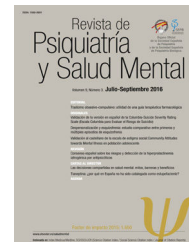




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



REVISIÓN

La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5



Rubén Valle ^{a,b,*}

^a Centro de Investigación en Epidemiología Clínica y Medicina Basada en Evidencias, Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú

^b DEIDAE de Adultos y Adultos Mayores, Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», Lima, Perú

Recibido el 1 de enero de 2019; aceptado el 22 de enero de 2020

Disponible en Internet el 23 de abril de 2020

PALABRAS CLAVE

Clasificación internacional de enfermedades;
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales;
Esquizofrenia;
Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos;
Nosología (Decs/BVS)

KEYWORDS

International classification of diseases;
Diagnostic and statistical manual of mental disorders;

Resumen La conceptualización de la esquizofrenia ha cambiado desde su concepción inicial en el siglo XIX hasta la reciente publicación de la CIE-11. Los cambios incorporados en esta última versión se han realizado con base en la evaluación de la CIE vigente, la evidencia científica disponible y los consensos logrados por sus desarrolladores. En el presente trabajo se describen los cambios en la conceptualización (criterios diagnósticos y especificadores) de la esquizofrenia de la CIE-11 respecto a aquella de la CIE-10 y del DSM-5. Los cambios encontrados son discutidos con base en la bibliografía científica publicada en Medline, Scopus y Scielo hasta julio del 2019 y la información de las páginas web de la Organización Mundial de la Salud y la American Psychiatric Association. Dado que el diagnóstico de la esquizofrenia se basa en los criterios diagnósticos de los sistemas de clasificación diagnóstica, resulta importante conocer los cambios hechos en su conceptualización y la evidencia que sustenta tales modificaciones.

© 2020 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5

Abstract The conceptualization of schizophrenia has changed from its initial conception in the 19th century to the recent publication of the ICD-11. The changes incorporated in this latest version were made based on the evaluation of the current ICD, the available scientific evidence, and the consensus reached by its developers. In this paper we describe the conceptualization changes (diagnostic criteria and specifiers) of ICD-11 schizophrenia with respect to those of ICD-10

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ruben_vr12@hotmail.com

Schizophrenia;
Schizophrenia
spectrum and other
psychotic disorders;
Nosology
(MeSH/Medline)

and DSM-5. The changes found are discussed based on the scientific literature published in Medline, Scopus and Scielo until July 2019 and the information on the World Health Organization and American Psychiatric Association websites. Given that the diagnosis of schizophrenia is based on the diagnostic criteria of the diagnostic classification systems, it is important to know the changes made in its conceptualization and the evidence supporting such modifications.

© 2020 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Antecedentes

Los sistemas de clasificación diagnóstica, Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el *Diagnostic Statistical Manual* (DSM) desarrollado por la *American Psychiatric Association* (APA), conceptualizan la psicopatología mental en trastornos mentales¹⁻⁴. Este proceso define el conjunto de manifestaciones clínicas propias de cada trastorno por medio del consenso llegado por sus desarrolladores⁵. El uso de la CIE y el DSM ha permitido hacer diagnósticos, aplicar tratamientos y postular pronósticos en psiquiatría^{6,7}, pero no ha permitido conocer las raíces subyacentes a la psicopatología mental^{8,9}. Como una forma de hacer frente a esta limitación, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos ha propuesto el proyecto Research Diagnostic Criteria, que busca construir un sistema de clasificación basado en la correlación directa entre conductas observadas y hallazgos en neurociencias^{10,11}. El proyecto sistematiza la psicopatología mental en 5 constructos, los mismos que deben ser estudiados en 7 unidades de análisis (p. ej., genes, moléculas, etc.). Aunque el objetivo primario es ofrecer un marco para la investigación en psiquiatría, se espera que en un futuro sus resultados permitan el diagnóstico y el tratamiento de los síntomas mentales¹². Por ello, mientras que no existan bases para la construcción de un sistema clasificatorio basado en hallazgos neurobiológicos, la conceptualización de los trastornos mentales realizada por la CIE y el DSM continuará siendo el procedimiento de clasificación en psiquiatría¹³.

La conceptualización de los trastornos mentales especifica los límites, las características y el contenido de estas entidades clínicas para su uso en investigación, clínica, estadística y salud pública^{14,15}. La conceptualización es un proceso continuo que se realiza con cada publicación de los sistemas de clasificación diagnóstica con base en la evidencia científica disponible¹⁶, valoración de los sistemas clasificatorios vigentes^{17,18} y consensos logrados por los encargados de su desarrollo¹⁹. De esta forma, la conceptualización de los trastornos mentales ha variado a través de 5 versiones de la CIE y 6 versiones del DSM buscando alcanzar una adecuada descripción de estas entidades clínicas^{20,21}. En las distintas versiones de los sistemas de clasificación diagnóstica, la esquizofrenia ha sido una de las principales categorías diagnósticas²² y su conceptualización, iniciada incluso antes de la publicación de las primeras versiones de estos sistemas clasificatorios, ha presentado cambios

conceptuales en el tiempo y entre ambos sistemas clasificatorios.

La noción de la esquizofrenia se empezó a forjar a finales del siglo XIX por insignes psiquiatras europeos¹⁶. Sin embargo, su concepto actual fue elaborado por Emil Kraepelin, quien formuló el concepto de demencia precoz y señaló como características del trastorno el inicio en la juventud, curso progresivo y pobre resultado clínico^{16,23}. Eugen Bleuler denominó la demencia precoz de Kraepelin como esquizofrenia, bajo la asunción que este trastorno se debía a una escisión en la psique de la persona, e indicó que la característica más importante eran los síntomas fundamentales (síntomas negativos)^{16,24}. Kurt Schneider, por su parte, indicó que el defecto principal en el trastorno se debía a un daño en la comunicación empática y consideró a los síntomas de primer rango (síntomas positivos) como las manifestaciones más relevantes^{3,25,26}. Basados en estos conceptos, las distintas versiones de los sistemas clasificatorios han incorporado, en mayor o menor medida, la cronicidad kraepeliana, los síntomas negativos de Bleuler y los síntomas de primer rango de Schneider dentro del constructo de la esquizofrenia^{3,22,25,27}.

La conceptualización de la esquizofrenia también ha variado entre la CIE y el DSM. Las versiones iniciales de ambos sistemas conceptualizaron la esquizofrenia bajo una descripción clínica de enfoque psicodinámico²⁸. Luego, mientras que el DSM-II (1968) conceptualizó la esquizofrenia como la «pérdida de los límites del ego» fundamentados en el enfoque de Bleuler dominante en Estados Unidos¹⁶, la CIE-8 (1967) conceptualizó el trastorno con base en los síntomas positivos, la cronicidad y los pobres resultados clínicos apoyados en la perspectiva de Schneider y Kraepelin imperante en el resto del mundo¹⁶. Las diferencias en la conceptualización del trastorno condujeron a problemas en el diagnóstico, lo cual fue evidenciado en un estudio que mostró que los pacientes en Estados Unidos tenían el doble de probabilidad de recibir el diagnóstico de esquizofrenia que en Londres²⁹. El DSM-III (1980), posteriormente, introdujo un sistema diagnóstico basado en criterios explícitos, lo cual facilitó el diagnóstico y permitió el uso extendido de los sistemas clasificatorios en la práctica clínica e investigación^{16,30}. Las últimas versiones de la CIE (CIE-10) y el DSM (DSM-IV y DSM-5) han compartido una mayor similitud en la conceptualización de la esquizofrenia^{3,16}.

La CIE-11, publicada en junio del 2018, ha introducido una serie de cambios en la conceptualización de la esquizofrenia respecto a aquella del CIE-10 y del DSM-5^{1,2,31}. Los

cambios se realizaron con la finalidad de mejorar la utilidad clínica del trastorno^{17,32,33}, o asemejar los criterios de la CIE-11 con las del DSM-5³⁴. Los cambios se fundamentan en una base empírica o, por el contrario, los criterios son mantenidos por no haberse encontrado una razón que justifique su modificación. El objetivo del trabajo es describir los cambios realizados en la conceptualización de la esquizofrenia de la CIE-11 con relación a aquella de la CIE-10 y del DSM-5, y mostrar la evidencia que sustenta tales modificaciones.

Metodología

Se revisaron los sistemas de clasificación diagnóstica: CIE-11, CIE-10 y DSM-5^{1,2,31}, y se comparó la conceptualización (criterios diagnósticos y especificadores) de la esquizofrenia de la CIE-11 (2018) con la de la CIE-10 (1992) y la del DSM-5 (2013). Los criterios diagnósticos definen y delimitan el trastorno, mientras que los especificadores lo caracterizan de acuerdo con su curso, severidad y forma de presentación. Las diferencias encontradas entre los sistemas de clasificación diagnóstica son discutidas con base en la evidencia científica disponible en Medline, Scopus y Scielo publicada hasta julio del 2019. La recolección de esta información se realizó mediante la elaboración de estrategias de búsqueda con la combinación de los términos: *International Classification Diseases, ICD, ICD-11, ICD-10, Diagnostic Statistical Manual, DSM, DSM-5, psychiatric nosology, schizophrenia and psychosis*, que fueron introducidos en el buscador de cada una de estas bibliotecas virtuales. La búsqueda en Scielo se realizó con los mismos términos traducidos al idioma español. Adicionalmente, se revisaron las páginas web de la OMS y la APA para recolectar información sobre el desarrollo de la CIE-11 y el DSM-5, respectivamente^{35,36}. Las diferencias encontradas entre la CIE-11, la CIE-10 y el DSM-5 se muestran en la [tabla 1](#).

Resultados

La CIE-11

La CIE, sistema estándar de información en salud para las estadísticas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial, define el universo de enfermedades, trastornos, lesiones y otras afecciones relacionadas con la salud. La CIE se usa en clínica e investigación para definir enfermedades y estudiar sus patrones, así como en la administración de los servicios de salud para monitorizar resultados y asignar recursos³⁵. La CIE-11 se publicó después de 25 años, lo que representa el mayor tiempo de elaboración de una versión de la CIE^{37,38}. El proyecto comenzó en 1999 y por 14 años cientos de expertos alrededor del mundo contribuyeron a crear la nueva versión a través de un proceso de revisión electrónica que recibió más de 10.000 propuestas de revisión³⁹⁻⁴¹. La CIE-11 fue diseñada para ser usada en distintas áreas de la salud y campos anexos, por lo que es fácil de usar, tiene un lenguaje claro y permite la toma de decisiones⁴². Los estados miembros de la OMS reunidos en la Asamblea Mundial de la Salud adoptaron la CIE-11 en mayo del 2019, por lo que esta nueva versión de la CIE entrará en vigor en enero del 2022⁴³.

La elaboración del capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-11 estuvo a cargo del WHO

Department of Mental Health and Substance Abuse^{17,37,44}. El departamento supervisó que los cambios a los criterios diagnósticos se realizaran a través de un proceso multidisciplinario, transparente y multilingüe, y, a su vez, que estuviera lo más libre posible de conflictos de intereses³⁷. El departamento llevó a cabo un programa exhaustivo y sistemático de estudios de campo en escenarios clínicos y por Internet, que evaluaron los criterios diagnósticos de los trastornos mentales (*Clinical description and diagnostic guidelines*)^{17,41,44}. Estos trabajos se llevaron a cabo en países con diferente idioma y distinto nivel de ingresos económicos con la finalidad de investigar ampliamente la confiabilidad y la utilidad clínica de los criterios diagnósticos^{18,44-46}. El capítulo sobre trastornos psicóticos en la CIE-11 fue desarrollado por el *Working group on the Classification of Psychotic Disorders*, el cual estuvo a cargo de revisar la evidencia científica y desarrollar las propuestas diagnósticas que finalmente se incluyeron en la CIE-11³⁷.

La CIE-11 describe los trastornos psicóticos en el capítulo «Esquizofrenia u otros trastornos psiquiátricos primarios». El capítulo incluye la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno esquizotípico, el trastorno psicótico agudo y transitorio, el trastorno delirante y otras esquizofrenias especificadas u otros trastornos psicóticos primarios. Estos trastornos se caracterizan por presentar una alteración en la evaluación de la realidad y del comportamiento, y por la presencia de síntomas positivos (delirios, alucinaciones, pensamiento y conducta desorganizada y experiencias de pasividad y control), síntomas negativos (afecto abolido o aplanado) y alteraciones psicomotoras³¹. El diagnóstico de esquizofrenia, en particular, se basa en la presencia de alteraciones a nivel del pensamiento, la percepción, la experiencia del yo, la cognición, la volición, el afecto y el comportamiento, los cuales deben persistir por al menos un mes. También pueden estar presentes alteraciones psicomotoras como la catatonía. Se requiere que los síntomas no sean una manifestación de otra condición de salud ni del consumo de sustancias o medicación³¹.

Comparación entre la CIE-11 y la CIE-10

Comparación conceptual

La CIE-11 realizó un cambio en los criterios diagnósticos de la esquizofrenia de la CIE-10. El cambio consistió en la resta de preponderancia a los síntomas de primer rango de Schneider de la CIE-10 (delirio extravagante o alucinación de primer rango). Kurt Schneider consideró que los síntomas de primer rango eran importantes para el diagnóstico de la esquizofrenia, por lo que los denominó de «primer rango», pero nunca consideró que fuesen suficientes ni necesarios⁴⁷. La CIE-10 otorgó un valor casi patognomónico a estas manifestaciones clínicas^{47,48}, al considerar que la presencia de un solo síntoma era suficiente para hacer el diagnóstico de esquizofrenia¹. La decisión de restar preponderancia a los síntomas de primer rango se dio fundamentalmente por la evidencia que mostraba su poca especificidad para diferenciar la esquizofrenia de otras psicosis no afectivas^{48,49} y de las psicosis afectivas^{47,50}. Con este cambio, la CIE-11 valora de igual forma los síntomas de primer rango con las alucinaciones y delirios de cualquier tipo como criterios diagnósticos de la esquizofrenia³¹.

Tabla 1 Comparación entre los sistemas de clasificación diagnóstica

Aspectos	CIE-10	DSM-5	CIE-11
Nombre del capítulo	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Esquizofrenia u otros trastornos psiquiátricos primarios
Síntomas de primer rango	Enfatiza en los síntomas de primer rango	No enfatiza en los síntomas de primer rango	No enfatiza en los síntomas de primer rango
Duración de síntomas psicóticos	Síntomas psicóticos por al menos un mes	Un mes para síntomas de la sección A. Síntomas del trastorno persisten por al menos 6 meses	Síntomas psicóticos por al menos un mes
Criterio de funcionalidad	No incluye criterio de funcionalidad	Criterio B: el funcionamiento a nivel laboral, interpersonal o autocuidado está muy por debajo del nivel premórbido	No incluye criterio de funcionalidad
Subtipos de ESQ	ESQ paranoide ESQ hebefrénica ESQ catatónica ESQ indiferenciada Depresión postesquizofrénica ESQ residual ESQ simple Otras ESQ ESQ inespecífica	No incluye subtipos	No incluye subtipos
Especificador de síntomas	No incluye especificador de síntomas	Alucinaciones Delirios Discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal Síntomas negativos Alteración cognitiva Depresión Manía	Síntomas positivos Síntomas negativos Síntomas depresivos Síntomas maníacos Síntomas psicomotores Alteraciones cognitivas
Criterio de daño cognitivo	No incluye el criterio de daño cognitivo	Incluido como un especificador de síntomas	Incluido como un especificador de síntomas
Especificador de curso	Continuo Episódico con déficit progresivo Episódico con déficit estable Episódico remitente Remisión incompleta Remisión completa Otra Curso incierto, periodo de observación muy corto	Primer episodio, actualmente en episodio agudo Primer episodio, actualmente en remisión parcial Primer episodio, actualmente en remisión total Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial Episodios múltiples, actualmente en remisión total Continuo No especificado	Primer episodio actualmente sintomático Primer episodio, en remisión parcial Primer episodio, en remisión total Primer episodio, no especificado Múltiples episodios, actualmente sintomática Múltiples episodios, en remisión parcial Múltiples episodios, en remisión total Múltiples episodios, no especificado Continuo, actualmente sintomático Continuo, en remisión parcial Continuo, en remisión total Continuo, no especificado Otra ESQ especificada ESQ, no especificada

ESQ: esquizofrenia.

Comparación en la descripción

La CIE-11 realizó 3 cambios en la caracterización de la esquizofrenia de la CIE-10. La CIE-11 retiró los subtipos de la esquizofrenia de la CIE-10 que habían sido propuestos como una forma de captar la heterogeneidad clínica del trastorno³¹. Estas categorías, creadas con base en la combinación de síntomas, no constituían entidades clínicas naturales, sino solo constructos sintomáticos que proporcionaban alguna información sobre el cuadro clínico⁵¹. En la práctica clínica, los subtipos de la esquizofrenia presentaban una baja estabilidad diagnóstica en las evaluaciones longitudinales^{52,53} y superposición de síntomas entre los distintos subtipos de esquizofrenia (síntomas de desorganización en la esquizofrenia catatónica) y con los trastornos del humor y otras condiciones médicas (catatonía)^{51,54}. Adicionalmente, estas categorías no permitían describir la presentación clínica diferente e independiente de los componentes psicótico y del estado de ánimo del trastorno²². En ese sentido, la retirada de los subtipos de esquizofrenia en la CIE-11 puede suponer una simplificación en la descripción clínica del trastorno²².

La CIE-11 ha introducido un especificador de síntomas como reemplazo de los subtipos de esquizofrenia³¹. El especificador registra información sobre la presencia o ausencia de síntomas, su curso longitudinal, la respuesta al tratamiento y el pronóstico en el trastorno²². El especificador debe ser evaluado constantemente en el curso de la enfermedad dado que la gravedad de las manifestaciones clínicas varía entre pacientes y en un mismo paciente en distintos momentos²². Las categorías del especificador incluyen los síntomas positivos, negativos, depresivos, maníacos, psicomotores y déficits cognitivos^{34,55,56}. Aunque el déficit cognitivo no se ha considerado un síntoma nuclear de la esquizofrenia, su inclusión como especificador se basó en el papel que cumple en la recuperación psicosocial y funcional de los pacientes³⁴. La evaluación de estos síntomas se realiza individualmente con una escala que va de cero (ausente) a 4 (severo)⁵⁵. El especificador de síntomas, comparado con los subtipos de la esquizofrenia, puede permitir captar de manera más precisa y dinámica los distintos síntomas de la esquizofrenia²².

La CIE-11 modificó el especificador de curso de la esquizofrenia de la CIE-10. El curso del trastorno en la CIE-10 estaba dividido en curso continuo, episódico (con déficit progresivo o estable y remitente), remisión (completa e incompleta), otro y curso incierto¹. Estos especificadores se cambiaron en la CIE-11 por las categorías: primer episodio, múltiples episodios, curso continuo y no especificado, donde las 3 primeras categorías permiten especificar si el paciente presenta un episodio agudo, una remisión parcial o total de síntomas o es no especificado³¹. La innovación más relevante del especificador de curso es la incorporación de la categoría «primer episodio», la cual permitirá un mejor registro de los pacientes que iniciaron con síntomas psicóticos en los sistemas de salud y un mejor estudio longitudinal del trastorno desde sus estadios iniciales. La introducción de esta categoría en la CIE-11 se relaciona con el interés global que existe por el estudio de los cuadros psicóticos desde sus primeros estadios en las últimas décadas⁵⁷⁻⁵⁹. De esta forma, el especificador de curso de la CIE-11 ofrece un sistema más completo para la descripción de los distintos cursos que puede seguir la esquizofrenia.

Comparación entre la CIE-11 y el DSM-5

Comparación conceptual

La CIE-11 y el DSM-5 realizaron similarmente un cambio en los criterios diagnósticos de la esquizofrenia. El cambio consistió en el retiro de los síntomas de primer rango de Schneider de los criterios diagnósticos de la esquizofrenia por ambos sistemas^{3,34}. El DSM-IV requería de un solo delirio extravagante o alucinación auditiva de primer rango para cumplir con el criterio A de los criterios diagnósticos⁶⁰. El DSM-5 eliminó este criterio y por ello, en esta versión del DSM, cualquier tipo de delirio o alucinación tiene un mismo valor en el diagnóstico³. Esta decisión se basó en los estudios que mostraron la poca especificidad de los delirios extravagantes y la dificultad que existía para distinguir entre delirios extravagantes y no extravagantes^{61,62}, y en los trabajos que mostraban que las alucinaciones auditivas de primer rango presentaban confiabilidad variable, pobre valor pronóstico, poca especificidad y frecuencia inconsistente⁶². Dado que menos del 2% de pacientes eran diagnosticados de esquizofrenia con base en los síntomas de primer rango, se espera que este cambio no produzca un mayor impacto en el diagnóstico⁶².

La CIE-11 presenta 2 diferencias en los criterios diagnósticos de la esquizofrenia con la del DSM-5. Si bien la CIE-11 y el DSM-5 requieren que los síntomas psicóticos duren al menos un mes para hacer el diagnóstico de esquizofrenia^{2,31}, el DSM-5, adicionalmente, demanda que estos síntomas junto con los síntomas prodrómicos o residuales estén presentes por 6 meses^{2,42}. Se ha señalado que existen pocos estudios que han investigado directamente el criterio de duración de un mes de síntomas psicóticos⁶³, pero que este criterio es mantenido en la CIE-11 dada la alta estabilidad del constructo de la esquizofrenia tomando en cuenta este periodo⁶⁴. Por otro lado, mientras que la merma en la funcionalidad es un criterio diagnóstico de esquizofrenia en el DSM-5, la CIE-11 no la considera. La CIE argumenta que los déficits funcionales no ocurren en todas las personas con esquizofrenia y, por lo tanto, no son específicos del trastorno⁴². Además, señala que los trastornos mentales deben ser definidos con base en sus síntomas y no con relación a las limitaciones en la actividad¹⁷. Por su parte, el DSM usa un criterio de «significación clínica de daño» como umbral para identificar a los trastornos mentales. Por ello, acorde con este enfoque, el DSM-5 mantiene el deterioro en la funcionalidad como un criterio diagnóstico³⁷.

Comparación en la descripción

La CIE-11 y el DSM-5 han realizado cambios similares en la descripción de la esquizofrenia. Ambos sistemas retiraron los subtipos del trastorno dado que presentaban poca utilidad clínica, baja estabilidad diagnóstica, nula heredabilidad y poca influencia en el tratamiento^{3,42}. Asimismo, estudios de análisis de *clusters* mostraron que los síntomas de esquizofrenia se agrupaban de una manera distinta de los subtipos propuestos en el DSM^{65,66}. En la práctica clínica, solo los subtipos indiferenciado y paranoide se utilizaban con cierta frecuencia, mientras que los otros subtipos eran raramente usados²². Por ejemplo, en Estados Unidos, el subtipo catatónico solo se utilizó en el diagnóstico del 1% de pacientes

del *Medicaid* y en el 2% de pacientes tratados de forma ambulatoria²⁷. En investigación, estas categorías eran poco utilizadas, observándose que solo el 9,8% de estudios publicados en 1990 y el 6,5% en el 2010 tomaron en cuenta los subtipos de la esquizofrenia⁶⁷. Estos hallazgos han servido para fundamentar el retiro de los subtipos de la esquizofrenia de ambos sistemas clasificatorios.

El DSM-5, al igual que la CIE-11, incorporó un especificador de síntomas en la evaluación de las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia (delirios, alucinaciones, comportamiento psicomotor anormal, lenguaje desorganizado y síntomas negativos)². Los síntomas han sido divididos en 8 especificadores: alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal, síntomas negativos, alteración cognitiva, depresión y manía⁶⁸, los cuales deben ser evaluados con una escala que va de 0 (ausente) a 4 (severo), descrita en el capítulo «Medidas de evaluación» de la sección III del DSM-5². La incorporación del especificador de síntomas permite evaluar la heterogeneidad clínica de la esquizofrenia de una manera válida y clínicamente útil²⁷. Además, brinda información sobre la naturaleza de la enfermedad en un paciente en particular y permite evaluar el impacto del tratamiento en diferentes aspectos del trastorno⁶⁹. La incorporación de un especificador de síntomas común entre el DSM-5 y la CIE-11 permitirá comparar información clínica entre ambos sistemas clasificatorios⁶.

La catatonía, al ser retirada como un subtipo de esquizofrenia, fue manejada de forma similar por la CIE-11 y el DSM-5⁷⁰. La CIE-11 considera que la catatonía se puede producir por trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia), sustancias psicoactivas (incluidos medicamentos) y por condiciones médicas⁷¹. En el primer caso, la catatonía se valora con el especificador de síntomas dentro de la categoría «síntomas psicomotores»^{37,72} y en los otros 2 casos como una forma de presentación secundaria⁷¹. El DSM-5 considera que la catatonía puede deberse a trastornos mentales, condiciones médicas y tener una forma no especificada⁷⁰. La catatonía en la esquizofrenia se valora con un especificador independiente («con catatonía»), al igual que el especificador de curso y de síntomas^{2,27}. La catatonía por condiciones médicas es una forma secundaria a una afección de salud determinada y la catatonía no especificada se reserva para los casos en que no se conoce la causa subyacente de esta condición⁷⁰. La clasificación de la catatonía no está respaldada en datos empíricos, por lo que su asignación como una categoría del especificador de síntomas, un especificador de síntomas o una entidad clínica separada está dada por el consenso llegado por los desarrolladores de la CIE y el DSM^{72,73}.

La CIE-11 y el DSM-5 han modificado el especificador de curso de la esquizofrenia. El DSM-IV incluía las categorías: episódico (con y sin síntomas residuales interepisódicos), continuo, episodio único (remisión parcial y total), otro patrón no especificado y menos de un año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa⁶⁰. El DSM-5 modificó estas categorías y, en su lugar, buscó resaltar el estado actual y el patrón longitudinal que puede seguir el trastorno²⁷. El estado actual valora si el paciente se encuentra con síntomas activos o presenta una remisión parcial o total de síntomas. El patrón longitudinal caracteriza el trastorno como primer episodio, múltiples episodios,

continuo e inespecífico²⁷. La combinación de estas categorías ofrece un set de distintos especificadores de curso que permiten a clínicos e investigadores documentar el estado actual y el curso general del trastorno de un paciente en una determinada evaluación²⁷. La similitud de los actuales especificadores de curso entre la CIE-11 y el DSM-5 permitirá comparar los distintos patrones de curso que puede seguir la esquizofrenia entre ambos sistemas clasificatorios.

Discusión

La conceptualización de la esquizofrenia ha evolucionado desde su concepción inicial a finales del siglo XIX hasta la reciente publicación de la CIE-11 en el 2018. Durante todo este periodo, la definición del trastorno ha variado, sus límites se han expandido o reducido y sus criterios diagnósticos se han modificado^{3,16,19}. Los cambios en su conceptualización se deben a lo poco esclarecido de su naturaleza (anomalías genéticas, desregulación de neurotransmisores, alteraciones anatómicas)^{74,75}, que hace que hasta la fecha no exista un marcador biológico que permita hacer un diagnóstico empírico⁷⁶. Esto ocasiona que el diagnóstico de la esquizofrenia se siga fundamentando en los datos obtenidos mediante la observación clínica en lugar de estar basados en marcadores biológicos relacionados con la función o enfermedad cerebral⁷⁷. En ese sentido, la conceptualización de la esquizofrenia realizada por la CIE y el DSM tiene una vital importancia para el estudio, diagnóstico y tratamiento de esta patología.

La CIE-11, al igual que sus versiones antecesoras, ha conceptualizado la esquizofrenia bajo un enfoque categórico, siguiendo los principios del modelo biomédico^{6,78,79}. La aplicación de este modelo ha permitido el diagnóstico y el manejo clínico de los cuadros psicóticos crónicos⁷; sin embargo, también ha puesto en evidencia que los cuadros de psicosis, incluidos bajo el constructo de esquizofrenia, no presentan las características de una entidad categórica^{9,80,81}. Esto se evidencia en los problemas diagnósticos que surgen al evaluar casos que presentan conjuntamente síntomas de psicosis y del estado del ánimo⁸², la alta comorbilidad que presenta la esquizofrenia con otros trastornos mentales^{83,84} y las dificultades en el diagnóstico de los cuadros psicóticos subumbrales⁸². De esta forma, aunque la esquizofrenia está conceptualizada como una entidad categórica en los actuales sistemas de clasificación diagnóstica, la enfermedad psicótica no muestra poseer tal característica⁸². Esto ha puesto en duda la existencia de las estrictas separaciones entre trastornos mentales (zona de rareza) que asume el enfoque categórico^{9,85} y, por lo tanto, la adecuación de este enfoque para el estudio de la enfermedad psicótica⁸⁶.

Un modelo alternativo para el estudio de la esquizofrenia es el enfoque dimensional⁸⁷⁻⁸⁹. Este enfoque considera la existencia de una variación cuantitativa y gradual entre los distintos trastornos mentales y entre la «normalidad» y la patología⁸¹. El enfoque dimensional coloca la esquizofrenia junto con el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar con síntomas psicóticos dentro del espectro psicótico^{88,90}. Así, considera que los trastornos dentro de este espectro comparten varios factores etiológicos (genéticos y

ambientales)⁹¹⁻⁹³ y que mientras los factores compartidos explican el desarrollo de psicosis, los factores no compartidos explican los síntomas específicos de cada enfermedad^{87,93}. La influencia del enfoque dimensional en la CIE-11 y el DSM-5 se observa en el sistema de evaluación del especificador de síntomas (graduación de la severidad) y en el nombre del capítulo de los trastornos psicóticos del DSM-5 («Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos»)^{22,73}. El enfoque dimensional no es excluyente del categórico; por ello, se está planteando el estudio de la esquizofrenia con un modelo híbrido que combine el enfoque categórico y dimensional^{81,94}. Un ejemplo de ello es en la estadiación clínica de la esquizofrenia, que busca prevenir la progresión del trastorno a estadios avanzados o promover el retorno a estadios menos severos o incluso la remisión completa⁹⁵. Para ello estudia la enfermedad psicótica en un continuum de severidad en sus distintos estadios (p. ej., fase prodrómica, primer episodio psicótico y fase crónica) y propone estrategias terapéuticas específicas en cada una de ellas⁹⁶.

Los cambios propuestos en la esquizofrenia no solo están referidos a su conceptualización, sino también a su denominación. Distintos movimientos conformados por profesionales de la salud, pacientes y familiares han hecho un llamado para el cambio de nombre de la patología^{97,98}. Estos movimientos argumentan que el término «esquizofrenia» es altamente estigmatizante y que está asociado con desesperanza, violencia y discriminación^{97,99}. Por ello, sostiene que dicha denominación tiene un impacto negativo para los pacientes que no solo tienen que convivir con los síntomas del trastorno, sino también con la presión social dada por la enfermedad^{100,101}. En ese sentido, se han propuesto nuevos nombres que buscan reemplazar la denominación de esquizofrenia⁹⁷, tales como: «enfermedad de Kraepelin-Bleuler»¹⁰², «síndrome de susceptibilidad a la psicosis»¹⁰³ y «enfermedad de Bleuler»¹⁰⁴. Estas ideas han calado en países de Asia que han cambiado el nombre de esquizofrenia por el de trastorno de integración (Japón), trastorno de la sintonización (Corea del Sur) y disfunción del pensamiento y percepción (Hong Kong y Taiwán)¹⁰⁵. Los cambios propuestos en el enfoque de estudio y en la denominación de la esquizofrenia son temas en agenda para las futuras versiones de la CIE y el DSM.

En conclusión, la CIE-11 conceptualizó la esquizofrenia bajo un enfoque categórico y realizó un cambio en los criterios diagnósticos (retiro de los síntomas de primer rango de Scheneider) y 3 cambios en los especificadores (retiro de los subtipos de la esquizofrenia, cambios de los especificadores de síntomas y de curso) respecto a la esquizofrenia de la CIE-10. Por lo tanto, la definición nuclear de la esquizofrenia de la CIE-10 se mantiene en la CIE-11, pero se modifica su descripción. Por otro lado, la definición de la esquizofrenia de la CIE-11 se armonizó con la del DSM-5 con el retiro de los síntomas de primer rango⁶², pero persisten diferencias respecto a la duración de síntomas y alteración de la funcionalidad. Los cambios en los especificadores de la esquizofrenia en la CIE-11 son similares a los que hizo el DSM-5 al DSM-IV. Una diferencia en los especificadores es el distinto manejo que se ha dado a la catatonía, ya que la CIE-11 lo considera como una categoría del especificador de síntomas y el DSM-5 lo evalúa como un especificador independiente⁷². En general, los cambios incorporados en la conceptualización de la

esquizofrenia de la CIE-11 lo han hecho más similar con la del DSM-5.

Financiación

La investigación no recibió ningún financiamiento de ninguna agencia pública, comercial o institución sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Tandon R. The nosology of schizophrenia: Toward DSM-5 and ICD-11. *Psychiatr Clin North Am.* 2012;35:557-69.
4. Stengel E. Classification of mental disorders. *Bull World Health Organ.* 1959;21:601-63.
5. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernández R, Narrow WE, Reed GM. Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychol Sci Public Interest J Am Psychol Soc.* 2017;18:72-145.
6. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clin Psychol Rev.* 2013;33:846-61.
7. Nesse RM, Stein DJ. Towards a genuinely medical model for psychiatric nosology. *BMC Med.* 2012;10:5.
8. Kendell RE. Clinical validity. *Psychol Med.* 1989;19:45-55.
9. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry.* 2003;160:4-12.
10. Sanislow CA, Pine DS, Quinn KJ, Kozak MJ, Garvey MA, Heinssen RK, et al. Developing constructs for psychopathology research: Research domain criteria. *J Abnorm Psychol.* 2010;119: 631-9.
11. Morris SE, Cuthbert BN. Research domain criteria: Cognitive systems, neural circuits, and dimensions of behavior. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012;14:29-37.
12. Cuthbert BN. The RDoC framework: Facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry.* 2014;13: 28-35.
13. Wakefield JC. Are you as smart as a 4th grader? Why the prototype-similarity approach to diagnosis is a step backward for a scientific psychiatry. *World Psychiatry.* 2012;11: 27-8.
14. Stein DJ. What is a mental disorder? A perspective from cognitive-affective science. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 2013;58:656-62.
15. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* 2011;10(2):86-92.
16. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res.* 2009;110(1-3):1-23.

17. First MB, Reed GM, Hyman SE, Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*. 2015;14:82–90.
18. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC, Evans SC, Medina-Mora ME, Robles R, et al. Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. *Am Psychol*. 2016;71:3–16.
19. Daradkeh T, El-Rufaie O, Younis Y, Ghubash R. The diagnostic stability of ICD-10 psychiatric diagnoses in clinical practice. *Eur Psychiatry*. 1997;12:136–9.
20. Kawa S, Giordano J. A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philos Ethics Humanit Med PEHM*. 2012;7:2.
21. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013;12:92–8.
22. Tandon R, Bruijnzeel D. The evolving nosology of schizophrenia: relevance for treatment. En: Janicak PG, Marder SR, Tandon R, Goldman M, editores. *Schizophrenia Recent advances in diagnosis and treatment*. New York: Springer; 2014.
23. Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*. Chicago: Chicago Medical Book Co.; 1919.
24. Bleuler E, Zinkin J. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities; 1959.
25. Tandon R, Maj M. Nosological status and definition of schizophrenia: Some considerations for DSM-V and ICD-11. *Asian J Psychiatry*. 2008;1:22–7.
26. Schneider K, Hamilton M. *Clinical psychopathology*. New York: Grune & Stratton; 1959.
27. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res*. 2013;150:3–10.
28. Avasthi A, Sarkar S, Grover S. Approaches to psychiatric nosology: A viewpoint. *Indian J Psychiatry*. 2014;56:301–4.
29. Cooper J, Kendell RE, Gurland BJ, Sharpe L, Copeland JRM, Simon R. *Psychiatric diagnosis in New York and London*. London: Oxford University Press; 1972.
30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. 3rd ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1980.
31. World Health Organization. *ICD-11 International Classification of Diseases-Mortality and morbidity statistics*. 11th revision. Geneva: World Health Organization; 2018.
32. Maj M. Why the clinical utility of diagnostic categories in psychiatry is intrinsically limited and how we can use new approaches to complement them. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. 2018;17:121–2.
33. Gaebel W, Zielasek J, Reed GM. Mental and behavioural disorders in the ICD-11: Concepts, methodologies, and current status. *Psychiatr Pol*. 2017;51:169–95.
34. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland HR. Psychotic disorders in ICD-11. *Asian J Psychiatry*. 2013;6:263–5.
35. World Health Organization. *International Classification of Diseases*. 11th revision (ICD-11) [Internet]. WHO. 2018 [consultado 12 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. [Internet]. 2013 [consultado 12 Ago 2018]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>.
37. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull*. 2012;38:895–8.
38. Stein DJ, Reed GM. ICD-11: The importance of a science of psychiatric nosology. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:6–7.
39. World Health Organization. WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11) [Internet]. World Health Organization. 2018 [consultado Ago 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)).
40. Reed GM, First MB, Elena Medina-Mora M, Gureje O, Pike KM, Saxena S. Draft diagnostic guidelines for ICD-11 mental and behavioural disorders available for review and comment. *World Psychiatry*. 2016;15:112–3.
41. Ayuso Mateos JL. The process of preparing the chapter on mental and behavioural disorders of the ICD 11. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11:127–9.
42. Biedermann F, Fleischhacker WW. Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectr*. 2016;21:349–54.
43. Organización Mundial de la Salud. Noticias de la Asamblea Mundial de la Salud, 25 de mayo de 2019 [Internet]. [consultado 24 Ago 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update>.
44. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ, Keeley JW, Elena Medina-Mora M, Gureje O, et al. The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: Results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry*. 2018;17:174–86.
45. Reed GM, Keeley JW, Rebello TJ, First MB, Gureje O, Ayuso-Mateos JL, et al. Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: Results from mental health settings in 13. *World Psychiatry*. 2018;17:306–15.
46. Reed GM. Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Prof Psychol Res Pract*. 2010;41:457–64.
47. Ihara K, Morgan C, Fearon P, Dazzan P, Demjaha A, Lloyd T, et al. The prevalence, diagnostic significance and demographic characteristics of Schneiderian first-rank symptoms in an epidemiological sample of first-episode psychoses. *Psychopathology*. 2009;42:81–91.
48. Peralta V, Cuesta MJ. Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia. Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1999;174:243–8.
49. Nordgaard J, Arnfred SM, Handest P, Parnas J. The diagnostic status of first-rank symptoms. *Schizophr Bull*. 2008;34:137–54.
50. Rosen C, Grossman LS, Harrow M, Bonner-Jackson A, Faull R. Diagnostic and prognostic significance of Schneiderian first-rank symptoms: A 20-year longitudinal study of schizophrenia and bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2011;52:126–31.
51. Keller WR, Fischer BA, Carpenter WT. Revisiting the diagnosis of schizophrenia: Where have we been and where are we going? *CNS Neurosci Ther*. 2011;17:83–8.
52. Deister A, Marneros A. Long-term stability of subtypes in schizophrenic disorders: A comparison of four diagnostic systems. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1993;242:184–90.
53. Kendler KS, Gruenberg AM, Tsuang MT. Subtype stability in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1985;142:827–32.
54. Fink M, Shorter E, Taylor MA. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature. *Schizophr Bull*. 2010;36:314–20.
55. Bucci P. ICD-11 draft diagnostic guidelines open to input by mental health professionals. *World Psychiatry*. 2017;16:115–6.
56. Keeley JW, Gaebel W, First MB, Peterson DL, Rebello T, Sharan P, et al. Psychotic disorder symptom rating scales: Are dichotomous or multi-point scales more clinically useful? An ICD-11 field study. *Schizophr Res*. 2018;202:254–9.

57. McGorry PD. Early intervention in psychosis: Obvious, effective, overdue. *J Nerv Ment Dis.* 2015;203:310–8.
58. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: Concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry.* 2008;7:148–56.
59. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: An overview. *World Psychiatry.* 2017;16:251–65.
60. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-(DSM-IV-TR).* 4 th ed. Washington D.C: American Psychiatric Association; 2000.
61. Cermolacce M, Sass L, Parnas J. What is bizarre in bizarre delusions? A critical review. *Schizophr Bull.* 2010;36:667–79.
62. Shinn AK, Heckers S, Öngür D. The special treatment of first rank auditory hallucinations and bizarre delusions in the diagnosis of schizophrenia. *Schizophr Res.* 2013;146(1-3): 17–21.
63. Keith SJ, Matthews SM. The diagnosis of schizophrenia: A review of onset and duration issues. *Schizophr Bull.* 1991;17: 51–67.
64. Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M, Khalsa H-MK, Sanchez-Toledo JP, Zarate CA, et al. McLean-Harvard International First-Episode Project: Two-year stability of ICD-10 diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *J Clin Psychiatry.* 2011;72:183–93.
65. Helmes E, Landmark J. Subtypes of schizophrenia: A cluster analytic approach. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 2003;48:702–8.
66. Lykouras L, Oulis P, Daskalopoulou E, Psarros K, Christodoulou GN. Clinical subtypes of schizophrenic disorders: A cluster analytic study. *Psychopathology.* 2001;34:23–8.
67. Braff DL, Ryan J, Rissling AJ, Carpenter WT. Lack of use in the literature from the last 20 years supports dropping traditional schizophrenia subtypes from DSM-5 and ICD-11. *Schizophr Bull.* 2013;39:751–3.
68. Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, Gur R, Heckers S, Malaspina D, et al. Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: Relevance to DSM-5. *Schizophr Res.* 2013;150:15–20.
69. Tandon R. DSM-5 dimensions of schizophrenia enable measurement-based care to individualize pharmacological treatment. *Asian J Psychiatry.* 2016;24:A1–2.
70. Tandon R, Heckers S, Bustillo J, Barch DM, Gaebel W, Gur RE, et al. Catatonia in DSM-5. *Schizophr Res.* 2013;150:26–30.
71. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019;18:3–19.
72. Zielasek J, Gaebel W. Schizophrenia and other primary psychotic disorders in ICD-11. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2018;86:178–83.
73. Heckers S, Tandon R, Bustillo J. Catatonia in the DSM —shall we move or not? *Schizophr Bull.* 2010;36:205–7.
74. Padmanabham J, Keshavan M. Pathophysiology of Schizophrenia. En: Janicak PG, Marder SR, Tandon R, Goldman M, editores. *Schizophrenia. Recent advances in diagnosis and treatment.* New York: Springer; 2014.
75. Keshavan MS, Tandon R, Boutros NN, Nasrallah HA. Schizophrenia, “just the facts”: What we know in 2008. Part 3: Neurobiology. *Schizophr Res.* 2008;106(2-3):89–107.
76. Tyrer P. A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. *Adv Psychiatr Treat.* 2014;20:280–5.
77. Craddock N, Mynors-Wallis L. Psychiatric diagnosis: Impersonal, imperfect and important. *Br J Psychiatry.* 2014;204: 93–5.
78. Van Praag HM. Nosologomania: A disorder of psychiatry. *World J Biol Psychiatry.* 2000;1:151–8.
79. Andreasen N. *The broken brain: The biological revolution in psychiatry.* New York: Harper & Row; 1985.
80. Potuzak M, Ravichandran C, Lewandowski KE, Ongür D, Cohen BM. Categorical vs dimensional classifications of psychotic disorders. *Compr Psychiatry.* 2012;53:1118–29.
81. Jablensky A. Categories, dimensions and prototypes: Critical issues for psychiatric classification. *Psychopathology.* 2005;38:201–5.
82. Jablensky A. Psychiatric classifications: Validity and utility. *World Psychiatry.* 2016;15:26–31.
83. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2009;35: 383–402.
84. Tsai J, Rosenheck RA. Psychiatric comorbidity among adults with schizophrenia: A latent class analysis. *Psychiatry Res.* 2013;210:16–20.
85. Haslam N, Holland E, Kuppens P. Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychol Med.* 2012;42:903–20.
86. Heckers S. Making progress in schizophrenia research. *Schizophr Bull.* 2008;34:591–4.
87. Reininghaus U, Böhnke JR, Hosang G, Farmer A, Burns T, McGuffin P, et al. Evaluation of the validity and utility of a transdiagnostic psychosis dimension encompassing schizophrenia and bipolar disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2016;209:107–13.
88. Tamminga CA, Ivleva EI, Keshavan MS, Pearlson GD, Clementz BA, Witte B, et al. Clinical phenotypes of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *Am J Psychiatry.* 2013;170:1263–74.
89. Goekoop R, Goekoop JG. A network view on psychiatric disorders: network clusters of symptoms as elementary syndromes of psychopathology. *PLoS One.* 2014;9:e112734.
90. Guloksuz S, van Os J. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychol Med.* 2018;48:229–44.
91. Cardno AG, Owen MJ. Genetic relationships between schizophrenia, bipolar disorder, and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull.* 2014;40:504–15.
92. Lichtenstein P, Yip BH, Björk C, Pawitan Y, Cannon TD, Sullivan PF, et al. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: A population-based study. *Lancet Lond Engl.* 2009;373:234–9.
93. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Bo Mortensen P. A comparison of selected risk factors for unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia from a danish population-based cohort. *J Clin Psychiatry.* 2007;68:1673–81.
94. Alarcón RD. Towards new diagnostic systems: Process, questions, and dilemmas. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2010;3: 37–9.
95. Cosci F, Fava GA. Staging of mental disorders: Systematic review. *Psychother Psychosom.* 2013;82:20–34.
96. De la Fuente-Tomas L, Sánchez-Autet M, García-Álvarez L, González-Blanco L, Velasco Á, Sáiz Martínez PA, et al. Clinical staging in severe mental disorders; bipolar disorder, depression and schizophrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2019;12:106–15.
97. Guloksuz S, van Os J. Renaming schizophrenia: 5 × 5. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28:254–7.
98. Lasalvia A, Penta E, Sartorius N, Henderson S. Should the label “schizophrenia” be abandoned? *Schizophr Res.* 2015;162(1-3):276–84.
99. Lasalvia A, Ruggeri M. Renaming schizophrenia: Benefits, challenges and barriers. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28: 251–3.
100. Lasalvia A, Tansella M. What is in a name? Renaming schizophrenia as a starting point for moving ahead with

- its re-conceptualization. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2013;22:285–7.
101. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2010;71:2150–61.
 102. Kim Y, Berrios GE. Impact of the term schizophrenia on the culture of ideograph: The Japanese experience. *Schizophr Bull.* 2001;27:181–5.
 103. George B, Klijn A. A modern name for schizophrenia (PSS) would diminish self-stigma. *Psychol Med.* 2013;43:1555–7.
 104. Henderson S, Malhi GS. Swan song for schizophrenia? *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48:302–5.
 105. Sartorius N, Chiu H, Heok KE, Lee M-S, Ouyang W-C, Sato M, et al. Name change for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2014;40:255–8.