

UN ESTUDIO CLINICO DIFERENCIAL ENTRE
EL TRASTORNO ESQUIZOFRENICO Y EL TRASTORNO
ESQUIZOFRENIFORME MEDIANTE UNA HISTORIA
CLINICA COMPUTARIZABLE

JUAN JOSE CASTILLON ZAZURCA

UN ESTUDIO CLINICO DIFERENCIAL ENTRE EL
TRASTORNO ESQUIZOFRENICO Y EL TRASTORNO
ESQUIZOFRENIFORME MEDIANTE UNA HISTORIA
CLINICA COMPUTARIZABLE

Tesis para la obtención del grado de Doctor
en Medicina y Cirugía

Autor: Juan José Castellón Zazurca

Director: Delfín Abella Gibert, Profesor
Titular de Psiquiatría de la Facultad de
Medicina (Unidad Docente Sant Pau) de la
Universidad Autónoma de Barcelona.

Facultad de Medicina.

Universidad Autónoma de Barcelona.

Enero, 1986.



El Dr. Delfín Abella Gibert, Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona

CERTIFICA .

Que la Tesis Doctoral presentada por el Licenciado Dr. Juan José Castellón Zazurca y por mí dirigida, ha sido finalizada y está en condiciones de ser leída.

Y para que conste, firmo la presente en Barcelona, a cinco de Febrero de mil novecientos ochenta y seis.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'D' followed by a long, sweeping horizontal stroke that loops back under the initial.

Fdo.: Dr. Delfín Abella Gibert

A Maribel, prácticamente coautora de esta tesis.

A Marcos y a Tupi.

A todas mis compañeras y compañeros del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo e Instituto Mental de la Santa Cruz.

AGRADECIMIENTOS

A mis amigos y compañeros los Dres. M^a Carmen Tejedor Azpeitia y José María Pericay Hosta cuya participación en el diseño y elaboración de la H.C.C. "Sant Pau" posibilitó la versión definitiva de la misma, utilizada en este trabajo.

A mis amigos y compañeros los Dres. M^a Carmen Tejedor Azpeitia, Marina Puigdemívol Verdejo, Ermitas Turnes García, Antonia Fornés Pedrosa, Luis Mauri Mas y Cristina Pinet Ogué por su colaboración en la recogida de parte de los datos en los que se ha basado esta tesis.

A mi amigo el Dr. Ferrán Sanz Carreras, Profesor Titular de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona por el asesoramiento estadístico y la dirección de los trabajos de tratamiento por ordenador de la H.C.C. "Sant Pau".

A los 53 pacientes que me han permitido recoger los datos sobre los que se ha elaborado esta Tesis y, en general, a todos los enfermos que padecen esquizofrenia, cuyos sufrimientos y esperanzas constituyen el acicate cotidiano para nuestra labor clínica e investigadora.

La vida no es más que
un cuento por un idiota contado,
lleno de sonido y furia,
sin ningún significado.
(W. Shakespeare, Macbeth, acto 5º,
escena 5ª).

(Más citas y frases célebres, no
obligatoriamente nihilistas,
en páginas 2, 54, 104, 354).

I N D I C E

	<u>Página</u>
I) INTRODUCCION.....	3
- Breve excursio histórico por el campo de lo esquizofrénico	4
1) E. Kraepelin	4
2) E. Bleuler	8
3) G. Langfeldt	11
4) K. Schneider	14
5) K. Kleist-K. Leonhard	17
6) H. Ey	20
7) El auge de las escuelas norteamericanas	23
8) El E.P.I.E	25
9) Escuela de St. Louis	26
, 10) Criterios diagnósticos para los trastornos esquizofrénicos según diversos autores U.S.A.....	29
11) El D.S.M - III	36
12) La C.I.E. - 9 de la O.M.S.....	40
13) T.J. Crow	42
14) N.C. Andreasen	45
15) Recapitulación	49

	<u>Página</u>
II) OBJETIVOS E HIPOTESIS DE TRABAJO	52
III) MATERIAL Y METODO	55
1) Informatización en Psiquiatría	55
2) Descripción de la H.C.C. "Sant Pau"	57
3) Instrucciones para el uso de la H.C.C. "Sant Pau".....	75
4) Computarización de la H.C.C. "Sant Pau".....	80
5) Utilización de la H.C.C. "Sant Pau" para el diagnósti- co de esquizofrenia según diversos criterios.....	80
6) Población estudiada.....	90
7) Método	91
IV) RESULTADOS.....	103
1) Muestra total	105
- Filiación.....	106
- Antecedentes familiares.....	122
- Antecedentes personales	132
- Antecedentes patológicos	162
- Enfermedad actual.....	176
- Exploración psicopatológica.....	222

	<u>Página</u>
- Exploración complementaria.....	295
- Diagnósticos	299
- Curso y tratamiento	306
2) Comparación trastornos esquizofrénicos-trastornos es- quizofreniformes.....	320
- Tablas de contingencia.....	321
- Análisis discriminante.....	344
V) DISCUSION.....	353
1) Muestra total	355
- Filiación.....	355
- Antecedentes familiares.....	361
- Antecedentes patológicos.....	367
- Enfermedad actual-Exploración psicopatológica.....	371
- Exploraciones complementarias.....	389
- Diagnósticos	391
- Curso y tratamiento	392

2) Comparación trastornos esquizofrénicos-trastornos es-	
quizofréniformes.....	395
- Emigración	396
- Atención espontánea	397
- Aplanamiento efectivo	398
- Delirio primario.....	400
- Temple delirante	401
- Ideas de suicidio.....	402
- Sueño.....	404
- Años de evolución	404
- M.M.P.I-D.....	404
- M.M.P.I-Pt	405
- Eje V.....	406
- Efectos secundarios	407
- Respuesta al tratamiento	408
- Puntuación B.P.R.S.....	409
- Duración del ingreso	410
- Análisis de la función discriminante.....	410
VI) CONCLUSIONES.....	415

	<u>Página</u>
VII) APENDICE.....	418
- Nota respecto a la bibliografía sobre el trastorno esquizofreniforme.....	419
- Glosario de términos técnicos y códigos complementa- rios	421
- Historia Clínica Computarizable "Sant Pau".....	459
- Cuestionario de Cambios Vitales.....	476
 BIBLIOGRAFIA.....	 480

I N T R O D U C C I O N

Las enfermedades mentales son
enfermedades del cerebro.
(W. Griesinger).

INTRODUCCION

En tanto la investigación biomédica no aporte datos rotundos sobre la presencia de alteraciones orgánicas en la esquizofrenia, nos hallaremos sin criterios independientes para validar las construcciones nosológicas que se utilicen. De ahí que el término esquizofrenia deba ser considerado obligatoriamente provisional por más que, como dice Colodrón (62), es una provisionalidad que va en camino de alcanzar ya un siglo, si lo contemplamos como el heredero natural del concepto kraepeliniano de demencia precoz, al que vino a sustituir en un intento de superar las limitaciones que éste mostraba y que diversos autores, con Hoche (128) a la cabeza, se encargaron de evidenciar.

Dentro de este relativismo de partida que nos señala la inexistencia de "validadores" para lo que tradicionalmente venimos llamando esquizofrenias o, dicho en términos más médicos, ante la ausencia de conocimientos etiológicos, patogénicos, fisiopatológicos o anatomopatológicos capaces de dar la última razón de la enfermedad, debemos ceñirnos, para aprehender el fenómeno que se estudia, a conceptos semiológicos, sintomáticos, de curso, evolutivos, en suma a conceptos clínicos. Sobre ésta base inicial, trataremos de delimitar, primero, a que nos referimos al hablar de trastornos esquizofreniformes y de trastornos esquizofrénicos. Luego, una vez expuesto esto, se describirá la finalidad y objetivos de este estudio y en las siguientes partes de este trabajo se irán exponiendo sucesivamente la metodología, el material sobre el que aquella ha obrado y los resultados y conclusiones obtenidos.

BREVE EXCURSO HISTÓRICO POR EL CAMPO DE LO ESQUIZOFRÉNICO

El estudio científico de la esquizofrenia se inicia a mediados del siglo XIX merced al esfuerzo de las escuelas francesa y alemana. En Francia, Morel (209) fue el primero en utilizar el diagnóstico de demencia precoz, en 1852, para describir el trastorno de un joven de 14 años que: "tras un rendimiento escolar brillante se tornaba melancólico y retraído, expresaba deseos de matar a su padre y, eventualmente caía en estado de letargia". En realidad abarcaba tan solo una pequeña proporción de los enfermos que hoy diagnosticamos de esquizofrenia. El término, retomado años más tarde por Kraepelin, no tiene, en Morel, la hondura ni la amplitud conceptual que el germano le dió. Por la misma época en Alemania diversos autores fueron describiendo diversas entidades clínicas que recogían en su seno diferentes cuadros psicopatológicos. Así Hecker (122), en 1871, describe la hebefrenia que unos años antes, 1863, había sido presentada por su maestro Kahlbaum (139) bajo el término de parafrenia hebética; el discípulo redondeó la descripción del cuadro clínico. El mismo Kahlbaum fue el introductor de la catatonía en 1868 (140). Sander (1868) (252) y Westphal (1876) (311) describieron a su vez, la demencia paranoides.

1) E. KRAEPELIN

Con estos antecedentes aparece en la escena de la historia psiquiátrica la poderosa personalidad científica de Emil Kraepelin. Tras su paso por Leipzig se asienta en Heidelberg donde a partir de la década de los 90 irá publicando sucesivas ediciones de su Tratado de Psiquiatría,

convertido hoy día en monumento histórico por su cualidad de punto de referencia continuo y constante para toda la psiquiatría posterior que lo ha considerado como uno de sus grandes clásicos. Es interesante reseñar como fue variando la nosología kraepeliniana de la demencia precoz en las sucesivas ediciones de su compendio en un alarde de empirismo y de adaptación a las críticas, que le honra. Esta actitud supone asimismo una advertencia y, a la vez, debería resultar un modelo para sus seguidores que, como con frecuencia ha ocurrido en otros campos de la psiquiatría, (piénsese en Freud y sus epígonos) han tendido a fijar y a rigidificar una nosología que en su principio estaba sometida a un continuo cambio, como lo prueban las diferentes clasificaciones de la demencia precoz que van desfilando por las sucesivas ediciones del Tratado. Así, en 1893 Kraepelin (165) describe la demencia precoz, la catatonía y la demencia paranoides, dentro de los "procesos psíquicos degenerativos".

En la 6ª edición (1899) (166) realiza su labor más fecunda reuniendo la hebefrenia, la catatonía y la demencia paranoides en una unidad nosológica: la "dementia praecox". Fuera de ella quedaban la paranoia y la parafrenia. El principio fundamental que guió al autor a crear el concepto de demencia precoz derivaba del estudio del curso de la enfermedad. La tendencia a la devastación afectiva en un estadio final de la enfermedad que resultaba asimilable a las demencias, sirvió para designar a aquellas enfermedades como tales. No obstante, Kraepelin señaló las diferencias que separaban a las demencias orgánicas de las formas terminales psicóticas ("conservación de la inteligencia") por lo que utilizó el término

"Verblödung" (embrutecimiento afectivo) para fijar la característica primordial de este estado parademencial.

La evolución progresiva, inexorable hasta ese estado defectual profundo, la absoluta irreversibilidad del curso, resistente a cualquier terapéutica son notas definitorias del trastorno que en la concepción kraepeliniana no puede concebirse como curable jamás. Así resulta significativo que para una ulterior clasificación de la demencia precoz en 8 tipos, Kraepelin utilizara 500 enfermos, "excluyendo los casos recuperados, por la inseguridad del diagnóstico, teniendo en cuenta solo aquellos casos que abocaban a demencia profunda o deterioro neto" (167). No obstante bien pronto iba a tener el maestro de Munich ocasión para ejercitar su flexibilidad intelectual ya que hacia 1904 reconoce, tras observar el curso de pacientes diagnosticados años antes de demencia precoz, que un 12'5% de los mismos son curables como se lo ha demostrado en el interín, la evolución del trastorno. Un hecho similar ocurrió respecto a la parafrenias, que antes han sido citadas de pasada como unidades nosológicas independientes de la demencia precoz (Kraepelin, 1912). Pues bien, Mayer (195) discípulo de Kraepelin, demostró en 1921 que sobre 78 casos de parafrenias, 30 habían seguido un curso deteriorante que las convertían con el tiempo en cuadros similares a demencias precoces atenuadas, ya que la diferencia básica, en principio, entre ambas entidades era el curso no deteriorante seguido por las parafrenias. De esta forma. el saco de la demencia precoz quedó engordado todavía más al quedar sumidos en el mismo estos delirios alucinatorios. Poco después la paranoia, que se distinguía de la parafrenia por la ausencia de alucinaciones y ambas de la demencia

precoz por el curso no destructivo, fue incluida también, aunque con más dudas y menor claridad, en la demencia precoz so pretexto de presentar estos pacientes frecuentes antecedentes familiares de esquizofrenia (Kolle, 1931) (164).

El sistema diagnóstico de Kraepelin partía de la habitual concepción nosológica médica: la entidad clínica se caracteriza por un cuadro semiológico, un curso propio, y unas causas específicas que provocan alteraciones lesionales cuya traducción es la clínica.

Sin embargo, dado que las investigaciones en el campo de la etiología y de la anatomía patológica no proporcionaban datos sólidos, Kraepelin tuvo que basarse, por necesidad podría decirse, en los dos restantes criterios: sintomatología y evolución. La ausencia de signos patognomónicos le llevó a valorar de forma primordial el curso de la enfermedad, llave maestra de su clasificación psiquiátrica. No obstante su constructo teórico se tambaleó ya peligrosamente, antes de sufrir las andanadas del bleulerismo, con las críticas de Hoche (128) que se oponía a la doctrina de las entidades por considerar que no se podía ir más allá, en este campo, de la descripción de síndromes y, sobre todo, por la aparición de la obra de K.Bonhoeffer (42). Esta exponía una clínica inespecífica, los tipos de reacción exógena aguda, para las enfermedades somáticas, lo que significaba que en aquellos casos en los que se daba lo que a Kraepelin le había faltado siempre, conocimiento de la etiología y de la anatomía patológica de las enfermedades en estudio, la sintomatología psíquica se mostraba poco específica, sin que existiera un cuadro propio para cada enfermedad, todo lo mas síndromes susceptibles de ser causados

por diversas noxas. Volviendo la oración por pasiva esto quería decir que los cuadros psicopatológicos de la demencia precoz podían ser meros síndromes, no entidades, sobre todo teniendo en cuenta que el otro pilar -el curso- también amenazaba ruina tras haberse demostrado la curabilidad de un porcentaje no despreciable de casos. La obra sintetizadora de Kraepelin quedaba así debilitada por estas contradicciones, sin que ello signifique mengua alguna a una labor que brilla con luz propia por estar anclada en la realidad de la clínica cotidiana.

2) E. BLEULER

E. Bleuler publica en 1911 su monografía "Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias" (38), donde introduce por vez primera el concepto de esquizofrenia. Advirtiendo que los pacientes diagnosticados hasta entonces de demencia precoz no presentaban un verdadero cuadro demencial, siendo su evolución muy variable dentro de un curso progresivamente negativo en el que alcanzaban diversos grados de "embrutecimiento afectivo" o defecto pero no un estado asimilable a las demencias orgánicas, ni se hacían dignos de calificativo "precoz" en todos los casos ya que la enfermedad podía iniciarse en plena madurez, cambia la denominación de la enfermedad. De esta forma resalta un hecho psicopatológico sobresaliente, nuclear en la sintomatología del trastorno, cual es la escisión o disociación que caracteriza al funcionalismo psíquico de estos pacientes. La "spaltung" se infiltra en los procesos del pensamiento dando lugar a la disgregación de su curso; a la afectividad la torna paratímica y a la

voluntad y a la actividad general contradictorias y ambivalentes. Bleuler cambia así el acento que Kraepelin ponía en el curso, situándolo en el momento actual de la enfermedad, sobre la semiología presente. Realmente, una de las críticas fundamentales que se puede hacer a la nosología de Kraepelin radica en la sobrevaloración del curso como elemento diagnóstico decisivo que, en puridad, debería convertir a muchos casos sospechosos de esquizofrenia en diagnósticos aplazados ya que la seguridad solo podría ser alcanzada una vez el transcurso temporal hubiera demostrado el potencial destructivo de la enfermedad. Sin embargo la función del diagnóstico debe de ser la de poder proporcionar en el momento presente una respuesta teórica y pragmática al problema planteado por el cuadro clínico que padece el enfermo. Diagnóstico y curso son conceptos de distinta referencia temporal y utilizar criterios de uno para manejar el otro puede crear confusión. De ahí que el intento de Bleuler se pueda contemplar como razonable dentro de la lógica de la nosología. Con la introducción del concepto de esquizofrenia pasa a predominar el corte transversal sobre el longitudinal, en el estudio del trastorno.

Dentro de la sintomatología propia de las esquizofrenias Bleuler introdujo una doble división que en ocasiones corre el riesgo de amalgamarse en un todo, originando una reducción simplista de su aportación. Por una parte establece una clasificación genética de los síntomas: fisiógenos si son causados directamente por la lesión como, por ejemplo, las alteraciones en las asociaciones del pensamiento y psicógenos, originados por la reacción del psiquismo afectado por la enfermedad esquizofrénica, como, por ejemplo, las ideas delirantes. Estos últimos estarían ligados a la

biografía del sujeto y a través de la explicación sobre su formación e interpretación se evidencia la influencia que Freud, vía Jung, tuvo en Bleuler.

Por otra parte divide los síntomas, según su presencia, constante o aleatoria, en fundamentales y accesorios. Los primeros aparecen siempre en la esquizofrenia en uno u otro momento de su evolución, por ejemplo, autismo; los accesorios no son obligatorios y pueden darse en determinados casos, faltando en otros, por ejemplo alucinaciones. De la combinación de ambos criterios -genético y estadístico- resultan cuatro posibilidades respecto a los síntomas de esquizofrenia; a saber:

Síntomas primarios (fisiógenos) y fundamentales: por ejemplo asociaciones laxas, afectividad embotada e inadecuada.

Síntomas primarios (fisiógenos) y accesorios: por ejemplo cierto tipo de alucinaciones, los síntomas somáticos.

Síntomas secundarios (psicógenos) y fundamentales: por ejemplo autismo.

Síntomas secundarios (psicógenos) y accesorios: por ejemplo deambulación, fugas.

El mérito principal que Bleuler aportó a la nosología de la esquizofrenia (además del bautismo) consistió en el cambio de énfasis,

alzaprimando el cuadro clínico sobre la evolución. Señaló asimismo, que el desenlace de la enfermedad no era forzosamente fatal dando pie a una actitud menos pesimista que la que alimentaba Kraepelin. A ello contribuyó la dilatación de las fronteras de la esquizofrenia a través de un concepto más amplio de la misma. Así Bleuler introdujo junto a las formas clínicas clásicas la esquizofrenia simple que ya había sido descrita por Diem (78) en 1904; y la esquizofrenia latente que quizá amplía de una forma abusiva el círculo de la psicosis y que, sobre todo en manos de autores USA, se convirtió en un temible instrumento diagnóstico. Por supuesto las esquizofrenias agudas, de brote único, o de curso recidivante pero sin defecto posterior quedaban también incluidas en el mismo concepto.

Bleuler inició también la psicologización de la esquizofrenia. Ya nos hemos referido a los síntomas secundarios o psicógenos por reacción psicológica frente a la supuesta lesión orgánica primaria. En estos síntomas secundarios se expresaría el inconsciente del enfermo dando lugar así a unas manifestaciones solo inteligibles a la luz de la historia personal del sujeto. En esta línea Jung (137) dió un paso más hablando de "complejos inconscientes autónomos reprimidos".

3) G. LANGFELDT

Un autor que ha llevado a cabo un trabajo extraordinario dentro del campo de la esquizofrenia tanto por su profundidad como por su extensión, pues no en vano empezó a publicar sobre el tema en 1927 y sigue en

activo, es el noruego G.Langfeldt. Además se aproxima de una forma muy cabal al tema que se estudia en esta tesis planteando la diferencia entre esquizofrenia verdadera y psicosis esquizofreniformes ya en 1937 (169), fecha en que introduce el término esquizofreniforme. En sus estudios iniciales diferenciaba ambos procesos por la sintomatología, y como en ocasiones ello resultara imposible, añadía otros factores tales como constitución, temperamento (equivalentes al biotipo y psicotipo krestchmerianos), edad de inicio del trastorno, tiempo de evolución anterior al ingreso, forma de comienzo (agudo o gradual), presencia de factores precipitantes. Clínicamente los síntomas que según Langfeldt servirían para el diagnóstico diferencial serían:

- a) Los cambios de personalidad caracterizados por el enfriamiento afectivo, la paulatina disminución de la iniciativa y las extravagancias de conducta, que indicarían esquizofrenia genuina.
- b) Los síntomas de proceso: estupor catatónico, despersonalización, desrealización, que igualmente se presentarían en la esquizofrenia verdadera.

En ausencia de los síntomas referidos todas las psicosis similares serían psicosis esquizofreniformes las cuales han recibido diversas denominaciones según escuelas, aunque a veces estos diversos rótulos diagnósticos no recogen los mismos cuadros clínicos sino variantes cuya personalidad nosológica resta ambigua. Así se han descrito las oneirofrenias (Meduna y Mc.Culloch), la esquizofrenia esquizoafectiva (Kasanin), estados

confusionales agudos, esquizofrenia ambulatoria, esquizofrenia pseudoneurótica, esquizofrenia pseudopsicopática, etc..

Las conclusiones alcanzadas por Langfeldt antes de la era de los tratamientos las ha confirmado el autor posteriormente. Así de los 105 esquizofrenias genuinas, 101 sufrían un proceso de deterioro, mientras de 39 psicosis esquizofreniformes tan solo se observaba dicha evolución en 14 casos (171). Es decir que la influencia de los tratamientos antipsicóticos sobre la esquizofrenia genuina parece nula mientras que diferentes tratamientos aplicados a psicosis esquizofreniformes pueden dar buenos resultados.

Otros autores, escandinavos en su mayoría, han confirmado la distinción establecida por Langfeldt. Así Retterstöl (248) distingue esquizofrenia genuina de psicosis esquizofreniforme en el 90-95 % de casos tomando como guía los síntomas-proceso. Astrup (18) señala que están más claramente definidos que los síntomas primarios de Bleuler. Cuando no están presentes el riesgo de deterioro es bajo. Mientras el 78 % de psicosis esquizofreniformes se recuperan, solo lo hacen el 18-20 % de esquizofrenias genuinas. Johanson (135), Strömngren (286) y Roth (247) confirman una mejor respuesta al tratamiento y una mejor evolución de las psicosis esquizofreniformes. Sin embargo, otros autores (Kaplan (142), Mayer Gross (196)) señalan la dificultad de utilización de los criterios diagnósticos de Langfeldt y la fiabilidad insatisfactoria de los mismos.

Langfeldt reafirma pues la vigencia clínica de la demencia precoz de Kraepelin que sería su esquizofrenia genuina o verdadera, reservando el término de psicosis esquizofreniforme (170) para aquellos trastornos de

buen pronóstico, muchos con tendencia a la remisión espontánea y en general para todos los cuadros esquizomorfos dudosos. Pone así coto a la expansividad que Bleuler había dado al diagnóstico de esquizofrenia y que había hecho que se incluyeran en él casi todas las parafrenias, melancolías y manías atípicas, muchas de las confusiones alucinatorias, parte de las amencias, algunas "bouffées delirantes", la enfermedad de Wernicke, demencias atípicas, muchas paranoias, casi todas las hipocondrías de mal pronóstico y algunas neurosis obsesivas. Esta dilatación de las fronteras explicaría también la mejor respuesta de las esquizofrenias, vs demencia precoz a los tratamientos. Recuerda Langfeldt que tras contemplar el 88 % de las remisiones que Sakel obtenía en Viena con sus shocks hipoglucémicos, regresó a Oslo, ensayó el tratamiento... y sus pacientes afectos de esquizofrenia seguían inmodificados, en su mayor parte.

Tras la aparición del DSM-III, donde se ha introducido el diagnóstico "Trastorno esquizofreniforme", Langfeldt (172) ha recordado que aparte de haber introducido el concepto en 1937, su esencia es muy diferente ya que si en el DSM-III los trastornos esquizofrénicos y el trastorno esquizofreniforme solo se distinguen por la duración mayor o menor de 6 meses, en la clasificación del autor escandinavo se destacan diversos síntomas y condiciones que los convierten en dos trastornos cualitativamente diferentes.

4) K. SCHNEIDER

Resulta generalmente admitido que el período de entreguerra significó para la psiquiatría del área germánica su época de mayor esplendor.

Asimiladas y criticadas positivamente las obras de los dos grandes maestros Kraepelin y Bleuler, la especialidad toma un auge febril apareciendo diversas escuelas y numerosos autores cuyos trabajos e hipótesis acerca de los trastornos esquizofrénicos enriquecen el conocimiento y comprensión de los mismos desde diversos enfoques. Probablemente fue K.Jaspers con su psicopatología general (1913) quien marcó más a fondo, con el método fenomenológico, la orientación que iba a tomar la psiquiatría clínica germánica. Esta influencia es particularmente evidente en la escuela de Heidelberg. (Wilmans, Beringer, C.Schneider, Grühle, Mayer-Gross, etc.). Quizá la obra de K.Schneider signifique la culminación de la misma; al menos ha tenido un influjo importantísimo sobre la psiquiatría mundial, perceptible, hoy día, a través de los trabajos que siguen publicándose sobre los síntomas de primer orden, y lo que es más importante, de sistemas de diagnóstico actualísimos como el R.D.C.(273) (Criterios diagnósticos de investigación, 1975) y el DSM-III (13) (1980).

Las ideas de K.Schneider representan un retorno al empirismo clínico, ennoblecido por la fenomenología psicopatológica, que había resultado adulterado tras los intentos de Bleuler de establecer una relación patogenética directa entre síntomas y lesión o/y reacción. Además algunos de los síntomas de esquizofrenia más importantes según Bleuler, como la ambivalencia y el autismo, eran de difícil aprehensión ya fuera por su baja frecuencia o por su elevado nivel de inferencia. Frente a ello, Schneider se dedicó a poner de manifiesto aquellos síntomas más importantes por sus características psicopatológicas para hacer el diagnóstico de esquizofrenia (254). Algunos de los cuales se podrían tildar de pa-

tognomónicos, en ausencia de organicidad según pretendía el autor, siendo su valor para el diagnóstico distinto en virtud de una ordenación establecida precisamente por su mayor o menor proximidad a ese ideal de especificidad que supone lo patognomónico. Así, como síntomas de primera categoría, rango u orden cita: 1) Las percepciones delirantes, 2) la sonorización del pensamiento, 3) las alucinaciones auditivas verbales complejas: audición de voces que acompañan con observaciones los propios actos, 4) las vivencias de influencia corporal, 5) el robo del pensamiento, 6) la vivencia de influencia sobre el pensamiento; 7) todo lo que indique influencia o fabricación por otras personas sea en la esfera de la voluntad, de los sentimientos, o de los impulsos. En palabras del propio K.Schneider "Si se puede descartar una psicosis orgánica, cualquiera de estos síntomas nos permite hablar, con prudencia, de esquizofrenia".

Como síntomas de segundo orden señala: 1) Las ocurrencias delirantes, 2) el empobrecimiento afectivo vivido por el propio sujeto, 3) algunos tipos de alucinaciones, 4) la perplejidad, 5) las distimias depresivas o maníacas... Son de menos valor diagnóstico y uno de ellos aislado no autoriza el diagnóstico que, sin embargo, puede hacerse si se dan varios de ellos juntos, aún en ausencia de síntomas de primer orden.

K.Schneider es decididamente anti-kraepeliniano y anti-bleuleriano en algunos aspectos. Así en el valor que da al curso para el diagnóstico: "El diagnóstico psiquiátrico se basa fundamentalmente en el cuadro de estado, en la sintomatología y no en el curso", y respecto a la ambivalencia bleuleriana dice: "La tan dudosa ambivalencia de los sentimientos carece en la práctica de importancia". Coincide sin embargo, en lo esencial con

ambos al concebir las psicosis esquizofrénicas como enfermedades orgánicas de causa aún desconocida, lo que posibilita seguir dando preeminencia a la psicopatología cuando se trata de establecer el diagnóstico: "El objeto de la Psiquiatría como ciencia médica debe ser obtener cada vez más síntomas corporales; en la medida en que se consiga la psicopatología se batirá en retroceso".

En estos últimos años se ha demostrado fehacientemente que los síntomas de primer orden no son patognomónicos (se han observado incluso en trastornos afectivos) ni todo lo frecuentes que deberían serlo dado su valor jerárquico (201, 202, 52, 161). Tampoco se ha podido demostrar que tengan un valor predictivo respecto al curso y desenlace (121, 45, 240). No obstante como ya se ha señalado antes han sido incorporados a los modernos sistemas de diagnóstico de esquizofrenia fundamentalmente por la baja inferencia que suponen, lo cual quiere decir que resultan fácilmente captables. Han significado también un realce para los síntomas productivos que han adquirido importancia jerárquica por sí mismos, saliendo del segundo plano semiológico al que habían sido relegados por su condición de "secundarios" o "psicógenos" en la concepción de Bleuler.

5) K. KLEIST - K. LEONHARD

Dentro de la misma Alemania que produce las escuelas de mayor influencia sobre la psiquiatría en la primera mitad del siglo XX, la nosografía de la escuela de Kleist y Leonhard representa un punto de vista distinto al mantenido por los demás autores. Si, respecto a la esquizofrenia, se podría tildar a la mayoría de los hasta ahora revisados, como

unicistas, Kleist (158, 159) y sus seguidores representan una posición pluralista en lo nosológico.

Clasifican las psicosis en:

- 1) Esquizofrenias sistematizadas de mal pronóstico.
- 2) Esquizofrenias no sistematizadas de buen pronóstico.
- 3) Psicosis cicloides.
- 4) Psicosis maniaco depresiva.
- 5) Psicosis epilépticas. (Según Leonhard) (173, 174)

Al mismo tiempo desarrollan de forma exhaustiva el grupo de las psicosis marginales, mixtas o autóctonas, entre las que sitúan a las cicloides (Cuadro 1). A pesar de la despiadada crítica de Mayer-Gross: "En ausencia de lesiones anatomopatológicas relacionadas con cada cuadro descrito, el intento de Kleist debe considerarse retrógrado, un retroceso al siglo XIX" creemos que la orientación de Kleist - Leonhard puede resultar interesante en la medida en que permita aislar cuadros clínicos independientes como, por ejemplo, la catatonía periódica de Gjessing (98) situada entre las psicosis marginales del autor.

PSICOSIS AUTOCTONAS O MARGINALES

1) Psicosis cicloides:

- Psicosis de la motilidad
- Psicosis confusionales

2) Psicosis del Yo

- Psicosis hipocondríacas
- Confabulosis expansiva

3) Psicosis paranoides

- Psicosis aguda de inspiración
- Alucinosis persecutoria aguda

4) Psicosis epileptoides

- Estados crepusculares episódicos
- Crisis de dipsomanía, narcolepsia

5) Psicosis de referencia aguda

- Psicosis aguda de relación
- Psicosis de extrañamiento

En palabras del propio K.Leonhard "Muchos psiquiatras suscriben un concepto plural de la esquizofrenia pero pocos lo aplican a la investigación".

6) H.EY

H.Ey (88), uno de los máximos representantes de la escuela francesa en las últimas décadas, señala como en la historia de la psicosis que estudiamos pueden distinguirse tres periodos: 1º) Demencia precoz, 2º) Esquizofrenia, 3º) Reacción autística, que corresponden a tres características clínicas: Demencia - Disociación - Introversión y a tres orientaciones teóricas diferentes: Enfermedad como entidad anatómico-clínica; enfermedad como estructura; enfermedad como conflictiva psicológica inconsciente.

Kraepelin es el representante de la primera fase en el bien entendido que, cuando se hace referencia al modelo kraepeliniano de demencia precoz, se está pensando en la 6ª edición de su tratado (1899) que es donde aparece el concepto.

La segunda fase corresponde a la trascendental aportación de Bleuler ya comentada anteriormente. Al respecto cabe decir que en Francia, Claude (59) distinguió la demencia precoz de la esquizofrenia al considerar que la gravedad y el potencial destructivo de la primera eran muy superiores a la de los cuadros clínicos que se inscribían en el grupo de las esquizofrenias. Como aportación original debe estimarse su concepto de esquizosis que recoge en parte, el tipo de cuadros que siempre han

resultado incómodos de clasificar tanto por sus características clínicas como evolutivas; las encontraremos con diversas denominaciones según las escuelas de que se trate.

La tercera fase de la evolución histórica de las ideas acerca de la esquizofrenia se caracteriza según H.Ey, por la volatilización del concepto en los "tipos de reacción". Consecuencia de la postura anti-nosográfica, recogen diversos estados, vagamente definidos, sin consistencia clínica ni evolutiva. La imprecisión junto al hábito de designar a la introversión y a la "huida de la realidad" como lo básico de la enfermedad han ayudado al relajamiento del concepto. A ello han contribuido las doctrinas constitucionalistas en Alemania y la noción de reacción psicobiológica de A.Meyer (203) en USA, donde la primacía de los sucesos ambientales en el determinismo del trastorno ha creado una mitología ecológica, parangonable, en terreno opuesto, a la mitología cerebral del siglo XIX. El psicoanálisis ha contribuido de forma decisiva a la volatilización señalada dado su marco teórico en el que la esquizofrenia es interpretada como una neurosis narcisista, es decir una reacción inconsciente de repliegue frente a la realidad.

Frente a esta situación H.Ey optó por una postura sintética, una concepción capaz de unir los criterios básicos de Kraepelin y Bleuler en lo formal y aplicar los de Freud al contenido de la psicosis. Todo ello sin perder de vista las dos premisas básicas de la nosología francesa que diferencian netamente su posición de la de las escuelas alemanas:

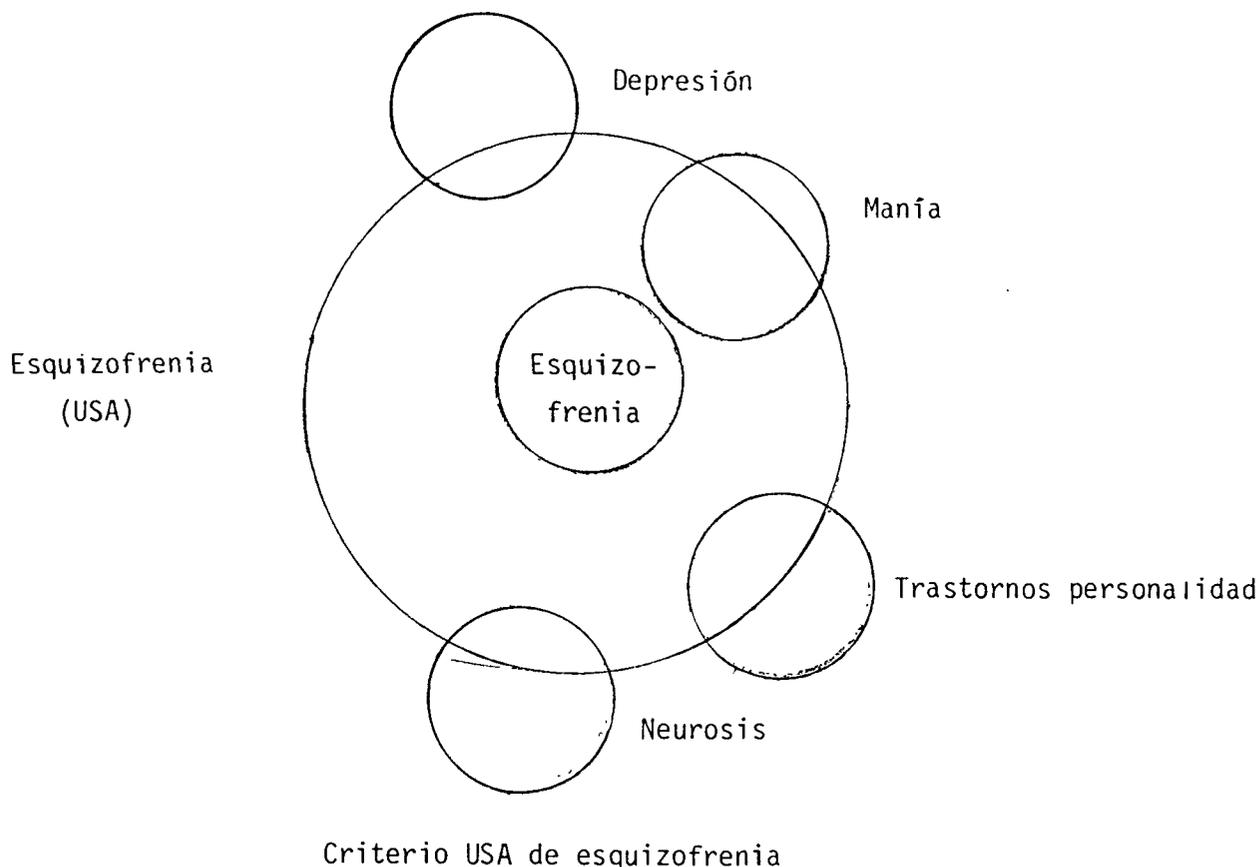
- 19) La existencia de un grupo de psicosis agudas delirantes, generalmente de buen pronóstico, inasimilables a las esquizofrenias. (bouffées delirantes de los degenerados de Magnan (191)).

- 20) La constatación de que el delirio, en tanto alienación total de la persona, constituye el hecho fundamental de un grupo de psicosis de evolución crónica. La diferenciación en el seno del mismo vendrá dada por el curso, destructivo o no, de la personalidad. Para H.Ey la esquizofrenia es una especie del género psicosis delirantes crónicas. En él se sitúan también la paranoia (delirios crónicos sistematizados) y la parafrenia (psicosis alucinatoria crónica; delirios fantásticos).

De la nosología francesa, discutible en sus concepciones teóricas, especialmente la de H.Ey defendiendo que todas las esquizofrenias son paranoideas, conviene destacar su resistencia a dejar que la esquizofrenia abarque todas las psicosis que no sean afectivas ni orgánicas. Sobre todo el mantenimiento de un estatuto independiente para las psicosis delirantes agudas merece ser retenido.

7) EL AUJE CONTEMPORANEO DE LAS ESCUELAS NORTEAMERICANAS

Al llegar a los años 70 del presente siglo resultaba evidente que dos cosas habían cambiado en psiquiatría: a) la primacía de escuela se había desplazado hacia el nuevo continente, de Alemania a USA, probablemente por razones de tipo político, y b) la exigencia de la mayor parte de psiquiatras respecto a las cuestiones metodológicas se hizo mayor, plasmandose en el terreno de las esquizofrenias por el objetivo de conseguir finalmente una homogeneidad de definición del cuadro clínico. Es así como van surgiendo las diversas formulaciones psicopatológicas basadas en criterios operativos entre las que destacan las de Feighner (90), Spitzer (273) y las del DSM-III (13) que recoge lo más importante de las anteriores, especialmente del R.D.C. Para llegar a estas precisas definiciones la psiquiatría norteamericana ha tenido que expurgarse, a través de una larga travesía del desierto, de la actitud antinosológica que había heredado de A.Meyer y de los epígonos de S.Freud que desde bien pronto fundaron diversas escuelas en USA. A la implantación de una orientación más nosológica en la psiquiatría americana y especialmente a la búsqueda de criterios fiables para el diagnóstico de esquizofrenia ha podido también contribuir el abuso que de la etiqueta esquizofrenia se hacía en ese país como lo demuestra el trabajo de Kendell y Cols (143), ya célebre en la literatura, en el que se comparaban los usos diagnósticos a uno y otro lado del Atlántico Norte. La esquizofrenia se diagnosticaba mucho más en USA que en Gran Bretaña al contrario que la psicosis maniaco-depresiva. En Norteamérica el criterio, mucho más amplio, de esquizofrenia incluía casos diagnosticados en Gran Bretaña de depresión, trastorno de personalidad, neurosis y casi todos los casos británicos de manía.



Particularmente de cara a la investigación resulta absolutamente imprescindible que los diagnósticos utilizados sean transparentes, basados en síntomas claros, y por lo tanto aplicables en cualquier lugar y momento. No pudiendo establecerse de una forma definitiva la validez del diagnóstico de esquizofrenia, por faltar validadores adecuados, si que debería intentarse elevar la fiabilidad del mismo y al logro de este objetivo se han dedicado los sistemas basados en criterios operacionales.

Cualquier investigación ya sea de tipo biológico, sociológico o psicológico que se inicie sin contar previamente con la utilización de un diagnóstico fiable estará sometida a la confusión y ambigüedad de sus resultados por muy brillantes que estos puedan parecer.

8) EL E.P.I.E

La Organización Mundial de la Salud emprendió en los primeros años de los 70, un estudio multinacional sobre esquizofrenia con el fin de obtener datos epidemiológicos válidos a nivel mundial, relativos a la enfermedad. Naturalmente se planteaba el problema metodológico acerca de si es posible establecer procedimientos normalizados de investigación para la evaluación psiquiátrica en cualesquiera medio cultural y aunque no entrara en sus objetivos explícitos la normalización del diagnóstico y de la clasificación de la esquizofrenia es obvio que a través de los resultados de este estudio se pueden extraer conclusiones que contribuyen a homogeneizar el diagnóstico de esquizofrenia mediante criterios operativos.

Así el Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia (EPIE), publicado en 1976 (219), es un estudio multicéntrico, sobre 1202 pacientes de 9 países diferentes, realizado con criterios definidos y técnicas estadísticas sofisticadas. Se utilizó el Examen del Estado Presente (PSE, Wing) para obtener y valorar datos psicopatológicos a través de una exploración standardizada, un formulario normalizado de historia psiquiátrica y otro similar de descripción social, para completar la documentación clínica de cada paciente. Con los datos obtenidos se constituyó un sistema diagnóstico por computadora conocido como CATEGO. Las conclusiones más destacables de este estudio son las siguientes:

1) Los síntomas más frecuentes y característicos de esquizofrenia son:

- a) Ausencia de conciencia de enfermedad que se halla en el 97 % de los enfermos.

- b) Alucinaciones auditivas, 74 %
- c) Alucinaciones verbales, ideas de referencia, 70 %
- d) Ideas delirantes de referencia, 67 %
- e) Recelo, aplanamiento afectivo, 66 %
- f) Voces que hablan al paciente; humor delirante; ideas delirantes de persecución; descripciones inadecuadas, 64 %
- g) Alienación del pensamiento, 52 %
- h) Pensamientos expresados en voz alta, 50 %

Los restantes síntomas no alcanzaban el 50 % de pacientes.

- 2) Se confirman las formas clínicas clásicas (hebefrénica, paranoide).
- 3) Con el análisis CATEGO se obtiene una altísima concordancia diagnóstica entre centros, (90 %) el mayor que la obtenida para la psicosis maniaco-depresiva (84 %) y resto de psicosis (75 %). Queda confirmado, pues, que la esquizofrenia es una enfermedad que se da en las más diversas culturas y, además, con una sintomatología muy similar de un país a otro.

9) ESCUELA DE ST. LOUIS

En 1972 aparecen en los Arch.Gen.Psych. los "criterios diagnósticos para uso en la investigación psiquiátrica" (90) (la publicación psiquiátrica más citada en la literatura en los años 70-80) de la escuela de St.Louis, es decir Feighner, Guze, Robins, Winokur, Woodruff y Muñoz.

Concretamente para la esquizofrenia se exige el cumplimiento de las siguientes condiciones:

A.- Características generales:

- Evolución: Más de 6 meses de duración. En caso de haber una remisión antes de los 6 meses debe de tener el carácter de incompleta o no plenamente satisfactoria.
- Ausencia de un síndrome afectivo (maníaco o depresivo) susceptible de permitir un diagnóstico probable o seguro de psicosis afectiva.

B.- Presencia de al menos **una** de las características siguientes:

- Delirio o alucinaciones sin desorientación ni confusión.
- Comunicación difícil con el paciente por déficit de lógica o por desorganización verbal (el mutismo no se incluye: su presencia obliga a diferir el diagnóstico).

C.- Presencia de al menos tres de las características siguientes:

- Estado civil: soltería
- Adaptación social o laboral premórbida deficitaria.
- Antecedentes familiares de esquizofrenia.
- Ausencia de alcoholismo o drogadicción en el año de inicio del trastorno.
- Comienzo anterior a los 40 años.

La presencia de solo una de estas características rebaja el diagnóstico de esquizofrenia al nivel de simple probabilidad.

Estos "criterios diagnósticos" significaban la culminación de una época fecunda de trabajo de la psiquiatría norteamericana iniciada 20 años antes y cuyo punto de partida puede situarse en el estudio pionero de Wheeler (312) sobre la astenia neurocirculatoria, realizando un seguimiento a largo plazo, 20 años, de pacientes con sintomatología cardiocirculatoria funcional. Según J.Escobar (84), Cohen, psiquiatra colaborador en ese trabajo transmitió a Robins el interés por los estudios de seguimiento que bajo la dirección del mismo se llevaron a cabo en el Hospital Renard y en la Universidad G.Washington de St.Louis. Estos autores (245) señalan las etapas que deben seguirse en la validación de un diagnóstico psiquiátrico:

- 19) Descripción detallada del cuadro clínico, datos socio-demográficos, edad de aparición, presencia o ausencia de factores precipitantes.
- 20) Estudios anatomopatológicos y de laboratorio, hasta el momento de importancia limitada en psiquiatría, por más que hayan sido llevados a cabo con notable ahinco en todo momento. Actualmente contamos con las exploraciones mediante TAC cerebral (242, 309) y técnicas más modernas: Flujo sanguíneo cerebral regional (15), tomografía mediante emisión de positrones (77), mientras se están dando los primeros pasos en resonancia magnética nuclear (265). Los resultados obtenidos con el ya clásico TAC abonan las esperanzas de que por estas vías se encuentre finalmente un sustrato orgánico-lesional para las esquizofrenias (ver más adelante la referencia a Crow).

- 30) Formulación de los criterios de exclusión con el fin de poder diferenciar la entidad en estudio de otras similares, que compartan síntomas y aún síndromes con aquella.
- 40) Estudios de seguimiento mediante los cuales puedan confirmarse los criterios clínicos o bien deban rectificarse en el caso de que se demuestre que algunos incluidos en la muestra padecen una enfermedad distinta a la supuesta.
- 50) Estudios familiares y genéticos.

10) CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LOS TRASTORNOS ESQUIZOFRENICO SEGUN DIVERSOS AUTORES U.S.A.

Bajo esta orientación, seriamente nosológica, la Psiquiatría americana ha producido durante los últimos años, especialmente antes de que apareciera el DSM-III que recogía este nuevo espíritu, numerosos sistemas diagnósticos basados en definiciones operativas, para las esquizofrenias. Entre ellos y sin ser exhaustivos, podemos citar el New Haven Schizophrenia Index de Astrachan y cols.(17), el Flexible system de Carpenter, Strauss y Bartko (53), el ya descrito de Feighner (90), el Research Diagnostic Criteria de Spitzer, Endicott y Robins (273), la modificación de los "criterios de Feighner" por Taylor y Abrams en 1975 (294). Cada uno de ellos se describe a continuación:

10.1) INDICE DE ESQUIZOFRENIA DE NEW HAVEN (17)
(New Haven Schizophrenia Index, NHSI, 1972)

Elaborado por Astrachan y cols. consta de un listado de síntomas descritos operativamente sobre la base de los que usan los clínicos en su práctica cotidiana.

- 1a) Ideas delirantes no especificadas o distintas de las depresivas (2 puntos). 1b) Alucinaciones auditivas (2 puntos). 1c) Alucinaciones visuales (2 puntos). 1d) Otras alucinaciones (2 puntos).

- 2a) Pensamiento extravagante (2 puntos). 2b) Autismo o pensamientos "privados", groseramente irreales (2 puntos). 2c) Pérdida de la asociación, pensamiento ilógico, sobreinclusión (2 puntos). 2d) Bloqueo (2 puntos). 2e) Falta de concreción. (Si el cuarto punto necesario para la inclusión en la muestra es (1 punto) 2d o 2e estos síntomas no se contabilizan). 2f) Desrealización (1 punto). 2g) Despersonalización (1 punto).

- 3) Afecto inadecuado (1 punto).

- 4) Confusión (1 punto).

- 5) Ideación paranoide, pensamiento autorreferencial, suspicacia (1 punto).

6) Conducta catatónica: 6a) Excitación. 6b) Estupor. 6c) Flexibilidad c rea. 6d) Negativismo. 6e) Mutismo. 6f) Ecolalia. 6g) Actividades motoras estereotipadas (un punto por cada una desde "a" hasta "g".)

El diagnóstico de esquizofrenia se establece a partir de 4 puntos uno de los cuales al menos debe referirse a delirio, alucinaciones o pensamiento extravagante.

10.2) SISTEMA FLEXIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA (53)

(Flexible system for the diagnosis of schizophrenia. Carpenter, Strauss y Bartko, 1973)

Utilizado por los autores en el estudio piloto internacional sobre esquizofrenia de la OMS usa 12 signos o síntomas como criterios diagnósticos. Según Strauss su aplicación ha demostrado que si cinco de esos síntomas estaban presentes el diagnóstico se llevaba a cabo en el 87% de casos por parte de psiquiatras de diversos centros. Si el criterio más estricto de exigir 6 síntomas se aplica, cerca del 96% de pacientes serán diagn sticados de esquizofrenia. Este sistema, donde falta cualquier regla diagnóstica dogmática es sencillo, claro y fiable y puede ser usado a diversos niveles de exigencia. Se le ha criticado su tendencia a producir falsos positivos por debajo de 6 e incluso en ese valor y a dar falsos negativos si el valor exigido est  por encima de 6; también se han expresado reticencias acerca de los tres síntomas cuya ausencia punt a. Los 12 signos discriminantes son:

- Afecto restringido
- Insight pobre
- Pensamiento audible
- Contacto pobre
- Delirio extenso
- Lenguaje incoherente
- Información no fiable
- Delirio extravagante
- Despertar temprano (Estos tres últimos puntúan si están ausentes)
- Facies depresiva
- Hipertimia (elation)

10.3) CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE INVESTIGACION (273)

(Research Diagnostic Criteria. Spitzer, Endicott y Robins, 1975)

Señalan los autores que su orientación evita limitar el diagnóstico a los casos con curso crónico o deteriorante. Se incluyen pacientes que para muchos no serían catalogables como esquizofrénicos, en especial los del tipo agudo. Sin embargo los criterios se han diseñado para eliminar a los pacientes que con frecuencia reciben diagnósticos tales como esquizofrenia borderline, psicosis situacional o histérica y estados paranoides. Se excluye a los pacientes con síndrome depresivo o maníaco completo que coexiste con sintomatología psicótica activa catalogándolos de trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor o trastorno maníaco.

Para el diagnóstico se deben cumplir los criterios A, B y C:

A.- Por lo menos dos de los siguientes síntomas (diagnóstico definitivo) o una solo (diagnóstico probable) durante una fase activa de la enfermedad.

- 1.- Difusión, imposición o robo del pensamiento. (Los síntomas están previamente definidos).
- 2.- Ideas delirantes de influencia o control u otras ideas delirantes extravagantes o múltiples.
- 3.- Ideas delirantes de temática religiosa, somática, nihilista, megalomaniaca u otra, sin contenido celotípico o persecutorio, de una duración mínima de una semana.
- 4.- Ideas delirantes de cualquier temática si se acompañan de alucinaciones y duran al menos una semana.
- 5.- Alucinaciones auditivas: voces que comentan la conducta o pensamientos del sujeto, dos o más voces que dialogan entre ellas.
- 6.- Alucinaciones verbales no afectivas que se dirigen al sujeto.
- 7.- Alucinaciones de cualquier tipo, presentes a lo largo del día durante varios días, o intermitentemente durante al menos un mes.
- 8.- Trastornos formales del pensamiento que se acompañan de aplanamiento o inadecuación afectiva, ideas delirantes, alucinaciones de cualquier tipo, o conducta gravemente desorganizada.

- B.- Los signos de la enfermedad deben estar presentes durante dos semanas por lo menos, desde el inicio de un evidente cambio de la condición usual del sujeto (los signos actuales de la enfermedad pueden no cumplir los criterios definidos en A, pudiendo tratarse únicamente de síntomas residuales, tales como retraimiento social, embotamiento afectivo o inapropiado, leves trastornos formales del pensamiento e ideas o percepciones anómalas).
- C.- En ningún momento del período activo de la enfermedad el sujeto cumple totalmente los criterios para un síndrome maníaco o depresivo, ya sea probable o definitivo, en grado tal que sea parte prominente de la enfermedad. (Hay criterios para diagnosticar síndrome depresivo sobreañadido a esquizofrenia residual).

Posteriormente se establecen subgrupos del período actual de la enfermedad en función:

- a) Del curso: Esquizofrenia aguda, subaguda, subcrónica y crónica también sobre la base de criterios definidos para cada uno de ellos. A destacar que al subtipo agudo se le exige un inicio brusco, un curso breve (menor de tres meses) y una recuperación completa de cualquier episodio anterior si lo hubiera habido.
- b) De la fenomenología del episodio actual distinguiéndose los subtipos paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.

10.4) MODIFICACIONES DE TAYLOR Y ABRAMS A LOS CRITERIOS DE FEIGNER (294)
(1975 y 1978)

Estos autores hicieron una crítica a los criterios de la escuela de San Luis publicando una modificación de los mismos en 1975 y otra versión distinta en 1978. En esta última las condiciones necesarias para el diagnóstico eran:

- 1) Duración del episodio mayor de 6 meses.
- 2) Conciencia clara.
- 3) Presencia de delirio, alucinaciones o trastorno formal del pensamiento.
- 4) Ausencia de afecto amplio.
- 5) Ausencia de signos y síntomas suficientes para hacer el diagnóstico de trastorno afectivo.
- 6) Ausencia de alcoholismo o abuso de drogas en el año que precede al episodio.
- 7) Ausencia de signos o síntomas focales de enfermedad de la corteza cerebral y de enfermedad médica importante capaz de producir alteraciones significativas del comportamiento.

En 1979 los autores propusieron un sistema menos estricto. Los continuos cambios en sus criterios hacen difícil valorar su aportación.

11) EL DSM - III

La culminación de la nueva nosología americana la viene a representar el DSM-III, 3ª edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana, que vio la luz en 1980 (13). Pichot le da una importancia histórica similar a la 6ª edición del tratado de Kraepelin que ha marcado la pauta en la nosología psiquiátrica, y señala que se esté o no de acuerdo con él, no puede ser ignorado. Evidentemente se trata del primer sistema clasificatorio de enfermedades mentales de uso clínico, no restringido a la investigación, que usa definiciones de enfermedad basadas en criterios que se quieren operativos. La otra novedad técnica, junto al uso de criterios, radica en la utilización de un sistema multiaxial de diagnóstico que permite valorar, junto al síndrome psicopatológico (eje I), la eventual presencia de trastorno de la personalidad (eje II), la existencia concomitante de enfermedades somáticas (eje III), la intensidad del stress desencadenante (eje IV) y el máximo nivel de adaptación premórbida en el año anterior al inicio del trastorno (eje V). Y la mayor novedad, la conceptual, viene dada por su aproximación descriptiva, huyendo de especulaciones acerca de la génesis de los síntomas, y resultando ateorico en lo que se refiere a etiología. A decir de Deniker (comunicación personal) los americanos han querido exhibir también en el terreno de la psiquiatría su ausencia de prejuicios. Para la esquizofrenia, o trastornos esquizofrénicos, aunque el mismo Manual reconoce la costumbre de hablar de ellos en singular habitualmente, el DSM-III introduce importantes novedades. La que más conviene destacar aquí, por corresponder al objeto de este estudio, es la separación del trastorno esquizofreni-

forme de los trastornos esquizofrénicos en función de la duración del episodio: menor de 6 meses para el primero, mayor de 6 meses para los segundos. Se indica que hay datos de historia familiar y de curso (menos recurrencias) que aconsejan esta separación, además de una mayor frecuencia de trastorno emocional, confusión, inicio brusco, y tendencia a la remisión rápida con recuperación del nivel premórbido. Otros trastornos que quedan segregados son las esquizofrenias latente, simple y borderline, es decir aquellos cuadros que no produzcan síntomas psicóticos manifiestos. Aunque no supone que el curso sea deteriorante, exige una mínima duración de 6 meses como ya se ha señalado. Los criterios son los siguientes:

A.- Uno de los siguientes síntomas, como mínimo, durante alguna de las fases de la enfermedad:

- 1.- Ideas delirantes extrañas (con contenido claramente absurdo y sin base) como ideas delirantes de creerse controlado o difusión, imposición o robo del pensamiento.
- 2.- Ideas delirantes somáticas, de grandeza, religiosas, nihilistas u otras ideas delirantes sin contenido de persecución o de celos.
- 3.- Ideas delirantes persecutorias o celotípicas si se acompañan de cualquier tipo de alucinaciones.
- 4.- Alucinaciones auditivas en las que las voces comentan los pensamientos o la conducta del sujeto, o las voces conversan entre sí.
- 5.- Alucinaciones auditivas que en ocasiones contiene más de una o dos palabras, sin relación con la depresión o euforia.

6.- Incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, pensamiento ilógico notable, o notable pobreza del contenido del lenguaje si se acompaña de uno de los siguientes síntomas:

- a) Afectividad embotada, aplanada o inapropiada.
- b) Ideas delirantes o alucinaciones.
- c) Conducta catatónica o gravemente desorganizada.

B.- Deterioro del nivel previo de actividad laboral, de las relaciones sociales y del cuidado personal.

C.- Duración: Signos continuos de enfermedad durante 6 meses, como mínimo, a lo largo de la vida del sujeto, con algunos signos de enfermedad en la actualidad. El período de 6 meses de incluir una fase activa durante la cual se presentan síntomas del criterio A, con o sin fase prodrómica o residual, tal como se define a continuación.

Fase prodrómica: Claro deterioro de la actividad antes de la fase activa de la enfermedad no debido a la alteración del estado de ánimo ni a un trastorno por uso de sustancias tóxicas y que, como mínimo, comprenda dos de los síntomas señalados más abajo.

Fase residual: A continuación de la fase activa de la enfermedad persisten, como mínimo, dos de los síntomas señalados más abajo, no debidos a alteración del estado de ánimo o a trastornos por uso de sustancias tóxicas.

Síntomas Prodrómicos o Residuales

- 1.- Aislamiento o retraimiento social.
 - 2.- Notable deterioro en actividades de asalariado, estudiante o ama de casa.
 - 3.- Conducta peculiar llamativa (por ejemplo coleccionar basuras, hablar solo en público, o acumular comida).
 - 4.- Notable deterioro en la higiene o aseo personal.
 - 5.- Afectividad inapropiada, embotada o aplanada.
 - 6.- Lenguaje disgregado, vago, sobreelaborado, detallado o metafórico.
 - 7.- Ideación extraña o rara o pensamiento mágico, por ejemplo superstición, clarividencia, telepatía, "sexto sentido", otros pueden sentir sus propios sentimientos, ideas sobrevaloradas, autorreferenciales.
 - 8.- Experiencias perceptivas inhabituales, por ejemplo ilusiones repetidas, sentir la presencia o la fuerza de una persona ausente.
- D.- Si está presente un síndrome maníaco o depresivo completo (criterios A y B de episodio maníaco o depresivo) ha debido desarrollarse tras los síntomas psicóticos o ser de duración más breve que los síntomas psicóticos del criterio A.
- E.- Inicio de la fase prodrómica o de la fase activa antes de los 45 años.
- F.- Todo ello no debido a trastorno mental orgánico o a retraso mental.

El DSM-III establece una clasificación en tipos clínicos, reflejo de síndromes clínicos "transversales" (actuales) señalando que algunos son más estables que otros y que sus implicaciones pronósticas y terapéuticas son variables. Estos tipos son: 1) Desorganizado (que corresponde al clásico tipo hebefrénico); 2) Catatónico; 3) Paranoide; 4) Indiferenciado y 5) Residual. Hay también una clasificación del curso: 1) Subcrónico (6 meses a 2 años); 2) Crónico (más de 2 años); 3) Subcrónico con exacerbación aguda; 4) Crónico con exacerbación aguda y 5) En remisión.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

Se diagnostica de acuerdo con los siguientes criterios:

- A.- Cumple todos los criterios para esquizofrenia, excepto el de duración.
- B.- La enfermedad dura más de 2 semanas y menos de 6 meses (incluyendo las fases prodrómica, activa y residual).

12) LA C.I.E.-9 DE LA O.M.S.

La clasificación internacional de enfermedades de la OMS en su 9ª edición (220), describe el concepto de esquizofrenia, siguiendo los síntomas clásicos de trastornos del pensamiento, de la afectividad, distorsión de la personalidad y de la conducta. Pone de manifiesto, como el DSM-III, que el diagnóstico no debe limitarse a los casos de curso crónico y dete-

riorante y, como prueba de ello, sitúa entre los subtipos de la enfermedad el episodio esquizofrénico agudo, equivalente al trastorno esquizofreniforme del DSM-III, pero para la OMS todavía formando parte de la esquizofrenia. Estas son las definiciones que el organismo internacional proporciona:

Psicosis esquizofrénica: "Grupo de psicosis que presenta un desorden fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, con frecuencia un sentimiento de estar controlado por fuerzas ajenas, ideas delirantes que pueden ser extravagantes, alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación real y autismo".

Después de continuar describiendo las características clínicas señala: "No debería hacerse el diagnóstico de esquizofrenia sino cuando durante la enfermedad son evidentes los característicos trastornos del pensamiento, del ánimo, de la conducta o de la personalidad, de preferencia en, por lo menos, dos de estas esferas".

Entre las formas clínicas distingue hasta diez:

- 1) Tipo simple
- 2) Tipo hebefrénico
- 3) Tipo catatónico
- 4) Tipo paranoide

- 5) Episodio esquizofrénico agudo (también denominado ataque esquizofreniforme, esquizofrenia aguda (indiferenciada), oneirofrenia y psicosis esquizofreniforme (de tipo confusional). Se define como un trastorno "en el cual se encuentra un estado semejante a la ensoñación con ligera obnubilación de la conciencia y perplejidad. Las cosas externas, la gente y los acontecimientos pueden parecer cargados de significado personal para el paciente. Puede haber tormenta emocional e ideas de referencia. En muchos casos se presenta la remisión, dentro de unas pocas semanas o meses, aún sin tratamiento.
- 6) Esquizofrenia latente
- 7) Esquizofrenia residual
- 8) Tipo esquizoafectivo
- 9) Otra (esquizofrenia infantil, esquizofrenia atípica)
- 10) No especificada.
- 13) T.J. CROW

En el mismo año en que apareció el DSM-III, Crow publica su artículo "Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process?" (70) en el que expone la existencia de dos tipos de esquizofrenia. En el tipo I los síntomas productivos predominan, mientras que en el tipo II se dan con mayor frecuencia e intensidad los síntomas negativos. (Ver

cuadro 2). Desde el punto de vista clínico el tipo I correspondería a las formas descritas tradicionalmente como agudas, mientras el tipo II se asimilaría al cuadro psicopatológico de la esquizofrenia crónica. La presencia de alteraciones en el TAC cerebral en esta última (dilatación ventricular fundamentalmente, atrofia cortical menos constante), ofrecía la confianza de haber llegado a obtener una base somática para la enfermedad. Sin poder ser ello rechazado, conviene reseñar que estos hallazgos no han sido replicados en todos los casos en que se ha intentado (242), y que, por otra parte, las alteraciones hasta ahora obtenidas en los scanners se apuntan como inespecíficas, indicadoras tan solo de psicosis, sin mayor diferenciación. No obstante, es probable que por el camino marcado por Crow se puede llegar, próximamente, a cumplir el segundo paso (investigaciones anatomopatológicas y de laboratorio) de las cinco fases de validación de una entidad nosológica, según Robins y Guze.

	TIPO I	TIPO II
Síntomas característicos	Positivos: Ideas delirantes Alucinaciones Tr.pensamiento	Negativos: Aplanamiento afectivo Pobreza lenguaje Amotivación
Tipo de enfermedad en la que se observa más a menudo.	Esquizofrenia aguda	Esquizofrenia crónica Estado defectual
Respuesta a neurolépticos	Buena	Malá
Desenlace	Reversible	Irreversible
Deterioro intelectual	Ausente	Algunas veces presente
Proceso patológico postulado	Receptores DA incrementados	Pérdida celular y cambios estructurales en el cerebro

Cuadro 2. 2 síndromes en la esquizofrenia (T.V. Crow)

14) N.C. ANDREASEN

Si de algo se resiente el DSM-III es de la escasa importancia que concede a los síntomas negativos para el diagnóstico de esquizofrenia, hasta el punto que puede decirse que brillan por su ausencia. Esto es comprensible por dos razones, al menos: 1ª) el DSM-III está muy influido por los síntomas de primer orden de K.Schneider que son productivos no habiendo entre ellos ninguno negativo. 2ª) Si el DSM-III se ha dejado influir de este modo, como antes lo hiciera el R.D.C., probablemente sea porque los síntomas positivos son más fácilmente captables y transmisibles mediante formulaciones verbales y exigen menos nivel de inferencia que los de estirpe negativa. Para subsanar esta limitación se han diseñado recientemente métodos más objetivos de valoración de la sintomatología negativa, como el de Andreasen (10, 11, 12, 48, 217, 251). Esta autora señala que en el DSM-IV pueden recuperar los síntomas negativos su importancia, tomando el futuro manual un aire más bleuleriano frente al sello schneideriano que muestra el DSM-III. Andreasen atribuye a los síntomas negativos valor predictivo respecto al curso y a la respuesta al tratamiento y valor para el diagnóstico diferencial respecto a la manía, muy difícil sobre la sola base de los síntomas positivos. Están además, relacionados con lesiones estructurales del SNC, según la propia autora ha puesto de manifiesto en trabajos anteriores utilizando la TAC del cerebro. Como puede apreciarse todas estas consideraciones en torno a los síntomas negativos, coinciden con la orientación de Crow (tipo II).

Mediante una escala de valoración de síntomas negativos (S.A.N.S) se evalúa la presencia e intensidad de los mismos divididos en cinco grupos:

- 1) Alogia
- 2) Indiferencia afectiva
- 3) Avolición-apatía
- 4) Anhedonia-asociabilidad
- 5) Deterioro atencional

De acuerdo con los resultados de esta escala y con la presencia o ausencia de sintomatología productiva la autora propone una nueva subdivisión de la esquizofrenia en 3 grupos: a) esquizofrenia positiva, b) esquizofrenia negativa, c) esquizofrenia mixta; señalando que la ventaja de esta clasificación estribaría en proporcionar grupos de pacientes más homogéneos que los que se consiguen con los anteriores sistemas clasificatorios, incluido el DSM-III, con lo que quedarían sentadas las bases clínicas para una mejor investigación somatológica.

A continuación se transcribe la escala de valoración de sintomatología negativa:

ESCALA DE VALORACION DE SINTOMAS NEGATIVOS (S.A.N.S.) (10)

Instrucciones: Para cada ítem que sea una conducta observable, se utilizarán diversas fuentes de información como la observación directa por parte del investigador, los datos que proporcionan los familiares y las opiniones del propio sujeto. Los ítems subjetivos (nºs 8, 14, 19, 25, 29) deben basarse únicamente en la opinión del sujeto. No tiene por qué guardar relación con las variaciones conductuales o globales. Estas últimas deben de ser una valoración general y no un promedio de los distintos componentes conductuales.

- Embotamiento afectivo:

- 1) Expresión facial fija
- 2) Movimientos espontáneos disminuidos
- 3) Pobreza de gestos expresivos
- 4) Contacto visual pobre
- 5) Falta de respuesta afectiva
- 6) Afecto inapropiado
- 7) Ausencia de inflexiones vocales
- 8) Quejas subjetivas de aplanamiento afectivo
- 9) Valoración global del embotamiento afectivo.

- Alogia

- 10) Pobreza del lenguaje
- 11) Pobreza del contenido del lenguaje
- 12) Bloqueo
- 13) Latencia de respuesta incrementada
- 14) Valoración subjetiva de la alogia
- 15) Valoración global de la alogia

- Avolición (abulia)-Apatía

- 16) Aseo e higiene
- 17) Falta de persistencia en el trabajo o escuela
- 18) Anergia física
- 19) Quejas subjetivas de avolición y apatía
- 20) Valoración global de la apatía-avolición

- Anhedonia-Asociabilidad

- 21) Intereses y actividades recreativas
- 22) Interés y actividad sexual
- 23) Capacidad de sentir intimidad y proximidad
- 24) Relaciones con amigos y hermanos
- 25) Conciencia subjetiva de la anhedonia-insociabilidad
- 26) Valoración global de la anhedonia-insociabilidad

- Deterioro atencional

- 27) Falta de atención en el trabajo
- 28) Falta de atención durante la exploración del estado mental
- 29) Quejas subjetivas de falta de atención
- 30) Valoración global de la atención

Cada ítem se valora de 0 (ausencia) a 5 (Máxima intensidad) según la siguiente escala:

- 0 : No hay evidencia del síntoma
- 1 : Dudoso
- 2 : Ligero o leve
- 3 : Moderado
- 4 : Marcado
- 5 : Severo

15) RECAPITULACION

Tras esta breve revisión histórica de los conceptos clínicos, que sobre la esquizofrenia, han ido exponiendo las principales escuelas y autores, podemos extraer diversas enseñanzas y no pocos interrogantes. Se dice que el genio de Kraepelin unió en una sola entidad nosológica lo que hasta entonces estaba desperdigado en varios cuadros aparentemente independientes. Pero ¿era realmente unificable, todo lo que Kraepelin describió como demencia precoz? La paranoia y la parafrenia, últimas entidades reclutadas, fueron las primeras en volver a recuperar su independencia, que para algunas escuelas (francesa) nunca habían perdido. La forma simple parece definitivamente erradicada del tronco de la esquizofrenia, dándosele actualmente el calificativo de trastorno de personalidad (13). La misma esquizofrenia paranoide ha sido postulada por diversos autores, especialmente británicos (Henderson, Gillespie) (145, 146), como una entidad independiente, más próxima en todo caso a la paranoia, con la que formaría

grupo, que a la esquizofrenia procesal, prácticamente representada ya solo por la hebefrenia y la catatonía.

El segundo punto de referencia en la historia de la esquizofrenia lo constituyen E. Bleuler y K. Schneider. Ambos profundizan en la clínica de la psicosis, en la psicopatología, a la búsqueda de lo patognomónico: K. Schneider con un nivel más bajo de inferencia en sus síntomas queda más próximo a la realidad de la clínica. Llevaba la ventaja del trabajo hecho antes por el autor de Burgolzi. En ninguno de los dos casos se logra plenamente el objetivo de describir síntomas patognomónicos.

Las escuelas francesa y escandinavas tienen algo en común: defienden la autonomía de psicosis clínicamente esquizomorfas. Bouffées delirantes en un caso, psicosis psicógenas en otro. Este prurito de diferenciación de lo agudo, de lo reversible, las distingue frente a las escuelas alemanas citadas anteriormente (porque otras como la de Kleist y Leonhard todavía son más diferenciadoras que las francesas y nórdicas) y ha quedado recogido en el DSM-III, a través del trastorno esquizofreniforme. Se evidencia así como históricamente dentro de lo que es la esquizofrenia ha habido en todo momento un cuadro, quizá no el mismo siempre, de carácter agudo, clínicamente imposible de distinguir de la esquizofrenia genuina, que ha recibido diversos nombres: Psicosis esquizofreniforme (Langfeldt), bouffée delirante aguda (Magan, Ey), psicosis paranoide aguda, algunas psicosis psicógenas de los escandinavos, algunas psicosis esquizoafectivas (Kasanin), algunas oneirofrenias (Meduna) etc., etc., y finalmente, trastorno esquizofreniforme. Al estudio comparativo del mismo con la esquizofrenia (trastornos esquizofrénicos del DSM-III) consagraremos parte de

este trabajo, partiendo de la hipótesis de que ambos trastornos pueden diferenciarse no solo por la duración sino por el cuadro clínico.

II) OBJETIVOS E HIPOTESIS DE TRABAJO

Los objetivos que se plantean en esta tesis son tres:

- 10) Presentar una historia clínica informatizada aplicable a la investigación clínica psiquiátrica, aportando los datos que mediante su uso se han obtenido en un campo específico de estudio, concretamente en los trastornos esquizofrénicos y esquizofreniformes.
- 20) Realizar un estudio clínico del síndrome esquizofrénico mediante la H.C.C., teniendo como referencia los criterios diagnósticos del DSM-III, partiendo de la hipótesis de que hay otros síntomas, o agrupaciones de los mismos, que pueden conducir al diagnóstico de Tr. esquizofrénico y/o Tr. esquizofreniforme con la misma validez y fiabilidad que los criterios descritos en el DSM-III.
- 30) Llevar a cabo un estudio comparativo Tr. esquizofrénico - Tr. esquizofreniforme mediante la H.C.C., partiendo de la hipótesis de la existencia de diferencias sintomatológicas entre ambos trastornos, susceptibles de contribuir a un diagnóstico diferencial entre dichos cuadros que no esté solo basado en la duración del trastorno.

MATERIAL Y METODO

Asunciones arbitrarias, conjeturas, imaginaciones y otras "metapsiquiatras" no pueden reemplazar el sobrio método de la observación clínica (E. Kraepelin).

Muchos psiquiatras suscriben un concepto plural de la esquizofrenia pero pocos lo aplican a la investigación. (K. Leonhard).

El problema de la esquizofrenia no es para la Medicina un problema filosófico sino fisiopatológico. (K. Conrad).

M A T E R I A L Y M E T O D O

1) INFORMATIZACION EN PSIQUIATRIA

A partir de las primeras aplicaciones de la informática a la Psiquiatría (1, 6, 14, 43, 61, 65, 68, 80, 85, 86, 95, 99, 104, 105, 131, 141, 186, 193, 223, 229, 230, 231, 244, 246, 256, 261, 262, 263, 270, 271, 272, 314), las principales experiencias en estos últimos 30 años se han centrado, primero, en el terreno más estricto y limitado de la psicopatología, para luego ampliar el campo de acción a todo cuanto constituye objeto de la historia clínica. Quizás en principio se vió como más asequible, por objetivable, la exploración de las funciones psíquicas o estado mental y en este sentido se llevaron a cabo los primeros trabajos. Entre los principales autores y trabajos se pueden citar a:

- Lorr y cols.(185) que en 1954 publican la "Inpatient Multidimensional Psychiatric Scales" (I.M.P:S.)
- Burdock y Hardesty (46) quienes presentan en 1962 su Standard Clinic Interview. (S.C.I.)
- Spitzer y cols.(268, 269) publican su Mental Status Schedule y - Psychiatric Status Schedule en 1964 y 1967, respectivamente. En este último artículo ya hacen referencia, también, a la forma de recoger los datos de la anamnesis, no solo los procedentes de la exploración psicopatológica, mediante métodos standarizados.

- Wing y cols.(317) dan luz en 1967 a un importante instrumento de exploración psiquiátrica: la Standardized Interview Schedule for Psychiatric Present State Examination, que luego constituirá la herramienta básica de trabajo del Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia de la Organización Mundial de Salud.

- A partir de 1965 varios psiquiatras de lengua alemana (Bente, Engel, Heimrich, Hippus, Schmitt, alemanes; Angst, Battegay, Poldinger, etc., suizos; a los que se unieron luego austríacos, como Bender) desarrollan el A.M.D.P.(8) (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatric) sistema informatizado para la recolección de datos procedentes tanto de la anamnesis como del examen del estado mental.

- En Francia, R.Amiel (7) pone a punto, en 1966 el Dossier Psychiatrique Automatisé, en el mismo año en que Kammel y Gurfein (186) desarrollan una experiencia similar en Strasbourg.

- En nuestro país también se han llevado a cabo experiencias en este terreno, entre las que destacan la Historia Psiquiátrica Automatizable Zaragoza de Seva y cols.(258), la H.C.A.B. (Historia Psiquiátrica Automatizable Barcelona) de J.L.Tizón (296) y la Historia Clínica Unificada de López Ibor Aliño y cols.(183). La primera, publicada en 1973, fue diseñada especialmente con fines de investigación epidemiológica. En el libro del XII Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que tuvo lugar en Valladolid en 1973, hay una extensa exposición sobre la misma. La H.C.A.B. impresiona por el enorme caudal de información que es capaz de obtener: 2623 datos por cada ejemplar, pero

esta misma ventaja la hace tal vez algo "pesada" como instrumento clínico. Para fines de investigación sin embargo, puede resultar muy útil, sobre todo si se tiene en cuenta que está dividida en diversos apartados, "bloques de datos" aplicables independientemente a diversos campos de la investigación, tanto clínicos como no clínicos (datos sociodemográficos, administrativos, religiosos).

La Historia Clínica Unificada es de constitución más "ligera" y está formada en parte por el sistema de cuestionario, es decir elección entre posibilidades dadas de antemano, marcando la que interesa, y en parte por textos libres que el usuario de la historia debe inscribir en determinados apartados. Se intenta, con ello, huir de la posible rigidez que los cuestionarios encierran posibilitando un acercamiento más matizado al fenómeno en estudio. El uso de la historia demostrará, en todo caso, si esta construcción heterogénea es de superior utilidad y ofrece alguna neta ventaja. Cabe añadir que está pensada para ser aplicada a la asistencia y, de ahí, que se haya tenido muy en cuenta todo aquello que pueda lastrarla excesivamente, haciéndola inmanejable.

2) DESCRIPCION DE LA HISTORIA CLINICA COMPUTARIZABLE "SANT PAU"

Se trata de un proyecto en el que venimos trabajando desde hace varios años cuya finalidad principal estriba en poner a punto un instrumento de trabajo capaz de recoger aquellos datos más interesantes para la investigación psiquiátrica. Sin embargo, pretendemos que la historia tenga cierta flexibilidad y no quede muy lejos de poder ser utilizada en clíni-

ca. De ahí que en sucesivas versiones se la haya tendido a aligerar, a la vez que se iba variando parte de su contenido en función de las aportaciones más recientes al tema. Debe quedar constancia que la H.C.C. "Sant Pau" no ha sido creada con el único fin de investigar en el campo de la esquizofrenia. Si así fuera probablemente se le hubiera dado una composición distinta y algunos ítems de los presentes hubieran quedado eliminados, mientras sin duda otros nuevos hubieran sido añadidos. La H.C.C. "Sant Pau" nació para ser aplicada en cuantos trastornos se presentan en la clínica psiquiátrica.

A lo largo de su desarrollo se han ido sucediendo diversas fases que pasamos a enumerar a continuación:

- 10) Elaboración, hace unos 10 años, de una primera versión, basada en las historias automatizables entonces existentes, y, sobre todo, en el empirismo clínico.
- 20) Esta primera versión fue utilizada en una población de enfermos mayoritariamente ambulatorios y modificada en función de los resultados de esta primera aplicación práctica.
- 30) Después de elaborar diversas versiones con modificaciones más o menos importantes, según el caso, se llevó a cabo la versión actual, influida sin duda por el DSM-III en lo psicopatológico, muy especialmente en el apartado dedicado a antecedentes de personalidad.

40) Esta versión fue ensayada antes de utilizarla en pacientes esquizofrénicos, mediante su aplicación a una muestra diversificada de pacientes entre los que se encontraban: Trastornos bipolares, maníacos; Depresiones mayores recurrentes; Trastornos de somatización; Trastornos de ansiedad; Trastornos obsesivo-compulsivos; Agorafobia con crisis de ansiedad; Trastornos de conversión; Trastornos de personalidad histriónicos; Trastornos mentales orgánicos y, por supuesto, a pacientes afectados de Trastornos esquizofrénicos y esquizofreniformes. Los resultados de esta experiencia permitieron los últimos retoques y la versión definitiva de la H.C.C. "Sant Pau". Definitiva, por supuesto, en lo que se refiere a su aplicación al presente estudio, ya que en función de los resultados siempre caben rectificaciones posteriores.

La H. C.C. consta de los siguientes apartados o bloques:

1) Filiación que además de los datos identificatorios propiamente dichos recoge otros de carácter psicosocial (emigración) y administrativo-sanitario (procedencia). Si se han incorporado a la historia es porque pueden aportar datos de interés tanto en estudios epidemiológicos como clínicos (en relación con la procedencia se registra la aceptación o no de la consulta y los motivos de la misma).

2) Antecedentes familiares

Este bloque de datos se halla centrado en las características de la situación conyugal del paciente (si la hubiere) y en las características de la relación conyugal de sus progenitores. Aunque su título lleve a pen-

sar en lo que habitualmente se entiende por antecedentes familiares en cualquier historia clínica, es decir fundamentalmente presencia de enfermedades en los antecesores del enfermo, aquí, bajo este epígrafe, sólo nos referimos a datos de carácter psicosocial. Aparecen divididos en dos grandes apartados:

- a) Aquellos que se refieren a la familia de origen: padres, hermanos.
- b) Aquellos que se refieren a la familia de procreación, cuando exista: conyuge(s), hijos. También se ha situado aquí, por considerarlo el lugar más adecuado de la historia, el control de la natalidad: su práctica, método de la misma, y la aceptación o no de dicho control y de su ausencia.

3) Antecedentes personales

Intentan describir siguiendo un criterio cronológico aquellos hechos tradicionalmente destacados por la historia clínica convencional en cualquier biografía patológica. Dentro de este apartado se sitúan:

- 3.1) Embarazo
- 3.2) Parto
- 3.3) Lactancia
- 3.4) Desarrollo
- 3.5) Escolaridad
- 3.6) Relaciones interpersonales en la infancia
- 3.7) Rasgos de carácter anómalos en la infancia

- 3.8) Menstruación (para las mujeres)
- 3.9) Conducta sexual
- 3.10) Relaciones interpersonales en la vida adulta
- 3.11) Rasgos de personalidad premórbidos
- 3.12) Historia laboral.

En los ítems de "embarazo" se incluyen las posibles enfermedades de la madre durante este período y durante el puerperio, además de las circunstancias referidas concretamente al embarazo, por ejemplo si ha sido deseado, o no, por los progenitores.

Los ítems de "Parto" recogen el carácter eutócico o distócico del mismo, y la existencia de prematuridad, considerando como tal el alumbramiento que se produce antes de las 37 semanas, y de bajo peso para la edad de gestación. Los criterios que se han seguido para poder calificar a un recién nacido como de "bajo peso" podrán encontrarse en el glosario de términos que acompaña a la historia.

El apartado "Desarrollo" se refiere, concretamente, a posibles alteraciones en la maduración de determinadas conductas, o reflejos, que aparecen entre los doce meses (deambulación) y los 4-5 años (control de esfínteres). Ni que decir tiene la enorme dificultad que supone recoger datos de este tipo en una historia realizada a un adulto. De ahí que sólo se tienda a valorar el dato como positivo cuando existen indicios muy fundados de su presentación en la etapa de la infancia a que corresponden. La fiabilidad del mismo dato cuando se presenta negativo, es decir su ausencia, es todavía menor.

En el apartado "Escolaridad" se ha intentado retener junto a algunos datos objetivos claramente indicadores de la cualidad de esta etapa (clase de escuela, duración de la escolaridad, nivel de conocimientos adquiridos) otro menos precisables, pero importantes, por su posible valor indicador de problemas de adaptación, para los cuales la escuela representa, en la infancia, uno de los escenarios principales.

Otro ítem de dificultades notables, por la complejidad de los datos que trata de desvelar, es el de las relaciones interpersonales en la infancia. Aquí, resulta más imprescindible que nunca la consulta del glosario. Especialmente las relaciones intrafamiliares, con los padres y con los hermanos, encierran en sus formulaciones un alto nivel de inferencia, junto a una, quizá, simplificación excesiva. Por eso, la meticulosidad con que deben recogerse estas informaciones debe correr pareja con la prudencia en las interpretaciones a que luego puedan dar lugar resultados.

Saltando por encima de los apartados 7, 8, 9 y 10 que no parecen ofrecer dificultades especiales, llegamos a los "rasgos de personalidad premórbidos". En versiones anteriores de la H.C.C. este apartado estaba diseñado de forma distinta pero tras la aparición del D.S.M. III se optó por seguir la sistemática del mismo dentro del eje II, trastornos de personalidad. Si bien los distintos rasgos aparecen en la historia clínica agrupados según el DSM-III, ello no tiene otro objeto que respetar su punto de referencia y a los efectos igual podría haberse hecho un listado de los rasgos, omitiendo los encabezamientos. Lo importante es, pues, señalar cuantos estén presentes aunque correspondan a categorías muy heterogéneas. Una doble dificultad amenaza a estos datos: a) el alto grado de inferencia

que suponen sus formulaciones, b) que además se refieren a actitudes y comportamientos anteriores, previos a la eclosión de la enfermedad.

Se han añadido "rasgos ansiosos", "hipocondríacos" y "ciclotímicos" que no están en el DSM-III.

4) Antecedentes patológicos

En este apartado se ha agrupado los datos referentes a antecedentes patológicos tanto concernientes a la familia como al paciente. Entre ambos se han situado los hábitos toxicofílicos del enfermo, premórbidos, es decir previos a la presentación de la enfermedad en estudio, sin constituir, pues, una manifestación sintomática de la misma. Los antecedentes personales patológicos aparecen fraccionados en dos apartados: 1) Somáticos y 2) Psiquiátricos.

Al igual que ocurre en los hábitos toxicofílicos, los antecedentes personales psiquiátricos no deben tener relación con la enfermedad actual, para poder ser recogidos en este apartado. En otras palabras, no deben constituir un síntoma, o síndrome, prodrómico de la misma.

5) Enfermedad actual

Dentro de este amplio apartado la HCC recoge, en primer lugar, una serie de variables que hacen referencia a criterios cronológicos (duración de la enfermedad) y evolutivos (curso). Se establece la distinción entre "fecha de inicio de la enfermedad" y "fecha de inicio de la enfermedad

actual", es decir del episodio por el que el paciente es asistido en la actualidad. Cuando este último marca el debut del proceso los datos se recogerán directamente aquí, sin anotar nada en la variable "fecha de inicio de la enfermedad".

Se inicia, después, el bloque de datos relacionados con "sintomatología". Al respecto cabe señalar que en el diseño del mismo nos hemos guiado por dos principios básicos:

- a) Se intenta captar síntomas fácilmente evidenciables, con bajo grado de inferencia.
- b) Se pretende establecer una diferenciación, lo más neta posible, entre estos datos y los que pueden obtenerse en la exploración de las funciones psíquicas.

Así, el que algunas variables aparezcan, teóricamente duplicadas y las observemos tanto en "enfermedad actual" como en "exploración psicopatológica", tiene la siguiente explicación: a) momento cronológico en el que ha podido darse el fenómeno en estudio: en la "enfermedad" actual habrá ocurrido en algún momento del pasado reciente, mientras que en la "exploración psicopatológica" el lapso de tiempo es preciso y definido (los últimos siete días). b) Hay alteraciones psicopatológicas que se recogen en la anamnesis, pero no se detectan al explorar el estado mental; lo mismo ocurre viceversa.

En el glosario se encontrará la definición de todos aquellos términos de significado ambiguo pertenecientes al apartado que se comenta. El

ítem "deterioro de roles" se distingue de "conducta deteriorada" por referirse aquel sólo a dos áreas concretas de funcionamiento. El ítem "factores ambientales causales" se ha introducido para poder recoger la existencia de claras influencias del medio como determinantes de la alteración en estudio. Su paradigma serían los síntomas de conversión según conceptos DSM-III. La mera presencia de acontecimientos vitales que ya se recogen en el eje IV del diagnóstico DSM-III no autoriza a responder afirmativamente a este ítem.

La actitud del paciente hacia su trastorno puede ser a veces de importancia decisiva para el diagnóstico. Particularmente cuando hay una clara ganancia secundaria, finalismo psicológico, o intento consciente de beneficiarse de una enfermedad simulada. Estos aspectos de tan elevado nivel de inferencia, que se prestan a ser considerados como interpretaciones, se recogen en la variable "actitud". Hay otra variable, la siguiente, que recoge ese mismo aspecto pero en el marco familiar.

El ítem "Otras enfermedades actuales" trata de recoger cualquier otra afección que el paciente padezca, sea o no importante para la atención de su trastorno mental, junto al tiempo de evolución de la misma.

6) Exploración psicopatológica

Recoge las alteraciones observadas durante la misma y las presentes durante la semana anterior. En su diseño y en los términos psicopatológicos utilizados nos hemos guiado por los conceptos clásicos de las grandes escuelas europeas, germanas y francesas. En aquellos casos en que el sín-

toma o signo usado puede resultar de confusa o múltiple significación se ha procurado definir el uso que aquí se le da, en el glosario que acompaña a la HCC.

Este apartado consta de los siguientes grandes ítems (compuestos a su vez por diversos elementos)

- 6.1) Aspecto general. Comprende: a) biotipo. Se ha conservado la tipología clásica krestchmeriana, que no puede tener otro valor que orientativo y b) porte.
- 6.2) Actitud hacia la exploración
- 6.3) Conciencia
- 6.4) Orientación, subdividida en:
 - a) Temporal
 - b) Espacial
 - c) Alopsíquica
 - d) Autopsíquica
- 6.5) Atención, subdividida en:
 - a) Espontánea
 - b) Concentración

- 6.6) Memoria con sus diversos tipos (inmediata, a medida, a largo plazo para hechos recientes, a largo plazo para hechos remotos) y eventuales alteraciones (amnesias lacunar y selectiva, confabulación).
- 6.7) Psicomotricidad incluye tanto los trastornos cuantitativos como los cualitativos, mereciendo un subapartado especial las alteraciones de la mímica.
- 6.8) Afectividad. Comprende:
- a) Una valoración subjetiva por parte del propio paciente, en forma de escala de estimación.
 - b) Humor, con respuestas encadenadas para el caso en que el paciente presente hipotimia o hipertimia.
 - c) Estado de ánimo. Hay que destacar que este encabezamiento no supone ningún valor conceptual y que el término se utiliza aquí desprovisto de su significado habitual en psicopatología (equivalente a humor). Recoge, por otra parte, conceptos muy heterogéneos (ansiedad, incontinencia, paratimias) o que no podrían ser situados en otro lugar (p.e. la reviviscencia del trauma afectivo del trastorno postraumático por stress) dentro del ítem afectividad.

d) Aplanamiento afectivo. Se ha colocado como ítem aparte por su importante valor de síntoma negativo de esquizofrenia.

e) Irritabilidad.

6.9) Lenguaje y pensamiento. En él se distinguen:

a) Articulación del lenguaje

b) Curso ideo-verbal

c) Alteraciones de la sintaxis verbal. En realidad no hay diferencias cualitativas entre determinados síntomas del ítem anterior (asociaciones laxas p.e.) y éste, pero se ha introducido el presente ítem para resaltar la disgregación y la fuga de ideas.

d) Alteraciones de la semántica.

e) Alteraciones del contenido del pensamiento donde se sitúan las ideas delirantes, descritas de acuerdo con su temática, la intensidad de la convicción delirante y los mecanismos básicos del delirio. La distinción entre temple delirante (mecanismo delirante y delirio primario (incluido en ideas delirantes) viene dada por el carácter de humor delirante básico del primero, situación afectiva no traducible aún en ideas y pensamientos concretos, y por el carácter de idea delirante del segundo que correspondería a la adquisición de la "conciencia de significado" de Jaspers (134).

6.10) Sensopercepción.

Se han incorporado a la HCC sólo las alteraciones sensoperceptivas más importantes, sin pretensiones de exhaustividad, criterio que ha regido para todos los apartados.

6.11) Ideas de suicidio

6.12) Cogniciones ansiosas

6.13) Fobias y obsesiones

6.14) Ideas hipocondríacas

6.15) Imagen corporal. Este ítem trata de recoger los trastornos de percepción de la imagen corporal propios de la anorexia nerviosa y la dismorfofobia.

6.16) Despersonalización.

6.17) Desrealización

6.18) Vivencia del tiempo

6.19) Conciencia de enfermedad

6.20) Insight

6.21) Actitud del paciente hacia su enfermedad

- 6.22) Inteligencia. Se trata de una valoración clínica, de una impresión, por parte del examinador, sobre el rendimiento global y sobre la eventual presencia de deterioro
- 6.23) Variaciones circadianas y ultradianas
- 6.24) Somatizaciones. Se ha recogido el listado del DSM-III del trastorno de somatización. (Hay en curso una investigación sobre el tema por parte de nuestro grupo).
- 6.25) Sueño y ensueños (pesadillas)
- 6.26) En caso de existir o haber existido toxicomanía, relación actual con el tóxico.

7) Exploración somática

Optativa, la mayor parte de las veces será anodina, sin aportaciones de interés al estudio del caso. Junto a las constantes fisiológicas, se han registrado aquellas partes de la exploración somática que pueden tener más interés en psiquiatría (signos neurológicos) así como los signos de abstinencia e intoxicación.

8) Exploraciones complementarias

Se distinguen las biológicas y las psicológicas.

Entre las primeras se enumeran aquellas que de forma rutinaria son solicitadas en las primeras visitas hospitalarias (hemograma, bioquímica sanguínea) y otras más específicas dependientes de las características del caso (TAC, LRC, pruebas tiroideas, EEG, TSD, PRL, etc). Entre las exploraciones psicológicas se han incluido:

- a) El WAIS (305), (Wechsler Adult Intelligence Scale) por ser el test de inteligencia más utilizado y de datos más fiables.
- b) El MMPI (205) (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) prueba de personalidad ampliamente validada en su país de origen; sin embargo los datos que se utilizan en la versión española quizá no alcancen la misma confianza. No obstante, se utiliza en la historia por su carácter de cuestionario objetivo y por ser una exploración habitual en nuestro servicio.
- c) Diversos cuestionarios psicopatológicos.

Esta es una de las partes de la HCC que ha sufrido modificaciones más profundas a lo largo de su desarrollo. Baste decir que se han ido suprimiendo métodos de exploración psicopatológica standarizada como el Present State Examination (317), el A.M.D.P. (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) (8), y el C.P.R.S. (16)

(Comprehensive Psychiatric Rating Scale), que por su larga extensión prolongaban el tiempo necesario para pasar toda la HCC hasta extremos incompatibles con un instrumento que se pretende útil y manejable. No obstante se ha hecho todo lo posible para que los conceptos básicos de los tres aparezcan sino como cuestionario formalizado, al menos formando parte de la exploración psicopatológica de la historia. Cabe señalar, asimismo, que para dicha exploración y especialmente en lo que atañe al tema de las equizofrenias aquí tratado se han revisado los sistemas más usados por las diversas escuelas, lo cual ha posibilitado el diseñar la HCC de tal forma que mediante ella se puede hacer el diagnóstico de esquizofrenia según muy diversas escuelas (ver más adelante el apartado: "Instrucciones para su uso").

- d) Finalmente un Cuestionario de Cambios Vitales (CCV) que recoge una lista de acontecimientos vitales adaptada en su diseño y valoración a la población española por el autor.

Desde hace unos 20 años se viene estudiando, primero en USA, y posteriormente en otros países, el papel que determinados sucesos vitales pueden jugar en la aparición de trastornos psíquicos y aún somáticos. Todos esos acontecimientos tienen en común el hecho de significar un cambio en la vida del sujeto (en inglés se han denominado "life changes" o "life events") que exige al mismo un esfuerzo de adaptación emocional y conductual. Con fines investigatorios dichos sucesos son presentados en forma de listas, de origen empírico (la primera de Holmes y Rahe (130), fue extraída de la revisión de 5.000 historias de pacientes

afectos de tuberculosis pulmonar) que varían según los autores y que están influidas por factores socioculturales. De ahí la necesidad de elaborar cuestionarios adaptados a la realidad ambiental y valores culturales imperantes en el medio en el que se desenvuelve el enfermo. El CCV se encontrará en el glosario de la HCC en la cual se transcribe tan sólo la puntuación obtenida en el mismo.

g) Diagnóstico

Se han incorporado el ICD-9 (220) (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, 9ª edición, cuya sección V describe los trastornos mentales) y el DSM-III (13) (Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana, 3ª edición) con sus cinco ejes. El diagnóstico debe cumplimentarse al completar la historia y seis meses después, momento en el que se establece la revisión del mismo. Este período de tiempo ha sido elegido teniendo en cuenta que constituye el criterio diferencial entre trastorno esquizofreniforme y trastorno esquizofrénico en el DSM-III.

10) Resumen

Este apartado, en blanco, sirve para anotar aquellas circunstancias que habiendo surgido durante la recogida de datos, no pueden adscribirse a ninguno de los ítems de la HCC, y que, por su relevancia, se estima impor-

tante retener. Asimismo, ésta destinado a redactar un posible resumen de la enfermedad.

11) Observaciones

Se recogen conductas de riesgo; el apartado ha sido particularmente pensado para pacientes ingresados.

12) Curso y tratamiento

En este apartado final se han tratado de plasmar las variables relacionadas con el tratamiento y con la posterior evolución del trastorno bajo el efecto de la terapéutica.

Con el fin de hacer más manejable la HCC, el código por el que hay que llevar los datos de Curso y Tratamiento no se ha incorporado a la historia, debiendo consultarse su texto en el glosario. Cada línea corresponde a un tratamiento prescrito y en ella se valora el efecto del mismo mediante dos tipos de criterios: a) clínicos que corresponden a la columna F, "respuesta al tratamiento", b) psicométricos mediante los cuestionarios aplicados para valorar el seguimiento (columna G) y sus puntuaciones (columna H).

En el apéndice se transcribe un ejemplar de HCC "Sant Pau".

3) INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA HCC SANT PAU

La HCC "Sant Pau" no puede utilizarse como instrumento aislado para recoger directamente los datos del enfermo. Para su correcto uso debe consultarse previamente el manual de la misma donde se halla el glosario de términos técnicos y el código correspondiente al curso y tratamiento.

Por otra parte, la historia clínica computarizada "Sant Pau" sólo puede ser rellenaada trás un profundo conocimiento del enfermo, lo que presupone por lo general, una relación médico-enfermo de cierta duración. Hay apartados como la filiación, antecedentes patológicos, o exploración psicopatológica que podrían ser completados de entrada, trás visitar al paciente por primera vez. Sin embargo determinados ítems de los antecedentes familiares, personales y enfermedad actual es imposible contestarlos sin haber mantenido un mínimo de entrevistas con el paciente y con sus familiares que deben ser siempre encuestados. De faltar esta fuente de información (persona distinta al propio paciente), se resiente notablemente la cantidad de datos recogidos y la historia no puede completarse con un mínimo de fiabilidad. Para los siguientes apartados deben establecerse siempre entrevistas auxiliares con familiares del paciente a fin de obtener una información válida:

- a) Antecedentes familiares (problemas de convivencia entre los padres y problemas de convivencia con el cónyuge).

- b) Antecedentes personales (relaciones interpersonales en la infancia; rasgos de carácter anómalos en la infancia, relaciones interpersonales en la vida adulta, rasgos de personalidad premórbidos; es aconsejable, también, para todos los datos referentes a la infancia, el interrogatorio de un familiar que puede dar información respecto a esa época de la vida del paciente).
- c) Enfermedad actual (factores ambientales causales; actitud y conducta de la familia).

Por supuesto las entrevistas auxiliares se realizarán, siempre que se trate de un paciente psicótico, antes de rellenar cualquier dato que no sea la exploración de las funciones psíquicas.

En la experiencia actual del autor, la HCC ha podido ser completada en todos sus apartados en dos tipos de pacientes: a) aquellos que eran conocidos desde hácia tiempo y en los que por lo tanto existía un caudal de datos suficiente para responder a todos los ítems, y 2) aquellos que habiendo sido visitados por primera vez recientemente, a resultas de su ingreso en el servicio, habían podido ser objeto de un estudio suficientemente completo (entrevistas individuales y familiares; exploraciones psicopatológicas, psicométricas y biológicas) para poder contestar a los distintos ítems de la historia. Por supuesto, que en algún paciente, excepcionalmente, el mismo proceso había podido llevarse a cabo ambulatoriamente.

Al primer grupo de enfermos pertenecen aquellos que fueron objeto de aplicaciones de las primeras versiones de la HCC, mientras que el segundo está formado por los pacientes del presente estudio.

Hay un ítem, especialmente, "rasgos de personalidad premórbidos", que resulta imposible de rellenar sin un contacto previo prolongado con el paciente.

De todo lo dicho hasta ahora, puede deducirse fácilmente que el tiempo de "llenado" de la HCC sea largo, si tenemos en cuenta lo que supone reunir todos los datos que componen la historia. Se indica a continuación el tiempo promedio por apartados y total que se ha consumido en las HCC que sirven de base a este trabajo (53 pacientes con diagnósticos de trastornos esquizofrénicos y trastornos esquizofreniformes).

Filiación	16'
Antecedentes familiares	21'
Antecedentes personales	36'
Antecedentes patológicos	4'
Enfermedad actual	52'
Exploración psicopatológica	42'
Exploraciones complementarias	72'

(sólo referentes a cuestionarios psicopatológicos; no se han registrado los tiempos correspondientes al WAIS y al MMPI, ni por supuesto el de las exploraciones biológicas).

Diagnóstico, observaciones	10'
Curso y tratamiento	29'
TOTAL	282' (4h. 42')

En estos tiempos se incluyen tanto las visitas al paciente como las entrevistas a familiares que se han necesitado llevar a cabo para responder a todos los ítems.

La estructura de la HCC "Sant Pau" proporciona un marco "semiestructurado" a la entrevista. La exploración psicopatológica abarca, además del momento en que se realiza, la semana anterior a la misma, por lo que siempre que exista evidencia de alguna de las alteraciones que se reseñan en ese apartado, durante los siete días precedentes, se responderá afirmativamente al ítem correspondiente.

El período de seguimiento de seis meses, al final del cual se revisa el diagnóstico, se inicia al completar la historia y realizar los diagnósticos ICD-9 y DSM-III.

El conocimiento de la realidad clínica y biográfica del paciente y las entrevistas con personas allegadas al mismo, que posibilitan la comprobación de determinadas informaciones, elevan la fiabilidad inicial de la HCC, situada a nivel de la historia clínica convencional. La revisión del diagnóstico a los seis meses es un elemento favorecedor de la misma. El mismo papel juega su computarización, ya que del tratamiento por ordenador se puede deducir si hay contradicciones lógicas entre determinados ítems que se refieren a informaciones homogéneas, por ejemplo:

10 vs 16

11 vs 17

19 vs 85

191 vs 198
312 vs 318
314 vs 323
324 vs 325
373 vs 374 - 385
385 vs 742 - 743
426 vs 427 - 430
431 vs 532 - 433
434 vs 435 - 442
443 vs 444 - 460
462 vs 463 - 483
484 vs 485 - 526
504 vs 505 - 519
504 vs 520
505 vs 519 - 520
504 vs 521
505 vs 519 - 521
521 vs 522 - 525
527 vs 528 - 542
728 vs 729
732 vs 733

Además el hecho de que la codificación de los ítems, exceptuando los de curso y tratamiento, aparezca en el mismo texto de la historia, agiliza su llenado, evitando errores de transcripción.

4) COMPUTARIZACION DE LA H.C.C. "SANT PAU"

El tratamiento por ordenador de la HCC Sant Pau ha sido llevado a cabo mediante el paquete de programas estadísticos del S.P.S.S.^x. (Statistical Package for Social Sciences (277)) instalado en un ordenador digital VAX 11/725 del Instituto Municipal de Investigación Médica de Barcelona.

La utilización de dicho paquete ha implicado la codificación de los datos y su mecanización; la creación de los correspondientes programas para generar las distribuciones de frecuencia, los parámetros estadísticos, las tablas de contingencia y los correspondientes estadígrafos. Además la sección de Bioestadística e Informática del Instituto Municipal de Investigación Médica ha asesorado el diseño del estudio y la interpretación de los resultados.

5) UTILIZACION DE LA H.C.C. "SANT PAU" PARA EL DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA SEGUN DIVERSOS AUTORES

La HCC "Sant Pau" posibilita el diagnóstico de esquizofrenia según criterios de diversos autores. A continuación se cita el autor o sistema y, a continuación, aquellos ítems que permiten llegar al diagnóstico:

1) KRAEPELIN (165, 166, 167) (Según la formalización de criterios de J.Landmark (168)).

A) Se tienen que cumplir dos de los cuatro criterios siguientes:

	<u>ITEM</u>
1.- Comienzo gradual	301-2 ó 307-2
2.- Aislamiento social	311
3.- Inhibición psicomotriz, en este caso como equivalente a abulia-apatía	444-3
4.- Ausencia de conciencia de enfermedad	573-3

B) Tres de los siguientes deben estar presentes:

5.- Disgregación del pensamiento	497-2
6.- Conducta aislada (autismo en el original)	311
7.- Aplanamiento afectivo y/o incongruencia afectiva	476 482
8.- Delirio primario	505
9.- Alucinaciones	528 a 542 (ambas inclusive)
10.- Ideas de referencia	507
11.- Inhibición psicomotriz (otra vez aparece aquí como trastorno volitivo)	444-3

12.- Trastornos de la atención espontánea	432
y/o trastornos de la concentración	433
13.- Delirio de influencia ó control y/o	509
Difusión del pensamiento y/o	537
Robo del pensamiento y/o	538
Inserción del pensamiento y/o	539
Experiencias de pasividad corporal	541
14.- Inercia y/o	444-2
Catalepsia y/o	446
Estereotipias y/o	447
Impulsiones y/o	448
Paracinesias y/o	451
Negativismo-Oposicionismo	453
C) Al menos dos síntomas residuales:	
Conducta extravagante	309
Conducta aislada	311
Deterioro familiar	393
Deterioro laboral	394
Porte extremado	423-2
Porte extravagante	423-3
Porte desaliñado	424-4
Aplanamiento afectivo	476
Incongruencia afectiva	482
Pobreza del pensamiento	503-2

2) E. BLEULER (38)

Al menos 3 de los 4 siguientes:

A) Trastornos de la asociación del pensamiento. Uno de los siguientes síntomas:

4) Discontinuidad del pensamiento;	495
Asociaciones laxas	
5) Estereotipias verbales	496
6) Disgregación	497-2
1) Perseveración	490
2) Ecolalia	491
3) Bloqueo	492
7) Neologismos	502

B) Autismo. Aquí utilizamos como equivalente, aunque el sentido del concepto bleuleriano sea más complejo, la conducta aislada 311

C) Ambivalencia 475

D) Trastorno de la afectividad:

Uno de los siguientes síntomas:

Incongruencia afectiva (paratimias)	476
Aplanamiento afectivo	482
Irritabilidad	483

3) LANGFELDT (169, 170, 171, 172)

A) Debe darse uno de los siguientes síntomas:

1.- Comienzo gradual	301-2 ó 307-2
2.- Conducta aislada	311
3.- Conducta extravagante	309
4.- Personalidad esquizoide	196

B) Deben presentarse dos de los siguientes síntomas:

1.- Despersonalización/Desrealización	570-571
2.- Trastornos de la asociación del pensamiento: (Uno de los siguientes)	
d) Discontinuidad-Asociaciones laxas	495
e) Estereotipias verbales	496
f) Disgregación	497-2
a) Perseveración	490
b) Ecolalia	491
c) Bloqueo	492
g) Neologismos	502

3.- Trastornos de la afectividad:

(Uno de los siguientes)

a) Incongruencia afectiva (paratimias)	476
b) Aplanamiento afectivo	482

4.- Delirio primario	505
5.- Vivencias de pasividad:	
(Uno de los siguientes)	
a) Delirio de influencia ó control	509
b) Difusión del pensamiento	537
c) Robo del pensamiento	538
d) Inserción del pensamiento	539
e) Experiencias de pasividad corporal	541
6.- Alucinaciones auditivas:	
(Uno de los siguientes)	
a) Alucinaciones auditivas	528
b) Voces que hablan, que comentan	529
c) Alucinaciones psíquicas auditivas	535
7.- Síntomas catatónicos:	
(Uno de los siguientes)	
a) Inercia	444-2
b) Catalepsia	446
c) Estereotipias	447
d) Impulsiones	448
e) Paracinesias	451
f) Negativismo-Oposicionismo	453

C) Sintomatología residual. Dos ó más de los siguientes:

(Ver mismos síntomas en Kraepelin)

En el original de Langfeldt está, también, presente en el grupo B el "praecoxgefühl" (sentimiento precoz, "olor a esquizofrénico") que no consta en la HCC.

4) K. SCHNEIDER (254)

La presencia de uno de los síntomas siguientes en ausencia de psicosis orgánica, permite el diagnóstico.

A) Presencia de:

1.- Delirio de influencia ó control	509
2.- Interpretación delirante	526
3.- Voces que hablan, que comentan	529
4.- Sonorización del pensamiento	536
5.- Robo del pensamiento	538
6.- Imposición del pensamiento	539
7.- Experiencias de pasividad corporal	541

B) Ausencia de un diagnóstico de psicosis orgánica

728-731 (ICD-9)
732-735 (DSM-III)

5) D.S.M. III (13)

A) Uno de los siguientes síntomas, como mínimo durante alguna de las fases de la enfermedad:

1.- Ideas delirantes extrañas: (una de las siguientes)

a) Delirio primario	505
b) Delirio de influencia / control	509
c) Sonorización del pensamiento	536
d) Difusión del pensamiento	537
e) Robo del pensamiento	538
f) Imposición del pensamiento	539
g) Adivinación del pensamiento	540

2.- Cualquiera de las siguientes ideas delirantes:

a) Delirio religioso	506
b) Delirio autorreferencial	507
c) Delirio erotómano	508
d) Delirio nihilístico	516
e) Delirio de referencia corporal	517
f) Delirio de grandeza	519
g) Otras ideas delirantes	518

(sin contenido de persecución ó celos)

3.- Cualquiera de las siguientes ideas delirantes:

a) Delirio de celos	510
b) Delirio de perjuicio	511
c) Delirio de envenenamiento	513
d) Delirio de persecución	515

- Siempre que se acompañen de:

Alucinaciones	527
---------------	-----

4.- Cualquiera de las siguientes:

a) Voces que hablan, que comentan	529
b) Alucinaciones psíquicas auditivas	535

5.- Alucinaciones auditivas 528

6.- Cualquiera de los siguientes:

a) Discontinuidad (asociaciones laxas)	495
b) Disgregación del pensamiento	497-2
c) Pobreza del pensamiento	503-2

- Si se acompañan de uno de los siguientes:

d) Incongruencia afectiva	476
e) Aplanamiento afectivo	482
f) Ideas delirantes	504

g) Alucinaciones	527
h) Inercia	444-2
i) Catalepsia	446
j) Estereotipias	447
k) Impulsiones	448
l) Paracinesias	451
ll) Negativismo-Oposicionismo	453
m) Conducta extravagante	309

B) Deterioro del nivel previo: (uno de los siguientes)

a) Deterioro de las relaciones familiares	393
b) Deterioro laboral	394
c) Porte extremado	423-2
d) Porte extravagante	423-3
e) Porte desaliñado	423-4

C) Duración: Más de 6 meses. Se obtiene mediante una variable generada por el programa del ordenador: $V_6 = 300$ (ó 304-306) - (2-4).

D) Edad inferior a 45 años. Se obtiene, igualmente, mediante $V_6 = (2-4) - (7-9)$

E) Debe descartarse, previamente: 1) La existencia de síndrome maniaco o depresivo completo de inicio anterior a los síntomas psicóticos ó de mayor duración que ellos; 2) Trastorno mental orgánico ó retraso mental.

728-731 (ICD-9)
732-735 (DSM-III)

6) POBLACION ESTUDIADA

La población que sirve de base para el presente estudio está constituida por 53 pacientes que han sido atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo entre 1982 y 1985, continuando la mayor parte de ellos bajo tratamiento, actualmente, en dicho centro. Sólo 11 enfermos han sido tratados exclusivamente en régimen ambulatorio, y aún alguno de ellos había sido ingresado anteriormente en otro hospital psiquiátrico; la mayoría (42 enfermos) fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de San Pablo durante el período citado.

Como criterios de inclusión en el estudio se han utilizado los precedentes del diagnóstico DSM-III de trastornos esquizofrénicos y esquizofreniformes. Dentro de los mismos ya quedan señaladas aquellas características que excluyen a determinados pacientes de la posibilidad de formar parte del grupo de estudio (trastorno afectivo, trastorno mental orgánico, retraso mental, edad inferior a 45 años). No se utilizaron otros criterios de selección.

Las características sociodemográficas, clínicas, evolutivas y el tratamiento de éstos pacientes se exponen en el apartado "resultados" de acuerdo con los datos proporcionados por el programa SPSS^X adaptado a la HCC "Sant Pau".

7) METODO

Según la hipótesis de trabajo expuesta anteriormente se trata de demostrar que el trastorno esquizofreniforme se puede distinguir de los trastornos esquizofrenicos por otros criterios, además del que explícitamente se señala en el DSM-III, que es la duración del trastorno. Se precisa pues:

- 1º) Definir los criterios que se van a utilizar.
- 2º) Describir el método por el que se intentará evidenciar la diferencia hipotetizada.

Respecto al primer punto, se ha llevado a cabo una selección entre las 987 variables de que consta la HCC "Sant Pau", tras valorar los resultados ofrecidos por el total de la muestra. De esta forma han quedado eliminados todos aquellos ítems de baja relevancia clínica cuyo estudio poco podía aportar a una real diferenciación entre ambos trastornos. Han quedado suprimidos, asimismo, todos aquellos ítems, que ofrecían resultados muy bajos, de 0 ó próximos a él, que como es obvio no hubieran aportado ningún valor discriminante en un estudio comparativo. Se ha intentado que el número final de variables a comparar no fuera excesivamente alto, ya que ello aumentaría la probabilidad de que aparecieran significaciones espúreas.

En definitiva se han retenido las variables que se enumeran a continuación:

VARIABLE

- 6.- LUGAR DE NACIMIENTO
- VG1.- EDAD PACIENTE
- 10.- EMIGRACION PADRES
- 11.- EMIGRACION PACIENTE
- VG2.- AÑOS EMIGRACION PADRES
- VG3.- AÑOS EMIGRACION PACIENTE
- 18.- SEXO
- 19.- ESTADO CIVIL
- 20.- OCUPACION DEL PACIENTE
- 23.- SITUACION LABORAL DEL PACIENTE
- 32.- ACEPTACION DE LA CONSULTA
- 33.- MOTIVO DE LA CONSULTA: DEPRESION
- 34.- MOTIVO DE LA CONSULTA: TENTATIVA DE SUICIDIO
- 35.- MOTIVO DE LA CONSULTA: SINTOMAS PSICOTICOS
- VG4.- EDAD FALLECIMIENTO PADRE
- VG5.- EDAD PACIENTE AL FALLECER PADRE
- 82.- Nº HERMANOS POR PACIENTE
- 83.- POSICION ORDINAL DEL PACIENTE
- 93.- PROBLEMAS DE CONVIVENCIA EN LA PAREJA
- 142.- EMBARAZO DESEADO
- 148.- PARTO
- 149.- PREMATURIDAD
- 150.- BAJO PESO PARA LA EDAD DE GESTACION
- 153.- RETRASO LENGUAJE
- 154.- RETRASO CONTROL ESFINTERES

VARIABLES

- 164.- DURACION ESCOLARIDAD
- 165.- CAMBIOS DE ESCUELA
- 167.- ADAPTACION A LA ESCUELA
- 169.- CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS
- 170.- RELACIONES INTERPERSONALES EN LA INFANCIA CON LOS PADRES
- 171.- RELACIONES INTERPERSONALES EN LA INFANCIA CON LOS HERMANOS
- 172.- RELACIONES INTERPERSONALES EN LA INFANCIA CON LOS COMPAÑEROS
- 173.- RASGOS DE CARACTER ANOMALOS EN LA INFANCIA
- 177.- RASGOS DE CARACTER ANOMALOS EN LA INFANCIA: ESQUIZOIDES
- 179.- RASGOS DE CARACTER ANOMALOS EN LA INFANCIA: OTROS
- 190.- CONDUCTA SEXUAL: PRACTICAS SEXUALES
- 191.- RELACIONES INTERPERSONALES EN LA VIDA ADULTA
- 192.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: PARANOIDES
- 193.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: RIGIDEZ AFECTIVA
- 194.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: SENSITIVIDAD/SUSCEPTIBILIDAD
- 195.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: SUSPICACIA
- 196.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: ESQUIZOIDES
- 198.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: ESCASAS AMISTADES INTIMAS
- 199.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: FRIGIDEZ AFECTIVA
- 200.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: ESQUIZOTIPICOS
- 204.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: HISTRIONICOS
- 209.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: NARCISISTAS
- 214.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: ANTISOCIALES
- 226.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: BORDERLINES
- 233.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: EVASIVOS

VARIABLES

- 238.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: DEPENDIENTES
- 250.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: ANSIOSOS
- 258.- ¿HA TENIDO OTRO EMPLEO?
- 260.- CAMBIOS FRECUENTES DE EMPLEO
- 265.- BAJAS LABORALES FRECUENTES
- 267.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: SUICIDIO
- 268.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: INTERNAMIENTO POR TRASTORNO AFECTIVO
- 269.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: TENTATIVA DE SUICIDIO
- 270.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: INTERNAMIENTO POR OTRAS CAUSAS O SIN DATOS
- 271.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: ALCOHOLISMO
- 272.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: TRATAMIENTO AMBULATORIO
- 273.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: INTERNAMIENTO POR TRASTORNO PSICOTICO
- 274.- HABITOS TOXICOFILICOS EN EL PASADO: ALCOHOL
- 275.- HABITOS TOXICOFILICOS EN EL PASADO: ANFETAMINAS
- 277.- HABITOS TOXICOFILICOS EN EL PASADO: PSICODISLEPTICOS
- 278.- HABITOS TOXICOFILICOS EN EL PASADO: CANNABIS
- 280.- HABITOS TOXICOFILICOS EN EL PASADO: TABACO
- 282.- ANTECEDENTES PERSONALES SOMATICOS: MINUSVALIA FISICA O SENSORIAL EN LA INFANCIA
- 284.- ANTECEDENTES PERSONALES SOMATICOS: OTRA ENFERMEDAD EN LA INFANCIA
- 285.- ANTECEDENTES PERSONALES SOMATICOS: OTRA ENFERMEDAD EN LA EDAD ADULTA
- 286.- ANTECEDENTES PSIOUIATRICOS

VARIABLE

VG21.- EDAD INICIO DE LA ENFERMEDAD

303.- Nº EPISODIOS

VG.22.- AÑOS EVOLUCION ENFERMEDAD

VG.23.- T^o EVOLUCION EPISODIO ACTUAL

301.- FORMA DE COMIENZO

309.- CONDUCTA EXTRAVAGANTE

311.- CONDUCTA AISLADA

312.- CONDUCTA AUTOAGRESIVA

314.- CONDUCTA HETEROAGRESIVA

316.- CONDUCTA TOXICOFILICA

317.- OTRA CONDUCTA ALTERADA

318.- CONDUCTA AUTOAGRESIVA: TIPO

320.- CONDUCTA AUTOAGRESIVA: MEDIO

321.- CONDUCTA AUTOAGRESIVA: GRAVEDAD SOMATICA DEL INTENTO

322.- CONDUCTA AUTOAGRESIVA: INTENCIONALIDAD LETAL

339.- APETITO

340.- PESO

341.- SEXUALIDAD: SIN ALTERACIONES

342.- SEXUALIDAD: AUMENTO INTERES SEXUAL

345.- SEXUALIDAD: DISMINUCION INTERES SEXUAL

350.- SEXUALIDAD: APRAGMATISMO SEXUAL

356.- COMUNICACION VERBAL

357.- COMUNICACION VERBAL: INCOMPRESIBLE

358.- COMUNICACION VERBAL: HABLA SOLO

360.- ACTIVIDAD MOTORA

VARIABLE

- 363.- ACTIVIDAD MOTORA: CONDUCTAS REPETITIVAS
- 364.- ACTIVIDAD MOTORA: CRISIS AGITACION PSICOMOTRIZ
- 365.- ESTADO DE ANIMO
- 367.- PSEUDOPERCEPCIONES AUDITIVAS
- 369.- PSEUDOPERCEPCIONES VISUALES
- 370.- PSEUDOPERCEPCIONES CENESTESICAS
- 371.- PSEUDOPERCEPCIONES GUSTATIVO-OLFATORIAS
- 373.- IDEAS DELIRANTES
- 374.- DELIRIO DE GRANDEZA
- 375.- DELIRIO RELIGIOSO
- 376.- DELIRIO AUTORREFERENCIAL
- 378.- DELIRIO DE PERJUICIO
- 380.- DELIRIO DE PERSECUCION
- 382.- DELIRIO DE INFLUENCIA
- 384.- DELIRIO DE TRANSFORMACION CORPORAL
- 385.- OTRAS IDEAS DELIRANTES
- 386.- IDEAS DE SUICIDIO
- 388.- PREOCUPACION EXCESIVA POR LA SALUD
- 389.- FUGAS
- 393.- DETERIORO DEL ROL FAMILIAR
- 394.- DETERIORO DEL ROL OCUPACIONAL
- 395.- FACTORES AMBIENTALES CAUSALES
- 399.- ACTITUD DE LA FAMILIA HACIA LA ENFERMEDAD
- 400.- CONDUCTA DE LA FAMILIA HACIA EL ENFERMO
- 401.- OTRAS ENFERMEDADES ACTUALES

VARIABLE

- 421.- CONSULTA A OTRO SERVICIO
- 422.- BIOTIPO
- 423.- PORTE
- 424.- ACTITUD HACIA LA EXPLORACION
- 431.- ATENCION
- 432.- ATENCION ESPONTANEA
- 433.- CONCENTRACION
- 443.- PSICOMOTRICIDAD
- 444.- PSICOMOTRICIDAD: TRASTORNOS CUANTITATIVOS
- 447.- ESTEREOTIPIAS, RITUALES
- 451.- MANIERISMOS, PARACINESIAS
- 455.- MIMICA: RECHAZO MIRADA
- 457.- MIMICA: PERPLEJIDAD
- 458.- MIMICA: HIPOMIMIA
- 461.- MIMICA: PARAMIMIAS
- 462.- AFECTIVIDAD
- 464.- HUMOR
- 474.- ANSIEDAD
- 475.- AMBIVALENCIA
- 476.- INCONGRUENCIA
- 482.- APLANAMIENTO AFECTIVO
- 483.- IRRITABILIDAD
- 484.- LENGUAJE Y PENSAMIENTO: SIN ALTERACIONES
- 486.- LENGUAJE Y PENSAMIENTO: CURSO IDEO-VERBAL A
- 487.- LENGUAJE Y PENSAMIENTO: CURSO IDEO-VERBAL B

VARIABLE

- 492.- LENGUAJE Y PENSAMIENTO: BLOQUEO
- 495.- LENGUAJE Y PENSAMIENTO: DISCONTINUIDAD (ASOCIACIONES LAXAS)
- 497.- LENGUAJE Y PENSAMIENTO: SINTAXIS
- 498.- LENGUAJE Y PENSAMIENTO: SEMANTICA
- 499.- LENGUAJE Y PENSAMIENTO: HERMETISMO
- 500.- LENGUAJE Y PENSAMIENTO: HIPERABSTRACCION
- 501.- LENGUAJE Y PENSAMIENTO: PARARRESPUESTAS
- 502.- LENGUAJE Y PENSAMIENTO: NEOLOGISMOS
- 503.- CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: VALORACION CUANTITATIVA
- 504.- IDEAS DELIRANTES
- 505.- DELIRIO PRIMARIO
- 506.- DELIRIO RELIGIOSO
- 507.- DELIRIO AUTORREFERENCIAL
- 509.- DELIRIO DE INFLUENCIA/CONTROL
- 511.- DELIRIO DE PERJUICIO
- 513.- DELIRIO DE ENVENENAMIENTO
- 515.- DELIRIO DE PERSECUCION
- 517.- DELIRIO DE REFERENCIA CORPORAL
- 518.- OTRAS IDEAS DELIRANTES
- 519.- DELIRIO DE GRANDEZA
- 520.- INTENSIDAD CONVICCION DELIRANTE
- 521.- MECANISMOS DELIRANTES
- 522.- MECANISMOS DELIRANTES: TEMPLE DELIRANTE
- 523.- MECANISMOS DELIRANTES: ALUCINACIONES
- 524.- MECANISMOS DELIRANTES: INTUICIONES

VARIABLE

- 525.- MECANISMOS DELIRANTES: FABULACIONES
- 526.- MECANISMOS DELIRANTES: INTERPRETACIONES
- 527.- SENSOPERCEPCION
- 528.- ALUCINACIONES AUDITIVAS
- 529.- VOCES QUE HABLAN, QUE COMENTAN
- 530.- ALUCINACIONES VISUALES
- 531.- ALUCINACIONES OLFATORIO-GUSTATIVAS
- 533.- ALUCINACIONES CENESTESICAS
- 535.- ALUCINACIONES PSIOUICAS AUDITIVAS
- 536.- SONORIZACION DEL PENSAMIENTO
- 538.- ROBO DEL PENSAMIENTO
- 540.- ADIVINACION DEL PENSAMIENTO
- 541.- EXPERIENCIAS DE PASIVIDAD CORPORAL
- 543.- IDEAS DE SUICIDIO
- 544.- COGNICIONES ANSIOSAS
- 554.- IDEAS OBSESIVAS
- 562.- IDEAS HIPOCONDRIACAS
- 567.- IMAGEN CORPORAL
- 570.- DESPERSONALIZACION
- 571.- DESREALIZACION
- 573.- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD
- 575.- ACTITUD DEL PACIENTE HACIA SU ENFERMEDAD
- 576.- INTELIGENCIA: IMPRESION GLOBAL
- 577.- INTELIGENCIA: IMPRESION DE DETERIORO
- 583.- SOMATIZACIONES

VARIABLE

- 674.- SUENO
- 675.- PESADILLAS
- 707.- WAIS MANIPULATIVO
- 708.- WAIS VERBAL
- 709.- WAIS TOTAL
- 710.- M.M.P.I.: L
- 711.- M.M.P.I.: F
- 712.- M.M.P.I.: K
- 713.- M.M.P.I.: HS
- 714.- M.M.P.I.: D
- 715.- M.M.P.I.: HY
- 716.- M.M.P.I.: PD
- 717.- M.M.P.I.: MF
- 718.- M.M.P.I.: PT
- 719.- M.M.P.I.: PA
- 720.- M.M.P.I.: SC
- 721.- M.M.P.I.: MA
- 722.- M.M.P.I.: SI
- 725.- HRS-D
- 726.- B.P.R.S.
- 727.- C.C.V.
- 742.- EJE IV
- 745.- EJE V
- 746.- RIESGO SUICIDA
- 747.- RIESGO CONDUCTA VIOLENTA
- 748.- RIESGO FUGA



CURSO Y TRATAMIENTO

D: EFECTOS SECUNDARIOS

E: CUMPLIMIENTO

F: RESPUESTA AL TRATAMIENTO

H: PUNTUACION B.P.R.S.: INICIAL

H: PUNTUACION B.P.R.S.: 1ª REVISION

H: PUNTUACION B.P.R.S.: INICIAL

H: PUNTUACION B.P.R.S.: 1ª REVISION

I: TIPO TRATAMIENTO PRESCRITO (Nº FARMACOS SEGUN GRUPOS FARMACOLOGICOS
DISTINTOS)

I: TIPO TRATAMIENTO, PRESCRITO: NUMERO DE FARMACOS POR PACIENTE

I: TIPO DE TRATAMIENTO PRESCRITO: HALOPERIDOL

J: DOSIS MEDIA HALOPERIDOL

K: VIA ADMINISTRACION HALOPERIDOL

L: DURACION DEL INGRESO

Por lo que se refiere al segundo punto, el método mediante el que se va a intentar distinguir el trastorno esquizofreniforme de los trastornos esquizofrénicos, en función de los criterios descritos, se ha utilizado el análisis estadístico de tablas de contingencia mediante la prueba chi-cuadrado (87) y el análisis discriminante (94, 182, 186).

R E S U L T A D O S

El ingenio del hombre rara vez ha sido más ejercido que en el intento de clasificar los fenómenos mentales mórbidos abarcados por el termino "locura". (D. H. Tuke).

Cuanto peor es un neurólogo más diagnóstica esclerosis múltiple; cuanto peor es un psiquiatra más diagnóstica esquizofrenia. (Wagner V. Jauregg).

1) MUESTRA TOTAL

FILIACIONV 5.- POBLACION (LUGAR DE RESIDENCIA)

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
BARCELONA CIUDAD	40	75'5
AREA METROPOLITANA	4	7'5
RESTO CATALUÑA	8	15'1
RESTO ESPAÑA	1	1'9
Total	53	100

V 6.- LUGAR DE NACIMIENTO

Lugar de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
BARCELONA CIUDAD	27	50'9
AREA METROPOLITANA	2	3'8
RESTO CATALUÑA	6	11'3
RESTO ESPAÑA	18	34'0
Total	53	100

V 7-9.- FECHA DE NACIMIENTO

Mes	Frecuencia	Porcentaje
ENERO	0	0
FEBRERO	4	7'5
MARZO	8	15'1
ABRIL	6	11'3
MAYO	4	7'5
JUNIO	6	11'3
JULIO	1	1'9
AGOSTO	6	11'3
SEPTIEMBRE	4	7'5
OCTUBRE	4	7'5
NOVIEMBRE	3	5'7
DICIEMBRE	6	11'3
NS	1	1'9
Total	53	100

FILIACIONVG 1.- EDAD PACIENTE

Intervalos de edad	Frecuencia	Porcentaje
DE 15 A 19 AÑOS	5	9'4
DE 20 A 24 AÑOS	14	26'4
DE 25 A 29 AÑOS	16	30'2
DE 30 A 34 AÑOS	5	9'4
DE 35 A 39 AÑOS	5	9'4
DE 40 A 44 AÑOS	5	9'4
MAS DE 44 AÑOS	3	5'7
Total	53	100

$\bar{X} = 28'87$; S.O. = 8'57 ; Rango = 16-51

V 10.- PADRES

Emigración padres	Frecuencia	Porcentaje
NO	27	50'9
SI	26	49'1
Total	53	100

V 11.- PACIENTE

Emigración paciente	Frecuencia	Porcentaje
NO	34	64'2
SI	19	35'8
Total	53	100

VG 2.- AÑOS EMIGRACION PADRES

Años	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
MENOS DE 10 AÑOS	1	1'9	4'0
DE 10 A 20 AÑOS	5	9'4	20'0
MAS DE 20 AÑOS	19	35'8	76'0
NP	28	52'8	-
Total	53	100	100

$\bar{X} = 27'36$; S.D. = 11'42 ; Rango = 5-55

VG 3.- AÑOS EMIGRACION PACIENTE

Años	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
MENOS DE 10 AÑOS	1	1'9	5'3
DE 10 A 20 AÑOS	8	15'1	42'1
MAS DE 20 AÑOS	10	18'9	52'6
NP	34	64'2	-
Total	53	100	100

$\bar{X} = 22'0$; S.D. = 9'23 ; Rango = 5-40

FILIACIONEMIGRACIONV 14.- MOTIVOS PADRES

Motivos	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
ECONOMICOS	19	35'8	73'1
FAMILIARES	3	5'7	11'5
OTROS	4	7'5	15'4
NP	27	50'9	-
Total	53	100	100

V 15.- MOTIVOS PACIENTE

Motivos	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
ECONOMICOS	7	13'2	35'0
FAMILIARES	8	15'1	40'0
OTROS	5	9'4	25'0
NP	33	62'3	-
Total	53	100	100

FILIACIONEMIGRACIONV 16.- ADAPTACION PADRES

Adaptación	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
NO	3	5'7	11'5
SI	18	34'0	69'2
ENTRE AMBOS	5	9'4	19'2
NP	27	50'9	-
Total	53	100	100

V 17.- ADAPTACION PACIENTE

Adaptación	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
NO	3	5'7	15'0
SI	15	28'3	75'0
ENTRE AMBOS	2	3'8	10'0
NP	33	62'3	-
Total	53	100	100

V 18.- SEXO

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
VARON	31	58'5
MUJER	22	41'5
Total	53	100

V 19.- ESTADO CIVIL

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	37	69'8
CASADO	11	20'8
SEPARADO-DIVORCIADO	5	9'4
Total	53	100

V 20.- OCUPACION PACIENTE

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
SIN PROFESION	2	3'8
AMA DE CASA	6	11'3
ESTUDIANTE	12	22'6
TRABAJADOR INDUSTRIA	7	13'2
TRABAJADOR SERVICIOS	21	39'6
PROFESION LIBERAL, TECNICA, O ASIMILADA	5	9'4
Total	53	100

FILIACIONV 23.- SITUACION LABORAL PACIENTE

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
PARO SIN SUBSIDIO	2	3'8
PARO CON SUBSIDIO	1	1'9
FIJO	13	24'5
EVENTUAL	6	11'3
AUTONOMO	5	9'4
INVALIDEZ PROVISIONAL Y DEFINITIVA	4	7'5
SUBEMPLEO	1	1'9
NO TRABAJA	14	26'4
AMA DE CASA	7	13'2
Total	53	100

FILIACIONV 32.- ACEPTACION DE LA CONSULTA

Aceptación	Frecuencia	Porcentaje
NO	17	32'1
SI	27	50'9
DUDOSO	9	17'0
Total	53	100

FILIACIONMOTIVO DE LA CONSULTAV 33.- DEPRESION

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
NO	50	94'3
SI	3	5'7
Total	53	100

V 34.- TENTATIVA DE SUICIDIO

T.suicidio	Frecuencia	Porcentaje
NO	47	88'7
SI	6	11'3
Total	53	100

FILIACIONMOTIVO DE LA CONSULTAV 35.- ANSIEDAD

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
NO	52	98'1
SI	1	1'9
Total	53	100

V 36.- SINTOMAS PSICOTICOS

Sintomas psicóticos	Frecuencia	Porcentaje
NO	1	1'9
SI	52	98'1
Total	53	100

FILIACIONMOTIVO DE LA CONSULTAV 37.- ETILISMO

Etilismo	Frecuencia	Porcentaje
NO	52	98'1
SI	1	1'9
Total	53	100

V 38.- PROBLEMAS RELACIONALES

Problemas relacionales	Frecuencia	Porcentaje
NO	100	100
Total	100	100

FILIACIONMOTIVO DE LA CONSULTAV 39.- SOMATIZACIONES

Somatizaciones	Frecuencia	Porcentaje
NO	51	96'2
SI	2	3'8
Total	53	100

V 40.- DISFUNCIONES SEXUALES

Disfunciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
NO	53	100
Total	53	100

FILIACIONMOTIVO DE LA CONSULTAV 41.- OTROS

Otros motivos	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
NO	50	94'3	96'2
SI	2	3'8	3'8
NS	1	1'9	-
Total	53	100	100

ANTECEDENTES FAMILIARESFAMILIA DE ORIGENVG 4.- EDAD DEL PADRE AL MORIR

Intervalos de edad	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
MENOS DE 40 AÑOS	1	1'9	5'3
DE 40 A 50 AÑOS	6	11'3	31'6
DE 50 A 60 AÑOS	5	9'4	26'3
DE 60 A 70 AÑOS	4	7'5	21'1
MAS DE 70 AÑOS	3	5'7	15'8
NP	34	64'2	-
Total	53	100	100

ANTECEDENTES FAMILIARESFAMILIA DE ORIGENVG 5.- EDAD DEL PACIENTE AL MORIR EL PADRE

Intervalos de edad	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
MENOS DE 5 AÑOS	4	7'5	21'1
DE 5 A 9 AÑOS	0	0	0
DE 10 A 14 AÑOS	3	5'7	15'8
DE 15 A 19 AÑOS	5	9'4	26'3
MAS DE 19 AÑOS	7	13'2	36'8
NP	34	64'2	-
Total	53	100	100

$\bar{X} = 18'16$; S.O. = 11'63 ; Rango = 1-41

ANTECEDENTES FAMILIARESFAMILIA DE ORIGENVG 6.- EDAD DE LA MADRE AL MORIR

Intervalos de edad	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
MENOS DE 40 AÑOS	1	1'9	14'3
DE 40 A 50 AÑOS	2	3'8	28'6
DE 50 A 60 AÑOS	1	1'9	14'3
DE 60 A 70 AÑOS	0	0	0
MAS DE 70 AÑOS	3	5'7	42'9
NP	46	86'8	-
Total	53	100	100

ANTECEDENTES FAMILIARESFAMILIA DE ORIGENVG 7.- EDAD DEL PACIENTE AL MORIR LA MADRE

Intervalos de edad	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
MENOS DE 5 AÑOS	0	0	0
DE 5 A 9 AÑOS	2	3'8	28'6
DE 10 A 14 AÑOS	1	1'9	14'3
DE 15 A 19 AÑOS	0	0	0
MAS DE 19 AÑOS	4	7'5	57'1
NP	46	86'8	-
Total	53	100	100

$\bar{X} = 21'29$; S.D. = 12'86 ; Rango = 5-36

ANTECEDENTES FAMILIARESFAMILIA DE ORIGENV 82.- NUMERO TOTAL DE HERMANOS

Nº hermanos	Frecuencia	Porcentaje
0 hermanos	5	9'4
1 hermano	12	22'6
2 hermanos	9	17'0
3 hermanos	10	18'9
4 hermanos	8	15'1
5 hermanos	2	3'8
6 hermanos	1	1'9
7 hermanos	4	7'5
8 hermanos	1	1'9
13 hermanos	1	1'9
Total	53	100

\bar{X} hermanos por paciente = 2'96

ANTECEDENTES FAMILIARESFAMILIA DE ORIGENV 83.- POSICION ORDINAL DEL PACIENTE ENTRE SUS HERMANOS

Posición	Frecuencia	Porcentaje
HIJO UNICO	5	9'4
PRIMERO	13	24'5
SEGUNDO	16	30'2
TERCERO	2	3'8
CUARTO	3	5'7
QUINTO	1	1'9
SEXTO	0	0
SEPTIMO	3	5'7
ULTIMO	10	18'9
Total	53	100

ANTECEDENTES FAMILIARESFAMILIA DE PROCREACIONV 85.- FAMILIA DE PROCREACION

Familia de procreación	Frecuencia	Porcentaje
NO	36	67'9
SI	17	32'1
Total	53	100

VG 11.- EDAD DEL PACIENTE AL CASARSE

Intervalos de edad	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
MENOS DE 20 AÑOS	2	3'8	11'8
DE 20 A 29 AÑOS	13	24'5	76'5
MAS DE 29 AÑOS	2	3'8	11'8
NP	36	67'9	-
Total	53	100	100

$$\bar{X} = 23'59 ; S.O. = 4'22 ; \text{Rango} = 16-30$$

ANTECEDENTES FAMILIARESFAMILIA DE PROCREACIONV 93.- PROBLEMAS DE CONVIVENCIA EN LA PAREJA

Problemas pareja	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
NO	5	9'4	29'4
CONFLICTOS ESPORADICOS	2	3'8	11'8
CONFLICTOS FRECUENTES	5	9'4	29'4
SEPARACION	5	9'4	29'4
NP	36	67'9	-
Total	53	100	100

VG 12.- AÑOS DE MATRIMONIO AL SEPARARSE

Entre 2 y 8 años los 5 casos.

ANTECEDENTES FAMILIARESFAMILIA DE PROCREACION.

V 97.- HIJOS : Hay 18 pacientes frente a 17 con familia de procreación (matrimonio o relación similar) por la presencia de una enferma con un hijo natural ,fruto de una relación irrelevante.

Hijos	Frecuencia	Porcentaje
NO	35	66'0
SI	18	34'0
Total	53	100

VG 13.- NUMERO DE HIJOS

Nº hijos	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
1 hijo	9	17'0	50'0
2 hijos	6	11'3	33'3
3 hijos	3	5'7	16'7
NP	35	66'0	-
Total	53	100	100

VG 14.- MEDIA DE HIJOS POR PACIENTE : $\bar{X} = 1'67$

ANTECEDENTES FAMILIARESFAMILIA DE PROCREACIONV 140.- CONTROL DE NATALIDAD

Control natalidad	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido
NO	4	7'5	18'2
COITUS INTERRUPTUS	4	7'5	18'2
OGINO	1	1'9	4'5
ANOVULATORIOS	4	7'5	18'2
DIU	2	3'8	9'1
PRESERVATIVO	1	1'9	4'5
OTROS	2	3'8	9'1
NS	4	7'5	18'2
NP	31	58'5	-
Total	53	100	100

ANTECEDENTES PERSONALESEMBARAZOV 142.- EMBARAZO DESEADO

Embarazo deseado	Frecuencia	Porcentaje
NO	9	17'0
SI	35	66'0
NS	9	17'0
Total	53	100

V 144.- ENFERMEDAD MADRE DURANTE EL EMBARAZO

Enfermedad madre	Frecuencia	Porcentaje
NO	47	88'7
SI	4 (1)	7'5
NS	2	3'8
Total	53	100

(1) Incluye 1 caso de esquizofrenia.

ANTECEDENTES PERSONALESV 146.- ENFERMEDAD DE LA MADRE DURANTE EL PUERPERIO

Enf.madre puerperio	Frecuencia	Porcentaje
NO	47	88'7
SI	4 (1)	7'5
NS	2	3'8
Total	53	100

(1) Incluye 1 caso de esquizofrenia y otro de trastorno afectivo.

ANTECEDENTES PERSONALESPARTOV 148.- PARTO

Parto	Frecuencia	Porcentaje
EUTOCICO	49	92'5
DISTOCICO	3	5'7
NS	1	1'9
Total	53	100

V 149.- PREMATURIDAD

Prematuridad	Frecuencia	Porcentaje
NO	48	90'6
SI	4	7'5
NS	1	1'9
Total	53	100

ANTECEDENTES PERSONALESPARTOV 150.- BAJO PESO PARA LA EDAD DE GESTACION

Bajo peso	Frecuencia	Porcentaje
NO	50	94'3
SI	2	3'8
NS	1	1'9
Total	53	100

ANTECEDENTES PERSONALESDESARROLLOV 152.- RETRASO DEAMBULACION

Retraso deambulaci3n	Frecuencia	Porcentaje
NO	51	96'2
SI	1	1'9
NS	1	1'9
Total	53	100

V 153.- RETRASO LENGUAJE

Retraso lenguaje	Frecuencia	Porcentaje
NO	48	90'6
SI	4	7'5
NS	1	1'9
Total	53	100

ANTECEDENTES PERSONALESDESARROLLOV 154.- RETRASO DEL CONTROL DE ESFINTERES

Retraso control esfínteres	Frecuencia	Porcentaje
NO	45	84'9
SI	8	15'1
Total	53	100