



## ESQUIZOFRENIA. CLINICA. CLASIFICACION DIAGNOSTICA

### CRITERIOS DIAGNOSTICOS

De acuerdo con las clasificaciones mas importantes de la actualidad, pasamos a describir las características clinicas de los distintos cuadros, a pesar de que doblemos la informacion, y que aparentemente podamos crear confusion, preferimos citar la clasificacion propugnada por la APA americana (DSM-III-R) y a su vez la propuesta por la OMS (ICD-10 o CIE-10)

La DSM-III-R especifica la esquizofrenia como un síndrome que debe reunir los siguientes criterios diagnosticos:

A) Constatar la **presencia de los síntomas psicóticos característicos** de la fase activa:

a) Que se expresan en el apartado 1), 2), y 3) durante una semana de tiempo como mínimo (a menos que los síntomas hayan sido tratados bien, que entonces sus características y duración sería diferente):

1) Debemos encontrar en este grupo dos síntomas cualquiera de los siguientes :

a) Ideas delirantes;

b) Alucinaciones predominantes a lo largo de todo el día durante muchos días o varias veces a la semana durante muchas semanas, no estando limitada cada experiencia alucinatoria a breves momentos;

c) Incoherencia o notable pérdida de la capacidad asociativa;

d) Conducta catatónica;

e) Afectividad embotada o claramente inapropiada;

2) Ideas delirantes extrañas (fenómenos que serían considerados inverosímiles por cualquier individuo de su medio cultural; por ejemplo, difusión del pensamiento, estar controlado por una persona muerta, etc.);



- 3) Alucinaciones presentes a lo largo de todo el día y todos los días o bien semanas y no que se manifiesten aisladamente y durante breves momentos; de una voz con contenido que aparentemente no tiene relación con la que a veces se aprecia en los estados de depresión o la euforia, o de una voz que comenta los pensamientos o la conducta del sujeto, o dos o más voces conversando entre sí.

**ESQUIZOFRENIA. DSM-III-R  
SÍNTOMAS EN LA FASE ACTIVA**

- A) Presencia de síntomas activa: de 1), 2), 3) durante una semana como mínimo
- 1) Dos de los siguientes :
- a) Ideas delirantes;
  - b) Alucinaciones diurnas,
  - c) Pérdida de la capacidad asociativa;
  - d) Conducta catatónica;
  - e) Afectividad embotada;
- 2) Ideas delirantes extrañas:
- a) Difusión del pensamiento,
  - b) Control por persona muerta;
- 3) Alucinaciones:
- a) Voz con contenido sin relación
  - b) Voz que comenta los pensamientos o la conducta del sujeto,
  - c) Dos o más voces conversando entre sí.

B. Durante el curso de la alteración, la vida laboral, escolar o académica, las relaciones sociales y el cuidado personal están notablemente por debajo del nivel previo al inicio de la alteración o bien el sujeto no ha alcanzado el nivel de desarrollo social que cabía esperar.

C. A nivel psicopatológico debe descartarse la presencia de trastornos esquizoafectivos y "distimias" con síntomas psicóticos;

(por ejemplo, comprobando si a lo largo del periodo de estado (fase activa de la alteración) ha habido un síndrome depresivo mayor o un síndrome maniaco, o si la duración global de todos los episodios, como ocurre en las distimias, ha sido breve en comparación con la duración total de la fase activa y de la fase residual de la alteración).

D. Signos continuos de la alteración durante seis meses como mínimo.



El període de seis meses debe incluir una fase activa (de una semana como mínimo, o menos si los síntomas han sido tratados satisfactoriamente) durante la cual se han presentado síntomas psicóticos característicos de la esquizofrenia (síntomas del criterio A), con o sin fase prodrómica o residual, tal como se especifica más adelante.

| <b>ESQUIZOFRENIA. DSM-III-R (2)<br/>OTROS SÍNTOMAS EN LA FASE ACTIVA</b>                                       |
|--|
| B)<br>* Deterioro social conductual<br>* Abandono personal<br>* Perdida del nivel desarrollo social            |
| C)<br>* Ausencia de síndrome depresivo<br>* Ausencia de síndrome maniaco<br>* Descartar la distimia (duración) |
| D)<br>* Alteración permanece = o > de seis meses   |

### **FASE PRODROMICA:**

Claro deterioro de la actividad antes de la fase activa, no debido a una alteración del estado de ánimo ni a un trastorno por uso de sustancias psicoactivas y que, como mínimo, comprende dos de los síntomas señalados más abajo.

### **FASE RESIDUAL:**

A continuación de la fase activa persisten, como mínimo, dos de los síntomas señalados más abajo, no debidos a alteración del estado de ánimo o a un trastorno por uso de sustancias psicoactivas.

### **SÍNTOMAS PRODRÓMICOS O RESIDUALES :**

- 1) Aislamiento o retraimiento social;
- 2) Notable deterioro en actividades de asalariado, estudiante o ama de casa;
- 3) Conducta peculiar llamativa (por ejemplo, coleccionar basuras, hablar solo en público, o acumular comida);



- 4) Notable deterioro en el aseo e higiene personal;
- 5) Afectividad embotada o inapropiada;
- 6) Lenguaje disgregado, vago, sobreelaborado, detallado o pobreza del lenguaje; o del contenido del lenguaje;
- 7) Ideación extraña o pensamiento mágico, no consistente con las normas de su medio cultural; por ejemplo, superstición, clarividencia, telepatía, "sexto sentido", otros pueden sentir sus propios sentimientos, hay también ideas sobrevaloradas, autorreferenciales;
- 8) Experiencias perceptivas inhabituales; por ejemplo, ilusiones repetidas, sentir la presencia de una fuerza o persona ausente;
- 9) Notable falta de iniciativa, interés o energía.

### **Ejemplos de curso evolutivo de esquizofrenias:**

- a) Seis meses con síntomas prodrómicos y una semana con síntomas del criterio A;
- b) Sin síntomas prodrómicos y seis meses con síntomas del criterio A;
- c) Sin síntomas prodrómicos y una semana con síntomas del criterio A y seis meses con síntomas residuales.

|   |
|---|
| <p style="text-align: center;"><b>ESQUIZOFRENIA. DSM-III-R (3)</b><br/><b>CLINICA DE FASE PRODROMICA/RESIDUAL</b></p> |
|---|

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1) Aislamiento social;</li><li>2) Deterioro normativo social;</li><li>3) Conducta peculiar llamativa;</li><li>4) Deterioro en el aseo e higiene;</li><li>5) Afectividad embotada o inapropiada;</li><li>6) Lenguaje disgregado, y/o pobre;</li><li>7) Ideación extraña o ideas mágicas,</li><li>8) Experiencias perceptivas inhabituales;</li><li>9) Falta de iniciativa, interés o energía.</li></ol> |
|--|

E. No puede demostrarse que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración.



F. Si hay una historia de trastorno autista, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se aplica si a la clínica del paciente se añade la presencia de ideas delirantes y/o alucinaciones.

## **TIPOS DE CURSO CLINICO.**

### **1. Subcrónico.**

El tiempo desde el inicio es menor a dos años pero ha de ser de seis meses como mínimo. Durante este tiempo el sujeto muestra más o menos de forma continua signos de la alteración (sean de las fases prodrómica, activa y residual). (Si dura más de dos años se considera como Crónico)

### **2. Subcrónico con exacerbación aguda.**

Reaparición de los síntomas psicóticos predominantes en un sujeto con un curso subcrónico que se encuentra en la fase residual de la alteración. (Si dura más de dos años se considera crónico)

### **3. En remisión.**

Deberá aplicarse en el caso de sujetos con historia de esquizofrenia y que en la actualidad no presentan signos de la alteración (tanto si están bajo tratamiento farmacológico como si no).

## **ESQUIZOFRENIA: FORMAS CLINICAS DE INTERES**

Los tipos se definen por el perfil del cuadro clínico. Algunos son menos estables que otros y las implicaciones del pronóstico y tratamiento son variables.

El diagnóstico de cada tipo particular deberá basarse en la evaluación del cuadro clínico predominante en el momento preciso de la valoración clínica. Citaremos las siguientes

### **a) TIPO CATATONICO.**

Tipo de esquizofrenia en el que dominan algunos de los siguientes síntomas:

- 1) Estupor catatónico (notable descenso de la reactividad al ambiente y /o reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad) o mutismo;



- 2) Negativismo catatónico (resistencia, sin motivo aparente, a las instrucciones o intentos de ser movlizado);
- 3) Rigidez catatónica (mantenimiento de una postura rígida a pesar de los esfuerzos para modificarla);
- 4) Excitación catatónica (excitación de la actividad motora sin propósito aparente y no influida por los estímulos externos);
- 5) Actitud catatónica (adquisición voluntaria de posturas o actitudes inapropiadas o extrañas).

## **b) TIPO PARANOIDE**

Tipo de esquizofrenia caracterizado por :

- A. Preocupación sobre una o más ideas delirantes sistematizadas o frecuentes alucinaciones auditivas relacionadas con un tema único.
- B. Ninguno de los síntomas siguientes: Incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, afectividad aplanada o muy inapropiada, conducta catatónica, conducta muy desorganizada.

Que debe diferenciarse del cuadro que sigue a continuación

## **TRASTORNO DELIRANTE (PARANOIDE)**

- A. Ideas delirantes no extrañas (por ejemplo, en torno a situaciones que pueden darse en la vida real, como ser perseguido, envenenado, contagiado, amado a distancia, tener una enfermedad o ser engañado por la pareja), con una duración de un mes como mínimo.
- B. Si hay alucinaciones auditivas o visuales, no son predominantes (tal y como se definen en la esquizofrenia apartado A 1) y b).
- C. Aparte de las ideas delirantes o de sus ramificaciones, la conducta no es manifiestamente extraña.
- D. Si durante la alteración delirante ha aparecido un síndrome maníaco o depresivo mayor, la duración global de todos los episodios de los trastornos de la afectividad ha sido breve si se compara con la duración total de la alteración delirante.



E. Nunca ha cumplido el criterio A. para la esquizofrenia y no puede establecerse que una causa orgánica haya iniciado y mantenido la alteración.

Especificar el tipo, basandose en los temas delirantes predominantes. Si no hay un tema delirante predominante, se considerará de tipo inespecífico.

### **1) Tipo erotomaniaco**

Trastorno delirante centrado en la creencia de que una persona, generalmente de nivel socioeconómico elevado, está enamorada del sujeto.

### **2) Tipo megalomano**

Trastorno delirante centrado en una exageración de la propia capacidad, poder, conocimiento o identidad, o en una relación especial con Dios o con un personaje famoso.

### **3) Tipo celotípico**

Trastorno delirante centrado en la convicción de que la pareja es infiel.

### **4) Tipo persecutorio**

Trastorno delirante centrado en la convicción de que el sujeto (o alguien próximo a él) está siendo maltratado de alguna forma. Los sujetos con este tipo de trastorno delirantes pueden hacer llegar sus quejas a los tribunales.

### **5) Tipo somático.**

Trastorno delirante centrado en la convicción de que el sujeto tiene algún defecto, trastorno o enfermedad corporal.

La **clasificación propuesta por la OMS** en la clasificación internacional de enfermedades (**CIE-10 o ICD-10**) que sustituye a la ICD-9-CM todavía vigente en la actualidad, en la mayoría de países; clasifica la esquizofrenia y se exige como requisitos diagnósticos los siguientes:



(el interés en insistir en la clasificación no se centra en un querer exponer cuadros clínicos porque sí, sino que las distintas agrupaciones sindrómicas constituyen un concepto que implicara un pronóstico evolutivo y por tanto unas exigencias terapéuticas determinadas; al considerarlas en toda su amplitud. Por otra parte, cada clasificación obedece a un momento evolutivo del conocimiento psicopatológico, en este aspecto el ICD-10, es la última clasificación propuesta).

## **ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y DELIRIOS (ICD-10)**

La esquizofrenia es la entidad más común e importante de este grupo.

El trastorno esquizotípico tiene muchas características de las esquizofrénias, pero no presenta alucinaciones, ni ideación delirante, ni trastornos de comportamiento propios de la esquizofrenia, (por ello, no siempre recibirá atención médica).

La mayoría de los delirios no están relacionados a la esquizofrenia, y es difícil reconocerlos clínicamente, mas en el inicio del cuadro clínico.

Esto lo convierte en un grupo heterogéneo y de mala comprensión que lo dividimos en un grupo de trastornos delirantes y otro más amplio de trastornos psicóticos agudos o transitorios (estos últimos parecen cada vez más frecuentes en países en vías de desarrollo).

### **ESQUIZOFRENIA**

El trastorno esquizofrénico caracteriza en general:

Por distorsión del pensamiento, de la percepción, y afectividad inadecuada.

La conciencia y la capacidad intelectual están conservadas, aunque con el tiempo habrá ciertos déficits cognitivos.

Se altera la función de individuación, de autodirección, los sentimientos, pensamientos y actos más íntimos son sentidos como conocidos o compartidos por otros, por ello se desarrollan ideaciones delirantes explicativas. (Fuerzas naturales o sobrenaturales trabajan para influenciar el pensamiento y las acciones)

Pueden verse como el eje de todo lo que acontece.

Es frecuente la existencia de alucinaciones, especialmente auditivas, que influyen los



pensamientos del sujeto.

La percepción se altera: los colores o sonidos aparecen intensos o alterados cualitativamente; o bien lo intrascendente parece más importante que el objeto

La perplejidad, común en el inicio, facilita la creencia de que una situación cotidiana, posee un sentido especial, (siniestro, o provocado intencionadamente), para el individuo.

La alteración del pensamiento da nociones periféricas y fuera de propósito sobre un concepto total, que aparecen en primer plano, en lugar de los apropiados a una situación dada.

El pensamiento será vago, elíptico y oscuro y su expresión oral incomprensible, con frecuentes interrupciones e interpolaciones.

Humor característicamente superficial, caprichoso e incongruente.

Actitudes ambivalentes con trastornos de la volición que dan lugar a inercia, negativismo o estupor. Catatonia.

## **A) El inicio**

Puede ser agudo con conducta seriamente alterada, o insidioso, con un desarrollo gradual de ideas y comportamiento extraños.

## **B) El curso**

Muestra grandes variaciones y no es inevitablemente crónico o deteriorante.

En un número de casos, que varía según el medio cultural y la población, el resultado es de completa o casi completa remisión.

La distribución sexual es por igual, pero inicia más tarde en la mujer.

## **Fenómenos psicopatológicos de significado particular para el diagnóstico de esquizofrenia.**

1.- Sensación de eco de pensamiento, o inserción o robo de ideas, comunicación de pensamiento, percepción delirante;



- 2.- Delirio de control, de influencia o de pasividad o de otro naturaleza, tal como celos, exaltacion del nacimiento, o de misión especial o de cambio corporal.
- 3.- Voces delirantes con comentarios continuos sobre el comportamiento del paciente o discutiendo,
- 4.- Delirios, o ideas sobrevaloradas, fugaces, o formadas parcialmente con contenido sugerente para el diagnóstico, más si están acompañadas de alucinaciones.

No siempre hay delirios y alucinaciones definidos, especialmente en formas crónicas. Valorar los síntomas "negativos":

- 5.- Embotamiento o incongruencia en las respuestas emocionales, apatía creciente, habla pausada;
- 6.- Interrupciones o interpolaciones en el hilo del pensamiento. Aunque estas alteraciones se aprecian tanto en la esquizofrenia, como en la depresión o bajo el efecto de fármacos neurolépticos,

### **c) Criterio diagnóstico**

Para el diagnóstico tiene que haber como mínimo:

- a) Un síntoma bien claro (dos o más si no está tan claro) que pertenezca a los grupos (1.-,2.-,3.-),
- b) O bien síntomas de dos de los (4.-,5.-,6.-), Tienen que estar presentes en la mayor parte del tiempo durante un mes o más.
- c) Si los síntomas, no llegan a un mes se diagnosticará un trastorno psicótico agudo esquizofrenotípico.

Retrospectivamente es fácil determinar, la fase prodrómica con síntomas y conductas de pérdida de interés:

En el trabajo,  
En las actividades sociales,  
En la apariencia personal  
En la higiene,



Con ansiedad generalizada

Depresión con preocupación, leve; que preceden en semanas e incluso meses el inicio de los síntomas psicóticos.

El criterio de un mes se refiere sólo para especificar estos síntomas y no para presuponer la existencia de alguna fase prodrómica no psicótica.

El diagnóstico de esquizofrenia no se debe hacer si hay síntomas depresivos o maníacos manifiestos e importantes, a menos que la clínica esquizofrénica sea anterior al trastorno afectivo.

**ESQUIZOFRENIA (ICD-10)  
CRITERIO DIAGNOSTICO**

- 1) Sensación de eco de pensamiento,  
Inserción o robo de de ideas,  
Comunicación de pensamiento,  
Percepción delirante;
- 2) Delirio de control,  
de influencia  
de pasividad, etc  
Celotipia delirante,  
Exaltación del nacimiento,  
o de misión especial  
o de cambio corporal.
- 3) Voces delirantes  
con comentarios continuos  
o discutiendo,
- 4) Delirio, o ideas sobrevaloradas,  
o ideas fugaces,  
o con contenido sugerente  
Acompañado de alucinaciones.

**Valorar los síntomas "negativos":**

- 5) Embotamiento o incongruencia  
en la respuesta emocional,  
apatía creciente,  
habla pausada;
- 6) Interrupciones o interpolaciones  
en el hilo del pensamiento.

**Criterio diagnóstico:**



Para el diagnóstico como mínimo:

- a) Un síntoma (dos o más si no está claro) del 1) 2) 3)
- b) O bien síntomas de dos de los del 4) 5) 6)
- c) Tienen que estar presentes la mayor parte del tiempo durante un mes o más.

Si no llegan a un mes se trata de un trastorno psicótico agudo esquizofrenotípico.

Si, existen síntomas esquizofrénicos, y afectivos que se desarrollan juntos y están equilibrados, se diagnostica un trastorno esquizoafectivo, incluso si los síntomas de esquizofrenia justificaran el diagnóstico de esquizofrenia

No se diagnostica esquizofrenia si hay una enfermedad cerebral manifiesta o en estados de intoxicación o abstinencia de drogas.

Si evoluciona en presencia de epilepsia u otra enfermedad cerebral, y por drogas.

#### **d) Patrones de Curso evolutivo**

Se puede clasificar de:

Continuo

Episódico con deficit progresivo

Episódico con deficit estable

Episódico remitente

Remisión incompleta

Remisión completa

#### **I) ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

Es la forma clínica más común.



**Cuadro clínico con:**

- a) Delirios relativamente estables,
- b) Alucinaciones, auditivas,
- c) Alteracion de la afectividad, de la voluntad y del habla

La clínica catatónica no predomina.

La Clínica más predominante es:

a) Delirios paranoides y alucinaciones (síndrome paranoide-alucinatorio):

- 1) Experiencias subjetivas anormales, como eco de pensamiento; inserción o robo de ideas y comunicación de pensamiento;
- 2) Alteración perceptiva del tiempo, del espacio, del color, de la forma visual, de la imagen corporal, etc;
- 3) Delirio de control, de influencia o pasividad;
- 4) Alucinaciones auditivas, bajo forma de comentario sobre pensamientos o acciones, o voces discutiendo entre ellos o con sujeto.

b) Otros síntomas frecuentes son:

- 5) Delirio de persecución, de referencia, de celos, de exaltación de cuna o abolengo, de misión especial, de redención, o de cambio corporal;
- 6) Voces alucinatorias hablando al sujeto, con amenazas, o abusando de él o dando ordenes, o alucinaciones auditivas sin forma verbal: silbidos, tateos y risas;
- 7) Alucinaciones de olor o gusto, o de sensaciones sexuales u otras sensaciones corporales.
- 8) La alteración del pensamiento puede ser masiva en la fase aguda, pero a menudo los delirios y las alucinaciones se describen con gran claridad.
- 9) La afectividad está menos afectada que en otras formas, pero es frecuente la



irritabilidad, la ira, el miedo o la suspicacia;

10) Los síntomas "negativos", como el embotamiento afectivo y el deterioro volitivo están presentes, pero no dominan el cuadro clínico.

El curso de la esquizofrenia paranoide

Puede ser episódico,

Con remisiones parciales o completas,

Crónico, los síntomas persisten años.

El inicio es más tardío que en las formas hebefrénicas y catatónicas.

### **Criterio diagnóstico**

Los criterios generales de diagnóstico de esquizofrenia tienen que cumplirse.

Y Además:

a) Alucinaciones y/o delirios predominantes

| <b>ESQUIZOFRENIA PARANOIDE<br/>CLINICA</b>  |
|---|
| <p>a) Delirios paranoides y alucinaciones (síndrome paranoide-a-lucinatorio):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Experiencias subjetivas anormales, como eco de pensamiento; inserción o robo de ideas y comunicación de pensamiento;</li><li>2) Alteración perceptiva del tiempo, del espacio, del color, de la forma visual, de la imagen corporal, etc;</li><li>3) Delirio de control, de influencia o pasividad;</li><li>4) Alucinaciones auditivas, bajo forma de comentario sobre pensamientos o acciones, o voces discutiendo entre ellos o con sujeto.</li></ol> <p>b) Otros síntomas frecuentes son:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5) Delirio de persecución, de referencia, de celos, de exaltación</li></ol> |



de nacimiento, de misión especial, de redención, o de cambio corporal;

6) Voces alucinatorias hablando al sujeto, con amenazas, o abusando de él o dando ordenes, o alucinaciones auditivas sin forma verbal: silbidos, tatareos y risas;

7) Alucinaciones de olor o gusto, o de sensaciones sexuales u otra sensaciones corporales.

8) La alteración del pensamiento puede ser masiva en la fase aguda, pero a menudo los delirios y las alucinaciones se describen con gran claridad.

9) La afectividad está menos afectada que en otras formas, pero es frecuente la irritabilidad, la ira, el miedo o la suspicacia;

10) Los síntomas "negativos", como el embotamiento afectivo y el deterioro volitivo están presentes, pero no dominan el cuadro clínico.

- b) Los trastornos afectivos, de volición y síntomas catatónicos, deben ser prácticamente inexistentes.
- c) Las alucinaciones serán incluibles en los criterios 4, 6, 7, de este apartado
- d) El delirio puede ser de todo tipo, pero los mas frecuentes son los de control, de influencia o de pasividad y las ideas persecutorias son las más características.

Diagnóstico diferencial:

Debe excluirse:

- a) Psicosis inducida por epilepsia o drogas,
- b) Recordar que los delirios persecutorios tienen poco peso diagnóstico en individuos de ciertos países y culturas.

## II) ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA

Forma de esquizofrenia que caracteriza por presentar un **cuadro clínico** :

- a) Cambios afectivos,



- b) Delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarias,
- c) Comportamiento irresponsable e imprevisible con asociación de manierismos
- d) El humor es superficial e inoportuno, suele acompañarse de risilla tonta o sonrisa de autosatisfacción, con muecas de altivez, bromas, quejas hipocondríacas y reiteraciones verbales.
- e) El pensamiento está desorganizado, con predominio de la divagación y habla incoherente.
- f) Tendencia a la soledad y al aislamiento con conducta que parece vacía de objetivo y sentimiento.

Esta forma clínica suele empezar entre los 15 y 25 años y tiene un mal pronóstico, por el rápido desarrollo de los síntomas "negativos", (aplanamiento de afecto y pérdida de la volición).

El trastorno de afecto y de la volición con los trastornos de pensamiento es la sintomatología con mayor predominio.

Las alucinaciones y delirios no son síntomas frecuentes o que de alguna manera predominen en este cuadro, de forma significativa.

El impulso o energía para realizar cualquier actividad no existe por ello el paciente se encuentra con falta de determinación, por lo que se abandonan los objetivos existenciales, de manera que la conducta se vuelve anodina, monótona, sin meta y carente de sentido.

### **Criterio diagnóstico**

Se tiene que cumplir los criterios generales del diagnóstico de esquizofrenia.

- a) Normalmente, sólo se diagnostica hebefrenia en adolescentes o jóvenes adultos.
- b) La personalidad premórbida es característica, tímida y solitaria.



### **ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA CLINICA**

- a) Cambios afectivos,
  - b) Delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarias, c) Comportamiento irresponsable e imprevisible con manierismos
  - d) El humor es superficial e inapropiado, con risilla tonta, y muecas, bromas, quejas, etc.
  - e) Pensamiento desorganizado, habla incoherente.
  - f) Soledad y conducta vacía de objetivo y sentimiento.
- 
- 1) Empieza entre los 15 y 25 años, mal pronostico, rápido desarrollo de síntomas "negativos", (aplanamiento del afecto y pérdida de la volición).
  - 2) El trastorno del afecto y de la volición con los del pensamiento es predominante.
  - 3) Alucinaciones y delirios no son sintomas que predominen.

Para **diagnóstico de seguridad:**

Se requiere dos o tres meses de observación continua, para asegurarse de que las conductas características descritas, se confirman.

### **ESQUIZOFRENIA CATATONICA**

La alteracion psicomotriz, es el rasgo esencial y dominante.

Alterna entre, hiperquinesia y estupor u obediencia automatizada y negativismo.

Una actitud o postura forzada puede mantenerse largo tiempo. A veces hay excitación con violencia.

### **ESQUIZOFRENIA CATATONICA CLINICA**

- a) Cumple los criterios de la esquizofrenia.
- b) Los síntomas catatónicos aislados aparecen en cualquier subtipo de esquizofrenia.



En la catatonia uno o más de los siguientes síntomas domina la clínica:

- 1) Estupor (menor reactividad, reducción de movimientos)
- 2) Excitación (actividad sin objetivo);
- 3) Posturas (mantenimiento voluntario de posiciones inapropiadas);
- 4) Negativismo (resistencia a los intentos de movilización);
- 5) Rigidez (mantiene una rigidez contra la movilización forzada);
- 6) Flexibilidad cerea (mantiene los miembros y el cuerpo en posiciones impuestas);
- 7) Automatización a la orden y perseverancia.

Por razones mal conocidas, la esquizofrenia catatónica es rara en los países industrializados. Puede combinarse con un estado de estupor semejante al sueño (estado oniroide), asociado con alucinaciones escénicas intensas.

### **Criterio diagnóstico**

- a) Tiene que cumplir los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia.
- b) Los síntomas catatónicos aislados pueden aparecer en cualquier subtipo de esquizofrenia.

El diagnóstico de esquizofrenia catatónica exige que uno o más de los siguientes síntomas domine el cuadro clínico:

- 1) Estupor (menor reactividad hacia el entorno con reducción de movimientos y de la actividad espontánea)
- 2) Excitación (actividad motora sin objetivo, no influenciada ni modificable por la estimulación exterior);
- 3) Posturas (adopción y mantenimiento voluntario de posiciones inapropiadas y extrañas);
- 4) Negativismo (resistencia sin motivo hacia los requerimientos o intentos de movilización);



- 5) Rigidez (mantenimiento de una posición rígida contra los esfuerzos para moverlo);
- 6) Flexibilidad cerea (mantenimiento de los miembros y cuerpo en posiciones impuestas desde el exterior);
- 7) Otros síntomas, como actitud automatizada frente a las órdenes (cumplimiento automático de instrucciones) y perseverancia y reiteración con palabras y frases.

### **Diagnóstico diferencial**

- a) En sujetos poco comunicativos que presentan manifestaciones clínicas catatónicas, el diagnóstico de esquizofrenia debe ser provisional, hasta que aparezcan otros síntomas.
- b) Los síntomas catatónicos no significan necesariamente una esquizofrenia, pueden estar provocados, por una enfermedad cerebral, por un trastorno metabólico o debido al alcohol o a drogas

### **ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA**

Cuadros Clínicos que cumplen los criterios generales de la esquizofrenia, pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos descritos hasta el momento, o bien presentan rasgos de más de uno de ellos, sin claro predominio de una serie diagnóstica específica.

### **Criterios diagnósticos**

Síndrome clínico que:

- 1) Reune los criterios diagnósticos de la esquizofrenia;
- 2) No satisface los criterios del subtipo paranoide, hebefrénico o catatónico;
- 3) No satisfacen los criterios de esquizofrenia residual o depresión post-esquizofrénica.



## **DEPRESION POST-ESQUIZOFRENICA**

Episodio depresivo quizás prolongado, que surge después de una alteración esquizofrénica.

Algunos síntomas esquizofrénicos estarán aún presentes en el conjunto del cuadro, pero no dominan ya la clínica.

Los síntomas son de tipo "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes.

Se desconoce desde un punto de vista etiopatogénico si los síntomas depresivos aparecen debido a la resolución de los síntomas psicóticos, o bien si son un nuevo trastorno psicopatológico.

Raramente reúnen los criterios de episodio grave y a menudo es difícil saber que síntomas son por depresión y cuáles dependen de la medicación neuroléptica o están ligados al deterioro volitivo y afectividad aplanada de la esquizofrenia, propiamente dicha.

Este trastorno, debe inquietar al clínico puesto que se asocia además a riesgo inmediato de suicidio.

### **Criterios diagnósticos**

- 1) Paciente con esquizofrenia de acuerdo con los criterios generales durante los últimos doce meses;
- 2) Algún síntoma aún está presente, en la actualidad;
- 3) Síntomas depresivos, predominantes y angustiantes, (dos semanas). Si no tiene síntomas esquizofrénicos, se diagnostica de depresión. Si los síntomas esquizofrénicos son predominantes, el diagnóstico seguirá siendo el de la esquizofrenia correspondiente

## **ESQUIZOFRENIA RESIDUAL**

Estado crónico de enfermedad esquizofrénica, con clara progresión desde el inicio, (con uno o más episodios psicóticos de esquizofrenia, a lo largo de su curso de instauración), hacia una etapa caracterizada por la presencia de síntomas negativos y de deterioro, no necesariamente irreversible.



## **Criterio diagnóstico**

El diagnóstico de seguridad se establece cuando el cuadro clínico reúne las siguientes características:

- 1) Predominio de síntomas esquizofrénicos "negativos".
  - a) Enlentecimiento psicomotor;
  - b) Actividad disminuida,
  - c) Embotamiento afectivo;
  - d) Pasividad y falta de iniciativa;
  - e) Pobreza de lenguaje;
  - f) Comunicación no-verbal pobre, mediante expresión facial, contacto ocular, modulación de voz y postura;
  - g) Cuidado personal y actuación social pobre;
- 2) Evidencia como mínimo en los antecedentes de un episodio psicótico claro con los criterios diagnósticos de esquizofrenia;
- 3) Un período mínimo de un año, en que la intensidad y frecuencia de síntomas floridos, tales como delirios y alucinaciones han sido mínimos o muy reducidos con predominio del síndrome "negativo" de esquizofrenia
- 4) Ausencia de demencia u otra patología cerebral orgánica, ausencia de depresión crónica o institucionalización suficiente para explicar los deterioros negativos.

Si no se puede obtener información adecuada sobre la historia previa del paciente, por lo que no se puede establecer si hubo esquizofrenia en el pasado, se hará un diagnóstico provisional de esquizofrenia residual.

## **ESQUIZOFRENIA SIMPLE**

Trastorno poco frecuente con inicio insidioso, progresivo, con comportamientos extraños, con asocialidad o insociabilidad y disminución de actividad.



Delirios y alucinaciones no evidentes

Es una forma menos psicótica que la hebefrénia, o la catatónia

Los rasgos "negativos" de la esquizofrenia residual (aplanamiento afectivo, pérdida volitiva, etc) se desarrollan, sin precederse de síntomas psicóticos manifiestos.

Actitud de empobrecimiento social que al incrementar puede desembocar en el vagabundeo o la vagancia social aparente y el sujeto se retrotrae en sí mismo, volviéndose aparentemente ocioso, y con pérdida de objetivos sociales.

### **Criterio diagnóstico**

Diagnóstico difícil, y de poca seguridad,

- a) Debe establecerse el desarrollo progresivo, y lento de los síntomas "negativos" característicos de esquizofrenia residual.
- b) Sin historia de alucinaciones, ni de ideas delirantes, ni de otras manifestaciones de episodio psicótico anterior.

### **TRASTORNO ESQUIZOTIPICO**

Trastorno caracterizado, por comportamiento excéntrico y anomalías del pensamiento y de la afectividad parecidas a los de la esquizofrenia, sin que en ningún momento haya padecido un episodio esquizofrenico propiamente dicho.

No hay alteraciones dominantes, pero de las siguientes, una, suele estar presente:

- 1) Afectividad fría y reservada, a menudo con anhedonia;
- 2) Conducta y apariencia rara, excéntrica o peculiar;
- 3) Relación interpersonal pobre con tendencia a la inhibición social;
- 4) Ideación referencial, paranoide, con creencias extrañas o fantásticas o extravagantes y preocupaciones autistas que no llegan a ser verdaderas ideas delirantes;
- 5) Rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, a menudo con contenidos dismorfofóbicos, sexuales o agresivos;



- 6) Ilusiones somatosensoriales ocasionales con experiencias de despersonalización o disrealidad;
- 7) Pensamiento y lenguaje vago, circunstancial, metafórico, superelaborado y a menudo estereotipado sin total incoherencia o inconexión.
- 8) Episodios quasi-psicóticos transitorios ocasionales con ilusiones intensas u otras alucinaciones e ideas semejantes a delirios.

Tiene un curso crónico con fluctuaciones en la intensidad.

Ocasionalmente se transforma en esquizofrenia manifiesta.

No hay un inicio clínico definido y su evolución y curso son habitualmente semejantes a los de un trastorno de personalidad.

Es más frecuente en individuos con antecedentes genéticos de esquizofrenia y se cree que forma parte del espectro genético de la esquizofrenia.

### **Criterio diagnóstico**

No es un diagnóstico de uso habitual, ya que no está bien delimitado de la esquizofrenia simple, o de los trastornos de personalidad esquizoides o paranoides.

Para emplear el término, tres, de los cuatro rasgos indicados tienen que estar presentes, de forma continua o episódica, durante dos años.

Nunca habrá presentado los criterios necesarios clínicamente para poder hablar de esquizofrenia.

El antecedente de esquizofrenia da un peso adicional al diagnóstico, pero no es prerequisite indispensable.

### **TRASTORNO DELIRANTE**



Grupo clínico que incluye una variedad de trastornos con ideas delirantes que desde tiempo constituyen la única clínica sin poder encontrar ni la existencia de un trastorno orgánico, ni esquizofrénico ni afectivo.

Es un grupo heterogéneo, que no parece estar relacionado a la esquizofrenia.

Etiológicamente son de una importancia relativa los factores genéticos, características de personalidad o bien las circunstancias existenciales.

### **a) Trastorno delirante**

Trastorno más bien mal definido, caracterizado por el desarrollo de un delirio o una serie relacionada, persistentes y que pueden durar toda la vida.

El contenido delirante es variable (persecutorios, hipocondríacos o megalomaniacos, de litigios, celotípicos, expresan algún defecto corporal, que huele o que es homosexual).

Ausencia de otra psicopatología, aunque a veces hay síntomas depresivos intermitentes y en ciertos casos se desarrollan alucinaciones olfativas o táctiles.

Las alucinaciones auditivas (voces), los síntomas esquizofrénicos, como delirio de control, o embotamiento afectivo intenso, o enfermedad cerebral, son incompatibles con este diagnóstico.

Sin embargo, en pacientes de edad, la presencia de alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias no lo descarta, si no son esquizofrénicos y constituyen un detalle en su cuadro clínico.

El inicio es frecuente en las edades medias de la vida, a veces (cuerpo con defectos), es en el inicio de la adultez.

La afectividad, lenguaje y comportamiento son normales.

### **Criterio diagnóstico**

- a) Los delirios constituyen la única y más notable característica clínica.
- b) El delirio o delirios están presentes como mínimo durante tres meses y tienen que ser claramente personales.



- c) Puede haber síntomas depresivos o incluso un episodio depresivo franco, intermitentemente, si el delirio persiste cuando no hay trastorno del humor.
- d) No enfermedad cerebral, ni tampoco aluciones auditivas, y ningún antecedente de esquizofrenia (delirio de control, comunicación de pensamiento, etc.)

## **TRASTORNO PSICOTICO AGUDO O TRANSITORIO**

No hay una directriz para clasificar los trastornos psicóticos agudos.

En ausencia de un sistema multiáxial probado, construiremos una secuencia por orden de prioridad respecto a los rasgos clave.

1) Inicio agudo (dentro de las 2 semanas ),

- a) El Inicio agudo se define por la aparición de un estado claramente psicótico, anormal, en un período de dos semanas o menos.
- b) Es de buen pronóstico, y a más agudo, mejor remisión.
- c) Se especifica "inicio brusco", si es como el agudo, pero en un período de 48 horas o menos.

2) Presencia de síndromes específicos

Las formas clínicas son:

- a) El estado "polimórfico" cambiante y variable,
- b) Presencia de síntomas esquizofrénicos típicos.

3) Presencia de estrés agudo asociado.

- a) El estrés agudo asociado tiene una relación frecuente con la psicosis aguda. Aunque una proporción considerable de trastornos agudos aparecen sin estrés asociado, (por ello se especificará presencia o ausencia de estrés).
- b) Si el estrés asociado es agudo significa que los síntomas ocurrieron en las dos semanas de uno o más acontecimientos estresantes, para la mayoría de personas en una determinada cultura. (Duelo, pérdida inesperada



de pareja o empleo, trauma psicológico de combate, terrorismo, tortura, etc).

c) Las dificultades o problemas de larga duración no se incluyen como estrés.

Remisión completa a los dos a tres meses, en general en pocas semanas o incluso días, sólo una pequeña proporción de pacientes evolucionan a estados persistentes e invalidantes.

### **Criterio diagnóstico**

a) No se satisfacen los criterios de episodios maníacos o depresivos, aunque de vez en cuando hay síntomas afectivos.

b) No hay causa orgánica, ni delirios o demencia.

c) A veces, hay clínica de perplejidad, preocupación, inatención a la conversación inmediata; sí están acentuados o persisten se postergará el diagnóstico hasta aclarar este extremo,

d) Se tendrá que descartar la presencia de intoxicación obvia por drogas o alcohol.

e) Un punto importante, tanto para el criterio de 48 horas como para el agudo de dos semanas, es que no se descartan en función de la gravedad, ya que es suficiente que los síntomas psicóticos sean obvios e interrumpen aspectos de la vida diaria.

f) El trastorno completo puede surgir más tarde.

g) Los períodos prodrómicos de ansiedad, depresión, aislamiento social y comportamiento ligeramente anormal no se incluyen, en la configuración del cuadro clínico.

Indicar si el trastorno psicótico agudo está asociado a estrés agudo. Con lo que entonces, se reconocerán dos tipos de entidades:

a) Sin estrés agudo asociado

b) Con estrés agudo asociado