

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.



2) COMPARACION

TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS-TRASTORNOS ESQUIZOFRENIFORMES

TABLAS DE CONTINGENCIA:VARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

| | | |
|--------|----------------------------|------|
| 6.- | LUGAR DE NACIMIENTO | N.S. |
| VG 1.- | EDAD PACIENTE | N.S. |
| 10.- | EMIGRACION PADRES | N.S. |
| 11.- | <u>EMIGRACION PACIENTE</u> | |

| | ESQUIZOFRENICOS | ESQUIZOFRENIFORMES | TOTAL |
|-------|-----------------|--------------------|-------|
| NO | 25 | 4 | 29 |
| SI | 9 | 6 | 15 |
| TOTAL | 34 | 10 | 44 |

| CHI-CUADRADO | G.L. | SIGNIFICACION | Min. F.E. | Cel. con F.E. < 5 |
|--------------|------|---------------|-----------|-------------------|
| 3'86628 | 1 | 0'05 | 3'41 | 1 de 4 (25%) |

| | | |
|--------|--------------------------------|------|
| VG 2.- | AÑOS EMIGRACION PADRES | N.S. |
| VG 3.- | AÑOS EMIGRACION PACIENTE | N.S. |
| 18.- | SEXO | N.S. |
| 19.- | ESTADO CIVIL | N.S. |
| 20.- | OCUPACION PACIENTE | N.S. |
| 23.- | SITUACION LABORAL DEL PACIENTE | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

| | | |
|--------|---|------|
| 32.- | ACEPTACION DE LA CONSULTA. | N.S. |
| 33.- | MOTIVO DE CONSULTA: DEPRESION | N.S. |
| 34.- | MOTIVO DE CONSULTA: TENTATIVA DE SUICIDIO | N.S. |
| 35.- | MOTIVO DE CONSULTA: SINTOMAS PSICOTICOS | N.S. |
| VG 4.- | EDAD FALLECIMIENTO PADRE | N.S. |
| VG 5.- | EDAD PACIENTE AL FALLECER PADRE | N.S. |
| 82.- | Nº HERMANOS POR PACIENTE | N.S. |
| 83.- | POSICION ORDINAL DEL PACIENTE | N.S. |
| 93.- | PROBLEMAS DE CONVIVENCIA EN LA PAREJA | N.S. |
| 142.- | EMBARAZO DESEADO | N.S. |
| 148.- | PARTO | N.S. |
| 149.- | PREMATURIDAD. | N.S. |
| 150.- | BAJO PESO PARA LA EDAD DE GESTACION | N.S. |
| 153.- | RETRASO LENGUAJE | N.S. |
| 154.- | RETRASO CONTROL ESFINTERES | N.S. |
| 164.- | DURACION; ESCOLARIDAD | N.S. |
| 165.- | CAMBIO DE ESCUELA | N.S. |
| 167.- | ADAPTACION A LA ESCUELA | N.S. |
| 169.- | CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

| | |
|---|------|
| 170.- RELACIONES INTERPERSONALES EN LA INFANCIA: CON LOS PADRES | N.S. |
| 171.- RELACIONES INTERPERSONALES EN LA INFANCIA: CON LOS HERMANOS | N.S. |
| 172.- RELACIONES INTERPERSONALES EN LA INFANCIA: CON LOS COMPAÑEROS | N.S. |
| 173.- RASGOS DE CARACTER ANOMALOS EN LA INFANCIA | N.S. |
| 177.- RASGOS DE CARACTER ANOMALOS EN LA INFANCIA: ESQUIZOIDEOS | N.S. |
| 179.- RASGOS DE CARACTER ANOMALOS EN LA INFANCIA: OTROS | N.S. |
| 190.- CONDUCTA SEXUAL: PRACTICAS SEXUALES | N.S. |
| 191.- RELACIONES INTERPERSONALES EN LA VIDA ADULTA | N.S. |
| 192.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: PARANOIDES | N.S. |
| 193.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: RIGIDEZ AFECTIVA | N.S. |
| 194.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: SENSITIVIDAD/SUSCEPTIBILIDAD | N.S. |
| 195.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: SUSPICACIA | N.S. |
| 196.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: ESQUIZOIDEOS | N.S. |
| 198.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: ESCASAS AMISTADES INTIMAS | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIA:VARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION.

| | |
|---|------|
| 199.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: FRIALDAD AFECTIVA | N.S. |
| 200.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: ESQUIZOTIPICOS | N.S. |
| 204.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: HISTRIONICOS | N.S. |
| 209.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: NARCISISTAS | N.S. |
| 214.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: ANTISOCIALES | N.S. |
| 226.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: BORDERLINES | N.S. |
| 233.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: EVASIVOS | N.S. |
| 238.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS: DEPENDIENTES | N.S. |
| 250.- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS ANSIOSOS | N.S. |
| 258.- ¿HA TENIDO OTRO EMPLEO? | N.S. |
| 260.- CAMBIOS FRECUENTES DE EMPLEO | N.S. |
| 265.- BAJAS LABORALES FRECUENTES | N.S. |
| 267.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: SUICIDIO | N.S. |
| 268.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: INTERNAMIENTO POR TRASTORNO AFECTIVO | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

| | |
|---|------|
| 269.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: TENTATIVA DE SUICIDIO | N.S. |
| 270.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: INTERNAMIENTO POR OTRAS CAUSAS O SIN DATOS | N.S. |
| 271.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: ALCOHOLISMO | N.S. |
| 272.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: TRATAMIENTO AMBULATORIO | N.S. |
| 273.- ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES: INTERNAMIENTO POR TRASTORNO PSICOTICO | N.S. |
| 274.- HABITOS TOXICOFILICOS EN EL PASADO: ALCOHOL | N.S. |
| 275.- HABITOS TOXICOFILICOS EN EL PASADO: ANFETAMINAS | N.S. |
| 277.- HABITOS TOXICOFILICOS EN EL PASADO: PSICODISLEPTICOS | N.S. |
| 278.- HABITOS TOXICOFILICOS EN EL PASADO: CANNABIS | N.S. |
| 280.- HABITOS TOXICOFILICOS EN EL PASADO: TABACO | N.S. |
| 282.- ANTECEDENTES PERSONALES SOMATICOS: MINUSVALIA FISICA O SENSORIAL EN LA INFANCIA | N.S. |
| 284.- ANTECEDENTES PERSONALES SOMATICOS: OTRA ENFERMEDAD EN LA INFANCIA | N.S. |
| 285.- ANTECEDENTES PERSONALES SOMATICOS: OTRA ENFERMEDAD EN LA EDAO ADULTA | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIA:VARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

| | |
|--|------|
| 286.- ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS | N.S. |
| VG 21.-EDAD INICIO DE LA ENFERMEDAD | N.S. |
| 301.- FORMA DE COMIENZO | N.S. |
| 303.- NUMERO DE EPISODIOS | N.S. |
| VG 22.- <u>AÑOS EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD</u> | |

| | Nº CASOS | MEDIA | S.D. |
|--------------------|----------|-------|------|
| ESQUIZOFRENICOS | 34 | 5'83 | 5'21 |
| ESQUIZOFRENIFORMES | 10 | 0'89 | 2'38 |

| t. | G.L. | SIGNIFICACION |
|------|------|---------------|
| 4'23 | 37 | 0'001 |

| | |
|---|------|
| VG 23.-TIEMPO EVOLUCION EPISODIO ACTUAL | N.S. |
| 309.- CONDUCTA EXTRAVAGANTE | N.S. |
| 311.- CONDUCTA AISLADA | N.S. |
| 312.- CONDUCTA AUTOAGRESIVA | N.S. |
| 314.- CONDUCTA HETEROAGRESIVA | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

| | |
|---|------|
| 316.- CONDUCTA TOXICOFILICA | N.S. |
| 317.- OTRA CONDUCTA ALTERADA | N.S. |
| 318.- CONDUCTA AUTOAGRESIVA: TIPO | N.S. |
| 320.- CONDUCTA AUTOAGRESIVA: MEDIO | N.S. |
| 321.- CONDUCTA AUTOAGRESIVA: GRAVEDAD SOMATICA DEL INTENTO | N.S. |
| 322.- CONDUCTA AUTOAGRESIVA: INTENCIONALIDAD LETAL | N.S. |
| 339.- APETITO | N.S. |
| 340.- PESO | N.S. |
| 341.- SEXUALIDAD: SIN ALTERACIONES | N.S. |
| 342.- SEXUALIDAD: AUMENTO INTERES SEXUAL | N.S. |
| 345.- SEXUALIDAD: DISMINUCION INTERES SEXUAL | N.S. |
| 350.- SEXUALIDAD: APRAGMATISMO SEXUAL | N.S. |
| 356.- COMUNICACION VERBAL | N.S. |
| 357.- COMUNICACION VERBAL: INCOMPRESIBLE | N.S. |
| 358.- COMUNICACION VERBAL: HABLA SOLO | N.S. |
| 360.- ACTIVIDAD MOTORA | N.S. |
| 363.- ACTIVIDAD MOTORA: CONDUCTAS REPETITIVAS | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIA.VARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

| | |
|--|------|
| 364.- ACTIVIDAD MOTORA: CRISIS DE AGITACION PSICOMOTRIZ | N.S. |
| 365.- ESTADO DE ANIMO | N.S. |
| 367.- PSEUDOPERCEPCIONES AUDITIVAS | N.S. |
| 369.- PSEUDOPERCEPCIONES VISUALES | N.S. |
| 370.- PSEUDOPERCEPCIONES GENESESTICAS. | N.S. |
| 371.- PSEUDOPERCEPCIONES GUSTATIVO-OLFATORIAS | N.S. |
| 372.- IDEAS DELIRANTES | N.S. |
| 374.- DELIRIO DE GRANDEZA. | N.S. |
| 375.- DELIRIO RELIGIOSO | N.S. |
| 376.- DELIRIO AUTORREFERENCIAL | N.S. |
| 378.- DELIRIO DE PERJUICIO | N.S. |
| 380.- DELIRIO DE PERSECUCION | N.S. |
| 382.- DELIRIO DE INFLUENCIA | N.S. |
| 384.- DELIRIO DE TRANSFORMACION CORPORAL | N.S. |
| 385.- OTRAS IDEAS DELIRANTES | N.S. |
| 386.- IDEAS DE SUICIDIO | N.S. |
| 388.- PREOCUPACION EXCESIVA POR LA SALUD | N.S. |
| 389.- FUGAS | N.S. |
| 393.- DETERIORO DEL ROL FAMILIAR | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIA:VARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

| | |
|---|------|
| 394.- DETERIORO DEL ROL OCUPACIONAL | N.S. |
| 395.- FACTORES AMBIENTALES CAUSALES | N.S. |
| 399.- ACTITUD DE LA FAMILIA HACIA LA ENFERMEDAD | N.S. |
| 400.- CONDUCTA DE LA FAMILIA HACIA EL ENFERMO | N.S. |
| 401.- OTRAS ENFERMEDADES ACTUALES | N.S. |
| 421.- CONSULTA A OTRO SERVICIO | N.S. |
| 422.- BIOTIPO | N.S. |
| 423.- PORTE | N.S. |
| 424.- ACTITUD HACIA LA EXPLORACION | N.S. |
| 431.- ATENCION. | N.S. |
| 432.- <u>ATENCION ESPONTANEA</u> | |

| | ESQUIZOFRENICOS | ESQUIZOFRENIFORMES | TOTAL |
|----------------|-----------------|--------------------|-------|
| SIN ALTERACION | 19 | 3 | 22 |
| ALTERADA | 9 | 7 | 16 |
| TOTAL: | 28 | 10 | 38 |

| CHI-CUADRADO | G.L. | SIGNIFICACION | Min.F.E. | Cal.con F.E.<S |
|--------------|------|---------------|----------|----------------|
| 4'33206 | 1 | 0'0374 | 4'21 | 1 de 4 (25%) |

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

| | |
|---|------|
| 433.- CONCENTRACION | N.S. |
| 443.- PSICOMOTRICIDAD | N.S. |
| 444.- PSICOMOTRICIDAD: TRASTORNOS CUANTITATIVOS | N.S. |
| 447.- PSICOMOTRICIDAD: ESTEREOTIPIAS, RITUALES | N.S. |
| 451.- PSICOMOTRICIDAD: MANIERISMOS, PARACINESIAS | N.S. |
| 455.- MIMICA: RECHAZO MIRADA | N.S. |
| 457.- MIMICA: PERPLEJIDAD | N.S. |
| 458.- MIMICA: HIPOMIMIA | N.S. |
| 461.- MIMICA: PARAMIMIAS | N.S. |
| 462.- AFECTIVIDAD | N.S. |
| 464.- HUMOR | N.S. |
| 474.- ANSIEDAD | N.S. |
| 475.- AMBIVALENCIA | N.S. |
| 476.- INCONGRUENCIA | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIA.VARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION482.- APLANAMIENTO AFECTIVO

| | ESQUIZOFRENICOS | ESQUIZOFRENIFORMES | TOTAL |
|--------------|-----------------|--------------------|-------|
| RD | 10 | 6 | 16 |
| FRIALDAD: | 23 | 2 | 25 |
| EMBOTAMIENTO | 1 | 2 | 3 |
| TOTAL | 34 | 10 | 44 |

| CHI-CUADRADO | G.L. | SIGNIFICACION | Min.F.E. | Cel. con F.E. <5 |
|--------------|------|---------------|----------|------------------|
| 6'39256 | 2 | 0'025 | 0'68 | 3 de 6 (50%) |

| | |
|---|------|
| 483.- IRRITABILIDAD: | N.S. |
| 484.- LENGUAJE Y PENSAMIENTO: SIN ALTERACIONES | N.S. |
| 486.- LENGUAJE Y PENSAMIENTO: CURSO IDEO-VERBAL A. | N.S. |
| 503.- CONTENIDO DEL PENSAMIENTO | N.S. |
| 504.- IDEAS DELIRANTES | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION505.- DELIRIO PRIMARIO

| | ESQUIZOFRENICOS | ESQUIZOFRENIFORMES | TOTAL |
|-------|-----------------|--------------------|-------|
| NO | 25 | 3 | 28 |
| SI | 6 | 7 | 13 |
| TOTAL | 31 | 10 | 41 |

| CHI-CUADRAO | G.L. | SIGNIFICACION | Min.F.E. | Cel.con F.E.<5 |
|-------------|------|---------------|----------|----------------|
| 8'95612 | 1 | 0'0028 | 3'17 | 1 de 4 (25%) |

| | |
|-------------------------------------|------|
| 506.- DELIRIO RELIGIOSO | N.S. |
| 507.- DELIRIO AUTORREFERENCIAL | N.S. |
| 509.- DELIRIO DE INFLUENCIA/CONTROL | N.S. |
| 511.- DELIRIO DE PERJUICIO | N.S. |
| 513.- DELIRIO DE ENVENENAMIENTO | N.S. |
| 515.- DELIRIO DE PERSECUCION | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

| | |
|--|------|
| 517.- DELIRIO DE REFERENCIA CORPORAL | N.S. |
| 518.- OTRAS IDEAS DELIRANTES | N.S. |
| 519.- DELIRIO DE GRANDEZA | N.S. |
| 520.- INTENSIDAD CONVICCION DELIRANTE. | N.S. |
| 521.- MECANISMOS DELIRANTES | N.S. |
| 522.- <u>MECANISMOS DELIRANTES: TEMPLE DELIRANTE</u> | |

| | ESQUIZOFRENICOS | ESQUIZOFRENIFORMES | TOTAL |
|-------|-----------------|--------------------|-------|
| NO | 18 | 2 | 20 |
| SI | 12 | 8 | 20 |
| TOTAL | 30 | 10 | 40 |

| CHI-CUADRADO | G.L. | SIGNIFICACION | Min.F.E. | Cel. con F.E. < 5 |
|--------------|------|---------------|----------|-------------------|
| 4.80000 | 1 | 0.0285 | 5.00 | Ninguna |

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

| | |
|---|------|
| 523.- MECANISMOS DELIRANTES: ALUCINACIONES | N.S. |
| 524.- MECANISMOS DELIRANTES: INTUICIONES | N.S. |
| 525.- MECANISMOS DELIRANTES: FABULACIONES | N.S. |
| 526.- MECANISMOS DELIRANTES: INTERPRETACIONES | N.S. |
| 527.- SENSO PERCEPCION | N.S. |
| 528.- ALUCINACIONES AUDITIVAS | N.S. |
| 529.- VOCES QUE HABLAN, VOCES QUE COMENTAN | N.S. |
| 530.- ALUCINACIONES VISUALES | N.S. |
| 531.- ALUCINACIONES OLFATORIO-GUSTATIVAS | N.S. |
| 533.- ALUCINACIONES CENESTESICAS | N.S. |
| 535.- ALUCINACIONES PSIQUICAS | N.S. |
| 536.- SONORIZACION DEL PENSAMIENTO | N.S. |
| 537.- DIFUSION DEL PENSAMIENTO | N.S. |
| 538.- ROBO DEL PENSAMIENTO | N.S. |
| 539.- MANIPULACION DEL PENSAMIENTO | N.S. |
| 540.- ADIVINACION DEL PENSAMIENTO | N.S. |
| 541.- EXPERIENCIAS DE PASIVIDAD CORPORAL | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIA.VARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION.543.- IDEAS DE SUICIDIO

| | ESQUIZOFRENICOS | ESQUIZOFRENIFORMES | TOTAL |
|-------------|-----------------|--------------------|-------|
| NO | 25 | 5 | 30 |
| ESPORADICAS | 5 | 1 | 6 |
| MODERADAS | 1 | 4 | 5 |
| INTENSAS | 3 | 0 | 3 |
| TOTAL | 34 | 10 | 44 |

| CHI-CUADRADO | G.L. | SIGNIFICACION | Min.F.E. | Cel. con F.E. < 5 |
|--------------|------|---------------|----------|-------------------|
| 10'99586 | 3 | 0'025 | 0'68 | 5 de 8 (75%) |

| | |
|----------------------------|------|
| 544.- COGNICIONES ANSIOSAS | N.S. |
| 554.- IDEAS OBSESIVAS | N.S. |
| 562.- IDEAS HIPOCONDRIACAS | N.S. |
| 567.- IMAGEN CORPORAL | N.S. |
| 570.- DESPERSONALIZACION | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION:

| | |
|--|------|
| 571.- DESREALIZACION | N.S. |
| 573.- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD | N.S. |
| 575.- ACTITUD DEL PACIENTE HACIA SU ENFERMEDAD | N.S. |
| 576.- INTELIGENCIA: IMPRESION GLOBAL | N.S. |
| 577.- INTELIGENCIA: IMPRESION DE DETERIORO | N.S. |
| 583.- SOMATIZACIONES | N.S. |
| 674.- <u>SUEÑO</u> | |

| | ESQUIZOFRENICOS | ESQUIZOFRENIFORMES | TOTAL |
|------------------|-----------------|--------------------|-------|
| SIN ALTERACIONES | 15 | 0 | 15 |
| CON ALTERACIONES | 17 | 10 | 27 |
| NS | 2 | 0 | 2 |
| TOTAL | 34 | 10 | 44 |

| CHI-CUADRADO | G.L. | SIGNIFICACION | Min.F.E. | Cal.con F.E.<5 |
|--------------|------|---------------|----------|----------------|
| 7'97099 | 2 | 0'025 | 0'45 | 3 de 6 (50%) |

TABLAS DE CONTINGENCIA.VARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

| | |
|-------------------------|------|
| 975.- PESADILLAS | N.S. |
| 107.- WAIS MANIPULATIVO | N.S. |
| 108.- WAIS VERBAL | N.S. |
| 109.- WAIS TOTAL | N.S. |
| 110.- M.M.P.I.-L | N.S. |
| 111.- M.M.P.I.-F | N.S. |
| 112.- M.M.P.I.-K | N.S. |
| 113.- M.M.P.I.-Hs. | N.S. |
| 114.- <u>M.M.P.I.-D</u> | |

| | Nº CASOS | MEDIA | S.D. |
|--------------------|----------|-------|------|
| ESQUIZOFRENICOS | 18 | 32'28 | 8'76 |
| ESQUIZOFRENIFORMES | 6 | 25'83 | 4'54 |

| t | G.L. | SIGNIFICACION |
|------|------|---------------|
| 2'32 | 17 | 0'033 |

| | |
|-------------------|------|
| 115.- M.M.P.I.-Hy | N.S. |
| 116.- M.M.P.I.-Pd | N.S. |

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

717.- M.M.P.I.-MF

N.S.

718.- M.M.P.I.-Pt

| | Nº CASOS | MEDIA | S.D. |
|--------------------|----------|-------|-------|
| ESQUIZOFRENICOS | 18 | 30'17 | 12'01 |
| ESQUIZOFRENIFORMES | 6 | 19'00 | 7'56 |

| t | G.L. | SIGNIFICACION |
|------|------|---------------|
| 2'67 | 14 | 0'018 |

719.- M.M.P.I.-Pa

N.S.

720.- M.M.P.I.-Sc

N.S.

721.- M.M.P.I.-Ma

N.S.

722.- M.M.P.I.-Si

N.S.

725.- NRS-D

N.S.

726.- B.P.R.S.

N.S.

727.- C.C.V. (NUMERO DE C.V. E INTENSIDAD)

N.S.

742.- EJE IV

N.S.

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION745.- EJE V:

| | Nº CASOS | MEDIA: | S.D. |
|--------------------|----------|--------|------|
| ESQUIZOFRENICOS | 34 | 4'50 | 1'58 |
| ESQUIZOFRENIFORMES | 10 | 3'50 | 0'85 |

| t | G.L. | SIGNIFICACION |
|------|------|---------------|
| 2'62 | 28 | 0'014 |

746.- RIESGO SUICIDA N.S.

747.- RIESGO CONDUCTA VIOLENTA N.S.

748.- RIESGO FUGA N.S.

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACIONCURSO Y TRATAMIENTOD.- EFFECTOS SECUNDARIOS (POR FARMACO)

| | ESQUIZOFRENICOS | ESQUIZOFRENIFORMES | TOTAL |
|-----------|-----------------|--------------------|-------|
| AUSENTES | 22 | 2 | 24 |
| LIGEROS | 20 | 4 | 24 |
| MODERADOS | 9 | 4 | 13 |
| INTENSOS | 1 | 5 | 6 |
| TOTAL | 52 | 15 | 67 |

| CHI-CUADRADO | G.L. | SIGNIFICACION | Min.F.E. | Cel. con F.E. < 5 |
|--------------|------|---------------|----------|-------------------|
| 16'96583 | 3 | 0'001 | 1'34 | 3 de 8 (37'5%) |

E.- CUMPLIMIENTO

N.S.

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACIONF.- RESPUESTA AL TRATAMIENTO

| | ESQUIZOFRENICOS | ESQUIZOFRENIFORMES | TOTAL |
|-------------|-----------------|--------------------|-------|
| REMISION | 14 | 8 | 22 |
| NO REMISION | 20 | 2 | 22 |
| TOTAL | 34 | 10 | 44 |

| CHI-CUADRADO | G.L. | SIGNIFICACION | Min.F.E. | Cel.con F.E.<5 |
|--------------|------|---------------|----------|----------------|
| 4.65882 | 1 | 0.05 | 5 | Ninguna |

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

N.S.

TABLAS DE CONTINGENCIAVARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACIONH.- PUNTUACION B.P.R.S.: 1ª REVISION

| | Nº CASOS | MEDIA | S.D. |
|--------------------|----------|-------|------|
| ESQUIZOFRENICOS | 33 | 15'90 | 8'51 |
| ESQUIZOFRENIFORMES | 9 | 9'22 | 5'78 |

| t | G.L. | SIGNIFICACION |
|------|------|---------------|
| 2'75 | 20 | 0'02 |

H.- PUNTUACION H.D.R.S.: INICIAL

N.S.

R.- PUNTUACION H.D.R.S.: 1ª REVISION

N.S.

TABLAS DE CONTINGENCIA.VARIABLESNIVEL DE SIGNIFICACION

| | |
|---|------|
| 1.- TIPO DE TRATAMIENTO PRESCRITO: Nº FARMACOS SEGUN GRUPOS FARMACOLOGICOS DISTINTOS | N.S. |
| 1.- TIPO DE TRATAMIENTO PRESCRITO: Nº DE FARMACOS POR PACIENTE | N.S. |
| 1.- TIPO DE TRATAMIENTO PRESCRITO: HALOPERIDOL | N.S. |
| 3.- DOSIS MEDIA HALOPERIDOL | N.S. |
| K.- VIA. ADMINISTRACION HALOPERIDOL | N.S. |

L.- DURACION DEL INGRESO

| | Nº CASOS | MEDIA | S.D. |
|--------------------|----------|-------|-------|
| ESQUIZOFRENICOS | 26 | 55'15 | 38'19 |
| ESQUIZOFRENIFORMES | 8 | 22'37 | 9'47 |

| t | G.L. | SIGNIFICACION |
|------|------|---------------|
| 4'00 | 32 | 0'001 |

ANALISIS DISCRIMINANTEVARIABLES SELECCIONADAS:

- Emigración
- Aplanamiento afectivo
- Ideas de suicidio
- Eje V
- Efectos secundarios
- Respuesta al tratamiento
- B.P.R.S.

METODO: Mínimo residual

EN LOS GRUPOS DEFINIDOS POR EL DIAGNOSTICO:

- 44 casos eran procesados.
- 3 tenían al menos un "missing" en las variables discriminativas.
- 41 casos eran usados en el análisis.

| DIAGNOSTICO | NUMERO DE CASOS |
|-----------------------------|-----------------|
| TRASTORNO ESQUIZOFRENICO | 32 |
| TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME | 9 |

ANALISIS DISCRIMINANTECOEFICIENTES DE FUNCION DISCRIMINANTE CANONICA NO NORMALIZADA

| Variables | Función 1 |
|---------------------|----------------|
| Emigración | 1'218668 |
| Eje V | -0'1651263 |
| Efectos secundarios | 0'8397261 |
| B.P.R.S. | -0'7260298E-01 |
| (Constante) | -1'803845 |

FUNCION DISCRIMINANTE

- Emigración
- Eje V
- Efectos secundarios
- B.P.R.S.

Clasifica el 100 % de casos en concordancia con la clasificación clínica.

ANALISIS DISCRIMINANTEFUNCIONES DISCRIMINANTES CANONICAS EVALUADAS EN EL GRUPO DE MEDIAS
(GRUPOS CENTROIDES)

| GRUPO | Función 1 |
|-------|-----------|
| 1 | -0'50288 |
| 2 | 1'78803 |

ANALISIS DISCRIMINANTEVARIABLES SELECCIONADAS:

- Emigración
- M.M.P.I.-D
- M.M.P.I.-PT
- Eje V
- Efectos secundarios
- B.P.R.S.
- Duración del ingreso

METODO: Mínimo residual

EN LOS GRUPOS DEFINIDOS POR EL DIAGNOSTICO:

- 44 casos eran procesados.
- 21 tenían al menos un "missing" en las variables discriminativas.
- 23 casos serán usados en el análisis.

| DIAGNOSTICO | NUMERO DE CASOS |
|-----------------------------|-----------------|
| TRASTORNO ESQUIZOFRENICO | 17 |
| TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME | 6 |

ANALISIS DISCRIMINANTECOEFICIENTES DE FUNCION DISCRIMINANTE CANONICA NO NORMALIZADA

| Variables | Función 1 |
|---------------------|----------------|
| Emigración | 2'931533 |
| M.M.P.I.-Pt | -0'1012611 |
| Efectos secundarios | 0'7896160 |
| B.P.R.S. | -0'5352415E-01 |
| (Constante) | -2'383291 |

FUNCION DISCRIMINANTE

- Emigración
- M.M.P.I.-Pt
- Efectos secundarios
- B.P.R.S.

$$F.D. = 2'931533 \cdot Emigr. - 0'1012611 \cdot M.M.P.I.-Pt + 0'7896160 \cdot Ef.Sec. \\ - 0'5352415E-01 \cdot B.P.R.S. - 2'383291$$

Clasifique el 100 % de casos en concordancia con la clasificación clínica.

ANALISIS DISCRIMINANTEFUNCIONES DISCRIMINANTES CANONICAS EVALUADAS EN EL GRUPO DE MEDIAS(GRUPOS CENTROIDES)

| GRUPO | Función 1 |
|-------|-----------|
| 1 | -1'17576 |
| 2 | 3'33132 |

Valor frontera: 1'07778

ANALISIS DISCRIMINANTE ESQUIZOFRENICOS VS ESQUIZOFRENIFORMES

| | <u>GRUPO</u> | <u>MAYOR PROBABILIDAD</u> | <u>2ºMAYOR PROBABILIDAD</u> | <u>RESULTADOS</u> |
|----|---------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------|
| | <u>ACTUAL</u> | <u>GRUPO</u> | <u>GRUPO</u> | |
| 1 | 1 | 1 0.8616 1.0000 | 2 0.0000 | -1.3501 |
| 2 | 1 | 1 0.0156 1.0000 | 2 0.0000 | -3.5936 |
| 3 | 1 | 1 0.2917 1.0000 | 2 0.0000 | -2.2301 |
| 4 | 1 | 1 0.8480 1.0000 | 2 0.0000 | -1.3675 |
| 5 | 1 | 1 0.0967 0.9353 | 2 0.0647 | 0.4852 |
| 6 | 1 | 1 0.4852 1.0000 | 2 0.0000 | -1.8738 |
| 7 | 1 | 1 0.9877 1.0000 | 2 0.0000 | -1.1912 |
| 8 | 1 | 1 0.9338 0.9999 | 2 0.0001 | -1.0926 |
| 9 | 1 | 1 0.7985 0.9999 | 2 0.0001 | -0.9205 |
| 10 | 1 | 1 0.8639 0.9999 | 2 0.0001 | -1.0044 |
| 11 | 1 | 1 0.1437 0.9725 | 2 0.0275 | 0.2865 |
| 12 | 1 | 1 0.3914 0.9982 | 2 0.0018 | -0.3187 |
| 13 | 1 | 1 0.2233 0.9907 | 2 0.0093 | 0.0420 |
| 14 | 1 | 1 0.5999 0.9996 | 2 0.0004 | -0.6512 |
| 15 | 1 | 1 0.0444 1.0000 | 2 0.0000 | -3.1861 |
| 16 | 1 | 1 0.8031 1.0000 | 2 0.0000 | -1.4251 |
| 17 | 2 | 2 0.5127 0.9993 | 1 0.0007 | 2.6767 |
| 18 | 2 | 2 0.8431 0.9999 | 1 0.0001 | 3.1334 |
| 19 | 2 | 2 0.7923 1.0000 | 1 0.0000 | 3.5946 |
| 20 | 2 | 2 0.9216 0.9999 | 1 0.0001 | 3.2330 |
| 21 | 2 | 2 0.7804 0.9999 | 1 0.0001 | 3.0526 |
| 22 | 2 | 2 0.3339 1.0000 | 1 0.0000 | 4.2977 |
| 23 | 1 | 1 0.5625 0.9995 | 2 0.0005 | -0.5967 |

EJEMPLO

| | <u>GRUPO</u> | <u>ETIQUETA</u> |
|---|--------------|-----------------------------|
| 1 | 1 | TRASTORNO ESQUIZOFRENICO |
| 2 | 2 | TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME |

ANALISIS DISCRIMINANTECLASIFICACION

| GRUPO ACTUAL | Nº CASOS | MIEMBROS | |
|--------------------|----------|--------------|-------------|
| | | 1 | 2 |
| ESQUIZOFRENICOS | 17 | 17 100'0% | 0 0'0% |
| ESQUIZOFRENIFORMES | 6 | 0 0'0% | 6 100'0% |

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 100 %

-

D I S C U S S I O N

Una vez conocida la causa (o causas) de esquizofrenia y teniendo una prueba de laboratorio para hacer el diagnóstico, el uso de la fenomenología transversal para definir los subtipos puede que resulte insignificante. Entre tanto, el diagnóstico clínico y la fenomenología ayudan a identificar correlatos biológicos y a establecer las causas. Indefinida como es, se trata de la cosa más definida con que contamos. (N.C. Andreasen).

D I S C U S I O N

MUESTRA TOTAL

Compuesta por los 53 pacientes diagnosticados de trastorno esquizofrénico y esquizofreniforme. Se valorarán, a continuación los datos obtenidos en ellos mediante la H.C.C., advirtiéndose, previamente, que por constituir objeto de esta tesis el estudio clínico de los trastornos citados, la atención y profundidad con que se analizarán los datos no estrictamente clínicos, epidemiológico-descriptivos (edad, sexo, ocupación, antecedentes familiares y personales, etc.), será menor, limitándonos a señalar aquellas consecuencias más destacadas que de tal estudio puedan desprenderse.

Seguiremos, en este comentario el orden de la H.C.C.

FILIACION

LUGAR DE RESIDENCIA.- Por las características que distinguen a nuestro hospital -nivel terciario, prestigio científico, tradición asistencial- la población atendida no se limita a la de Barcelona y área metropolitana sino que cuenta con una representación, no despreciable, de pacientes que residen en otras zonas de Cataluña.

LUGAR DE NACIMIENTO.- Si comparamos el lugar de origen de los pacientes con los datos que ofrece el censo del I.N.E. de 1981 para la provincia de Barcelona (ver cuadro adjunto) observamos una diferencia notable en los "nacidos en el resto de Cataluña", a favor de la muestra estudiada, en la que se hallan sobrerrepresentados respecto a la población provincial. La significación de este hecho es la misma que señalábamos en el apartado anterior.

| Lugar de nacimiento | Muestra | Población provincia Barcelona |
|---|---------|-------------------------------|
| Barcelona ciudad (+ área metropolitana) | 54'7% | 56'6% |
| Resto Cataluña | 11'3% | 3'9% |
| Resto España | 34'0% | 37'9% |
| Extranjero no consta | - | 1'7% |

FECHA DE NACIMIENTO.- A partir de los datos proporcionados por esta variable se ha elaborado un cuadro (ver V. 7-9) para estudiar la distribución por meses de las fechas de nacimiento de los pacientes. Como diversos trabajos han venido mostrando en los últimos 25 años (23, 114, 73, 218, 304, 74, 75, 226, 227, 297, 238, 189, 239) existe una discreta relación entre nacimiento en invierno (1er. trimestre del año) y esquizofrenias. El riesgo incrementado para los nacidos en esa época del año se situaría entre el 5% y el 15% lo que indicaría que la estación del año es solo un factor de riesgo menor para esquizofrenia. El hecho se ha rela-

cionado con la mayor frecuencia de infecciones víricas en esa época del año, lo cual facilitaría una transmisión perinatal del virus capaz de afectar al S.M.C. (239). Por otra parte la validez de esta asociación ha sido cuestionada (215, 179) acusándola de tratarse de un artefacto estadístico.

En la muestra estudiada no se confirma la mayor acumulación de nacimientos en invierno. Si se hace la distribución por trimestre obtenemos las cifras siguientes:

| | |
|--|----|
| 1er trimestre (Enero-Febrero-Marzo) | 12 |
| 2º trimestre (Abril-Mayo-Junio) | 16 |
| 3er trimestre (Julio-Agosto-Septiembre) | 11 |
| 4º trimestre (Octubre-Noviembre-Diciembre) | 13 |

Que demuestran como por delante del invierno se sitúan, en frecuencia de nacimientos, primavera y otoño.

EMIGRACION. - Existe una menor proporción de emigrantes entre los pacientes estudiados (35'8%) que en la población general (43'5% según datos extraídos del Censo de población de 1981 del I.N.E.) (133a) lo que, en principio, nos autoriza a pensar que la emigración no juega ninguna influencia detectable sobre el total de la muestra. Más adelante veremos que pueden apreciarse efectos diferenciados en función de subgrupos diagnósticos.

Los pacientes emigrantes, al igual que sus progenitores, suelen ser emigrantes antiguos. Dada la media de edad de la muestra, 28'87 años, se puede considerar que la gran mayoría de ellos se encuentran en Cataluña desde la infancia, habiendo emigrado por motivos familiares o económicos y habiéndose adaptado bien al nuevo entorno social en la mayoría de los casos. Queda así descartada la influencia stressante que la emigración pudiera tener como acontecimiento vital; es decir recientemente sucedido. Otra cosa es la posible influencia que sobre el desarrollo y formación de la personalidad pueda ejercer.

SEXO.- Habitualmente se ha descrito una frecuencia similar de esquizofrenia en ambos sexos (88,2), pero últimamente se ha observado un mayor porcentaje de esquizofrénicos pertenecientes al sexo masculino. Según Lewine esto podría ser una consecuencia del acrecentado rigor diagnóstico actual ya que al utilizar sistemas más estrictos para definir la esquizofrenia, la exclusión de trastornos afectivos afectaría más, proporcionalmente, al sexo femenino que al masculino.

El citado autor relaciona la ratio varón/mujer con diversos sistemas diagnósticos para la esquizofrenia, observando que dicha ratio, siempre favorable al varón, va de un mínimo de 1'1/1 (New Haven) a 2'8/1 (RDC) y a 7/0 (Feighner). Los nuevos criterios diagnósticos al incorporar características que reflejan la severidad del trastorno (edad inicio, duración, adaptación premórbida...), las cuales se dan más en varones, sesgan las muestras hacia éstos.

En nuestro estudio la ratio varón/mujer es 1'40 en la línea de las últimas aportaciones al tema.

La ratio sexual en la población general, tomando como referencia de la misma el número de habitantes de la provincia de Barcelona (133a), es 0'95.

ESTADO CIVIL.- Una valoración adecuada de esta variable exige tener en cuenta las variables edad y sexo. Así en nuestra muestra la media de edad es 28'87 a. (S.D. = 8'57; Rango = 16-51) y la proporción sexo masculino/femenino 1'40.

En el conocido estudio de M.Bleuler "Die Schizophrenen Geistess-törungen in Lichte langjähriger Kraken -und Familiengeschichten" (40) el autor proporciona las cifras que puedan observarse en el cuadro adjunto:

| Estado civil | Presente estudio (N=53) | M.Bleuler (N=208) |
|---------------------|-------------------------|-------------------|
| SOLTERO | 69'8% | 57'2% |
| CASADO | 20'8% | 27'9% |
| SEPARADO/DIVORCIADO | 9'4% | 12'5% |
| VIUDO | - | 2'4% |

No obstante, cabe mencionar que en este caso la media de edad es de 40 años (Rango = 16-67'5 a.), apreciándose un decalaje de 11 años entre un grupo y otro. Puede pensarse que durante el desarrollo de los mismos la cifra de casados de nuestro grupo pueda incrementarse en perjuicio de la de solteros, al tiempo que empiezan a aparecer, por mor de la edad, viudos/as. Un mayor número de pacientes casados podría generar, asimismo, una elevación del porcentaje de separados-divorciados.

Todo ello se argumenta para confirmar la escasa significatividad de los datos de estado civil. En cambio si los comparamos con los procedentes de la población general (133a), usando para tal fin solo el segmento poblacional comprendido en el rango de edad de nuestros pacientes de 16 a 51 años, tenemos:

| ESTADO CIVIL | Presente estudio | Pobl.General | Dif.Porcentajes |
|---------------------|------------------|--------------|-----------------|
| SOLTERO | 69'8% | 30'8% | $p < 0'01$ |
| CASADO | 20'8% | 66'7% | $p < 0'01$ |
| SEPARADO/DIVORCIADO | 9'4% | 1'1% | $p < 0'05$ |
| VIUDO | - | 1'4% | - |

Datos que arrojan unas diferencias significativas estadísticamente y que, pueden relacionarse con los rasgos de personalidad premórbidos patológicos y el deterioro de las relaciones interpersonales que producen los trastornos estudiados.

OCUPACION Y SITUACION LABORAL.- Habiendo sido extraída la muestra de pacientes estudiada de la población de usuarios de un hospital general público, las características sociodemográficas de aquella probablemente serán las que se observan en dicha población. Entre las mismas figuran un nivel social medio y medio-bajo reflejado en el ámbito laboral por el tipo de profesión y la situación laboral. Por otra parte la edad y la presencia de mujeres hacen que aparezcan representadas, entre las ocupaciones, las de "estudiante" y "ama de casa". El grueso de la muestra está constituido por trabajadores de los sectores industria y servicios.

PROCEDENCIA.- La mayor parte de los pacientes estudiados proceden del mismo hospital (69'8%); es decir, fueron visitados antes de acceder a Psiquiatría en otro servicio, generalmente urgencias, desde donde se solicitó la intervención del psiquiatra.

ANTECEDENTES FAMILIARES

EDAD DEL PACIENTE AL MORIR EL PADRE; EDAD DEL PACIENTE AL MORIR LA MADRE;

EDAD DEL PACIENTE AL SEPARARSE LOS PADRES.- 19 de los 53 pacientes, es decir el 35'8% del total, habían sufrido la pérdida del progenitor masculino. En 12 casos (22'6%) este hecho había ocurrido antes de los 19 años, edad que hemos considerado el límite superior para poder hablar de "pérdida prematura de progenitor".

7 de los 53 pacientes (13'2%) habían sufrido la pérdida del progenitor femenino. Sólo en 3 casos (5'7%) el hecho había ocurrido antes de los 19 años.

En 2 pacientes se había producido una situación de separación conyugal por parte de los padres cuando tenían respectivamente 5 y 20 años, por lo que solo el 1^{er}. caso se podría considerar "pérdida prematura del progenitor".

La confusión respecto a este tema en la literatura especializada es notable. Así, mientras Pollock señalaba en 1939 que el 38% de esquizofrénicos sufrían la pérdida prematura de progenitor frente a un 17% de pacientes con psicosis maniaco-depresivas y Roth y Lide proporcionaban 10 años después (1949) porcentajes del 40% y el 17% en esquizofrénicos y estudiantes, Oltman y Friedman (1952, 1965) obtenían cifras casi similares: 34% y 32% en esquizofrénicos y personal hospitalario. En lo que sí había diferencias significativas entre estas poblaciones era en la parte que le correspondía al divorcio o separación en la pérdida de progenitor, mayor en los esquizofrénicos.

Posteriormente también se aportaron datos sobre la mayor frecuencia de pérdidas de progenitor en neuróticos y psicópatas que en esquizofrénicos. En 1958, Gregory puso en evidencia la debilidad estadística de los estudios anteriores. Con posterioridad a esa fecha se han seguido manteniendo posiciones encontradas respecto al tema.

Para concluir citaremos la opinión de M.Bleuler (20): "Ninguna investigación ha demostrado irrefutablemente que haya diferencias significativas respecto a la población normal".

FAMILIA DE PROCREACIÓN.- De los 53 enfermos estudiados, 17 (32'1%) estaban, o habían estado, casados; la edad de los mismos al contraer matrimonio fue ligeramente inferior a la del cónyuge (23'5 vs 24'8); no había problemas de convivencia en el 29'4%, mientras que en otro 29'4% éstos eran tan importantes que habían abocado a la separación conyugal tras un período matrimonial que oscilaba entre los 2 y los 8 años.

La media de hijos por paciente casado es de 1'67, muy similar a la cifra que da M.Bleuler (40) en su estudio (1'72). Este autor habla de una baja fertilidad de los esquizofrénicos en comparación con la población general, respecto a la cual se situarían un 50% más abajo. Si la comparación se hace con población española actual (133a) observamos que la media de hijos vivos por mujer casada es de 2'2 con lo cual el índice de fertilidad de los esquizofrénicos ya no se sitúa tan lejos del promedio poblacional.

ANTECEDENTES PERSONALES

EMBARAZO DESEADO; ENFERMEDAD DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO; PARTO; DESARROLLO.- 36 (66%) de los pacientes nacieron fruto de un embarazo deseado por los padres. En el resto de casos, 18 (34%) se ha podido recoger que el embarazo no fue deseado o no se ha podido determinar la actitud hacia el mismo.

En 4 casos (7'5%) se recogen antecedentes patológicos de la madre durante el embarazo del paciente, proporción que se repite en el puerperio. En 1 caso el antecedente era esquizofrenia (durante el embarazo) y en otro psicosis maniaco-depresiva en fase depresiva.

En 3 casos (5'7%) se recogen distocias, en 4 (7'5%) consta prematuridad, en 2 (3'8%) bajo peso para la edad de gestación, en 1 (1'9%) retraso deambulación, en 4 (7'5%) retraso del lenguaje, y en 8 (15'1%) retraso en el control de esfínteres.

RELACIONES INTERPERSONALES EN LA INFANCIA.- Dentro de este amplio apartado en el que constan las relaciones con los padres, con los hermanos y con los compañeros y los rasgos de carácter anómalos en la infancia, lo más digno de destacar es la frecuencia con la que, ya en la infancia, aparecen rasgos esquizoides (18 casos, 34%).

CONDUCTA SEXUAL.- 2 pacientes (3'8% del total) habían sufrido experiencias sexuales traumáticas en la infancia, a los 7 y 8 años, respectivamente. (Para la definición de "experiencia sexual traumática" ver glosario).

La orientación sexual se situaba sobre todo en el apartado "exclusivamente heterosexual" (86'8%).

Respecto a las prácticas sexuales, quizá el dato más destacable de todo este apartado sobre conducta sexual, viene dado por el elevado porcentaje de pacientes en los que no existe una vida sexual de relación: 32'1% del total, si añadimos a los que presentan ausencia de toda práctica sexual aquellos cuya única praxis en este terreno la constituye la masturbación. En realidad ésta limitación de la vida sexual no es probablemente otra cosa que el reflejo de determinados rasgos de personalidad esquizoides, en la vida erótica del individuo.

RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDOS.- Según el DSM-III (13) en la personalidad premorbida de los pacientes que sufren esquizofrenias son frecuentes los rasgos de personalidad esquizoide, esquizotípica, paranoide y borderline, hasta el extremo de poder configurar en ocasiones el diagnóstico correspondiente de trastorno de personalidad en el eje II.

En la muestra objeto de este estudio hay 5 tipos de rasgos de personalidad premorbidos cuya frecuencia es superior al 10%: esquizoides, Paranoides, evasivos, esquizotípicos y borderlines. Lo que parece realmente importante es la alta frecuencia que alcanzan los antecedentes de rasgos esquizoides (47'2%) y paranoides (37'7%).

M.Bleuler (20) ofrece los siguientes datos, en relación con este tema:

| Rasgos personalidad | Muestra Suiza (N = 208) | Muestra New York (N = 190) |
|--------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Personalidad premórbida normal | 30% | 30% |
| Rasgos esquizoides | 28% | 33% |
| Otros rasgos anómalos | 4% | 7% |
| Psicopatía esquizoide | 24% | 25% |
| Otras psicopatías | 13% | 5% |

Lo que le hace concluir que 1/3 de pacientes tienen una personalidad previa normal, 1/3 presentan rasgos esquizoides y 1/4 una personalidad francamente esquizoide, patológica. Sumando las cifras de éstas dos últimas categorías obtenemos 52% (muestra suiza) y 58% (muestra americana) cifras sólo ligeramente superiores a las nuestras. H.Ey (88) también se refería a que, a pesar de la imprecisión del término "esquizoide" y de la ausencia de datos estadísticos en este terreno, se podían arriesgar cifras de 70% de alteraciones caracteriales previas entre las cuales las de tipo esquizoide ocuparían el primer plano.

Los estudios que se han hecho en población general ofrecen, por otra parte, una baja proporción de personalidades esquizoides (1'8% Essen-Møller; 0'5% M.Bleuler (40)) por lo que todavía es más valorable el alto porcentaje hallado en la muestra. No obstante cabe recordar que nos

movemos en un terreno donde las conclusiones deben ser muy prudentes por haber existido hasta hace bien poco una excesiva laxitud conceptual respecto al término esquizoide -que el DSM-III (13) ha intentado paliar, aunque todavía utilice términos de alta inferencia- que hace problemática ciertas comparaciones y por la carencia de datos estadísticos al respecto.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES.- El diseño de este apartado de la H.C.C. es, quizá, uno de los que más ha estado influido por la experiencia clínica del autor. Habiendo aprendido, año tras año, lo difícil que resulta obtener información fiable acerca de antecedentes psiquiátricos en la familia del paciente, aún contando como fuentes de datos a otras personas que no sean el propio enfermo, fué elegida una vía pragmática. Ha consistido ésta en tratar de obtener datos, lo más objetivo posibles, a partir de "hechos" de la vida del individuo en cuestión. Por eso no nos referimos a "esquizofrenia", "psicosis maniaco-depresiva", "neurosis obsesiva" etc. por habernos demostrado la práctica cotidiana la enorme dificultad para recoger datos de este tipo, o realizar inferencias a partir de las informaciones recibidas que permitan apuntar, aún a nivel probabilístico, hacia un determinado diagnóstico nosológico. En su lugar hemos preguntado por suicidio, tentativa de autolisis (conducta autoagresiva que da lugar a intervención médica), internamiento (a discernir, si ha sido posible, su causa), alcoholismo (consumo de alcohol que distorsiona la vida familiar y obliga a plantearse una intervención médica) y tratamiento ambulatorio (se ha tratado de discernir cuando ha sido posible, el trastorno que ha llevado al paciente a un tratamiento psiquiátrico ambulatorio).

En todas estas categorías hemos encontrado antecedentes familiares. En los casos de internamiento por trastorno psicótico se los halla en los progenitores (2 casos), en los hermanos (3 casos) y en otros familiares (9 casos). Los 2 casos que corresponden a los padres tienen el diagnóstico de esquizofrenia (se ha entrevistado a los propios interesados), lo cual nos da un porcentaje de esquizofrenia en los progenitores de 1'9% que resulta singularmente bajo, comparado con los datos que ofrece la bibliografía sobre el tema: (40, 88, 196, 142)

Luxenburger (1940): 5-6%

Kallmann (1938, 1946): 3'3% seguros; 8'4% (con probables)

M.Bleuler (1972): 4'6% seguros; 6'8% (con probables)

Alanen (1966): 7'3%

Zerbin - Rudin (1963): 5-10%

Aunque sigue siendo superior a la frecuencia en población general: 0'7% \pm 0'3 (M.Bleuler) (40).

Este hecho puede responder a un defecto metodológico: búsqueda no exhaustiva de dichos antecedentes, aunque también podría tratarse de una población con menor carga hereditaria por contar en su seno con trastornos esquizofrénicos y esquizofreniformes, especulando con la posibilidad de que estos últimos vengan menos influidos por el genotipo.

Entre hermanos la proporción de esquizofrénicos, teniendo en cuenta que la media del número de hermanos es 2'96, será la siguiente: 3 probables esquizofrénicos en 153'9 hermanos = 1'9%, cifra que resulta así mismo anormalmente baja (se dan porcentajes entre 9 y 14% para hermanos

de esquizofrénicos padeciendo esta enfermedad) y que reforzaría las interpretaciones teóricas antes expuestas.

Sin embargo las cifras de antecedentes de trastornos afectivos, bipolares, en los progenitores (1'9%) se hallan dentro de las señaladas por H.Bleuler (40): $2'3\% \pm 0'7$ y es claramente superior a la encontrada en una población testigo (40) ($0'6\% \pm 0'3$ incluyendo diagnósticos seguros y probables). En los hermanos de los pacientes no se recogen datos que orienten hacia ésta enfermedad; mientras que los datos de la literatura da cifras similares a las que se pueden encontrar en población general (40): $0'5\% \pm 0'3$.

Se recogen, también, menos antecedentes de muerte por suicidio en los progenitores y hermanos de nuestros pacientes (0% y 0'6% respectivamente) que en otros grupos de esquizofrénicos estudiados tanto por lo que se refiere a autolisis consumada en los padres (0'9 - 4'3%), como en hermanos (2'1 - 9%), según las cifras que proporciona la monografía de H.Bleuler (40).

Respecto al alcoholismo un 4'8% de progenitores y el 0% de hermanos lo padecen, situándose éstas cifras dentro del amplio rango (con tendencia a ocupar los extremos inferiores del mismo) citado por Bleuler (40) para padres de esquizofrénicos: de 3'2% a 24'2% y para hermanos de los mismos: de 0 a 27%.

Antecedentes de tratamiento psiquiátrico ambulatorio que "grosso modo", podrían corresponder a trastornos psíquicos menores, se encuentran

en el 6'7% de padres y 3'8% de hermanos, cifras asimismo bajas si las comparamos simplemente con la prevalencia de determinados trastornos emocionales en población general (p.e. 2 - 4% para el trastorno de ansiedad generalizada del DSM-III (13)).

En resumen, cabe destacar la baja proporción de antecedentes psiquiátricos familiares en la muestra estudiada. La posible influencia de limitaciones metodológicas obliga a tomar estos datos como provisionales.

ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIATRICOS.- Sólo se han incluido en este apartado aquellos síntomas psicopatológicos susceptibles de configurar un diagnóstico distinto, y naturalmente previo, al de trastorno esquizofrénico/trastorno esquizofreniforme.

Sobre 53 casos observamos 10 con antecedentes psiquiátricos, es decir el 19'2% del total de la muestra. La mayor parte de casos corresponden al grupo catalogado como "trastornos psíquicos de la infancia" (problemas escolares y de aprendizaje, enuresis, dificultades relacionales no diagnosticables de trastorno esquizoide de personalidad); 1 caso presentaba una psicosis infantil no asimilable a esquizofrenia, mientras otro paciente sufría un trastorno de personalidad (trastorno de conducta). A pesar de la dificultad inherente a la psicopatología infantil para captar los síntomas propios de los trastornos de ésta edad, por el desdibujamiento y plasticidad de los mismos, creemos que es positivo el intento de discriminar "cuadros" o "trastornos" que ayuden a diferenciar determinadas condiciones morbosas. En este sentido, y en el terreno que aquí nos ocupa,

se podría decir que la presentación de determinados trastornos psíquicos en la infancia, es un factor predisponente para los trastornos esquizofrénicos/esquizofreniformes del adulto. Puede confiarse que una mejor distinción de esos trastornos facilite la evidencia de relaciones entre cuadros infantiles específicos y las enfermedades que nos ocupan.

ENFERMEDAD ACTUAL.- EXPLORACION PSICOPATOLOGICA.-

EDAD DE TRICIO DE LA ENFERMEDAD.- La edad de los pacientes al inicio de la enfermedad, considerando la muestra total (esquizofrénicos + esquizofreniformes) es de $24'03 \pm 7'62$ años. Si observamos como se distribuye este dato por intervalos de edad podremos comprobar que hay un porcentaje importante de pacientes en los que el comienzo del trastorno se sitúa antes de los 20 años (24'5%) y, en cambio, esas cifras son más bajas por encima de los 40 años (5'6%) e incluso de los 30 años (17'0%). Como puede observarse en el cuadro adjunto los datos se aproximan más a los que proporcionaba Kraepelin o su discípulo Schultz que a los aportados por autores más recientes como M.Bleuler (40). Probablemente ello se deba al cambio de criterios diagnósticos ya que el DSM-III significa, en cierta manera, un retorno a Kraepelin vía Feighner (piénsese sobre todo en la duración exigida para el trastorno esquizofrénico), mientras que los criterios utilizados por M.Bleuler están en la línea del concepto amplio de esquizofrenia introducido por su padre que posibilita una mayor frecuencia del diagnóstico por encima de los 40 años.

| Intervalos de edad | Kraepelin | C. Schneider | B. Schultz | M. Bleuler | Presente estudio |
|--------------------|-----------|--------------|------------|------------|------------------|
| 10 - 20 años | 33'9% | 20'4% | 20'2% | 12% | 24'5% |
| 20 - 30 años | 48'3% | 43'8% | 50'4% | 37% | 56'6% |
| 30 - 40 años | 18'0% | 24'1% | 23'6% | 28% | 11'3% |
| Más de 40 años | 5'8% | 15'4% | 5'6% | 23% | 5'7% |

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.- El promedio de años de evolución $4'71 \pm 5'36$ se ha obtenido a expensas de los trastornos esquizofrénicos, fundamentalmente, ya que hay 13 casos diagnosticados de trastorno esquizofreniforme que, por definición, tienen una evolución menor de 6 meses.

CURSO.- En la H.C.C. el curso aparece clasificado, básicamente, como continuo, episódico u otro distinguiéndose, además, diversos subtipos dentro de cada uno de los tipos enumerados. Sin embargo, a efectos de este comentario, se ha considerado preferible reformular la clasificación de acuerdo con los criterios DSM-III para el curso, diferenciando:

- a) Agudo (evolución menor de 6 meses) subdividido en: 1) episodio único y 2) recurrente.
- b) Subcrónico (evolución entre 6 meses y 2 años) subdividido en: 1) continuo y 2) episódico con remisión total.

c) Crónico (evolución superior a dos años) subdividido en: 1) continuo; 2) episódico con remisión total y 3) episódico sin remisión total.

El curso "episódico con remisión total" equivale a la exacerbación aguda del DSM-III. Remite totalmente la sintomatología propia de la exacerbación persistiendo un cuadro residual. En cambio en el curso "episódico sin remisión total" continúa existiendo sintomatología productiva, característica de la reagudización.

Del estudio de nuestra muestra puede deducirse que el curso episódico predomina sobre el continuo (68% vs. 32%) confirmando la tendencia que se observa en el grupo de las esquizofrenias desde la aparición de los neurolépticos hacia un fraccionamiento de la evolución, aunque ello no signifique, en muchos casos, la "restitutio ad integrum" sino la fijación de las manifestaciones clínicas en un grado de menor intensidad y con una sintomatología predominantemente negativa (2, 88). No obstante todas las conclusiones que puedan extraerse de este estudio, en lo referente al curso de la enfermedad, serán obligatoriamente provisionales, y en realidad prematuras, ya que se trata de pacientes en evolución, y, además, un grupo de los mismos (24'5%) tienen un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme, enfermedad de duración limitada a 6 meses. Un seguimiento más prolongado de éstos enfermos servirá para aclarar las modalidades del curso, así como para desvelar la evolución a largo plazo del trastorno esquizofreniforme.

SINTOMAS DEL CRITERIO A Y B DE TRASTORNO ESQUIZOFRENICO DEL DSM-III,
FRECUENCIA EN LA POBLACION ESTUDIADA.-

| | |
|---|-------|
| A)-IDEAS DELIRANTES DE CONTROL | 47'2% |
| -DIFUSION DEL PENSAMIENTO | 26'4% |
| -IMPOSICION DEL PENSAMIENTO | 18'9% |
| -ROBO DEL PENSAMIENTO | 7'5% |
| -IDEAS DELIRANTES DE REFERENCIA | 54'7% |
| -IDEAS DELIRANTES SOMATICAS | 7'5% |
| -IDEAS DELIRANTES DE GRANDEZA | 15'1% |
| -IDEAS DELIRANTES RELIGIOSAS | 20'8% |
| -IDEAS DELIRANTES NIHILISTAS | 1'9% |
| -IDEAS DELIRANTES DE PERSECUCION (+ ALUC.) | 32'1% |
| -IDEAS DELIRANTES CELOTIPICAS (+ ALUC.) | 3'8% |
| -VOCES QUE HABLAN, QUE COMENTAN | 24'5% |
| -OTRAS ALUCINACIONES AUDITIVAS NO AFECTIVAS (1) | 56'6% |
| -INCOHERENCIA, DISGREGACION, PENSAMIENTO ILOGICO O | |
| -POBREZA DEL CONTENIDO DEL LENGUAJE: | |
| -+ AFECTIVIDAD EMBOTADA, APLANADA O | |
| INAPROPIADA | 35'8% |
| -+ IDEAS DELIRANTES..... | 30'2% |
| -+ ALUCINACIONES | 24'5% |
| -+ CONDUCTA CATATONICA | 3'7% |
| -+ CONDUCTA DESORGANIZADA | 22'6% |

(1) Comprende los items 528 (22'6%) y 535 (34'0%)

-OTRAS IDEAS DELIRANTES:

| | |
|-----------------------|-------|
| -EROTOMANAS | 1'9% |
| -PERJUICIO | 28'3% |
| -ENVENENAMIENTO | 11'3% |

| | |
|-------------------------------------|-------|
| B)-DETERIORO DEL ROL FAMILIAR | 88'7% |
| -DETERIORO DEL ROL LABORAL | 86'8% |
| -DETERIORO DEL ASEO PERSONAL | 41'5% |

Los síntomas anteriores, correspondientes al criterio A, son los decisivos para llegar a un diagnóstico de trastorno esquizofrénico/trastorno esquizofreniforme por su especificidad psicopatológica frente a los criterios restantes del DSM-III: Edad inferior a 45 años, deterioro de roles, duración superior a 6 meses y ausencia de trastorno mental orgánico o de PMD. Siendo así cabía esperar una elevada frecuencia de los mismos, cosa que como observamos en el cuadro está lejos de producirse.

El síntoma más frecuente, delirio autorreferencial, no se daría en más de 1 de cada 2 esquizofrénicos. Por supuesto que la frecuencia de los síntomas no puede tomarse como el criterio definitivo acerca de su importancia para diagnosticar una enfermedad. Por su valor cualitativo uno sólo de los considerados definitorios o fundamentales en cada paciente pueden bastar para fijar el diagnóstico. No obstante, podemos preguntarnos legítimamente si no existirán otros síntomas en nuestros enfermos que reúnan la doble condición de 1º) darse con mayor frecuencia que la apreciada para los anteriores, 2º) tener el mismo carácter cualitativo, fundamental, que

ellos. Para responder a la 1ª condición se ha elaborado el siguiente cuadro, en el que puede apreciarse la lista jerarquizada, según frecuencia de presentación, de los síntomas que recoge la H.C.C.

| SINTOMAS ESQUIZOFRENICOS EN LA POBLACION ESTUDIADA, FRECUENCIA SUPERIOR AL 50% | |
|---|-------|
| -INTERPRETACIONES DELIRANTES (como mecanismo delirante) | 73'6% |
| -ALUCINACIONES | 67'3% |
| -DETERIORO INTENSO DEL ROL FAMILIAR | 66'0% |
| -ACTITUD DE RECHAZO HACIA LA ENFERMEDAD | 64'2% |
| -DETERIORO INTENSO DEL ROL LABORAL | 58'5% |
| -AUSENCIA DE C.E.P. | 58'5% |
| -DISMINUCION CONCENTRACION | 56'6% |
| -DELIRIO AUTORREFERENCIAL (expl.) | 54'7% |
| -SEUDOPERCEPCIONES AUDITIVAS (anam.) | 54'7% |
| -CONDUCTA EXTRAVAGANTE | 54'7% |
| -FRIALDAD AFECTIVA | 54'7% |
| -CONVICCION DELIRANTE INTENSA | 54'7% |

(exceptuando "aceptación de la enfermedad por la familia" -79'2%- y "ayuda activa familiar" -66'0% -por no ser síntomas; tampoco se incluyen "insight posible" -56'6% -y "biotipo atlético" -52'8% - por ser síntomas de menor entidad psicopatológica y definición menos precisa)

SINTOMAS CUYA FRECUENCIA ES SUPERIOR AL 50% EN LA POBLACION ESTUDIADA.-

1.- INTERPRETACIONES DELIRANTES.- La interpretación delirante, considerada en la H.C.C., como uno de los mecanismos de gènesis del delirio, constituye el síntoma más frecuente de los enfermos esquizofrénicos que componen la muestra. A este respecto y antes de seguir adelante, cabe hacer una aclaración: Se han tenido en cuenta, al elaborar la lista jerarquizada, los síntomas concretos que resultan de profundizar en las alteraciones de cada función psíquica. Es decir que los grandes apartados, tales como ideas delirantes o trastornos de la afectividad, que por supuesto arrojan porcentajes muy altos de alrededor del 90% no se valoran, por su baja especificidad y poder definitorio.

Volviendo a las interpretaciones delirantes, término que es utilizado en la H.C.C. con su significado psicopatológico tradicional y que incluye a las percepciones delirantes de K.Jaspers, debe señalarse que constituyen un síntoma que no aparece entre los criterios diagnósticos para esquizofrenia al uso, tales como el DSM-III, RDC, Feighner, o, incluso, entre los síntomas de primer orden de K.Schneider. Ello puede ser debido a dos razones: 1) La interpretación delirante, tomada en abstracto e independientemente del tema delirante que sustenta, ya sea éste de persecución, de influencia o de transformación corporal etc., es un síntoma de baja especificidad que lo mismo podemos encontrar en la esquizofrenia que en la paranoia o incluso en las demencias (delirio de perjuicio p.e.). En cuanto constituye uno de los mecanismos básicos de construcción delirante, podríamos decir que su especificidad es similar a la del material de los cimientos respecto al edificio que sustentan. 2) En cuanto la interpreta-

ción delirante sobrepasa el nivel inicial en el que todavía no puede hablarse de idea delirante, y da lugar mediante, un proceso de recreación idiosincrático de la realidad a la aparición del delirio, creencia errónea e irrefutable, la constatación del mismo lleva aparejada, muchas veces, de forma implícita, la existencia de interpretaciones delirantes. Al definir las ideas delirantes como un criterio diagnóstico de esquizofrenia, se incluiría a las interpretaciones en la medida en que forman parte del armazón de dichas ideas.

También podría añadirse que el acceso a las interpretaciones delirantes, en cuanto síntoma detectable en clínica, se hace, en la práctica, a través del delirio. En la medida en que puede observarse la presencia de ideas delirantes nos planteamos si sus mecanismos son interpretativos o de otro tipo. Sin delirio, la detección de interpretaciones se hace sumamente difícil y en caso de resultar positiva, no podría constituir, por sí sola, síntoma suficiente para diagnosticar esquizofrenia aunque se cumplieran los restantes criterios del DSM-III. Nos permitiría sospechar el inicio de un cuadro psicótico, a confirmar con la posterior evolución.

La interpretación delirante podría constituir, en cambio, un criterio diagnóstico para esquizofrenia, si se acompañara de otro síntoma específico de la misma. En este sentido tendría un valor semiológico semejante a los síntomas del apartado 6 del criterio A de esquizofrenia del DSM-III que exige, junto al trastorno del pensamiento (incoherencia, pérdida de asociaciones, pensamiento ilógico, pobreza del contenido del lenguaje) la presencia de trastornos de la afectividad (embotamiento, aplanamiento, incongruencia), o de ideas delirantes y/o alucinaciones, o bien de conducta catatónica o gravemente desorganizada.

2.- DETERIORO INTENSO DEL ROL FAMILIAR.- Tanto este síntoma como el clasificado en 4º lugar: Deterioro intenso del rol laboral, pertenecen a otro criterio exigido por el DSM-III para el diagnóstico de esquizofrenia, el 6: "Deterioro del nivel previo de actividad laboral, relaciones sociales y cuidado personal". Se comprende que por ser condición imprescindible para asentar el diagnóstico, su frecuencia sea tan alta: 88'7% para el deterioro de las relaciones familiares (no se valoran otras relaciones sociales; de hacerlo probablemente el porcentaje sería aún mayor), 86'8% para el deterioro de la actividad laboral y 41,5% para el deterioro del aseo personal. En la lista jerarquizada de síntomas solo aparece el deterioro intenso de las relaciones y de la actividad laboral, ya que el deterioro moderado de ambas actividades o del aseo personal se da con una frecuencia inferior al 50%.

A pesar de la regularidad con que estos síntomas se presentan, su especificidad es baja. Pueden presentarse en el alcoholismo, dependencia a sustancias, trastornos mentales orgánicos, depresión mayor

3.- ACTITUD DE RECHAZO HACIA LA ENFERMEDAD.- Este síntoma que se presenta en el 64'2% de pacientes, se diferencia de la ausencia de conciencia de enfermedad, presente en el 58'5% de enfermos, por referirse al comportamiento que en la práctica adopta el enfermo hacia su propia enfermedad, mientras que la conciencia de enfermedad, recoge la opinión que el enfermo tiene sobre su trastorno. Concordantes por lo general, actitud y opinión, en ocasiones se disocian, mostrándose la conducta contradictoria con la verbalización del paciente.

Extraña que el DSM-III no cite siquiera al síntoma entre los propios de la esquizofrenia. En el Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia de la O.M.S. (219) se le citaba entre los síntomas más constantemente hallados en los diversos grupos de esquizofrénicos que constituían la población de estudio. Por otra parte ha sido un punto de referencia clásico el considerar la falta de conciencia de enfermedad como característica de la esquizofrenia, si bien no privativa de la misma, por presentarse en otras psicosis. El hecho de tratarse de un síntoma con éstas propiedades no lo invalida, pues algo similar ocurre con los que forman parte del criterio B, que acabamos de analizar en el apartado anterior. Debe entonces considerarse que la ausencia de conciencia de enfermedad puede ser síntoma de esquizofrenia y no debe ser ignorado como tal.

4.- ALUCINACIONES.- Consideradas como mecanismo delirante se presentan en el 62'3% de enfermos; sin tener en cuenta dicho carácter en el 69'8% por haber pacientes sin ideas delirantes, que las presentan. No obstante, ya quedó señalado que las grandes agrupaciones sintomáticas tales como ideas delirantes o alucinaciones no serían consideradas aquí, por seguir el criterio de analizar y valorar síntomas de mayor especificidad y concreción. Por lo que se refiere a su papel como mecanismo delirante, pueden hacerse las mismas consideraciones que se realizaban sobre las interpretaciones delirantes: aisladas son inespecíficas; en tanto forman la base del delirio la aprehensión psicopatológica se dirige a este con mayor facilidad. Sólo podrían ser consideradas síntoma definitorio de esquizofrenia si se da la presencia concomitante de delirio.

5.- DETERIORO INTENSO DEL ROL LABORAL.- Ya se ha valorado el tratar el punto 2.

6.- AUSENCIA DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.- Ya se ha valorado el tratar el punto 3.

7.- DISMINUCION DE LA CONCENTRACION.- En el esquema de exploración psicopatológica que se ha seguido en la H.C.C. la atención se contempla como una función que presenta dos atributos fundamentales: 1) La capacidad, en condiciones basales, de percatarse y responder a los estímulos ambientales; 2) La capacidad de mantener, mediante un cierto esfuerzo, el interés del campo de la conciencia centrado en un estímulo ambiental. La primera propiedad constituye la atención espontánea; su disminución se observa en los estados de confusión mental (descenso del nivel de alerta o vigilancia); su aumento en estados de elevación del nivel de alerta como la manía y la esquizofrenia paranoide. La segunda propiedad, o concentración, puede verse alterada por un sinnúmero de trastornos, especialmente orgánicos, p.e. todo tipo de demencias, enfermedades estructurales del SNC, psicosis sintomáticas de enfermedades sistémicas... Sin embargo lo que aquí nos interesa es resaltar como en la esquizofrenia se altera también, apreciándose una disminución de la capacidad de concentración en el 56'6% de pacientes. Hay que convenir, que tal descenso se hace a expensas de una alteración leve de la concentración (36'9%) siendo mucho menos frecuente un trastorno importante de la misma (19'7%).

Para la valoración de las alteraciones que estamos describiendo se ha tenido en cuenta, además del juicio clínico, la constatación subjetiva por parte del paciente, que en ocasiones aparece de forma espontánea, de la dificultad de concentrarse, de seguir el hilo de una conversación, o de un pensamiento, de atender al desarrollo de una película en T.V. o al esfuerzo que supone intentar la lectura o el estudio. Así nos encontramos con un síntoma, muchas veces subjetivo y objetivo, otras veces sólo detectable por la exploración psicopatológica, que parece constituir una manifestación frecuente y cualitativamente importante de esquizofrenia.

En los casos extremos en que la disgregación del curso del pensamiento es total, cuando la pérdida de la capacidad asociativa ha llevado al enfermo a la incoherencia del pensamiento, la exploración de la concentración resulta imposible; ésta se halla totalmente pulverizada por la alteración del curso del pensamiento. Cuando el trastorno es menor, y la exploración es posible, podría pensarse que la alteración de la concentración que detectamos fuera tributaria del descarrilamiento de asociaciones que impide la continuidad necesaria para mantener la atención.

Hay, sin embargo, otras hipótesis psicopatológicas acerca de la génesis del síntoma p.e. las que lo achacan a la alteración de la afectividad, poniendo en relación directa disminución de interés y pérdida de atención. No obstante ésta hipótesis parece dar mejor razón de la alteración de la atención espontánea que de la concentración, que es la que aquí estamos discutiendo.

En resumen, puede pensarse que el trastorno de la concentración es un síntoma frecuente, no específico, pero que no debe desdeñarse para el diagnóstico de esquizofrenia. Nuevamente nos encontraríamos ante un signo que se asociase a otro de los característicos de esquizofrenia, podría llevar al diagnóstico de la misma.

A continuación aparecen cinco síntomas: Delirio autorreferencial, pseudopercepciones auditivas (anamnesis), conducta extravagante, frialdad afectiva y convicción delirante intensa, todos ellos con la misma frecuencia, 54'7%. Uno de ellos, pseudopercepciones auditivas no será valorado como integrante de esta lista por tratarse de un síntoma procedente de la anamnesis, donde alcanza una amplitud notable incluyendo a todo tipo de alucinaciones auditivas (sensoriales, psíquicas, sonorización del pensamiento, voces que hablan voces que comentan, difusión del pensamiento, robo del pensamiento, manipulación del pensamiento) que en la parte correspondiente a exploración psicopatológica aparecen individualizadas, obteniéndose de esta forma una aproximación más pormenorizada al fenómeno. Por cierto que en estas circunstancias ninguno de los síntomas sobrepasa al 50% de frecuencia.

B.- DELIRIO AUTORREFERENCIAL.- La temática referencial constituye el contenido delirante más frecuente en la población estudiada. De los síntomas del criterio A de trastorno esquizofrénico del DSM-III es, asimismo el más frecuentemente encontrado y el único que supera la cifra del 50%. También ofrece la particularidad de ser junto con las alucinaciones y pseudoper-

cepciones auditivas los únicos síntomas DSM-III que se hallan representados entre los 10 primeros de nuestra lista. De ésta los restantes o bien: a) pertenecen al criterio B, caso del deterioro familiar o laboral; b) o no existen en el DSM-III, p.e. ausencia de conciencia de enfermedad psíquica, ideas delirantes de mecanismo interpretativo, ideas delirantes de mecanismo alucinatorio, convicción delirante intensa, disminución de la concentración, frialdad afectiva, conducta extravagante (equivalente a la conducta desorganizada del DSM-III).

9.- FRIALDAD AFECTIVA.- De acuerdo con la definición que de la misma se da en el glosario de términos técnicos, se ha considerado a la frialdad afectiva el grado menor del aplanamiento afectivo, del que el embotamiento constituiría el grado superior. A efectos de exploración psicopatológica, y de inteligibilidad, la frialdad supone una restricción de la expresión emocional y de la respuesta afectiva que se manifiesta a través de una fisionomía estática, de la pobreza de movimientos espontáneos y acompañantes de la expresión verbal, por la disminución de inflexiones de la voz y la monotonía de la conversación, y por la disminución de cualquier manifestación subjetiva de afectación emocional. Síntoma de difícil exploración, aunque la elaboración de escalas tipo Andreasen (9, 10, 11) hagan, actualmente, menos difícil y subjetiva su valoración, siempre ha sido contemplado como manifestación propia obligada de esquizofrenia, aunque está uno por maliciar que cuando no ha existido se ha inventado. No obstante, si se diera aislado, tanto por la dificultad de objetivarlo como de diferenciarlo de la simple restricción afectiva, esquizotímica, sería imposi-

ble utilizarlo como criterio diagnóstico, sobre todo teniendo en cuenta que éste mismo síntoma podemos hallarlo en el trastorno esquizoide, esquizotípico y paranoide de la personalidad.

10.- CONDUCTA EXTRAVAGANTE.- Reúne aquellos actos de conducta, absurdos, que extrañan a los demás por su rareza e ininteligibilidad. Por lo general son de origen delirante. No incluye lo que el DSM-III llama "conducta peculiar llamativa" (punto 3 de los síntomas prodrómicos o residuales del trastorno esquizofrénico que en la R.C.C. caen dentro de la conducta deteriorada). Se tiende a utilizar, inapropiadamente, por tratarse de un galicismo, el término "conducta bizarra" para referirse a éstas alteraciones comportamentales. Probablemente, por referirse a conducta y por la propia significación del vocablo "extravagante" demasiado amplia y vaga, sigue siendo un síntoma de baja concreción, difícil aprehensión y, por lo tanto, relativa fiabilidad.

11.- CONVICCIÓN DELIRANTE INTENSA.- Este síntoma representa el grado mayor dentro de la valoración de la intensidad de la convicción delirante. Tratándose de enfermos ingresados, en fase activa, no sorprende, su frecuencia, y aún podría considerarse baja. Aunque se calcule sobre el número de enfermos con ideas delirantes (48) el porcentaje no pasa del 60%. No obstante, conviene recordar que la adjetivación de "intensa" se ha reservado para aquellos casos cuya conducta está determinada por las ideas delirantes, es decir cuando hay traducción de las mismas a nivel comportamental.

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones que se desprenden del análisis de los síntomas hasta aquí realizado son las siguientes:

- 1) En pacientes diagnosticados de trastorno esquizofrénico y trastorno esquizofreniforme, según los criterios DSM-III, los síntomas utilizados para etiquetar la enfermedad aparecen con una frecuencia inferior al 50%, y aún en la mayoría de casos, al 25%. Sólo el delirio de referencia supera la barrera del 50%, mientras que 7 síntomas más (Ideas delirantes de control, difusión del pensamiento, ideas delirantes de persecución, alucinaciones auditivas, incoherencia más embotamiento, incoherencia más ideas delirantes, delirio de perjuicio) se sitúan entre el 25 y el 50%.

Quiere ello decir que a los síntomas empleados para diagnosticar los trastornos psicóticos citados se les supone una alta especificidad mientras que su sensibilidad es notablemente baja. La presencia de criterios de exclusión reforzaría aquel carácter, demostrado lo vano de la pretensión de considerar a cualquiera de ellos patognomónico. Kurt Schneider, a quien autores norteamericanos han responsabilizado de haber dado esa cualidad de patognomónico a sus síntomas de primer orden, dejó escrito "Si se puede descartar una psicosis orgánica, cualquiera de estos síntomas nos permite, con prudencia, diagnosticar esquizofrenia". Hoy en día la frase debería rectificarse añadiéndole el otro criterio de exclusión del DSM-III; el trastorno afectivo preexistente o de mayor duración que la fase activa psicótica. En estas condiciones los síntomas schneiderianos de primer rango, siguen siendo específicos respecto a los trastornos esquizofrénicos y esquizofreniformes.

2) En pacientes diagnosticados de trastorno esquizofrénico y trastorno esquizofreniforme, según criterios DSM-III, se presentan síntomas no incluidos en los criterios diagnósticos con mayor frecuencia que la de éstos. Son los siguientes (dejando aparte los pertenecientes al criterio B, las alucinaciones y las seudopercepciones auditivas ya que están incluidas en el DSM-III):

- Interpretaciones delirantes (como mecanismo delirante).
- Actitud de rechazo hacia la enfermedad.
- Ausencia de conciencia de enfermedad psíquica.
- Deterioro de la concentración.
- Frialdad afectiva.
- Conducta extravagante.
- Convicción delirante intensa.

Síntomas que podemos reunir en tres grupos:

1º) Síntomas relacionados con el delirio: Se trata de las interpretaciones delirantes y de la intensidad de la convicción delirante. Respecto a ésta última cabe decir que es un síntoma que se solapa con "conducta extravagante" en cuanto la principal manifestación de ésta es el comportamiento de origen delirante.

2º) Síntomas relacionados con la conciencia de enfermedad: Ausencia de conciencia de enfermedad psíquica y actitud de rechazo hacia la enfermedad, que por estar íntimamente correlacionados, los resumiremos en uno: Ausencia de conciencia de enfermedad.

39) Otros síntomas: Deterioro de la concentración, frialdad afectiva, y conducta extravagante.

De esta forma, persisten 6 manifestaciones cuya frecuencia es superior al 50% en la población de esquizofrénicos/esquizofreniformes estudiada y al mismo tiempo reúnen la característica de mostrar cierta especificidad en relación con la enfermedad que se estudia.

A título de hipótesis se propone que cualquier combinación que incluya dos de los seis síntomas es sugestiva de abocar a un diagnóstico de esquizofrenia/esquizofreniforme. De esta forma se puede aprovechar y hacer útil, con fines diagnósticos, un hecho importante de este estudio como es la frecuencia elevada de determinados síntomas no contemplados en el DSM-III. Concretamente, el 92'5% de la población estudiada presenta ese mínimo de dos síntomas a que nos referíamos, como puede observarse en el cuadro adjunto. Ello quiere decir que sobre 100 pacientes esquizofrénicos/esquizofreniformes, un sistema diagnóstico basado en esta regla arrojaría 7'5% falsos negativos, pacientes que no serían diagnosticados aún padeciendo el trastorno esquizofrénico/esquizofreniforme.

| Nº Síntomas | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|------------|----------------------|
| 6 | 5 | 9'4 | 9'4 |
| 5 | 9 | 17'0 | 26'4 |
| 4 | 17 | 32'1 | 58'5 |
| 3 | 13 | 24'5 | 83'0 |
| 2 | 5 | 9'4 | 92'5 |
| 1 | 2 | 3'8 | 96'2 |
| 0 | 2 | 3'8 | 100 |

ción T: 63) y con valores inferiores a 60 las restantes escalas. (Si: 59 varones y 54 mujeres; Pd: 58; Hy: 56 varones y 55 mujeres; Hs: 56 varones y 53 mujeres; Ma: 55; Mf: 55 varones y 53 mujeres; Pt: 47 varones y 44 mujeres). A destacar que sólo la escala Paranoia alcanza un valor superior a T 70. La elevación tan considerable de la misma probablemente está en relación con el hecho de tratarse de pacientes agudos o reagudizados, predominantemente de tipo paranoide (esquizofrenias paranoides y trastornos esquizofreniformes).

Por otra parte cabe resaltar que la escala Sc no alcance una puntuación superior a 70. Ello puede ser debido a la debilidad de ésta escala que aún con la corrección introducida por la K sólo detecta la enfermedad en un 60% de casos (216). También podría contribuir a explicar éstos resultados lo señalado en el párrafo anterior: El predominio de sintomatología paranoide aguda se acompañaría de una reducida presencia de las manifestaciones esquizofrénicas que puede detectar la escala (alienación social, alienación emocional, descontrol del Yo, inhibición defectuosa, experiencias sensoriales fantásticas). Pero, sobre todo, pueden interpretarse éstos resultados a la luz de los cambios de criterios diagnósticos sobrevenidos desde la aparición del M.M.P.I. No hay que olvidar que prácticamente todos los trabajos con este cuestionario se han hecho con pacientes diagnosticados de esquizofrenia mediante sistemas no basados en criterios operativos (306). Actualmente la utilización del DSM-III con su énfasis en los síntomas productivos, schneiderianos, puede aproximar el diagnóstico de esquizofrenia - trastorno esquizofreniforme a la escala Pa más que a la escala Sc del M.M.P.I.

DIAGNOSTICOS

Como puede observarse en los cuadros correspondientes a diagnósticos del apartado "Resultados" (V.728 -V.732) existen variaciones entre los diagnósticos realizados al cumplimentar la H.C.C. y los que se han formulado en la revisión llevada a cabo a los 6 meses. Estas variaciones atañen especialmente a la etiqueta "trastorno esquizofreniforme" del DSM-III, cuya frecuencia se ve reducida de 20 a 10 casos, al pasar de una a otra valoración. Los restantes diagnósticos sufren menos variaciones, aunque también se vean modificados en sus cifras especialmente por el hecho de que hay 9 pacientes a los que no se ha podido rediagnosticar a los 6 meses. Esto se debe a que para ellos no había transcurrido aún el período completo de 6 meses, o bien habían sido transferidos a otras instituciones para continuar el tratamiento más adecuado para su caso; finalmente en un caso se produjo "drop-out".

La esquizofrenia paranoide es el tipo clínico más frecuente: 37'7% en los diagnósticos de la revisión. A continuación aparecen el trastorno esquizofreniforme (18,9%) y la esquizofrenia residual (13,2%). Raros son los casos de tipo hebefrénico (5'7%) e indiferenciado (3'8%) y excepcional la forma catatónica (1'9%). Se ha incluido un paciente cuyo diagnóstico inicial era trastorno esquizofreniforme que en la revisión fué rediagnosticado como esquizoafectivo, por haberse sumado a una sintomatología francamente esquizofrénica, manifestaciones claramente afectivas que en determinadas fases constituyan la expresión única del trastorno. Como quiera que este caso entraba, con el diagnóstico ICD-9, en la esquizofrenia, for-

ma esquizoafectiva, y psicopatológicamente podía definirse como un trastorno esquizoafectivo, depresivo, agudo, principalmente esquizofrénico, en la terminología R.D.C. nos hemos atrevido a cometer la heterodoxia de incluirlo, bajo los criterios DSM-III, en el grupo de trastornos esquizofrénicos-esquizofreniformes.

CURSO Y TRATAMIENTO

En la 1ª revisión, que se realiza aproximadamente al cabo de un mes de tratamiento ($33'1 \pm 7'4$ días), destacan los siguientes datos:

- a) La aparición de efectos secundarios no constituye la regla a pesar de que todos los pacientes recibieron tratamiento neuroleptico. Más de la tercera parte no sufrían efectos indeseables.
- b) El cumplimiento de la terapéutica (83%) está en la línea de las cifras que se manejan para enfermos esquizofrénicos ingresados (20%) (18 a). Las cifras de incumplimiento (17%) casi coinciden con el número de pacientes en tratamiento ambulatorio, aunque no necesariamente fueron éstos los que no seguían el tratamiento prescrito.

La información proporcionada por el personal de enfermería y la constatación de efectos secundarios sirvieron para comprobar el cumplimiento.

- c) Tanto la valoración cualitativa basada en juicios clínicos como la valoración cuantitativa, basada en las puntuaciones de los cuestionarios (B.P.R.S.: comparación puntuación inicial-puntuación 1ª revisión: $t = 7'52$, $p < 0'01$; H.D.R.S.: comparación puntuación inicial-puntuación 1ª revisión: $t = 6'99$, $p < 0'01$) demuestran que se produce una remisión del cuadro clínico al cabo de un mes, preferentemente parcial o sintomática, siendo raro que la psicosis se halle totalmente remitida tras este período de tiempo. Aún tratándose del trastorno esquizofreniforme el tiempo requerido para la desaparición de la sintomatología es superior a un mes.
- d) El neuroléptico más utilizado ha sido el haloperidol que se ha prescrito al 79'2% de pacientes. En la mitad de los casos se ha administrado según una pauta de neuroleptización rápida por vía I.M.
- e) 42 pacientes (79'2%) fueron ingresados para tratamiento. 23 de ellos (43'4%) permanecían ingresados al cabo de un mes, mientras que los restantes seguían tratamiento ambulatorio, excepto 1 que abandonó el tratamiento. Al cabo de 6 meses, en la 2ª revisión, sólo 4 pacientes permanecían ingresados o habían necesitado reingresar (3 enfermos). Estos datos demuestran que actualmente los cuadros esquizofrénicos pueden yugularse mediante ingresos de alrededor de 6 - 7 semanas (promedio duración: $46'1 \pm 34'6$ días), posibilitando que el paciente siga posteriormente un tratamiento ambulatorio.

DISCUSSION

D I S C U S I O N

COMPARACIÓN TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS-TRASTORNOS EXQUIZOFRENIFORMES

Con el fin de no hacer excesivamente farragosa esta tesis hemos prescindido de la presentación de los resultados que corresponden a los dos grupos que se comparan: esquizofrénicos y esquizofreniformes y hemos pasado, directamente, a exponer los resultados del estudio comparativo entre ellos. Siempre que las diferencias hayan resultado no significativas, estadísticamente, se ha señalado simplemente así, sin añadir aquí tampoco los datos numéricos en los que se basa cada cálculo del χ^2 . Solo en aquellos casos en los que la diferencia ha resultado significativa, estadísticamente, se han expuesto los datos numéricos y el cálculo del χ^2 .

Por otra parte, se ha llevado a cabo un análisis de función discriminante utilizando aquellas variables significativas en el estudio de las tablas de contingencia mediante el cálculo del χ^2 .

Para este estudio no ha podido ser utilizada la totalidad de pacientes. Con el fin de confirmar el diagnóstico se exigía una revisión al cabo de 6 meses de seguimiento y esta condición no ha podido ser cumplida por 9 pacientes debido a razones distintas. (generalmente transferencia del enfermo a otra institución para tratamiento o período de seguimiento menor de 6 meses; en un caso "drop-out").

Respecto a los dos grupos que han podido ser estudiados, formados por 34 pacientes esquizofrénicos (grupo 1) y 10 pacientes esquizofreniformes (grupo 2) los datos que merecen destacarse y comentarse son los siguientes, citándonos exclusivamente a aquellas variables de significación estadística:

1. EMIGRACIÓN DEL PACIENTE.- Se observa una mayor frecuencia de emigrantes vs no emigrantes en el grupo esquizofreniforme mientras la proporción se invierte a favor de no emigrantes en el grupo esquizofrénico. Tal hecho, podría ser interpretado como un ejemplo de la mayor influencia ambiental, psicosociogénica, sobre el trastorno esquizofreniforme, mientras que el trastorno esquizofrénico vendría más determinado por factores genéticos. Esta dicotomía correspondería a la antigua división esquizofrenia reactiva - esquizofrenia procesal. El efecto de la emigración sobre estos trastornos podría ser inmediato si existiera una relación cronológica estrecha o mediada por factores ambientales diversos en el caso de que haya que remontarse años atrás en la biografía del sujeto hasta encontrar el cambio de habitat. En los pacientes estudiados se dan las circunstancias señaladas en el segundo caso, ya que en todos ellos la emigración se ha producido hace muchos años, alrededor de 20, por lo que los efectos de la modificación que el entorno ejerce no pueden explicarse mediante una hipótesis del valor stressante inmediato de la emigración. Si esta tiene un valor precipitante en la esquizofrenia, cosa que los diversos autores que han tratado el tema enfocan con suma prudencia (Sivadon, Malzberg, Pelicier, Stonequist, etc -88-) en todo caso la relación cronológica debe ser estrecha, dándose una proximidad en el tiempo. El papel de la emigración,

no solo cuando se realiza a otras culturas en cuyo caso es más claro, se ha evidenciado con mayor limpieza en cuadros psicóticos agudos ("Bouffées delirantes polimorfos") no esquizofrénicos, adjetivo que quizás pudiera corresponder al trastorno esquizofreniforme. No obstante, como ya se ha señalado, se hace difícil conjeturar acerca de la influencia a largo plazo de la movilidad geográfica.

2. ATENCIÓN ESPONTÁNEA.- Así como una alteración de la atención espontánea se encuentra en el 70% de enfermos afectos de trastorno esquizofreniforme el deterioro de esta función solo se presenta en el 30% de pacientes con trastorno esquizofrénico. Conviene recordar que la alteración o deterioro comprende tanto la modificación por hiper - distraibilidad - como por hipoprosexia o hipoprosexia.

Resulta como si esta función quedara afectada más fácilmente ante un proceso de mayor agudeza como lo es, tomado en conjunto, el grupo esquizofreniforme frente al esquizofrénico. Se podría establecer un paralelismo entre la afectación de la atención espontánea en las psicosis agudas funcionales y esa misma alteración en las psicosis agudas orgánicas mientras que en las psicosis crónicas, tanto funcionales como orgánicas, predominaría el deterioro de la concentración sobre el de la atención espontánea.

Esponánea: Predominantemente alterada: Psicosis agudas
funcionales y orgánicas

Atención

Concentración: Predominantemente alterada: Psicosis cró-
nicas funcionales y orgánicas

3. APLANAMIENTO AFECTIVO.- En relación con esta variable conviene recordar que en la H.C.C. utilizada en el presente estudio se contempla como un continuum que va de la normalidad al embotamiento pasando, como punto intermedio, por la frialdad afectiva. La alteración es significativamente más frecuente en esquizofrénicos que en esquizofreniformes lo cual refuerza el carácter procesal que tradicionalmente se ha dado a este trastorno de la vida afectiva. Una hipótesis alternativa sería que la alteración constituyera una función de la duración del trastorno apareciendo en mayor proporción cuanto más prolongada es la evolución y en menor proporción cuanto más reciente está el debut de la enfermedad. Si esto fuera cierto los esquizofrénicos subcrónicos deberían presentar una alteración intermedia entre los crónicos y los esquizofreniformes asemejándose notablemente a éstos por ser su evolución más corta. Tal cosa no ocurre así

y la distribución del aplanamiento afectivo en los subcrónicos es similar a la de la muestra total de esquizofrénicos como puede observarse en el cuadro adjunto:

| | E. Subcrónicos | E. Crónicos |
|-----------------------|----------------|-------------|
| Sin aplanamiento | 4 | 9 |
| Frialdad afectiva | 6 | 19 |
| Embotamiento afectivo | 1 | 1 |

$\chi^2 = 0'63$ g.l.=2 N.S. Min. E.F:0'55 Cells with E.F. \leq 5: 3 de 6(50%)

Puede, pues, considerarse el afecto aplanado un síntoma discriminante entre trastorno esquizofreniforme y esquizofrénico, más propio de esta última enfermedad.

Sin embargo, al trastorno esquizofreniforme, solo podemos adscribirle la característica de carecer de nivelamiento afectivo, no pudiendo, en cambio mantener, a la luz de los resultados de este estudio, que se presente con frecuencia significativamente mayor cualquier otro trastorno de la afectividad (hipertimia, hipotimia, ansiedad...). Precisamente, la escasa bibliografía existente sobre el trastorno esquizofreniforme tiende a resaltar la presencia de sintomatología afectiva (67) como característica del mismo, hasta el extremo de considerar que la entidad es una mera forma clínica, del trastorno afectivo bipolar (92).

Uno de los soportes fundamentales para la introducción del trastorno esquizofreniforme en el DSM-III, el trabajo de Tsuang y cols (300),

sobre, esquizofrenias "atípicas" señala como una de las características definitorias de éstos el antecedente de episodios con síntomas afectivos y entre su sintomatología hace constar la presencia de alteraciones del humor, (concretamente síntomas maníacos en el 80%). No podemos decir lo mismo de nuestra muestra.

4. DELIRIO PRIMARIO.- Este término se utiliza como sinónimo de la experiencia delirante primaria de K. Schneider o de las vivencias que surgen en la fase apofánica descrita por K. Conrad. El hecho de que aparezca de forma significativamente mayor en los trastornos esquizofreniformes podría indicar una mayor tendencia de este tipo de trastornos a presentar sintomatología delirante. Tal hipótesis queda descartada al comprobar que las ideas delirantes se dan en similar proporción en ambos trastornos, esquizofrénico y esquizofreniforme. Quizá el diferente tiempo de evolución en ambos grupos pudiera explicar el dato: al ser los trastornos esquizofreniformes de comienzo más reciente que los trastornos esquizofrénicos podríamos asistir al nacimiento de las ideas delirantes en ellos, mientras que este período inicial del delirio habría sido ya sobrepasado por los enfermos esquizofrénicos, de más larga evolución.

| DELIRIO PRIMARIO | | | |
|------------------|--------------|-----------------|-----------------------|
| | Esq. Crónica | Esq. Subcrónica | Tr. esquizofreniforme |
| No | 26 | 8 | 3 |
| Si | 3 | 3 | 7 |

$\chi^2 = 1.79$; g.l. = 1 ; N.S. ; Min.E.F. = 1.65 ; Cells with E.F. < 5 = 2 de 4 (50%)

También los paciente con esquizofrenia subcrónica tienden a presentar el síntoma delirio primario en menor proporción que los afectos de trastorno esquizofreniforme y la frecuencia de ese síntoma se asemeja más a la que podemos observar entre los enfermos con esquizofrenia crónica. Resulta, pues, plausible la hipótesis que enunciábamos respecto a la relación entre comienzo reciente y delirio primario.

5. TEMPLE DELIRANTE.- El temple delirante o humor delirante básico o "Wahnstimmung" de los autores alemanes, correspondería a la fase de tremor de K. Conrad (64a). De acuerdo con su denominación se trataría de una alteración de la afectividad, del humor, de un estado de ánimo especial, cuya característica más sobresaliente es la vivencia de significatividad que genera respecto a los estímulos ambientales. Sucesos tenidos hasta entonces como de significación afectiva neutra para el paciente, que pasaban con la irrelevancia de la cotidianidad por su vida, se tornan cargados de presagios y toman un nuevo sentido, adquiriendo la propiedad de una revelación que transforma el significado de las cosas, personas y relaciones que pueblan el mundo del enfermo. El temple delirante suele ser la matriz de la que parte el delirio, constituyendo uno de los mecanismos básicos de la deliriogénesis.



Como en el caso del delirio primario, el temple delirante se presenta con una frecuencia significativamente mayor en el trastorno esquizofreniforme que en el trastorno esquizofrénico. No siendo mayor la presencia de delirio en unos que en otros una interpretación plausible sería la cronológica que relaciona el tiempo de evolución breve con la existencia de signos predelirantes como p.e. el temple delirante y el delirio primario.

6. IDEAS DE SUICIDIO.- En esta variable se recogen las ideas de autolisis que se detectan durante la exploración psicopatológica. La conducta suicida que el paciente ha podido presentar en periodos anteriores a su exploración queda recogida en otro apartado de la historia y aunque lógicamente exista íntima relación entre ambas manifestaciones, la presencia de ideas de suicidio en el examen de estado puede cursar sin síntomas previos de autoagresividad.

Como puede observarse en el gráfico correspondiente (543) los pacientes con trastorno esquizofreniforme presentan en forma significativamente mayor que los pacientes con trastorno esquizofrénico, ideas de suicidio. El hecho de que la suicidalidad se halle incrementada en los enfermos esquizofreniformes podría constituir un argumento indirecto a favor de la naturaleza afectiva de este trastorno. Como es sabido hay autores, como Fogelson (92), que han defendido la opinión según la cual el trastorno esquizofreniforme sería una forma atípica de manifestarse una psicosis afectiva. Por supuesto que para mantener esta tesis añaden otros datos como agudeza del comienzo, presencia de sintomatología afectiva,

antecedentes de episodios maníacos o depresivos, respuesta positiva al tratamiento con litio...

Aunque pensamos que solo el seguimiento prolongado de enfermos con trastorno esquizofreniforme aclarará definitivamente la verdadera naturaleza de este cuadro (entidad independiente o forma clínica de la esquizofrenia o de la psicosis afectiva), con los datos del presente estudio no nos sentimos autorizados a defender una postura "filoafectiva" ya que en los pacientes de la muestra valorada faltan antecedentes de cuadros afectivos o sintomatología actual de este carácter. Por otra parte las ideas de suicidio y la conducta autolítica, en general, es sabido que pueden aparecer en la esquizofrenia donde constituyen una amenaza vital cuya importancia parece que va creciendo en los últimos años.

El hecho de que en el trastorno esquizofreniforme se den las ideas de suicidio en mayor proporción que en los trastornos esquizofrénicos puede deberse a: 1) Presencia de un componente afectivo en la enfermedad que en el futuro podrá virar hacia el trastorno esquizoafectivo, o incluso afectivo a secas. 2) Tratarse de un trastorno agudo y de irrupción reciente que origina una reacción depresiva con las subsiguientes ideas de suicidio. 3) La hipótesis más sencilla, para no tener que recurrir a un reduccionismo afectivo o psicológico, es pensar que se trata simplemente de un síntoma más del trastorno.

7. SUEÑO.- Las alteraciones hípnicas se dan de forma significativamente mayor en los trastornos esquizofreniformes que en los trastornos esquizofrénicos. Hay que destacar el hecho de que todos los pacientes del grupo esquizofreniforme presentan trastornos del sueño. La diferencia resulta solo significativa agrupando todas las alteraciones del sueño en un solo apartado. No existe pues un trastorno específico del sueño en los enfermos estudiados, que se presente de forma significativamente distinta en uno u otro grupo de pacientes.

8. AÑOS EVOLUCION ENFERMEDAD.- Se trata de una variable cuya significatividad era prácticamente obligatoria ya que el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme exige, para ser realizado, una duración menor de 6 meses. No obstante habría cabido la posibilidad de que estos datos no hubieran sido sensiblemente distintos en uno y otro grupo de haberse presentado muchos casos de trastorno esquizofreniforme recurrente ya que, como es natural, la duración de la evolución de la enfermedad se mide desde el inicio del primer episodio. Sin embargo en la población objeto de estudio esto solo sucede en un caso que había presentado un primer episodio esquizofreniforme (diagnóstico retrospectivo a partir de los datos que proporcionan paciente y familia) hace 8 años.

9. M.M.P.I.-D.- Como ya se señaló al comentar los resultados globales del M.M.P.I. la valoración de sus puntuaciones se ha hecho de acuerdo con la tipificación española de 1979 (257). Las diferencias respecto a la versión original americana son muy notables, ya que, concretamente en esta escala de depresión, a una puntuación directa de 37 (media del grupo esquizofré-

nico) le correspondería una nota T de 88 (varones) -74 (mujeres) en la tipificación americana, mientras que estos valores serían 71 (varones) -64 (mujeres) en la tipificación española.

Hay que dejar constancia que aunque solo demos una nota media para todo el grupo, no diferenciando valores en hombres y mujeres, la proporción de sexos en ambos grupos es la misma (varón: 66%; mujer: 33%). Además las diferencias de medias entre varones y mujeres no son significativas, ni en el grupo esquizofrénico (escala depresión, $t=0'80$; escala psicastenia $t=0'05$) ni en el esquizofreniforme (escala depresión, $t=0'52$; escala psicastenia, $t=0'54$).

La existencia de una puntuación significativamente más elevada en esta escala, en el grupo esquizofrénico, puede ponerse en relación con el mayor retardo psicomotor, lentitud mental y sintomatología de referencia corporal que presentan respecto a los trastornos esquizofreniformes, como puede deducirse del análisis de los ítems que componen la escala. Puntuaciones de 24 o más en hombres y de 29 o más en mujeres se encuentran en personas gravemente deprimidas, indecisas y pesimistas. (216). Lachar indica que la depresión es severa y puede acompañarse de ideas delirantes con puntuaciones superiores a 30 en el hombre y a 36 en la mujer. Conviene recordar que estas consideraciones están hechas sobre población norteamericana y que deberían ser matizadas, a la baja, después de lo reseñado anteriormente.

10. M.M.P.I.-PI.- También en esa escala el grupo esquizofrénico puntúa significativamente más alto que el esquizofreniforme, aunque tanto las

puntuaciones de unos como otros se hallan dentro de la normalidad, no sobrepasándose el nivel de 70 en puntuaciones T. El perfeccionismo, el orden, la responsabilidad, la autocrítica excesiva y la preocupación por problemas insignificantes se citan como característicos de personas con estos resultados (216). Seguramente no debe ser ajena a esa diferencia la mayor indecisión, rigidez, inseguridad, sentimientos de culpa e incluso obsesiones y/o compulsiones que suelen encontrarse en estos pacientes.

11. EJE V.- El máximo nivel de adaptación social, laboral y recreativa (ocio) alcanzado durante el pasado año es significativamente distinto entre los trastornos esquizofreniformes y los trastornos esquizofrénicos. En los primeros se sitúa entre el nivel "bueno" (valor numérico: 3) y el "medio" (valor numérico: 4), mientras que en los segundos lo hace entre el nivel "medio" (valor numérico: 4) y el "mediocre" (valor numérico: 5) indicando una peor capacidad de adaptación en este grupo.

Hay que hacer notar que el nivel previo se refiere al episodio actual, ya sea éste simple exacerbación de un proceso crónico o brote episódico dentro de una evolución intermitente. Las dificultades prácticas, en cuanto a recolección de datos, hubieran hecho imposible remontarnos al nivel premórbido en aquellos pacientes de evoluciones muy prolongadas. De ahí que pueda pensarse que la diferencia encontrada entre ambos grupos se deba a la heterogeneidad de los mismos: el de los pacientes esquizofreniformes, vírgenes de antecedentes psicóticos, y el de los pacientes esquizofrénicos con manifestaciones psicóticas previas que pueden lastrar la adaptabilidad del sujeto.

12. EFFECTOS SECUNDARIOS.- Los enfermos con diagnóstico de trastorno esquizofreniforme presentan una mayor frecuencia, significativa a nivel estadístico, de efectos secundarios que los pacientes con diagnósticos de trastornos esquizofrénicos. Respecto a la interpretación de este dato conviene tener en cuenta que:

- 19) No hay diferencias significativas respecto al número de fármacos/paciente recibido por cada grupo.
- 20) No hay diferencias significativas entre ambos grupos respecto a los tipos distintos de fármacos administrados.
- 30) No hay diferencias significativas respecto a las dosis de neurolepticos o antidepresivos ingeridas por los pacientes de cada grupo.
- 40) No hay diferencias significativas respecto a la vía de administración de los fármacos entre ambos grupos.
- 50) No hay diferencias significativas entre ambos grupos respecto al cumplimiento del tratamiento.
- 60) Sí hay diferencias respecto a tratamientos anteriores: así, mientras en el grupo "trastorno esquizofreniforme" solo un paciente llevaba tratamiento en el momento del ingreso, en el grupo "trastorno esquizofrénico" quince enfermos recibían tratamiento (con un total de 28 fármacos). Estos últimos manifiestan menos efectos secundarios que los enfermos esquizofreniformes y que los enfermos esquizofrénicos sin tratamiento anterior (ver cuadro adjunto) lo que permite sostener que los efectos secundarios aparecen con mayor frecuencia e intensidad cuanto más próximo está el inicio del tratamiento, es decir son función de la duración del mismo.

| | Esquizofrénicos | Esquizofreniformes | Total |
|--------------------------|-----------------|--------------------|-------|
| Con tratamiento anterior | 15 | 1 | 16 |
| Sin tratamiento anterior | 19 | 9 | 28 |
| Total | 34 | 10 | 44 |

$\chi^2 = 2.55$; g.l.:1; significación: $p \leq 0.05$; Min E.F.:3.63; cells with E.F. < 5: 1 de 4(25%)

13. RESPUESTA AL TRATAMIENTO.- La variable "respuesta al tratamiento" se ha valorado a lo largo del curso de la enfermedad observado (6 meses) en dos ocasiones: 1º) Al cabo de un mes, aproximadamente (grupo esquizofrénico, media = 34.02 días; SD=5.18. Grupo esquizofreniforme, media = 31.60, SD =8.14. Diferencia de medias no significativa). 2º) A los seis meses, momento en que cesaba el seguimiento del paciente en lo que atañe a este estudio.

La primera valoración es la que aquí nos interesa con el fin de comprobar si varía la respuesta a la terapéutica utilizada durante el primer mes. La segunda valoración, a los seis meses, no tiene interés ya que, por definición, los trastornos esquizofreniformes obtendrán mejor respuesta al tratamiento que los trastornos esquizofrénicos, en virtud de la duración que se exige para el diagnóstico de uno y otro. De no estar remitido totalmente el trastorno psicótico a los seis meses pasa a exhibir el rótulo de trastorno esquizofrénico con lo que, sistemáticamente, obtendremos el 100% de casos en remisión completa para los trastornos esquizofreniformes y una cifra mucho menor para los esquizofrénicos. Los casos de ambos grupos han sido fundidos en solo dos categorías: "Remisión" que

comprende a los pacientes con una recuperación total o parcial y "No remisión" que agrupa las restantes categorías definidas en el Glosario, es decir "Remisión sintomática", "Igual" y "Empeoramiento".

Como puede apreciarse en el cuadro correspondiente (Comp. F) existe una respuesta al tratamiento significativamente mejor para el grupo esquizofreniforme que el primer mes obtiene 80% de "Remisiones" (Remisión total+Remisión parcial) frente al 41% de las mismas en el grupo esquizofrénico. Esta reacción diferencial frente a las mismas terapéuticas, pues no hay diferencias significativas respecto a número, tipo o dosis de fármacos utilizados en ambos grupos, mueve a pensar que el trastorno esquizofreniforme es de naturaleza distinta a los trastornos esquizofrénicos, o cuando menos, se comporta como un proceso más benigno.

14. PUNTUACION B.P.R.S. 1ª REVISIÓN.- Confirma lo señalado en el apartado anterior para la variable "respuesta al tratamiento". La diferencia entre las medias del B.P.R.S. a la primera revisión, resulta significativa siendo menor en el grupo esquizofreniforme que en el grupo esquizofrénico. De hecho la puntuación alcanza un nivel notablemente bajo (9'22 + 5'78), perfectamente compatible con la valoración cualitativa de remisión (remisión total + remisión parcial) realizada en el párrafo precedente.

Analizando la evolución sufrida por las puntuaciones B.P.R.S. intra-grupos (esquizofrénicos y esquizofreniformes) se observa como en cada uno de ellos se produce un marcado descenso desde la evaluación inicial a la realizada en la primera revisión (aproximadamente al cabo de un mes) hasta el punto de resultar la diferencia significativa a nivel estadís-

tico. Lo cual, según las puntuaciones B.P.R.S. supondría que tanto en los pacientes esquizofreniformes como en los esquizofrénicos se produce una mejoría clínica apreciable durante el primer mes de tratamiento, siendo esta mejoría más ostensible entre los enfermos diagnosticados de trastorno esquizofreniforme.

15. DURACION DEL INGRESO.- La duración de la estancia hospitalaria, medida en días, es significativamente menor en el grupo esquizofreniforme que en el grupo esquizofrénico. La diferencia es muy marcada (22'37 días vs 55'15 días) siendo más del doble el tiempo que permanecen ingresados los enfermos con trastornos esquizofrénicos.

Este dato puede entenderse como un signo indirecto de la distinta gravedad de uno y otro padecimiento y en este sentido refuerza la interpretación hecha al hablar de la respuesta al tratamiento acerca de la menor gravedad del trastorno esquizofreniforme en comparación al esquizofrénico.

ANÁLISIS DE FUNCIÓN DISCRIMINANTE

El análisis de función discriminante, introducido por R.A. Fischer en 1936, designa, en la práctica, toda una serie de métodos, a la vez descriptivos y decisionales, destinados a estudiar una población compuesta por varias clases conocidas de antemano. Cada individuo viene caracterizado por una variable cualitativa que le adscribe a una u otra clase preexistente así como por un cierto número de variables cuantitativas: p.e.

sobre una población compuesta por n individuos, primero se divide la misma en dos clases en función de una variable cualitativa (en nuestro caso trastorno esquizofreniforme/trastorno esquizofrénico); a continuación en los sujetos de ambas clases se miden x variables cuantitativas. El análisis discriminante, en su etapa descriptiva, va a consistir en obtener entre las x variables cuantitativas un número reducido de las mismas que exprese mejor la separación entre las clases. Dicho en otras palabras se desea poner en evidencia el poder discriminante de las variables estudiadas. El análisis discriminante prevee el medio de encontrar la función lineal de un conjunto de variables que discrimine máximamente entre dos poblaciones.

En la etapa siguiente, la decisional, conociendo las variables que mejor discriminan las dos clases será posible adscribir un individuo nuevo a una u otra de las dos clases (187).

El análisis discriminante puede ser usado, entre otros fines, para poner a prueba clasificaciones preexistentes, para rediagnosticar pacientes mal clasificados o bien para estudiar las diferencias entre dos grupos diagnosticadores (182).

Para el presente análisis discriminante se han utilizado aquellas variables que establecían diferencias significativas entre los trastornos esquizofrénicos y esquizofreniformes en el análisis de correspondencias de las tablas de contingencia mediante la métrica del chi cuadrado (χ^2). Recordemos que estas variables eran:

- Emigración
- Atención espontánea
- Aplanamiento afectivo
- Delirio primario
- Temple delirante
- Ideas de suicidio
- Sueño
- M.M.P.I-D
- M.M.P.I.-PT
- Eje V.D.S.M. III
- Efectos secundarios
- Respuesta al tratamiento
- B.P.R.S. (puntuación en la 1ª revisión)
- Duración del ingreso
- Años de evolución. Esta variable, aunque diferencia de forma significativa a ambas poblaciones en estudio no fué introducida por su estrecha relación con el criterio definidor de la diferencia trastorno esquizofrénico-trastorno esquizofreniforme.

En una primera etapa no han podido utilizarse aquellas variables que no han recibido puntuación en la H.C.C. de alguno de los pacientes. De esta forma han quedado al margen:

- Atención
- Delirio primario
- Temple delirante

- M.M.P.I-D
- M.M.P.I-PT
- Duración del ingreso
- Sueño

Con las restantes se ha debido determinar la mejor combinación del menor número de variables capaz de distinguir al trastorno esquizofrénico del trastorno esquizofreniforme.

De esta forma se ha obtenido una función discriminante útil definida mediante las variables:

- 1) Emigración
- 2) Eje V
- 3) Efectos secundarios
- 4) B.P.R.S. (puntuación en la 1ª revisión)

que clasifica adecuadamente al 100% de la población estudiada.

Introduciendo, posteriormente, las variables marginadas al principio:

- Atención
- Delirio primario
- Temple delirante
- M.M.P.I-D
- M.M.P.I-PT
- Duración del ingreso
- Sueño

Se obtiene una segunda función discriminante útil con la variable M.M.P.I-PT en lugar de la variable Eje V definida por:

- Emigración
- M.M.P.I-PT
- Efectos secundarios
- B.P.R.S. (puntuación en la 1ª revisión)

También con esta función discriminante pueden clasificarse adecuadamente todos los casos de la muestra. Consideramos de mayor utilidad la segunda función discriminante que la primera por la superioridad de la variable M.M.P.I-PT sobre la variable Eje V (véanse las consideraciones hechas al discutir esta variable).

Pasando a la fase decisional del análisis discriminante podría predecirse que ante un paciente con síndrome esquizofrénico que plantea un diagnóstico diferencial entre trastorno esquizofrénico y trastorno esquizofreniforme (es decir, que provisionalmente es diagnosticado de trastorno esquizofreniforme) nos veremos obligados a adscribirlo a uno u otro grupo si el valor de la función discriminante es mayor o menor que el valor frontera entre las dos clases (media de los centroides de los grupos: 1'078). Cuando sea menor de 1'078 se tratará de un trastorno esquizofrénico; cuando sea mayor de 1'078 de un trastorno esquizofreniforme.

CONCLUSIONES

- 1) Se confirma la utilidad, ya demostrada en estudios anteriores, que una historia clínica informatizada puede tener para la investigación psiquiátrica al ser capaz de recoger y tratar mediante ordenador múltiples datos anamnésticos, clínicos, paraclínicos, de curso y tratamiento.
- 2) La aplicación de la historia clínica computarizable (H.C.C.) "Sant Pau" al estudio clínico descriptivo de los trastornos esquizofrénicos y esquizofreniformes del D.S.M III, en un intento de replicar los criterios que han servido para llegar al diagnóstico de estos trastornos, especialmente los A y F del trastorno esquizofrénico, demuestra:
 - a) Los síntomas del criterio A de trastorno esquizofrénico del D.S.M III aparecen en nuestra muestra con una frecuencia relativamente baja, inferior al 50%, si exceptuamos las ideas delirantes de referencia. Solo teniendo en cuenta su alta especificidad, rayando lo patognómico, condición que se les puede otorgar en ausencia de un diagnóstico de psicosis orgánica o psicosis afectiva, se comprende que tomen un valor tan decisivo a la hora de diagnosticar el trastorno.
 - b) Por contra, una serie de síntomas aparecen con mayor frecuencia en la muestra estudiada: entre el 50% y el 75% de los pacientes los presentan. Son estos:
 - Interpretaciones delirantes
 - Ausencia de conciencia de enfermedad

- Deterioro de la concentración
- Conducta extravagante
- Aplanamiento afectivo
- Convicción delirante intensa

c) En virtud de los síntomas anteriores se propone la posibilidad, complementaria a los criterios D.S.M III, de diagnosticar trastorno esquizofrénico-esquizofreniforme mediante la presencia de dos de esos seis síntomas. La aplicación de tales criterios a la muestra en estudio demuestra que un 92'4% de pacientes los presentan, restando un 7'6% de falsos negativos.

3) En el estudio comparativo trastorno esquizofrénico-trastorno esquizofreniforme utilizando las tablas de contingencia y la prueba chi-cuadrado se obtienen quince variables, de las estudiadas por la H.C.C.-"Sant Pau", que discriminan significativamente, a ambas poblaciones. Esas quince variables son las siguientes:

- Emigración del paciente
- Atención espontánea
- Aplanamiento afectivo
- Delirio primario
- Temple delirante
- Ideas de suicidio
- Sueño
- Años de evolución de la enfermedad
- M.M.P. I-D

- M.M.P.I-PT
- Eje V del diagnóstico D.S.M III
- Efectos secundarios
- Respuesta al tratamiento
- Puntuación B.P.R.S en la 1ª revisión
- Duración del ingreso

(Como puede apreciarse las cuatro últimas variables no son de carácter estrictamente clínico sino que entran dentro del apartado "respuesta al tratamiento").

Se confirma, pues, la hipótesis de partida respecto a la existencia de diferencias clínicas entre el trastorno esquizofreniforme y el trastorno esquizofrénico además de la propuesta por el D.S.M III, (duración del trastorno).

4) Utilizando las variables enumeradas anteriormente, que diferencian significativamente a los trastornos esquizofrénicos de los esquizofreniformes, se ha obtenido una función discriminante que engloba a cuatro variables: emigración del paciente, M.M.P.I-PT, efectos secundarios y respuesta al tratamiento medida por la puntuación B.P.R.S. Esta función discriminante cataloga de forma adecuada al 100% de pacientes estudiados. Se puede, pues, diferenciar, de acuerdo con la misma, el diagnóstico de trastorno esquizofrénico del de trastorno esquizofreniforme, siempre que haya transcurrido un mes de evolución.

A P E N D I C E

NOTA RESPECTO A LA BIBLIOGRAFIA REFERENTE AL TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME.

En torno a este tema destaca la escasa bibliografía existente en las revistas de la especialidad. Así una revisión del Index Medicus desde enero de 1981, fecha en la que se inicia la aparición del término "Schizophreniform Disorder", que sistemáticamente remite a "Psychotic Disorders", a septiembre de 1985 da el siguiente balance:

- 1981: Ninguna referencia.
- 1982: Tres referencias, dos de ellas cartas al director ("letter"). La restante es un artículo clínico de pleno interés para el tema que aquí se trata (referencia nº 67 de la bibliografía).
- 1983: Catorce referencias, una de ellas carta al director. Cuatro sobre estudios biológicos, tres sobre tratamiento y las seis restantes clínicas, aunque sólo una de ellas tenga estricta relación con el tema en estudio (referencia nº 92 de la bibliografía).
- 1984: Diez referencias, una de ellas carta al director. Dos versan sobre aspectos biológicos y las siete restantes sobre aspectos clínicos. (Especialmente relacionadas con el tema: referencias 89, 307 de la bibliografía).
- 1985: Dos referencias, ambas sobre estudios clínicos, no estrechamente relacionados con el que se estudia en este trabajo.

En total 29 referencias en 5 años con un máximo en 1983 y tendencia decreciente desde entonces. Resumiendo, la literatura sobre el tema no parece abundante ni, la que hay, muy relacionada con nuestro estudio.

Otra revisión semejante llevada a cabo en la Excerpta Medica nos proporciona los siguientes datos:

- 1981: Una referencia.
- 1982: Ninguna referencia.
- 1983: Ninguna referencia.
- 1984: Cinco referencias, dos sobre estudios biológicos y tres sobre estudios clínicos
- 1985: Ninguna referencia (hasta el vol. 52, nº 9).

Es decir, en total seis referencias (ya recogidas por el Index Medicus), número aún menor que el ofrecido por la revisión anterior lo que contribuye a ratificar el juicio que antes se exponía acerca del limitado número de publicaciones sobre el tema.

APENDICE

H.C.C. "SANT PAU"

GLOSARIO

DE TERMINOS UTILIZADOS Y CODIGOS COMPLEMENTARIOS

GLÓ S A R I O

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINOS</u> |
|-------------|---|
| 16, 17 | <u>Adaptación (a la emigración).</u> - Se valorarán las muestras evidentes de no integración como "no adaptación" p.e. quiere volver a su tierra; no le va el carácter de los de aquí; no se encuentra a gusto en este ambiente... |
| 20, 21, 22 | <u>Trabajador industrial.</u> - Asalariado que ocupa puestos no directivos en cualquier industria (empresa destinada a la producción o transformación de bienes), p.e. obrero con ó sin cualificación, albañil, capataz, etc. |
| 20, 21, 22 | <u>Trabajador servicios.</u> - Asalariado que ocupa puestos no directivos en cualquier empresa de servicios, p.e. administrativo de banca, cobrador de transportes, agente de seguros, auxiliar de clínica, etc. |
| 20, 21, 22 | <u>Profesión liberal, técnica ó asimilados.</u> - Incluye a profesionales ya sea con ejercicio libre ó asalariados, técnicos (en las mismas circunstancias) y directivos, p.e. ingeniero de empresa pública, enfermera, empresario, pequeño propietario, etc. |

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|--|
| 23, 24, 25 | <u>Subempleo</u> .- Situación laboral en la que el empleo, fijo ó eventual, se realiza durante pocas horas al día y sin expectativas de continuidad asegurada. El vínculo legal suele no existir, la ocupación es de tipo marginal ó de baja cualificación y los ingresos bajos, p.e. venta ambulante, trabajo en casa por encargo, mendicidad, etc. |
| 24, 25 | <u>Código</u> .- En caso de fallecimiento del padre ó del cónyuge responder NP (14) para éstos items. |
| 32 | <u>Aceptación de la consulta</u> .- Asunción por parte del paciente de la necesidad de la visita. |
| 33, 40 | <u>Motivo de la consulta</u> .- Se considerarán como tales: 1) los que consten en la nota del médico que, eventualmente, mande al paciente a la consulta; 2) Los que el paciente aduzca espontáneamente; 3) Los que el entrevistador deduzca de la contestación del paciente a su pregunta "¿Cuál es el motivo de su visita?". En caso de existir datos de tipo 1) y 2) no es preciso recurrir a 3). Se harán constar acriticamente, aunque el investigador tenga fundadas bases para no creer en su presencia. Siempre que los datos 1) y 2) no caigan directamente en alguno de los motivos de consulta, el entrevistador intentará reformularlos para su ubicación en dichos motivos. |

ITEMTERMINO

Depresión: Incluye, además, todos los términos relacionados tales como tristeza, llanto, falta de interés, pérdida de ilusión, decaimiento, etc.

Ansiedad: Se incluirán, bajo este motivo de consulta, los síntomas motores, autonómicos y psíquicos de la ansiedad.

33, 40

Somatizaciones: Incluye todas las referencias somáticas sin base orgánica que no aparezcan como meros concomitantes psicofisiológicos de la ansiedad.

Síntomas psicóticos: Bajo este motivo de consulta se incluyen las ideas delirantes, alucinaciones, trastornos del curso de pensamiento, conducta extravagante, agitación delirante, sintomatología residual, y en general cualquiera de los síntomas que se describen en las psicosis funcionales.

Otros motivos: p.e. fobias, obsesiones, hipocondría, trastornos de conciencia de origen orgánico...

50, 53, 96, 124,
127, 130, 133,
136, 139, 401,
410, 740, 741

Causa de la muerte del padre.- Escribir la causa en la línea de puntos y codificar según ICD-9, si procede. Lo mismo cabe decir respecto a los restantes apartados con el enunciado "causa de la muerte" o con el de "diagnóstico".

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|--|
| 58, 93 | <u>Problemas de convivencia entre los padres.</u> - Las respuestas a éste ítem constituyen una gradación que va de ausencia de conflictiva a ruptura conyugal. El grado menor es "conflictos esporádicos" p.e. desavenencias matrimoniales por incompatibilidad con la familia del cónyuge; un grado mayor constituyen "conflictos frecuentes" p.e. ambiente familiar de ciertos alcohólicos (violencia verbal y/o física, amenazas); en el "distanciamiento" cada cónyuge lleva una vida autónoma manteniendo una convivencia aparente. En la separación no hay, ya, convivencia. |
| 143 | <u>Embarazo extraconyugal.</u> - Paciente fruto de una relación extra o pre-conyugal en un ambiente cultural que impele a la sanción matrimonial. |
| 150 | <u>Bajo peso para la edad de gestación.</u> - Se marcará "sí" sólo cuando se pueda constatar con datos fidedignos que el peso es menor al que las tablas pediátricas indican para la edad del recién nacido. |
| 151 | <u>Lactancia materna.</u> - Se considerará como tal la lactancia natural exclusiva mantenida durante un plazo igual o superior a los 3 meses. |
| 153 | <u>Retraso lenguaje.</u> - Se considerará tal cuando la familia se haya preocupado, en su momento, por tal problema buscando |

ITEM

TERMINO

consulta médica o haya apreciado una neta diferencia respecto a hermanos u otros niños.

159

Escolaridad: Escuela Estatal.- Si hay escolaridad en la vida adulta anotarlo en "escuela estatal".

165

Cambios de escuela.- No anotar los que se derivan del progresivo desarrollo de la escolarización. Anotar tan sólo cambios debidos a inadaptación, traslado de familia, etc.

167

Adaptación (a la escuela).- Se considerará insatisfactoria cuando así sea señalado por el paciente o por los familiares, a través de datos pertinentes p.e. avisos de los maestros sobre dificultades de adaptación, repetidas peticiones por parte del sujeto a los padres para cambiar de escuela, etc.

168

Asistencia irregular a la escuela por: Faltas frecuentes, por encima de lo habitual en su medio escolar, que provoquen dificultades en la escolarización.

169

Conocimientos adquiridos.- Se refieren al nivel escolar alcanzado.

170

Analfabeto: No lee ni escribe, puede firmar y deletrear.

Conocimientos elementales: Lectura, escritura, 4 reglas.

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|---|
| | Estudios primarios: Certificado de estudios primarios o nivel similar. |
| | Bachiller elemental o comercio: Se considera equivalente graduado escolar. |
| | Bachiller superior = BUP. |
| | Estudios técnicos y universitarios: No es preciso un título en éstos estudios para marcar el ítem; basta con haberlos iniciado. |
| 170, 171 | <p><u>Relaciones interpersonales en la infancia.-</u> Se utilizará como fuente de información tanto al paciente como a la familia, si la hay. En caso de contradicción, el entrevistador juzgará según los datos que posea, inclinándose por NS a la más mínima duda. Se anotará el ítem correspondiente siempre que haya un sólo progenitor (o hermano) con quien se tuviera tal relación.</p> |
| | <p>Satisfactorias: Siempre que así sea explicitado por los sujetos o bien informen acerca de relaciones no conflictivas, ausencia de temor y de agresividad en la relación... p.e. "me llevaba bien con mis padres, aunque a veces me pegaran, sobre todo mi padre".</p> |

ITEMTERMINO

Difíciles: El sujeto las recuerda como insatisfactorias por la existencia de conflictos, severidad excesiva u otras circunstancias; o bien se recoge información de ese tipo de fuentes familiares. Un ejemplo de este apartado lo constituiría las violencias ocasionales por parte de un progenitor alcohólico, del que, por otra parte, se conserva una imagen afectiva positiva.

Sobreprotección: El paciente y/o la familia aportan datos sobre unas relaciones paternofiliales (o fraternas) que inhibían la autonomía que progresivamente va alcanzando cualquier niño, p.e. no le dejaban practicar los deportes que sus compañeros ejercitaban porque podía lastimarse; seguían acompañándole a la escuela a una edad en la que no suele hacerse; conservaba hábitos alimentarios propios de una edad inferior, etc.

Distanciamiento: Relaciones con los padres o hermanos escasas ya fuera en frecuencia o en intensidad p.e. veía muy poco a su padre desde que sus progenitores se separaron; su madre era una persona fría, nunca le besaba, rechazaba sus caricias.

30, 171

Hostilidad: Existió franca agresividad por parte de uno de los progenitores o hermanos, p.e. malos tratos físicos, palizas, críticas y desprecio constantes hasta verbalizar el rechazo ("mejor que no hubieras nacido").

ITEMTERMINO

Celos: Sólo se anotarán si eran tan exagerados que llamaban la atención del ambiente familiar y/o el paciente los recuerda con ese carácter.

173

Rasgos de carácter anómalos en la infancia.- Se utilizarán como referencia teórica los conceptos aplicables al apartado "Rasgos de personalidad premórbidos". Los apartados de éste ítem sólo se marcarán cuando haya datos claros al respecto. En caso de duda se señalará 3 (NS). Así p.e. "de pequeño tenía mucho a la oscuridad; tenía que dormir con la luz encendida todavía cuando dejó de ir al colegio" se anotará como "fóbico". "... era muy ordenado; prefería jugar solo (sin precisar en que época de la infancia, ni si éste fue un rasgo continuo o pasajero) aunque tenía varios amigos..." se anotará como 1 (No rasgos anómalos) a falta de mayor información.

Dada la inconsistencia de los datos que respecto a éste ítem se aportan se considera preferible un criterio restrictivo.

184

Tensión premenstrual.- Para ser considerada como tal no bastan sólo los síntomas somáticos del cuadro; debe de estar presente al menos un síntoma psíquico (ansiedad, depresión o irritabilidad).

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|---|
| 187 | <u>Experiencias sexuales traumáticas en la infancia.</u> - Se considerará como tal cualquier experiencia sexual en la infancia en la que haya mediado violencia física o intimidación, abuso de autoridad o cualquier forma de coacción o, en ausencia de éstas características, si el paciente la recuerda como un impacto emocional negativo. De no ser los datos concluyentes marcar 3 (NS). |
| 192, 250 | <u>Rasgos de personalidad premórbidos.</u> - Se han seguido los criterios del DSM-III para los trastornos de personalidad, habiéndose añadido: |
| 250 | <u>Rasgos de personalidad premórbidos ansiosos.</u> - Incluyen: Preocupación por nimiedades (251) y expectación aprehensiva (252). |
| 253 | <u>Rasgos de personalidad premórbidos hipocondríacos.</u> - Es decir preocupación excesiva por la salud (254). |
| 255 | <u>Rasgos de personalidad premórbidos ciclotímicos.</u> - Incluye: rasgos habitualmente hipomaniacos (256) tales como estado de ánimo elevado, locuacidad, jocosidad, expansividad, sociabilidad aumentada y otros similares y variaciones bipolares estacionales subclínicas (257). |

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|---|
| 260 | <u>Cambios frecuentes de empleo.</u> - El paciente ha cambiado de empleo con una frecuencia mayor de 1 vez cada dos años. |
| 265 | <u>Bajas laborales frecuentes.</u> - El paciente ha causado baja más de tres meses al año o más de tres periodos de baja de 15 días cada uno en un año. El dato se refiere a toda la historia laboral. |
| 274, 281 | <u>Hábitos toxicofílicos en el pasado.</u> - Se utilizan los criterios de abuso y dependencia del DSM-III. |
| 262, 283 | <u>Minusvalía.</u> - Limitación física o sensorial, congénita (p.e. luxación congénita de cadera) o adquirida (p.e. secuelas postraumáticas: ceguera, amputación de mama) que convierten al paciente en "disminuido" o "tarado" socialmente ("minusválido"). Puede ser: Intensa: Cuando impide la escolarización o una vida laboral normal. Moderada: Cuando dificulta la escolaridad o la vida laboral. Leve: Resulta compatible con la escolaridad y con la vida laboral. |

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|--|
| 291 | <u>Diagnóstico de orientación.</u> - Si se recogen datos valorables como psicopatológicos pero se duda en que apartado situarlos, o son confusos, marcar 08 (otros). |
| 293 | <u>Tratamiento efectuado: Psicoterapia.</u> - Se considerarán en éste apartado todos los tratamientos psicológicos, verbales o conductuales, que se hayan aplicado durante un tiempo suficiente para poder valorar su efecto sobre el trastorno. |
| 298 | <u>Tratamiento efectuado: Otros.</u> - Incluir en este apartado a los hipnóticos aunque sean BDZ |
| | <u>Resultado del tratamiento.</u> - Se valorará la remisión sintomática como equivalente a mejoría y la remisión total como equivalente a curación del episodio. |
| 301 | <u>Comienzo.</u> - Puede ser: |
| | Brusco: Súbito, rápido, agudo. En menos de un mes se instaura el cuadro. |
| | Gradual: Lento, insidioso, solapado. El cuadro, objeto de asistencia, ha tardado en desarrollarse más de un mes. |
| 309 | <u>Conducta extravagante.</u> - Actos de conducta de apariencia absurda que extrañan a los demás p.e. debe salir a medianoche a predicar la buena nueva porque es un "enviado"; duerme con |

ITEMTERMINO

el colchón en el suelo al lado de la cama, sin dar ninguna explicación al respecto. Este apartado incluye los trastornos de conducta de origen delirante.

310

Conducta desorientada.- A través de la información recogida se evidencia la pérdida de orientación respecto a lugar, tiempo o personas p.e. se ha perdido alguna vez en la calle; confunde las habitaciones, se levanta e intenta vestirse a medianoche como si fuera ya de día; dice ser otra persona; no reconoce a los familiares. Incluye la conducta desorientada de origen delirante; también se anotará como tal aunque se sospeche psicogenia o simulación.

311

Conducta aislada.- Sociabilidad notablemente disminuida p.e. ha dejado de frecuentar a los amigos y en casa apenas habla. Se puede establecer la siguiente gradación: 1) Ensimismado, ausente; 2) Solitario, sin relaciones sociales; 3) No sale de casa; 4) No habla; 5) No sale de la habitación; 6) Permanece inmóvil.

312

Conducta autoagresiva.- Conducta caracterizada por daño autoinfligido voluntariamente con o sin finalidad autolesiva.

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|--|
| 313 | <u>Conducta hipersociable.</u> - Sociabilidad aumentada, necesidad de estar constantemente acompañado asociada a aumento de la comunicación verbal. |
| 314 | <u>Conducta heteroagresiva.</u> - Daño producido voluntariamente a otras personas, animales u objetos. Puede tratarse de agresividad física o verbal; en cualquier caso constituye un rasgo prominente y persistente en la conducta reciente del sujeto. |
| 315 | <u>Conducta deteriorada.</u> - Pérdida de capacidades intelectuales, prácticas o sociales, o bien comportamiento de calidad inferior al que el paciente presentaba antes de enfermar, p.e. falta de aseo y cuidado personal en un paciente que se dedica a coleccionar botellas vacías, tras haber padecido un episodio esquizofrénico. Incluye cualquier conducta deteriorada, independientemente de su origen orgánico o funcional, como ocurre para la conducta desorientada. |
| 316 | <u>Conducta toxicofílica.</u> - Aparición en relación con la enfermedad actual de una conducta de uso, abuso o dependencia de tóxicos. |

- | <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|---|
| 318 | <p><u>Intento de suicidio.</u>- Daño autoinfligido con objeto de terminar con la vida que no alcanza su finalidad por diversas circunstancias p.e. nada más ingerir 15 comprimidos de Valium con fines autolíticos, telefona a su pareja y ésta descubre el hecho.</p> |
| 319 | <p><u>Suicidio frustrado.</u>- Daño autoinfligido con objeto de terminar con la vida que no alcanza su finalidad por circunstancias fortuitas, p.e. se tira al tren sufriendo la amputación de ambas piernas, pero sobrevive.</p> |
| 321 | <p><u>Gravedad somática del intento.</u>-</p> <p>Leve: El intento motiva asistencia médica de primeros auxilios.</p> <p>Moderada: El intento motiva el ingreso en servicio de urgencias menos de 24 horas.</p> <p>Grave: El intento motiva el ingreso en el servicio de urgencias por más de 24 horas o en una U.C.I.</p> |
| 322 | <p><u>Intencionalidad letal.</u>-</p> <p>Leve: Deseo de muerte mínimo o dudoso como puede deducirse de la conducta y exploración del paciente p.e. duda que haya hecho bien en tomarse 7 comprimidos de Tranxilium por haberse peleado con su amante; una vez ingeridos él mismo ha solicitado atención médica.</p> |

ITEMTERMINO

Moderada: Entre leve e intensa. Deseo de muerte presente pero difícilmente se convertirá en una conducta que amenace la vida del paciente, p.e. sección de venas, tras pérdidas continuas en el juego, realizada impulsivamente, permitiendo que los demás se aperciban rápidamente y lo atiendan.

Grave: Existe un intenso y real deseo de muerte, p.e. enfermo que ha ingerido 150 comprimidos de Optalidón; ha sido descubierto casualmente; había dejado una carta al juez. Enfermo que niega intenciones autolesivas, pero que se ha precipitado desde un 6º piso.

128

Dependencia psíquica.- Apetencia, búsqueda del tóxico; incapacidad de prescindir del mismo.

129

Dependencia física.- La retirada del tóxico origina síntomas somáticos, p.e. temblor, inquietud, insomnio.

130

Cuadros de abstinencia.- La retirada del tóxico origina un cuadro clínico definido, p.e. delirium tremens.

131

Sígnos de impregnación física.- El consumo habitual del tóxico da lugar a síntomas somáticos, p.e. náuseas matutinas, diarrea y temblor por el etanol.

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|--|
| 332 | <u>Complicaciones somáticas.</u> - El consumo habitual del tóxico da lugar a cuadros clínicos definidos, p.e. hepatitis alcohólica, perforación del tabique nasal por cocaína. |
| 339 | <u>Apetito.</u> - Se establece una gradación cuantitativa por hiper (hiperorexia, bulimia) y por hipo (inapetencia, anorexia). El rechazo de alimentación, o sitiofobia, se considera un trastorno cualitativo. |
| 340 | <u>Peso.</u> - Pérdida leve: Menos de 5 Kgrs. desde el inicio de la enfermedad actual. Pérdida moderada: De 5 a 10 Kgrs. desde el inicio de la enfermedad. Pérdida intensa: Más de 10 Kgrs. desde el inicio de la enfermedad. |
| 350 | <u>Apragmatismo sexual.</u> - Pérdida de interés y ausencia total de cualquier práctica sexual. |
| 353 | <u>Parafilias.</u> - Se señalarán sólo si aparecen como síntoma de la enfermedad actual. |
| 354, 355 | <u>Control de esfínteres alterado:</u> Incluye sólo los trastornos no orgánicos: enuresis, gatismo. |

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|--|
| 365 | <u>Estado de ánimo.</u> - Marcar sólo el predominante. |
| 386 | <u>Ideas suicidas.</u> - Se recogerán sólo las expresadas por el paciente, no las que puedan obtenerse por inferencia. |
| 393, 394 | <u>Deterioro roles.</u> - Moderado: El paciente es incapaz de asumir plenamente su papel habitual en la familia o en el trabajo, p.e. va a trabajar pero no puede seguir su ritmo anterior y algunos días abandona el trabajo sin más explicación; una ama de casa que a duras penas puede atender a su hijo de 1 año, descuida totalmente el resto de quehaceres domésticos. |
| 393, 394 | Intenso: Incapacidad total para asumir ambos roles, p.e. abandono del trabajo y automarginación autística en la familia. |
| 395 | <u>Factores ambientales causales.</u> - Se marcará "si" cuando exista una clara relación determinante entre factores ambientales y aparición del cuadro clínico p.e. no puede hablar desde que le comunicaron el despido; presenta un cuadro depresivo desde la muerte del cónyuge. |
| 396, 398 | <u>Actitud.</u> - Se aplican los criterios D.S.M. III definidos en los trastornos respectivos (de conversión, ficticios y simulación). |

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|---|
| 399, 400 | <p><u>Actitud y conducta de la familia.-</u> Negación parcial: Algunos aspectos de la enfermedad son aislados de la misma y atribuidos a la mala voluntad del paciente, p.e. no estudia porque se ha vuelto un vago, aunque aceptan que "además" está enfermo.</p> |
| 401, 410 | <p><u>Otras enfermedades actuales.-</u> Sólo se considerarán aquellas de etiología orgánica demostrada que, además, requieran tratamiento activo, p.e. se excluyen hernia moderada de hiato, gastritis, angor hemodinámico.</p> |
| 411, 415 | <p><u>Tratamiento en curso.-</u> Codificar de acuerdo con los códigos para tratamiento del apartado "Curso y Tratamiento".</p> |
| 416, 418 | <p><u>Efectos secundarios.-</u> Codificar de acuerdo con el código correspondiente a efectos secundarios de "Curso y Tratamiento".</p> |
| 423 | <p><u>Porte extremado.-</u> Exagerado, amanerado, llamativo.</p> |
| 427 | <p><u>Orientación temporal.-</u> Desorientación intensa: No identifica año, día, mes, día de la semana, día del mes ni hora aproximada. Desorientación moderada: Sólo identifica año y/o mes.</p> |

ITEMTERMINO

Desorientación ligera: No identifica hora ni día del mes.

(Ver cuadro)

| DESORIENTACION TEMPORAL | Intensa | Moderada | Ligera |
|-------------------------|---------|----------|--------|
| Año | - | + ó - * | + |
| Mes | - | + ó - * | + |
| Día semana | - | + ó - | + |
| Día mes | - | - | - |
| Hora | - | - | - |

* Por lo menos tiene que identificar año ó mes.

428

Orientación espacial:

Intensa: Se pierde en los espacios de convivencia habituales, p.e. en su propia casa.

Discreta: Se pierde en espacios poco familiares p.e. a veces no sabe hacia donde ir cuando está en la calle.

429

Orientación alopsíquica:

Incluye falsos reconocimientos.

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|--|
| 432 | <p><u>Atención espontánea:</u></p> <p>Aumentada: Dispersión de la atención, que "salta" de un estímulo a otro sin quedar fijada en ninguno. Se da en la manía, esquizofrenia aguda y en la ansiedad extrema.</p> |
| 432 | <p>Disminuida: O hipoprosexia. Aspecto adormecido, embotado, lentitud en captar cualquier estímulo. Se da en los síndromes orgánicos cerebrales, esquizofrenia crónica.</p> |
| 433 | <p><u>Concentración:</u></p> <p>Se puede explorar mediante diversas pruebas: restas sucesivas (7 de 100); recitar los días de la semana en orden inverso.</p> <p>Alteración intensa: Incapacidad para responder adecuadamente a la prueba.</p> <p>Alteración moderada: Realiza parcialmente la prueba.</p> <p>Alteración ligera: Comete sólo algún error (omite, invierte o equivoca algún día de la semana p.e.) no atribuible a bajo nivel cultural.</p> |

ITEMTERMINO

434

Memoria:

Inmediata: Se explora mediante la prueba de retención de dígitos.

A medida: se explora dando al paciente ciertos datos (p.e. nombre del médico; nombre de objetos) al comienzo de la entrevista y preguntándole luego por ellos (tienen que pasar 3 minutos). También se puede explorar preguntándole que ha tomado en la comida anterior.

Largo plazo hechos recientes: Se explora preguntando al paciente por sus actividades del día anterior o por noticias recientes aparecidas en los últimos días. (1? semanas).

Largo plazo hechos remotos: Se explora preguntando al paciente acerca de su infancia, servicio militar, matrimonio, hijos...

444-3

Inhibición psicomotriz: (Recoge también, la disminución de la iniciativa, de la vida volitiva (abulia)).

447

Ritual: Esterotipia compleja de carácter delirante.

449

Temblores: No se valorará como tal el temblor yatrógeno y el temblor debido a enfermedad no psiquiátrica (las demencias se consideran psiquiátricas).

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|---|
| 450 | <u>Compulsión</u> : Acto motor, de mayor o menor complejidad, que tiene carácter de obligatoriedad y resulta egodistónico para el paciente. Síntoma de neurosis obsesiva. |
| 459 | <u>Facies vultuosa</u> : Congestiva, abotargada, de color rojo morado, con las conjuntivas inyectadas y a veces ictéricas. Propia del etilismo crónico. |
| 463 | <u>Afectividad</u> : <u>Valoración subjetiva</u> . Mediante una escala de estimación subjetiva. Se valorará de 1 a 100 pidiendo al sujeto que se sitúe sobre una línea cuyos extremos sean sus mejores y peores condiciones de humor. |
| 481 | <u>Reviviscencia del trauma afectivo</u> .- Estado de ansiedad propio del trastorno postraumático por stress. |
| 482 | <u>Aplanamiento afectivo</u> : La frialdad representa un grado discreto, mientras el embotamiento es más intenso. |
| 483 | <u>Hostilidad</u> : Representa el grado máximo de la irritabilidad: hosco, pendenciero, agresivo. |
| 505 | <u>Ideas delirantes</u> : Delirio primario: [equivalente a la experiencia delirante primaria de K. Schneider o a las vivencias apofánicas de K. Conrad. |

ITEMTERMINO

520

Intensidad de la convicción delirante:

Intensa: La conducta está determinada por el delirio, p.e. acude a la policía a denunciar a sus perseguidores.

Moderada: Convicción firme que sólo en determinados momentos trasciende a la conducta mediante comportamientos discretos, p.e. de vigilancia.

Leve: Convicción menor, permitiendo la discusión de sus ideas y llegando a aceptar, al menos teóricamente, su crítica.

522

Temple delirante: O humor delirante básico; "Wahnstimmung" de los autores alemanes. Equivale a la fase de tremor de Conrad.

541

Experiencias de pasividad corporal: Son alucinaciones que el enfermo refiere como vivencias de influencia corporal: Le operan, le cambian órganos a distancia.

543

Ideas de suicidio:

Intensas: Presencia continua con grave riesgo de paso al acto.

Moderadas: Frecuentes, no constantes; riesgo relativo de paso al acto.

| <u>ITEM</u> | <u>TERMINO</u> |
|-------------|---|
| | Esporádicas: Aisladas, poco frecuentes; riesgo relativo de paso al acto. |
| 544 | <u>Cogniciones ansiosas</u> : Cada término incluye al anterior (4 a 3 y 2; 3 a 2). |
| 558 | <u>Ideas obsesivas postraumatismo afectivo</u> : Pensamientos iterativos monotemáticos del trastorno postraumático por stress. |
| 568 | <u>Trastorno percepción imagen corporal</u> : Recoge la alteración de la imagen corporal propia de la anorexia nerviosa. |
| 574 | <u>Insight</u> : Capacidad de autocomprensión, de conocimiento emocional de los propios problemas. Item difícil de valorar, más apropiado para pacientes neuróticos susceptibles de tratamiento psicológico. |
| 575 | <u>Actitud del paciente hacia su enfermedad</u> : Hiperpreocupación. Búsqueda de información, de visitas urgentes, de atenciones especiales en proporción notablemente mayor que el promedio de pacientes con la misma enfermedad. |

ITEMTERMINO

Agresividad/Reivindicación. Hostilidad en el trato, demandas al médico, personal sanitario, familia y sociedad en general, desproporcionadas e injustificadas basadas de forma explícita, en la enfermedad que padece. El paciente las presenta como un derecho, prácticamente.

Abandono: Ausencia de interés e indiferencia por la enfermedad, tratamiento, posibilidades de curación.

Esta actitud se plasma en pasividad y falta de colaboración.

575

Rechazo: Oposición franca a admitir la enfermedad y las consecuencias que de ella se derivan: Tratamientos, separación del núcleo familiar, baja en el trabajo. Se asocia a ausencia de conciencia de enfermedad.

606, 607

Obnubilación subjetiva: Sensación de nublamiento, de pesadez mental.

728, 745

Diagnósticos: Revisión a los 6 meses. Se pondrá el diagnóstico que le corresponda en el momento de la revisión, p.e. para el trastorno esquizofreniforme en remisión será "ausencia de diagnóstico en eje I".

Para los ejes IV y V la revisión no procede.

CURSO Y TRATAMIENTO

A.- Fecha: Puede corresponder a:

- 1) La prescripción del tratamiento descrito en la misma línea;
- 2) La de revisión del curso.

B.- Tipo de intervención:

- 1) Visita en sala (paciente ingresado)
- 2) Visita ambulatoria
- 3) Visita urgente en sala
- 4) Visita urgente ambulatoria
- 5) Aplicación de tratamiento
- 6) Otra (p.e. interconsulta)
- 7) NP

D.- Efectos secundarios:

- 1) No 0 puntos
- 2) Leves 1-8, siempre que no puntúe más de 1 en cada ítem.
- 3) Moderados 9-16, siempre que no puntúe más de 2 en cada ítem.
 ≤ 8 , si ha puntuado 2 en algún ítem.
- 4) Intensos 17-24 ó ≤ 17 , si ha obligado a dejar el tratamiento, ó
 ha puntuado 3 en algún ítem.
- 5) NP

| | Aus. | Lev. | Mod. | Int. |
|---|------|------|------|------|
| * Parkinsonismo (temblor, rigidez, expresión facial) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| * Acinesia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| * Discinesia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| * Akatasia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Hipotensión (sistólica < 100mmHg) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Ausencia: \geq 100 mm Hg | | | | |
| Leve: 80-100 mm Hg | | | | |
| Moderada: 60- 80 mm Hg | | | | |
| Intensa: < 60 mm Hg | | | | |
| Taquicardia, alteraciones ECG | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Ausencia: F.C.: \leq 80 | | | | |
| Leve: F.C.: 80-100 | | | | |
| Moderada: F.C.: 100-120 | | | | |
| Intensa: F.C.: > 120 | | | | |
| Hipersedación (somnia, bradipsiquia) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Valorar con ítems 425, 427, 428, 432, 433, 434, 4878. | | | | |
| Otros (p.e. galactorrea, impotencia, dermatofa, estreñimiento) | 0 | 1 | 2 | 3 |

* Tomando como referencia la escala de Símpson para valoración del Síndrome de Parkinson.

E.- Cumplimiento:

- 1.- Sí
- 2.- Parcial
- 3.- Abandono del tratamiento
- 4.- NP

f.- Respuesta al tratamiento:

- 1.- Remisión completa: Desaparición total del cuadro clínico que motivó la asistencia (ausencia de criterios DSM-III) con recuperación plena del nivel de funcionamiento premórbido tanto laboral como familiar y social (retorno al nivel premórbido en el eje V del DSM-III). Equivale a curación del episodio. p.e. fase depresiva, trastorno esquizofreniforme.
- 2.- Remisión incompleta o parcial: Persistencia, atenuada, de parte del cuadro clínico (presencia atenuada de algún síntoma del DSM-III) que motivó la asistencia. Los síntomas que permanecen posibilitan una adaptación moderadamente satisfactoria en los campos laboral, familiar y social. (Eje V del DSM-III, un punto por debajo del nivel premórbido) p.e. estado residual esquizofrénico, sin síntomas productivos, y retorno al trabajo, al rol de ama de casa, con discreta disminución de la sociabilidad; en un enfermo de neurosis obsesiva persiste un ritual de lavado, atenuado, que no interfiere con la vida relacional del paciente.

3.- Remisión sintomática: Persistencia del cuadro clínico con atenuación de algunos síntomas en un grado tal que el diagnóstico sigue siendo el inicial. Hay un deterioro evidente ya sea a nivel laboral, familiar o social, p.e. mitigación del delirio y las alucinaciones en un paciente esquizofrénico en el que persisten los síntomas negativos; aunque ha sido dado de alta no puede volver a trabajar, manteniéndose en un aislamiento relativo, en su casa. Enfermo con trastorno de somatización en quién se han atenuado varias somatizaciones pero que sigue presentando las restantes y se siente incapaz de volver a asumir sus responsabilidades laborales.

4.- Igual: No hay modificaciones apreciables en el cuadro clínico ni en el funcionamiento laboral, familiar y social.

5.- Empeoramiento: Acentuación de los síntomas previos y/o aparición de síntomas nuevos; mayor deterioro laboral, familiar o social.

6.- No procede (NP)

6.- Tipo de cuestionario:

1.- Beck (Cuestionario de depresión de Beck)

2.- HRS-A (Cuestionario de ansiedad de Hamilton)

3.- HRS-D (Cuestionario de depresión de Hamilton)

4.- Benton (Test de retención visual de Benton)

5.- Bender (Test gestáltico visomotor de Bender)

6.- B.P.R.S. (Escala de valoración psiquiátrica abreviada de Overall)

7.- NP

H.- Puntuación (en los cuestionarios anteriores).

I.- Tipo de tratamiento prescrito.

- Neurolépticos:

- 1.- Clorpromazina
- 2.- Clotiapina
- 3.- Clozapina
- 4.- Tiotixeno
- 5.- Haloperidol
- 6.- Flufenazina
- 7.- Levopromazina
- 8.- Loxapina
- 9.- Perfenazina
- 10.- Pimozide
- 11.- Pipotiazina
- 12.- Prometazina
- 13.- Propericiazina
- 14.- Sulpiride
- 15.- Tioproperazina
- 16.- Tioridazina
- 17.- Trifluoperazina
- 18.- Trifluopromazina
- 19.- Triperidol
- 20.- Flufenazina, enantato
- 21.- Flufenazina, decanoato

22.- Pipotiazina, undecilinato

23.- Pipotiazina, palmitato

- Antidepresivos:

24.- Amineptina

25.- Amitriptilina

26.- Amoxapina

27.- Clomipramina

28.- Doxepina

29.- Imipramina

30.- Maprotilina

31.- Mianserina

32.- Nomifensina

33.- Nortriptilina

34.- Protriptilina

35.- Quinupramina

36.- Trimipramina

37.- Viloxacina

38.- Zimelidina

39.- Clorgitina

40.- FeneIzina

41.- Iproniazida

42.- Nifalameda

43.- Tranilcipromina

44.- T.R.H.

45.- L- Triptofano

- Eutimizantes:

- 46.- Litio
- 47.- Carbamazepina
- 48.- Dipropilacetamida

- Ansiolíticos:

- 49.- Alprazolam
- 50.- Clorazepato
- 51.- Clordiacepóxido
- 52.- Diazepán
- 53.- Lorazepán
- 54.- Oxacepán
- 55.- Clormetiazol

- Hipnóticos no barbitúricos:

- 56.- Flunitracepán
- 57.- Flurazepán
- 58.- Nitrazepán
- 59.- Triazolam

- Barbitúricos:

- 60.- Fenobarbital
- 61.- Tiopental

- Disuasores:

- 62.- Cianamida
- 63.- Disulfiram

- Correctores:

- 64.- Biperidèn
- 65.- Difenhidramina
- 66.- Trihexifenidil
- 67.- Feniletilefrina

- Beta-bloqueadores:

- 68.- Atenolol
- 69.- Propanolol

- Vitaminas y oligoelementos:

- 70.- Tiamina
- 71.- Piridoxina
- 72.- Hidroxicobalamina
- 73.- Acido fólico
- 74.- Hierro

- Otros psicofármacos:

75.- Amfetamina

76.- Clonidina

77.- Placebo

78.- Reserpina

- Otro fármaco:

79.-

- T.E.C.:

80.- Unilateral

81.- Bilateral

- Privación de sueño:

82.-

- Sugestión:

83.-

- Biofeedback:

84.-

- Psicoterapias individuales:

- 85.- De apoyo
- 86.- Aconsejamiento
- 87.- De clarificación (insight)
- 88.- Dinámica
- 89.- Exposición "in vivo"
- 90.- Desensibilización sistemática

- Psicoterapias de grupo:

- 91.- Dinámica
- 92.- Directiva
- 93.- Alcohólicos
- 94.- Especiales

- Terapia familiar:

- 95.-

- Terapia ocupacional:

- 96.-

- Relajación muscular:

- 97.-

- Terapia sexual:

98.-

- Otro tratamiento:

99.-

- N.P.:

00.-

K.- Vía de administración

1.- Oral

2.- I.M.

3.- E.V.

4.- Otra

5.- N.P.

L.- Conducta a seguir

Este ítem señala el marco institucional en que deberá seguirse el tratamiento, si procede. El punto 2, "sin variaciones", indica la continuación del tratamiento en el lugar actual.

- 1.- Alta
- 2.- Sin variaciones
- 3.- Pasa a tratamiento ambulatorio en el Servicio.
- 4.- Pasa a tratamiento ambulatorio en otro Servicio.
- 5.- Ingresa en el Servicio. (Agudos)
- 6.- Ingresa en otro Servicio de Psiquiatría.
- 7.- Ingresa en un Servicio de Medicina.
- 8.- Pasa a hospital de día.
- 9.- Ingresa en el Instituto Mental. (Institución para crónicos dependiente del Servicio).
- 10.- N.P.

EMIGRACION

10 PADRES 11 PACIENTE

 21

 11

1. No 2. Si 3. No

Si NO, pasese al ítem 18

12-13 AÑO EMIGRACION

 24

 16

14-15 MOTIVOS

1. Económicos 3. Otras

2. Familiares 4. No

 27

 18

16-17 ADAPTACION

1. No 3. Entre ambos

2. Si 4. No

 24

 30

18 SEXO

1. Varón 2. Hembra

 31

19 ESTADO CIVIL

1. Soltero 3. Viudo

2. Casado (o pareja estable) 4. Separado-divorciado

 11

Ocupacion

1. Sin profesión 5. Trabajador industrial 8. No

2. Ama de casa 6. Trabajador servicios 9. No

3. Estudiante 7. Profesión liberal, técnica o asimilados

4. Agricultor

..... 20 DEL PACIENTE

..... 21 DE SU PADRE

..... 22 DE SU CONYUGE

 15

 14

 15

SITUACION LABORAL

1. Poro sin subsidio 7. Pensionista 11. Ama de casa

2. Poro con subsidio no jubilado 12. Otra

3. Fijo 8. Invalidez provisional

4. Eventual y definitiva (no ILT) 13. No .

5. Autónomo 9. Subempleo 14. No

6. Jubilado 10. No trabaja

23 DEL PACIENTE

24 DE SU PADRE

25 DE SU CONYUGE

 11
 31
 41

PROCEDENCIA

26 SERVICIOS HOSPITAL SAN PABLO

1. No 6. Respiratorio

2. Urgencias 7. Neurología

3. Med. Interna 8. Endocrinología

4. Digestivo 9. Otros

5. Cardiología

 42

Si procede de un Servicio de San Pablo 27 REMITIDO POR:

- 1. Médico del Servicio 3. No
- 2. Psiquiatra consultor 4. No

 46

28 AMBULATORIO INSALUD

- 1. No 3. Neuropsiquiatra
- 2. Med. General 4. Otro

 44

INICIATIVA 1. No 2. Sí 3. No 29 FAMILIAR
 30 PROPIA
 31 OTRA

 45 46 47

32 ACEPTACION DE LA CONSULTA 1. No 2. Sí 3. Dudoso 4. No

 48

MOTIVO DE LA CONSULTA

- 1. No 33 DEPRESION 34 TENTATIVA DE SUICIDIO
- 2. Sí 35 ANSIEDAD 36 SINTOMAS PSICOTICOS
- 3. No 37 ETILISMO 38 PROBLEMAS RELACIONALES
- 39 SOMATIZACIONES 40 DISFUNCIONES SEXUALES
- 41 OTRO

 49 51 53 55 58 50 52 54 56

DATOS PROPORCIONADOS POR

- 1. No 42 PACIENTE 43 HIJO(S)
- 2. Sí 44 PADRES 45 OTRO FAMILIAR
- 3. No 45 CONYUGE 47 OTRA PERSONA

 59 60 62 61 67 63 64 66 68 70 65 67 69

ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIA DE ORIGEN

PADRE 48 AÑO DE NACIMIENTO
49 AÑO DE FALLECIMIENTO

50 Causa de la muerte

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|----|
| 73 | | | | | 73 |
| 74 | | | | | 74 |
| 75 | | | | | 75 |

MADRE 51 AÑO DE NACIMIENTO
52 AÑO DE FALLECIMIENTO

53 Causa de la muerte

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|----|
| 81 | | | | | 81 |
| 82 | | | | | 82 |
| 83 | | | | | 83 |

ANTERIOR MATRIMONIO 54 DEL PADRE

1. No 55 AÑO ANTERIOR MATRIMONIO

2. Sí

3. No 56 DE LA MADRE
57 AÑO ANTERIOR MATRIMONIO

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|----|
| 91 | | | | | 91 |
|----|--|--|--|--|----|

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|-----|
| 101 | | | | | 101 |
|-----|--|--|--|--|-----|

| |
|-----|
| 104 |
|-----|

58 PROBLEMAS DE CONVIVENCIA ENTRE LOS PADRES

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 1. No | 4. Distanciamiento |
| 2. Conflictos esporádicos | 5. Separación |
| 3. Conflictos frecuentes | 6. No |

59 AÑO SEPARACION PADRES

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|-----|
| 105 | | | | | 105 |
|-----|--|--|--|--|-----|

POSTERIOR MATRIMONIO 60 DEL PADRE

1. No 61 AÑO POSTERIOR MATRIMONIO

2. Sí 62 DE LA MADRE

3. No 63 AÑO POSTERIOR MATRIMONIO

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|-----|
| 110 | | | | | 110 |
|-----|--|--|--|--|-----|

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|-----|
| 115 | | | | | 115 |
|-----|--|--|--|--|-----|

HERMANOS (sin incluir paciente e incluyendo fallecidos)
AÑO

| | SEXO | NACIMIENTO | FALLECIMIENTO(2 ult. cif) | |
|----|-------|------------|---------------------------|---------------|
| 1. | Varón | 64 | 65 | 66 1º HERMANO |
| 2. | Mujer | 67 | 68 | 69 2º HERMANO |
| 3. | Ng | 70 | 71 | 72 3º HERMANO |
| | | 73 | 74 | 75 4º HERMANO |
| | | 76 | 77 | 78 5º HERMANO |
| | | 79 | 80 | 81 6º HERMANO |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|-----|
| 121 | | | | | 121 |
| 122 | | | | | 122 |
| 123 | | | | | 123 |
| 124 | | | | | 124 |
| 125 | | | | | 125 |
| 126 | | | | | 126 |
| 127 | | | | | 127 |
| 128 | | | | | 128 |

Si más de 6 hermanos, señalar : 82 N° TOTAL HERMANOS (incluyendo fallecidos)
(sin incluir al paciente)

Si NO, marcar 0 0

| |
|-----|
| 150 |
|-----|

83 POSICION ORDINAL DEL PACIENTE ENTRE SUS HERMANOS
(indíquese siempre, incluyendo fallecidos)

| |
|-----|
| 152 |
|-----|

5 FAMILIA DE PROCREACION

1. No 2. Si

Si NO, pases al ítem 140

86 NUMERO DE MATRIMONIOS (O RELACIONES ESTABLES) DEL PACIENTE

CONYUGE

(El último, si más de 1 matrimonio o relación estable)

87 AÑO NACIMIENTO

88 AÑO MATRIMONIO

ANTERIOR MATRIMONIO

89 DEL PACIENTE

1. No

90 AÑO ANTERIOR MATRIMONIO

2. Si

91 DEL CONYUGE

3. No

92 AÑO ANTERIOR MATRIMONIO

3 PROBLEMAS DE CONVIVENCIA EN LA PAREJA

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1. No | 4. Distanciamiento |
| 2. Conflictos esporádicos | 5. Separación conyugal |
| 3. Conflictos frecuentes | 6. No |

94 AÑO SEPARACION CONYUGAL

95 AÑO FALLECIMIENTO CONYUGE

96 Causa de la muerte

3 HIJOS 1. No 2. Si

Si NO, pases al ítem 140

(Incluir embarazos a término y abortos)

| PATERNIDAD | | SEXO | | | |
|---|--------------|-----------|---------------|---------|---------|
| 1. del paciente y su conyuge | 1. A término | 1. Varón | 1. Deseeado | 98-101 | 1º HIJO |
| 2. del anterior matrimonio del paciente | 2. Aborto | 2. Hembra | 2. No deseado | 102-105 | 2º HIJO |
| 3. del anterior matrimonio del conyuge | 3. Np | 3. Np | 3. Np | 106-109 | 3º HIJO |
| 4. Np | | | | 110-113 | 4º HIJO |
| | | | | 114-117 | 5º HIJO |
| | | | | 118-121 | 6º HIJO |

| AÑO NACIMIENTO | AÑO FALLECIMIENTO | CAUSA FALLECIMIENTO | |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------|
| Sólo las dos últimas cifras | Sólo las dos últimas cifras | ..... | 122-124 1º HIJO |
|  |  | ..... | 125-127 2º HIJO |
|  |  | ..... | 128-130 3º HIJO |
|  |  | ..... | 131-133 4º HIJO |
|  |  | ..... | 134-136 5º HIJO |
|  |  | ..... | 137-139 6º HIJO |

153

154

155 159
157 162

158
159 163
 160
161 164

165

166 170

168 171

169 172

173

174 180
177 184
175 188
179 192
183 196
187 200

201 204
204 208
202 212
205 216
209 220
213 224

140 CONTROL DE NATALIDAD

259

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 1. No | 6. Preservativo |
| 2. Coitus interruptus | 7. Otros |
| 3. Ogino | 8. No |
| 4. Anodulatorios | 9. No |
| 5. DIU | |

141 ACEPTACION CONTROL NATALIDAD (O DE SU AUSENCIA)

260

- | | |
|-----------------|-------|
| 1. No | 4. No |
| 2. Sí | 5. No |
| 3. Ambivalencia | |

ANTECEDENTES PERSONALES

EMBARAZO

142 EMBARAZO DESEADO 1. No 2. Sí 3. No

 261

143 EMBARAZO EXTRACONMUGAL 1. No 2. Sí 3. No

 262

144 ENFERMEDAD MADRE DURANTE EL EMBARAZO

1. No 145 *Diagnóstico*
 2. Sí
 3. No

 264
 267

146 ENFERMEDAD MADRE DURANTE EL PUERPERIO

1. No 147 *Diagnóstico*
 2. Sí
 3. No

 265
 269

PARTO

148 1. Eutócico 2. Distócico 3. No

 273

149 PREMATURIDAD (menos de 37 semanas) 1. No 2. Sí 3. No

 274

150 BAJO PESO PARA LA EDAD DE GESTACION 1. No 2. Sí 3. No

 275

51 LACTANCIA 1. Materna 2. Artificial 3. Mixta 4. No

 276

DESARROLLO

1. No 152 RETRASO DEAMBULACION (mda de 15 meses)
 2. Sí 153 RETRASO LENGUAJE
 3. No 154 RETRASO CONTROL ESFINTERES (mda de 5 años)

 277
 278
 279

ESCOLARIDAD

CLASES DE ESCUELA

1. No
 2. Sí
 3. No

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| 155 GUARDERIA | 156 ESCUELA RELIGIOSA |
| 157 PARTICULAR | 158 INSTITUTO |
| 159 ESCUELA ESTATAL | 160 FORMACION PROFESIONAL |
| 161 ESCUELA PRIVADA LAICA | 162 UNIVERSIDAD |
| | 163 AÑO INICIO |
| | 164 DURACION (en años) |

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 280 | 281 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 282 | 283 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 284 | 285 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 286 | 287 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 288 | | | 291 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 293 |

165 CAMBIOS DE ESCUELA 1. No 2. Sí 3. No

247

166 MOTIVO DE CAMBIO(S)

248

- | | |
|---------------------|----------------|
| 1. Traslado familia | 4. Otros |
| 2. Inadaptación | 5. No |
| 3. Expulsión | 6. Np |

167 ADAPTACION

246

- | | |
|--------------------|-------|
| 1. Satisfactoria | 4. No |
| 2. Insatisfactoria | 5. Np |
| 3. Entre las dos | |

168 ASISTENCIA IRREGULAR A LA ESCUELA POR :

253

- | | |
|-----------------------|----------------|
| 1. Trabajo simultáneo | 4. Otros |
| 2. Evitación escolar | 5. No |
| 3. Enfermedades | 6. Np |

169 CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS

252

Nivel

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Analfabeto | 5. Formación profesional |
| 2. Conocimientos elementales | 6. Bachillerato superior |
| 3. Estudios primarios | 7. Estudios técnicos |
| 4. Bachillerato elemental o Comercio | 8. Estudios universitarios |

RELACIONES INTERPERSONALES EN LA INFANCIA

170 CON LOS PADRES

249

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. Satisfactorias | 5. Hostilidad |
| 2. Dificiles | 6. Otras |
| 3. Sobreprotección | ..... |
| 4. Distanciamiento | 7. No |

171 CON LOS HERMANOS

240

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. Satisfactorias | 6. Otras |
| 2. Dificiles | ..... |
| 3. Celos | 7. No |
| 4. Distanciamiento | 8. Np |
| 5. Hostilidad | |

172 CON LOS COMPAÑEROS

241

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| 1. Lider | 5. Aislamiento |
| 2. Amistades íntimas. Grupo | 6. Otros |
| 3. Solo un amigo íntimo | ..... |
| 4. Solo conocidos | 7. No |

75 RASGOS CARACTER ANOMALOS EN LA INFANCIA

1. No 2. Sí 3. No

Si NO, páese al ítem 181

- | | | | |
|-----|--------------|-----|--------------|
| 174 | NISTRIONICOS | 175 | ANTISOCIALES |
| 176 | FOBICOS | 177 | ESQUIZOIDES |
| 178 | ANANCASTICOS | 179 | OTROS |
| 180 | ANSIOSOS |  | ..... |

MENSTRUACION

Si NP, páese al ítem 187

- 181 EDAD MENARQUIA
182 EDAD MENOPAUSIA

TRANSTORNOS

- | | | | | |
|-------|-----|-------------|-----|----------------------|
| 1. No | 183 | AMENORREA | 184 | TENSION PREMENSTRUAL |
| 2. SI | 185 | DISMENORREA | 185 | OTROS |
| 3. No |  |  |  | ..... |
| 4. NP | | | | |

CONDUCTA SEXUAL

187 EXPERIENCIAS SEXUALES TRAUMATICAS EN LA INFANCIA

1. No 2. Sí 3. No

188 EDAD

189 ORIENTACION SEXUAL

- | | |
|--|--|
| 1. Exclusivamente heterosexual | 5. Predominantemente homosexual, frecuentemente heterosexual |
| 2. Predominantemente heterosexual, ocasionalmente homosexual | 6. Predominantemente homosexual, ocasionalmente heterosexual |
| 3. Predominantemente heterosexual, frecuentemente homosexual | 7. Exclusivamente homosexual |
| 4. Igual hetero que homosexual | 8. No |

190 PRACTICAS SEXUALES

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Ausencia | 5. Relaciones homosexuales |
| 2. Masturbación exclusiva | 6. Relaciones hetero y homosexuales |
| 3. Relaciones heterosexuales esporádicas | 7. No |
| 4. Relaciones heterosexuales exclusivas | |

RELACIONES INTERPERSONALES EN LA VIDA ADULTA

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. Ausencia | 4. Amistades |
| 2. Relaciones casuales | 5. Amistades íntimas (más de una) |
| 3. Ausencia de amistades desde adolescencia | 6. No |

302

303 304
305 306
307 308

309 310
311 312

313 314
315 316

317

319

320

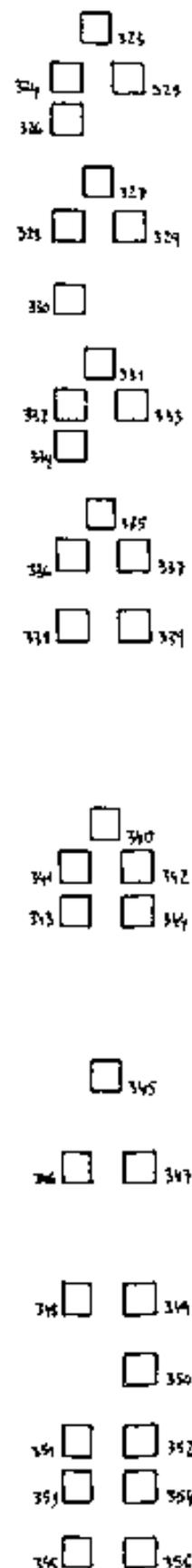
321

322

RASGOS DE PERSONALIDAD PRECENSURADOS

Si no se dan en un grupo, pasese al siguiente

- | | | | | |
|-------------------------------|--|-------|-------|--|
| 192 | PARANOIDES | 1. No | 2. Sí | 3. No |
| 193 | RIGIDEZ AFECTIVA | | 194 | SENSITIVIDAD/SUSCEPTIBILIDAD |
| 195 | SUSPICACIA | | | |
| 196 | ESQUIZOIDES | 1. No | 2. Sí | 3. No |
| 197 | INOJERENCIA A ELOCIO Y CRITICA | | 198 | POCASAS AMISTADES INTIMAS (NO MAS DE 2, INCLUYENDO FAMILIARES) |
| 199 | FRIALDAD AFECTIVA | | | |
| 200 | ESQUIZOTIPIICOS | 1. No | 2. Sí | 3. No |
| 201 | VIVENCIAS DE AUTORREFERENCIA | | 202 | LENGUAJE BIZARRO |
| 203 | PENSAMIENTO MAGICO | | | |
| 204 | HISTRIONICOS | 1. No | 2. Sí | 3. No |
| 205 | TEATRALIDAD (DRAMATIZACION, HIPEREXPRESIVIDAD) | | 206 | DEPENDENCIA, BUSQUEDA DE REASEGURAMIENTO |
| 207 | HIPERREACTIVIDAD A SUCESOS MENORES | | 208 | ACTITUDES MANIPULATIVAS |
| 209 | NARCISISTICOS | 1. No | 2. Sí | 3. No |
| 210 | AMBIICION | | 211 | EXHIBICIONISMO |
| 212 | HIPERTROFIA DEL YO | | 213 | ALTERACION DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES ("APROVECHADO", "EXPLOTADOR") |
| 214 | ANTISOCIALES | 1. No | 2. Sí | 3. No |
| <i>Antes de los 15 años :</i> | | | | |
| 215 | INADAPTACION ESCOLAR ("NOVILLOS", EXPULSIONES, BAJO RENDIMIENTO) | | 216 | VIOLACIONES HABITUALES DE LAS NORMAS DEL HOGAR Y DE LA ESCUELA |
| 217 | DELINCUENCIA, ROBOS, VANDALISMO, PELEAS | | 218 | PROMISCUIDAD SEXUAL |
| | | | 219 | ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS |
| <i>Desde los 18 años :</i> | | | | |
| 220 | INADAPTACION LABORAL | | 221 | INADAPTACION SEXUAL |
| 222 | IRRESPONSABILIDAD COMO PADRE | | 223 | IMPULSIVIDAD, AGRESIVIDAD |
| 224 | INADAPTACION A LAS NORMAS SOCIALES | | 225 | TEMERIDAD |



226 BORDERLINES 1. No 2. Sí 3. No

227 AGRESIVIDAD 228 TRANSTORNOS DE IDENTIDAD

229 AUTODESTRUCTIVIDAD 230 INESTABILIDAD AFECTIVA
(DIRECTA E INDIRECTA)

231 RELACIONES INTERPERSONALES INTENSAS E INESTABLES 232 SENTIMIENTO DE VACÍO, ABATIMIENTO, INTOLERANCIA A LA SOLEDAD

357

358 359

360 361

362 363

233 EVASIVOS 1. No 2. Sí 3. No

234 HIPERSENSIBILIDAD AL RECHAZO 235 DESEOS DE AFFECTO Y ACEPTACION

236 SOCIABILIDAD LIMITADA A LA ACEPTACION NO CRITICA, RETRAIMIENTO 237 BAJA AUTOESTIMA

364

365 366

367 368

238 DEPENDIENTES 1. No 2. Sí 3. No

239 BAJA AUTOCONFIANZA 240 SUBORDINACION

241 PASIVIDAD

369

370 371

372

242 COMPULSIVOS 1. No 2. Sí 3. No

243 INDECISION 244 OBSTINACION O RIGIDEZ EN LA CONDUCTA

245 RESTRICCION DE LA EXPRESIVIDAD EMOCIONAL 246 DEDICACION EXCESIVA AL TRABAJO

247 PERFECCIONISMO

373

374 375

376 377

378

248 PASIVO-AGRESIVOS 1. No 2. Sí 3. No

379

249 RESISTENCIA A CUMPLIR OBLIGACIONES LABORALES Y SOCIALES ("RACERSE EL OLVIDADIZO", INEFICIENCIA INTENCIONADA, OBSTINACION, "PERDER EL TIEMPO")

380

250 ANSIOSOS 1. No 2. Sí 3. No

381

251 PREOCUPACION POR NIMIEDADES

382

252 EXPECTACION AFREHENSIVA

383

253 HIPOCONDRIACOS 1. No 2. Sí 3. No

384

254 PREOCUPACION EXCESIVA POR LA SALUD

385

255 CICLOTIMICOS 1. No 2. Sí 3. No

386

256 RASGOS HABITUALMENTE HIPOMANIACOS

387

257 VARIACIONES BIPOLARES ESTACIONALES SUBCLINICAS

388

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES

- | | |
|----------|------------------------|
| 1. No | 5. Hermanos |
| 2. Padre | 6. Otros (especificar) |
| 3. Madre | ..... |
| 4. Ambos | 7. No |

267 SUICIDIO

268 INTERNAMIENTO POR TRASTOR
NO AFECTIVO

401 404

269 TENTATIVA

270 INTERNAMIENTO POR OTRAS
CAUSAS (ESPECIFICAR) O IN-
TERNAMIENTO SIN DATOS

401 402

271 ALCOHOLISMO

272 TRATAMIENTO AMBULATORIO

401 404
405

273 INTERNAMIENTO POR
TRASTORNO PSICOTICO

HABITOS TOXICOFILICOS EN EL PASADO Si NO, páase al ítem 282

- | | | |
|----------------|--------------|----------------------|
| 1. No | 274 ALCOHOL | 275 AMFETAMINAS |
| 2. Uso | 276 OPTACEOS | 277 PSICODISLEPTICOS |
| 3. Abuso | 278 CANNABIS | 279 SEDANTES |
| 4. Dependencia | 280 TABACO | 281 OTROS |

406 407
408 409
410 412
412 413

ANTECEDENTES PERSONALES SOMATICOS

- | | | | | |
|-------|------------|--|---------|-------|
| 1. No | 2. Intensa | 3. Moderada | 4. Leve | 5. No |
| | 282 | MINUSVALIA FISICA O SENSORIAL, EN LA INFANCIA | | |
| | 283 | MINUSVALIA FISICA O SENSORIAL, EN LA EDAD ADULTA | | |
| | 284 | OTRA ENFERMEDAD, EN LA INFANCIA | | |
| | | | | |
| | 285 | OTRA ENFERMEDAD, EN LA EDAD ADULTA | | |
| | | | | |

414
 415
 416
 417

ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIATRICOS

(Otros que la enfermedad actual)

286 ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS 1. No 2. Si 3. No
Si NO, páase al ítem 300

418

287 AÑO INICIO ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS

419 421

288 CONTACTOS PSIQUIATRICOS EN :

423

1. Ambulatorio
2. Internamiento
3. No
4. No

289 NUMERO DE INTERNAMIENTOS
290 DURACION TOTAL (en meses)

424
 425

291 DIAGNOSTICO DE ORIENTACION

427

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 01. <i>Transtorno neurótico</i> | 06. <i>Otras toxicomanías</i> |
| 02. <i>Transtorno de personalidad</i> | ..... |
| 03. <i>Transtorno afectivo</i> | 07. <i>Transtornos psíquicos de la</i> |
| 04. <i>Transtorno psicótico</i> | <i>infancia</i> |
| 05. <i>Esclíismo</i> | 08. <i>Otros</i> |
| | |
| | 09. <i>No</i> |
| | 10. <i>Np</i> |

292 NUMERO DE TENTATIVAS DE SUICIDIO REALIZADAS

429

| TRATAMIENTO EFECTUADO | 1. No | 2. Sí | 3. No | 4. Np |
|---------------------------|-------|-------|-------------------------|-------|
| 293 <i>PSICOTERAPIA</i> | | | 294 <i>ANSIOLITICOS</i> | |
| 295 <i>NEUROLEPTICOS</i> | | | 296 <i>LITIO</i> | |
| 297 <i>ANTIDEPRESIVOS</i> | | | 298 <i>OTROS</i> | |
| | | | | |

429 430
 431 432
 433 434

299 RESULTADO DEL TRATAMIENTO

435

- | | |
|--------------------------------|--------------|
| 1. <i>Igual</i> | 4. <i>No</i> |
| 2. <i>Remisión sintomática</i> | 5. <i>Np</i> |
| 3. <i>Remisión total</i> | |

ENFERMEDAD ACTUAL

Si sintomatología anterior de la enfermedad actual :

Si NO, véase al ítem 304

300 FECHA INICIO ENFERMEDAD (mes y año, si posible)

301 COMIENZO

1. Brusco 2. Gradual 3. No 4. Np

302 CURSO

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Continuo hacia la mejoría | 5. Episódico, sin remisión total |
| 2. Continuo, estacionario | 6. Otro |
| 3. Continuo, progresivo | 7. No |
| 4. Episódico, con remisión total | 8. Np |

Si curso episódico 303 NUMERO DE EPISODIOS (con el actual)

306 FECHA INICIO ENFERMEDAD ACTUAL (Día, mes y año, si se posible)

307 COMIENZO 1. Brusco 2. Gradual 3. No

SINTOMATOLOGIA

CONDUCTA

1. No 2. Si 3. No

308 SIN ALTERACIONES

310 DESORIENTADA

312 AUTOAGRESIVA

314 HETEROAGRESIVA

316 TOXICOFILICA

309 EXTRAVAGANTE

311 AISLADA

313 HIPERSOCIABLE

315 DETERIORADA

317 OTRA

.....

Si conducta autoagresiva :

Si NO, véase al ítem 323

318 TIPO

1. Autosutilización

2. Intento de suicidio

3. Suicidio frustrado

4. Caso dudoso (entre 2 y 3)

5. No

6. Np

319 TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ANTERIOR TENTATIVA

1. Horas

3. Meses

5. No

2. Dias

4. Años

6. Np

432 439

440

441

443

444 449

450

451 452

453 454

455 456

457 458

459 460

461

462

320 MEDIO

463

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1. Anestésicos | 5. Otros medios |
| 2. Barbitúricos-analgésicos | ..... |
| 3. 1 + 2 | 6. No |
| 4. Otros fármacos | 7. No |
| | |

321 GRAVEDAD SOMÁTICA DEL INTENTO

464

- | | |
|-------------|-------|
| 1. Leve | 4. No |
| 2. Moderada | 5. No |
| 3. Grave | |

322 INTENCIONALIDAD LETAL

465

- | | |
|-------------|-------|
| 1. Leve | 4. No |
| 2. Moderada | 5. No |
| 3. Grave | |

Si Conducta heteroagresiva : Si NO, pásese al ítem 326

OBJETO

- | | |
|-------|--------------------|
| 1. No | 323 FAMILIARES |
| 2. Sí | 324 OTRAS PERSONAS |
| 3. No | 325 OBJETOS |

466
 467
 468

Si Conducta toxicofílica : Si NO, pásese al ítem 338

326 ALCOHOL 1. No 2. Sí 3. No

469

Si NO, pásese al ítem 333

- 327 BEBIDA FAVORITA
- | | |
|------------|--------------------------|
| 1. Vino | 4. Otros (y mezclas) ... |
| 2. Cerveza | ..... |
| 3. Coñac | 5. No |
| | 6. No |

470

TIPO DE CONSUMO

- | | |
|-------|-----------------------------------|
| 1. No | 328 DEPENDENCIA PSÍQUICA |
| 2. Sí | 329 DEPENDENCIA FÍSICA |
| 3. No | 330 CUADROS DE ABSTINENCIA |
| 4. No | 331 SIGNOS DE IMPREGNACION FÍSICA |
| | 332 COMPLICACIONES SOMÁTICAS |
| | |

471
 472
 473
 474
 475

333 HEROÍNA 1. No 2. Sí 3. No

476

Si NO, pásese al ítem 337

TIPO DE TRANSTORNO

- | | |
|-------|--|
| 1. No | 334 DEPENDENCIA FÍSICA |
| 2. Sí | 335 CUADRO DE ABSTINENCIA |
| 3. No | 336 INGRESO POR COMPLICACIONES SOMÁTICAS |
| 4. No | ..... |

477
 478
 479

337 OTROS TOXICOS

- 1. No
- 2. Barbitúricos
- 3. Anfetaminas
- 4. Psicodialépticos
- 5. Otros
- 6. No

450

CONDUCTAS INSTINTIVAS

338 SED

- 1. Sin alteraciones
- 2. Potomania
- 3. No

451

339 APETITO

- 1. Sin alteraciones
- 2. Hiperorexia
- 3. Bulimia
- 4. Inapetencia
- 5. Anorexia
- 6. Rechazo alimentación
- 7. Pica
- 8. No

452

340 PESO

- 1. Sin alteraciones
- 2. Pérdida de peso leve
- 3. Pérdida de peso moderada
- 4. Pérdida de peso intensa
- 5. Aumento de peso leve
- 6. Aumento de peso moderado
- 7. Aumento de peso intenso
- 8. No

453

SEXUALIDAD

- 1. No
- 2. Si
- 3. No
- 4. No

- 341 SIN ALTERACIONES
- 342 EYACULACION PRECOZ
- 343 AUMENTO INTERES SEXUAL
- 344 ANORCASHIA (MASC. y FEM.)
- 345 DISMINUCION INTERES SEXUAL
- 346 VAGINISMO
- 347 INHIBICION EXCITACION FEMENINA
- 348 DISPAREUNIA
- 349 IMPOTENCIA PRIMARIA
- 350 APRAGMATISMO SEXUAL
- 351 IMPOTENCIA SECUNDARIA

454 455

456 457

458 459

460 461

462 463

464

352 HOMOSEXUALIDAD

- 1. No
- 2. Aceptación
- 3. Rechazo
- 4. Ambivalencia
- 5. No

475

353 PARAFILTAS

- 1. No
- 2. Si
- 3. No

476

CONTROL ESF INTERES

- 1. Sin alteraciones
- 2. Alterado
- 3. No
- 354 VESICAL
- 355 RECTAL

477

478

OTROS

- 1. No 389 FUGAS
- 2. Si 390 CLEPTOMANIA
- 3. No 391 PIROMANIA
- 392 JUEGO PATOLOGICO

530
 531
 534
 535

DETERIORO ROLES

- 1. No 4. No 393 EN LA FAMILIA
- 2. Moderado 5. No 394 EN LA OCUPACION
- 3. Intenso

536
 537

395 FACTORES AMBIENTALES CAUSALES

- 1. No 2. Si 3. No

538

ACTITUD

- 1. No 396 FINALISTA
- 2. Si 397 FACTICIA
- 3. No 398 SIMULADORA

541
 540
 544

ACTITUD Y CONDUCTA DE LA FAMILIA

399 ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD

- 1. Aceptación 4. Negación
- 2. Hiperpreocupación 5. Otra
- 3. Negación parcial 6. No
- 7. No

545

400 CONDUCTA HACIA EL ENFERMO

- 1. Ayuda activa 5. Temor
- 2. Sobreprotección 6. Rechazo
- 3. Ambivalencia 7. No
- 4. Indiferencia 8. No

543

41-410 OTRAS ENFERMEDADES ACTUALES Si No, pásese al ítem 411

- 1. Diagnóstico meses de evolución
- 2. Diagnóstico meses de evolución
- 3. Diagnóstico meses de evolución
- 4. Diagnóstico meses de evolución
- 5. Diagnóstico meses de evolución

547
 549
 550
 555
 554
 555
 557
 557
 553

411-415 TRATAMIENTO EN CURSO

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|-----|
| 574 | | | | | | 574 |
| 575 | | | | | | 575 |
| 576 | | | | | | 576 |
| 577 | | | | | | 577 |
| 578 | | | | | | 578 |

416-418 EFECTOS SECUNDARIOS

- 1.
- 2.
- 3.

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|-----|
| 579 | | | | | | 579 |
| 580 | | | | | | 580 |
| 581 | | | | | | 581 |

OTRAS CIRCUNSTANCIAS

419 EMBARAZO, NUMERO DE SEMANAS

420 ALERGIA A MEDICAMENTOS

1. No 2. Sí 3. No

415

416

421 CONSULTA A OTRO SERVICIO

1. No 2-9. Sí 10. No

(Codifique según ítem 26, SERVICIO DE PROCEDENCIA)

.....
(rellenar, en caso de Otro).

417

EXPLORACION PSICOPATOLOGICA

ASPECTO GENERAL

422 BIOTIPO

- | | |
|------------------|-----------|
| 1. Plénico | 4. Dudoso |
| 2. Leptovomático | 5. No |
| 3. Atlético | |

 619

423 PORTE

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. Adecuado | 4. Desaliñado |
| 2. Extremado | 5. No |
| 3. Extravagante | |

 620

424 ACTITUD HACIA LA EXPLORACION

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. Cooperación | 4. Oposición |
| 2. Indiferencia | 5. No |
| 3. Reticencia | |

 621

425 CONCIENCIA

- | | | | |
|----------|-----------------|---------------|-------|
| 1. Clara | 2. Obnubilación | 3. Fluctuante | 4. No |
|----------|-----------------|---------------|-------|

 622

426 ORIENTACION

- | | | |
|---------------------|-------------|-------|
| 1. Sin alteraciones | 2. Alterada | 3. No |
|---------------------|-------------|-------|

Si 1, pásese al ítem 431

 623

427 TEMPORAL

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. Sin alteraciones | 4. Desorientación intensa |
| 2. Desorientación ligera | 5. No |
| 3. Desorientación moderada | |

 624

428 ESPACIAL

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. Sin alteraciones | 3. Desorientación intensa |
| 2. Desorientación discreta | 4. No |

 625

429 ALOPSIQUICA

- | | |
|-------------------|-------|
| 1. Sin alteración | 3. No |
| 2. Desorientación | |

 626

430 AUTOPSIQUICA

- | | |
|-------------------|-------|
| 1. Sin alteración | 3. No |
| 2. Desorientación | |

 627

431 ATENCION

- | | | |
|---------------------|-------------|-------|
| 1. Sin alteraciones | 2. Alterada | 3. No |
|---------------------|-------------|-------|
- Si 1, véase al ítem 434

615

432 ESPONTANEA

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1. Sin alteraciones | 3. Disminuida |
| 2. Aumentada | 4. No |

621

433 CONCENTRACION

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. Sin alteraciones | 4. Alteración intensa |
| 2. Alteración leve | 5. No |

630

434 MEMORIA

- | | | |
|---------------------|-------------|-------|
| 1. Sin alteraciones | 2. Alterada | 3. No |
|---------------------|-------------|-------|
- Si 1, véase al ítem 443

631

- | | | |
|----------------|-----|------------------------------|
| 1. No alterada | 435 | INMEDIATA |
| 2. Alterada | 436 | A MEDIDA |
| 3. No | 437 | LARGO PLAZO HECHOS RECIENTES |
| | 438 | LARGO PLAZO HECHOS REMOTOS |

632
 633
 637
 635

PARAMNESIAS

- | | | |
|-------|-----|-------------------|
| 1. No | 439 | AMNESIA LACUNAR |
| 2. Si | 440 | AMNESIA SELECTIVA |
| 3. No | 441 | CONFABULACION |
| | 442 | OTRAS |

636
 637
 638
 639

443 PSICOMOTRICIDAD

- | | | |
|---------------------|-------------|-------|
| 1. Sin alteraciones | 2. Alterada | 3. No |
|---------------------|-------------|-------|
- Si 1, véase al ítem 462

640

444 TRASTORNOS CUANTITATIVOS

- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| 1. Sin alteraciones | 4. Inquietud (tensión motora) |
| 2. Inercia | 5. Agitación |
| 3. Inhibición | 6. No |

644

TRASTORNOS CUALITATIVOS

- | | | | |
|-------|-----------------------------|-------|-------------------------------|
| 1. No | 2. Si | 3. No | |
| 445 | TICS | 446 | CATALEPSIA |
| 447 | ESTEREOTIPIAS, RITUALES | 448 | IMPULSIONES |
| 449 | TENBLOR | 450 | COMPULSIONES |
| 451 | MANIERISMOS, PARACINESIAS | 452 | INCOORDINACION, INESTABILIDAD |
| 453 | NEGATIVISMO, OPPOSICIONISMO | 454 | CLOWNISMO |

642
 644
 646
 648
 649
 650

643
 645
 647
 649
 651

MIMICA

- | | | | |
|-------|--|-------|------------|
| 1. No | 2. Si | 3. No | |
| 455 | RECHAZO MIRADA, MIRADA NUDIZA, AUSENTE, SUSPICAZ | 456 | HIPERMIMIA |
| 457 | PEÑELESIDAD | 458 | HIPOMIMIA |
| 459 | FACIES VULTUOSA | 460 | AMIMIA |
| 461 | PARAMIMIAS | | |

652
 654
 656
 658

653
 655
 657

462 AFECTIVIDAD

1. Sin alteraciones 2. Alterada 3. No
 Si 1, pásese al ítem 484

463 VALORACION SUBJETIVA

464 HUMOR

1. Eutímico 3. Hipertímia, euforia
 2. Hipotímia, tristeza 4. No

* Si HIPOTIMIA,

(Si NO, pásese al ítem 469)

1. No 3. No
 2. Si 4. No

465 SENTIMIENTOS DE DESVALORIZACION

466 SENTIMIENTOS DE CULPA

467 SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA

468 ANHEDONIA

* Si HIPERTIMIA,

(Si NO, pásese al ítem 473)

1. No 3. No
 2. Si 4. No

469 SENTIMIENTOS DE SOBRESTIMA

470 SENTIMIENTOS DE PLENITUD

471 PRODIGALIDAD

472 JOCOSIDAD

473 ESTADO DE ANIMO

1. Sin alteraciones 2. Alterado 3. No
 Si 1, pásese al ítem 482

1. No 474 ANSIEDAD 475 AMBIVALENCIA
 2. Si 476 INCONGRUENCIA 477 TURBULENCIA
 3. No (PARATIMIAS)
 478 LABILIDAD 479 CRISIS DE PANICO
 480 INCONTINENCIA 481 REVIVISCENCIA TRAUMA AFECTIVO

482 APLANAMIENTO AFECTIVO

1. No 2. Frialidad 3. Embotamiento 4. No

483 IRRITABILIDAD

1. No 2. Irritabilidad 3. Hostilidad 4. No

484 LENGUAJE Y PENSAMIENTO

1. Sin alteraciones 2. Alterado 3. No
 Si 1 pásese al ítem, 527

485 ARTICULACION

1. Sin alteraciones 2. Tartamudea 3. Disortria 4. No

659

660 662

663

664

665

666

667

668

669

670

671

672

673 674

675 676

677 678

679 680

681

682

683

684

CURSO IDEO-VERBAL

486 A 1. Sin alteraciones 4. Mutismo
2. Logorrea 5. No
3. Laconismo

685

487 B 1. Sin alteraciones 3. Bradifemia/
2. Taquifemia/Taqui- Bradipsiquia
psiquia 4. No

686

C 1. No 2. Si 3. No

488 PROLIJIDAD 489 MUSITACION

687 688

490 PERSEVERACION 491 ECOLALIA

689 689

492 BLOQUEO 493 PALILALIA

690 690

494 LOGOCLONIA 495 DISCONTINUIDAD

691 691

(ASOCIACIONES LAXAS)

692 692

496 ESTEREOTIPIAS VERBALES

695

497 SINTAXIS

697

1. Sin alteraciones 2. Disgregación 3. Fuga de ideas 4. No

498 SEMANTICA

699

1. Sin alteraciones 2. Alterada 3. No

Si 1, pñase al ítem 503

499 HERMETISMO

700

1. No

500 HIPERABSTRACCION

701

2. Si

501 ~~PARA~~ RESPUESTAS

702

3. No

502 NEOLOGISMOS

703

CONTEXTO DEL PENSAMIENTO

503 VALORACION CUANTITATIVA

704

1. Sin alteraciones 3. Sobreideacional

2. Pobreza del pensamiento 4. No

504 IDEAS DELIRANTES

705

1. No 2. Si 3. No

Si NO, pñase al ítem 527

1. No 2. Si 3. No

505 DELIRIO PRIMARIO 506 DELIRIO RELIGIOSO

706 706

507 DELIRIO AUTORREFERENCIAL 508 DELIRIO EROTOPHANO

707 707

509 DELIRIO DE INFLUENCIA/CONTROL 510 DELIRIO DE CELOS

708 708

511 DELIRIO DE PERJUICIO 512 DELIRIO DE CULPA

709 709

513 DELIRIO DE ENVENENAMIENTO 514 DELIRIO DE RUINA

710 710

515 DELIRIO DE PERSECUCION 516 DELIRIO NIHILISTICO

711 711

517 DELIRIO DE REFERENCIA CORPORAL 518 OTRAS IDEAS DELIRANTES

712 712

.....

713 713

519 DELIRIO DE GRANDEZA

720

FOBIAS Y OBSESIONES

545 FOBIAS

1. No 2. Si 3. No

Si NO, pdeese al ítem 554

1. No 2. Si 3. No

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 546 AGORAFOBIA | 547 Fobia de impulsión suicida |
| 548 Fobia social | 549 Fobia de impulsión heteroagresiva hacia el niño |
| 550 Fobia específica | 551 Fobia de impulsión heteroagresiva hacia otras personas |
| 552 Fobia de impulsión autoagresiva | 553 FARMACOFobia |

746

747 748

749 750

751 752

753 754

554 IDEAS OBSESIVAS

1. No 2. Si 3. No

Si NO, pdeese al ítem 562

1. No 2. Si 3. No

- | | |
|----------------------|-------------------------------|
| 555 DE CONTAMINACION | 556 DE VERIFICACION |
| 557 DE LIMPIEZA | 558 POST TRAUMATISMO AFECTIVO |
| 559 DE ORDEN-RUTINA | 560 OTRAS |
| 561 DE DUDA | ..... |

755

756 757

758 759

760 761

762

562 IDEAS HIPOCONDRIACAS

1. No 2. Si 3. No

Si NO, pdeese al ítem 567

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. No 563 PREOCUPACION EXCESIVA | 564 TANATOFobia |
| 2. Si POR LA SALUD | |
| 3. No 565 NOSOFobia | 566 CONVICCION DE ENFERMEDAD SOMATICA |

762

764 765

766 767

567 IMAGEN CORPORAL

1. Sin alteraciones 2. Alterada 3. No

- | | |
|--|--|
| 1. No 568 TRANSTORNO EN LA PERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL | |
| 2. Si 569 DISMORFOFObia | |
| 3. No | |

768

769

770

570 DESPERSONALIZACION

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. Sin alteraciones | 4. Deseoblamiento de la personalidad |
| 2. Crisis aguda de despersonalización | 5. Desgobierno del yo |
| 3. Sentimiento de extrañeza, de cambio | 6. No |

771

571 DESREALIZACION

1. No 2. Si 3. No

772

572 VIVENCIA DEL TIEMPO

- 1. Sin alteraciones
- 2. Entortecida
- 3. Acelerada
- 4. No

773

573 CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

- 1. Conciencia de enfermedad psíquica
- 2. Conciencia de enfermedad somática
- 3. Ausencia de conciencia de enfermedad
- 4. No

774

574 INSIGHT

- 1. Presente
- 2. Posible
- 3. Ausente
- 4. No

775

575 ACTITUD DEL PACIENTE HACIA SU ENFERMEDAD

- 1. Aceptación
- 2. Hiperpreocupación
- 3. Agresividad/ Reivindicación
- 4. Abandono
- 5. Rechazo
- 6. No

776

INTELIGENCIA

576 IMPRESION GLOBAL

- 1. Normal
- 2. Límite
- 3. Retraso
- 4. No

777

577 IMPRESION DE DETERIORO

- 1. No
- 2. Sí
- 3. Dudoso
- 4. No

(Valorar pérdida del pensamiento abstracto y de la capacidad de juicio)

778

VARIACIONES CIRCADIANAS Y ULTRADIANAS

- 1. No
- 2. Sí
- 3. No

578 TURBULENCIA NOCTURNA

579 EMPEORAMIENTO VESPERTINO

779 780

580 EMPEORAMIENTO MATINAL

581 VARIACION ESTACIONAL

781 782

582 MEJORA VESPERTINA

783

1. No 2. Sí 3. No
 Sí NO, véase al ítem 674

1. No 2. Sí 3. No

| | EN EL PASADO | EN LA ACTUALIDAD | | | |
|---|--------------|------------------|-----|--------------------------|------------------------------|
| . DISFAGIA | 584 | 585 | 795 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 794 |
| . DISFONIA/AFONIA | 586 | 587 | 793 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 795 |
| . SORDERA | 588 | 589 | 791 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 797 |
| . VISION DOBLE | 590 | 591 | 790 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 792 |
| . VISION BORROSA | 592 | 593 | 787 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 794 |
| . CEGUERA | 594 | 595 | 786 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 796 |
| . DESMAYO O PERDIDA DE CONCIENCIA | 596 | 597 | 783 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 798 |
| . HIPOMNESIA | 598 | 599 | 781 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 800 |
| . ATAQUES O CONVULSIONES | 600 | 601 | 804 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 801 |
| . DIFICULTAD EN LA MARCHA | 602 | 603 | 803 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 802 |
| . PARALISIS O DEBILIDAD MUSCULAR | 604 | 605 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 804 |
| . ORNIBILACION SUBJETIVA | 606 | 607 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 804 |
| . PARESTESIAS | 608 | 609 | 801 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 800 |
| . DIFICULTAD O RETENCION URINARIA | 610 | 611 | 801 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 801 |
| | | | | | |
| . ABDOMINALGIAS | 612 | 613 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 804 |
| . NAUSEAS | 614 | 615 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 806 |
| . VOMITOS | 616 | 617 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 804 |
| . METEORISMOS | 618 | 619 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 808 |
| . INTOLERANCIA A DIVERSOS ALIMENTOS | 620 | 621 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 812 |
| . GASTRALGIAS | 622 | 623 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 804 |
| . DIARREA | 624 | 625 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 812 |
| . ESTREÑIMIENTO | 626 | 627 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 814 |
| | | | | | |
| . DISMENORREA | 628 | 629 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 830 |
| . IRREGULARIDAD MENSTRUAL | 630 | 631 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 832 |
| . MENSTRUACION EXCESIVAMENTE ABUNDANTE | 632 | 633 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 834 |
| . HIPEREMESIS GRAVIDICA | 634 | 635 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 836 |
| | | | | | |
| . DORSALGIA | 636 | 637 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 838 |
| . ARTRALGIA | 638 | 639 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 840 |
| . DOLOR EXTREMIDADES | 640 | 641 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 842 |
| . DOLOR EN ZONA GENITAL (NO DURANTE EL COITO) | 642 | 643 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 844 |
| . DISURIA | 644 | 645 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 846 |
| . CEFALALGIAS | 646 | 647 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 848 |
| . OTROS DOLORES NO ORGANICOS | 648 | 649 | 800 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 850 |

.....

EN EL PASADO EN LA ACTUALIDAD

| | | | | | |
|--|-----|-----|-----|--------------------------|-----|
| . DISNEA SUSPIROSA | 650 | 651 | 651 | <input type="checkbox"/> | 651 |
| . SENSACION DE ANOGO | 652 | 653 | 653 | <input type="checkbox"/> | 653 |
| . PALPITACIONES | 654 | 655 | 655 | <input type="checkbox"/> | 655 |
| . OPRESION PRECORDIAL | 656 | 657 | 657 | <input type="checkbox"/> | 657 |
| . DOLOR TORACICO | 658 | 659 | 659 | <input type="checkbox"/> | 659 |
| . "MAREO" | 660 | 661 | 661 | <input type="checkbox"/> | 661 |
| . FATIGA | 662 | 663 | 663 | <input type="checkbox"/> | 663 |
| | | | | | |
| . SUDORACION | 664 | 665 | 665 | <input type="checkbox"/> | 665 |
| . DISTERMIAS (ALTERNANCIAS CALOR/FRIO) | 666 | 667 | 667 | <input type="checkbox"/> | 667 |
| | | | | | |
| . SUDORACION MANOS | 668 | 669 | 669 | <input type="checkbox"/> | 669 |
| . POLAQUIURIA | 670 | 671 | 671 | <input type="checkbox"/> | 671 |
| | | | | | |
| . OTROS | 672 | 673 | 673 | <input type="checkbox"/> | 673 |

74 SUEÑO

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 1. Sin alteraciones | 5. Insomnio total |
| 2. Insomnio proximal | 6. Hipersomnia |
| 3. Insomnio distal | 7. Sonambulismo |
| 4. Despertar frecuente | 8. No |

675 PESADILLAS

1. No 2. Sí 3. Episodios aumentados 4. No

TOXICOMANIA

675 RELACION ACTUAL CON EL TOXICO

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1. No toxicomania | 4. Cuadro de abstinencia |
| 2. Psicotoxicidad | 5. No |
| 3. Dependencia | |

675

676

677

EXPLORACION SOMATICA

677 1. Sin alteraciones 2. Alterada 3. No

- 678 PESO (en Kg.)
- 679 FRECUENCIA CARDIACA EN DECUBITO
- 680 FRECUENCIA RESPIRATORIA EN DECUBITO
- 681 TENSION ARTERIAL SISTOLICA (en mm Hg.)
- 682 TENSION ARTERIAL DIASTOLICA (en mm Hg.)
- 683 TEMPERATURA

| | | | |
|-----|--|--|-----|
| | | | 878 |
| 879 | | | 881 |
| 880 | | | 884 |
| | | | 886 |
| 887 | | | 889 |
| 890 | | | 892 |
| 893 | | | 895 |

SIGNOS DE ABSTINENCIA / INTOXICACION

1. No 2. Sí 3. No

- 684 LAGRIMOS
- 685 ESCALOFRIOS
- 686 RINORREA
- 687 HIPEREMIA CONJUNTIVAL
- 688 PILOERRECCION
- 689 SEQUEDAD BOCA
- 690 BOSTEZOS

| | | | |
|-----|--|--|-----|
| 896 | | | 897 |
| 898 | | | 899 |
| 900 | | | 901 |

691 PUPILAS

1. Sin alteraciones 3. Hiperfólicas
2. Mioticas 4. No

| | |
|--|-----|
| | 902 |
|--|-----|

692 SIGNOS NEUROLOGICOS FOCALES

1. No 2. Sí 3. No

-
- 1. No 693 AFASIAS
- 2. Sí 694 APRAXIAS
- 3. No 695 AGNOSIAS

| | |
|--|-----|
| | 903 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| | 904 |
| | 905 |
| | 906 |

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

BIOLOGICAS

| 1. No realizada | 2. Normal | 3. Anormal | |
|-----------------------------------|-----------|------------|--|
| 696 HEMOGRAMA | | 697 | TAC |
| 698 PRUEBAS FUNCIONALES HEPATICAS | | 699 | LCR |
| 700 PRUEBAS FUNCIONALES RENALES | | 701 | OTRAS CONSTANTES BIODI- MICA SANGRE |
| | | | |
| 702 PRUEBAS TIROIDEAS | | 703 | TSU |
| 704 ECG | | 705 | OTRA |
| | | | |
| 706 EEG | | | |

PSICOLOGICAS

| | | |
|--------|-----|--------------|
| WAIS : | 707 | MANIPULATIVO |
| | 708 | VERBAL |
| | 709 | TOTAL |

| | | |
|-----------|-----|----|
| MPI : | 710 | L |
| (Notas T) | 711 | P |
| | 712 | K |
| | 713 | Ba |
| | 714 | D |
| | 715 | Bq |
| | 716 | Pd |
| | 717 | Hf |
| | 718 | Pt |
| | 719 | Pa |
| | 720 | So |
| | 721 | Ma |
| | 722 | Sc |

| | |
|-----|--------------------|
| 723 | BECK |
| 724 | HAMILTON ANSIEDAD |
| 725 | HAMILTON DEPRESION |
| 726 | OVERALL |
| 727 | CCV |

| | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|-----|
| 907 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 908 |
| 909 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 910 |
| 911 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 912 |

| | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|-----|
| 913 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 914 |
| 915 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 916 |

| | |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | 917 |
|--------------------------|-----|

| | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 919 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 920 |
| 921 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 922 |
| 923 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 924 |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 925 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 926 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 927 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 928 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 929 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 930 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 931 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 932 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 933 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 934 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 935 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 936 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 937 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 938 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 939 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 940 |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 941 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 942 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 943 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 944 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 945 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 946 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 947 |

DIAGNOSTICOS

728-731 ICD-9

DSM-III

732-735 EJE I

735-739 EJE II

740-741 EJE III (Codifique según ítem 401-410)

742-743 EJE IV

744-745 EJE V

AL CUMPLIMENTAR
HISTORIA

REVISION
A LOS 6 MESES

463

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 466
 979

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 978

967

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 966
 975

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 975

984

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 983
 987

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 986

984

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 983
 987

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 986

989

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 988
 992

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 991

989

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 988
 992

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 991

997

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 996
 1000

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 999

997

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 996
 1000

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 999

1039

1040

1041

1042

RESUMEN

OBSERVACIONES

746 RIESGO SUICIDA

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 1. <i>Bajo-ausente</i> | 3. <i>Intenso</i> |
| 2. <i>Discreto</i> | 4. <i>No</i> |

1043

747 RIESGO CONDUCTA VIOLENTA

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 1. <i>Bajo-ausente</i> | 3. <i>Intenso</i> |
| 2. <i>Discreto</i> | 4. <i>No</i> |

1044

748 RIESGO MUERTE SUBITA

1. *No* 2. *Si* 3. *No*

1045

749 RIESGO FUGA

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 1. <i>Bajo-ausente</i> | 3. <i>Intenso</i> |
| 2. <i>Discreto</i> | 4. <i>No</i> |

1046



HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU
CENTRAL UNIVERSITARI DE LA FACULTAT DE MEDICINA DE
LA UNIVERSITAT AUTONOMA DE BARCELONA

DISPENSARIO DE PSIQUIATRIA

QUESTIONARIO DE CAMBIOS VITALES (CCV)

Apellidos Nombre

Marcar con una cruz los ítems elegidos
Dejar en blanco la columna de la derecha

| | | |
|--|---|---|
| NUMERO DE HISTORIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | NUMERO DE CCV <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| EDAD <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| SEXO 1. Masculino 2. Femenino | | <input type="checkbox"/> |
| ESTADO CIVIL (Márquese un sólo ítem) 1. Soltero 3. Viudo 2. Casado (o pareja estable).... 4. Separado-divorciado | | <input type="checkbox"/> |
| NATURALEZA 1. Barcelona 3. Resto España 2. Resto Catalunya | | <input type="checkbox"/> |
| PROFESION (Márquese un sólo ítem) 1. Sin profesión 4. Obrero 2. Estudiante 5. Empleado 3. Ama de casa 6. Otra | Especificar | <input type="checkbox"/> |

SITUACION LABORAL (Márquese un sólo ítem)

- | | |
|-------------------|---|
| 1. Parado | 6. Invalidez laboral(transitoria y permanente |
| 2. Fijo | 7. Subempleo |
| 3. Eventual | 8. No trabaja |
| 4. Autónomo | 9. Otra (especificar) |
| 5. Jubilado | |

FECHA INICIO ENFERMEDAD

FECHA INGRESO ACTUAL

DIAGNOSTICO DSM-III

Eje I

.....

Eje II

.....

Eje III

.....

Eje IV

.....

Eje V

.....

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Nº INGRESOS ANTERIORES Y FECHAS

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-------|---|--|--|--|--|--|--|
| - | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| - | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| - | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| - | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| - | <input type="checkbox"/> | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

MEDICO RESPONSABLE

CUESTIONARIO

| ECONOMICOS | 1. Si | 2. No | 3. Ns | |
|---|-------|-------|-------|--------------------------|
| 1. Disminución de los ingresos económicos mensuales mayor del 25% del salario | | | | <input type="checkbox"/> |
| 2. Disminución de los ingresos económicos mensuales menor del 10% del salario | | | | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pérdidas económicas (negocios, bolsa, robo, fraude, estafa, daños en la vivienda) mayor de 100.000 R\$ | | | | <input type="checkbox"/> |
| 4. Préstamo o hipoteca mayor de 250.000 R\$ | | | | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mejoría económica significativa | | | | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | |
| FAMILIARES | 1. Si | 2. No | 3. Ns | |
| 6. Muerte del cónyuge | | | | <input type="checkbox"/> |
| 7. Enfermedad grave del cónyuge (aguda, crónica o incapacitante) .. | | | | <input type="checkbox"/> |
| 8. Enfermedad mental del cónyuge | | | | <input type="checkbox"/> |
| 9. Alcoholismo del cónyuge | | | | <input type="checkbox"/> |
| 10. Embarazo | | | | <input type="checkbox"/> |
| 11. Embarazo no deseado | | | | <input type="checkbox"/> |
| 12. Aborto espontáneo | | | | <input type="checkbox"/> |
| 13. Aborto provocado | | | | <input type="checkbox"/> |
| 14. Esterilidad confirmada | | | | <input type="checkbox"/> |
| 15. Matrimonio | | | | <input type="checkbox"/> |
| 16. Matrimonio obligado por embarazo | | | | <input type="checkbox"/> |
| 17. Separación conyugal | | | | <input type="checkbox"/> |
| 18. Infidelidad conyugal | | | | <input type="checkbox"/> |
| 19. Disputas conyugales frecuentes. Relación conflictiva | | | | <input type="checkbox"/> |
| 20. Cónyuge deja el trabajo | | | | <input type="checkbox"/> |
| 21. Muerte de un hijo | | | | <input type="checkbox"/> |
| 22. Enfermedad grave de un hijo | | | | <input type="checkbox"/> |
| 23. Enfermedad mental de un hijo | | | | <input type="checkbox"/> |

FAMILIARES (continuación) 1. Si 2. No 3. Ns

- 24. Abandono del hogar por un hijo menor de 18 años
- 25. Relación padres-hijo conflictiva
- 26. Atentado sexual a un hijo/a
- 27. Nacimiento de un hijo
- 28. Adopción de un niño
- 29. Fracaso escolar de un hijo
- 30. Inicio trabajo hijo
- 31. Interrupción trabajo hijo
- 32. Matrimonio hijo
- 33. Matrimonio hijo contra voluntad padres
- 34. Muerte familiar próximo
- 35. Convivencia con suegros (padres)
- 36. Incorporación nuevo miembro a la familia (no hijo)
- 37. Problemas legales de un familiar en primer grado

LABORALES 1. Si 2. No 3. Ns

- 38. Pérdida trabajo por crisis empresa
- 39. Despido por conflicto laboral
- 40. Paro mayor de 18 meses
- 41. Paro mayor de 6 meses
- 42. Cambio de trabajo satisfactorio
- 43. Nuevo empleo insatisfactorio
- 44. Trabajo eventual
- 45. Trabajo mal remunerado
- 46. Peligrosidad del trabajo
- 47. Accidente de trabajo
- 48. Pluriempleo. Horas extras
- 49. Cambio de lugar de trabajo en la empresa (responsabilidad, compañeros)
- 50. Cambio de horario de trabajo. Cambio de turno

