

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

**F20 Esquizofrenia**

F20.0	Esquizofrenia paranoide.
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica.
F20.2	Esquizofrenia catatónica.
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada.
F20.4	Depresión post-esquizofrénica.
F20.5	Esquizofrenia residual.
F20.6	Esquizofrenia simple.
F20.8	Otras esquizofrenias.
F20.9	Esquizofrenia sin especificación.

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

#### Pautas para el diagnóstico

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos precedieran claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25.-), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría F06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicótropas como F1x.5.

#### Formas de evolución

La forma de evolución de los trastornos esquizofrénicos se clasificará según las siguientes categorías de cinco caracteres:

F20x.0 Continua. F20x.1 Episódica con defecto progresivo. F20x.2 Episódica con defecto estable.

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

F20x.3 Episódica con remisiones completas. F20x.4 Remisión incompleta. F20x.5 Remisión completa. F20x.8 Otra forma de evolución. F20x.9 Forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado breve.

F20.0 Esquizofrenia paranoide

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
- c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y además deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Normalmente las alucinaciones son del tipo descrito en b) y c). Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

Incluye:

Esquizofrenia parafrénica.

Excluye:

Estado paranoide involutivo (F22.8). Paranoia (F22.0).

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica

Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento

## Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.

Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además, la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos o abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.

### Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico seguro de hebefrenia normalmente es necesario un período de dos o tres meses de observación continua para asegurarse de que persiste el comportamiento característico.

Incluye:

Esquizofrenia desorganizada. Hebefrenia.

### F20.2 Esquizofrenia catatónica

Presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.

### Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento:

- a) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
- b) Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos).
- c) Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).
- d) Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).
- e) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).
- f) Flexibilidad cérica (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
- g) Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y perseveración del lenguaje.

Incluye:

Estupor catatónico. Catalepsia esquizofrénica. Catatonía esquizofrénica. Flexibilidad cérica esquizofrénica.

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia (ver la introducción a F20) pero que no se ajustan a ninguno de los tipos F20.0-F20.2 o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual, F20.5, y a la depresión postesquizofrénica, F20.4) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

Pautas para el diagnóstico

- a) Satisfacen las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.
- b) No satisfacen las pautas de los tipos catatónico, hebefrénico o paranoide.
- c) No reúnen las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica.

Incluye: Esquizofrenia atípica.

F20.4 Depresión postesquizofrénica

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. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes. Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave (F32.2 y F32.3) y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a la medicación neuroléptica y cuáles son expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.

Pautas para el diagnóstico

- a) El enfermo ha tenido en los últimos doce meses una enfermedad esquizofrénica que satisfacía las pautas generales de esquizofrenia (ver la introducción a F20).
- b) Persisten algunos síntomas esquizofrénicos.
- c) Los síntomas depresivos son destacados, fuente de malestar y cumplen al menos las pautas de un episodio depresivo (F32) y han estado presentes por lo menos durante dos semanas.

F20.5 Esquizofrenia residual

Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia de síntomas esquizofrénicos "negativos" destacados, por ejemplo, inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad o contenido del lenguaje, comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, entonación y postura) empobrecida, deterioro del aseo personal y del comportamiento social.
- b) Evidencia de que en el pasado ha habido por lo menos un episodio claro que ha reunido las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.
- c) Un período de por lo menos un año durante el cual la intensidad y la frecuencia de la sintomatología florida (ideas delirantes y alucinaciones) han sido mínimas o han estado claramente apagadas, mientras que destacaba la presencia de un síndrome esquizofrénico "negativo".
- d) La ausencia de demencia u otra enfermedad o trastorno cerebral orgánico, de depresión crónica o de institucionalización suficiente como para explicar el deterioro.

Incluye:

Esquizofrenia crónica no diferenciada. Estado esquizofrénico residual.

F20.6 Esquizofrenia simple

Trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

Pautas para el diagnóstico

Desarrollo progresivo durante un período de tiempo superior a un año, de los síntomas "negativos" característicos de la esquizofrenia residual, sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

Incluye: Esquizofrenia simple.

F20.8 Otra esquizofrenia

Incluye:

Esquizofrenia cenestopática. Trastorno esquizofreniforme sin especificación.

Excluye:

Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2). Esquizofrenia cíclica (F25.2). Esquizofrenia latente (F23.2).



Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

F20.9 Esquizofrenia sin especificación

**F21 Trastorno esquizotípico**

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:

- a) La afectividad es fría y vacía de contenido, y a menudo se acompaña de anhedonia.
- b) El comportamiento o la apariencia son extraños, excéntricos o peculiares.
- c) Empobrecimiento de las relaciones personales y una tendencia al retraimiento social.
- d) Ideas de referencia, ideas paranoides o extravagantes, creencias fantásticas y preocupaciones autísticas que no conforman claras ideas delirantes.
- e) Ideas paranoides o suspicacia.
- f) Rumitaciones obsesivas sin resistencia interna, a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos.
- g) Experiencias perceptivas extraordinarias como ilusiones corporales somato-sensoriales u otras ilusiones o manifestaciones de despersonalización o desrealización ocasionales.
- h) Pensamiento y lenguaje vagos, circunstanciales, metafóricos, extraordinariamente elaborados y a menudo estereotipados, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento.
- i) Episodios, casi psicóticos, ocasionales y transitorios, con alucinaciones visuales y auditivas intensas e ideas pseudo-delirantes, que normalmente se desencadenan sin provocación externa.

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.

**Pautas para el diagnóstico**

Deben estar presentes de una manera continuada o episódica durante al menos dos años, tres o cuatro de los rasgos característicos enumerados más arriba. Además, el enfermo nunca habrá reunido las pautas para un diagnóstico de esquizofrenia. Unos antecedentes de esquizofrenia en familiares de primer grado es un apoyo adicional para el diagnóstico, aunque no es un requisito necesario.

**Incluye:**

Esquizofrenia limítrofe ("borderline"). Esquizofrenia latente. Reacción esquizofrénica latente. Esquizofrenia prepsicótica. Esquizofrenia prodrómica. Esquizofrenia pseudo-neurótica. Esquizofrenia pseudo-psicopática. Trastorno esquizotípico de la personalidad.

**Excluye:**

Síndrome de Asperger (F84.5). Trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1).

**F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes**

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

F22.0	Trastorno de ideas delirantes.
F22.8	Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.
F22.9	Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

Variedad de trastornos en los cuales la característica clínica única o más destacada la constituyen las ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas. Se trata probablemente de un grupo heterogéneo, cuyas relaciones con la esquizofrenia no son claras. Por otra parte, la importancia relativa en su génesis de los factores genéticos, de los rasgos de la personalidad y las circunstancias vitales no es clara y es probablemente diversa.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes

Grupo de trastornos caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de persecución, hipocondriaco o de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo está deformada o de que otros piensan que se despiden mal olor o que se es homosexual. Lo más característico es que no se presente otra psicopatología, pero pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles. Las voces alucinatorias, los síntomas esquizofrénicos tales como las ideas delirantes de ser controlado, el embotamiento afectivo y la presencia de una enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias, no típicamente esquizofrénicas y que no constituyen una parte principal del cuadro clínico, no excluyen el diagnóstico en enfermos ancianos.

Suele comenzar hacia la edad media o avanzada de la vida, pero algunas veces, especialmente en casos de creencias sobre deformaciones del cuerpo, surge en el inicio de la madurez. El contenido de las ideas delirantes y el momento en el que aparecen y suele poder tener relación con algunas situaciones biográficas significativas, por ejemplo, ideas delirantes de persecución en personas que pertenecen a minorías sociales. Fuera del comportamiento directamente relacionado con el tema de las ideas o sistema delirante, son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de la conducta.

Pautas para el diagnóstico

El tema o conjunto de ideas delirantes deben ser la manifestación clínica única o la más destacada y deben de estar presentes durante por lo menos tres meses y ser claramente propias del enfermo, es decir, no depender de factores culturales. Pueden presentarse síntomas depresivos de una manera intermitente e incluso un episodio depresivo completo (F32.-) siempre y cuando las ideas delirantes no coincidan con las alteraciones del estado de ánimo. No hay evidencia de lesión cerebral, de voces alucinatorias ocasionales y de antecedentes de síntomas esquizofrénicos (ideas delirantes de ser controlado, difusión del pensamiento, etc.).

Incluye:

Paranoia. Psicosis paranoide sin especificación. Estado paranoide. Parafrenia (tardía). Delirio sensitivo de referencia (sensitiver Beziehungswahn).

Excluye:



Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0). Psicosis paranoide psicógena (F23.3) Reacción paranoide (F23.3). Esquizofrenia paranoide (F20.0).

F22.8

Otros trastornos de ideas delirantes persistentes

Categoría residual para los trastornos de ideas delirantes persistentes que no reúnen las pautas de un trastorno de ideas delirantes (F22.0). Deben codificarse aquí los trastornos en los cuales el tema o conjunto de ideas delirantes se acompañen de voces alucinatorias o de síntomas esquizofrénicos en grado insuficiente como para satisfacer las pautas de esquizofrenia (F20.-). Los trastornos delirantes que han durado por lo menos más de tres meses pero menos de seis, deben, no obstante, ser codificados, al menos transitoriamente de acuerdo con F23.

Incluye:

Dismorfofobia delirante. Estado paranoide involutivo. Paranoia querulante.

F22.9

Trastorno delirante persistente sin especificación

**F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios**

F23.0	Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.
F23.1	Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.
F23.2	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.
F23.3	Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.
F23.8	Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.
F23.9	Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

El método utilizado para diagnosticar se basa en construir una secuencia diagnóstica la cual refleja el orden de prioridad asignado a características claves del trastorno. El orden de prioridad utilizado es el siguiente:

- a) Comienzo agudo (menos de dos semanas), como característica que define al grupo en general.
- b) Presencia de síndromes típicos.
- c) Presencia de estrés agudo.

El comienzo agudo se define como un cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en un período de dos semanas o menos. Hay evidencia de que el comienzo agudo es signo de buen pronóstico y es posible que cuanto más súbito sea el inicio, mejor será el desenlace.

Los síndromes típicos seleccionados son, primero, el estado rápidamente cambiante y variable, llamado

## Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

aquí "polimorfo", el cual ha sido descrito en los trastornos psicóticos agudos en varios países y, en segundo lugar, la presencia de síntomas esquizofrénicos típicos.

La presencia de estrés agudo puede también especificarse con un quinto carácter, teniendo en cuenta su relación tradicional con la psicosis aguda. El estrés agudo asociado significa que los primeros síntomas psicóticos se presentaron no más allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural. Acontecimientos típicos de esta clase son los duelos, las pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, el contraer matrimonio, o el trauma psicológico del combate, el terrorismo y la tortura. Las dificultades o problemas crónicos no deben ser considerados en este contexto como fuente de estrés.

La recuperación completa tiene lugar generalmente dentro del plazo de dos o tres meses, a menudo en pocas semanas e incluso días, y sólo una pequeña proporción de enfermos con estos trastornos desarrollan estados persistentes e invalidantes.

### Pautas para el diagnóstico

Ninguno de los trastornos de este grupo satisface las pautas de un episodio maníaco (F30.-) o depresivo (F32.-), aunque los cambios emocionales y los síntomas afectivos individuales puedan estar de vez en cuando en primer plano.

Ausencia de una causa orgánica, tal como de conmoción cerebral, delirium o demencia. A menudo se observa perplejidad, preocupación o falta de atención hacia la conversación inmediata pero si estos síntomas son tan marcados o persistentes como para sugerir delirium o demencia de causa orgánica, el diagnóstico debe ser pospuesto hasta que la exploración o la evolución hayan aclarado este punto.

Las pautas temporales (tanto en lo que se refiere a las dos semanas como a las 48 horas) no se refieren al tiempo de máxima gravedad y perturbación, sino a plazos en los cuales los síntomas psicóticos han llegado a ser obvios y desorganizadores de, al menos, algunos aspectos de la vida diaria y del trabajo. El apogeo del trastorno puede tener lugar en ambos casos más tarde. Los síntomas y las alteraciones deben de ser obvios sólo en los plazos citados, en el sentido de que normalmente habrán llevado al individuo a buscar algún tipo de ayuda o de intervención médica.

Puede utilizarse un quinto carácter para indicar si el trastorno psicótico agudo se asocia a una situación estresante aguda: F23.x0 No secundario a situación estresante aguda. F23.x1 Secundario a situación estresante aguda.

### F23.0

#### Trastorno psicótico agudo polimorfo (sin síntomas de esquizofrenia)

Trastorno psicótico agudo en el cual las alucinaciones, las ideas delirantes y las alteraciones de la percepción son evidentes pero marcadamente variables y cambiantes de un día para otro e incluso de una hora a otra. También suele estar presente un estado de confusión emocional con intensos sentimientos fugaces de felicidad y éxtasis o de angustia e irritabilidad. Este cuadro clínico cambiante, polimorfo e inestable es característico y aunque a veces destacan síntomas individuales de tipo afectivo o psicótico, no se satisfacen las pautas para episodio maníaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o esquizofrenia (F20.-). Este trastorno suele tener un comienzo súbito (menos de 48 horas) y una rápida resolución de los

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

síntomas. En un elevado número de casos no existe un claro estrés precipitante.

Pautas para el diagnóstico

- a) El comienzo sea agudo (pasar desde un estado no psicótico a un estado claramente psicótico en el plazo de dos semanas o menos).
- b) Estén presentes varios tipos de alucinaciones o ideas delirantes, variando de tipo e intensidad de un día para otro o dentro del mismo día.
- c) Exista un estado emocional cambiante de forma similar.
- d) A pesar de la variedad de los síntomas, ninguno esté presente con la suficiente consistencia como para satisfacer las pautas de esquizofrenia (F20.-) o de un episodio maníaco o depresivo (F30.- o F32.-).

Incluye:

"Bouffée delirante" sin síntomas de esquizofrenia o no especificada. Psicosis cicloide sin síntomas de esquizofrenia o no especificada.

F23.1

Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia

Trastorno psicótico agudo en el que se satisfacen las pautas diagnósticas del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0) y en el que están presentes de forma consistente síntomas típicos de la esquizofrenia.

Pautas para el diagnóstico

Deben cumplirse las pautas a), b) y c) del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0). Que además hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico psicótico se estableció de forma evidente.

Si los síntomas esquizofrénicos persisten más de un mes, el diagnóstico debe ser cambiado por el de esquizofrenia (F20.x).

Incluye:

"Bouffée delirante" con síntomas de esquizofrenia. Psicosis cicloide con síntomas de esquizofrenia.

F23.2

Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

Trastorno psicótico agudo en el cual los síntomas psicóticos son comparativamente estables y satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) pero cuya duración ha sido inferior a un mes. Puede estar presente hasta cierto punto una inestabilidad o variabilidad emocional, pero no con la extensión descrita en el trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).

Pautas para el diagnóstico

- a) El comienzo de los síntomas psicóticos sea agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

psicótico en dos semanas o menos).

b) Hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico psicótico se estableció de forma evidente.

c) No se satisfacen las pautas del trastorno psicótico agudo polimorfo. Si los síntomas esquizofrénicos duran más de un mes, este diagnóstico deberá sustituirse por el de esquizofrenia (F20.-).

Incluye:

Esquizofrenia aguda (indiferenciada). Esquizofrenia aguda. Trastorno o psicosis esquizofreniforme breve. Oneirofrenia. Reacción esquizofrénica.

Excluye:

Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico (F06.2). Trastorno esquizofreniforme sin especificación (F20.8).

**F23.3**

Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes

Trastornos psicóticos agudos en los cuales la característica principal es la presencia de ideas delirantes o alucinaciones comparativamente estables pero que no satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-). Las ideas delirantes de persecución o de referencia son frecuentes y las alucinaciones son generalmente auditivas (voces que hablan directamente al enfermo).

Pautas para el diagnóstico

a) El comienzo de los síntomas psicóticos sea agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).

b) Las ideas delirantes o alucinaciones hayan estado presentes durante la mayoría del tiempo desde que el cuadro clínico comenzó a manifestarse.

c) No se satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) ni del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).

Si las ideas delirantes persisten más de tres meses, el diagnóstico debe cambiarse por el de trastornos de ideas delirantes persistentes (F22.-). Si son sólo las alucinaciones las que persisten más de tres meses, el diagnóstico debe cambiarse por el de otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28).

Incluye:

Reacción paranoide. Psicosis psicógena paranoide.

**F23.8**

Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios

Trastornos psicóticos agudos no clasificables en los apartados precedentes (tales como cuadros psicóticos agudos en los cuales aparecen claras alucinaciones o ideas delirantes, pero que persisten por muy poco tiempo). Los estados de excitación no diferenciados deben ser también codificados aquí cuando no se disponga de más información acerca del estado mental del enfermo, siempre que haya evidencia de

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

que no existe una causa orgánica que justifique los síntomas.

F23.9

Trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación

Incluye: Psicosis reactiva (breve) sin especificación.

**F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas**

Trastorno de ideas delirantes, poco frecuente, compartido por dos o más personas que comparten estrechos lazos emocionales. Sólo uno de los afectados padece un auténtico trastorno psicótico. En el otro o los otros las ideas delirantes son inducidas y normalmente remiten cuando se les separa. El trastorno psicótico del individuo dominante suele ser una esquizofrenia, pero esto no es algo ni necesario ni constante. Tanto las ideas delirantes originales de la persona dominante como las inducidas en la otra, son crónicas, de naturaleza persecutoria o de grandeza. Las creencias delirantes sólo son transmitidas de esta manera en circunstancias extraordinarias poco frecuentes. Casi siempre las dos personas son familiares cercanos, aislados del entorno por su lengua, cultura o por factores geográficos. Las personas en las cuales las ideas delirantes son inducidas suelen ser también dependientes o tienen una relación de servidumbre con la que padece la psicosis genuina.

Pautas para el diagnóstico

- a) Dos o más personas comparten el mismo tema o sistema de ideas delirantes y se apoyan mutuamente en sus creencias.
- b) Ambas comparten una relación extraordinariamente estrecha, del tipo descrito mas arriba.
- c) Hay evidencia temporal y circunstancial de que las ideas delirantes están inducidas en la persona pasiva (dominada) de la pareja por el contacto con la persona activa (dominante).

Incluye:

"Folie á deux". Trastorno paranoide inducido. Psicosis simbiótica.

Excluye:

"Folie simultanee".

**F25 Trastornos esquizoafectivos**

F25.0	Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.
F25.1	Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.
F25.2	Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.
F25.8	Otros trastornos esquizoafectivos.
F25.9	Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

Trastornos episódicos en los cuales tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros. No es clara aún su relación con los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) y con los trastornos esquizofrénicos (F20-F24) típicos. Otros cuadros en los cuales los síntomas afectivos aparecen superpuestos o forman parte de una enfermedad esquizofrénica preexistente, o en los cuales coexisten o alternan con otros tipos de trastornos de ideas delirantes persistentes, se clasifican bajo la categoría adecuada de F20-F29.

Los enfermos que sufren episodios esquizoafectivos recurrentes, en particular aquellos cuyos síntomas son de tipo maníaco más que de tipo depresivo, generalmente se recuperan completamente y sólo rara vez desarrollan un estado defectual.

Pautas para el diagnóstico

Las manifestaciones de ambos tipos de síntomas, esquizofrénicos y afectivos, son claras y destacadas y se presentan simultáneamente o con un plazo de pocos días entre unos y otros, dentro del mismo episodio de la enfermedad, y cuando, como consecuencia de lo anterior, el episodio de enfermedad no satisface las pautas ni de esquizofrenia ni de episodio depresivo o maníaco. Es frecuente, por ejemplo, que los esquizofrénicos presenten síntomas depresivos tras un episodio psicótico (ver F20.4, depresión postesquizofrénica). Algunos enfermos presentan episodios esquizoafectivos recurrentes, los cuales pueden ser de tipo maníaco, depresivo o mixtos. Otros presentan uno o dos episodios esquizoafectivos intercalados entre episodios maníacos o depresivos típicos. En el primer caso el diagnóstico adecuado es el de trastorno esquizoafectivo. En el segundo, la aparición de un episodio esquizoafectivo de forma ocasional no invalida el diagnóstico de trastorno bipolar o trastorno depresivo recurrente si el cuadro clínico es típico en otros aspectos.

F25.0

Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco

Trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y los maníacos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La alteración del humor es generalmente en forma de euforia acompañada de aumento de la estimación de sí mismo e ideas de grandeza, pero a veces son más evidentes la excitación o irritabilidad, acompañadas de un comportamiento agresivo y de ideas de persecución. En ambos casos existe un aumento de la vitalidad, hiperactividad, dificultades de concentración y una pérdida de la inhibición social normal. Pueden estar presentes ideas delirantes de referencia, de grandeza o de persecución, pero se requieren otros síntomas más típicamente esquizofrénicos para establecer el diagnóstico. El enfermo puede insistir, por ejemplo, en que sus pensamientos están siendo difundidos o interceptados, o que fuerzas extrañas están tratando de controlarlos, o puede referir oír voces de varias clases, o expresar ideas delirantes extrañas que no son sólo de grandeza o de persecución. Se requiere a menudo un interrogatorio minucioso para establecer que el enfermo está realmente experimentando estos fenómenos mórbidos y no sólo bromeando o hablando de forma metafórica. Los trastornos esquizoafectivos de tipo maníaco son con frecuencia psicosis floridas con un comienzo agudo, pero la recuperación completa suele tener lugar en pocas semanas, a pesar de que el comportamiento esté alterado de un modo llamativo.

Pautas para el diagnóstico



Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

Debe existir una exaltación marcada del humor, o una exaltación menos evidente del humor acompañada de irritabilidad o excitación. Deben hallarse claramente presentes dentro del mismo episodio, por lo menos uno y preferiblemente dos síntomas característicos de la esquizofrenia (tal y como se especifica en las pautas (a)-(d) para el diagnóstico de F20.-, esquizofrenia).

Incluye:

Psicosis esquizoafectiva de tipo maníaco. Psicosis esquizofreniforme de tipo maníaco.

**F25.1**

Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo

Trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y depresivos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La depresión del humor suele acompañarse de varios síntomas depresivos característicos o de trastornos del comportamiento tales como inhibición psicomotriz, insomnio, pérdida de vitalidad, de apetito o de peso, reducción en los intereses habituales, dificultades de concentración, sentimientos de culpa, de desesperanza e ideas de suicidio. Al mismo tiempo o dentro del mismo episodio están presentes otros síntomas típicamente esquizofrénicos. El enfermo puede insistir, por ejemplo, en que sus pensamientos están siendo difundidos o interceptados, o en que fuerzas extrañas están tratando de controlarlo. Puede estar convencido de estar siendo espiado o de ser víctima de un complot que no se justifica por su comportamiento, o de oír voces que no son únicamente despectivas o condenatorias sino que hablan de matarlo o comentan entre ellas su comportamiento. Los trastornos esquizoafectivos de tipo depresivo suelen ser habitualmente menos floridos y alarmantes que los episodios esquizoafectivos de tipo maníaco, pero tienden a durar más y el pronóstico es menos favorable. Aunque la mayoría de enfermos se recuperan completamente, algunos desarrollan con el tiempo un deterioro esquizofrénico.

Pautas para el diagnóstico

Debe aparecer un humor depresivo marcado, acompañado por lo menos por dos síntomas depresivos característicos o de trastornos del comportamiento enumerados en el episodio depresivo (F32.-). Además, deben hallarse dentro del mismo episodio, por lo menos uno y preferiblemente dos síntomas típicamente esquizofrénicos (tal y como se especifica para F20.-, en las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia a)- d).

Incluye:

Psicosis esquizoafectiva de tipo depresivo. Psicosis esquizofreniforme de tipo depresivo.

**F25.2**

Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto

Trastornos en los cuales los síntomas esquizofrénicos (F20.-) coexisten con los de trastorno bipolar, episodio actual mixto (F31.6).

Incluye:

Esquizofrenia cíclica. Psicosis mixta esquizofrénica y afectiva.

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

**F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos**

**F25.9**

Trastorno esquizoafectivo sin especificación

Incluye: Psicosis esquizoafectiva sin especificación.

**F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos**

Trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas para esquizofrenia (F20.-) o para los tipos psicóticos de trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) y los trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas sintomáticas para trastorno de ideas delirantes persistentes (F22.-).

Incluye:

Psicosis alucinatoria crónica sin especificación.

**F29 Psicosis no orgánica sin especificación**

Incluye:

Psicosis sin especificación. Psicosis de origen incierto.

Excluye:

Trastorno mental sin especificación (F99). Psicosis orgánica o sintomática sin especificación (F09).

**Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10** de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) es la clasificación diagnóstica estándar internacional de enfermedades.

La CIE 10 para cada patología indica sus características y pautas para establecer el diagnóstico.

El apartado 5 de la CIE 10 se centra en los Trastornos Mentales y del Comportamiento.

Organización Mundial de la Salud (1992): Trastornos mentales y del comportamiento; descripciones clínicas y pautas del diagnóstico (CIE 10). Ed. Meditor.