

TEMA 13

LAS ESQUIZOFRENIAS: ASPECTOS CLÍNICOS

1. INTRODUCCIÓN

- La esquizofrenia reconocida históricamente a través de la locura ha sido conocida y descrita desde hace varios siglos.
- Aún hoy continúan sin conseguirse aclarar las dudas sobre su naturaleza y la determinación sobre su etiología.
- Aun a pesar de los cada vez más eficaces medicamentos y terapias psicológicas y social, la esquizofrenia es una de las enfermedades más invalidantes que existen.
- Se estima que el porcentaje de incidencia anual está entre el 2-4 por 1000 de la población entre 15 y 54 años de edad.
- El porcentaje de prevalencia es 10 veces más alto.

2. EL DEVENIR DE SU DIAGNÓSTICO.

1.1. KRAEPELIN Y LA "DEMENTIA PRAECOX".

- ◆ *Kraepelin* distinguió un conjunto de trastornos caracterizados por la presencia de delirios y vacío afectivo que aparecían a una edad relativamente temprana y que tenían, con mayor probabilidad, un curso crónico y deteriorante, a los que denominó "**dementia praecox**" (**demencia precoz**).
- ◆ Emil Kraepelin es generalmente considerado como el definidor de la esquizofrenia, y aunque su definición se basa fundamentalmente en el curso y el desenlace de la misma, también hizo una descripción de los síntomas, entre los que incluía como más importantes las alteraciones del pensamiento, de la atención, alteraciones emocionales, negativismo, conductas estereotipadas y presencia de alucinaciones.
- ◆ Así considerada, la "dementia praecox" era un concepto unitario que reunía varios trastornos ya descritos con anterioridad: catatonia, demencia paranoide y hebefrenia; pero la posterior constatación de la heterogeneidad de los pacientes llevó a Kraepelin a distinguir subtipos en función de la prominencia de determinados síntomas: **paranoide**, **catatónica** y **emocional** o **hebefrénica**.

- ◆ Las críticas que se le hicieron fueron que no siempre se daba un deterioro progresivo, ni su comienzo era siempre precoz.
- ◆ Nunca encontró pruebas de que se tratara de una disfunción cerebral
- ◆ Los subtipos no eran mutuamente excluyentes por lo que el diagnóstico no era fiable.
- ◆ No pasaba del nivel descriptivo.

1.2. EL GRUPO DE LAS ESQUIZOFRENIAS

Una aproximación diferente fue la de *Eugen Bleuler*, que cambió la denominación de "dementia praecox" por la de "*esquizofrenia*", y lo hizo convencido de que para definir este trastorno era más importante el estudio transversal de los síntomas que su curso y desenlace.

Bleuler recalcó que la anormalidad fundamental y unificadora en la esquizofrenia era la "*división o fragmentación del proceso de pensamiento*".

- ◆ Consideró que el resto de síntomas:
 - Aplanamiento afectivo
 - Pensamiento distorsionado
 - Abulia
 - Trastorno atencional
 - Indecisión conceptual

eran de la misma importancia que la fragmentación del pensamiento.

- ◆ A otros síntomas los consideró como accesorios:
 - delirios
 - alucinaciones

No consideró que la enfermedad llevara necesariamente a un deterioro.

El concepto bleuleriano fue bastante aceptado durante los años 50 y 60.

1.3. INFLUENCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

- ◆ Las críticas de la psiquiatría británica -arraigada en la F^a empirista— y la pobre fiabilidad de los diagnósticos, exigió el desarrollo de programas conjuntos de investigación.
- ◆ Se hizo pues necesario la creación de instrumentos diagnósticos estandarizados para disponer de una descripción estandarizada de síntomas y de definición de trastornos. Las críticas de la psiquiatría británica -arraigada en la F^a empirista— y la pobre fiabilidad de los diagnósticos, exigió el desarrollo de programas conjuntos de investigación.
- ◆ Se hizo pues necesario la creación de instrumentos diagnósticos estandarizados para disponer de una descripción estandarizada de síntomas y de definición de trastornos.
- ◆ La entrevista estructuradas requerían una definición de síntomas a las que no se ajustaban por su imprecisión y amplitud los síntomas de Bleuler.

- ◆ Se cogieron entonces los síntomas del primer rango de **Kurt Scheneider (1959)**
- ◆ La presencia conjunta de esos síntomas asegura el diagnóstico de esquizofrenia:
- ◆ **Síntomas de primer rango** (Estos síntomas son necesarios y suficientes para el diagnóstico de la esquizofrenia)
- ◆ **Kurt Schneider** representa uno de los primeros intentos por sistematizar el diagnóstico de la esquizofrenia utilizando síntomas específicos.

*** Criterios diagnósticos para la esquizofrenia según Kurt Schneider**

*** Síntomas de primer rango:**

- Pensamiento sonoro.
- Voces que discuten.
- Experiencias de pasividad somática.
- Influencia, imposición y robo de pensamiento.
- Transmisión de pensamiento.
- Percepciones delirantes.
- Cualquier experiencia que implique voluntad, afectos e impulsos dirigidos.

*** Síntomas de segundo rango:**

- Otros trastornos de la percepción.
- Ideas delirantes súbitas.
- Perplejidad.
- Cambios depresivos o eufóricos.
- Sentimientos de empobrecimiento emocional.
- Otros.

- ◆ Mientras que Bleuler desestimó los síntomas psicóticos a favor de sus "síntomas fundamentales", Scheneider argumentaba que los síntomas patognómicos de la esquizofrenia eran de hecho **los delirios** y **las alucinaciones**, que Bleuler consideró como accesorios.
- ◆ Por tanto las investigaciones desarrollaron entrevistas estructuradas que enfatizaron la importancia de los síntomas psicóticos.

1.4. LOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS OFICIALES.

1.4.1. Criterios DSM-IV.

En la siguiente tabla se reflejan los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de la esquizofrenia.

** Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de la esquizofrenia*

A. Síntomas característicos: Al menos **dos** de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una porción significativa de tiempo durante el periodo de **un mes** (o menos si es tratado satisfactoriamente):

- Delirios.
- Alucinaciones.
- Habla desorganizada (con frecuencia descarrilamiento o incoherencia).
- Comportamiento exageradamente desorganizado o catatónico.
- Síntomas negativos como afecto plano, alogia o abulia.

Nota: Solamente se requiere un síntoma del apartado A si los delirios son desorganizados o las alucinaciones consisten en voces que comentan el comportamiento o pensamiento de la persona, o dos o más voces que conversan entre ellas.

B. Alteraciones en el funcionamiento sociolaboral. Durante la mayor parte del tiempo desde el inicio del trastorno, una o más áreas importantes del funcionamiento personal están marcadamente alteradas.

C. Duración. Signos continuos del trastorno persisten durante al menos **6 meses**. En este periodo debe incluir, al menos durante 1 mes, los síntomas del apartado A, y puede incluir periodos residuales cuando el criterio A no se cumple en su totalidad.

D. Exclusión del diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y de trastorno afectivo. Ningún episodio de depresión mayor o de manía debe estar presente al mismo tiempo que los síntomas de la fase activa o bien, si lo están, su duración total ha sido más breve que la duración de los periodos activos y residuales.

E. Exclusión de las alteraciones secundarias al uso de sustancias o a condiciones médicas.

F. Relación con un trastorno del desarrollo. Si hay historia de autismo u otro trastorno del desarrollo, solamente se hace el diagnóstico adicional de esquizofrenia si están presentes delirios o alucinaciones durante al menos un mes (o menos si son tratados satisfactoriamente).

2. DIMENSIONES O SUBTIPO DE ESQUIZOFRENIA.

- ◆ La pluralidad o heterogeneidad esencial de la esquizofrenia, así como los diferentes procesos etiopatológicos postulados, las diferencias en el curso y en el pronóstico, han creado la necesidad de reducir la variabilidad de los pacientes y crear subtipos más homogéneos.
- ◆ Históricamente, dos han sido las estrategias propuestas para la creación de subtipos de esquizofrenia:
 - la aproximación desde la descripción de la historia natural de la enfermedad, es decir, **su fenomenología y curso,**
 - la estrategia de **identificar marcadores de esquizofrenia.**
- ◆ La primera aproximación nos remite a los trabajos de Kraepelin y Bleuler.

- ◆ Kraepelin reconoció los distintos signos y síntomas y propuso, dentro de la *dementia praecox*, tres subcategorías:
 - el tipo **paranoide**, donde las ideas delirantes dominan el cuadro clínico,
 - el **catatónico**, caracterizado por la presencia de síntomas psicomotores como la catalepsia o el estupor,
 - el tipo **hebefrénico**, que cursa con predominio de trastornos afectivos y conductuales.
- ◆ Bleuler mantuvo los tres subtipos kraepelinianos y añadió el de **esquizofrenia simple**, forma que no presenta síntomas productivos y que se traduce en una debilitación de las funciones psíquicas con pérdida de la iniciativa, falta de voluntad y empobrecimiento afectivo.
- ◆ A excepción de la esquizofrenia simple, los subtipos paranoide, catatónico y hebefrénico se han mantenido en las clasificaciones actuales de la esquizofrenia, siendo el término hebefrénico sustituido por **tipo desorganizado** en el sistema de clasificación de la APA.

*** Subtipos de esquizofrenia. Criterios del DSM-IV**

*** Tipo paranoide**

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- A. Ninguno de los siguientes síntomas es importante: lenguaje y comportamiento desorganizado y afecto plano o inapropiado.

*** Tipo desorganizado**

- B. Importantes los siguientes síntomas: lenguaje y comportamiento desorganizado y afecto plano o inapropiado.
- C. No se reúnen los criterios para el diagnóstico del tipo catatónico.

*** Tipo catatónico**

El cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Inmovilidad motriz
2. Actividad motriz excesiva sin ninguna finalidad y no determinada por estímulos externos.
3. Negativismo extremo o mutismo.
4. Movimientos voluntarios peculiares que se ponen de manifiesto mediante posturas inapropiadas, muecas, etc.
5. Ecolalia o ecopraxia.

*** Tipo indiferenciado**

Los síntomas esenciales presentes reúnen los criterios del apartado A para el diagnóstico de la esquizofrenia, pero no se reúnen los criterios para establecer el diagnóstico de los tipos paranoide, catatónico o desorganizado.

*** Tipo residual**

Debe reunir las siguientes condiciones:

- A. Los síntomas del apartado A para el diagnóstico de la esquizofrenia no son persistentes, ni se reúnen criterios para el diagnóstico de los tipos paranoide, catatónico, desorganizado ni indiferenciado.
- B. Hay evidencia de que el trastorno continúa, tal como lo indica la presencia de síntomas negativo, o dos o más síntomas referidos al apartado A para la esquizofrenia están presentes de forma atenuada.

- La falta de consenso sobre cuál es el mejor sistema de los propuestos desde Kraepelin ha llevado a la conclusión que determinadas necesidades pueden justificar la utilización de otros subtipos con mayor apoyo experimental.
- Las propuestas dicotómicas que se han revelado más importantes en la investigación son:
 1. **Distinción paranoide / no paranoide:**
 - Se basa en que el cuadro clínico domine o no la presencia de una temática delirante más sistematizada.
 - La investigación sobre procesos cognitivos apoyarían la independencia del proceso paranoide respecto del esquizofrénico.
 2. **Distinción relacionada con factores de inicio, evolutivos o pronóstico del desorden esquizofrénico como:**
 - Esquizofrenia reactiva Vs. Esquizofrenia procesual.
 - Dimensión agudo / crónico.
 - Nivel de ajuste sociolaboral en la historia premorbida del sujeto.

Frente a una aproximación a la esquizofrenia desde la fenomenología, una alternativa es la identificación de los **hechos biológicos** más importantes y significativos e intentar identificar qué síntomas están más estrechamente relacionados con ellos.

En esta aproximación se inscriben la distinción **esquizofrenia positiva versus esquizofrenia negativa** y la tipología de Crow, quien propone la existencia de dos síndromes en la esquizofrenia: **tipo I** y **tipo II**.

3. ESQUIZOFRENIA POSITIVA VERSUS ESQUIZOFRENIA NEGATIVA.

3.1. ORIGEN DEL CONCEPTO.

- La primera indicación sobre la posibilidad de distinguir los síntomas en positivos y negativos procede de la descripción de Kraepelin y Bleuler.
- **Kraepelin** reconoció 2 clases de síntomas que estaban marcados por pérdidas o déficits y consideró que estas últimas eran las más devastadoras.
- **Bleuler** hizo más explícita la distinción al dividir los síntomas en "fundamentales" y "accesorios".
- **Carpenter y cols. (1973)** fueron el punto de arranque del interés en los síntomas positivos y negativos.
 - **Como síntomas positivos incluyeron:**
 - Trastornos del contenido del pensamiento y la percepción.
 - Ciertos aspectos formales del pensamiento. Ej.: distraibilidad.
 - Ciertos comportamientos. Ej.: catatónicos motores.
 - **Y como síntomas negativos:**
 - Aplanamiento afectivo
 - Apatía
 - Ciertos aspectos formales del pensamiento Ej.: bloqueo.

- **Wing (1978)** contrastaba la existencia de unos síntomas "floridos", "positivos" o "productivos" que aparecen particularmente en los episodios agudos, y síntomas "negativos" que él identificaba como "apatía emocional", "enlentecimiento del pensamiento y de los movimientos", "pobreza del lenguaje" y "retraimiento social".
- **Crow (1980)** Fue quien dio luz verde a la terminología y a la distinción de los síntomas "positivos" y "negativos", y lo que fue más definitivo: formuló la primera tipología en la esquizofrenia, basada no sólo en la fenomenología, sino en la relación de los síntomas predominantes con otras variables clínicas e incluso con hipotéticos mecanismos patofisiológicos.

3.2. TIPOLOGÍA DE CROW.

- El constructo de "doble síndrome" procede en la esquizofrenia de los resultados de una serie de investigaciones llevadas a cabo en la División de Psiquiatría de Northwick Park en Inglaterra. En algunos de estos trabajos usando técnicas de Tomografía Computerizadas (T.A.C.) se demostró que el área cerebral ventricular era significativamente más grande en un grupo de pacientes esquizofrénicos que el mismo área en un grupo de control.
- Esta dilatación ventricular no podía ser explicada por tratamientos físicos previos, además en los sujetos esquizofrénicos la dilatación ventricular correlacionaba con la presencia de déficits cognitivos y síntomas "negativos".
- En otros estudios de **Johnston et al. (1978)** se ponía a prueba el efecto antipsicótico
- En un estudio post mortem se vio que el volumen dopaminérgico no estaba aumentado, sino que lo que realmente estaba aumentado era el número de receptores dopaminérgicos D2.
- Estas observaciones presentaron una crisis de interpretación ya que si la esquizofrenia era un proceso unitario:
 - Podía ser un trastorno **neuroquímico**. Como sugería la hipótesis de la **dopamina**, y las Rs. de algunos esquizofrénicos a las drogas antipsicóticas
 - O bien era un proceso **destrutivo** que originaba cambios estructurales cerebrales y deterioro intelectual. Como indicaban los estudios con T.A.C.

Inconvenientes:

- La hipótesis de la dopamina no puede explicar el daño intelectual presente en algunos casos, ni por qué algunos pacientes no mejoran a pesar de la medicación con neurolepticos.

- Pero también la esquizofrenia no puede presentarse como una demencia de forma temprana ya que esto no explica la aparición de episodios únicos o la efectividad de los fármacos neurolépticos.
- Por estas razones **Crow (1980)** sugirió que el componente del trastorno esquizofrénico relacionado con la remisión de algunos síntomas al tratamiento con las drogas antipsicóticas podría estar relacionado con los síntomas positivos.
 - **Hipótesis dopaminérgica ⇒ Síntomas Positivos.**
- Mientras que los síntomas negativos estarían más relacionados con la existencia de daño intelectual y presencia de cambios estructurales
 - **Dilatación ventricular ⇒ Síntomas negativos.**
- Así se postuló que la esquizofrenia podía tener más de una dimensión patológica.
- Específicamente se sugirió que en la esquizofrenia había:
 - 1) Un componente neuroquímico reversible (quizá relacionado con la transmisión de la dopamina.)
 - 2) Un componente estructural irreversible que se relaciona con la presencia de deterioro cognitivo y con un pronóstico más pobre.
- Estos dos procesos patológicos postulados se relacionan en cada caso con manifestaciones clínicas distintas conformando 2 síndromes de esquizofrenia:
 - Esquizofrenia Tipo I
 - Esquizofrenia Tipo II

El planteamiento del modelo de Crow ha sido el siguiente:

- los esquizofrénicos tipo I tienen una sintomatología positiva que correlaciona con una ajuste premórbido mejor, mejor respuesta al tratamiento con neurolépticos, funcionamiento intelectual sin daño y un proceso patológico subyacente que es fundamentalmente neuroquímico; estarían cercanos al síndrome paranoide; y los esquizofrénicos tipo II se caracterizan por manifestar una sintomatología predominantemente negativa, tienen también peor ajuste premórbido y peor pronóstico, alteraciones cognitivas y pueden tener alteraciones cerebrales como proceso patológico subyacente. Estarían cercanos al concepto de demencia precoz.
- El aporte de nuevos datos proporcionó algunas modificaciones al respecto de la propuesta original del modelo.
- Estas incluyen la localización en el **lóbulo temporal** de los cambios estructurales que se cree subyacen en el síndrome tipo II, la consideración de que los movimientos involuntarios anormales, más que ser un efecto colateral de los fármacos neurolépticos, son un componente del síndrome tipo II y al incorporación de **correlatos neuroendocrinos** de los dos síndromes.

*** Tipología de Crow. Primera propuesta y aportaciones posteriores**

Primera propuesta (Crow, 1980)	Tipo I	Tipo II
<i>Síntomas característicos</i>	Alucinaciones Delirios Trastornos de pensamiento (Síntomas positivos)	Aplanamiento afectivo Pobreza del lenguaje Pérdida del impulso (Síntomas negativos)
<i>Tipo de enfermedad en al que aparecen más frecuentemente</i>	Esquizofrenia aguda	Esquizofrenia crónica Estados defectuales
<i>Respuesta a los neurolépticos</i>	Buena	Pobre
<i>Pronóstico</i>	Reversible	¿Irreversible?
<i>Proceso patológico postulado</i>	Incremento receptores dopaminérgicos	Cambios estructurales en el cerebro y pérdida celular
Aportaciones al modelo (Crow, 1985)	Tipo I	Tipo II
<i>Déficit neuropsicológico</i>	Ausente	Presente algunas veces
<i>Movimientos involuntarios</i>	Ausente	Presente algunas veces
<i>Proceso patológico postulado</i>	Incremento receptores dopaminérgicos D ₂	Pérdida celular incluyendo estructuras del lóbulo temporal
Aportaciones al modelo (Crow, 1987)	Tipo I	Tipo II
<i>Cambios neuropatológicos</i>	Incremento receptores D ₂ ¿Aumento de VIP en amígdala?	Pérdida celular en el lóbulo temporal
<i>Posibles correlatos neuroendocrinos</i>	¿Baja respuesta gonadotrofinica?	Respuesta GH aplanada a la apomorfina

3.3. DEFINICIÓN DE LOS SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS.

- La distinción de estos síntomas "positivos" y "negativos" hizo necesaria la creación de instrumentos de evaluación y cuantificación de los síntomas por sí mismos.
- Sin embargo esto exige saber qué son síntomas positivos y síntomas negativos; y si hay pacientes con mezcla de los 2 tipos de síntomas, la separación de pacientes entre síntomas positivos y negativos será cuestionable.
- Todos los sistemas de clasificación incluyen *el afecto plano* y *la pobreza del lenguaje* entre los síntomas negativos, y *las alucinaciones* y *los delirios* entre los síntomas positivos.

3.3.1. PRINCIPALES "SÍNTOMAS POSITIVOS" ASOCIADOS CON LA ESQUIZOFRENIA.

* ALUCINACIONES:

- **Alucinaciones auditivas.** El paciente refiere voces, ruidos u otros sonidos.
- **Voces que comentan.** Estas alucinaciones se refieren a una voz que hace un comentario sobre el comportamiento o el pensamiento del paciente.
- **Alucinaciones cenestésicas.** Se refieren a sensaciones corporales. Incluyen sensación de quemazón, hormigueos o sensación de que el cuerpo ha cambiado de forma y tamaño.
- **Alucinaciones olfatorias.** El paciente percibe olores desacostumbrados que típicamente son desagradables.
- **Alucinaciones visuales.** El paciente ve formas o personas que no están presentes en realidad.

* IDEAS DELIRANTES:

- **Delirio de persecución.** Creen que constantemente se está conspirando contra ellos o que son perseguidos.
- **Delirio de culpa o pecado.** El paciente tiene la creencia de que ha cometido algún pecado terrible o que ha hecho algo imperdonables.
- **Delirio de grandeza.** Tiene la creencia de que tiene poderes o habilidades especiales.
- **Delirio religioso.** Está preocupado por creencias falsas de naturaleza religiosa.
- **Delirio somático.** Tiene la creencia de que de alguna manera su cuerpo está enfermo, es anormal o ha cambiado.
- **Ideas y delirio de referencia.** El paciente tiene la creencia de que detalles, frases o acontecimientos aparentemente sin importancia, se refieren a él o tienen una significación especial para él.
- **Delirio de control.** Tiene la sensación subjetiva de que sus sentimientos o acciones están controlados por una fuerza exterior.
- **Lectura del pensamiento (irradiación).** Cree que la gente le puede leer o conocer sus pensamientos. A diferencia de la difusión del pensamiento, en el delirio de irradiación no interviene la percepción.
- **Difusión del pensamiento.** El paciente cree que su pensamiento se difunde, de manera que tanto él como los demás pueden escucharlo.
- **Inserción del pensamiento.** Cree que hay pensamientos que no son suyos y que han sido introducidos en su mente.
- **Robo del pensamiento.** El paciente cree que le han quitado pensamientos de la mente.

* COMPORTAMIENTO EXTRAVAGANTE:

- **Vestido y apariencia.** Al paciente se le ve vestido de una manera inusual o extravagante.
- **Comportamiento social y sexual.** El paciente puede hacer cosas consideradas inapropiadas de acuerdo con las normas sociales.
- **Comportamiento agresivo y agitado.** Puede comportarse de manera agresiva y agitada, con frecuencia con un carácter impredecible.
- **Conducta repetitiva.** Se refiere a los actos o rituales repetitivos que el paciente puede llevar a cabo una y otra vez.

* TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO DE TIPO POSITIVO:

Estos trastornos consisten en un discurso fluido pero con un contenido muy pobre.

- **Descarrilamiento (asociaciones laxas).** Patrón del habla en el que la idea se sale del curso, pasando a otra claramente mencionada con la primera, aunque de forma lateral, o a otra con la que no tiene ninguna relación. Se caracteriza por una falta de cohesión entre las frases y oraciones y por el empleo de pronombre que no tienen una referencia clara.
- **Tangencialidad.** Consiste en contestar a una pregunta de manera oblicua, tangencial o irrelevante.
- **Incoherencia (Esquizoafasia).** Es un patrón de discurso que en ocasiones es esencialmente incomprensible. La incoherencia se acompaña con frecuencia de descarrilamiento. Difiere de éste en que la incoherencia es un trastorno que se produce dentro de la frase; en el descarrilamiento, en cambio, la alteración se halla en la conexión entre las oraciones.
- **Ilogicalidad.** Patrón del habla en el que se llega a una conclusión sin seguir una secuencia lógica.
- **Circunstancialidad.** Patrón de discurso que es muy indirecto y que tarda mucho en llegar a la idea final.
- **Presión del habla.** Es un aumento en la cantidad de habla espontánea. El paciente habla con rapidez y es difícil interrumpirle. Algunas frases pueden quedar incompletas debido a la ansiedad por exponer una nueva idea.
- **Distraibilidad.** Durante el curso de una entrevista, el paciente deja de hablar en medio de una frase o idea y cambia de tema en respuesta a un estímulo cercano.
- **Asociaciones fonéticas.** Patrón del habla en que la elección de palabras parece estar determinada por los sonidos y no por sus relaciones de significado, de modo que está alterada la inteligibilidad del habla y hay palabras redundantes.

3.3.2. PRINCIPALES "SÍNTOMAS NEGATIVOS" ASOCIADOS CON AL ESQUIZOFRENIA.

* POBREZA AFECTIVA:

El aplanamiento afectivo se manifiesta como un empobrecimiento característico de la expresión de emociones y sentimientos.

- **Expresión facial inmutable.** No cambia la expresión o la cambia menos de lo normal, en función de los cambios del contenido emocional del discurso.
- **Movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos.** El paciente puede permanecer sentado o inmóvil durante mucho tiempo o muestra pocos o ningún movimiento espontáneo.
- **Escaso contacto visual.** El paciente rehuye mirar a los demás o utilizar sus ojos como ayuda en la expresión.
- **Incongruencia afectiva y ausencia de respuesta.** El afecto expresado es inapropiado e incongruente.
- **Ausencia de inflexiones vocales.** Cuando habla, el paciente no utiliza las variaciones de énfasis vocal normales.

* **ALOGIA:**

La alogia es el término general acuñado para referirse al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición que ocurre frecuentemente en pacientes esquizofrénicos. Los pacientes con alogia tienen procesos de pensamiento que parecen vacíos, rígidos o lentos.

- **Pobreza de lenguaje.** Es la restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo, de manera que las respuestas tienden a ser breves, concretas y poco elaboradas.
- **Pobreza del contenido del lenguaje.** Aunque las respuestas son suficientemente largas y el lenguaje es adecuado en cantidad, conlleva poca información. Difiere de la circunstancialidad en que el paciente circunstancial tiende a dar profusión de detalles.
- **Bloqueo.** Es la interrupción del curso del lenguaje antes de que un pensamiento o idea haya sido completado.
- **Latencia de respuesta incrementada.** El paciente tarda más tiempo de lo normal en responder las preguntas.

* **ABULIA - APATÍA:**

La abulia se manifiesta como una característica falta de energía, de impulso y de interés. Los pacientes son incapaces de iniciar por sí mismos, o de completar, un gran número de diferentes tareas. A diferencia de la disminución del interés o la energía de la depresión, el complejo sintomático abúlico de la esquizofrenia tiende a ser relativamente crónico y persistente y normalmente no está acompañado por una afectividad triste o deprimida. Se manifiesta en aspectos del comportamiento como:

- **Aseo e higiene.** El paciente muestra menos atención al aseo y a la higiene.
- **Falta de persistencia en el trabajo o en la escuela.** El paciente ha tenido dificultades en buscar o mantener su empleo o trabajo escolar, propio para su edad y sexo.
- **Anergia física.** El paciente tiende a estar físicamente inerte. Puede permanecer sentado durante horas en una silla sin iniciar ninguna actividad espontánea.

* **ANHEDONIA - INSOCIABILIDAD:**

Este complejo sintomático abarca las dificultades del paciente esquizofrénico para experimentar interés o placer.

- **Intereses o actividades recreativos.** El paciente tiene pocos o carece de actividades o intereses.
- **Actividad e interés sexual.** Puede mostrar un decremento de la actividad e interés sexuales en función de lo que tendría que ser normal según la edad y estado del mismo.
- **Capacidad para sentir intimidad y proximidad.** El paciente puede mostrar incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar.
- **Relaciones restringidas con amigos y semejantes.**

* **ATENCIÓN:**

La atención está a menudo alterada en la esquizofrenia. El paciente manifiesta problemas para concentrar su atención, o sólo es capaz de concentrarla esporádica y erráticamente.

3.2.3.- VALIDACIÓN DEL CONSTRUCTO DEL "DOBLE SÍNDROME" EN LA ESQUIZOFRENIA.

- Son muchos los interrogantes aún no resueltos planteados por el modelo de Crow:
 1. ¿Se puede considerar a los síntomas "positivos" y "negativos" como variables independientes?
 2. ¿Cuál es la relación de los síntomas "negativos" con componentes dopaminérgicos?
 3. ¿Están los síntomas "negativos" asociados con un pronóstico más pobre, o son más persistentes que los síntomas negativos?
 4. ¿Están los síntomas negativos asociados con cambios estructurales cerebrales?
 5. ¿Hay correlatos neuroquímicos de los dos síndromes?
 6. ¿Hay correlatos electroencefalográficos del síndrome tipo II?
- Aunque los resultados no son siempre unánimes, la investigación actual sugiere que la tipología basada en la distinción de síntomas "positivos" vs "negativos" continúa siendo prometedora.
- La investigación futura debe ir en la dirección de consolidar las relaciones entre los distintos parámetros del modelo con el fin de integrar la información precedente desde la fenomenología, los mecanismos patofisiológicos, el pronóstico clínico y la Rs. a los distintos tratamientos en un único modelo comprensivo capaz de llegar a determinar los mecanismos patofisiológicos de los trastornos esquizofrénicos.