

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia

#### Some theoretical considerations related to the study of schizophrenia

Dr. Pablo López Rodríguez<sup>1</sup>, Dra. Hilda Elena Sanmillán Brooks<sup>2</sup>, Lic. Annia Regla Cainet Beltrán<sup>3</sup>, Dra. Olivia de las Mercedes Olivares Martínez<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Psiquiatría General. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Hospital Psiquiátrico "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Psiquiatría General. Hospital Psiquiátrico "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba

<sup>3</sup> Licenciado en Psicología. Instructor. Hospital Psiquiátrico "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Psiquiatría. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Psiquiátrico "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba

---

## RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica con el propósito de elaborar un material que contenga elementos esenciales del estudio de la esquizofrenia como entidad psiquiátrica, se toma como referentes para el mismo: antecedentes del estudio de la esquizofrenia, impacto social, epidemiología, etiología, clasificaciones, sintomatología y formas de comienzo de la enfermedad. Se plasman los criterios de los autores y se exponen igualmente.

**Palabras clave:** esquizofrenia, teoría, estudio

---

## ABSTRACT

A literature review was conducted with the aim of producing a material containing essential elements of the study of schizophrenia as a psychiatric institution is taken as referring to the same: a history of the study of schizophrenia, social impact, epidemiology, etiology, classification, symptomatology and forms of disease onset. The criteria of the authors are reflected and exposed.

**Keywords:** schizophrenia, theory, study

---

## INTRODUCCIÓN

Se puede considerar que la historia de la Esquizofrenia ha evolucionado conjuntamente con la de la Psiquiatría. Es de atribuirle a figuras como Emil Kraepelin, Eugen Bleuler, Benedict A. Morel y Karl Ludwig Kahlbaum las incipientes y profundas descripciones referente a las expresiones clínicas de esta afección, vigentes hasta hoy, a las cuales, otros investigadores han realizados valiosos aportes destacándose entre ellos: Adolf Meyer, Harry Stack Sullivan, Gabriel Langfeldt, Kurt Schneider y Karl Jasper, los cuales indistintamente se han proyectados en disímiles maneras en la búsqueda de criterios diagnósticos sobre la esquizofrenia, existiendo hoy día alrededor de una decena de patrones donde quedan englobados estos criterios, permitiendo esto un uso más adecuado de los mismos.<sup>1</sup>

Según estudios realizados en diferentes partes del mundo la prevalencia de la esquizofrenia -la proporción de personas que es esperable que experimenten esta enfermedad en algún momento de sus vidas- se ha establecido alrededor del 1 % de la población, con escasas variaciones entre los países. Sin embargo, una revisión sistemática de numerosos estudios encontró en 2002 una prevalencia de vida de 0.55 %.

Se calcula para esta enfermedad una prevalencia entre el 0.5 y 1.5 % de la población, desde entonces, se ha documentado que pudiera ser menor en países en vías de desarrollo. El análisis sistemático de la realidad sugiere que es algo inferior, y los autores sugieren que es más preciso decir que alrededor de 7 a 8 por cada 1 000 personas se verán afectadas. Más aún, algunos estudios han demostrado que la prevalencia de la esquizofrenia varía dentro de los países y a nivel local y de suburbios. Existe en general poca variación entre las diferentes culturas; expresándose por igual entre hombres y mujeres, aunque para

los hombres se observa un comienzo más temprano, considerándose esto un factor no favorable para su pronóstico y es altamente discapacitante. En Cuba la prevalencia de esta enfermedad es del 1.2 %.<sup>2</sup>

Estudios realizados en el Reino Unido y Sudáfrica determinaron que la esquizofrenia ocupa el primer lugar de ingresos y reingresos en hospitales psiquiátricos al igual que en Cuba por ello la prevención de los ingresos psiquiátricos hospitalarios constituye un objetivo prioritario de las terapias orientadas a la esquizofrenia. Las recaídas son algo frecuentes durante el trastorno, y a pesar de la eficacia demostrada por fármacos y terapias psicosociales es posible que los pacientes vuelvan a necesitar reingresar en el hospital durante el curso de su enfermedad.

El accionar médico arraigado en los profesionales de la salud desde siglos anteriores, ha sido objeto de contundente crítica desde los inicios del siglo pasado, específicamente en la práctica psiquiátrica por el carácter asilar de esas instituciones y la tendencia a promover la cronificación de los enfermos con trastornos mentales, separándolo así de su medio de procedencia; la sociedad donde humanamente debían de retornar.<sup>3</sup>

La terapéutica intramuros ha perdido espacios cediéndole paso al desarrollo de la Psiquiatría Comunitaria. A partir de la segunda mitad del Siglo XX, la Psiquiatría experimenta un cambio radical en sus concepciones, pasando de un perfil biomédico estrecho al biopsicosocial de carácter integrador y amplio; sustentado en la condición que el hombre es un producto social y una unidad holística, estructurada por los aspectos biológico, psicológico social y también espiritual.

En este período, el psiquiatra comparte la atención con el psicólogo y otros técnicos y profesionales de la salud y de las ciencias sociales, formándose un equipo. Deja de prevalecer el internamiento institucional como forma de tratamiento dando paso a la atención ambulatoria y a otras acciones de salud, además de la curativa, como son las de promoción, prevención y rehabilitación.

Donde el paciente es atendido de forma integral por los profesionales de la Salud, la familia e instituciones gubernamentales, lográndose mayor y más rápida reinserción en su medio social y laboral. En Cuba desde el triunfo de la Revolución se comenzó a dar los primeros pasos en este sentido, llevándose la atención médica psiquiátrica ambulatoria a todas las áreas de salud de zonas urbanas y rurales del país.<sup>4</sup>

## DESARROLLO

### Breve historia

Las manifestaciones de lo que hoy se llama esquizofrenia, han fascinado a estudiosos de distintas ramas de las ciencias por largos períodos de tiempo, lo que hubo de convertirse en fuente de maquinaciones y debates tanto dentro de los círculos científicos como a otras instancias, es decir fuera de ellos. Debido a las alteraciones que aparecen en el comportamiento y pensamiento de estos pacientes; por largo tiempo fue valorada como una enfermedad generada por los demonios, en la cual las personas que las padecen andan desnudos, han perdido su memoria y se mueven de un lado para otro, de manera difícil, considerando a estos como una vergüenza para la familia y una amenaza social, motivo por el cual eran socialmente discriminados y conducidos a instituciones para su aislamiento, que en casi la totalidad de los casos era de forma perpetua.

Progresivamente el término esquizofrenia hace referencia a mente dividida (mente escindida). Ya en el año 1400 a.c Ayur Veda de la antigua India se describe un comportamiento que podría relacionarse con la esquizofrenia de hoy y para la cual se le recomendaba meditación y técnicas de encantamiento para su terapéutica.

Un significativo papel lo desempeñó Pinel (1755 - 1826); en cambio la psiquiatría moderna, tal y como se conoce, hubo de tener su aparición en Alemania a finales del siglo XIX, con autores como Kraëpelim y Bleuler, quienes ofrecieron relevantes aportes de connotada significación para aquellos tiempos como para la posteridad, vigente en la actualidad.

Morel, más adelante en 1856 coincidió en tiempo con Kraëpelim, había introducido ya el término de demencia precoz, para significar el caso de un brillante adolescente quien hubo de tener un cambio grosero en su conducta, dado por aislamiento, apatía y poco hablar. En 1868, Sander, introduce el término de paranoia con la finalidad de clasificar a un grupo de personas que mostraban sentimientos de ser maltratados, perseguidos o humillados. Posteriormente ya en 1870 Hecker, emplea el término hebefrenia, para designar un conjunto de síntomas, el cual tiene su origen en la adolescencia, caracterizándose por distorsiones en la mente que conducen al deterioro de la personalidad del individuo.

En 1896, Kraëpelim, reincorpora el término demencia precoz, y hace una descripción de ésta, donde incluía el factor pronóstico de un deterioro final y ciertos fenómenos clínicos observables como las

alucinaciones, delirios, estereotipia y trastornos del afecto. Estos fenómenos construyen sustancialmente al diagnóstico, los cuales conservan su vigencia hasta estos momentos.

En esta descripción se continúa destacando el inicio temprano, y la toma como oposición a la psicosis maníaco-depresiva, ya que ésta no tiene el inicio temprano, tampoco genera deterioro y la alteración predominante es a nivel de la esfera afectiva y las restantes que pudieran aparecer son secundarias a ésta. A la par subdivide el término esquizofrenia en distintas clases: paranoide, catatónica y hebefrénica. Posteriormente, Bleuler adiciona una nueva categoría: esquizofrenia simple. Estos cuatro tipos siguen siendo aceptados generalmente en la actualidad como síndrome esquizofrénico básicos.<sup>5</sup>

Freud, más adelante en 1900 publica su obra "La interpretación de los sueños", sirviendo la misma de soporte a la terapia psicoanalítica; lo que en cierto modo ayuda a la estructuración del concepto de esquizofrenia.

No es hasta 1911, cuando Bleuler rompe este callejón sin salida con una nueva conceptualización del problema y con la introducción del término esquizofrenia para sustituir el de demencia precoz y esta consistía en el relajamiento de las asociaciones entre los pensamientos, los sentimientos y la conducta con unos síntomas secundarios constituidos por ideas delirantes, alucinaciones y perturbaciones conductuales; para él, la esquizofrenia era tanto una entidad patológica como una reacción psicopatológica, un síndrome. Por consiguiente, esperaba que algunos pacientes tendrían que empeorar y otros recuperarse con defecto o sin él.

Más adelante otros investigadores han continuado realizando cambios acerca de la definición de esquizofrenia; destacándose, Kasanin (1933) que introdujo el término esquizoafectivo para declarar a un conjunto de esquizofrenia en la que además de constatarse el trastorno formal del pensamiento, hay alteraciones afectivas importantes, tanto en el sentido de manía, como en el de depresión.

También Langfeldt realizó sus aportes al término de esquizofrenia en (1939) estableciendo diferencias entre proceso esquizofrénico (inicio temprano, desorganización mental y deterioro) de la reacción esquizofrénica (cuadro menos severo, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir; o bien parcial, o bien totalmente; por lo que no necesariamente siempre conduce a un deterioro progresivo).

Ya Kurt Schneider en 1942 estudia la definición de la esquizofrenia sustentándose en el cuadro clínico, y aporta los llamados síntomas de primer y segundo rango, que tanto han influido en los criterios diagnósticos actuales; los cuales hoy son más recomendados para fines descriptivos que diagnóstico.

Ya en 1952, en la primera edición del Diagnóstica and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana se clasifica a la esquizofrenia como reacciones esquizofrénicas e incluye distintos tipos: simple, hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizofrénico-afectivo, tipo infantil y tipo residual.<sup>6</sup>

### **Impacto social**

La esquizofrenia es la afección psiquiátrica que genera mayor incapacidad y limitaciones a instancia mundial como consecuencia de su efecto deteriorante en todas las esferas de quien la padece. La razón es clara: la expresión clínica más característica es la instalación entre los 15-25 años de edad, de manera insidiosa, sin que se evidencien contingencias ambientales significativas, en plena etapa productiva de la persona, la tendencia al deterioro es en la mitad de los casos, otra complicación significativa es el suicidio consumado en el 10 % de los casos, es de señalar que tal vez el 5 % del total que requieren hospitalización, se hace necesario la reclusión de forma permanente de los casos de manera institucional, provoca alteraciones en la esfera mental de tal magnitud que el sujeto pierde por completo el contacto con la realidad y por consiguiente, toda capacidad para funcionar en los campos laboral y social, quedando dañada de forma significativa su capacidad creadora al medio. El cuadro conduce a cambios sustanciales en la personalidad, lo que se conoce como ruptura en la línea vital, la cual se expresa por importantes cambios en la actividad, volición, intereses, relación y hábitos.<sup>7</sup>

En los casos que el debut ocurre tempranamente en la vida, alrededor de la infancia o adolescencia, período en el cual se está estructurando la personalidad, puede ocurrir un funesto desliz respecto a obtener el nivel esperado de rendimiento interpersonal, académico o laboral; generando significativas repercusiones económicas, no solo relacionadas con la asistencia médica, sino con su improductividad y tener que asumir mayoritariamente la familia su asistencia.

Por todo lo anterior, es importante que no solo el médico no psiquiatra aprenda a reconocer la enfermedad y pueda diferenciarla de otras entidades clínicas; adquiriendo una trascendental significación la gestión

diagnóstica del médico general junto al conocimiento del arsenal terapéutico disponible y obtenga los conocimientos necesarios para el enfoque racional de los pacientes; ya que un diagnóstico precoz y una respuesta adecuada al tratamiento son elementos importantes para su pronóstico; asociado esto a una dispensarización disciplinada. Ya que la duración prolongada de esta psicosis no tratada puede representar una forma diferente y más grave de la esquizofrenia que por sí misma, se asocia a una peor evolución.<sup>8,9,10</sup>

## **Epidemiología**

Se han diagnosticado psicosis esquizofrénicas en todas las culturas donde se estudian con precisión los trastornos mentales. Parece que las fuerzas culturales, solo modifican el contenido del material alucinatorio y de las ideas delirantes. Estas psicosis ocurren en todos los niveles socioeconómicos, aunque varios estudios epidemiológicos han sugerido que existe una correlación entre la mayor predominancia de la enfermedad y los niveles socioeconómicos bajos. Es la psicosis prototipo del grupo de las no orgánicas, que puede aparecer en un determinado momento de la vida de un 0.5 - 1.5 % de la población del universo, otros hacen referencia al 1 % sin diferencia de sexo, raza ni desarrollo socioeconómico; aunque se discute si puede ser más alta en inmigrantes durante la primera generación.

En la mayoría de los pacientes se inicia durante la adolescencia o a comienzos de la edad adulta, siendo su aparición más temprana en el sexo masculino. Del 20-40 % de los afectados por la enfermedad expresan los primeros síntomas psicóticos antes de los 20 años, teniendo su mayor expresión entre los 15 y 24 años en hombres y entre los 25-30 en mujeres, siendo esto último un elemento que favorece al pronóstico en este sexo, por tener un comienzo más tardío y la influencia ejercida por los estrógenos, probablemente por el efecto antidopaminérgico de ellos.

La incidencia global de la enfermedad psicótica no muestra diferencia entre ambos sexos, a pesar de la forma del trastorno psicótico, la Esquizofrenia es algo superior en varones, y en cambio los trastornos no esquizofrénicos en mujeres. Es poco frecuente en la infancia o posterior a la cuarta década de la vida, pero algunos reportes publicados en la literatura sostienen que el 13 % de los pacientes con esquizofrenia, presentan las primeras manifestaciones en la quinta década de la vida, 7 % en la sexta y 3 % en la séptima o después. Estudios realizados han mostrado un aumento de la incidencia en los nacidos en los meses fríos (enero-abril) en el hemisferio norte y (julio-septiembre) en el sur, asociándolo a factores estacionales.

El riesgo de sufrir la enfermedad es mayor entre los familiares cercanos, respecto a la población general, lo cual sustenta la permanencia de factores genéticos. En descendencia de primer grado, se pudiera considerar la prevalencia de un 10 %, en cambio en los de segundo grado merma a un 3 %. Kallman en sus estudios extensos de gemelos; encontró que si el trastorno existe en uno de los gemelos monocigótico, también aparece en el otro en el 85.8% de los casos. Se caracteriza por evolucionar a la cronicidad; no obstante se valora en forma aproximada, que el 50 % de los esquizofrénicos se curan después de 1,2 ó 3 brotes, y quedan prácticamente indemnes con peculiaridades solo identificables por especialistas.<sup>11,12</sup>

En estos momentos existe gran aceptación a instancia mundial de estimar a los factores genéticos como causantes del trastorno del neurodesarrollo en la esquizofrenia, provocando modificaciones sobre los neurotransmisores encefálicos con una significativa implicación de éstos en el origen de la esquizofrenia.

Los factores psicosociales, causas ambientales, infecciosas, traumáticas o físicas pueden tener un papel desencadenante, pero su significación es de segundo orden en igual categoría se incluyen los factores endocrinos.

## **Etiología**

La causa de la esquizofrenia permanece desconocida, y posiblemente no sea única. Existiendo la interrogante por estudiosos si la esquizofrenia es una enfermedad, y responden negativamente, dado que el trastorno no es comprensible bajo el criterio clásico de Rudolf Virchow sobre patología celular (esto puede decirse incluso en el siglo XXI a pesar de los avances en neurociencia). Aunque la cantidad de quienes buscan una base biológica de la esquizofrenia es mucho mayor que quienes siguen una línea psicológica; lo más probable es que varios factores intervengan en su aparición, tal como el estrés ambiental, y ciertas condiciones psicosociales, pudiendo ser multifactorial su etiología.<sup>13</sup>

A pesar que múltiples investigaciones apuntan a un origen orgánico del trastorno, todavía se carece de un modelo consensual que explique su variada sintomatología clínica, por lo que se clasifica dentro de los «trastornos funcionales» y no puramente «orgánicos», como el Alzheimer. Aunque es un desafío delimitar bien el trastorno dado que muchas otras enfermedades pueden presentar síntomas similares a la esquizofrenia, entre ellas el trastorno afectivo bipolar, la depresión, y otros síndromes delirantes, hay evidencia suficiente que sugiere que en la esquizofrenia existe una vulnerabilidad genética sobre la que actúan estresores ambientales para finalmente, desencadenar la condición.



Dentro de los disímiles factores los más comúnmente invocados son los factores genéticos; en vista de que los síntomas positivos de la esquizofrenia son atenuados por medicamentos adecuados, se reconoce implícitamente una base no sólo funcional, sino también neurológica del trastorno. Un equipo del Instituto Salk de Estudios Biológicos (La Jolla, California) ha logrado, gracias a la reprogramación celular, estar un paso más cerca de comprender la biología que se esconde tras esta enfermedad; el equipo aisló células de la piel de cuatro esquizofrénicos. Utilizando las técnicas de reprogramación, las convirtieron en células iPS (Célula madre pluripotente inducida), que se caracterizan porque se pueden transformar en cualquier tipo celular del organismo (ya sean neuronas, hepatocitos) y las cultivaron para que se transformaran en neuronas. Esta técnica permite retroceder en el tiempo y llevar células adultas a un estado similar al de las células madre embrionarias.<sup>14,15,16</sup>

Repitieron el mismo proceso con personas sanas y después, compararon las neuronas conseguidas de unos y otros. "Encontramos que las neuronas de los esquizofrénicos eran diferentes y se conectaban peor entre sí"

Además, se sabe con certeza que en la esquizofrenia aparece un exceso de dopamina, un neurotransmisor cerebral. Percatándonos de la existencia de evidentes elementos que fundamentan la búsqueda de una base biológica, sirviéndole ésta de sustentación a la hipótesis más aceptada hoy día: trastorno del neurodesarrollo, por otra parte son numerosos los estudios que han demostrado la existencia de factores genéticos involucrados en el desarrollo de la esquizofrenia y los señalan como los más importantes en su aparición, por lo que se hará énfasis en ella. En este aspecto se estudia la familia, gemelos, hijos adoptivos, modo de herencia: teoría monogénica, teoría poligénica y la teoría de heterogeneidad genética.<sup>17,18,19</sup>

### **Déficit de neurodesarrollo**

En la actualidad la hipótesis más aceptada sobre la etiología de la esquizofrenia sostiene que se trata de un trastorno del neurodesarrollo resultado de una anormal conectividad sináptica. De ahí que el déficit del neurodesarrollo sea considerado la causa de alteraciones características de la esquizofrenia tales como la reducción del factor neurotrófico (BDNF), en el sistema nervioso central, que varios estudios sugieren puede afectar la eficiencia sináptica y conectividad en la esquizofrenia.<sup>20</sup>

El BDNF es una neurotrofina que regula la supervivencia neuronal, diferenciación y crecimiento durante el desarrollo neuronal con

importante efecto en la neurogénesis y neuroplasticidad. La actividad del BDNF en la sinapsis neuronal en el hipocampo, corteza, cerebelo, orificio basal es importante en los procesos cognitivos y memoria en la materia cerebral.

Varias investigaciones propiamente replicadas han revelado que el neuregulín 1 (NRG1) es un gen fuertemente vinculado con la esquizofrenia.<sup>21</sup>

La PKC $\alpha$  (proteína quinasa C alfa) participa en varias de las funciones identificadas como potencialmente relevantes en la patogénesis de los trastornos psiquiátricos, incluyendo formación de señales sinápticas, largo tiempo de potenciación, depresión, crecimiento de neuritas y desarrollo neuronal y posiblemente en la mielinización. La PKC $\alpha$  está involucrada en la fisiología de ciertos tipos de memoria, incluyendo la memoria de trabajo, la cual ha sido sugerida como un endofenotipo para la esquizofrenia. La mayoría de las evidencias directas muestran que los bajos niveles de PKC $\alpha$  en la corteza de la circunvolución anterior predisponen al desarrollo de esquizofrenia.<sup>22</sup>

Estudios de neuroimagen utilizados para examinar las diferencias funcionales en la actividad cerebral, demostraron que las diferencias parecen ocurrir más comúnmente en los lóbulos frontales, hipocampo y temporales, dilatación del tercer ventrículo y laterales, hay disminución de algunas regiones cerebrales (hipocampo, amígdala, circunvolución parahipocampal), con afectaciones en algunos casos; otros hallazgos asociados a estos están basados en la desinhibición de los movimientos sacádicos oculares e incapacidad para la persecución visual lenta, en cerca del 50-80 % de los pacientes y también se ha observado en sus familiares de primer grado no esquizofrénicos. Podría usarse en el futuro como marcador de la enfermedad, pues estos movimientos son independientes del tratamiento farmacológico y del estado clínico.<sup>23</sup>

Estos hallazgos han dado lugar a la hipótesis del desarrollo neurológico de la esquizofrenia. En el futuro esta hipótesis del neurodesarrollo debe verse enriquecida por el descubrimiento del modo en que se combinan genes de susceptibilidad y ambiente predisponente para desencadenar los complejos fenómenos psíquicos; tales como factores perinatales: complicaciones obstétricas, estación del año y nacimiento en invierno) ¿virus? influenza, relaciones de roles desviados (madre esquizofrenizante); cultura, ocupación y clase social, lugar de residencia, migración, aislamiento social, estrés psicosocial, comunicación desordenada (double bind, doble comunicación), también cultura, ocupación y clase social, lugar de residencia, migración, aislamiento social, estrés psicosocial; *estos son los candidatos a*

*modificar la expresión de los genes antes mencionados en los individuos susceptibles.* Por tanto, la esquizofrenia es una enfermedad multicausal (con múltiples factores etiológicos tanto genéticos como ambientales) que a través de diversos mecanismos producen alteraciones neurofisiológicas, bioquímicas, neuroanatómicas, cognitivas o psicológicas que darán lugar a diferentes manifestaciones sindrómicas las cuales, a su vez, configuran los distintos grupos fenotípicos en el diagnóstico de esquizofrenia.<sup>24,25</sup>

Por tanto, la esquizofrenia es una enfermedad multicausal (con múltiples factores etiológicos tanto genéticos como ambientales) que a través de diversos mecanismos producen alteraciones neurofisiológicas, bioquímicas, neuroanatómicas, cognitivas o psicológicas que darán lugar a diferentes manifestaciones sindrómicas las cuales, a su vez, configuran los distintos grupos fenotípicos en el diagnóstico de esquizofrenia.<sup>26,27</sup>

## **Clasificaciones**

Una clasificación es una guía para ver el mundo en un momento determinado; no puede ser nunca perfecta. No hay duda de que el progreso científico y la experiencia del uso de pautas requerirán al cabo del tiempo su revisión y puesta al día, siempre será posible introducir mejoras y simplificaciones posteriores.<sup>28</sup>

Históricamente, la esquizofrenia en Occidente ha sido clasificada en simple, catatónica, hebefrénica o paranoide. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales contiene en la actualidad cinco tipos de esquizofrenia y la CIE describe siete. Éstas son:

- a) Tipo paranoide: predominan los sentimientos de persecución, delirio de grandeza y alucinaciones auditivas—el DSM exige que no haya desorganización en el lenguaje ni afectividad inapropiada o plana.
- b) Tipo desorganizado o hebefrénica: predomina el discurso y comportamiento desorganizado sin ningún propósito, así como una afectividad inapropiada o plana. Tipo catatónico: con importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cética (como muñeco de cera); puede llegar hasta el estupor catatónico, conllevando a una incapacidad para cuidar de sus necesidades personales.
- c) Tipo indiferenciado: hay síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.
- d) Tipo residual: donde los síntomas positivos están presentes tan sólo a baja intensidad, es decir atenuados y presencia de síntomas negativos.

La Organización Mundial de la Salud reconoce además los tipos:

1. Depresión post-esquizofrénica: trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Raramente son tan importantes como para realizar un diagnóstico de depresión grave.
2. Esquizofrenia simple: su desarrollo es insidioso, no manifiesta alucinaciones ni delirios, es menos psicótica y muestra fundamentalmente síntomas negativos.
3. Esquizofrenia sin especificación. El tercer Glosario Cubano (GC III), clasifica la entidad en esquizofrenia, esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia catatónica, esquizofrenia indiferenciada, esquizofrenia crónica indiferenciada, Depresión postesquizofrénica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simple, otras esquizofrenias, esquizofrenia infantil, esquizofrenia no especificada.

### **Sintomatología**

En primer lugar la enfermedad es polimorfa, no existe un signo o síntoma que sea patognomónico de la esquizofrenia. Es una enfermedad que se presenta con una variedad de síntomas a tal punto que se manejan diferentes formas de agruparlos basados en el elemento clínico esencial de cada categoría. Sus formas clínicas son muy variadas y los síntomas de comienzo, múltiples y poco específicos; en determinado momento distintos síntomas han sido considerados como característicos del trastorno. Eugen Bleuleren (1930) Sugirió también dos divisiones con respecto a la sintomatología de la esquizofrenia: la primera constituida por síntomas fundamentales, básicos, específicos o permanentes que estaban presentes en todos los pacientes y durante toda la evolución del trastorno y la segunda agrupaba los síntomas accesorios. Los síntomas fundamentales de Bleuler constituyen «las cuatro aes».

- Asociaciones laxas del pensamiento.
- Afectividad aplanada.
- Ambivalencia y autismo.
- Los síntomas accesorios incluían las ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones del lenguaje, la escritura y síntomas somáticos y catatónicos, entre otros.

Rümke (1959) se refiere al precox feeling, valorado por muchos psiquiatras de la época fiable para establecer un diagnóstico de esquizofrenia. Otro grupo de síntomas, son aceptados como casi patognomónicos ellos son: los delirios de influencia,

pseudoalucinaciones, disgregación, autismo, ambivalencia sobre todo en el plano motor y vivencia delirante primaria. Actualmente, los síntomas a los que se le atribuye mayor valor diagnóstico (en el DSM-IV y particularmente en la CIE-10) son los síntomas de primer rango o de Schneider, aunque existen otros criterios diagnósticos.

En el presente, los síntomas se clasifican en cinco dimensiones: síntomas positivos, negativos, cognitivos, del estado de ánimo, disfunción social u ocupacional.

Los siguientes síntomas son denominados positivos: ideas delirantes, alucinaciones, discurso desorganizado, conducta desorganizada, síntomas catatónicos y agitación.

Como síntomas negativos: aplanamiento afectivo, retraimiento emocional, retraimiento social, pasivo, falta de espontaneidad, pensamiento estereotipado, deterioro atencional, elogio, abolición, anhedonia y apatía.

### **Formas de comienzo de la enfermedad**

Mirando retrospectivamente, puede aparecer una fase prodrómica en la cual ciertos síntomas y el comportamiento en general, como pérdida de interés por el trabajo y actividad social, descuido de la apariencia e higiene personal, ansiedad generalizada, grados moderados de depresión y reocupación, preceden al inicio de los síntomas psicóticos en semanas e incluso en meses.

La enfermedad puede tener un comienzo agudo; donde los síntomas aparecen de forma abrupta, pero este diagnóstico debe hacerse de forma evolutiva, para no etiquetar a una persona con un diagnóstico que puede traerle limitaciones en su vida social, ya que existen psicosis que tienen esta forma de aparición pero con ausencia de elementos de la constelación esquizofrénica, en las que podemos mencionar las reactivas, caracterizada generalmente por un buen pronóstico.

Con mucha más frecuencia puede presentarse con un comienzo insidioso, lento y progresivo, que se manifiesta por ruptura del fenómeno psíquico, presencia de síntomas en todas las esferas entre las que se destacan como elemento cardinal la disociación ideoafectiva-conativa; en ella es difícil precisar la fecha de comienzo, aspecto éste no favorable para su pronóstico, por lo que con frecuencia evoluciona hacia la cronicidad.

Existe una forma conocida como pseudoneurótica donde los síntomas se presentan con una fachada neurótica, la misma no es aceptada por

todos los psiquiatras. A veces durante años una persona es tratada por manifestaciones de nivel neurótico, para luego surgir síntomas característicos de la esquizofrenia y posteriormente se hacen permanentes.<sup>29</sup>

Y otra forma de inicio de la esquizofrenia es la pseudopsicopática. En la adolescencia, cuando aún no se ha terminado de conformar la personalidad, en ocasiones se presentan trastornos en la conducta de estos muchachos que pueden parecer un trastorno de personalidad en estructuración, surgen conductas sociopáticas o delictivas que es necesario identificar adecuadamente, pues pueden constituir el inicio de una enfermedad procesal esquizofrénica.<sup>30</sup>

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El estudio de la esquizofrenia comenzó antes de la era moderna. Su incidencia global es similar en hombres y mujeres. El riesgo de padecer la enfermedad es mayor entre los familiares cercanos que en la población general.

Los factores predisponentes son genéticos, invocan a la hipótesis del desarrollo neurológico, trastornos neuropsicológicos, y cambios anatomofisiológicos. Donde los factores psicosociales y otras noxas ambientales pueden tener un papel secundario Su clasificación varía según los diferentes libros presentando, entre las clásicas, la esquizofrenia catatónica, heberfrénica, simple y paranoide. Los síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas cognitivos, síntomas del estado de ánimo, disfunción social /ocupacional. Su comienzo varía en dependencia del tipo de esquizofrenia, influyente esto de manera significativa en pronóstico.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Clavijo Portieles A, Barrientos de Llano G, Oliva Agüero C. Salud mental y afecciones más frecuentes de la psiquis. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral [Internet]. Tv. 3ªed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014[citado 8 feb 2015]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/mgi\\_tomo5\\_3raedicion/cap\\_140.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo5_3raedicion/cap_140.pdf)
2. Amezquita L, Barrera Vargas T. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia [Internet].

- Bogotá: Universidad del Rosario, Universidad del CES, Facultad de Medicina y de Ciencias de la Salud; abril 2012[citado 13 feb 2014]. Disponible en: [http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3005/an\\_exo01.pdf?sequence=2](http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3005/an_exo01.pdf?sequence=2)
3. Robaina Jiménez Z, Noa Hechavarría IV. Bases genéticas de las principales hipótesis etiológicas en la esquizofrenia. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2013[citado 6 ene 2014]; 10(3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph3-2013/rev%2010313.html>
  4. Cardet Escalona M, Álvarez Estrabao OA, Meneses Álvarez S. Caracterización clínica, epidemiológica y genealógica de la esquizofrenia en pacientes de la Policlínica Alcides Pino Bermúdez de Holguín. Correo Cient Méd Holguín [Internet]. 2013[citado 18 jun 2013]; 16(4). Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/672/244>
  5. Weiner H. Esquizofrenia: etiología. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadoc BJ. Tratado de Psiquiatría. tII. 2ªed. La Habana : Editorial Científico Técnica; 1982.p.968-994.
  6. Álvarez JM, Colina F. Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. Frenia[Internet]. 2011[citado 28 sep 2015]; XI : 7-26. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/viewFile/16523/16363RENIA>
  7. Lameda Torres K, Rodríguez López G. Funciones ejecutivas en un grupo de pacientes con esquizofrenia. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2013[citado 8 ene 2014]; 10(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph2-2013/hph%2007213.html>
  8. Mosher LR. Esquizofrenia: tendencias recientes. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadoc BJ. Tratado de Psiquiatría. tII. 2ªed. La Habana : Editorial Científico Técnica; 1982.p.1098-1108.
  9. Jing L, Haiyan D, Wanzhi W, Shenglian L. Spectrometric investigations on the binding of dopamine to bovine serum albumin. Physics and Chemistry of Liquids An International Journal. 2012; 50(4):453-64. DOI: 10.1080/00319104.2011.601461
  10. LeMay PARA. Esquizofrenia: revisión de métodos terapéuticos. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadoc BJ. Tratado de Psiquiatría. tII. 2ªed. La Habana : Editorial Científico Técnica; 1982.p.1031-1047.
  11. Morales Rodríguez E. Esquizofrenia y Aberraciones cromosómicas. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2012[citado 10 dic 2013]; 9(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/Revista%202-2012/hphrev2-12-1.html>

12. Montero Gutiérrez MI, Faure Vidal A, Fleites Mesa NV. Caracterización de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2010[citado 5 nov 2013]; 7(3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0310/hph01310.html>
13. Martínez JA, Cuesta MJ, Peralta V. Etiología de la esquizofrenia: interacción genes-ambiente. Anales [Internet]. 2005[citado 23 diciembre 2010]; 20(2). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n2/revis2a.html>
14. Morales Rodríguez E, Robaina Jiménez Z, Soriano Torres M. Individuos esquizofrénicos con gonosomopatía del cromosoma X. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2013[citado 4 ene 2014]; 10(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph2-2013/cASO%20CLINICO-2-1-2013.html>
15. LeMay PARA. Esquizofrenia: revisión de métodos terapéuticos. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadoc BJ. Tratado de Psiquiatría. tII. 2ªed. La Habana : Editorial Científico Técnica; 1982.p.1031-1047.
16. Morales Rodríguez E. Esquizofrenia y Aberraciones cromosómicas. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2012[citado 10 dic 2013]; 9(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/Revista%202-2012/hphrev2-12-1.html>
17. Yar M, Ali L, Ali S, Ali A. Capillary gas chromatographic determination of dopamine by pre-column derivatization method using trifluoroacetylacetone as Derivatizing reagent. J Chem Soc Pak [Internet]. 2010[citado 23 dic 2010]; 32(6):781-5. Disponible en: <http://jcsp.org.pk/ArticleUpload/445-1713-1-PB.pdf>
18. Wang Y, Zhang X, Chen Y, Xu H, Tan Y, Wang S. Detection of Dopamine Based on Tyrosinase-Fe<sub>3</sub>O<sub>4</sub> Nanoparticles-chitosan Nanocomposite Biosensor. Am J Biomed Sci [Internet]. 2010[citado 2 dic 2010]; 2(3):209-16. Disponible en: [http://nwpj.com/ajbms/papers/AJBMS\\_2010\\_3\\_10.pdf](http://nwpj.com/ajbms/papers/AJBMS_2010_3_10.pdf)
19. Sopsis Ch, Sukon P, Suwan Ch. Fabrication of Modified SWNTs/Glassy Carbon Electrode for the determination of dopamine. Molecular Crystals and Liquid Crystals. 2011; 538(1):292-7. DOI: 10.1080/15421406.2011.564472
20. Barrios Grillo E. Aterosclerosis cerebral y sus factores de riesgo en el enfermo mental. Aplicación del sistema aterométrico. Rev Hosp Psiquiátr [Internet]. 2012 [citado 5 dic 2013]; 9(3): Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/Revista%203-2012/hph02312.html>
21. Moreno JL, Kurita M, Holloway T, López J, Cadagan R, Martínez Sobrido L, et al. Maternal influenza viral infection causes schizophrenia-like alterations of 5-HT<sub>1A</sub> and GluR6 in receptors in the adult offspring. J Neurosci [Internet]. 2011[citado



- 23 diciembre 2010]; 31(5): 1863-72. Disponible en: <http://portal.revistas.bvs.br/Transf.php?>
22. Servat PM, Lehmann SY, Harari AK, Gajardo IL, Eva CP. Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia. Rev chil neuro-psiquiatr [Internet]. 2005[citado 23 dic 2010]; 43 (3): 210-6. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000300005&script=sci_arttext)
  23. Cruz Domínguez C. Determinación de la morbilidad oculta por pesquiasaje ecográfico abdominal en pacientes psiquiátricos crónicos asintomáticos. Rev Hosp Psiquiatr de la Habana [Internet]. 2013 [citado 29 nov 2013]; 8(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0111/hph03111.html>
  24. Mesa Castillo S, Gómez Barry H, González Núñez L. Presencia del virus en el Sistema Nervioso Central en fetos de madres esquizofrénicas: estudio con microscopia electrónica en el segundo trimestre de embarazo. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2007[citado 23 diciembre 2010]; 4(3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0307/hph030207.html>
  25. Mesa Castillo, Segundo. Origen prenatal de la esquizofrenia. Discordancia de infección viral en gemelos idénticos. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2010[citado 6 nov 2013]; 7(3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0310/hph04310.html>
  26. Morales Rodríguez E, Marcheco Teruel B, Robaina Jiménez Z. Identificación de alteraciones cromosómicas en pacientes con esquizofrenia en la población cubana. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2013[citado 13 ene 2014]; 10(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph04113.html>
  27. Cardet Escalona M, Álvarez Estrabao OA, Reyes Vega JF. Factores de riesgos genéticos y no genéticos asociados con la esquizofrenia. Correo Cient Méd Holguín [Internet]. 2013[citado 11 nov 2013]; 17(2): 673-351. Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view>
  28. Martín García-Sánchez JC. Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. Murcia. 2009[citado 22 abr 2011]. p.11-2. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_443\\_Esquizofrenia\\_Murcia.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf)
  29. Lin CH, Chen WL, Lin CM, Lee MD, Ko MC, Li YC. Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan. Clinics. 2010; 65(5):481-9. doi: 10.1590/S1807-59322010000500005
  30. Lehmann HE. Esquizofrenia: rasgos clínicos. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadoc BJ. Tratado de Psiquiatría. tII. 2ªed. La Habana : Editorial Científico Técnica; 1982.p.994-1031.

**Recibido:** 22 de enero de 2015

**Aprobado:** 4 de septiembre de 2015

**Dr. Pablo López Rodríguez.** Hospital Psiquiátrico "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba. **Email:** [victor@infosol.gtm.sld.cu](mailto:victor@infosol.gtm.sld.cu)