológicos postulados se relacionan en cada caso con manifestaciones clínicas distintas conformando dos síndromes en la esquizofrenia:
- Esquizofrenia tipo I: tiene una sintomatología positiva que correlaciona con un ajuste premórbido mejor, mejor respuesta a los neurolépticos, funcionamiento intelectual sin daño y un proceso patológico subyacente que es fundamentalmente es neuroquímico;
 - Esquizofrenia tipo II: se caracterizan por manifestar una sintomatología dominante negativa, peor ajuste premórbido y peor pronóstico, alteraciones cognitivas y pueden tener alteraciones cerebrales como proceso patológico subyacente.

PROPUESTA DE 1980	TIPO I	TIPO II
Síntomas característicos	Alucinaciones Delirios Trastornos del pensamiento (síntomas positivos)	Aplanamiento afectivo Pobreza del lenguaje Pérdida del impulso (Síntomas negativos)
Tipo de enfermedad	Esquizofrenia aguda	Esquizofrenia crónica Estados defectuales
Respuesta a los neurolépticos	Buena	Pobre
Pronóstico	Reversible	¿Irreversible?
Proceso patológico	Incremento de receptores dopaminérgicos	Cambios estructurales en el cerebro y pérdida celular
APORTACIONES 1985	TIPO I	TIPO II
Déficit neuropsicológico	Ausente	Presente algunas veces
Movimientos involuntarios	Ausente	Presente algunas veces
Proceso patológico	Incremento receptores dopaminérgicos D2	Pérdida celular incluyendo estructuras del lóbulo temporal y giro parahipocámpico
APORTACIONES 1987	TIPO I	TIPO II
Cambios neuropatológicos	Incremento receptores D2 ¿Aumento de VIP en la amígdala?	Pérdida celular incluyendo estructuras del lóbulo temporal, giro parahipocámpico, células de Cck y somatostatina en el hipocampo
Posibles correlatos neuroendocrinos	¿baja respuesta gonadotrofinica?	Respuesta GH aplanada a la apomorfina

3.- ESQUIZOFRENIA POSITIVA VERSUS ESQUIZOFRENIA NEGATIVA

3.1.- ORIGEN DEL CONCEPTO

☞ La primera indicación sobre la posibilidad de distinguir los síntomas en "positivos" o "negativos" procede de las descripciones de Kraepelin y Bleuler.

- Kraepelin reconoció dos amplias clases de síntomas que estaban marcados por pérdidas o déficit. Considerando los últimos como los síntomas más devastadores de la esquizofrenia.
- Bleuler hace más explícita la distinción al dividir los síntomas en fundamentales y accesorios.

☞ H.Jackson comenzó a utilizar la distinción positivo-negativo en el contexto de un modelo jerárquico de la función cerebral basado en 4 condiciones:

- Los síntomas negativos proceden de la lesión que afecta a un hipotético nivel del SN.
- La parálisis de un centro más alto (superior) causa la liberación funcional de un más bajo.
- El funcionamiento de ese centro más bajo, origina nuevas formas de comportamiento que son percibidas como síntomas.
- Los síntomas positivos no pueden ocurrir en la ausencia de síntomas negativos.

Jackson sin señalar la fuente de la terminología empleada y al aplicar este modelo a la psiquiatría introdujo los síntomas positivos y negativos:

- Positivos; pensaba que las alucinaciones y los delirios eran fenómenos liberados
- Negativos; reflejan una difusa pérdida de función, abulia, afecto embotado, etc.

☞ Carpenter, incluyó como:

- Síntomas positivos: trastorno del contenido del pensamiento y de la percepción; ciertos aspectos formales del pensamiento (distrabilidad); ciertos comportamiento (trastornos catatónicos motores).
- Síntomas negativos: aplanamiento del afecto; apatía; ciertos aspectos del pensamiento como el "bloqueo"

-
- ☞ El grupo de Wing, contrastaba la existencia de unos síntomas “floridos”, “positivos” o “productivos” que aparecen particularmente en los episodios agudos, con los síntomas negativos que él identificaba como “apatía emocional”, “pobreza de lenguaje”, “falta de impulso”, “enlentecimiento del pensamiento y de los movimientos”, “baja actividad” y “retraimiento social”.
- ☞ Fue Crow quien dio luz verde a la terminología y la distinción de los síntomas. Y formuló la primera tipología, basada no sólo en la fenomenología, sino en la relación de los síntomas predominantes con otras variables clínicas e incluso con hipotéticos mecanismos patofisiológicos.

3.2.- DEFINICIÓN DE LOS SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS.

3.2.1.-positivos:

ALUCINACIONES	Auditivas	Voces ruidos u otros sonidos
	Voces que comentan	Una voz que hace un comentario sobre el comportamiento o el pensamiento del paciente. También puede oír dos o más voces que hablan entre sí.
	Cenestésicas	Sensaciones corporales de tipo peculiar (quemazón, hormigueos...)
	Olfatorias	Olores que suelen ser desagradables.
	Visuales	Formas o personas que en realidad no están presentes
IDEAS DELIRANTES	Delirio de persecución	Que se está conspirando contra ellos o que son perseguidos.
	Delirio de culpa o pecado	Creencia de haber cometido algún pecado terrible o que ha hecho algo imperdonable.
	Delirio de grandeza	Creencia de que tiene poderes o habilidades especiales, que es un personaje famoso...
	Delirio religioso	Preocupación por creencias falsas de naturaleza religiosa.
	Delirio somático	Creencia de que su cuerpo está enfermo, es anormal o ha cambiado.
	Ideas y delirios de referencia	Creencia de que detalles, frases o acontecimientos aparentemente sin importancia, se refieren a él o tienen una significación especial para él.
	Delirio de control	Sensación subjetiva de que sus sentimientos o acciones están controlados por una fuerza exterior.
	Lectura del pensamiento (irradiación)	Creencia de que la gente le puede leer o conocer sus pensamientos.
	Difusión del pensamiento	Creencia de que su pensamiento se difunde, de manera que tanto él como los demás pueden escucharlo.
	Inserción del pensamiento	Creencia de que hay pensamientos que no son suyos y que han sido introducidos en su mente.
	Robo del pensamiento	Creencia de que le han quitado pensamientos de la mente.

COMPORTAMIENTO EXTRAVAGANTE	Vestido y apariencia	Se le ve vestido de una manera inusual o hace otra clase de cosas que le hace parecer extravagante (afeitarse toda la cabeza o pintarse el cuerpo de diferentes colores...)
	Comportamiento social y sexual	Cosas consideradas como inapropiadas de acuerdo con las normas sociales
	Comportamiento agresivo y agitado	Comportarse de una manera agresiva y agitada, normalmente con carácter totalmente impredecible
	Conducta repetitiva	Actos y rituales repetitivos.
TRASTORNOS DORMALES DEL PENSAMIENTO DE TIPO POSITIVO: (Discurso fluido pero con contenido pobre.)	Descarrilamiento (asociaciones laxas)	La idea se sale del curso, pasando a otra mencionada con la primera o a otra con la que no tiene relación. Se caracteriza por una falta de cohesión entre las frases y oraciones y por el empleo de pronombres que no tengan una referencia clara.
	Tangencialidad	Contestar a una pregunta de manera irrelevante. Se refiere sólo a respuestas a preguntas y no a transiciones de habla espontánea.
	Incoherencia (esquizofasia)	Es un patrón de discurso que en ocasiones es incomprensible. En ocasiones pueden aparecer frases coherentes en medio de oraciones incoherentes. Se acompaña de descarrilamiento, y difiere de éste en que en la incoherencia es un trastorno que se produce dentro de la frase, y en el descarrilamiento la alteración se halla en la conexión entre las oraciones.
	Illogicidad	Se llega a una conclusión sin seguir una secuencia lógica.
	Circunstancialidad	Patrón de discurso indirecto y tarda en llegar a la idea final.
	Presión del habla	Aumento de habla espontánea, si es mayor de 150 palabras por minuto.
	Distraibilidad	Dejar de hablar en medio de una frase y cambiar de tema en respuesta a un estímulo.
	Asociaciones fonéticas	La elección de las palabras está determinada por los sonidos.

3.2.2.-Negativos:

AFECTO EMBOTADO El aplanamiento afectivo se manifiesta como un empobrecimiento característico de la expresión de emociones y sentimientos	Expresión facial inmutable	No cambia la expresión o la cambia menos de lo normal.
	Movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos	No usa el cuerpo como ayuda para expresar sus ideas.
	Escaso control visual	Rehúye mirar a los demás y su mirada está extraviada.
	Incongruencia afectiva y ausencia de respuesta	El afecto expresado es incongruente.
	Ausencia de inflexiones vocales	El habla es monótono sin entonación.

ALOGIA Empobrecimiento del pensamiento y de la cognición.	Pobreza del lenguaje	Las respuestas tienden a ser breves concretas y poco elaboradas.
	Pobreza del contenido del lenguaje	Aunque las respuestas son largas conllevan poca información.
	Bloqueo	Interrupción de un pensamiento antes de completarlo. La persona debe indicar que no se acuerda de lo que estaba diciendo o iba a decir.
	Latencia de respuesta incrementada	Tarda más tiempo del normal en responder.
ABULIA-APATÍA Falta de energía, interés tiende a ser crónica y persistente y no está acompañado por una afectividad triste o deprimida	Aseo e higiene	Apariencia sucia, descuidada.
	Falta de persistencia en el trabajo o en la escuela	En mantener o buscar empleo o estudiar.
	Anergia física	Tiende a estar físicamente inerte sin iniciar ninguna actividad espontánea.
ANHEDONIA-INSOCIABILIDAD Dificultad para experimentar placer o interés	Intereses o actividades recreativos	Carece de actividades o hobbies.
	Actividad e interés sexual	Mostrar un decremento en función de lo que se considera normal
	Capacidad para sentir intimidad y proximidad	Incapacidad para crear relaciones íntimas.
	Relaciones con amigos y semejantes	Sus relaciones son restringidas con cualquier sexo.
ATENCIÓN	Está a menudo alterada, muestra problemas para concentrarse, o sólo es capaz de concentrarse esporádicamente y erráticamente.	

3.3.- MODELOS DIMENSIONALES DE SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS.

- ☞ Datos procedentes del estudio de las propiedades psicométricas de las escalas utilizadas en la evaluación de los síntomas ponen en entredicho el modelo dicotómico y categorial (positivo/negativo).
- ☞ Varios estudios han mostrado que los síntomas de los grupos positivo/negativos correlacionan dentro de cada grupo y tienen correlaciones negativas entre los grupos, lo que sugirió un constructo bipolar con los síntomas positivos y negativos en los extremos opuestos de un continuo.
- ☞ Desde entonces la mayoría de los análisis factoriales han constatado la agrupación de los síntomas de la esquizofrenia en torno a tres factores:
 - Psicosis: Delirios, alucinaciones.

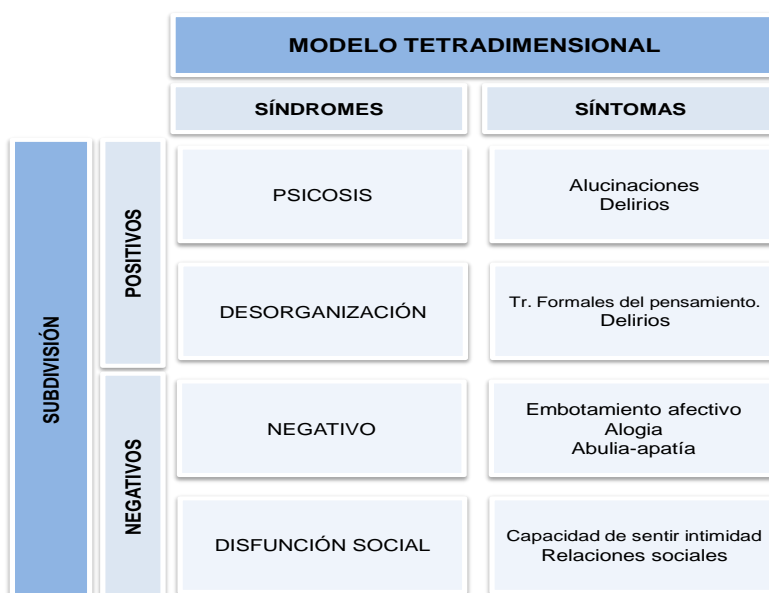
- **Desorganización:** Trastornos formales del pensamiento, conducta extraña, afectividad inapropiada.
- **Negativo:** Embotamiento afectivo, alogia, apatía y ahedonia-insociabilidad.

☞ La existencia de al menos tres síndromes dimensionales de una composición sintomática similar a los derivados de las escalas SAPS y SANS se han obtenido del análisis factorial de la escala PANSS.

☞ El modelo trisindrómico dimensional de la esquizofrenia tiene importantes implicaciones tanto en la clínica como en la investigación:

- Los tres agrupamientos sintomáticos pueden ser expresión clínica de procesos fisiopatológicos diferentes.
- Los tres síndromes tienen un carácter dimensional, es decir, pueden coexistir todos ellos en un mismo paciente y puede predominar uno sobre los demás configurando perfiles clínicos más o menos puros.
- El carácter dimensional de los síndromes hace que éstos puedan ser estudiados más allá de las categorías diagnósticas.
- Como consecuencia de lo anterior, y en contraste con las subclasificaciones categoriales, los síndromes dimensionales tienen un carácter aditivo y no excluyente por lo que pueden estudiarse en todos los pacientes sin pérdida de información.

☞ Se ha estudiado un modelo tetradimensional de los síntomas esquizofrénicos evaluados con las escalas SAPS/SANS (Peralta, Cuesta y De León). El modelo de cuatro dimensiones se basó por una parte en el modelo tridimensional, y por otra, en la distinción entre síntomas negativos y los trastornos de las relaciones interpersonales.



4.- LÍMITES DEL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA.

- ☞ La esquizofrenia, en la compleja y variada presentación de su cuadro clínico, comparte síntomas con otros trastornos mentales, fundamentalmente con los trastornos afectivos, otros trastornos psicóticos y con algunos trastornos de causa orgánica.
- ☞ La introducción de criterios más estrictos por parte de los sistemas de clasificación DSM-III y DSM-III-R limitó bastante el diagnóstico de la esquizofrenia, excluyendo una serie de trastornos relacionados que en sistemas diagnósticos anteriores podían ser incluidos en el concepto de esquizofrenia.

4.1.- TRASTORNOS PSICÓTICOS.

Trastorno esquizofreniforme

- A.** Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.
- B.** Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como "provisional".)

Especificar si:

Sin características de buen pronóstico

Con características de buen pronóstico: indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems:

1. inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual
2. confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico
3. buena actividad social y laboral premórbida
4. ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos

Trastorno esquizoafectivo

- A.** Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

- B.** Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.
- C.** Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.
- D.** La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Trastorno delirante

- A.** Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.
- B.** Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia. Nota: En el trastorno delirante puede haber

alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.

C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.

D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

Tipo (en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.

Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.

Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.

Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.

Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.

Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.

Tipo no especificado

Trastorno psicótico breve

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Codificación según tipos:

.81 Con desencadenante(s) grave(s) (psicosis reactiva breve): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

.80 Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

Especificar si: **De inicio en el posparto**: si el inicio se produce en las primeras 4 semanas del posparto.

Trastorno psicótico compartido.

A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.

B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

- ☞ De los trastornos psicóticos referidos, el que mayor consideración merece es la categoría trastorno esquizoafectivo, ya que es uno de los diagnósticos más controvertidos al compartir síntomas definitorios de esquizofrenia con síntomas definitorios de trastornos afectivo.

4.2.- TRASTORNOS NO PSICÓTICOS.

- ☞ Categorías diagnósticas como “esquizofrenia simple” (Bleuer), “Esquizofrenia pseudoneurótica” (Hoch y Polatin), o “esquizofrenia latente”(Langfelt) aw consideraban formas no psicóticas de esquizofrenia (formas más suaves).
- ☞ Éstos fueron abalados como trastornos de personalidad, relacionados co el síndrome esquizofrénico y red denominadas con los términos de “Trastorno esquizotípico” y trastorno “esquizoide de la personalidad”, los cuales aparecen como categorías diagnósticas nuevas en el DSM-III y que se mantienen en el DSM-IV.
- ☞ Ambas categorías comparten características que fenomenológicamente están al lado de la esquizofrenia, como alteraciones de la afectividad, experiencias perceptuales extrañas, comportamientos excéntricos o alteraciones en el lenguaje y la comunicación (trastorno esquizotípico) o frialdad, distanciamiento emocional o déficit en la capacidad para establecer relaciones sociales en el caso del trastorno esquizoide de la personalidad