

# Trastornos psicóticos

## Esquizofrenia

*Prof. Julio Bobes*

bobes@uniovi.es



**cibersam**  
Centro de Investigación Biomédica en Red  
Sesión Mental



**neuro**pa



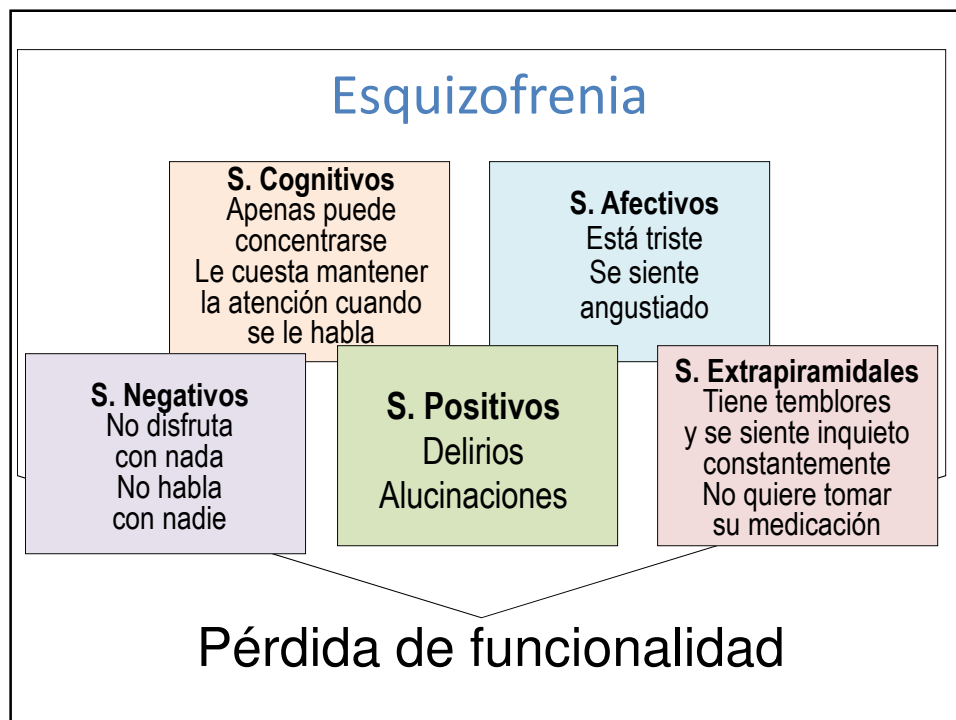
## Esquizofrenia: Historia

### Emil Kraepelin

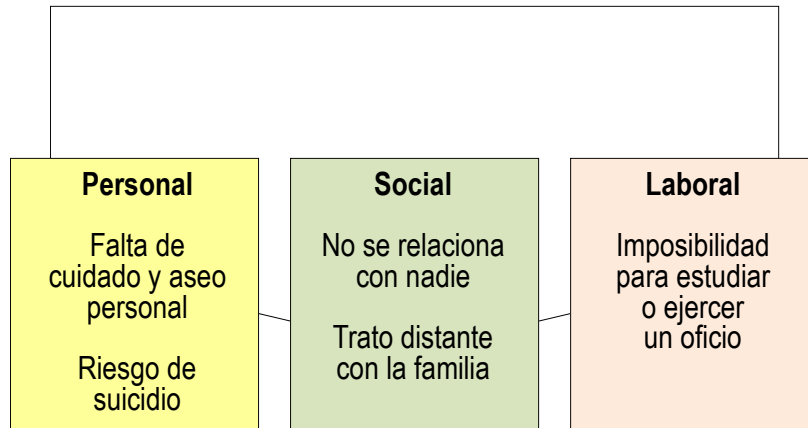
- Latinizó el término “démence précoce” (dementia precox)
- Diferenció entre los pacientes con
  - psicosis maníaco-depresiva
  - demencia precoz
  - paranoia

## Esquizofrenia: Hª - Eugen Bleuler

- Acuña el término esquizofrenia
- Síntomas fundamentales de la esquizofrenia (las 4 “Aes”)
  - asociaciones (pérdida)
  - autismo
  - afecto (alteraciones del)
  - ambivalencia
- Síntomas accesorios
  - alucinaciones
  - delirios



## Pérdida de funcionalidad



## Concepto (OMS)

- Distorsiones fundamentales y típicas de:
  - la percepción
  - el pensamiento
  - las emociones
- Claridad de conciencia y capacidad intelectual suelen estar conservadas

## Epidemiología

- Prevalencia: 1% (1:1)
- Edad inicio: 20-35 años
  - hombres: 15-25 años
  - mujeres: 25-35 años
- Costo: bajo (1/3 vagabundos/*homeless*)
- Suicidio: 10-15%
- Abuso de sustancias:
  - OH: 30-50%
  - cannabis: 15-25%

## Sintomatología

- No hay síntomas o signos patognomónicos de la esquizofrenia; cada uno de ellos puede estar presente en otros trastornos psiquiátricos o neurológicos
- Presentes la mayor parte del tiempo durante 1 mes ó más

## Trastorno del pensamiento

- Forma
  - pérdida de asociaciones lógicas
  - pobreza
  - bloqueo
  - inserción

## Trastorno del pensamiento

- Contenido: Delirios: ideas
  - absolutamente falsas
  - creídas ciegamente
  - inmodificables
- Tipos de delirios
  - paranoides:
    - persecución
    - referencia
  - grandeza
  - religioso ....

## Trastorno de la percepción

- Alucinaciones: percepciones sin objeto
- Tipos:
  - auditivas
  - visuales
  - táctiles
  - olfativas
  - gustativas
  - somáticas

## Afecto anormal

- Embotamiento afectivo:
  - respuesta afectiva disminuida
  - expresión facial inmutable
  - ausencia de contacto visual
- Afecto inapropiado

## Otros síntomas

- Defectos cognitivos
- Falta de motivación, abulia
- Aislamiento social
- Síntomas psicomotores
- Conducta extravagante
- Angustia - depresión
- Ausencia de *insight*

## Síntomas positivos

- Exceso o distorsión
  - T formales del pensamiento
  - delirios
  - alucinaciones
  - afecto inapropiado
  - conducta desorganizada

## Síntomas negativos

- Defecto o pérdida de la función normal
  - pobreza del pensamiento / lenguaje
  - embotamiento afectivo / anhedonia
  - abulia / falta de motivación
  - aislamiento social

## CAINS - *The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms*

- CAINS
  - 13 ítems
  - Estructura de 2 factores ⇒ 2 escalas de medida
    - Expresión: 4 ítems
    - Motivación/placer: 9 ítems
  - Proporciona puntuaciones de 2 subescalas, pero puede ser computada una puntuación compuesta de las dos subescalas

CAINS Item	Factor 1	Factor 2
14. Expression: vocal prosody	0.85	
12. Expression: facial	0.83	
15. Expression: gestures	0.70	
16. Expression: speech	0.60	
5. Social: expected pleasure		0.68
11. Recreation: expected pleasure		0.67
10. Recreation: past-week pleasure		0.66
4. Social: past-week pleasure		0.51
9. Recreation: motivation		0.47
8. Vocational: expected pleasure		0.39
1. Social: family relationships		0.33
3. Social: friendships		0.32
6. Vocational: motivation		0.24

⇒ Factor expresión

⇒ Factor placer/  
Motivación

1. Blanchard et al, 2011; 2. Horan et al, 2012, Kring et al, 2013

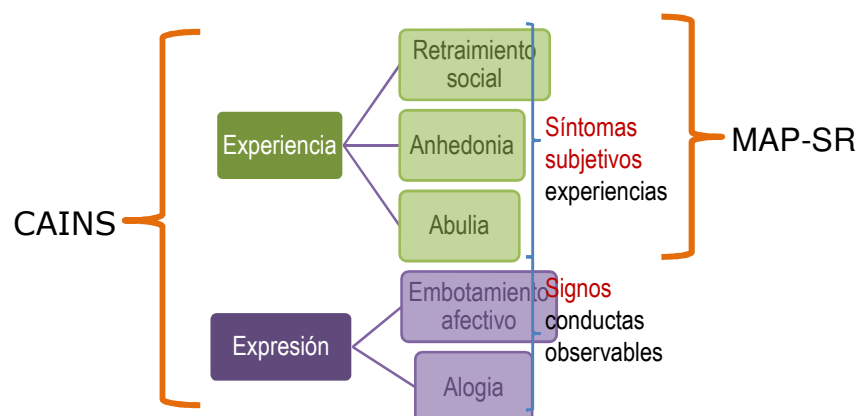


## MAP-SR (*The Motivation and Pleasure Scale–Self-Report*)

- Versión autoadministrada de la CAINS
- Evalúa los tres **síntomas negativos experienciales** (asocialidad, anhedonia y avolición)
- Los signos negativos (aplanamiento afectivo y alogia) se eliminaron de la escala debido a la falta de fiabilidad en la evaluación por parte de los pacientes
  - 18 ⇨ 15 ítems

Llerena et al. Comprehensive Psychiatry, 2013

## CAINS y MAP-SR



1. Blanchard et al, 2011; 2. Horan et al, 2012

## Subtipos clínicos (OMS)

- Paranoide
- Hebefrénica
- Catatónica
- Indiferenciada
- Residual
- Simple

## Esquizofrenia paranoide

- El tipo más frecuente (70%)
- Cuadro clínico
  - Predominio de ideas delirantes, a menudo paranoides, relativamente estables, que suelen acompañarse de alucinaciones, sobre todo auditivas
    - Ideas delirantes de persecución, referencia, celes, genealógicas, de misión especial
    - Alucinaciones auditivas: voces que increpan al enfermo dándole órdenes, comentan, .., silbidos, risas, murmullos, ..

## Esquizofrenia paranoide

- Cuadro clínico (cont.)
  - Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Las visuales raramente predominan
  - Poco llamativa la sintomatología afectiva (irritabilidad, ira, temor), de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos
  - El trastorno del pensamiento puede ser importante en la crisis aguda, pero permite describir con claridad las ideas delirantes y las alucinaciones

## Esquizofrenia paranoide

- Curso
  - Episódico con
    - Remisiones parciales
    - Remisiones completa
  - Crónico
    - La sintomatología positiva (alucinaciones y/o delirios) persiste durante años y es difícil distinguir episodios aislados

Factores etiológicos  
y/o de riesgo

**Etiopatogenia**

Neurodesarrollo vs  
neurodegeneración

## Neurodegeneración

- Trabajos longitudinales demuestran que al menos un subgrupo de pacientes presentan una disminución del volumen cerebral mayor de lo esperado en los primeros años de enfermedad (Gur et al 1998, Lieberman et al 2001, Mathalon et al 2001, Thompson et al 2001)
- Factores indirectos como el cortisol secundario al estrés puede producir muerte neuronal o disminución de la neurogénesis en áreas cerebrales como el hipocampo (Arango et al 2001)

## Neurodesarrollo (I)

- El cerebro sufre una alteración en su desarrollo normal, principalmente en el segundo trimestre intraútero, que da lugar a síntomas que se manifiestan sólo cuando las áreas disfuncionantes tienen que ser utilizadas (adolescencia) (Weinberger 1987, Murray 1997)

## Neurodesarrollo (II)

- Evidencias a favor de la hipótesis del neurodesarrollo:
  - falta de gliosis (señal de procesos atróficos en el cerebro)
  - falta de migración neuronal normal intraútero en pacientes con esquizofrenia
  - cambios dermatoglíficos y anomalías físicas que suceden intraútero en personas que desarrollan esquizofrenia
  - presencia de alteraciones cognitivas y signos neurológicos menores en niños y adolescentes prepsicóticos

## Neurodesarrollo (III)

- Evidencias a favor de la hipótesis del neurodesarrollo:
  - estudios de neuroimagen en los que las alteraciones cerebrales están presentes en el primer episodio y son estáticas
  - Insultos cerebrales en el segundo trimestre del embarazo (hambrunas, infecciones víricas, estrés emocional severo) aumentan el riesgo de padecer esquizofrenia en el futuro

## Factores de Protección

- **Historia familiar de psicosis afectivas**  
Fowler, 1972
- **Ausencia de complicaciones obstétricas**  
Jones, 99, Verdoux, 97
- **Buen soporte social** (Done, 94; Jones, 94; van Os 97)
- **Buen nivel de inteligencia (IQ)** (Goldman, 93).
- **Buena memoria verbal y vigilancia**  
(Green, 96)

## Factores de riesgo

- **Sexo masculino** (Castle, 93).
- **Comienzo precoz** (Andreasen, 90, Hoff, 96, Yang, 95).
- **Mal ajuste premórbido** (Bromet, 74; Ciompi 80)
- **Abuso de drogas** (Turner, 90).
- **Nivel socio-económico bajo**  
•(Cooper, 61; Myers 68, Eaton, 75, Gift, 85).

## Factores de riesgo y mal pronóstico

### *Riesgo*

- Pobre ajuste premórbido
- Disfunción cognitiva
- Sexo: hombre
- Complicaciones obstétricas
- Comienzo precoz
- Tamaño ventricular aumentado

### *Mal pronóstico*

- Bajo nivel socioeconómico
- Uso de drogas
- Larga duración del periodo previo al tratamiento

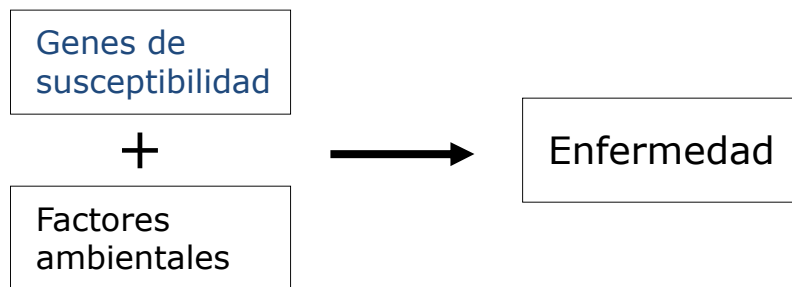
## Heredabilidad de distintos trastornos mentales

<b>Trastorno</b>	<b>Heredabilidad (%)</b>
Ansiedad	30
Depresión mayor	30
Suicidio	45
Esquizofrenia	60
Trastorno bipolar	70

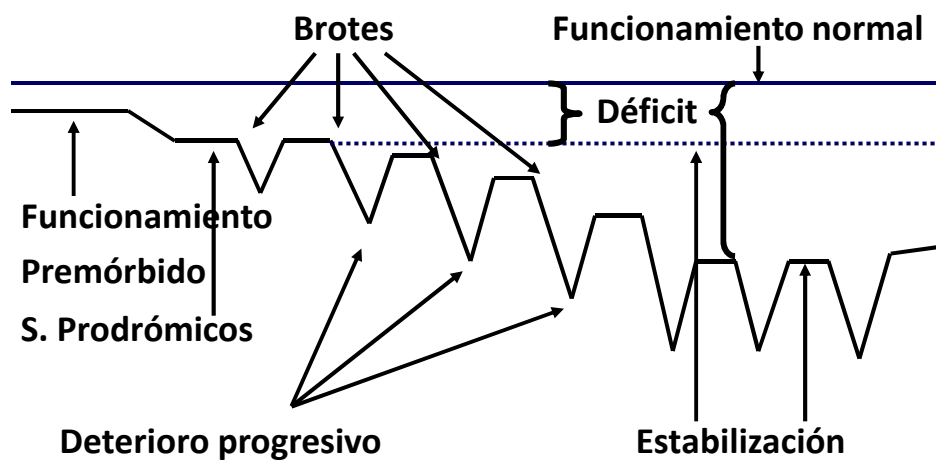


## Enfermedades genéticamente complejas

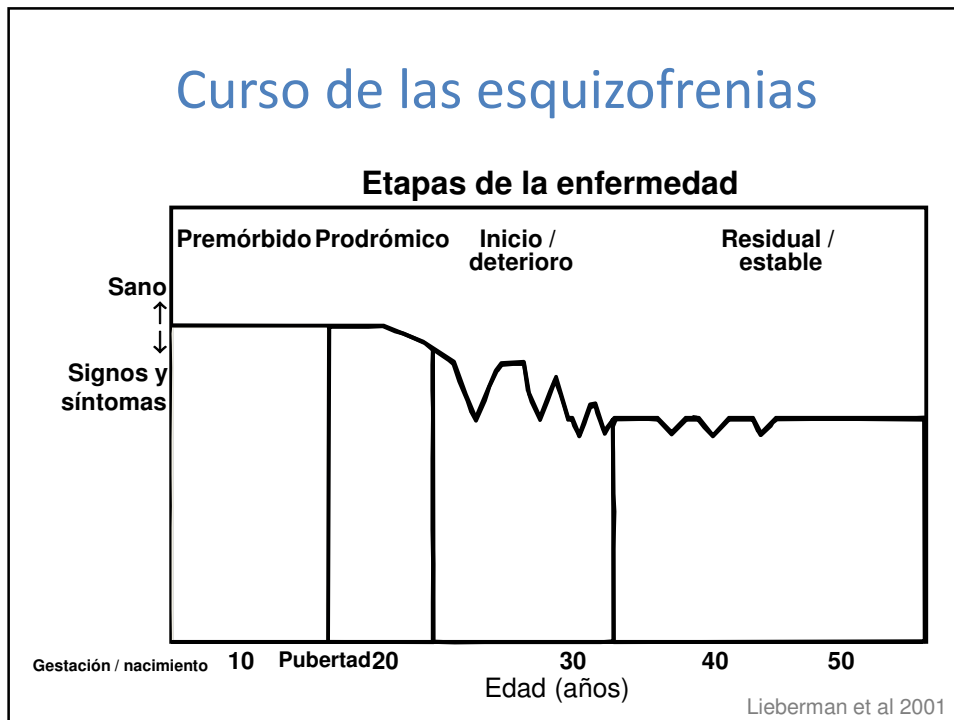
- Claro componente genético
- No presentan un patrón de herencia que se ajuste al modelo mendeliano



## Curso clínico en la Esquizofrenia



## Curso de las esquizofrenias



## Factores que afectan el curso de las esquizofrenias: el círculo vicioso de la falta de tratamiento

