

## 2.1. Evolución de los criterios diagnósticos en los sistemas DSM y CIE

El sistema de clasificación actual para los trastornos mentales en general, y la delimitación de la esquizofrenia y su espectro en particular, ha evolucionado en los últimos 50 años desde la primera edición del DSM-I (Asociación estadounidense de Psiquiatría, 1952) y la introducción de la sección relativa a los trastornos mentales en la CIE-6 (Organización Mundial de la Salud, 1949). Una revisión de las diferentes ediciones del DSM y la CIE indica que, aunque los síntomas psicóticos han sido y son un elemento central en el diagnóstico de la esquizofrenia, su definición precisa ha ido cambiando a través de ellas; no obstante, los síntomas de primer rango *scheniderianos* han recibido una posición particularmente relevante en los criterios diagnósticos de la esquizofrenia, fundamentalmente desde la publicación de la CIE-9 y el DSM-III.

Las ediciones posteriores (DSM II-IV y CIE 7-10) se han focalizado en tratar de mejorar la utilidad clínica, fiabilidad y validez de las categorías diagnósticas de este espectro, incorporando las nuevas evidencias sobre los diferentes trastornos psicóticos que forman parte de las versiones precedentes. Este proceso continúa en el DSM-5, cuyas revisiones tratan de compensar la considerable complejidad y limitaciones en utilidad clínica presentes en el DSM-IV, incorporando los nuevos resultados de investigación desde su publicación dos décadas antes. Pero, ¿cuánto hemos progresado desde los años 50 hasta la actualidad?

### 2.1.1. Del DSM-I al DSM-II

El Comité en Nomenclatura y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría desarrolló una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico: Trastornos Mentales* (Asociación estadounidense de Psiquiatría, 1952). El DSM-I constituía así un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. Quizás el aspecto más destacado del DSM-I fue el uso del término ‘reacción’ (p.ej., ‘reacción esquizofrénica’), reflejo de la influencia del punto de vista psicobiológico de Adolf Meyer (1911), que entendía los trastornos mentales como reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos.

A diferencia de lo que ocurrió con otros trastornos, el grupo de expertos creado para el DSM-II (Asociación estadounidense de Psiquiatría, 1968) mostró acuerdo considerable sobre la clasificación de la esquizofrenia, los estados paranoides, las psicosis asociadas a infecciones, las psicosis orgánicas y las asociadas a condiciones físicas. Los pacientes son descritos como ‘psicóticos’ cuando su funcionamiento mental está lo suficientemente deteriorado como para interferir claramente con su capacidad para afrontar las demandas de la vida. Y, en concreto, en el DSM-II la psicosis se define en dos sitios distintos del manual: primero con los síndromes cerebrales orgánicos y posteriormente con las psicosis funcionales, aduciendo razones históricas para mantener esta división.

De esta manera, los *Trastornos psicóticos* del DSM-I pasan a denominarse en la segunda edición *Psicosis no atribuidas a condiciones físicas relacionadas previamente*, amplia categoría que engloba a aquellos pacientes cuya psicosis no estaría causada por alguna de las condiciones biofísicas establecidas en el apartado de síndromes cerebrales orgánicos; se establece no obstante que algunos de estos pacientes con psicosis funcional podrían mostrar signos adicionales de una condición orgánica. Dentro de este capítulo de trastornos, quizás el cambio más relevante sea, como ya avanzábamos, la introducción del término *Esquizofrenia*, frente al de *Reacción esquizofrénica* del DSM-I. El cambio de nombre, no obstante, no modificó la naturaleza del trastorno, ni frenó la continuidad del debate sobre su naturaleza y sus causas. La *esquizofrenia* del DSM-II es definida como una categoría amplia que incluye un grupo de trastornos que cursan con alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales características, y donde el estado mental es atribuido primariamente a una alteración del pensamiento, distinguiéndola así de los trastornos afectivos mayores, a cuya base estaría la alteración emocional. Además, los *Estados paranoides* (otra categoría) son distinguidos de la esquizofrenia por su limitación de las distorsiones de la realidad y por la ausencia de otros síntomas psicóticos.

Teniendo en cuenta esta estructura, el DSM-II fue similar al DSM-I, pero una novedad es la consideración del diagnóstico múltiple. Se contempla así la posibilidad de que una persona pueda tener más de un trastorno mental, frente a la primera edición, donde un diagnóstico no podía ser dado si la persona presentaba otro trastorno subyacente reconocible. Así por ejemplo, podría haber niños cuya patología pudiese ser diagnosticada como *Esquizofrenia, tipo infantil* y *Trastorno mental secundario a un trastorno psiquiátrico mayor*, dejando a juicio del clínico o a la urgencia de tratamiento la determinación del trastorno primario.

Se producen además cambios en alguno de los subtipos de esquizofrenia, como es la subdivisión de la *Reacción esquizofrénica, tipo indiferenciado crónico* del DSM-I, en *Esquizofrenia, tipo indiferenciado crónico* y *Esquizofrenia, tipo latente* en el DSM-II. Se destaca además que, en estas primeras versiones se contempla la categoría *Esquizofrenia, tipo infantil*, aunque se especifica su uso exclusivo en Estados Unidos y su correspondencia en la CIE con la categoría *Esquizofrenia, otro*. En el cuadro 2.1 se puede observar la correspondencia de categorías diagnósticas entre el DSM-I y DSM-II.

### 2.1.2. Del DSM-II al DSM-III

Al igual que lo que ocurrió con las primeras ediciones, la confección del DSM-III (Asociación estadounidense de Psiquiatría, 1980) se llevó a cabo junto a la elaboración de la CIE-9. Se podría decir que hubo una ‘revolución’ en la profesión psiquiátrica que transformó rápidamente la teoría y la práctica de la salud mental en Estados Unidos a principios de los 80, y que la tercera edición del manual de la APA fue la responsable de este cambio. En muy poco tiempo, los trastornos mentales fueron transformados desde entidades amplias, etiológicamente definidas, que estarían en un continuo normalidad-patología, a trastornos categóricos basados en síntomas, que reflejan una creciente estandarización de los diagnósticos psiquiátricos, producto, entre otros, de presiones de tipo político (Mayes y Horwitz, 2005).

De nuevo vuelve a cambiar un término relevante: la categoría denominada *Reacción esquizofrénica* en el DSM-I, y que pasaba a llamarse *Esquizofrenia* en la segunda versión, se denomina *Trastornos esquizofrénicos* en esta tercera edición. Este concepto se vuelve así más restrictivo, para identificar a un grupo que en realidad es homogéneo en cuanto a la respuesta diferencial a la terapia somática, a la presencia de un patrón familiar, a la tendencia a su *debut* en el inicio de la adultez, a la recurrencia y a la grave alteración funcional que implica.

Los criterios DSM-III para los trastornos del espectro esquizofrénico siguen la línea fenomenológica, destacando el papel de las alucinaciones, los delirios y las alteraciones de pensamiento, y restando protagonismo a los síntomas negativos para el diagnóstico, a excepción del aplanamiento afectivo. Además, siguiendo la noción *kraepeliniana* de definición de las características esenciales de los trastornos psicóticos, se introduce el deterioro funcional como segundo elemento importante de diagnóstico.

Sin embargo, desaparece el término ‘psicótico’ como base para clasificar los trastornos mentales no orgánicos con síntomas psicóticos, tratando de evitar así que los trastornos afectivos mayores puedan ser clasificados como psicóticos. De esta forma, un aspecto también relevante de esta edición es que el *Trastorno esquizoafectivo* constituye aquí una categoría residual, no incluíble en los Trastornos esquizofrénicos, y para su uso cuando no hay claridad en el diagnóstico diferencial entre Trastorno afectivo y Esquizofrenia, Trastorno esquizofreniforme o Trastorno paranoide. Se eliminan por tanto de este grupo aquellos pacientes que presentan un síndrome afectivo completo en el curso de su enfermedad, aunque manifiesten síntomas psicóticos.

El concepto de *Esquizofrenia* en el DSM-III exige la presencia de síntomas psicóticos *en algún momento de la enfermedad*, y se redefinen los tipos de esquizofrenia, como sigue: a) en el DSM-II, dos de los tipos de esquizofrenia eran definidos por su curso, y los restantes por su sintomatología; en la nueva versión, se utiliza un cuarto dígito en el código diagnóstico para definir la sintomatología del episodio actual, y el quinto para codificar el curso, estableciendo 5 especificaciones de curso posibles (subcrónico, crónico, subcrónico con exacerbación aguda, crónico con exacerbación aguda o en remisión); b) se cuestiona la validez de las categorías *Esquizofrenia, tipo simple* y *tipo latente* del DSM-II, y se considera que el término más aproxima-

do para esta presentación clínica podría ser el de *Trastorno esquizotípico de la personalidad*; c) se considera que el diagnóstico de *Esquizofrenia, tipo hebefrénico* de la versión anterior, tendría su equivalente en la nueva versión en el de *Esquizofrenia, tipo desorganizado*, pues el término ‘hebefrénico’ era utilizado generalmente para conductas regresivas, aunque su significado más común se haya centrado sobre los aspectos desorganizados de la conducta; y d) debido a las modificaciones antes mencionadas sobre la esquizofrenia y los trastornos afectivos, se considera que algunos casos diagnosticados como *Esquizofrenia, tipo catatónico* desde el DSM-II, podrían diagnosticarse como *Trastorno afectivo* en el DSM-III.

Por último, el diagnóstico de *Esquizofrenia* en el DSM-III requiere una duración mínima de 6 meses, incluyendo pródromos y fase residual, dando así un papel relevante a la cronicidad de síntomas de cara al diagnóstico, y excluyendo por tanto las psicosis breves de este espectro. Este patrón evolutivo hace que desaparezca la categoría de *Episodio esquizofrenico agudo* del DSM-II del grupo de las esquizofrenias, y tendría su equivalente en los diagnósticos de *Trastorno esquizofreniforme*, *Psicosis reactiva breve* y *Trastorno esquizoafectivo* del DSM-III, pertenecientes a otro grupo distinto (véase cuadro 2.1).

### 2.1.3. Del DSM-III-R al DSM-IV

Las limitaciones percibidas en el DSM-III-R motivaron el desarrollo de nuevos sistemas de clasificación, tratando de crear un nuevo conjunto de criterios más válidos y fiables que proporcionase una cobertura más completa de la sintomatología, con especial énfasis en la duración de los síntomas más característicos de la esquizofrenia y la simplificación de los criterios (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). De este modo, en la preparación del DSM-IV (Asociación estadounidense de Psiquiatría, 1994) se realizó un esfuerzo importante para que este sistema diagnóstico pudiera usarse en poblaciones de distinto ámbito cultural (tanto dentro como fuera de Estados Unidos). Por ejemplo, ciertas prácticas religiosas o creencias (como escuchar o ver a un familiar fallecido durante el duelo) podrían diagnosticarse en esta versión como manifestaciones de un trastorno psicótico.

En esta nueva edición, bajo el epígrafe *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos* se reúnen los contenidos de tres secciones del DSM-III-R: *Esquizofrenia*, *Trastorno delirante* y *Trastorno psicótico no clasificado en otros apartados*. Veamos, a continuación, los cambios más destacados realizados con respecto a la versión anterior en la delimitación de estos trastornos (cuadro 2.1):

- *Esquizofrenia*: el DSM-IV aumenta la duración requerida de los síntomas de la fase activa desde 1 semana (establecida en el DSM-III-R) hasta 1 mes, a fin de reducir los falsos positivos e incrementar la compatibilidad con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10. Se simplifica además la presentación de los síntomas del Criterio A, incluyendo ahora en este criterio principal nuevos síntomas negativos -la alogia y la abulia -, además de simplificar la definición de las fases prodrómica y residual, y se adaptan de la CIE-10 las nuevas especificaciones del curso de la enfermedad.
- *Trastorno psicótico breve*: el DSM-IV amplía el constructo DSM-III-R de *Psicosis reactiva breve* eliminando el requisito de severidad del estresor, aunque establece un subtipo *con desencadenante grave* para esos casos. Ahora, la categoría resultante incluye todos los trastornos psicóticos que duran más de 1 día (ampliando así la duración mínima requerida de síntomas) y menos de 1 mes, y que no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo, ni a los efectos de una sustancia o de una enfermedad médica.
- *Trastorno esquizoafectivo*: se modifica la definición de sus criterios para referirse a un episodio ininterrumpido de la enfermedad, en vez de a un patrón de síntomas presente a lo largo de la vida del sujeto.
- *Trastorno psicótico inducido por sustancias y Trastorno psicótico debido a enfermedad médica*: el DSM-IV crea así dos trastornos basados en la etiología, preservando en la sub-tipificación la distinción entre presentaciones que son predominantemente delirantes frente a aquellas en las que las alucinaciones son el síntoma más relevante. Estas categorías sustituyen por tanto a las de *Alucinosis orgánica* y *Trastorno delirante orgánico* de la versión anterior.

Cuadro 2.1. Correspondencia de categorías diagnósticas de los trastornos del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos entre las distintas versiones del DSM\*.

DSM-I	DSM-II	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV y IV-TR	DSM-5
Trastornos psicóticos	Psicosis no atribuidas a ninguna de las condiciones físicas enumeradas	Psicosis no atribuibles a ninguno de los trastornos somáticos enumerados		Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
<b>Reacciones esquizofrénicas, tipos:</b>	<b>Esquizofrenia, tipos:</b>	<b>Trastornos esquizofrénicos:</b>	<b>Esquizofrenia</b>	<b>Esquizofrenia</b>	<b>Esquizofrenia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simple</li> <li>• Hebefrénico</li> <li>• Catatónico (excitado o inhibido)</li> <li>• Paranoide</li> <li>• Crónico indiferenciado</li> <li>• Latente</li> <li>• Esquizoafectivo (excitado o deprimido)</li> <li>• Infantil</li> <li>• Residual</li> <li>• Otro y no especificados</li> <li>• Episodio esquizofrénico agudo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simple</li> <li>• Hebefrénico</li> <li>• Catatónico</li> <li>• Paranoide</li> <li>• Agudo indiferenciado</li> <li>• Crónico indiferenciado</li> <li>• Esquizoafectivo</li> <li>• Infantil</li> <li>• Residual</li> <li>• Otro y no especificados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorganizada</li> <li>• Catatónica</li> <li>• Paranoide</li> <li>• Indiferenciada</li> <li>• Residual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorganizada</li> <li>• Catatónica</li> <li>• Paranoide (<i>especificar si es de tipo estable</i>)</li> <li>• Indiferenciada</li> <li>• Residual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Esquizofreniforme</li> <li>• Psicótico breve</li> <li>• Esquizoafectivo</li> <li>• Psicótico debido a enfermedad médica</li> <li>• Psicótico inducido por sustancias</li> <li>• Delirante</li> <li>• Psicótico compartido (<i>folie à deux</i>)</li> <li>• Psicótico no especificado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Esquizofreniforme</li> <li>• Psicótico breve</li> <li>• Esquizoafectivo</li> <li>• Psicótico debido a una afección médica</li> <li>• Psicótico inducido por sustancias</li> <li>• De delirios</li> <li>• Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia</li> <li>• Trastorno del espectro de la esquizofrenia</li> <li>• Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico</li> <li>• Catatonia <ul style="list-style-type: none"> <li>– Asociada a otro tr. mental</li> <li>– Debido a otra afección</li> <li>– No especificada</li> </ul> </li> <li>• Trastorno esquizotípico de la personalidad</li> </ul>
<b>Reacciones paranoies</b>	<b>Otros psicosis</b>	<b>Trastornos paranoides</b>	<b>Trastornos paranoides</b>	<b>Trastornos paranoides</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paranoia</li> <li>• Estado paranoide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción depresiva psicótica</li> <li>• Excitación reactiva</li> <li>• Confusión reactiva</li> <li>• Reacción paranoide aguda</li> <li>• Psicosis reactiva no especificada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofreniforme</li> <li>• Psicosis reactiva breve</li> <li>• Equizoafectivo</li> <li>• Psicosis atípica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofreniforme</li> <li>• Psicosis reactiva breve</li> <li>• Psicosis atípica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofreniforme</li> <li>• Psicosis reactiva breve</li> <li>• Psicosis atípica</li> </ul>	
<b>Reacción psicótica sin otros cambios estructuralmente definidos anteriormente</b>	<b>Trastornos afectivos mayores (psicosis afectivas)</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melancolía involucional</li> <li>• Trastorno maniaco depresivo (subtipos)</li> <li>• Otros trastornos afectivos mayores</li> </ul>				
	<b>Psicosis no especificada</b>				

\*Se ha modificado el orden de presentación de los trastornos en algunas ediciones DSM para tratar de hacer la correspondencia entre diagnósticos.

## 2.2. Clasificación desde el sistema CIE

Cuadro 2.2. Categorías diagnósticas establecidas para los trastornos psicóticos en las últimas versiones de la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE, Organización Mundial de la Salud)

CIE-8	CIE-9	CIE-10
<i>Psicosis</i>	<i>Psicosis</i>	<i>Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia senil y presenil</li> <li>• Psicosis alcohólica</li> <li>• Psicosis asociada a infección craneal</li> <li>• Psicosis asociada con otra condición cerebral</li> <li>• Psicosis asociada con otras condiciones físicas</li> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Psicosis afectivas</li> <li>• Estados paranoides</li> <li>• Otras psicosis</li> <li>• Psicosis no especificada</li> </ul>	<p><b>Condiciones psicóticas orgánicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencias</li> <li>• Psicosis alcohólicas</li> <li>• Psicosis por consumo de drogas</li> <li>• Condiciones psicóticas orgánicas transitorias</li> <li>• Otras condiciones psicóticas orgánicas</li> </ul> <p><b>Otros trastornos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tr. Esquizofrénicos</li> <li>• Tr. afectivos episódicos</li> <li>• Estados paranoides</li> <li>• Otras psicosis no orgánicas</li> <li>• Psicosis con origen específico en la infancia</li> </ul>	<p><b>Esquizofrenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia paranoide.</li> <li>• Esquizofrenia hebefrénica.</li> <li>• Esquizofrenia catatónica.</li> <li>• Esquizofrenia indiferenciada.</li> <li>• Depresión post-esquizofrénica.</li> <li>• Esquizofrenia residual.</li> <li>• Esquizofrenia simple.</li> <li>• Otras esquizofrenias.</li> <li>• Esquizofrenia sin especificación.</li> </ul> <p><b>Trastorno esquizotípico</b></p> <p><b>Trastornos de ideas delirantes persistentes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de ideas delirantes.</li> <li>• Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.</li> <li>• Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.</li> </ul> <p><b>Trastornos psicóticos agudos y transitorios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.</li> <li>• Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.</li> <li>• Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.</li> <li>• Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.</li> <li>• Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.</li> <li>• Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.</li> </ul> <p><b>Trastorno de ideas delirantes inducidas</b></p> <p><b>Trastornos esquizoafectivos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.</li> <li>• Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.</li> <li>• Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.</li> <li>• Otros trastornos esquizoafectivos.</li> <li>• Trastorno esquizoafectivo sin especificación.</li> </ul> <p><b>Otros trastornos psicóticos no orgánicos</b></p> <p><b>Psicosis no orgánica sin especificación</b></p>

## 2.3. Research Domain Criteria (RDoC)

Cuadro 2.3. Matriz de criterios de dominio de investigación (tomada y adaptada de Cuthbert, 2014).

Dominios / Constructos	UNIDADES DE ANÁLISIS							Paradigmas
	<i>Genes</i>	<i>Molé-</i>	<i>Células</i>	<i>Circuit-</i>	<i>Fisio-</i>	<i>Con-</i> <i>Afecto</i>	<i>Autoin-</i>	
Sistemas de valencia negativa <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Amenaza sostenida</li> <li>• ...</li> </ul>								
Sistemas de valencia positiva <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivación</li> <li>• Respuesta al refuerzo</li> <li>• Hábito</li> <li>• ...</li> </ul>								
Sistemas cognitivos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención</li> <li>• Percepción</li> <li>• Memoria operativa</li> <li>• ...</li> </ul>								
Sistemas de procesos sociales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afiliación</li> <li>• Interacción social</li> <li>• Autoestima</li> <li>• ...</li> </ul>								
Sistemas de activación / regulación <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Arousal</i></li> <li>• Ritmos biológicos</li> <li>• Sueño-vigilia</li> </ul>								

## 2.4. Otros aspectos descriptivos de la esquizofrenia y diferencias con las psicosis afectivas

Cuadro 2.4. Comparación entre esquizofrenia y trastorno bipolar

	<i>Esquizofrenia</i>	<i>Trastorno bipolar</i>
<i>Epidemiología</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalencia mundial: 1%</li> <li>- Edad del primer episodio: 26 años</li> <li>- Comienzo más temprano en los varones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalencia: TB-I: 0,5%; TB-II: 1%</li> <li>- Edad de comienzo: 15-20 años</li> <li>- Igual, para el primer episodio de manía</li> </ul>
<i>Etiología</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo de vulnerabilidad (diátesis-estrés)</li> <li>- Complicaciones obstétricas</li> <li>- Relacionada con la vida urbana</li> <li>- Asociación con consumo de drogas (cannabis)</li> <li>- Nivel socioeconómico bajo</li> <li>- Influencia de traumas en la infancia</li> <li>- Marcadores cognitivo-neurológicos tempranos, pero no claros indicadores conductuales.</li> <li>- Anomalías en la estructura cerebral (dilatación ventricular, reducción de la materia gris, del hipocampo y de la amígdala)</li> <li>- Edad avanzada del padre, en la concepción</li> <li>- Menor capacidad reproductiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Igual</li> <li>- No hay evidencia</li> <li>- Las formas maníacas no se relacionan con la vida urbana, pero sí la categoría amplia de TB</li> <li>- Menor peso, aunque también es un factor de riesgo</li> <li>- Nivel socioeconómico algo mejor</li> <li>- Mayor peso de acontecimientos vitales posteriores</li> <li>- Mayor riesgo cuando ha habido problemas conductuales/temperamentales en la infancia.</li> <li>- No hay evidencia clara</li> <li>- No influencia de la edad del padre</li> <li>- Capacidad reproductiva normal</li> </ul>
<i>Signos prodrómicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deterioro funcional significativo y síntomas psicóticos atenuados.</li> <li>- Déficits cognitivos tempranos (bajo CI, deterioro en memoria, lenguaje y funciones ejecutivas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En el TB-I, entre los 10-17 años, dificultad para pensar, obsesiones-compulsiones, intentos de suicidio, depresión, dificultad para concentrarse, cansancio, labilidad afectiva, agitación motora.</li> <li>- Déficits menos evidentes y mejor CI; deterioro cognitivo ligado a la duración del trastorno.</li> </ul>
<i>Periodo crítico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La historia natural predice cierta estabilidad funcional, con un periodo crítico de unos 5 años.</li> <li>- DUP de un año de media, en el estudio EPPIC (Australia) de 7 años de seguimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia natural de 4 meses de fase maníaca y de 6 meses de fase depresiva.</li> <li>- DUP de 19 días de media en la forma maníaca (EPPIC). Entre 8-11 años desde el primer contacto hasta el primer diagnóstico de TB.</li> </ul>
<i>Curso clínico</i>	<p>Pobre funcionamiento y calidad de vida, con tasas de recaída de hasta el 80% en los 5 años siguientes al primer episodio.</p>	<p>El 50% presentan síntomas leves en los periodos interepisodios de recaída.</p>

Nota: TB: Trastorno Bipolar; CI: Cociente Intelectual; DUP (*Duration of Untreated Psychosis*): Periodo de psicosis no tratada; EPPIC; *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre*.