



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**La Esquizofrenia: Concepto, sintomatología y
actualidad.**

Autor/a: María Belén Marcos Rubio

Director/a: Rocío Caballero Campillo

Madrid

2020/2021

Índice

Resumen	2
Abstract.....	2
1. Introducción	3
2. Desarrollo Histórico	5
3. Psicopatología: Sintomatología y Su clasificación	11
3.1. Síntomas Positivos.....	12
3.1.1. Delirios o ideas delirantes	12
3.1.2. Alucinaciones	14
3.1.3. Pensamiento	15
3.1.4. Lenguaje	15
3.1.5. Comportamiento	16
3.2. Síntomas Negativos	16
3.2.1. Afectividad	16
3.2.2. Comportamiento	17
3.2.3. Lenguaje	17
3.2.4. Anhedonia	17
3.3. Funciones Cognitivas.....	17
3.3.1. Atención	18
3.3.2. Memoria	18
3.3.3. Conciencia	19
4. Diferencias Poblacionales	20
4.1. Género.....	20
4.2. Cultura	21
5. Hallazgos Recientes	22
6. Conclusión.....	26
Referencias	27

Resumen

La esquizofrenia forma parte de los trastornos psicóticos y destaca por la presencia de síntomas negativos (como aplanamiento afectivo o apatía) y cognitivos, además de los síntomas positivos (como delirios o alucinaciones) característicos de las psicosis. Un aspecto principal de este trastorno es el momento de su aparición que frecuentemente sucede en torno a la adolescencia. Anteriormente denominada demencia precoz, la esquizofrenia ha sufrido numerosos cambios en su concepción y descripción. En la actualidad, el DSM-V considera la esquizofrenia de la manera más completa hasta la fecha, aunque debe seguirse investigando al respecto. Su sintomatología no es uniforme, sino que la expresión del trastorno difiere según la persona. Así existen distinciones en las características y el curso de la esquizofrenia en función del género o la cultura, entre otros. Los últimos estudios se han centrado principalmente en tratar de adquirir un mayor conocimiento sobre los síntomas negativos. Sin embargo, también se investigan otros aspectos como la paranoia y la influencia del apego, la teoría de la mente o el transdiagnóstico. Este trabajo pretende realizar una revisión del concepto de la esquizofrenia, su sintomatología y el estado de las últimas investigaciones al respecto.

Palabras clave: esquizofrenia, DSM-V, síntomas, diferencias poblacionales, actualidad.

Abstract

Schizophrenia is one of the psychotic disorders and stands out for the presence of negative symptoms (such as affective flattening or apathy) and cognitive, in addition to the characteristic positive symptoms (like delusions or hallucinations) of psychosis. A main aspect of this disorder is the moment of its appearance that frequently happens around adolescence. Formerly called premature dementia, schizophrenia conception and description has undergone many changes. Currently, the DSM-V considers schizophrenia in the most comprehensive way to date, although further research is required to improve its description. Schizophrenia symptoms expression is not always the same because it depends on the person. So, there are differences about the characteristics and course of schizophrenia based on various aspects such as gender or culture. Recent research has focused primarily on trying to gain more insight into the negative symptoms. However, other aspects are also investigated like paranoia and the influence of attachment, the theory of mind or the transdiagnostic approach. This review aims to explore the concept of schizophrenia, its symptoms and the state of the latest research about this disorder.

Keywords: schizophrenia, DSM-V, symptoms, population differences, relevance.

1. Introducción

La esquizofrenia es un trastorno psicótico de larga duración que afecta al comportamiento y las emociones (Líceo y cols., 2019); además de alterar la personalidad, la forma de pensamiento, las relaciones interpersonales, las actividades laborales y sociales de las personas que tienen esta enfermedad (Fraguas y Palacios, 2009). Se caracteriza por presentar síntomas positivos (como ideas delirantes y alucinaciones), síntomas negativos (incluyen abulia, alogia, aplanamiento afectivo, entre otros), así como síntomas cognitivos (Janssen-Cilag, 2017). Por todo ello se asocia la esquizofrenia con discapacidades importantes a nivel social, laboral y personal, incluso siendo dependientes de sus familias y del Estado (Campero-Encinas y cols., 2009). Una investigación realizada en España estimó que los costes sanitarios relacionados con la esquizofrenia suponían un 2,7% del gasto sanitario público total (Oliva-Moreno y cols., 2006). Sin embargo, a nivel mundial, más del 50% de las personas que padecen de esquizofrenia no reciben una atención apropiada, siendo la mayoría de ellas habitantes de países con bajos recursos en salud mental a los que es difícil de acceder. Además, el trastorno está muy estigmatizado por la comunidad, generando una discriminación que puede influir en la limitación al acceso a atención sanitaria general, educación, vivienda y empleo. Asimismo las personas con esquizofrenia son más vulnerables de ser víctimas de violaciones de sus derechos humanos, tanto por parte de las instituciones como de la sociedad (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019).

Según la OMS (2019) la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo; aunque hay otros trastornos mentales que son más frecuentes, como la depresión o el trastorno afectivo bipolar, los cuales son padecidos por 264 y 45 millones de personas respectivamente. En cifras generales, tiene mayor prevalencia en hombres que en mujeres, siendo 12 millones frente a 9 millones. Concretamente en España hay 400.000 personas que padecen esquizofrenia (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), 2021). Este trastorno está presente en todos los países del mundo, y es una de las primeras veinte causas de incapacidad entre los 18 y los 44 años (Líceo y cols., 2019).

Además, hay un factor muy significativo sobre la esquizofrenia que debe ser tenido en cuenta: la edad en la que aparece el trastorno. Los primeros síntomas pueden manifestarse entre los 15 y los 25 años en hombres, mientras que la aparición en mujeres es más tardía, entre los 15 y los 30 o entre los 40 y los 55 porque, en ocasiones, puede

relacionarse con la menopausia (Líceu y cols., 2019). Por tanto, la esquizofrenia surge con más frecuencia durante la adolescencia o los primeros años de la juventud (Fraguas y Palacios, 2009), existiendo así diferencias de género en cuanto al momento de presentación del trastorno (Usall y Coromina, 2011).

La esquizofrenia se asocia con una menor esperanza de vida (entre 10-15 años), ya que las personas que la padecen tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una temprana edad que el conjunto de la población, y por lo general a causa de enfermedades físicas como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas. No obstante, entre las consecuencias más graves a las que pueden exponerse estas personas se encuentra el suicidio, estimada como la causa más importante de muerte prematura en este trastorno. La tasa de suicidio en esquizofrenia es casi 10 veces más alta que en la población general. Un tercio de las personas que la padecen intenta suicidarse en algún momento, y en torno al 10-20% consiguen consumar el suicidio. Un mayor riesgo se asocia con un inicio precoz del trastorno, un curso deteriorante, síntomas positivos resistentes y depresivos, e intentos previos de suicidio, entre otros (Álvarez-Mon y cols., 2019; Organización Mundial de la Salud, 2019). También se relaciona con algunos factores de riesgo como: el sexo masculino, el desempleo, el consumo de drogas o un alto nivel de funcionamiento premórbido, especialmente en personas universitarias (Campero-Encinas y cols., 2009; Luengo, 2000).

Desde el punto de vista estadístico, la prevalencia de la esquizofrenia a nivel mundial sería poco significativa a tener en cuenta por la comunidad científica. Sin embargo, se sabe que es una enfermedad incapacitante en la mayoría de los casos (Campero-Encinas y cols., 2009), y que las personas que sufren este trastorno ven afectados todos los ámbitos de sus vidas de forma intrusiva y con una intensidad abrumadora: experimentando alteraciones en su personalidad, en el estilo de pensamiento, en las relaciones interpersonales y en las actividades sociolaborales (Fraguas y Palacios, 2009). Por esto, es importante que se desarrollen investigaciones sobre ello y que se divulgue acerca de esta patología.

El objetivo principal de este Trabajo de Fin de Grado es revisar el concepto de esquizofrenia para poder aumentar el conocimiento sobre el trastorno y la manera en la que se manifiesta. Los resultados de esta revisión pueden facilitar su comprensión para permitir minimizar el impacto que pueda tener en los jóvenes.

2. Desarrollo Histórico

El término esquizofrenia viene etiológicamente de dos palabras griegas: *esquizo* y *frenia*, que significan “escindir” y “mente” respectivamente. A lo que hace referencia es que la mente está escindida de la realidad. El sujeto vive conforme a su experiencia alterada que pertenece a un mundo diferente al nuestro (Padín, 2012).

Antiguamente se consideraba que las personas afectadas por una enfermedad mental estaban poseídas por el mal (Padín, 2012). En la Edad Media los trastornos mentales eran entendidos a través de la religión y se atribuían a la influencia del demonio. Sus cuidados se alternaban entre una atención y cuidado benevolente con los enfermos y, a veces, el abandono a su suerte (Justo, 2018). No obstante, en el siglo XV esta cuestión evolucionó hacia la quema de las personas afectadas por enfermedades mentales acusadas de brujería. Más tarde, en la época de la Ilustración, se les recluiría a la fuerza en manicomios y se llevaban a cabo tratamientos como sangrías, castigos físicos o las terapias electroconvulsivas (Justo, 2018; Lícea y cols., 2019). La administración de estas últimas, también abreviadas como TEC, siguen utilizándose especialmente en episodios agudos cuando la medicación antipsicótica no ha surtido efecto; no obstante, también se emplea en ciertos casos donde ha resultado ser eficaz: en resistencia a la farmacología, en prevalencia de síntomas catatónicos (en presencia de depresión), en estados confusionales, o en la existencia de ideas suicidas destacables (Álvarez-Mon y cols., 2019).

No fue hasta el siglo XIX que empezaron las investigaciones sobre la categorización de los trastornos, que permitieron una mayor comprensión de los mismos así como el desarrollo de la psicología (Padín, 2012). Esto fue de gran utilidad para definir los distintos cuadros clínicos, llevar a cabo una clasificación de los síntomas y buscar su origen. Así se pudieron establecer tratamientos específicos que respetasen la dignidad del individuo, al contrario que los que se realizaban anteriormente (Justo, 2018).

A lo largo del tiempo el concepto de esquizofrenia ha sufrido cambios. Morel (1860), que fue el primero en acuñar el término de “*demencia precoz*” (*démence précoce*) para representar un trastorno que producía un deterioro de la vida social en la adolescencia (Lícea y cols., 2019). Se inspiró en la teoría de la degeneración que impregnaba la psiquiatría francesa en aquel momento, contando con su implicación genética (Dualde y Rey, 1997).

Kraepelin (1896) toma el término de Morel, el cual latinizó y denominó *demetia praecox*. Gracias también a la intervención de Hecker (1843-1909) y Kahlbaum (1828-1899), Kraepelin hizo una descripción de ella y distinguió tres tipos: paranoide, catatónica y hebefrénica. Esta división fue la precursora de la clasificación de los tipos de esquizofrenia posteriores (Líceo y cols., 2019). Además, Kraepelin estableció dos grandes grupos de psicosis endógenas, a las que denominó psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, las cuales eran curables o incurables respectivamente. No obstante, con posterioridad diferenció entre distintas evoluciones de la demencia precoz: la progresiva y la cursada con brotes (Novella y Huertas, 2010). Kraepelin pensaba en la demencia precoz como “un conjunto de cuadros clínicos que tienen la particularidad común de conducir a estados de un deterioro psíquico característico” (Kraepelin, 1899). Así instauró como principales síntomas de la *demetia praecox* ciertas manifestaciones disminuidas, como la apatía o la afectividad menguada, a las que relacionaba con una serie de síntomas adicionales como las alucinaciones o los delirios (Novella y Huertas, 2010).

Finalmente Bleuler (1911) comienza a hablar de “*esquizofrenia*” (Padín, 2012). Él consideraba que el rasgo más característico de este trastorno era la escisión del yo y la disgregación de funciones. Es decir, una alteración en unidad y coherencia de la conciencia, que si se interviene a tiempo puede curarse. Por ello creía más correcto denominarlo esquizofrenia (Fraguas y Palacios, 2009; Líceo y cols., 2019; Padín, 2012). Bleuler incluso cita en su trabajo a Wernicke, quien describió a un paciente que presentaba varias personalidades distintas de forma simultánea, ligando así el concepto de esquizofrenia con el de personalidad múltiple (Justo, 2018). Revisando la obra de su antecesor Kraepelin, Bleuler estableció unos síntomas esenciales de la esquizofrenia, que son (Novella y Huertas, 2010):

- Trastornos de las asociaciones: sus ideas y conceptos se encuentran inconexos o con relaciones incoherentes.
- Trastornos afectivos: presentan aplanamiento emocional o un afecto inadecuado.
- Ambivalencia: muestran conductas, pensamientos o sentimientos contradictorios de manera simultánea
- Autismo: predominio de la vida interna de la persona sobre el ámbito relacional:

A dichos síntomas agrega otros secundarios como los delirios, las alucinaciones o las dificultades de lenguaje. Además, Bleuler añadió otros dos subgrupos a los kraepelianos (paranoide, catatónico y hebefrénico): una forma simple, la cual presenta exclusivamente los síntomas fundamentales, y otra “latente” o compensada. A pesar de que al principio tenía una visión de la esquizofrenia como un conjunto de trastornos, con el tiempo Bleuler fue adquiriendo la concepción de la misma como un única categoría (Novella y Huertas, 2010).

También hubo otro autor que intervino en la conceptualización de la esquizofrenia, Schneider (1997), el cual realizó una caracterización de sus síntomas. Él se centraba en la observación clínica como herramienta suficiente para realizar un diagnóstico, dejando de lado la evolución o el pronóstico de la enfermedad. Invirtió la importancia de los síntomas que había establecido Bleuler e hizo de las experiencias psicóticas (delirios, alucinaciones, difusión y sonorización del pensamiento, entre otros) el “primer rango” de detección de un trastorno esquizofrénico. Schneider afirmaba que estas manifestaciones tienen una fenomenología compartida: la difusión de los límites del yo y, por tanto, una mayor mezcla entre el individuo y el mundo (Novella y Huertas, 2010).

Igualmente ha habido discrepancias con respecto a la atribución etiológica de la esquizofrenia, como por ejemplo se halla en los trabajos de Hate y Crow (1997). Ambos tenían una concepción biologicista sobre esta enfermedad: Hate creía que su origen era vírico y que su expansión se había propiciado a raíz de la revolución industrial, mientras que Crow proponía la genética como su causa, en concreto el desarrollo independiente de los hemisferios cerebrales (Justo, 2018).

Posteriormente hubo diferentes teorías que, sin abandonar la visión clínica característica, ponían el foco principal en partes del propio trastorno, como la deficiencia de la vida social, la vivencia del cuerpo o la conciencia del yo (Novella y Huertas, 2010).

Con el paso del tiempo los manuales de diagnóstico han ido evolucionando y reformulando los conceptos y las características de los trastornos, y con ello la conceptualización de la esquizofrenia se ha ido modificando (Padín, 2012).

Cuadro 1:

Diferencias entre clasificaciones según los distintos manuales diagnósticos.

DSM I (1952)	Clasifica las reacciones esquizofrénicas en: simples, de tipo hebefrénico, catatónicas, paranoides, agudas indiferenciadas, crónicas indiferenciadas, de tipo esquizoafectivo, de tipo infantil y de tipo residual (Padín, 2012)
DSM II (1968)	La definición de esquizofrenia y la descripción de sus tipos no sufren cambios significativos. Sin embargo, se añade la esquizofrenia latente como una reacción crónica y de tipología indiferenciada. Los pródromos desaparecen de la clasificación sin aparente motivación (Gonçalves y cols., 2018).
DSM-III (1980)	Por primera vez se presenta una definición de trastorno mental. La definición de esquizofrenia cambia significativamente, y aparece un capítulo titulado “trastornos esquizofrénicos” que agrupa problemas con presencia de ciertos síntomas psicóticos y duración mínima de seis meses. Se incluyen los trastornos de personalidad esquizotípico y esquizoide. La fase prodrómica de la esquizofrenia vuelve a incluirse y además se describe una lista de síntomas asociados, como el aislamiento social o el aplanamiento afectivo, entre otros (Gonçalves y cols., 2018).
DSM-III-R (1987)	El título de “trastornos esquizofrénicos” fue renombrado a “esquizofrenia”. Para su diagnóstico se añadió un mínimo de una semana de presentación del trastorno y se eliminó el límite máximo de edad de 45 años. Se incluyó un ítem a la lista de síntomas prodrómicos: “marcada falta de iniciativa, intereses o energía” (Gonçalves y cols., 2018).
DSM-IV (1994)	Se define la esquizofrenia como “Trastorno psicótico que presenta al menos dos de estas características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamientos catatónicos, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia)”. Estas deben imposibilitar la vida cotidiana correcta del sujeto, y no deben estar causadas por la ingesta de sustancias psicoactivas o una enfermedad médica asociada (Padín, 2012).

	<p>Se distinguen varios tipos (Padín, 2012):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia paranoide (caracterizada mayormente por la abundancia de ideas delirantes y/o alucinaciones auditivas), - Esquizofrenia catatónica (con bastante sintomatología negativa), - Esquizofrenia desorganizada (predomina una plana afectividad y conductas caóticas), - Esquizofrenia indiferenciada (clasificación para el resto de esquizofrenias que no entran en las anteriores) - Esquizofrenia residual (no hay sintomatología o es muy leve) <p>(también se incluyen los trastornos de personalidad paranoide, esquizotípico y esquizoide en el llamado grupo A de dichos trastornos. (Padín, 2012)).</p>
Otra clasificación: Neuropsicología	<p>Divide el trastorno en (Padín, 2012):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia Tipo I: destacan la presencia de los síntomas positivos, como delirios o alucinaciones. - Esquizofrenia Tipo II: destaca la presencia de sintomatología negativa (aplanamiento afectivo o anhedonia), aunque la positiva no desaparezca.

Por último, el DSM-V (2013) establece algunos cambios significativos en el diagnóstico de la esquizofrenia con respecto a ediciones anteriores del manual. Destaca el paso de una aproximación categorial a una dimensional para calificar la gravedad de los principales síntomas del trastorno, y la eliminación de los subtipos de esquizofrenia existentes hasta el DSM-IV debido a su limitada estabilidad diagnóstica, baja fiabilidad y escasa validez (Gonçalves y cols., 2018). En primer lugar, la categoría cambia su denominación a “*Trastornos del Espectro Esquizofrénico y otros Trastornos Psicóticos*”, dejando clara así la diferencia entre esquizofrenia y psicosis, ya que esta última no es exclusiva de la primera, sino que puede aparecer en otros trastornos. También en esta última edición se aumenta a dos los síntomas del Criterio A que deben estar presentes en el paciente para poder diagnosticarle, aunque la descripción de estos síntomas no sea exclusiva de la esquizofrenia. Además, uno de ellos debe ser delirios, alucinaciones o habla desorganizada (Rus-Calafell y Lemos-Giráldez, 2014). Esto implica que, por ejemplo, la única presencia de alucinaciones auditivas no es suficiente para poder

determinar una esquizofrenia (Justo, 2018). También se cambia la definición de los delirios (definidos anteriormente como “creencias erróneas”) concibiéndolos como “creencias fijas” que no son susceptibles de cambio incluso con fundamentos contrarios. Otro cambio con la finalidad de clarificar, es la consideración de la abulia y la expresión emocional menguada como síntomas negativos claves. Así cambian tanto el criterio A como el F del manual. A pesar de todo lo mencionado, uno de los cambios más notorios ha sido la eliminación de los subtipos de esquizofrenia, los cuales únicamente sirven en la actualidad para detallar el diagnóstico. Además, con la reforma del DSM se ha modificado el concepto del trastorno esquizoafectivo, cuyo diagnóstico debe ser realizado de forma longitudinal en vez de transversal requiriendo la presencia de un episodio afectivo mayor durante la mayor parte del trastorno. Esto consigue separar el esquizoafectivo de otros trastornos psicóticos, facilitando su diagnóstico diferencial. También se especifica en el DSM-V que la presencia de ideas delirantes no implica automáticamente la existencia de un trastorno psicótico. Por último, se ha incluido el llamado “síndrome de psicosis atenuada” para representar a las personas con alto riesgo de desarrollar una psicosis, aunque se trata de un trastorno en estudio actualmente y sin la suficiente información empírica al respecto. No obstante, una de las críticas que se atribuye a esta actualización del DSM es que no se incluyese ningún criterio acerca de los déficits neurocognitivos del trastorno esquizofrénico, lo cual supone uno de los aspectos más relacionados con la esquizofrenia. Los expertos explican esta ausencia razonando que la alteración cognitiva no es un síntoma esencial para el diagnóstico diferencial del trastorno (Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2014; Barch y cols., 2013; Rus-Calafell y Lemos-Giráldez, 2014).

En resumen, el DSM 5 ha introducido cambios que representan avances en la fiabilidad y utilidad clínica, aunque de forma leve, porque la validez de contenido, la validez discriminante y la validez predictiva se ven reducidas debido a la gran heterogeneidad clínica, patológica y etiológica de la esquizofrenia y a sus confusos límites con otros trastornos psicóticos (Rus-Calafell y Lemos-Giráldez, 2014). No hay un único tipo de esquizofrenia y, aunque pueden confundirse, existen particularidades que las distinguen, para lo que es necesario realizar una evaluación adecuada y actuar así en consecuencia con una mayor precisión (Padín, 2012).

Como conclusión, aunque la esquizofrenia ha estado presente desde la antigüedad, su concepción, atribución y descripción ha ido cambiando con el paso del tiempo y el

avance de la ciencia y del conocimiento conseguidos gracias a los diferentes estudios que han realizado sobre ella. Hay que tener en cuenta la evolución del trastorno y su actualidad para poder llevar a cabo un buen diagnóstico, que nos permita abordar la esquizofrenia de la mejor manera posible para la persona que lo padece y que más se acerque a la realidad que está viviendo.

3. Psicopatología: Sintomatología y Su clasificación

La esquizofrenia es uno de los trastornos psicológicos donde hay una mayor variedad de sintomatología (Cuesta y cols., 2000). Sin embargo, esta no es uniforme y estable, sino que las personas pueden experimentar diversos síntomas y evoluciones que pueden no ser compartidos con el resto. Por ello se tiende a establecer clasificaciones de tipos de esquizofrenia en función de sus síntomas (Fraguas y Palacios, 2009), aunque las experiencias y las formas de afrontarlas de cada persona son únicas (Cooke, 2015).

El trastorno con frecuencia tiene un comienzo preclínico a edad temprana, en torno a los 12 años en varones y los 19 años en mujeres, aunque depende de cada individuo (Skokou y cols., 2012). Esto puede desencadenar ciertas dificultades en la adolescencia como: aislamiento social, trastornos de atención, problemas neuromotores y trastorno de conducta (Pardo, 2005). Los síntomas propios de la esquizofrenia están precedidos de alteraciones mínimas e inespecíficas que van apareciendo de manera progresiva a las que se denominan *pródromos* (Fraguas y Palacios, 2009). Recientemente las investigaciones se han centrado en el estudio de los *pródromos* con la finalidad de realizar una intervención temprana sobre dichos síntomas, que generalmente son negativos y/o inespecíficos y preceden a la aparición de los síntomas activos y pre-psicóticos. Los síntomas *prodrómicos* pueden ser: aislamiento, aplanamiento afectivo, suspicacia, habla vaga, deterioro de la capacidad de concentración, ansiedad, estado de ánimo deprimido, entre otros (Skokou y cols., 2012). Estas alteraciones normalmente suponen el primer signo para la familia de que algo va mal (Gonçalves y cols., 2018). Los *pródromos* también pueden terminar desarrollándose hacia otros trastornos diferentes a la esquizofrenia, o desaparecer tras presentarse un tiempo (Fraguas y Palacios, 2009).

Desde mediados de 1970 hasta 1990, la mayor parte de los trabajos científicos en relación al diagnóstico de la esquizofrenia adoptaron una postura dicotómica, diferenciando entre síntomas positivos y negativos (Pardo, 2005). Se pensaba que los negativos se producían como efecto directo de la enfermedad, la cual era causante de una

disminución de las funciones y la desinhibición de los procesos más primitivos, los cuales componen los síntomas positivos. Actualmente la concepción que se emplea de ambos simplemente recoge que son exageraciones o déficits de determinadas funciones o conductas (Cuesta y cols., 2000). A partir de los años 90 las investigaciones sobre los trastornos cognitivos involucrados en la esquizofrenia fueron acrecentándose, haciendo que el conocimiento sobre el funcionamiento mental de los trastornos psicológicos prosperase (Pardo, 2005).

Por ello en la sintomatología asociada al trastorno esquizofrénico podemos distinguir:

3.1. Síntomas Positivos

Son los síntomas en los que hay más actividad del sujeto (Padín, 2012), un exceso energético o del tono vital (Cuesta y cols., 2000), por ello se consideran como las manifestaciones más llamativas de la esquizofrenia (Bagny, 2015). Se caracterizan por los pensamientos, conductas y percepciones que solo presenta el afectado; haciendo que perciba otra realidad e incluso, en numerosas ocasiones, que no tenga consciencia de ello (Líceá y cols., 2019). Algunos autores los interpretan como el intento del individuo para poner sentido al mundo y a su yo, los cuales están cambiando (Fraguas y Palacios, 2009).

Los síntomas positivos incluyen dos dimensiones: la dimensión psicótica, que agrupa las ideas delirantes y las alucinaciones, y la dimensión de desorganización que junta el comportamiento y el lenguaje desorganizados.

El exceso de dopamina puede ser el causante de síntomas como el delirio o alucinaciones por la teoría dopaminérgica, pero no se sabe con total seguridad (Líceá y cols., 2019).

3.1.1. Delirios o ideas delirantes

Son creencias o conjunto de ideas erróneas que normalmente implican una mala interpretación de las percepciones o experiencias a las que se otorga un significado delirante (Campero-Encinas y cols., 2009; Fraguas y Palacios, 2009). Son fijas y resistentes, y no se ven modificadas a pesar de la argumentación o demostración de su contradicción con la realidad. El delirio puede ser reconocible externamente por un comportamiento extraño en la persona asociado a la creencia que la motiva (Fraguas y Palacios, 2009). Los delirios pueden ser muy similares a otras creencias o prejuicios “normales” que, al igual que ellos, incluyen una resistencia a su modificación y un sesgo

en las pruebas que llevan a su confirmación, lo que conduce a conclusiones equivocadas (Cooke, 2015). Una de las características que resulta llamativa de las ideas delirantes es que establecen relaciones entre sucesos o estímulos a raíz de su proximidad en el tiempo o en el espacio (Lemos y cols., 2006). Sin embargo, el proceso que puede llevar a alguien a desarrollar un delirio específico parece ser distinto dependiendo de la persona. Algunas de las razones, las cuales es común que se den en combinación, son (Cooke, 2015).:

- Asociarlo con algún suceso de sus vidas,
- Tratar de proteger su autoestima con estas creencias,
- El delirio se crea en función de su estilo particular de pensamiento (como la tendencia a llegar a rápidas conclusiones),
- Pueden asociarlo a dificultades en contextos sociales o estar alerta de lo que sucede a su alrededor.

Cuadro 2:

Distintos tipos de delirios (Janssen-Cilag, 2017):

- *Delirios persecutorios*: es la creencia de que alguien o algo lo está vigilando, persiguiendo o engañando, y que puede correr peligro.
- *Delirios de grandeza*: se produce cuando la persona piensa que tiene poderes, habilidades o conocimientos especiales. A veces está relacionado con deidades.
- *Delirio de perjuicio*: la persona cree que le intentan dañar o perjudicar de alguna manera.
- *Delirios somáticos*: el individuo cree que tiene sensaciones extrañas en su cuerpo y suele sospechar que algo o alguien los está provocando para hacerle daño.
- *Delirios erotomaníacos*: cuando el sujeto se cree que es el objeto de enamoramiento de otra persona.
- *Delirios celotípicos*: cuando la persona tiene la sospecha de que alguien le está engañando, normalmente en relaciones de pareja.
- *Delirio de referencia o autorreferencialidad*: la persona piensa que los demás hablan sobre él, incluso los medios de comunicación.
- *Otros* (Rovira, 2021; Torres, 2021): delirio de control, delirio metacognitivo, delirio de culpa o pecado, delirio de falsa identificación (como el delirio de Capgras o el Fregoli), Síndrome de Cotard, difusión del pensamiento, lectura del pensamiento, robo del pensamiento, entre otros.

También es distinto el contenido de estos delirios en función de la cultura, ya que reflejan el tiempo y el espacio en el que se producen. Por ejemplo, una persona occidental puede tener la idea de que recibe radiaciones a través de las pantallas electrónicas, mientras que alguien de un poblado africano puede que tema una agresión de la comunidad vecina. Incluso en una cultura puede considerarse una idea como delirante, mientras que en otra es un pensamiento común (Asociación Psiquiátrica Mexicana, 2014).

3.1.2. Alucinaciones

Son alteraciones del área de la percepción, concretamente consisten en percibir algo como real sin que haya una fuente externa o interna que lo ocasione, a lo que se denomina *percepción sin objeto*. Por ello pueden ser indistinguibles de la realidad (Asociación Española de Apoyo en Psicosis (AMAFE), 2021). Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (Campero-Encinas y cols., 2009; Janssen-Cilag, 2017):

- **Visuales:** se producen cuando ve en los demás algo que antes no percibían.
- **Olfativas:** ocurren cuando percibe olores inusuales
- **Gustativas:** igual que las anteriores, aparecen cuando se perciben gustos inusuales
- **Táctiles:** consisten en que el sujeto tiene sensaciones corporales anómalas sin tocar o que sea tocado.
- **Auditivas:** son percepciones falsas de un sonido, generalmente voces, pero también pueden ser ruido o música. Son las más habituales, estimándose su prevalencia en torno al 70% en personas con esquizofrenia (Font, 2006). Las voces le pueden insultar o dar órdenes, pero la queja más frecuente es que la persona no puede actuar ni pensar con libertad. También pueden ocurrir fenómenos más específicos como el eco del pensamiento, donde hay una confusión entre la percepción auditiva con el lenguaje interior del individuo y su propio pensamiento.

Las pseudopercepciones visuales también se pueden presentar, normalmente en el momento agudo del trastorno, y pueden ser de varios grados de realismo o de gravedad. Estas pseudopercepciones se retroalimentan con las ideas patológicas. Lo distintivo de estas pseudoexperiencias esquizofrénicas es que el individuo las vive como extrañas a su yo, diferentes a las percepciones habituales, y de forma intrusiva y aversiva (Delgado, 2001).

3.1.3. Pensamiento

Se producen alteraciones en la forma y el curso del pensamiento, desencadenando serias limitaciones para organizar un pensamiento coherente (Fraguas y Palacios, 2009). El pensamiento se desordena y la persona pierde la capacidad de asociar ideas, las cuales oscilan entre un tema y otro de manera inconexa. Esto provoca que el contenido de su raciocinio sea desorganizado e ininteligible (Díaz, 2013). Esta incoherencia puede verse reflejada en el lenguaje o en la forma de expresión. Así la persona se muestra distraída o con un discurso sin sentido, dificultando de manera significativa su capacidad de comunicación (AMAFE, 2021).

Los pensamientos de una persona con esquizofrenia no tienen lógica y sus vinculaciones automáticas están perturbadas. Son discordantes y sin relación entre ellos, no hay estructura ni propósito explícito, sino que hay lo que se llama “ensalada de palabras”. También destaca la falta de simbolismo de la esquizofrenia, ya que, por ejemplo, tienden a dar significado literal a las metáforas. Además, puede suceder la denominada *enajenación de las ideas*, que supone la creencia de que el propio pensamiento es vulnerable de ser captado, influido o manipulado por los demás, siendo incapaz de impedirlo a voluntad. Esto también se materializa en la sensación de que sus ideas se pierden o se escapan de su control, lo cual le despersonaliza. E incluso pueden sentir que sus pensamientos son inducidos y ajenos (Delgado, 2001).

En cuanto al curso del pensamiento se producen bloqueos, obstrucciones e interrupciones repentinas de las ideas. No obstante, es posible que se dé el caso contrario y la persona tenga exceso de pensamientos incontrolados. También las estereotipias son un síntoma común en relación con el pensamiento, las cuales consisten en la repetición de las mismas ideas.

3.1.4. Lenguaje

El lenguaje también puede verse afectado, aunque de diversas maneras. Como ya hemos mencionado, puede que una persona con esquizofrenia al hablar salte de un tema a otro, a lo que se denomina *tangencialidad*, o presentar un lenguaje totalmente desorganizado (Campero-Encinas y cols., 2009). El discurso puede volverse más rápido o más lento, con bloqueos y pausas largas, así como presentar fallos en la sintaxis o modificación del significado de algunas palabras. El resultado de todo esto es un lenguaje incoherente y fragmentado (Fraguas y Palacios, 2009)

3.1.5. Comportamiento

El comportamiento también se encuentra desorganizado, pudiendo incluir desde conductas infantiloides hasta agitaciones impredecibles (Campero-Encinas y cols., 2009). Se presentan conductas no planificadas, sin aparente propósito e inconsistente (Fraguas y Palacios, 2009). También pueden desinhibirse y desatarse los impulsos, entre los cuales se encuentran los sexuales y agresivos (Delgado, 2001). A menudo las conductas extravagantes o no adecuadas están influenciadas por las alucinaciones o por el contenido de sus delirios, por ejemplo ante la sensación de ser perseguido por la calle, puede aislarse en casa y evitar salir (AMAFE, 2021; Díaz, 2013).

3.2. Síntomas Negativos

Son síntomas a consecuencia de un déficit o disminución de las capacidades o condiciones habituales de los individuos, normalmente referidas a las funciones afectiva, volitiva y de relación interpersonal (Fraguas y Palacios, 2009). Comprenden limitaciones en cuanto al ámbito o la intensidad de la expresión emocional (como el aplanamiento afectivo), también a la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (denominado alogia), y a la falta de voluntad o abulia. Puede presentarse también falta de higiene o cuidado personal, como por ejemplo que vaya excesivamente despeinado y con una forma de vestir inadecuada (Campero-Encinas y cols., 2009).

3.2.1. Afectividad

Las personas con esquizofrenia presentan dificultades para expresar lo que sienten porque su capacidad emocional se encuentra reducida y empobrecida, a lo que se denomina embotamiento afectivo (Díaz, 2013). Además, pueden tener un afecto inadecuado con la situación como risa en momentos que requieren seriedad, o reacciones emocionales incongruentes como llanto repentino (Fraguas y Palacios, 2009). A parte del decaimiento del estado del ánimo, también las personas con esquizofrenia tienen sensaciones de pérdida de sentimientos o contacto afectivo hacia sus seres queridos con el mundo, lo que les provoca angustia y malestar (Delgado, 2001). Esto se denomina *apatía* o falta de interés, la cual a la persona le da la impresión de que nada le importa (Fraguas y Palacios, 2009), aunque no es absoluta sino que tiene grados. También experimentan el sentimiento de ambivalencia afectiva, teniendo sentimientos opuestos de forma simultánea (Delgado, 2001). Aparece una falta de reacciones afectivas, una aparente pasividad e indiferencia ante su contexto y lo que suceda a su alrededor. En ocasiones, no solo esta afectación de la afectividad es parte de los síntomas negativos,

sino que en ocasiones puede darse como consecuencia del rechazo o aislamiento social que viven las personas con esquizofrenia. También puede deberse a trastorno afectivos que presenta comorbilidad, como la depresión (AMAFE, 2021).

3.2.2. Comportamiento

En la esquizofrenia hay una rigidez y un empobrecimiento de la capacidad motora. Se encuentran faltos de espontaneidad y adquieren un modo de conducta más pasivo y con carencia de voluntad (Delgado, 2001). Se produce una pérdida de voluntad, una falta de energía o de impulso vital denominada *abulia* (Fraguas y Palacios, 2009). La persona con esquizofrenia tiene grandes problemas para comenzar actividades y en su constancia. Puede llegar incluso a que por esta desgana se descuiden a sí mismos, afectando negativamente a sus autocuidados y equilibrio ocupacional (AMAFE, 2021). También puede darse una falta de instinto de protección y autodefensa, incluso apareciendo conductas que ponen en peligro la integridad de la persona como autolesiones o la no ingesta de alimentos (Delgado, 2001).

3.2.3. Lenguaje

Al igual que el pensamiento, el lenguaje también se ve empobrecido tanto en la fluidez como en la productividad de cognición y expresión. Esto se denomina alogia (Campero-Encinas y cols., 2009; Fraguas y Palacios, 2009), y ocurre cuando la espontaneidad y la elocuencia en la conversación se ven disminuidas, provocando un habla escueto y vacío de contenido (AMAFE, 2021; Luengo, 2000)

3.2.4. Anhedonia

Es la incapacidad de disfrutar de las actividades que antes sí resultaban placenteras. Sucede cuando se reduce el disfrute de los intereses y aficiones que tiene una persona (AMAFE, 2021). También se relaciona con el poco interés por las cosas, la escasa relación con los demás y la sensación de falta de sentimientos (Luengo, 2000)

3.3. Funciones Cognitivas

La mayor parte de los síntomas cognitivos relacionados con la esquizofrenia pueden caracterizar a personas con daños cerebrales, en concreto al área prefrontal, ya que tienen similitud con posibles trastornos del pensamiento, funciones de atención, faltas de impulso, planificación y búsqueda de metas. Sin embargo, la persona que padece esquizofrenia mantiene sus capacidades intelectuales y sensoriomotoras intactas, aunque

se produzcan la fragmentación, estereotipia y desorganización que califica su comportamiento (Lozano y Acosta, 2009)

Sobre todo, se observa un cambio en la atención y en la concentración. (Fraguas y Palacios, 2009).

3.3.1. Atención

Los individuos presentan déficits tanto en la atención selectiva y la dividida como en la sostenida en comparación con población sana (Galaverna y cols.). También en el procesamiento temprano de la información visual (Pardo, 2005). Para Kraepelin la dificultad de atención podía estar relacionada con la falta de interés y motivación que las personas esquizofrénicas o por la disminución de la volición de estas. Mientras que para Bleuler, los problemas atencionales resultaban secundarios. El problema principal que se presenta es la incapacidad filtración de la información y su posterior categorización, porque no pueden distinguir los estímulos irrelevantes de los importantes (Lozano y Acosta, 2009). La atención modula y potencia el funcionamiento de otros sistemas cognitivos. Por ello, una atención deficitaria también influye en la afectación de la memoria de trabajo o el control ejecutivo, entre otros. Esto dificulta el diagnóstico porque se deben diferenciar los trastornos atencionales exclusivos de los más globalizados en los que la atención está involucrada. (Galaverna y cols.).

3.3.2. Memoria

Igualmente sufre cambios: las llamadas amnesias psicógenas. En concreto hay déficit en la memoria verbal, disminuyendo su rendimiento con mayor incidencia en las mujeres que en los hombres para, por ejemplo, recordar un texto. Los trastornos de la memoria y del aprendizaje están relacionados entre sí, y a su vez con la esquizofrenia. Esto influye en la codificación y recuperación de la información. Ambas memorias explícitas (semántica y episódica), pueden estar influyendo en errores de codificación porque se encuentran afectadas (Lozano y Acosta, 2009). Por tanto, los trastornos de la memoria de la esquizofrenia son trastornos en la codificación y recuperación de recuerdo, y no se deben a un olvido rápido de la información. Al contrario que estas, la memoria implícita o procedural no parece que esté gravemente alterada en pacientes esquizofrénicos (Pardo, 2005). No obstante, la memoria a largo plazo también presenta déficits asociados con progresos anómalos de la vida diaria, lo cual sirve como predictor de las habilidades psicosociales de las personas con esquizofrenia. Otro tipo de memoria comprometida por este trastorno es la prospectiva. Esta nos hace capaces de llevar a cabo

una intención futura, lo cual está relacionado igualmente con otras funciones cognitivas (aprendizaje, memoria de trabajo, atención, velocidad de procesamiento y funcionamiento ejecutivo). Donde es más notorio el trastorno de esta memoria es en la realización de las actividades diarias (Lozano y Acosta, 2009).

3.3.3. Conciencia

También se ve afectada en la esquizofrenia, pudiendo producir un embotamiento, delirios o incluso un estado confusional. La conciencia más damnificada en este trastorno es la conciencia del yo, ya que la persona percibe pensamientos o sentimientos como ajenos y con sensación de extrañeza (*desrealización*), pudiéndose llegar a desencadenar una parálisis del yo. Además las personas con esquizofrenia muestran dificultades con la conciencia del tiempo y la percepción del espacio (Delgado, 2001), las cuales se encuentran conectadas a la experiencia personal gracias a la memoria de trabajo. Si esa unión falla, la persona tendrá la sensación de fragmentación e incoherencia entre la información del presente, la de su pasado y la que tiene interiorizada en su yo. Eso es lo que ocurre en la esquizofrenia (Pardo, 2005). También es importante tener en cuenta la falta de conciencia de enfermedad, de los propios síntomas y, como consecuencia, la falta de cooperación con el tratamiento (Cuesta y cols., 2000)

El perfil neurobiológico típico de una persona con esquizofrenia contiene además déficits en funciones ejecutivas, procesamiento psicomotor y velocidad perceptual-motora. Dichas funciones ejecutivas incluyen: la capacidad para preparar y ejecutar un plan, las habilidades de autocontrol y la evaluación de posibles errores durante las acciones realizadas y, por ende, la capacidad de modificarla sobre la marcha. Quienes padecen esquizofrenia carecen de la flexibilidad cognitiva que tiene una persona sin trastorno y del correcto funcionamiento de la memoria de trabajo. Esto puede observarse en que tienen un rendimiento menor y mayores dificultades para la resolución de problemas (Lozano y Acosta, 2009). No obstante, se estima que el 30% de los pacientes de esquizofrenia no presentan ningún trastorno del funcionamiento cognitivo o neuropsicológico de manera significativa (Rund y Borg, 1999).

La cognición social es otra de las funciones que sufre una alteración a raíz de la esquizofrenia. Constituye “la capacidad de percibir y reaccionar ante las propias experiencias emocionales, y de interpretar las actuaciones emocionales de los demás”. El funcionamiento de la persona en ámbitos sociales empeora influido por el desorden que tienen en la percepción de las emociones y de la sociedad (la cual en numerosas ocasiones

es resistente a los antipsicóticos), unido a los síntomas negativos y a la desorganización que padecen. Por todo ello, sus habilidades sociales son muy deficitarias, así como sus relaciones interpersonales, sus capacidades afectivas y de empatía con los demás. En las personas con esquizofrenia la teoría de la mente está altamente afectada (Lozano y Acosta, 2009).

En conclusión, la personalidad de la persona con esquizofrenia cambia, ya que le afecta de forma esencial todo lo que vive y experimenta. es un cambio radical en sus vidas, donde mengua su capacidad espontánea y de reacción, así como su soltura y coherencia, porque sufren rigidez y pobreza de pensamientos, sentimientos, motricidad y lenguaje, así como incongruencia (Delgado, 2001).

4. Diferencias Poblacionales

4.1. Género

Como se ha mencionado anteriormente, el trastorno esquizofrénico comienza a manifestarse en la mayoría de las ocasiones entre los años de adolescencia y de juventud (Fraguas y Palacios, 2009), aunque en mujeres también puede coincidir con la aparición de la menopausia (Líceá y cols., 2019). El primero que afirmó que los hombres presentaban un inicio más temprano fue Kraepelin (1899).

Además, la esquizofrenia es más frecuente en hombres que en mujeres y ellas tienen mejor pronóstico que los varones, ya que se relaciona con la aparición más tardía del trastorno. Esto puede asociarse con el efecto antidopaminérgico del estrógeno (Líceá y cols., 2019) o a las diferencias de la farmacocinética de los fármacos en las mujeres, debido a que su concentración en sangre es mayor por diferencias sexuales. También la mayoría de estudios han obtenido que tanto el curso del trastorno (medido mediante número y duración de ingresos cortos), como el funcionamiento social y la situación laboral de las mujeres es más favorable (Usall y Coromina, 2011). Igualmente, se ha encontrado que los hombres tienen peor funcionamiento premórbido con mayor número de síntomas negativos y cognitivos, además de mayor frecuencia en anomalías cerebrales a nivel estructural o trastornos neuropsicológicos (Leung y Chue, 2000, citado en Sánchez y cols., 2012).

El perfil mnésico de las mujeres es más pobre que el de los hombres porque ellas presentan estadísticamente mayores déficits en la memoria verbal que los varones (Lozano y Acosta, 2009).

Hay diferentes teorías que tratan de explicar las diferencias de género en la esquizofrenia, pero las dos más importantes son (Usall y Coromina, 2011):

- **Teoría de subtipos del trastorno:** sugiere que hay diferencias de vulnerabilidad a distintos subtipos de esquizofrenia en función del sexo. El subtipo asociado con disfunciones del neurodesarrollo es más frecuente en varones, mientras que el subtipo de inicio tardío con mayor presencia de síntomas afectivos sería mayoritario en las mujeres. Por último, el subtipo paranoide tiene riesgo similar en ambos géneros
- **Teoría estrogénica:** afirma que los estrógenos protegen frente a la vulnerabilidad de desarrollar esquizofrenia. Esto es debido a que los estrógenos modulan los sistemas de la dopamina y la serotonina, lo cual promueve la regeneración neuronal. Además, se ha observado que el inicio de la esquizofrenia y sus recaídas se correlacionan con las fases del ciclo menstrual, donde los estrógenos presentan valores bajos.

4.2. Cultura

Los problemas relacionados con la esquizofrenia y la psicosis son descritos y percibidos de maneras distintas en función de la cultura. Las experiencias desagradables con frecuencias se interpretan mediante creencias habituales en culturas concretas, como los espíritus malignos. Estas explicaciones pueden percibirse como extrañas por una cultura, si son utilizadas por etnias minoritarias. Ello puede desembocar en interpretaciones erróneas si no se tiene en consideración el contexto en el que se producen (Cooke, 2015).

Según Sartorius y Jablensky (1986, 1992), las personas de países occidentales desarrollados que padecen esquizofrenia muestran una mayor frecuencia de síntomas depresivos y alucinaciones de pensamiento, mientras que en los países no occidentales y menos desarrollados destacan las alucinaciones visuales y auditivas (Jilek, 2001)

Además, la esquizofrenia tiene mejor pronóstico en países menos desarrollados como India, Nigeria y Colombia, en comparación con Europa o Estados Unidos. En este tipo de países el porcentaje de remisiones clínicas completas a largo plazo es la mitad que en los más desarrollados, siendo un 15% frente a un 37%. Sin embargo, esto puede entenderse porque en dichos países la esquizofrenia no supone el abandono o pérdida de los papeles sociales (estudios, trabajo). Mientras que en los países más desarrollados es al contrario: las personas entran en un papel de paciente crónico estigmatizado y

medicado. Las características de las sociedades tradicionales como el apoyo social y el medio familiar parecen ser factores preventivos y curativos de la esquizofrenia. Esto no sucede en las sociedades modernas, donde hay una pérdida de estructuras sociales y familiares (Pérez-Álvarez, 2012).

Algo que hay que tener en consideración también es la alta incidencia de la esquizofrenia en personas inmigrantes. Esto supone un reto para la psiquiatría en lo que concierne a la investigación de la etiología, tratamiento y descubrimientos sobre la esquizofrenia, requiriendo de una explicación contextualizada en términos sociales. Así surge un modelo socioevolutivo que aúna causas sociales, psicológicas y neurobiológicas para tratar de investigar el comienzo de la psicosis vinculada a la emigración, la cual supone la principal experiencia personal influyente en la aparición del trastorno y de sus alteraciones cerebrales (Pérez-Álvarez, 2012).

5. Hallazgos Recientes

La esquizofrenia es el trastorno psiquiátrico más investigado a nivel mundial; sin embargo, todavía hay muchos aspectos que no han terminado de ser clarificados por la ciencia (González y cols., 2018).

En concreto el interés por los síntomas negativos ha ido creciendo a lo largo de la última década y se han convertido en el foco de desarrollo de nuevas formas de tratamiento. No obstante, los progresos avanzan con lentitud y los síntomas negativos siguen sin estar del todo cubiertos terapéuticamente hablando. La concepción tradicional de los síntomas negativos los contempla como el componente básico de la esquizofrenia. Pueden resumirse como una reducción de la expresión emocional y una pérdida de motivación. Sin embargo, la introducción de los criterios operativos de diagnóstico y la clasificación de trastornos contribuyó a que se priorizasen los síntomas positivos por encima de los negativos. En la última década se ha aumentado la atención que le presta a los síntomas negativos y a sus efectos en las personas con esquizofrenia, lo que ha llevado a una reconceptualización de los mismos. No obstante, no hay consenso sobre si es más recomendable abordar los síntomas negativos desde lo categórico o lo dimensional. Aunque su separación no siempre es tan clara, sí se distinguen diferentes tipos de síntomas negativos: primarios, causados por la propia patología de la esquizofrenia, y secundarios de otros relacionados (como los síntomas piramidales o la sedación por los antipsicóticos). La identificación de un síntoma como primario o secundario es

fundamental porque para los últimos si hay tratamientos disponibles, mientras que para los primarios todavía no se han encontrado métodos efectivos. Actualmente se tiende a agrupar los síntomas negativos en dos factores en lugar de abordarlos en su totalidad como se venía haciendo hasta ahora. Estos factores son: la disminución de la motivación y el placer (que incluye anhedonia, abulia y comportamiento asocial) y el déficit expresivo (que incluye embotamiento afectivo y alogia). Es decir que se abandona la conceptualización unidimensional de los síntomas negativos y se sustituye por una visión bidimensional de los mismos. No obstante, la última conceptualización surgida en una conferencia del National Institute of Mental Health (NIMH) en 2005 proponía la existencia de 5 dominios básicos en la esquizofrenia: el embotamiento afectivo, alogia, abulia, anhedonia y aislamiento social. Aunque esto requiere un modelo teórico más complejo que los explique (Galderisi y cols., 2018; Strauss y cols., 2018)

También se han realizado estudios recientes sobre los síntomas positivos, considerando igualmente un cambio en su conceptualización. Concretamente la paranoia es considerada por algunos autores como un sistema de elementos que interaccionan con ella y comparten temporalidad como la autoestima, la tristeza, el contacto social y la evitación de la experiencia. Los modelos más destacados sobre la paranoia señalan la autoestima como un factor influyente central, aunque no se ha precisado cuál es su verdadero papel. Además, las personas que presentan paranoia también pueden padecer de síntomas depresivos, regulación disfuncional de las emociones, tener una visión negativa de los demás y una percepción subjetiva de exclusión por su parte. No obstante, los resultados de estudios muestran que hay una correlación negativa entre tristeza y autoestima, pudiendo la tristeza funcionar como mediador entre paranoia y autoestima. Sin embargo, el contacto social sí está asociado directa, inversa y casi causalmente con la paranoia. Por último, se ha hipotetizado que la evitación de la experiencia juega un papel importante en el mantenimiento de la psicopatología, pero de forma indirecta en el pensamiento paranoide (Contreras y cols., 2020).

También se ha investigado sobre la influencia que tiene el apego en la paranoia y como puede discernir la misma en función del tipo de apego. Sobre todo, se ha estudiado el apego inseguro y su relación con el pensamiento paranoide. Se han encontrado evidencias que apoyan que dicho apego tiene un papel específico en la presencia de paranoia en la psicosis. Revisiones previas han obtenido que el apego evitativo tiene una relación positiva con la paranoia; sin embargo, han visto que el apego más relacionado

con ella es el ansioso. Esto puede deberse a la elevada preocupación en las relaciones y a la fuerte sensibilidad interpersonal características de este apego. También puede asociarse a factores causales de la paranoia como la hipervigilancia ante la amenaza del mundo social, la ansiedad y la inquietud (Lavin y cols., 2020)

Por otro lado, los recientes estudios han relacionado los síntomas de la esquizofrenia con la llamada cognición social o teoría de la mente (ToM). Es un concepto complejo concebido como las operaciones mentales que se producen a raíz de las interacciones sociales, incluidas la percepción, interpretación y respuesta a las intenciones, disposiciones y comportamientos de los demás, que son también sirven para predecir dicha conducta (Gil y cols., 2012; Vaskinn y cols., 2018). La cognición social incluye además el conocimiento de las normas sociales y constituye una función adaptativa (Bengochea-Seco y cols., 2011). Numerosos estudios han concluido que un déficit en la teoría de la mente se observa en sujetos con riesgo a desarrollar una psicosis. Incluso en ausencia de síntomas positivos y únicamente presentando problemas con tareas de segundo orden (secundarias al deterioro de funciones cognitivas básicas) (Gil y cols., 2012). No obstante, hay investigaciones que destacan también las dificultades de las personas con esquizofrenia para realizar atribuciones sobre los estados mentales propios, asociadas con cierta sintomatología como los delirios. Igualmente se ha relacionado ToM con el insight porque la conciencia de enfermedad y sus consecuentes también requieren de una autoevaluación desde la perspectiva de los otros, aunque algunos autores no están de acuerdo en esta conexión (Bengochea-Seco y cols., 2011). Existen dos tipos de ToM (Vaskinn y cols., 2018):

- **Afectiva:** incluye la apreciación empática del estado emocional de otra persona. Se ha demostrado que hay una relación significativa entre ella y los síntomas negativos de la esquizofrenia.
- **Cognitiva:** se basa en la comprensión de las diferencias de conocimiento entre emisor y receptor en una interacción social. Entre esta y los síntomas positivos de la esquizofrenia también hay una relación significativa.

Por último, se ha empezado a acuñar un término nuevo con respecto al diagnóstico: el transdiagnóstico. El transdiagnóstico supone una innovadora perspectiva en la salud mental que se aproxima a los diferentes trastornos de manera más unificada e integradora. Aunque no es una visión reciente, sino que supone la vuelta a los orígenes de la tradición de la salud mental donde ya se utilizaban conceptos transdiagnósticos

compartidos por distintos modelos y enfoques de la psicología, como los mecanismos de defensa o los pensamientos irracionales. Como se ha mencionado antes, el DSM-V superó alguna de las limitaciones del enfoque categorial del diagnóstico, pero el transdiagnóstico va más allá. Se focaliza en las dimensiones comunes de los distintos trastornos, adquiriendo una base útil para la prevención y atención de los mismos, tanto en tratamientos individuales como grupales con un proceso compartido. El origen del transdiagnóstico se encuentra en tres elementos:

- **La insatisfacción con los sistemas de diagnóstico en salud mental.** El diagnóstico clínico basado en síntomas del que disponemos era provisional hasta que se descubriese como diagnosticar inequívocamente mediante la ciencia. Sin embargo, esto no se ha conseguido, y las taxonomías existentes siguen careciendo de validez discriminante, conceptual y predictiva de los trastornos psicológicos y mentales. Además, presenta una escasa fiabilidad de diagnóstico.
- **Los problemas ocasionados por la alta comorbilidad de trastornos.** La elevada comorbilidad actual de trastornos hace que se considere prácticamente como una característica propia de los mismos. Dicha comorbilidad sigue un patrón basado en solapamientos de síntomas y procesos o núcleos psicopatológicos compartidos entre distintos problemas de salud mental, cuya concepción dio lugar al término transdiagnóstico.
- **El riesgo de la promoción de la medicalización de problemas o acontecimientos vitales.** Desde el DSM-I hasta el DSM-V ha habido un incremento de casi 200 categorías diagnósticas. Esto, unido a la disminución o ambigüedad del umbral para el diagnóstico y a la falta de validez, ha hecho se traten ciertos problemas de la vida como asuntos psiquiátricos, que se medicalice lo innecesario y que se sobrediagnostique cuando no procede. Como consecuencia la población psiquiátrica se ha disparado.

Por tanto, el transdiagnóstico pretende fomentar la comunicación interprofesional, y así ayudar en el entendimiento de los factores etiológicos influyentes en los trastornos y comprender la comorbilidad que se puede dar entre ellos. Busca entender desde una visión dimensional y de manera más holística la psicopatología, tanto lo teórico como lo práctico, para mejorar tratamientos, promover su prevención y luchar contra el estigma y la discriminación de los trastornos mentales (González y cols., 2018).

6. Conclusión

La esquizofrenia ha sido uno de los trastornos más estudiados a lo largo de la historia. Su concepción y características han ido cambiando a medida que avanzaban las investigaciones y modificaciones de perspectiva desde las que se aborda. Incluso su propia denominación ha ido evolucionando: desde la demencia precoz de Morel y Kraepelin, hasta la acuñación del término “esquizofrenia” gracias a Bleuler. Este trastorno merece de especial atención por el impacto que tiene en la sociedad, sobre todo en la población más joven. Como se ha visto en este trabajo, la esquizofrenia se trata de un tipo de psicosis cuyo curso y contenido son complejos de abarcar y definir. No obstante, con cada versión de los manuales de diagnóstico se va acercando cada vez más a la realidad del trastorno y sus componentes. Pero es necesaria la ejecución de nuevos estudios que traten de explicar lo que todavía no se ha conseguido a pesar de los avances y corregir lo que deba ser rectificado. En concreto, los autores critican que no se incluyesen los déficits neurocognitivos de la esquizofrenia en el DSM-V, pese a que suponen uno de los aspectos más relacionados con el trastorno. Además, el diagnóstico sigue dependiendo de la subjetividad del paciente, lo que dificulta su validez. También su determinación se ve complicada por los límites difusos con otros trastornos psicóticos y las diferencias sintomáticas individuales que pueden aparecer. En conclusión, y teniendo en cuenta todo lo mencionado, es necesario seguir la investigación sobre la esquizofrenia y más concretamente sobre sus síntomas negativos. Estos síntomas tienen gran prevalencia en la población esquizofrénica y todavía debe averiguarse un tratamiento eficaz que mitigue significativamente sus efectos. Así se podrá facilitar una intervención más efectiva e individualizada a esquizofrenia específica.

Referencias

- Álvarez-Mon, M. A., Vidal, C., y Ortuño, F. (2019). Protocolo de asistencia clínica en la psicosis. *Medicine*, 12(86), 5075–5080. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.016>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª Ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Española de Apoyo en Psicosis (AMAFE). (2021). *Conociendo la esquizofrenia y la psicosis*. <https://www.amafe.org/conociendo-la-esquizofrenia-y-la-psicosis>
- Asociación Psiquiátrica Mexicana. (2014). Aspectos transculturales de la esquizofrenia. *Salud Mental*, 37(1), 85–90.
- Bagney, A. (2015). *Cognición y síntomas negativos en la esquizofrenia* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=127348>
- Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Hechers, S., Malaspina, D., y Carpenter, W. (2013). Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: Relevance to DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 15–20. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.027>
- Bengochea-Seco, R., Gil-Sanz, D., Fernández-Modamio, M., y Arrieta-Rodríguez, M. (2011). Teoría de la mente en esquizofrenia y su relación con otras variables. *Rehabilitacion Psicosocial*, 8(1–2), 15–22.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox or The Group of Schizophrenias* (Deuticke (ed.); 12th ed.).
- Campero-Encinas, D., Campos-Lagrava, H., y Campero, M. (2009). Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. *Revista Científica Ciencia Médica*, 12(2), 32–37.
- Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). (2021). *Esquizofrenia*. <https://www.cibersam.es/programas-de-investigacion/esquizofrenia>

- Contreras, A., Valiente, C., Heeren, A., y Bentall, R. (2020). A Temporal Network Approach to Paranoia: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology, 11*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.544565>
- Cooke, A. (2015). Comprender la psicosis y la esquizofrenia. *The British Psychological Society* [Archivo PDF]. <http://www.infocop.es/pdf/comprenderpsicosis.pdf>
- Crow, T. J. (1997). Schizophrenia as failure of hemispheric dominance for language. *Trends in Neurosciences, 20*(8), 339–343.
<https://doi.org/10.1016/j.enganabound.2013.03.005>
- Cuesta, M. J., Peralta, V., y Serrano, J. F. (2000). Nuevas perspectivas en la psicopatología de los trastornos esquizofrénicos. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, 23*(SUPPL. 1), 37–50.
- Delgado, H. (2001). Psicopatología y delimitación clínica de la esquizofrenia. *Anales de Salud Mental, 17*(1–2), 46–63.
- Díaz, M. (2013). *Afrontando la Esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares*. Enfoque Editorial S.C.
- Dualde, F., y Rey, A. (1997). El concepto de esquizofrenia: aproximación a la evolución histórica del término y de su contenido. *Archivos de Neurobiología, 60*(3), 207–228.
- Font, M. (2006). *Alucinaciones auditivas en la esquizofrenia: estudio del metabolismo cerebral mediante PET con F18-FDG durante el primer episodio psicótico, tras remisión clínica y tras estimulación auditivo-lingüística* [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona].
http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2693/MFP_TESIS.pdf;sequence=1
- Fraguas, D., y Palacios, J. A. (2009). Semiología de la esquizofrenia. *Jano, 1755*, 31–36. [Archivo PDF]. <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1705/43/00430047-LR.pdf>
- Galaverna, F. S., Revillo, D. A., Harrington, M. J., Monellia, E., Necuzi, G. Y., Colombo, M., y Bueno, A. M. (n.d.). *Déficit de la Función Atencional en Esquizofrenia: Diferencias entre Pacientes con Sintomatología Positiva y Negativa*.

- Galderisi, S., Mucci, A., Buchanan, R. W., y Arango, C. (2018). Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 664–677. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30050-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30050-6)
- Gil, D., Fernández, M. del M., Bengoechea, R., y Arrieta, M. (2012). Teoría de la mente en esquizofrenia: su relación con síntomas positivos y negativos. *Informaciones Psiquiátricas*, 210(4), 393–403.
- Gonçalves, A. M. N., Dantas, C. de R., Banzato, C. E. M., y Oda, A. M. G. R. (2018). A historical account of schizophrenia proneness categories from DSM-I to DSM-5 (1952-2013). *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 21(4), 798–828. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n4p798.7>
- González, D., Cernuda, J. A., Alonso, F., Beltrán, P., y Aparicio, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145–166. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>
- Janssen-Cilag. (2017). *Síntomas de la Esquizofrenia, ¿cuáles son?* <https://www.esquizofrenia24x7.com/sobreesquizofrenia/sintomas-esquizofrenia/sintomas-comunes-esquizofrenia>
- Jilek, W. G. (2001). Psychiatric Disorders: Culture-specific. In *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. London: Elsevier Science Ltd.
- Justo, A. (2018). *Esquizofrenia: subtipo disociativo. Identificación y caracterización*. [Tesis doctoral, Universidade da Coruña].
- Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (6ª).
- Lavin, R., Bucci, S., Varese, F., y Berry, K. (2020). The relationship between insecure attachment and paranoia in psychosis: A systematic literature review. *British Journal of Clinical Psychology*, 59, 39–65. <https://doi.org/10.1111/bjc.12231>
- Lemos, S., Vallina, Ó., y Fernández, P. (2006). La investigación cognitiva del síndrome esquizofrénico. *Apuntes de Psicología*, 24(1–3), 31–49.
- Líceá, A. G., Robles, D., Díaz, C. X., y Juárez, J. (2019). Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de La Escuela Superior Tepeji Del Río*, 6(11), 34–39. <https://doi.org/10.29057/estr.v6i11.3832>

- Lozano, L. M., y Acosta, R. (2009). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Revista Med*, 17(1), 87–94.
- Luengo, M. Á. (2000). *Comprender la esquizofrenia* (Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat (ed.)).
- Morel, B. A. (1860). *Traité des Maladies Mentales*. Masson.
- Novella, E. J., y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205–219. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a1>
- Oliva-Moreno, J., López-Bastida, J., Osuna-Guerrero, R., Montejo-González, A. L., y Duque-González, B. (2006). The costs of schizophrenia in Spain. *European Journal of Health Economics*, 7(3), 182–188. <https://doi.org/10.1007/s10198-006-0350-5>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Esquizofrenia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos Del Tomás*, 4, 157–172. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v2i2.59>
- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría Del Uruguay*, 69(1), 71–83.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: Razones de la locura. *Psicothema*, 24(1), 1–9.
- Rovira, I. (2021). *Delirios: qué son, tipos y diferencias con las alucinaciones*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/delirios>
- Rund, B. R., y Borg, N. E. (1999). Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(2), 85–95. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10829.x>
- Rus-Calafell, M., y Lemos-Giráldez, S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 111, 89–93.

- Sánchez, R., Téllez, G., y Jaramillo, L. E. (2012). Edad de inicio de los síntomas y sexo en pacientes con trastorno del espectro esquizofrénico. *Biomedica*, 32(2), 206–213.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v32i2.423>
- Schneider, K. (1997). *Psicopatología clínica*. Triacastela.
- Skokou, M., Katrivanou, A., Andriopoulos, I., y Gourzis, P. (2012). Sintomatología de las fases activa y prodrómica de la esquizofrenia paranoide de inicio en el joven y de inicio tardío. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 150–159.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.03.002>
- Strauss, G. P., Nuñez, A., Ahmed, A. O., Barchard, K. A., Granholm, E., Kirkpatrick, B., Gold, J. M., y Allen, D. N. (2018). The Latent Structure of Negative Symptoms in Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 75(12), 1271–1279.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2475>
- Torres, A. (2021). *Los 12 tipos de delirios más curiosos e impactantes*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-delirios>
- Usall, J., y Coromina, M. (2011). Género y esquizofrenia. *Jano*, 62–65.
- Vaskinn, A., Andersson, S., Østefjells, T., Andreassen, O. A., y Sundet, K. (2018). Emotion perception, non-social cognition and symptoms as predictors of theory of mind in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 85, 1–7.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.05.002>