



## **ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?**

Ana García Carpintero, Belén Rodado León, Mar Jiménez Cabañas, Agustín Bermejo Pastor

[anagarciacarpintero@gmail.com](mailto:anagarciacarpintero@gmail.com)

Esquizotipia, Trastorno Esquizotípico de la Personalidad, Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR)

### **RESUMEN**

La esquizotipia o personalidad esquizotípica es una condición estable que presenta en torno a un 4% de la población general y que se define por unos síntomas o rasgos cognitivos, perceptuales, interpersonales y comportamentales que se acercan a las manifestaciones clínicas de los trastornos psicóticos como la esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, sin alcanzar la intensidad o la disfuncionalidad de los mismos. Debido a estas dos características – su estabilidad en el tiempo y su descripción fenomenológica – a lo largo de la historia se ha tendido a encuadrar esta entidad tanto en el grupo de los trastornos de la personalidad como en el de los trastornos psicóticos. En los últimos años con el despunte en investigación en la detección precoz de los trastornos psicóticos, la esquizotipia ha cobrado mayor interés en la comunidad científica al considerarse un estado mental de riesgo de transición a psicosis; y por tanto una interesante oportunidad para intervenir precozmente y limitar el deterioro de los trastornos psicóticos.

En este trabajo revisaremos las diferentes perspectivas teóricas de los estados mentales de riesgo de psicosis, la definición clínica de trastorno de la personalidad esquizotípico según las clasificaciones actuales, así como los últimos hallazgos neurobiológicos y terapéuticos relacionados, lo cual nos permitirá entender un poco mejor y así poder intervenir de una forma más apropiada sobre este complejo grupo clínico situado entre la completa normalidad y el trastorno mental grave.

## **ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?**

### **ESQUIZOTIPIA. INTRODUCCIÓN Y RECORRIDO HISTÓRICO**

La esquizotipia es un término que ha sido empleado de forma amplia a lo largo de la historia, con diferentes descripciones fenomenológicas. Actualmente se incluye bajo este concepto aquellos rasgos o síntomas contenidos en una organización multidimensional de la personalidad y que informan de vulnerabilidad a padecer un trastorno del espectro de la esquizofrenia. El ejemplo más ilustrativo de esquizotipia es el conocido trastorno esquizotípico de la personalidad, que está incluido en el DSM-5 en el grupo de los trastornos de la personalidad y en la CIE 10 dentro del grupo de los trastornos psicóticos y relacionados.

Los datos epidemiológicos sitúan esta personalidad con una prevalencia en torno al 4% (en hombres 4,2 y en mujeres 3,7) y una tasa del 20% a los dos años de progreso a psicosis esquizofrénica.

La esquizotipia abarca un conjunto de síntomas, de presentación y gravedad variable, donde se incluyen ansiedad, oscilaciones anímicas, alteraciones sensorio-perceptivas, alteraciones formales del pensamiento y del lenguaje, anhedonia, aislamiento y conductas desorganizadas, entre otras. Estos síntomas clásicamente se han organizado en 3 dominios: (1) Dominio cognitivo/perceptual (positivos) que incluye síntomas como alteraciones sensorio-perceptivas y pensamientos inusuales. (2) Desorganización, que incluye alteraciones formales del pensamiento y comportamiento excéntrico y (3) dominio interpersonal (síntomas negativos) como el embotamiento afectivo, pérdida de interés en relaciones sociales, disminución de capacidad volitiva.

Los síntomas esquizotípicos pueden observarse en la población general sin que ello implique un malestar ni una progresión a un trastorno mental, aunque también se ha comprobado que cuando aparecen de forma frecuente, generan malestar o progresan en gravedad, pueden informar de un riesgo aumentado de padecer un trastorno psicótico en el futuro.

Ya los autores clásicos describían la presencia de síntomas estables que aparecían en los periodos previos a la irrupción del primer episodio psicótico e informaban de vulnerabilidad clínica. Algunos ejemplos son la Hebefrenia de Hecker (1871), la Hebidofrenia de Kahlbaum (1889),

## ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?

La Demencia simple de Diem (1903) o la Demencia bizarra de Leonhard (1957), los cuales se definían por su comienzo en la juventud y todos ellos coincidían en el aplanamiento afectivo, comportamiento excéntrico, aislamiento social, pensamiento y lenguaje vagos, sin sintomatología positiva o con delirios en segundo plano. Kraepelin observó alteraciones en la personalidad y un deterioro inicial del funcionamiento y atención previo a la demencia precoz, lo que Bleuler denominó posteriormente esquizofrenia latente. Kretschmer propuso los términos de esquizotimia y esquizoidía como rasgos estables de personalidad que progresaban en algunos pacientes hacia la esquizofrenia y Klaus Conrad describió la esquizofrenia incipiente, con sus diferentes fases (trema, apofanía, anástrofe). Posteriormente aumentó el interés en describir fenomenológicamente los pródromos de la esquizofrenia, interviniendo en este estudio grupos como los de Harry Stack Sullivan, Henry Ei, Ger Huber y Gisela Gross.

Los grandes autores de las teorías de la personalidad también incluyeron la esquizotipia dentro de sus modelos. Para Millon (1969) el trastorno esquizotípico (al igual que el paranoide y el límite) era cualitativamente más grave que otros como el narcisista o el histriónico, ya que suponía un estadio previo al desarrollo de un trastorno mental grave (en este caso, esquizofrenia). Según su teoría los pacientes con este trastorno de personalidad tenían como objetivo la evitación del daño por encima de la búsqueda del placer, así como una adaptación al medio disfuncional. Cloninger (1980) en su teoría biosocial ubica a los pacientes esquizofrénicos con temperamento definido por poca puntuación en búsqueda de novedad, alta en evitación del daño y en persistencia, y con un carácter definido por bajas puntuaciones en autodirección y cooperación. Eysenk (1981) en su teoría biofactorial identificó el psicoticismo como la dimensión de la personalidad heredable y genética que informaba sobre vulnerabilidad a conductas impulsivas, agresivas o baja empatía. Claridge, (1989) basándose en el psicoticismo y la introversión de Eysenk propuso el término esquizotipia (es quien lo usa por primera vez) para designar experiencias inusuales en la población general y los rasgos de personalidad típicos de los pacientes con esquizofrenia. Las características de la esquizotipia según Claridge eran: experiencias inusuales, desorganización cognitiva, anhedonia introvertida e inconformidad impulsiva.

## ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?

Meehl (1990) propuso el nombre de esquizoataxia para referirse a las características genéticas que condicionan la predisposición a la psicosis, sobre el que actúan el aprendizaje social y otros potenciadores como la propensión a la ansiedad e introversión para producir el fenotipo de esquizofrenia. El modelo de vulnerabilidad estrés de Zubin y Spring (1977) de la esquizofrenia también trabaja sobre este supuesto en el que existe cierta predisposición genética, psicológica y social (vulnerabilidad) sobre la que actúan eventos que alteran el funcionamiento del sujeto (estrés). El efecto del estrés sobre la vulnerabilidad se encuentra mediado por factores moderadores o protectores ambientales y personales (mediación, rasgos de personalidad).

### MODELOS EXPLICATIVOS DE LA RELACIÓN ENTRE ESQUIZOTIPIA Y TRASTORNO MENTAL GRAVE

Como ya hemos comentado, en las últimas décadas ha existido un interés creciente en entender la relación entre la esquizotipia y la enfermedad mental. Aunque en la esquizotipia encontramos rasgos comunes al trastorno psicótico, sólo en un porcentaje limitado de estos individuos sufre con el paso del tiempo un trastorno diagnosticable ¿de qué depende entonces que estos síntomas sean precursores de una enfermedad mental o simplemente representen rasgos de personalidad estables y funcionales? En el intento de los diferentes autores arriba mencionados de responder a esta pregunta, se han propuesto tres modelos de relación:

1. La aproximación **cuasi dimensional** (Bleuler, Meehl): Sostiene que existe un continuo sintomático entre la normalidad y la psicosis respecto a la evolución clínica individual; y también existe un continuo clínico entre la personalidad de los familiares de los pacientes (síntomas latentes) y los síntomas que se observan en el individuo enfermo (síntomas floridos). Estas observaciones hicieron plantear que los síntomas esquizotípicos deben ser vistos como síntomas predisponentes (vulnerabilidad genética) y a la vez premonitorios de enfermedad. En la esquizofrenia latente se podrían ver todos los síntomas de la esquizofrenia contenidos, expresados de forma menos explícita. El modelo cuasi dimensional es llamado así debido a que la única dimensión que postula es la de gradaciones de severidad o explicitad relativas a los síntomas de un proceso (la esquizofrenia).

## ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?

2. La aproximación **dimensional** (Eysenk y otras teorías de la personalidad) argumenta que la esquizotipia se puede presentar en niveles más o menos altos en la población general, existiendo un continuum natural donde la enfermedad psicótica es el límite más extremo hacia lo patológico y la normalidad es el límite sano.
3. La aproximación **totalmente dimensional**, híbrida o compuesta (Claridge, Zubing y Spring) incorpora elementos del modelo dimensional y del modelo de enfermedad. Según este constructo, la esquizotipia es vista como una dimensión continua de la personalidad que informa de vulnerabilidad genética sobre la cual, para sufrir un trastorno psicótico se requiere el añadido de factores precipitantes que den lugar a un colapso clínico.

Este proceso de colapso forma un segundo continuo sintomático graduado entre el trastorno de personalidad esquizotípico a la psicosis esquizofrénica, pero que resulta independiente de la esquizotipia como rasgo. Este modelo sostiene que la psicosis no es solo una esquizotipia alta, sino que debe involucrar otros factores que la hagan cualitativamente diferente.

En las clasificaciones oficiales de los trastornos mentales CIE y DSM también tiene su lugar el constructo de esquizotipia, el cual ha sufrido variaciones en las diferentes ediciones. En la CIE 9 encontrábamos la categoría bleuleriana “esquizofrenia latente” y la CIE 10 recoge bajo el trastorno esquizoafectivo (F21) diferentes términos como el pródromo esquizofrénico. En la contraparte norteamericana, DSM, en su tercera edición se describía el “prodromo de esquizofrenia”, que constaba de nueve síntomas que aunaban la característica de deterioro. Este apartado fue eliminado en el DSM IV, donde encontramos el trastorno esquizotípico de la personalidad dentro del grupo de los trastornos de personalidad. En el DSM 5 aparece, además, el síndrome de psicosis atenuada, que se incluye dentro de la sección especial de propuestas de futuro.

## ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?

### TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD Y ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO: CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICAS.

Por su heterogeneidad clínica y pronóstica, diferentes autores han tratado de acotar dentro de la esquizotipia aquellos estados de mayor riesgo, que pudieran ser útiles identificar con el fin de aumentar la vigilancia e incluso ofrecer un tratamiento precoz. En este sentido, nos ha resultado interesante diferenciar varios constructos teóricos, muchos solapables clínicamente entre sí, dado que todas se incluyen dentro de la definición de esquizotipia.

#### 1. Esquizotipia feliz o benigna (Jackson 1997)

Se refiere a los rasgos de personalidad esquizotípicos (experiencias inusuales, desorganización cognitiva, experiencias religiosas) que lejos de ser disfuncionales o desadaptativos, otorgan ciertas habilidades relacionadas con la creatividad que permiten resolver problemas de forma original en los individuos que lo presentan. Ilustraría el extremo más benigno del continuo de esquizotipia, permanece estable a lo largo del tiempo sin evolucionar a psicosis en la mayoría de los casos.

#### 2) Trastorno esquizotípico de la personalidad.

En el DSM 5 y CIE 10 el trastorno esquizotípico tiene una definición similar, aunque como ya hemos adelantado se encuentra ubicado en la primera de las clasificaciones en el grupo de trastornos de la personalidad y en la segunda dentro de los trastornos psicóticos, haciendo evidente esta doble dimensión del trastorno

Los criterios según el DSM5 para trastorno esquizotípico (301.22) son (*se deben cumplir 5 o más*)

- a. Patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos o más de las siguientes áreas: cognición (formas de percibir o interpretarse a uno mismo, a otras personas o a los acontecimientos), afectividad (rango, intensidad, labilidad y adecuación de respuesta emocional), funcionamiento interpersonal y control de impulsos.
- b. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales

## ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?

- c. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes
- d. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o a la edad adulta temprana
- e. El patrón persistente no se explica mejor por una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental
- f. El patrón no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica

Según la CIE 10, el trastorno esquizotípico (F21) es un trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a las de la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan ni se han presentado las anomalías características y definidas de este trastorno. No hay síntomas predominantes o característicos, pero pueden aparecer algunos de los siguientes rasgos:

- Afectividad fría y vacía de contenido, a menudo se acompaña de anhedonia
- El comportamiento o la apariencia son extraños, excéntricos o peculiares
- Empobrecimiento de las relaciones personales y una tendencia al retraimiento social
- Ideas de referencia, ideas paranoides o extravagantes, creencias fantásticas y preocupaciones autísticas que no conforman claras ideas delirantes
- Ideas paranoides o de suspicacia
- Rumiaciones obsesivas sin respuesta interna, a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos
- Experiencias perceptivas extraordinarias como ilusiones corporales somatosensoriales u otras ilusiones o manifestaciones de despersonalización o desrealización ocasionales
- Pensamiento y lenguaje vagos, circunstanciales, metafóricos, extraordinariamente elaborados y a menudo estereotipados, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento.

## ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?

- Episodios, casi psicóticos, ocasionales y transitorios, con alucinaciones visuales y auditivas intensas e ideasseudodelirantes, que normalmente se desencadenan sin provocación externa.

Según la definición de CIE 10 este trastorno tiene un curso crónico con fluctuaciones de intensidad. Ocasionalmente evoluciona hacia una esquizofrenia clara. Es más frecuente en individuos genéticamente emparentados con esquizofrénicos y se cree que es una parte del espectro genético de la esquizofrenia. Para su diagnóstico deben estar presentes de una manera continuada o episódica durante al menos dos años, tres o cuatro de los rasgos característicos enumerados arriba. Incluye bajo este concepto los términos de esquizofrenia limítrofe («borderline»), esquizofrenia latente, reacción esquizofrénica latente, esquizofrenia prepsicótica, esquizofrenia prodrómica, esquizofrenia pseudoneurótica, esquizofrenia pseudopsicopática y trastorno esquizotípico de la personalidad.

La definición clínica del trastorno esquizotípico de personalidad según DSM y CIE se podría resumir en la presencia de 3 grandes dominios:

1. Dominio cognitivo perceptivo: síntomas crónicos que se pueden reagudizar ante situaciones de estrés. Incluyen síntomas perceptivos como creencias extrañas, pensamiento mágico y comportamiento que no concuerda con normas subculturales (creen en fenómenos paranormales como el control de la mente, premoniciones, espíritus) también presentan experiencias perceptivas inhabituales e ilusiones corporales como puede ser ver un halo o aura en torno a alguien, sentir presencias; suspicacia o ideas paranoides, ideas de referencia, rumiaciones sin resistencia interna y episodios casi psicóticos ocasionales, y transitorios. En cuanto a los síntomas cognitivos se han observado alteraciones en la atención, función ejecutiva, aprendizaje verbal, memoria de trabajo y dificultad en el manejo del tiempo.
2. Dominio de rareza o desorganización: Pensamiento vago, circunstancial, metafórico, muy elaborado y a menudo estereotipado; comportamiento o apariencia extraño o peculiares; afectividad inapropiada o constreñida con aspecto frío y desafiante.
3. Dominio interpersonal: Ausencia de amigos íntimos, ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios sobre si mismos; contacto social empobrecido, tendencia a aislamiento social.



## **ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?**

El motivo de consulta del paciente con trastorno esquizotípico suele ser ansiedad, depresión, dificultades atencionales, cognitivas o dificultades para socializar. Suele tener un inicio en la infancia o adolescencia con pensamiento mágico, creencias extrañas, fantasías y preocupaciones bizarras con personajes, criaturas o mundos imaginarios. En la adolescencia y primeras etapas adulta puede aparecer sintomatología cognitivo perceptiva, de rareza o desorganización, que persiste de forma crónica. Es posible experimentar reagudizaciones a raíz de eventos estresantes aumentando por ejemplo las ideas paranoides. Existe una tendencia a la atenuación de la sintomatología con la edad.

### **4) Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR)**

Algunos grupos de trabajo se han dedicado a estudiar qué conjunto de síntomas implican un mayor riesgo de progresión a esquizofrenia, lo que se conoce como Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR). Los más interesantes son el modelo de Síntomas Básicos y el modelo de Ultra Alto Riesgo (UHR).

#### Síntomas básicos:

Propuestos por el grupo de Gerd Huber y Gisela Gross en Bonn, Alemania. Esta definición clínica nace de observaciones hechas a un grupo de pacientes con un primer episodio psicótico en Bonn, donde se llevó a cabo un estudio prospectivo por más de 30 años. Los síntomas básicos son síntomas subsindrómicos subjetivos que permiten detectar psicosis en fases iniciales del proceso “pródromos precoz”. Estos síntomas pueden definirse como alteraciones finas, subclínicas y auto percibidas del ímpetu, la tolerancia al estrés, el afecto, los procesos de pensamiento y lenguaje, de la percepción y de la actividad motora; que son además fenomenológicamente diferenciales de los síntomas psicóticos. El propio paciente puede identificar estos síntomas como algo anómalo, fuera de lo que él considera su “yo” normal. En su progresión a esquizofrenia se diferencian tres umbrales: Síntomas básicos no característicos (afectan al ímpetu, la voluntad, el afecto, concentración y memoria, pero son bastante inespecíficos), síntomas básicos característicos (pensamiento, discurso, percepción

## ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?

corporal, presión de pensamiento, bloqueo de pensamiento ideas indeseables con insight) y finalmente síntomas psicóticos de primer rango. La concepción actual de los síntomas básicos implica una secuencia en el proceso de enfermedad que va desde síntomas inespecíficos a síntomas básicos predictivos, síntomas positivos atenuados, síntomas psicóticos transitorios y finalmente síntomas psicóticos característicos. Esta secuencia es muy variable, y hay pacientes que van a presentar remisiones y recaídas.

Para simplificar el estudio y la investigación en síntomas básicos se propusieron los criterios de alto riesgo de síntomas básicos cognitivos (COGDIS) a partir del cual se diseñaron dos escalas de vulnerabilidad a la esquizofrenia (SPI A y BSABS), ambas entrevistas semiestructuradas. El SPI-A tiene una versión en español, y fue diseñada para aplicarse junto a las escalas SIPS/SOPS y PANSS, de modo que se pudiera cubrir desde las primeras experiencias psicóticas hasta los síntomas prodrómicos.

Alteraciones cognitivas de alto riesgo (COGDIS)

- Incapacidad para dividir la atención
- Interferencia del pensamiento
- Presión del pensamiento
- Bloqueo del pensamiento
- Alteración del habla receptiva
- Alteración del habla expresiva
- Ideas de referencia inestables
- Alteraciones del pensamiento abstracto
- Captación de la atención por detalles del campo visual

Los criterios COGDIS (2 criterios + una puntuación en SPI-A >3) tienen una tasa de conversión a psicosis en 6 meses del 14%, al año del 25%, a los 3 años del 50% y del 55% a los 4 años.

## ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?

### Síntomas de UHR.

Propuestos por el grupo de McGorry, Young y Jacson en Melbourne, en un intento de buscar formas de prevención secundaria (diagnóstico temprano) e incluso primaria (eliminación de factores de riesgo) en la psicosis.

Estos investigadores se dedicaron a buscar de aquellos síntomas prodrómicos que informaban de una progresión inminente a psicosis “pródromos tardíos” y para ello se basaron en los criterios del pródromo esquizofrénico según DSM III (aislamiento social, deterioro funcional, conductas excéntricas, desaseo, afecto alterado, discurso circunstancial, ideas extrañas, pensamiento mágico y experiencias perceptivas inusuales). Tras un análisis prospectivo de estos síntomas en población joven que acudía a su clínica, propusieron los criterios de UHR, indicadores de un riesgo elevado de progresión a esquizofrenia, que se clasifican en tres apartados:

1. Síntomas positivos atenuados (APS, por sus siglas en inglés): cuadro de síntomas psicóticos subumbrales y atenuados, registrados durante el último año, de aparición semanal. Incluyen ideas de referencia, creencias extrañas, pensamiento mágico, ideas de grandiosidad, ideación paranoide, experiencias perceptivas inusuales y lenguaje desorganizado. Debe haber consciencia de irrealidad deben ser tan severos o frecuentes que ameriten atención
2. Síntomas psicóticos breves, intermitentes y limitados (BLIPS). Agrupa episodios de psicosis franca (alucinaciones, delirios, trastornos formales del pensamiento) que no dure más de una semana y que cese espontáneamente.
3. Riesgo genético y deterioro: pacientes que cumplan criterios trastorno de la personalidad esquizotípica tengan un familiar de primer grado con un desorden psicótico y además presenten disminución significativa del funcionamiento en el último año.

Este grupo diseñó una escala para estudiar los criterios de alto riesgo, con acrónimo CAARMS (Comprehensive Assessment of At Risk Mental States). Otras escalas que surgieron posteriormente y son empleadas en investigación y estudio de estados mentales de alto riesgo son el SOPS (Scale of Prodromal Symptoms) y su entrevista estructurada SIPS (Structured Interview for Psychosis Risk Syndromes).

## ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?

Según los estudios de McGorry realizados sobre población entre 14 y 30 años que acudía a la clínica PACE, se mostró una tasa de conversión de psicosis al año de hasta un 40% en pacientes que cumplían criterios UHR. Un metaanálisis de la EPA demostró que los criterios de Ultra Alto Riesgo tienen un poder de predicción de conversión a psicosis usando cualquiera de los instrumentos de 9,6% a los 6 meses, de 15% al año, de 20 % a los 2 años y de 29% a los 3 años y de 25% a los 4 años.

Para unificar los criterios de UHR y el modelo de síntomas básicos, se ha elaborado un instrumento de medida que tiene en cuenta ambos grupos de criterios: **ERiraos** (Early Recognition Inventory). Consta de dos fases: un instrumento simple de tamizaje simple de 15 items con síntomas inespecíficos y específicos; y una evaluación de 50 items dirigida para los individuos que den positivo en la primera fase.

Por último, el metaanálisis y guía clínica de la EPA elaborado en 2015 recomienda que para definir un estado mental de alto riesgo se utilicen los siguientes criterios:

- La presencia de un síntoma positivo atenuado según SIPS o CAARMS.
- Dos síntomas COGDIS y/o.
- Un síntoma psicótico transitorio según SIPS o CAARMS.

### 4) Síndrome de Psicosis Atenuada

El síndrome de psicosis atenuada es una nueva propuesta diagnóstica del DSM 5, que aún no se ha hecho oficial pero que aparece en su apéndice III de propuestas para futuras ediciones. Este síndrome trata de identificar a personas con un estado mental de alto riesgo que pueda ser predictor de transición a psicosis (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar), y plantea el beneficio de permitir un diagnóstico precoz y un tratamiento más eficaz. Supondría el correlato de los estados mentales de alto riesgo en la clasificación oficial DSM.

## ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?

Este síndrome se caracteriza por agrupar cuatro dimensiones interrelacionadas (disregulación afectiva, síntomas psicóticos breves o atenuados, síntomas negativos y cognitivo), que se distribuyen a lo largo de un continuum psicopatológico de gravedad, en donde el grado de comorbilidad y solapamiento entre las diferentes dimensiones informaría sobre una mayor gravedad clínica y una mayor cercanía a la psicosis. Además, especifica que la configuración e interrelación de las cuatro dimensiones puede derivar en entidades nosológicas diferentes (pueden ser la antesala de esquizofrenia paranoide, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar). La interacción entre aspectos genéticos y ambientales es prioritaria en la explicación del nivel de gravedad y la probabilidad de transición al cuadro clínico, de acuerdo con el modelo de vulnerabilidad- estrés de Zubing y Spring.

Los criterios diagnósticos propuestos para este síndrome serían:

- A. Síntomas característicos: se presenta al menos uno de los siguientes de forma atenuada, con juicio de realidad conservada, pero con la gravedad y/o frecuencia suficiente como para que no puedan ser olvidados o ignorados:
  - 1. Delirios
  - 2. Alucinaciones
  - 3. Lenguaje desorganizado
- B. Duración y frecuencia: deben presentarse con una frecuencia de al menos una vez a la semana en el último mes.
- C. Progresión: Los síntomas que cumplen el criterio A deben haberse iniciado o empeorado significativamente en el último año.
- D. Malestar clínico /disfunción/búsqueda de tratamiento: los síntomas causan malestar clínico significativo y /o disfunción socio laboral al paciente y/o padres /cuidadores como para llevar a buscar ayuda.
- E. Los síntomas psicóticos atenuados característicos no se pueden explicar mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluyendo los relacionados con sustancias
- F. Nunca se han cumplido criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno psicótico.

## **ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?**

A diferencia de los estados mentales de alto riesgo, este síndrome incide de forma importante en la progresión y disfunción funcional, y otorga más protagonismo a los cuadros afectivos mayores como fases futuras del desarrollo clínico de estos pacientes.

### **ETIOLOGÍA DE LA ESQUIZOTIPIA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS.**

Es evidente que debe existir una relación etiológica entre el trastorno esquizotípico y la esquizofrenia paranoide, pues se ha comprobado una continuidad clínica, genética, neurobiológica y neurocognitiva entre ambos cuadros. Esta continuidad se explica en que ambos trastornos tienen un origen multifactorial, de manera que de la combinación entre la interacción de múltiples genes y factores biopsicosociales se produce una amplia gama de expresiones fenotípicas desde la esquizotipia no clínica hasta el trastorno esquizotípico de personalidad y los trastornos del eje I del espectro esquizofrénico.

De esta manera el constructo de psicosis de tipo esquizofrénico se puede considerar un continuum temporal (desde síntomas prodrómicos hasta síntomas psicóticos francos), interindividual (diferencias clínicas entre personas con mismo diagnóstico) y entre población sana y población clínica (hasta un 8% de la población general ha reportado experiencias psicóticas que podrían ser explicadas a través de los mismos factores que aumentan el riesgo de psicosis).

Respecto a los factores genéticos y ambientales, tanto el trastorno esquizotípico como la esquizofrenia tienen una heredabilidad cercana al 50%. El solapamiento genético se demuestra en estudios de familiares, donde los parientes de primer grado de pacientes con esquizofrenia presentan altos niveles de esquizotipia, particularmente en la dimensión negativa. Asimismo, los factores ambientales que aumentan el riesgo de esquizofrenia también han resultado serlo para la esquizotipia (como la infección por influenzavirus en embarazo o nacer en primavera, consumo de cannabis, trauma, etc). Los síntomas más determinados genéticamente parecen ser los relacionados con comportamientos extraños, afecto restrictivo y relaciones interpersonales disfuncionales, mientras que los síntomas ansiosos, autorreferencialidad y suspicacia parecen estar más relacionados con factores ambientales.

## ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?

Algunos genes identificados:

- Polimorfismo VAL 158 de la COMT: Se ha relacionado con una mayor actividad de la enzima y una mayor susceptibilidad a la esquizotipia
- Alelo A del Gen CACNA1C (canal de calcio): parece implicado en ideación paranoide en población no clínica. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes con trastorno esquizotípico respecto a controles.
- Proteína ZNF804A: asociada a síntomas positivos.
- DISC1: asociada a síntomas negativos y anhedonia.
- P250GAP (receptor NMDA): Relacionada con factores interpersonales

Respecto a la neuroanatomía, en el trastorno esquizotípico se han evidenciado alteraciones similares a las que suceden en la esquizofrenia y otras diferenciales, que podrían ser la representación de los factores protectores que evitan su progreso y deterioro. Algunas anomalías comunes son los alargamientos de ventrículo y el volumen disminuido del lóbulo temporal, tálamo, córtex cingulado anterior. En algunos casos de pacientes con esquizotipia se observa disminución del volumen del lóbulo frontal, al igual que en esquizofrenia y en otros un volumen normal y aumentado. Otros datos diferenciales son un volumen aumentado del área 10 de Brodmann en el lóbulo prefrontal y una disminución del putamen (en esquizofrenia es más voluminoso).

En cuanto a la funcionalidad cerebral se ha demostrado la relación entre los circuitos más afectados y el tipo de sintomatología predominante, de manera que los pacientes con esquizotipia negativa tienen mayor defecto frontal y los pacientes con esquizotipia positiva tienen mayor afectación de los circuitos temporolímbicos. En líneas generales todos aquellos que sufren trastorno esquizotípico presentan una menor activación subcortical dopaminérgica respecto a esquizofrenia, lo cual se propone como posible mecanismo protector, y en los que existe un aumento de actividad dopaminérgica, esta es similar a la que existe en pacientes con esquizofrenia estable (mucho menor que la que presentan en brote).

## **ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?**

### **TRATAMIENTO**

No existe ningún tratamiento aprobado para la esquizotipia o trastorno esquizotípico de la personalidad. Hay muy pocos trabajos que estudian el uso de diferentes terapias en su mejoría clínica. Algunos de estos estudios arrojan resultados prometedores, aunque sin la suficiente evidencia como para recomendar su empleo de forma reglada, y los estudios clínicos controlados realizados en personas con EMARs son por el momento escasos y muestran deficiencias metodológicas. Respecto a los fármacos estudiados, se ha propuesto el uso de metilfenidato y guanfacina en el tratamiento de sintomatología atencional y cognitiva; antipsicóticos atípicos a bajas dosis para síntomas cognitivos y perceptivos, benzodiazepinas y gabapentina en ansiedad social. No se ha demostrado clara efectividad de los antidepresivos en este grupo clínico. Por ahora no se puede confirmar un beneficio claro del uso de estos fármacos y serán necesarios más estudios para confirmar que el tratamiento antipsicótico limita o reduce la progresión a esquizofrenia en estos pacientes. Respecto a las psicoterapias, en función del grado de funcionamiento se han sugerido el empleo de (1) psicoterapia de apoyo en pacientes con bajo funcionamiento (2) psicoterapia de soporte y expresiva en pacientes funcionamiento moderado y (3) psicoterapia exploratoria /centrada en la introspección en aquellos con alto nivel de funcionamiento.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Ante la pregunta del título ¿es la esquizotipia una psicosis atenuada? Podríamos responder “sí y no”. Como hemos explicado a lo largo del trabajo, la esquizotipia es un constructo amplio que incluye multitud de síntomas de mayor o menor gravedad y grado de disfuncionalidad. Un porcentaje reseñable (20%) de los pacientes que presentan este cuadro muestran una evolución a esquizofrenia paranoide u otros trastornos mentales graves, lo que nos informa de que los síntomas esquizotípicos son pródromos de estos trastornos mentales y por tanto de forma teórica tendría sentido iniciar un tratamiento para evitar la progresión.



## **ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?**

Sin embargo, en un porcentaje mayor aun la esquizotipia constituye unos rasgos estables de personalidad, que pueden otorgar una disfuncionalidad variable (a veces ninguna), que no evolucionan hacia el deterioro procesal de la esquizofrenia paranoide, y que por tanto no estaría indicado de inicio tratar farmacológicamente. Lo complejo de esta situación es la dificultad para diferenciar aquellos individuos en los que la esquizotipia es un pródromo y en los cuales es un rasgo de personalidad estable. En esta línea discurren muchas de las críticas hacia el diagnóstico indiscriminado de los estados mentales de riesgo. En primer lugar, se señala la imposibilidad para identificar los individuos con criterios de alto riesgo que realmente van a evolucionar a un trastorno mental grave, y en segundo lugar se resalta el resultado insuficiente y contradictorio de los estudios en los que se aplican intervenciones tempranas psicoterapéuticas o farmacológicas en estos pacientes. Además, el seguimiento y tratamiento de los individuos identificados como estado mental de riesgo podría suponer un factor estresor u estigma en estas personas que a priori podrían tener una evolución favorable sin la intervención de los servicios de salud mental.

Muchas líneas de investigación actuales se orientan a buscar marcadores fiables de evolución a esquizofrenia, y en este sentido los estudios genéticos, de neuroimagen y funcionales empiezan a proponer algunos resultados interesantes, que en un futuro podrían ayudarnos a diferenciar los dos fenotipos dentro de la esquizotipia y por tanto poder establecer protocolos de detección, seguimiento y tratamiento más adecuados e individualizados.

## ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?

### BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera, S. A., Michel, C., & Cruzado, L. (2017). Estados clínicos de alto riesgo para esquizofrenia y otras formas de psicosis: Una breve revisión. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 80(1),
2. Addington, J., y Heinssen, R. (2012). Prediction and prevention of psychosis in youth at clinical high risk. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 269-289. doi: 210.1146/annurev-clinpsy-032511-143146.
3. McGorry, P., y van Os, J. (2013). Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. *Lancet*, 381, 343-345
4. Fonseca-Pedrero, E.; Paino M., Fraguas D. (2013). DSM-5: ¿Síndrome de psicosis atenuada?. *Papeles del psicólogo*, 34 (3) 190-207.
5. Jackson, M. (1997). Benign schizotypy? The case of religious experience. In G. Claridge, ed., *Schizotypy, implications for illness and health*. Oxford: [Oxford University Press](#). Pp. 227-250
6. Debbané M., Barrantes-Vidal N. (2015). Schizotypy From a Developmental Perspective. *Schizophrenia Bulletin* vol. 41(2) S386–S395. doi:10.1093/schbul/sbu17.
7. Rosell, D. R., Futterman, S. E., McMaster, A., & Siever, L. J. (2014). Schizotypal personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, 16(7), 452. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0452-1>
8. Jakobsen, K. D., Skyum, E., Hashemi, N., Schjerner, O., Fink-Jensen, A., & Nielsen, J. (2017). Antipsychotic treatment of schizotypy and schizotypal personality disorder: a systematic review. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 31(4), 397–405. <https://doi.org/10.1177/0269881117695879>
9. Ettinger, U., Meyhöfer, I., Steffens, M., Wagner, M., & Koutsouleris, N. (2014). Genetics, cognition, and neurobiology of schizotypal personality: a review of the overlap with schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 5, 18. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00018>
10. Pulay, A. J., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Saha, T. D., Smith, S. M., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2009). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from

## ESQUIZOTIPIA, ¿UNA FORMA ATENUADA DE ESQUIZOFRENIA?

the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 11(2), 53–67.

<https://doi.org/10.4088/pcc.08m00679>

11. Klaus Damgaard Jakobsen, Eva Skyum, Nasseh Hashemi, Ole Schjerning, Anders Fink-Jensen and Jimmi Nielsen. Antipsychotic treatment of schizotypy and schizotypal personality disorder: a systematic review. Journal of Psychopharmacology.
12. Kirchner, S. K., Roeh, A., Nolden, J., & Hasan, A. (2018). Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review. NPJ schizophrenia, 4(1), 20. <https://doi.org/10.1038/s41537-018-0062-8>
13. American Psychiatric Association (2013). DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Washington: APA.
14. World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana.