

T. 13 (II) LAS ESQUIZOFRENIAS: ASPECTOS CLÍNICOS

I. INTRODUCCIÓN.

Epidemiología:

- **Incidencia anual:** 2 - 4 por 10.000 de la población entre 15 y 54 años . Pero el porcentaje de prevalencia es 10 veces más alto.
- No hay diferencias entre países.
- 20 millones de personas.

La historia de la psiquiatría es la historia de la esquizofrenia.
¿Esquizofrenia? ¿etiología?

II. EL DEVENIR DE SU DIAGNÓSTICO

**KRAEPELIN Y LA DEMENTIA
PRAECOX**

Psicosis funcional (vs) **orgánica** (ej. Alzheimer)



- Psicosis maníaco-depresiva: curso intermitente y síntomas afectivos
- **Dementia praecox**



(el "definidor" de la esquizofrenia; curso y desenlace (=longitudinal) y tb descripción)

... delirios y vacío afectivo, a una edad temprana y con curso crónico y deteriorante;
Sin alteraciones neuropatológicas evidentes, pero por disfunción cerebral

Síntomas:

- alteraciones del pensamiento (incoherencia, pérdida asociativa, creencias delirantes)
- alteraciones de la atención (distracción por estímulos irrelevantes)
- alteraciones emocionales (embotamiento, deterioro de la expresión emocional)
- negativismo (reducción de la actividad voluntaria, descuido de la responsabilidad)
- conductas estereotipadas
- presencia de alucinaciones

Era un concepto unitario que reunía varios trastornos: catatónia, demencia paranoide y hebefrenia.

La constatación de la diversidad → Subtipos:

- paranoide
- catatónica
- emocional o hebefrénica.

ii No eran mutuamente excluyentes → diagnóstico no muy fiable

Críticas a Kraepelin:

- 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 síntomas como criterios con valor predictivo.
- Los subtipos no eran mutuamente excluyentes, por lo que el diagnóstico no era fiable.
- Algunos autores actuales: muchos de los casos, hoy no serían esquizofrenia sino encefalitis letárgica.

La evolución de Kraepelin:

- 13% no degeneraba.
- El inicio no siempre era precoz (aunque le mantiene el nombre)
- Cambió los subtipos: la catatonía por separado.
- Agrupó los síntomas en 36 categorías



Eugen BREULER

- A la dementia praecox la llamó "Esquizofrenia".
- Estudio transversal: los síntomas son más importantes que el curso y desenlace.
- Síntomatología:
 - Síntomas fundamentales:
 - División o fragmentación del proceso de pensamiento (D.C)
 - Aplanamiento afectivo, pensamiento peculiar y distorsionado, abulia, trastorno atencional e indecisión conceptual (ambivalencia).
 - Síntomas accesorios:
 - delirios y alucinaciones (tb en otros T.)
- No tiene por qué acabar en deterioro.
- Pensó que la esquizofrenia era un grupo heterogéneo de T.: "el grupo de las esquizofrenias"

El concepto bleuleriano era mucho más amplio que el de Kraepelin y durante las décadas 1950/60 constituyó la descripción prototípica de la esquizofrenia en la mayor parte de Europa, Inglaterra y EEUU.



LA INFLUENCIA 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 (p.ej. US-UK, IPSS) que pusieron de manifiesto las grandes diferencias de diagnóstico entre países (diferencias teóricas, de concepto, diferentes sistemas de diagnóstico...).

En este contexto se hizo necesaria la creación de instrumentos de diagnóstico estandarizados (PSE + CATEGO) 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.



Síntomas de primer rango de Schneider

Uno de los primeros intentos por sistematizar el diagnóstico utilizando síntomas específicos. La presencia conjunta de estos síntomas aseguraba 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 somática- 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">o Otros trastornos de la percepcióno Ideas delirantes súbitaso Perplejidado Cambios depresivos o eufóricoso Sentimientos de empobrecimiento emocionalo Otros

ii **Bleuler** desestimó los síntomas psicóticos a favor de los Síntomas fundamentales. Mientras que **Schneider** argumentaba que los síntomas patognomónicos de la esquizofrenia eran los delirios y las alucinaciones.

Otro impacto en 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.



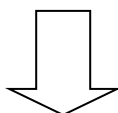
Criterios Feighner (de St. Louis, Universidad de Washington)

- o Duración de síntomas al menos durante 6 meses.
- o Presencia de síntomas severos psicóticos, particularmente síntomas de primer rango de Schneider.



RDC

Rango más amplio de disfunciones (incluyen formas breves -2 semanas- y crónicas - +2 años-)



**LOS SISTEMAS DE
DIAGNOSTICO
OFICIALES**

DSM-III y DSM-III-R: fenomenológicos ; Bleuler, Schneider y Kraepelin.

El DSM-III:

- Delirios, alucinaciones y T. de pensamiento tienen un peso importante.
- Criterios:
 1. De los síntomas bleulerianos solo incluye el efecto aplanado, no siendo los síntomas negativos suficientes para establecer el diagnóstico.
 2. Noción kraepeliana: el paciente debe mostrar algún tipo de deterioro en su nivel de funcionamiento
 3. Excluye a los pacientes que tienen un síndrome afectivo completo → descarta T. esquizoafectivo.
 4. Excluye los episodios psicóticos breves por el requerimiento de cronicidad, ya que algunos síntomas deben estar presente al menos 6 meses.
 5. Excluyen a pacientes con algún tipo de factor orgánico (drogas o lesión focal)

El DSM-III-R:

Pocos cambios:

- delimitar las fronteras entre Esquizofrenia y T. delirante
- consolidar las propuestas tradicionales para subdividir la Esquizofrenia.

Los criterios del DSM-III Y DSM-III-R suponen una mejora sustancial, pero:

1. 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, establecer relaciones interpersonales normales.
2. En el campo de la investigación no dar importancia a los síntomas no psicóticos puede llevar a ignorar la búsqueda de los sustratos neurológicos.
3. 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.

DSM-IV:

Revisión de literatura, reanálisis de datos y estudios de campo.

Se parte de 6 criterios: CIE-10, DSM-III, DSM-III-R, y Opciones 1,2 y 3 (de la fundación MacArthur).

- ≠ Duración del criterio A: 1 semana (DSM-III-R) - 1 mes (CIE-10)
- El papel + importante de los síntomas negativos y de déficits (Opción 1,2 y 3)
- La posibilidad de abandonar de abandonar los subtipos más clásicos, considerando los subtipos + y – (opciones 2 y 3)

La pretensión era crear un conjunto de criterios más válidos y fiables que diesen una cobertura más completa de la sintomatología con énfasis en la duración de los síntomas, y simplificar los criterios para aumentar la unanimidad.

Las pretensiones de simplicidad y cobertura se han logrado. Y los nuevos criterios no han cambiado significativamente los índices de prevalencia.

DSM-IV-Tr: No hay modificación de criterios, solo se añade información.

La CIE-10 : Cat. F20. T. Psicóticos.

- La esquizofrenia es el T. más importante y frecuente del grupo.
- ↓
- Caract: Distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones.
- La claridad de conciencia y la capacidad intelectual suelen conservarse aunque pueden presentarse déficit cognitivos
- compromete las funciones esenciales que dan a la persona vivencia de su individualidad y dominio de sí misma.

Los cuadros de duración menor de un mes se diagnosticarán como “trastorno esquizofreniforme agudo”. Si perduran, se reclasificarán como “esquizofrenia”.

Si se presentan síntomas depresivos o maníacos solo se diagnostica esquizofrenia en el caso de los síntomas esquizofrénicos antecedan a los síntomas afectivos

Este sistema especifica distintas formas de evolución y establece nueve subtipos. Esta flexibilidad, se traduce en mayor libertad para el clínico, pero no aumenta la fiabilidad.

III. SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

La experiencia clínica y la investigación evidencian la heterogeneidad de este trastorno, lo que genera la necesidad de establecer subtipos más homogéneos.

Históricamente, dos han sido las estrategias para la creación de subtipos:

1. Desde la descripción de la historia natural de la enfermedad: fenomenología, curso...
2. Buscando marcadores de esquizofrenia.

Primera aproximación: trabajos de **Kraepelin y Bleuler**.

Kraepelin propuso tres subtipos de demencia precoz:

1. Tipo paranoide: predominan las ideas delirantes.
2. Tipo catatónico: presencia de síntomas psicomotores como la catalepsia o el estupor
3. Tipo hebefrénico: predominio de trastornos afectivos (aplanamiento, incongruencia, ambivalencia) y conductuales.

Bleuler: rechazo claro de la esquizofrenia como entidad única. Se referirá a ella como a un grupo de psicosis etiológicamente heterogéneo con una característica común: la 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 un debilitamiento de las funciones psíquicas con pérdida de la iniciativa, falta de voluntad y empobrecimiento afectivo).

Las clasificaciones actuales: Mantiene los tipos paranoide, catatónico y hebefrénico (sustituido por *desorganizado* en el DSM). Eliminan la esquizofrenia simple de Bleuler.

Estas clasificaciones generan descontento desde el punto de vista de la investigación (no son útiles etiológicamente hablando), y se han empleado otros subtipos con mayor apoyo experimental.

Así, las propuestas dicotómicas que se han revelado más importantes en la investigación son:

1. La distinción paranoide/ no paranoide, según predominen o no la presencia de una temática delirante.
2. Las distinciones relacionadas con factores de inicio, evolutivos o pronósticos del desorden esquizofrénico como:
 - a. Esquizofrenia reactiva vs esquizofrenia procesual
 - b. La dimensión agudo/crónico
 - c. El nivel de ajuste sociolaboral en la historia premórbida del sujeto.

Y a partir de la investigación en el cerebro del esquizofrénico:

3. Esquizofrenia positiva vs esquizofrenia negativa
4. Esquizofrenia Tipo I vs Tipo II (o tipología de Crow)

Criterios del DSM-IV-TR para esquizofrenia

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.

Subtipos de esquizofrenia en el DSM-IV-TR

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 reúnen los criterios para el diagnóstico del tipo catatónico

A. TIPOLOGÍA DE CROW

Según Crow el constructo del *doble síndrome* en la esquizofrenia procede de una serie de estudios llevados a cabo en la División de Psiquiatría de Nortwick Park (Inglaterra) entre 1974 y 1978.

Algunos de estos resultados:

- El TAC mostró que **el área cerebral ventricular** era significativamente **más grande** en un grupo de pacientes esquizofrénicos. Y además, que esta dilatación ventricular correlacionaba significativamente con la presencia de déficits cognitivos y de síntomas negativos.
- Probando el efecto antipsicótico de dos isómeros del tioxanteno flupentixol:
 - el alfa-isómero era más activo que el beta-isómero en los episodios agudos de esquizofrénicos no-negativos.
 - 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 dopaminérgicos D2.

¿La esquizofrenia se trata de un trastorno neuroquímico o de un proceso destructivo (tipo demencia) que implica cambios estructurales cerebrales y deterioro intelectual?

- La hipótesis de la dopamina, que sugería que la esquizofrenia era un trastorno neuroquímico:
 - No podía explicar el deterioro cognitivo presente en algunos casos.
 - Ni por qué algunos pacientes no mejoran a pesar de la medicación con neurolépticos.
- Si la esquizofrenia se concibe como una forma temprana de demencia, tampoco podría explicarse la existencia de episodios únicos o la efectividad de los fármacos neurolépticos.

Por todas estas razones Crow sugirió que:

- El tipo de trastorno relacionado con la remisión de síntomas ante el tratamiento con antipsicóticos podría estar relacionado con los **síntomas positivos**.
- Y que los **síntomas negativos** estarían más relacionados con la existencia de daño intelectual y la presencia de cambios estructurales en el cerebro.

Sugirió que, en la esquizofrenia:

- Había un componente neuroquímico reversible (posiblemente relacionado con la dopamina)
- Y un componente estructural irreversible relacionado con deterioro cognitivo y quizá con un pronóstico más pobre.

Y estos dos procesos patológicos se relacionan con manifestaciones clínicas distintas conformando dos síndromes: esquizofrenia tipo I y esquizofrenia tipo II.

Resumiendo el modelo de Crow (1980):

- Los de tipo I tienen 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 neuroquímico.
- Los de tipo II se caracterizan por manifestar una sintomatología predominantemente negativa, peor ajuste premórbido, peor pronóstico, alteraciones cognitivas y pueden tener alteraciones cerebrales como proceso patológico subyacente.

Aportaciones posteriores a la propuesta original:

- Los cambios estructurales del tipo II se localiza en el lóbulo temporal.
- Los movimientos involuntarios anormales son un componente del tipo II, no un efecto de los fármacos neurolépticos.
- Se incorporan correlatos neuroendocrinos en los dos síndromes.

IV. ESQUIZOFRENIA POSITIVA VERSUS ESQUIZOFRENIA NEGATIVA

A. 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 (*entiendo que quiere poner "alteraciones"*) o déficit y consideró los déficits como los síntomas más devastadores de la esquizofrenia.

- **Bleuler** hace más explícita esta distinción al dividir los síntomas en “fundamentales” y “accesorios”.

Pero esta distinción no se aplicó por 1^a vez para hablar de esquizofrenia: fue **Jackson**, quien en 1875, comenzó a utilizar la distinción “positivo-negativo” en el contexto de un modelo jerárquico de la función cerebral basado en cuatro condiciones:

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

Y consideró como síntomas:

- Positivos: las alucinaciones y los delirios.
- Negativos: abulia, afecto embotado. Esto reflejaba la pérdida de función.

Aún así, son los trabajos de **Carpenter, Strauss y Bartko (1973)** los que son considerados como punto de partida del interés por los síntomas positivos y negativos.

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

El grupo de Wing (1978) añadió:

- que hay síntomas “floridos, positivos o productivos” que aparecen particularmente en los episodios agudos; y síntomas negativos que identifica como apatía emocional, enlentecimiento del pensamiento y de los movimientos, falta de impulso, baja actividad, pobreza del lenguaje y retraimiento social.
- y plantea que pueden considerarse tres grupos de síntomas:
 - El síndrome positivo de la esquizofrenia aguda
 - El síndrome negativo de la esquizofrenia crónica
 - Síndrome formado por los dos anteriores.

Finalmente, fue **Crow (1980)** quien 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.

B. DEFINICIÓN DE LOS SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS.

Instrumentos de medida de los síntomas positivos y negativos:

- La 1^a: Escala de Krawiecka o escala de Manchester (1977).
Cuenta con estudios de validación en población española y es fácil de aplicar, pero evalúa pocos síntomas.
- La escala de Carpenter, Heinrichs y Wagman para categorizar los síndromes de “déficit” y “no déficit”.
- Pero las escalas más específicas son:
 - la SANS y la SAPS de Andreasen y Olsen (1982)
 - la PANSS de Kay et al. (1987)

Todos estos instrumentos no están exentos de dificultades intrínsecas (¿cuáles son positivos/negativos?), a lo que se añade el hecho de que en muchos pacientes están presentes los dos tipos de síntomas.

- Todos incluyen el afecto plano y la pobreza del lenguaje entre los síntomas negativos; y alucinaciones y delirios entre los síntomas positivos.
- Algunos consideran también como negativos: la anhedonia, la apatía y la abulia, la asociabilidad y el trastorno de la atención. Pero autores más restrictivos (p.ej. Crow) piensan que:
 - la apatía y la asociabilidad son consecuencia 2^a de los síntomas positivos.
 - la anhedonia está relacionada con la depresión
 - el T. atencional es más un síntoma positivo.
- Otros hacen distinción entre síntomas negativos primarios y secundarios.
Y consideran que la “pobre participación social” y la “falta de cuidado personal”, pueden ser considerados como potencialmente secundarios a los síntomas positivos.

La definición de los síntomas positivos parece bastante unánime, pero no la de los síntomas negativos.

1. PRINCIPALES SÍNTOMAS POSITIVOS ASOCIADOS CON LA ESQUIZOFRENIA:

ALUCINACIONES:

1. **Alucinaciones auditivas:** voces, ruidos u otros sonidos.
2. **Voces que comentan:** dos o más voces hablan entre sí discutiendo algo sobre el paciente. **Schneider** las considera patognomónicas de la esquizofrenia.
3. **Alucinaciones cenestésicas:** sensaciones corporales de tipo peculiar: quemazón, hormigueos o sensación de que el cuerpo ha cambiado de forma y tamaño.
4. **Alucinaciones olfatorias.**
5. **Alucinaciones visuales.**

IDEAS DELIRANTES:

1. **Delirio de persecución.**
2. **Delirio de culpa o pecado.**
3. **Delirio de grandeza.**
4. **Delirio religioso:** creencias falsas de naturaleza religiosa que deben estar fuera de lo que se considere normal como creer en la segunda venida de Cristo, el Anticristo o la posesión por el demonio. Puede combinarse con el delirio de grandeza, delirio de culpa o delirio de control.
5. **Delirio somático:** creer que el cuerpo está enfermo, es anormal o ha cambiado. En ocasiones está acompañado por alucinaciones. Se puede combinar con dismorfofobia.
6. **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. En las ideas reconoce que está en un error; en el delirio, no.
7. **Delirio de control:** sensación subjetiva de que sus sentimientos o acciones están controlados por una fuerza exterior.
8. **Lectura de pensamiento (irradiación):** cree que la gente le puede leer o conocer sus pensamientos. No interviene la percepción.
9. **Difusión del pensamiento:** creer que su pensamiento se difunde, de manera que tanto él como los demás pueden escucharlo.
10. **Inserción del pensamiento:** cree que hay pensamientos que han sido introducidos en su mente, que no son suyos (p.ej. a través de prácticas de vudú)

11. **Robo de pensamiento:** cree (ha sentido) que una fuerza extraña le ha quitado pensamientos de la mente.

COMPORTAMIENTO EXTRAVAGANTE

1. **Vestido y apariencia.**
2. **Comportamiento social y sexual.**
3. **Comportamiento agresivo y agitado.**
4. **Conducta repetitiva.**

TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO DE TIPO POSITIVO.

1. **Descarrilamiento (asociaciones laxas):** la idea se sale del curso, pasando a otra mencionada con la primera aunque de forma lateral u oblicua, o a otra con la que no tiene relación. La manifestación más común es quizá la de un constante deslizamiento, más que un descarrilamiento severo. Se caracteriza por una falta de cohesión entre las frases y oraciones y por el empleo de pronombres sin referencia clara.
2. **Tangencialidad:** contestar a una pregunta de manera tangencial, oblicua o irrelevante.
3. **Incoherencia (esquizoafasia):** es un patrón de discurso que en ocasiones es incomprensible. A veces pueden aparecer frases coherentes en medio de oraciones incoherentes. Se acompaña, con frecuencia, de descarrilamiento y difiere de este en que 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.
4. **Ilogicalidad:** se llega a la conclusión sin seguir una secuencia lógica.
5. **Circunstancialidad:** Patrón de discurso muy indirecto y que tarda en llegar a la idea final.
6. **Presión del habla:** aumento de habla espontánea (mayor de 150 palabras por minuto)
7. **Distraibilidad:** cuando en el curso de una entrevista deja de hablar en medio de una frase y cambia de tema en respuesta a un estímulo cercano.
8. **Asociaciones fonéticas:** elección de las palabras por los sonidos, afectando a la inteligibilidad del habla.

2. PRINCIPALES SÍNTOMAS NEGATIVOS ASOCIADOS CON LA ESQUIZOFRENIA:

AFECTO EMBOTADO:

Empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos que se manifiesta en:

1. **Expresión facial inmutable:** no cambia la expresión o la cambia menos de lo normal
2. **Movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos.**
3. **Escaso contacto visual.**
4. **Incongruencia afectiva y ausencia de respuesta:** el afecto expresado incongruente, sonrisa estúpida.
5. **Ausencia de inflexiones vocales:** el habla es monótona, sin entonación.

ALOGIA:

Empobrecimiento característico del pensamiento y de la cognición. Tienen procesos de pensamiento que parecen vacíos, rígidos o lentos. Se manifiesta en:

1. **Pobreza del lenguaje:** el lenguaje espontáneo está restringido y las respuestas tienden a ser breves concretas y poco elaboradas.
2. **Pobreza del contenido de lenguaje:** aunque las respuestas son largas, conllevan poca información.
3. **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.

4. **Latencia de respuesta incrementada.**

ABULIA – APATÍA:

Falta de energía, de interés que tiende a ser crónica y persistente y, normalmente, no está acompañado por una afectividad triste o deprimida. Se manifiesta en:

1. **Aseo e higiene:** apariencia sucia, descuidada, desaliñada.
2. **Falta de persistencia en el trabajo o escuela:** dificultades en mantener o buscar empleo o estudiar.
3. **Anergia física:** tiende a estar físicamente inerte sin iniciar ninguna actividad espontánea. Dedicar la mayor parte del tiempo a estar sentado.

ANHEDONIA – INSOCIABILIDAD:

Dificultad para experimentar placer o interés.

1. **Intereses o actividades recreativas:** carece de actividades o hobbies.
2. **Actividad o interés sexual:** muestra un decremento en función de lo que se considera normal. Mínimo impulso sexual o que obtienen poco de la actividad sexual.
3. **Capacidad para sentir intimidad y proximidad:** incapacidad para crear relaciones íntimas. Pueden mostrar pocos o ningún sentimiento de afecto hacia la familia.
4. **Relaciones con amigos o semejantes:** sus relaciones son restringidas. Poco o ningún esfuerzo para desarrollarlas.

ATENCIÓN:

Está a menudo alterada. Muestra problemas para concentrarse o solo es capaz de concentrarse esporádica y erráticamente.

C. MODELOS DIMENSIONALES DE SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS

Frente a la sugerencia de un constructo bipolar con los síntomas positivos y negativos en los extremos opuestos del continuo “esquizofrenia”, los análisis factoriales han cuestionado esta dicotomía estricta de positivo/negativo y constatan la agrupación de los síntomas de la esquizofrenia en torno a tres factores o síndromes dimensionales:

- psicosis (delirios, alucinaciones)
- desorganización (T. formales del pensamiento, conducta extraña, afectividad inapropiada)
- negativo (embotamiento afectivo, alogia, apatía y anhedonia-insociabilidad)

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

- 1) Pueden ser expresión clínica de procesos fisiopatológicos diferentes.
- 2) Tienen un carácter dimensional, es decir, pueden coexistir todos ellos en un mismo paciente y pueden predominar uno sobre los demás configurando perfiles más puros.
- 3) Pueden ser estudiados más allá de las categorías diagnósticas.

- 4) Que tengan un carácter aditivo, no excluyente, hace que puedan estudiarse en todos los pacientes sin pérdida de información.

Peralta, Cuesta y De León (1994) han estudiado un modelo tetradimensional a partir del SAPS/SANS:

- los síntomas positivos se expresan como: psicosis y desorganización.
- los negativos como: negativo y disfunción social.