

11241
2 ej 10

U N A M

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

T E S I N A

REALIZADA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD
EN PSIQUIATRIA.

PRESENTA EL DR. FRANCISCO JOSÉ MARTINEZ MADRIGAL.

[Handwritten signature]

SELLA DE ORIGEN

MEXICO D.F. ENERO DE 1986.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

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

Ya que aproximadamente una de cada 100 personas padece un trastorno mental, que llamamos Esquizofrenia, algunas de ellas requerirán un cierto período de hospitalización y serán reintegradas a la vida social; otras ni siquiera precisarán internamiento, y otras, aún, pasarán por la vida - sin más diagnóstico que el de exébricas, raras o vagas y, en algún caso, el de elegidas o santas.

La esquizofrenia, historia de un destino humano, es un concepto sin duda, provisional. Quizás el concepto provisional más permanente de la medicina; lleva casi un siglo de provisionalidad.

Escribió Karl Jaspers: Aparte de otras muchas acepciones, designa teóricamente todas las enfermedades mentales cuyo proceso se inicia en un momento determinado, sin que el paciente pueda volver al estado anterior y cuyo origen es atribuible a una lesión cerebral conocida.

Bien poca cosa, es cierto; pero, a pesar de esa generalidad, se reconoce por los psiquiatras entrenados de todo el mundo que realizan un serio esfuerzo por aunar lenguajes y criterios, cansados ya de intromisiones falsificadoras. Lenguaje y criterios nacidos en la clínica y para la clínica con hombres como BIRNBAUM, BLEULER, GRUHLE, MAYER-GROSS y tantos otros, cuando no con los propios enfermos.

Hablar de esquizofrenia exige sujetar las riendas de la ocurrencia y la improvisación, referirse de continuo a -- Kraepelin en la misma medida en que versar sobre neurosis requiere remitirse a Freud, aunque se discrepe de ellos.

Si los problemas planteados por la esquizofrenia "en -- los últimos cien años han ocupado más investigaciones, investigadores, más tiempo y más dinero y energía que todos los restantes problemas de la psiquiatría juntos" (Grinker) en nuestros días constituyen el núcleo de la teoría psiquiátrica sometidos a continuados ensayos de redefinición, como reflejo de los cambios en las estrategias del pensamiento que, en esencia, pueden resumirse así:

1.- La esquizofrenia es un síndrome idiopático que obedece a causas heterogéneas.

2.- Se pretende un superior rigor de conceptualización que unifique criterios y permita diagnósticos y estrategias terapéuticas comunes.

3.- El diagnóstico requiere descartar cualquier enfermedad concomitante.

4.- Los subtipos clásicos (hebefrénica, catatónica, paranoide) pierden paulatinamente validéz, pero se mantienen como eje de referencia.

5.- Se sopesa con mayor celo el valor relativo del curso y de los síntomas, del estudio longitudinal y del corte transversal, pues ni uno ni otro bastan para definirla.

En ningún otro capítulo de la ciencia adquiere mayor -- sentido la máxima evolucionista de que sólo se entiende un proceso cuando se conoce su pasado. Se verá entonces que -

la esquizofrenia no es un mito, sino un concepto útil y, como tal, para el médico, verdadero, que ha permitido organizar los hechos y tratar, con éxito, unas formas patológicas. Ahora bien, la clave de una enfermedad nunca está en ella misma, sino en el proceso conjunto del ser en que se manifiesta y del ámbito en que este ser se alberga. De ahí el ir y venir de lo biológico a lo psicológico, de lo orgánico a lo funcional. Se ha descuidado que toda enfermedad es una reacción del organismo frente a algo; una reacción de un sistema, de una totalidad, en un intento por restablecer las interacciones normales organismo-medio distorsionadas por inadecuación entre los procesos evolutivos -- que la conformaron y las circunstancias del medio actual.

Signos y síntomas permiten reconocer los diversos planos donde se reorganiza el equilibrio homeostático, pero la definición de estos planos y, consecuentemente, el alcance dado a aquellos signos y síntomas será siempre convencional y fruto del saber propio de un tiempo. De ahí -- que se hayan superpuesto categorías no superponibles y que tantas dicotomías (procesal-reactivo, endógeno-exógeno, -- hereditario-adquirido, etc) no acierten a resolver en entidades discretas lo que la naturaleza ofrece como un continuum psicopatológico. Las formas de transición, aguijones del diagnóstico, rebrotaron una y otra vez porque, más --- allá de la confusión que generan, acreditan el aforismo de Leibniz: "Natura non facit saltus".

Gregory Zilboorg advierte cómo el arte médico nació,--- sin duda, en respuesta a la solicitud de personas que, sin tiendose enfermas, buscaron en otro el saber y la ayuda -- con que combatir su mal. La figura del médico surgió, pues, como una creación desde lo morboso. Bién al contrario, el médico alienista hubo de imponer su ejercicio a personas - que sólo excepcionalmente se reconocen enfermas, siempre - en contra de usos y costumbres sociales que no acertaron a ver en el "loco" un enfermo susceptible de tratamiento; el médico alienista hubo de cumplir tan dura tarea "sin ser - solicitado y contra terribles oposiciones, contra la volun- tad del público, contra la resolución de la autoridad le- galmente establecida y contra el precepto de una variedad- de creencias religiosas; tuvo que abrirse paso valiente--- mente frente al diablo, las iglesias y la justicia; acorra- lado por el peso del "Martillo de hechiceros", el ignomi- nioso Hexenhammer de Kramer y Sprenger; un martillo cuyo - mango ha cambiado de manos pero golpea con singular ener- gía en nuestro tiempo. El gesto de Jacobo I de Ingraterra- firmando el edicto que condenaba a la hoguera The disco--- very of witchcraft de Reginal Scot, es un símbolo, vivo to- davía, de la agobiante presión social que sofoca el enojo- so y conflictivo trabajo del psiquiatra.

La historia de la esquizofrenia es la historia misma de la psiquiatría, porque la esquizofrenia es la locura, es - la vesania, el frenesí, la alucinación, el delirio; el nu- cleo de los trastornos mentales frente al que se delimita- ron poco a poco los grandes síndromes de la psicopatología.

Ya en 1400 a. C. un fragmento hindú del Ayur Veda describe una enfermedad causada por los demonios en la que el doliente es "glotón, sucio, se pasea desnudo, ha perdido la memoria y se pasea inquieto".

En el siglo I d. C. el médico Areteo de Capadocia observó la diferencia cualitativa esencial entre los pacientes que padecían la entidad "cajón de sastre" entonces conocida como manía y, los pacientes que padecían la enfermedad descrita como " estúpidos, ausentes y ensimismados".

Sorano, en el siglo II d. C. describió ideas delirantes en pacientes que "creen ser Dios" y que "se niegan a orinar por temor a causar un nuevo diluvio". También dió descripciones cuidadosas de los estados de estupor.

La idea de tratar a las personas con trastornos mentales en vez de aislarles y cuidar de ellos simplemente surgió en el siglo XVIII; el siglo de las Luces, el Siglo de la Razón; el siglo que proclamó los derechos del hombre, liberó a los locos de las cadenas, aventuró revoluciones, y consagró la máquina de "monsieur Guillotin". Actores coetáneos pugnan por humanizar el trato de los enfermos mentales. Chiarugi en Italia, Müller en Alemania, Perfect y Harper en Inglaterra, Tuke en Estados Unidos y Philippe Pinel (1745-1826) en Francia, liberan a los locos de sus cadenas.

No obstante que las variantes propuestas por Pinel hayan sido sometidas a severas críticas, su categorización de la patología mental en Manía, "elancolía, Idiotismo y Demencia, ni duda cabe que son la primer muestra organiza

da de una clasificación de orientación científica en lo --
tocante a padecimientos mentales.

No fué sino hasta finales del siglo XIX cuando, gracias a los trabajos sistematizadores de E. Kraepelin la taxonomización de la patología mental comienza a tener difusión y comienza a dar origen a nuevos trabajos e investigaciones clínicas que permiten un mejor abordaje de dicha patología. En la sexta edición de su libro de texto, aparecido en 1899, Kraepelin propone dos grandes grupos de padecimientos que afectan la condición mental. Propone, por un lado, que existe un grupo de trastornos mentales que afectan principalmente el estado de ánimo y que se caracterizan o bien por una extrema agitación y sensación de bienestar o bien por una también extrema sensación de abatimiento y depresión, teniendo ambos padecimientos un buen pronóstico a largo plazo. Propone, por otro lado, un grupo de enfermedades que, bajo el encabezado de Dementia Praecox, caracterizan a una condición morbosa en la que el individuo afectado muestra esencialmente alteraciones en las capacidades de atención, pensamiento, afecto y la expresión de la emocionalidad; alteraciones que se presentan en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que con el tiempo se dirigen hacia el deterioro de la función mental para terminar, finalmente, en un estado demencial. Este -- último hecho contrasta notablemente con el pronóstico a -- largo plazo de los individuos afectados con padecimientos que pertenecen al primer grupo.

En el grupo de la Dementia Praecox, que es la que inte-

sa para los fines de este trabajo, Kraepelin distingue -- tres formas clinicas diferentes. Ciertamente es que toma formas clinicas descritas previamente por otros autores, pero --- logrando engranar y sistematizar armonicamente la informacion, con lo cual rebasa notablemente a todos los pensadores medicos de su epoca. Describio originalmente las siguientes variantes clinicas de la enfermedad:

a).- Hebefrenia, caracterizada esencialmente por la presencia temprana en su curso de delirios y alucinaciones -- que llevaba al individuo a un deterioro progresivo en sus procesos de pensamiento y al aplanamiento de las manifestaciones del afecto.

b).- Catatónica. variedad en la cual el predominio sgnosintomático está relacionado con la presencia de movimientos estereotipados, por la inmovilidad estuporosa o -- bien por brotes súbitos de agitación extrema combinados -- con estupor o con los movimientos estereotipados.

c).- Paranoide, la variante paranoide se caracteriza -- por la presencia de delirios, generalmente de naturaleza -- persecutoria o de daño y que se acompaña también de alucinaciones auditivas, de naturaleza condenatoria esencialmente. Esta última forma, a diferencia de las dos previas -- en las que las manifestaciones clinicas se veían seguidas de un notable deterioro en los procesos del pensamiento y del afecto, no conducía a la demenciación, pero, mantenía -- prácticamente de manera constante una constelación clinica que le caracterizaba.

La vida del término Dementia Praecox fué más bién corta pero de profundidad inmensa. En el año de 1911 aparece el libro del psiquiatra suizo E. Bleuler "La Dementia Praecox o el grupo de las Esquizofrenias" libro que, a manera de monografía, se refiere ya sistemáticamente a una condición mental por él bautizada con el nombre de esquizofrenia.

En esta monografía Bleuler hace una defensa del término y justifica la adecuación del mismo para llamarle así a la condición que califica. Desde el punto de vista clínico -- los trabajos de Bleuler se encargan de asentar y dar solidez a ciertos datos ya considerados previamente por Kraepelin. Por ejemplo menciona claramente el hecho de que el padecimiento no se presenta exclusivamente en adolescentes o en adultos jóvenes sino que, en muchos casos, daba comienzo en individuos ya bién entrados en la vida adulta. -- Mostró también, cosa que ya había pergeñado el mismo Kraepelin, que el curso de la enfermedad no conducía irremisiblemente a la demenciación y de hecho menciona textualmente:

"Con el término "Dementia Praecox" o Esquizofrenia", nos referimos a un grupo de psicosis cuyo curso crónico a veces marcado por ataques intermitentes y que se puede detener o tener retroceso en cualquier etapa (Pag. 9 de la monografía).

Uno de los esfuerzos y logros de Bleuler fué el de encontrar fenómenos comunes al trastorno esquizofrénico, por

un lado, y por el otro, encontrar datos característicos - que, dentro de esa unidad, permitieran la diferenciación - de cada uno de los subtipos de la enfermedad.

Propuso, como elementos de unificación de la enfermedad, que el trastorno estaba relacionado específicamente con al teración del paciente con el mundo externo. Dentro de sus esfuerzos propone, asimismo, la distinción entre síntomas fundamentales y síntomas accesorios. Los primeros son los que se muestran única y exclusivamente en la esquizofre-
nia en tanto que los segundos pueden presentarse en otros tipos de patología mental, pese a que entre estos el autor considera a las alucinaciones auditivas, fenómenos que --- es notoriamente evidente en la enfermedad. Lo mismo puede decirse con respecto a las ideas delirantes. Es con Bleu-
ler que aparece un nuevo subtipo clínico de la enfermedad - la Esquizofrenia Simple, en la que no se presentan alucina-
ciones ni delirios, sino solamente una modificación sus-
tancial en la vida del paciente en su relación con los demás. Propuso también que la signosintomatología de la en-
fermedad podía clasificarse en primaria y secundaria. Las manifestaciones primarias, dice Bleuler, son el efecto di-
recto e inmediato de la enfermedad, en tanto que las mani-
festaciones secundarias son debidas al ajuste que hace la mente enferma ante la aparición de las manifestaciones pri-
marias.

En la perspectiva clínica se puede resumir la aportación de Bleuler en las cuatro ~~As~~ del autor:

- Asociación, trastornos en la. En los cuales hay una tendencia a la fragmentación del pensamiento, debido a la intrusión de ideas bizarras ilógicas e irrelevantes.

- Afecto, alteraciones en el. Caracterizadas por incongruencia entre el pensamiento y la expresión emocional que le acompaña, en algunos casos hay falta total de expresión afectiva y en otros la manifestación de afecto está fuera de proporción con respecto al estímulo que la desencadena.

- Autismo, que implica una condición en la cual el paciente abandona las significaciones convencionales y tiene una vida interior de intensa fantasía, finalmente se encuentra la

- Ambivalencia, en la cual hay un conflicto psicológico que tiene su asiento en la emergencia simultánea de pensamientos y sentimientos mutuamente incompatibles, que se presenta ante determinadas personas y situaciones.

Otro autor que se considera importante en el desarrollo tanto del concepto como de la descripción clínica del padecimiento es Kurt Schneider quién, en 1942, establece una ordenación psicopatológica y propone la existencia de fenómenos del primer tipo o rango y del segundo.

A los fenómenos del primer rango pertenecen los siguientes y se considera esquizofrénico a un paciente con uno o más de los siguientes síntomas si existe claridad de conciencia y no se verifica enfermedad somática concomitante:

- Sonorización del pensamiento.
- Oír voces que dialogan entre sí.

- Oír voces que acompañan con comentarios los actos -- propios.

- Vivencias de influenciación corporal.

- Robo del pensamiento y otras influencias sobre el -- mismo.

- Difusión del pensamiento.

- Percepción dilusiva.

- Todo lo vivido como hecho o influenciado por otros -- en el campo del sentimiento, de las tendencias y de la voluntad.

Síntomas de segundo orden:

Si sólo ellos se hallan presentes, el diagnóstico seguirá por las conexiones existentes dentro del conjunto clínico:

- Restantes errores sensoriales.

- Ocurrencias delusivas.

- Perplejidad.

- Distimias alegres y depresivas.

- Algunos otros.

Síntomas por parte de la expresión.

Alcanzan desde la actitud corporal hasta el modo de --- verbalización de las más complejas vivencias, pasando por la mímica, la escritura y el conjunto de manifestaciones - que enmarcan al enfermo esquizofrénico; el "aire esquizo--frénico" o el "soplo de lo rgánico" que "soplan sobre el - observador avezado sin que éste pueda reducir a conceptos-- ni convencer a otra persona que no los percibe". (Weit----bretch).

"El valor que se otorgue a tales ligeros rasgos depende, por completo, de la subjetividad de aquel que los enjuicia" (K.Schneider).

A lo largo de la historia del padecimiento, se han añadido varios subtipos de esquizofrenia, que aparecen y desaparecen dentro de las diferentes clasificaciones que se han hecho. En el año de 1934 la Asociación Psiquiátrica Americana añade a los cuatro tipos existentes hasta ese entonces, un tipo más llamado "Otra", dentro de la cual se incluyen las variantes que no se ajustan a los tipos previamente descritos.

El primer Manual Estadístico de la misma asociación aparecido en 1952 se encuentran enlistados los tipos Episodio Agudo, Crónica indiferenciada, de la Infancia y el tipo Residual.

En el segundo Manual de la misma asociación DSM-II aparece la esquizofrenia Latente.

Finalmente en el tercer manual de esa asociación, DSM-III se hace una reducción y de los once tipos hasta esa fecha descritos quedan solamente cinco categorías, en las que se conserva las tres variantes propuestas originalmente por Kraepelin, aunque ahora a la variedad hebefrénica se le llama desorganizada, añadiéndose un tipo indiferenciada y la categoría calificada como Residual, en la que se incluyen a los pacientes que muestran de manera crónica algunos de los datos de la enfermedad, sin que pueda integrarse en ellos la entidad completa.

Otro clínico, Klaus Conrad se dedica a estudiar profundamente las fases por las que atraviesa el enfermo esquizofrénico y propone los estadios de Trema, Apofanía y Apocalipsis para referirse a cada una de las etapas por que se cursa desde el inicio hasta la ruptura total del paciente.

El estudio de las fases de la enfermedad ha sido abordado por múltiples autores y practicamente cada uno de ellos propone nombres diferentes para calificarlas.

Minkowski hace contribuciones de interés a la fenomenología psicopatológica del enfermo esquizofrénico y habla de las alteraciones en el discurrir y de los severos trastornos en el transcurrir que se presentan en el esquizofrénico.

Dos autores que se dedicaron enfáticamente a la diferenciación clínica fueron Kleist y Leonhard quienes proponen, en 1960, solamente para la variedad paranoide de la enfermedad la existencia de un total de siete subtipos diferentes, sin incluir al problema de la parafrenia, mismo que, por si sola, amerita en sus consideraciones un capítulo aparte.

De entre los abordaje del mismo fenómeno desde otras perspectivas mencionaremos solamente unas cuantas mas, ya que se cuentan por docenas, debido a que prácticamente cada corriente y cada escuela psiquiátrica han emitido su-

opinión al respecto. Para muestra de ello bastará con ---- mencionar las teorías comunicacionistas de la escuela de -- Bateson en Palo Alto, las proposiciones de Lacan y el movimiento antipsiquiátrico de Laing y Cooper. La corriente -- dinámica también ha expresado sus puntos de vista, esen--- cialmente por medio de los trabajos de M. Klein y en gene-- ral de la escuela ingresa. No se entrará en detalles acerca de los autores mencionados.

El esfuerzo realizado por tantos investigadores no re-- suelve por sí solo el problema de la validación científica del diagnóstico, es decir, el método tradicional de hacer-- una descripción detallada de caso por caso, no proporciona un método ni sencillo ni completamente válido de llegar al diagnóstico. De hecho, la tendencia actual con respecto al problema, se dirige a considerar la esquizofrenia como un-- síndrome, orientación que permite un abordaje flexible y - metódicamente sistemático para enfrentarse a las dificul-- tades clínicas propias del padecimiento en cuestión.

De estos intentos mencionaremos en primer lugar la Escala Psiquiátrica Multidimensional para internados (EPMI) y-- la Escala de Evaluación del Estado Actual (EEA).

La EPMI, desarrollada por Lorr y cols. en 1963 consis-- te en 75 tópicos cuidadosamente seleccionados, descritos y ordenados, que relatan una amplia gama de signos y sínto-- mas observados durante una entrevista psiquiátrica conven--

cional y que, una vez realizada la entrevista y registrados el comportamiento y las respuestas del paciente, los resultados se cotejan con los tópicos descritos en la escala, para darles calificación de acuerdo a la frecuencia y a la intensidad con la que se presentan. Los 75 ítems descritos por la escala EPMI pueden ser reducidos a un número menor de signos y síntomas y quedar así agrupados en síndromes psicóticos. Cuatro de los síndromes a los que se reducen los tópicos de esta escala corresponden a las categorías diagnósticas como pertenecientes a las enfermedades maniáco depresivas y a los síndromes orgánicos. Los seis restantes caen dentro de la categoría de los trastornos pertenecientes a la esquizofrenia.

En la Tabla 1 se hace el resumen de los datos pertinentes. Del análisis de la tabla se desprenden el hecho de que la sintomatología considerada esquizofrénica continuando siendo la misma que consideraron tanto Kraepelin como Bleuler en sus trabajos iniciales. Por ejemplo, lo que en esta escala se califica como desorganización conceptual, se corresponde puntualmente con lo que Bleuler llama trastorno del pensamiento; las modificaciones relatadas en la tabla como retardo y apatía corresponden, de igual manera, al trastorno del afecto descrito por el psiquiatra suizo.

El Exámen del Estado Actual, EEA, es una entrevista estandarizada y es al mismo tiempo una cédula de registro de varios signos y síntomas. Ha sido desarrollado a lo largo de varios años por Wing, Cooper y Sartorius y consiste en un glosario que contiene definiciones de 140 síntomas vis-

tos frecuentemente en pacientes psicóticos y neuróticos -- y la cédula de registro que permite al clínico anotar la presencia o ausencia de tal o cual síntoma y permite calificar su intensidad. Los datos que se obtienen se registran directamente durante la entrevista psiquiátrica. Este sistema de registro permite combinar específicamente los 140 síntomas y elaborar con ellos un total de 38 síndromes generales y partir de ellos para la elaboración de categorías diagnósticas específicas. Una versión modificada de este instrumento fué utilizada en un estudio multicéntrico realizado por la Organización Mundial de la Salud, en el que se aplicó el método a un total de mil pacientes psicóticos en varias partes del mundo.

En la tabla 2 se muestran algunos de los ítems del instrumento y se muestran las características mas típicamente consideradas dentro de la constelación esquizofrénica.

Mediante los datos que se reportan se puede realizar un análisis que arroja como conclusión el hecho de que siguen siendo los trastornos descritos por los pioneros del area las que se toman en consideración para el diagnóstico de la enfermedad. Por ejemplo: lo mencionado en la tabla como restricción afectiva y habla incoherente no son sino los trastornos en el afecto y en el pensamiento propuestos inicialmente por Bleuler.

Los estudios realizados por Gerald, llevados a cabo en el Instituto de Investigaciones en Salud Mental de la Uni-

versidad de Michigan, en donde se realizó una evaluación y un listado de indicadores fisiológicos, psicológicos y bioquímicos, en un intento de diferenciar entre sí a los pacientes esquizofrénicos y mediante ello tener una idea más clara respecto al pronóstico. Otra aportación considerable lo constituyen los trabajos de Kantor y cols. en el que se estudia la historia premórbida del paciente y con ello, de acuerdo a los resultados del estudio, se posibilita el hacer consideraciones pronósticas. Un resumen de lo más importante de este trabajo se anota en la tabla 3.

Índice de Esquizofrenia de New Haven

(New Haven Schizophrenia Index, NHSI, 1972) Astrachan y colaboradores elaboraron la lista de síntomas basándose en una definición operacional de esquizofrenia formalizando lo que hay de común en los caracteres distintos usados por los clínicos. (Tabla#4).

Criterios de Feighner.

Un grupo de investigadores de la Universidad de San Luis, dirigidos por Feighner, dieron a conocer en 1972, sus criterios operacionales para el diagnóstico de esquizofrenia retomando la idea kraepeliana de establecerlo por el curso. Muchos de estos criterios han sido incluidos en el DSM-III. (Tabla # 5).

R D C (Research Diagnóstico Criteria).

Propuesto en 1978 por Spitzer, Endicott y Robins, es una reelaboración, con ciertas ampliaciones, de los criterios de Feighner. Sostiene básicamente los síntomas de primer rango de K. Schneider, cuya presencia ha de mantenerse al menos durante dos semanas. Si existe un componente afectivo muy notorio deberá clasificarse el cuadro como desorden esquizoafectivo. Puede utilizarse entrevista abierta o mediante los protocolos tipificados de la "Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia" (SADS). Permite flexibilidad en la relación con diversos grados de certeza: enfermedad no presente, probable o segura; Deben cumplirse los criterios A, B y C para catalogar el episodio. (Ver tabla # 6).

D S M - III. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

La nueva versión del manual de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA 1980) deriva directamente de la RDC y de los criterios de Feighner y confirma la creciente desconfianza de los psiquiatras norteamericanos frente a nosologías no específicas (Elimina por ejemplo los criterios de endógeno y reactivo por fundamentarse en etiologías no confirmadas de modo empírico.). Establece categorías solo por sus manifestaciones, procura una evaluación multiaxial y propone criterios operacionales de diagnóstico, aunque las definiciones que ofrece no sean suficientemente claras. Su mayor inconveniente estriba, quizás,

en la excesiva fragmentación y rigidez. Por lo que se refiere a la esquizofrenia intenta unificar en un eje dos caracteres independientes: el cuadro transversal y la evolución longitudinal, lo que diversos autores (Fenton, Mosher y otros) han denunciado como su mayor insuficiencia metodológica. (Ver tabla 7).

Robins, Winokur, Guze y cols. han llevado a cabo una serie de estudios, intentando desarrollar criterios para el diagnóstico psiquiátrico que puedan ser utilizados en estudios de investigación para desarrollar grupos homogéneos (Feighner y cols. 1972).

Afirmaron que, sobre la base de sus propios estudios y los estudios de otros científicos, en el presente hay solo 14 enfermedades psiquiátricas que necesitan sus criterios para una entidad de diagnóstico válida. Las enfermedades son principalmente: Trastornos afectivos, Las esquizofrenias, Las neurosis de ansiedad, la neurosis obsesivo-compulsiva, la neurosis fóbica, la histeria, trastorno de la personalidad antisocial, el alcoholismo, la dependencia de drogas, el retraso mental, Síndrome Cerebral Orgánico, La homosexualidad, el transexualismo, y la anorexia nervosa.

Un importante componente de la no fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico es la variabilidad del comportamiento del clínico al recoger la información clínica. Esta variabilidad puede hacerse menor utilizando hojas de entrevista

ta estructuradas.

Spitzer y cols (1964), Wing y cols (1976) y Spitzer y--
Endicott (1970) han desarrollado escalas de porcentajes --
con hojas de entrevista estructuradas que son utilizadas -
por el entrevistador para obtener información. De este mo-
do, se pregunta a cada paciente las mismas cosas en el ---
mismo orden, de tal forma que es más probable que las dife-
rencias entre los pacientes, en lugar de ser debidas a di-
ferencias en el comportamiento de los entrevistadores al -
entrevistar, sean reales. Se ha demostrado que los porcen-
tajes de síntomas basados en estas entrevistas son fiables
y válidos.

Programas de Computadora.

Se puede formar a los clínicos para hacer observaciones
fiables de los síntomas psiquiátricos con la utilización -
de escalas de porcentajes cuidadosamente construidas si se
especifican claramente las definiciones de los ítems. Se -
han desarrollado programas de computadora para el diagnós-
tico psiquiátrico que utilizan estas observaciones clíni-
cas como información. Aplicando un conjunto de algoritmos,
el programa de computadora integra los datos para produ--
cir uno o varios diagnósticos psiquiátricos.

Hay varias ventajas en los diagnósticos generados por -
computadora. En primer lugar, necesariamente hay una fia--

bilidad mas o menos perfecta en el sentido de que, dados los mismos datos, el programa de computadora siempre proporciona el mismo diagnóstico. En segundo lugar, el programa de computadora puede utilizar reglas desarrolladas a partir de una muestra de pacientes mayor y más diversa, que cualquier clínico puede dominar. Además, las reglas por las que una computadora asigna un diagnóstico son explícitas y públicas. Por último, la formulación de reglas basadas empíricamente es un avance para la comprensión científica de la compleja relación entre las características de los síntomas y el diagnóstico.

Spitzer, Endicott y cols (1968, 1969, 1974) han utilizado un modelo no estadístico, llamado enfoque de decisiones ramificadas. En este método, el programa de computadora se convierte en una secuencia de declaraciones que se evalúan cada una de ellas como verdadera o falsa. La verdad o la falsedad de cada declaración excluye a uno o varios diagnósticos y determina qué declaración ha de examinarse a continuación. Este enfoque es similar al método de los diagnósticos diferenciales utilizados por los clínicos al hacer un diagnóstico psiquiátrico. Tiene la obvia ventaja con respecto a los dos modelos estadísticos, de que no requiere una base de datos y no depende de las características específicas de una muestra de desarrollo.

Un enfoque de decisiones ramificadas ha sido utilizado en tres programas de computadora, el DIAGNO, DIAGNO II y -

DIAGNO III. Los dos primeros programas se han utilizado -- en varios proyectos de investigación para describir mues-- tras de sujetos, seleccionando sujetos para experimentos -- en estudios epidemiológicos y transculturales e investigando problemas de clasificación. El DIAGNO III es el más complicado de los programas de decisiones ramificadas lógicas y utiliza información tanto de la psicopatología actual y anterior como de los datos informativos. Hace multiples -- diagnósticos y señala los diagnósticos más probables, así-- como los diagnósticos que se deben de considerar. El resultado incluye 79 diagnósticos estándar del DSM II. Aumen-- tando el valor del programa como ayuda para los clínicos -- en el proceso diagnóstico diferencial, una subrutina indica al clínico la lógica utilizada por el programa para --- llegar a sus conclusiones.

Se ha evaluado la validés de los programas DIAGNO exa-- minando el acuerdo entre los diagnósticos del programa y -- los diagnósticos realizados por expertos que examinaron -- los protocolos rellenos por los clínicos que conocían a -- los pacientes (los datos directos utilizados por el programa de computadoras). El acuerdo entre los diagnósticos computarizados y los diagnósticos realizados por los clínicos fué tan bueno como el acuerdo entre los expertos, Este a-- cuerdo indica que la computadora sintetizó los datos a --- partir de los protocolos igual que los expertos. Además, -- el nivel de acuerdo es comparable a la fiabilidad interjueces del diagnóstico psiquiátrico, es decir, los valores -- están en los 40.

Overall forma la escala Brief Psychiatric Rating Scale- (BPRS) junto con Gorham en 1962, de esta forma se intenta- crear métodos de fácil manejo para la detección de padeci- mientos, para seguir su evolución, para realizar estudios- comparativos en relación a la utilización de cierto trata- miento, en especial la psicofarmacoterapia. Cuenta con 18_ ítems con una escala de calificación del 0 al 7, ésta es- cala es entonces aplicada junto con el DSM III. (Ver ta- bla # 8).

De acuerdo con lo expuesto en líneas anteriores se ob- tiene la conclusión que las descripciones tanto de Kraepe- lin como de Bleuler siguen siendo básicas en el diseño de- instrumentos que están encaminados a refinar y validar el- diagnóstico de la esquizofrenia.

Sin embargo, y a pesar de tantas dificultades, la esqui- zofrenia se mantiene desde Kraepelin con suficiente estabi- lidad, lo que obliga a proseguir los esfuerzos para afinar los criterios diagnósticos.

En nuestro tiempo se perfilan tres grandes orientació- nes diagnósticas:

- 1.- La de los continuadores de Kraepelin, que han acuñá- do el concepto eje de "esquizofrenia verdadera" (Feighner, Kety y otros). El diagnóstico solo debe mantenerse si la - enfermedad aboca a cronificación y defecto.

2.- La de quienes, de acuerdo con Bleuler, alzapriman -- la sintomatología, en corte transversal, sobre el curso -- evolutivo (Schneider, Langfeldt y otros).

3.- La de quienes han promovido la elaboración de definiciones operacionales de la enfermedad (DSM-III) y exigen para establecer el diagnóstico la presencia de unos -- síntomas mínimos y el cumplimiento de ciertas condiciones -- de unos conjuntos.

TABLA No. 1

SINDROMES ESQUIZOFRENICOS SEGUN EPMI

Síndrome	
Desorganización conceptual	Se dan respuestas irrelevantes; incoherentes; se usan neologismos.
Apatía y retardo	Indiferentes ante su futuro; apatía a los problemas propios; incapacidad de responder a las preguntas; apariencia desaliñada.
Distorsión perceptual	Escucha voces que le acusan o condenan, escucha voces que le amenazan y le castigan; se reportan alucinaciones táctiles, gustatorias y olfatorias.
Proyección paranoide	Preocupación por creencias delirantes, piensa que la gente habla de él; piensa que la gente controla sus acciones.
Expansividad grandiosa	Cree que tiene una misión divina para cumplir, piensa que tiene poderes supernaturales piensa que es una persona acreditada y conocida.
Trastornos motores	Se muestran gestos peculiares y repetitivos; se muestra con muecas idiosincráticas y posturas peculiares y rígidas.

Adaptado de la Escala Psiquiátrica Multidimensional --- para Internados, Lorr, Klett y McNair. (1963).

Nota: A primera vista parecería válido el comparar las categorías descritas en esta escala con las categorías --- descritas por el manual de la APA #2 (DSM-II) en donde se describen subtipos de esquizofrenia, pero en tanto que el manual representa grupos de pacientes, la escala representa grupos de signos y síntomas, de allí que la comparación no pueda hacerse válida.

TABLA # 2

ESTUDIO DE LA OMS SOBRE SINTOMAS ESQUIZOFRENICOS.

Síntomas de acuerdo a EEA ¹	Observación en la entrevista/preguntas.
Habla incoherente	Flujo libre y espontáneo del lenguaje incoherente.
Restricción afectiva	Inexpresividad facial. No se muestra ninguna emoción.
Pensamiento en alto	Piensa ud. que sus pensamientos está siendo difundidos o transmitidos? Le parece que sus pensamientos son en voz alta o los escucha?.
Delirios generalizados	Que tan amplios son los delirios del paciente? -- Que tantas áreas de su vida se ven afectadas?.
Delirios bizarros	Son los delirios comprensibles?.
Delirios Nihilistas	Siente ud. que su cuerpo se descompone o se pudre? Siente que se le ha ido alguna parte de su cuerpo? (cabeza, pies, hígado?) <u>Al</u> guna vez ha pensado que no existe, que está muerto?.
Pobre autoadvertencia	Calificación general de la autoadvertencia (conciencia de enfermedad por ejem.)
Pobre rapport	Pudo el entrevistador establecer rapport con el entrevistado?.
Credibilidad de la información	Es creíble o no la información obtenida en esta entrevista en particular?

Adaptado del Estudio de Carpener, Strauss y Bartko.

1 = Exámen del estado actual.

TABLA # 3.

CRITERIOS DIFERENCIALES EN LA HISTORIA VITAL

Proceso esquizofrénico (Esquizofrenia procesal)		Esquizofrenia reactiva	
Del nacimiento al 5o. año.			
a) Trauma psicológico temprano.	a) Buena historia psicológica.	a) Buena historia psicológica.	a) Buena historia psicológica.
b) Enfermedades físicas severas o prolongadas.	b) Buena salud física.	b) Buena salud física.	b) Buena salud física.
c) Miembro raro en la familia	c) Miembro normal en la familia.	c) Miembro normal en la familia.	c) Miembro normal en la familia.
Del 5o. año a la adolescencia			
a) Dificultades en la escuela	a) Buen ajuste a la escuela	a) Buen ajuste a la escuela	a) Buen ajuste a la escuela
b) Problemas familiares ocasionados por cambios súbitos en la conducta del paciente.	b) Los problemas familiares no son paralelos a cambios en la conducta del paciente.	b) Los problemas familiares no son paralelos a cambios en la conducta del paciente.	b) Los problemas familiares no son paralelos a cambios en la conducta del paciente.
c) Intereses y tendencias del comportamiento hacia la -- introversión.	c) Intereses y tendencias del comportamiento hacia la extroversión.	c) Intereses y tendencias del comportamiento hacia la extroversión.	c) Intereses y tendencias del comportamiento hacia la extroversión.
d) Historia de rompimientos social, físico o en la -- función mental.	d) Historia adecuada de -- la función social, men-- tal y física.	d) Historia adecuada de -- la función social, men-- tal y física.	d) Historia adecuada de -- la función social, men-- tal y física.
e) Consanguíneos con patología (compañeros).	e) Compañeros normales.	e) Compañeros normales.	e) Compañeros normales.
f) Madre sobreprotectora o rechazante "mamitis".	f) Madre normal, protec--- tora.	f) Madre normal, protec--- tora.	f) Madre normal, protec--- tora.
g) Padre rechazante.	g) Padre aceptante.	g) Padre aceptante.	g) Padre aceptante.

TABLA # 3 (cont.....).

De la adolescencia a la adultez

a) Ausencia de heterosexualidad.	a) Comportamiento heterosexual.
b) Establecimiento gradual e insidioso de la psicosis sin estrés exterior-evidente.	b) Establecimiento súbito de la psicosis, estrés-identificable, establecimiento tardío.
c) Agresividad física.	c) Agresividad verbal.
d) Pobre respuesta al tratamiento.	d) Buena respuesta al tratamiento.
e) Estadía hospitalaria prolongada	e) Estadía hospitalaria corta.

Adultez

a) Paranoia masiva	a) Tendencias paranoides menores.
b) Baja capacidad ante el alcohol	b) Mucha capacidad ante el alcohol.
c) Sin componente maniácodepresivos.	c) Hay componentes maniácodepresivos.
d) Insuficiencia ante la adversidad.	d) Exitos ante la adversidad.
e) Discrepancia entre capacidad-logros.	e) Armonía entre capacidad-logros.
f) Conciencia de cambio en sí mismo.	f) No hay sensación de cambio
g) Delirios somáticos.	g) No hay delirios somáticos.
h) Conflicto entre la cultura y el medio.	h) Armonía entre cultura y medio.
i) Pérdida de la decencia (nudismo, masturbación pública, etc).	i) Se mantiene la decencia.

Adaptado de Kantor, Wallner y Winder, 1953.

TABLA # 4 .

INDICE DE ESQUIZOFRENIA DE NEW HAVEN
(New Haven Schizophrenia Index, NSHI, 1972)

- 1a. Delusiones no especificadas o distintas de las depresivas (dos puntos).
- 1b. Alucinaciones auditivas.
- 1c. Alucinaciones visuales.
- 1d. Alucinaciones otras (dos puntos por b,c o d).
- 2a. Pensamiento extravagante.
- 2b. Autismo o pensamientos privados groseramente irreales.
- 2c. Pérdida de la asociación, pensamiento ilógico, sobreinclusión (dos puntos por a,b, o c)
- 2d. Bloqueo
- 2e. Falta de concreción.
- 2f. Desrealización.
- 2g. Respersonalización (un punto por F y otro por g).
- 3. Afecto inadecuado (un punto).
- 4. Confusión (un punto.).
- 5. Ideación paranoide-pensamiento autorreferencial, suspiciosa (un punto).
- 6. Conducta catatónica:
 - 6a. Excitación.
 - 6b. Estupor.
 - 6c. Flexibilidad cerea.
 - 6d. Negativismo.
 - 6e. Mutismo.
 - 6f. Ecolalia
 - 6g. Actividades motoras estereotipadas. (Un punto por cada una desde a hasta g).

Se establece el diagnóstico de esquizofrenia a partir de cuatro puntos, uno de los cuales, al menos ha de referirse a delusiones, alucinaciones o pensamiento extravagante.

TABLA # 5 .

CRITERIOS DE FEIGNER.

Son necesarios desde A hasta C.

A. Ambos criterios son necesarios:

- 1.- Enfermedad crónica con seis meses de síntomas como mínimo antes de la evolución sin retorno al nivel premórbido de ajuste social.
- 2.- Ausencia de un período de síntomas depresivos o --- maníacos suficiente para calificarlo como desorden afectivo o probable desorden afectivo.

B. El paciente debe haber tenido al menos uno de los siguientes síntomas:

- 1.- Delusiones o alucinaciones sin perplejidad significativa o desorientación asociada con aquellas.
- 2.- Producción verbal que dificulta la comunicación a causa de una pérdida de la organización lógica o -- comprensible (en presencia de mutismo, el diagnóstico debe ser diferido).

C. Al menos tres de los siguientes síntomas para considerar el diagnóstico como definitivo y dos como probable:

- 1.- Soltero. Nunca casado.
- 2.- Pobre ajuste social premorbo o pobre historia laboral.
- 3.- Historia familiar de esquizofrenia.
- 4.- Ausencia de alcoholismo o abuso de drogas un año -- antes del comienzo de la psicosis.
- 5.- Comienzo de la enfermedad antes de los cuarenta --- años.

TABLA # 6 .

R.D.C. (Research Diagnostic Criteria).

A. Estarán presentes, al menos, dos de los siguientes puntos para considerar el diagnóstico de esquizofrenia como definitivo y uno para considerarlo como probable (si los síntomas ocurren solamente durante un período de abuso de drogas o de alcohol o de supresión de ellos no serán contabilizados aquí):

- 1.- Delusión, inserción o robo del pensamiento.
- 2.- Delusiones de control (o influencia), otras delusiones extravagantes o delusiones múltiples.
- 3.- Delusiones, distintas de las de persecución o de celos, que duran al menos una semana.
- 4.- Delusiones de cualquier tipo si se acompañan de alucinaciones al menos durante una semana.
- 5.- Alucinaciones auditivas en las cuales una voz comenta la conducta o pensamientos del sujeto o bien dos o más voces conversan entre sí.
- 6.- Alucinaciones verbales no afectivas hablan del sujeto.
- 7.- Alucinaciones de cualquier tipo a lo largo del día durante varios días, o intermitentemente, por lo menos a lo largo de un mes.
- 8.- Manifiestos trastornos formales del pensamiento acompañados por afectos embotados o inapropiados, delusiones o alucinaciones de cualquier tipo o conducta groseramente desorganizada.

B. Cualquiera de estos puntos:

- 1.- Los signos de enfermedad han persistido, al menos dos semanas desde el comienzo de un cambio observable en la condición usual del sujeto.
- 2.- El sujeto ha tenido un período previo de enfermedad que ha durado al menos, dos semanas y en el cual permanecieron signos residuales de la enfermedad; por ejem. retirada social, afectos embotados o inapropiados, desorden formal del pensamiento e ideas o percepciones anómalas.

C. En ningún momento, durante el período activo de la enfermedad, el sujeto cumplió con los criterios propios de síndrome depresivo, o maniáco, probable o definitivo, hasta un grado tal que fuera parte prominente de la enfermedad.

TABLA # 7.

DSM-III: (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders).

A. Estará presente, al menos, uno de los síntomas siguientes durante una fase de la enfermedad:

1.- Delusiones extravagantes (contenido absurdo y sin posible base real), tales como delusiones de ser controlado, sonorización del pensamiento, inserción o robo del pensamiento.

2.- Delusiones somáticas, de grandeza, religiosas (mesianicas), nihilistas y otras sin contenido de persecución o de celos.

3.- Delusiones de persecución o celopatías acompañadas de alucinaciones de cualquier tipo.

4.- Alucinaciones auditivas en las cuales una voz realiza comentarios sobre la conducta o pensamiento del sujeto o dos o más voces conversan entre sí.

5.- Alucinaciones auditivas, en diversas ocasiones, con contenido de más de una o dos palabras, sin relación aparente con la depresión o la elación.

6.- Incoherencia, acentada pérdida de asociaciones, acentuado pensamiento ilógico o acentuada pobreza de contenido en el habla si van asociados con, al menos, una de las siguientes características:

a). Afecto embotado o inapropiado.

b). Delusiones o alucinaciones.

c). Conducta catatónica u otra groseramente desorganizada.

B. Deterioración desde un nivel previo de actividad en áreas como la laboral, relaciones sociales y autocuidado (higiene).

C. Duración: signos continuos de enfermedad al menos a lo largo de seis meses, en alguna ocasión, durante la vida de la persona, con algunos signos de enfermedad en el presente. El período de seis meses debe incluir una fase activa durante la cual existan síntomas pertenecientes al grupo A, con o sin fase prodrómica o residual, según se definen mas adelante.

TABLA # 7 (continuación).

Fase prodrómica: claro deterioro de las funciones antes de la fase activa de la enfermedad, no debido a alteraciones del humor o a desórdenes por uso de drogas, con presencia, al menos, de dos de los síntomas referidos abajo.

Fase residual: persistencia, tras la fase activa de la enfermedad, de, al menos, dos síntomas reseñados abajo, no debidos a disturbios en el humor o a un desorden por uso de sustancias.

Síntomas prodrómicos o residuales:

- 1.- Aislamiento social o retirada.
- 2.- Marcado empeoramiento en el desempeño del papel como obrero, estudiante o artesano.
- 3.- Conducta peculiar acentuada (por ejem. coleccionar-desperdicios, hablar consigo mismo en público, atesorar comida).
- 4.- Empeoramiento acentuado en la higiene personal y en el vestir.
- 5.- Afecto embotado, insípido o inadecuado.
- 6.- Discurso digresivo, vago, superelaborado, circuns--tancial o metafórico.
- 7.- Ideación extraña o extravagante o pensamiento mágico (por ejem. superstición, clarividencia, telepatía, sexto sentido, "otros pueden sentir mis sentimientos"), ideas sobrevaloradas, ideas de referencia.
- 8.- Experiencias perceptivas extrañas (por ejem: ilusiones recurrentes, sentimiento de presencia de una fuerza - o persona no presente).

D. El síndrome depresivo o maniaco completo (criterio A o B del episodio maniaco o depresivo mayor), si está presente-desarrollado después de cualquier síntoma psicótico, o fue breve en duración relativa para la duración de los síntomas psicóticos en A.

E. Comienzo de la fase prodrómica o activa de la enferme--dad antes de los cuarenta y cinco años.

F. No debido a desorden mental orgánico o retraso mental.

TABLA # 8.

B.P.R.S. (Brief Psychiatric Rating Scale).

1.- PREOCUPACIONES SOMATICAS: Preocupaciones o temores en relación con su salud física. - Hipocondriasis.	0	1	2	3	4	5	6	7
2.- ANSIEDAD: Inquietud, miedo o preocupación exagerada por el presente o futuro.	0	1	2	3	4	5	6	7
3.- POBREZA EMOCIONAL. Deficiencia en la relación con el entrevistador. Grado en que el paciente no está en contacto emocional con otras personas. Aislamiento.	0	1	2	3	4	5	6	7
4.- DESORGANIZACION CONCEPTUAL Procesos de pensamiento desintegrados o desorganizados - Fragmentación, bloqueo, confabulación y autismo. Valores en base a integración de las producciones verbales del paciente.	0	1	2	3	4	5	6	7
5.- SENTIMIENTOS DE CULPA: Preocupación, remordimiento o vergüenza por conducta pasada - No inferir culpa a través de depresión o ansiedad.	0	1	2	3	4	5	6	7
6.- TENSION: Nerviosismo, temblor, sudoración, cambios frecuentes de postura, aumento del tono muscular, hipertonia en los movimientos. Valorar en base a observación y no en experiencias subjetivas del paciente.	0	1	2	3	4	5	6	7
7.- MANERISMOS Y POSTURAS EXTRAÑAS: Conducta motriz anormal, poco usual. Movimientos repetitivos y gestos. Hace que el enfermo destaque entre personas normales. No valorar aumento de actividad motriz y tics.	0	1	2	3	4	5	6	7
8.- GRANDIOSIDAD: Opinión exagerada de sí mismo. Convicción de poseer habilidades o poderes poco usuales. Valorarse en base a la discrepancia entre la opinión que tiene de sí mismo y la realidad.	0	1	2	3	4	5	6	7
9.- DEPRESION: Abatimiento del humor, tristeza, en grado que no se considere depresión - basado en retardo general y quejas somáticas	0	1	2	3	4	5	6	7
10.- HOSTILIDAD: Desprecio, beligerancia hacia otras personas fuera de la entrevista - basado en reportes verbales y acciones del paciente, no siendo hostilidad como defensa neurótica.	0	1	2	3	4	5	6	7

TABLA # 8 (cont. ...).

- 11.- SUSPICACIA: Relaciones que el paciente siente como maliciosas o de discriminación hacia el paciente. 0 1 2 3 4 5 6 7
- 12.- ALUCINACIONES: Percepción sin estímulo externo correspondiente, si se ha presentado desde la última semana, distinto de los procesos de imaginación -- normales. 0 1 2 3 4 5 6 7
- 13.- RETARDO MOTOR: Reducción de los niveles de energía y de velocidad de movimientos. 0 1 2 3 4 5 6 7
- 14.- FALTA DE COOPERACION: Resistencia, hostilidad, resentimiento sobre todo en la entrevista. 0 1 2 3 4 5 6 7
- 15.- PENSAMIENTO NO USUAL: Calificar el grado de pensamiento no usual o bizarro más que los trastornos de la organización del pensamiento. 0 1 2 3 4 5 6 7
- 16.- APLANAMIENTO AFECTIVO: Disminución del tono emocional, disminución -- en la resonancia afectiva. 0 1 2 3 4 5 6 7
- 17.- EXITACION: Hiperreactividad, irritabilidad. 0 1 2 3 4 5 6 7
- 18.- DESORIENTACION: Confusión en tiempo, lugar y persona. 0 1 2 3 4 5 6 7

0 = No valorable.

1 = Ausente.

2 = Muy leve.

3 = Leve.

4 = Moderado.

5 = Moderadamente severo.

6 = Severo.

7 = Muy intenso.

DIAGNOSTICO: DSM - III

VALORACION

1	Preocupaciones somáticas.
2	Ansiedad.
3	Pobreza emocional.
4	Desorientación conceptual.
5	Sentimientos de culpa.
6	Tensión.
7	Mannerismos y posturas extrañas.
8	Grandiosidad.
9	Depresión.
10	Hostilidad.
11	Suicidio.
12	Alucinaciones.
13	Retardo motor.
14	Falta de cooperación.
15	Pensamiento no usual.
16	Desplazamiento afectivo.
17	Excitación.
18	Desorientación.

TABLA / 10

DISTRIBUCION DE PROMEDIOS DE LOS VALORES DE LOS ITEMS

ESCALA EPRS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOICA.

J U S T I F I C A C I O N .

El presente trabajo fué realizado en el Hospital Psi---
quiátrico Fray Bernardino Alvarez con pacientes de la con-
sulta externa y algunos internados en el tercer piso de la
sección de hombres.

Se justifica el presente trabajo ya que no hay antece--
dente de haberse realizado en el Fray Bernardino Alvarez -
alguno otro parecido, tomando en cuenta además dos premi--
sas básicas como son el hecho mismo de la esquizofrenia y
la dificultad que entraña su diagnóstico y, por otro lado,
la importancia del uso de dicha escala ya que es un inten-
to por esquematizar más uniformemente los criterios de ---
diagnóstico, para que en una forma por demás clara y con--
creta se pueda llegar al diagnóstico con mayor precisión--
ya que la fuente de mayor desacuerdo es la variabilidad de
criterios con lo que al tratar de hacer una investigación-
ya sea incluso intrahospitalaria los datos se encontrarían
sesgados grandemente, no así sería aún mayor en alguna in-
vestigación nacional o internacional.

Este es el caso de la escala de valoración de Spitzer y
Endicott que además es la comúnmente aplicada en el DSM --
III y tiene la ventaja de adherirse a la valoración del --
DSM- III., es de fácil manejo, y plantea un criterio ope--
rational más que nosológico también dinámico que favorece-
la ampliación de conocimientos.

Algunos de los glosarios estándar como la primera o --- segunda edición de la Asociación Americana del Manual Diagnóstico y Estadístico no contienen criterios explícitos para diagnósticos psiquiátricos, por lo que los investigadores o clínicos se ha forzado a seleccionar la categoría -- diagnóstica en el glosario que encierra más característi-- cas de ser diagnosticado, Lo inadecuado de los glosarios - estándar es que han dejado que los investigadores desa--- rrollen su propio esquema de clasificación. En el RDC. -- (research Diagnostic Criteria) fué desarrollado para facilitar un criterio descriptivo y seleccionar paciente con - enfermedad psiquiátrica funcional. Aunque el RDC fué desa- rrollado como parte de un proyecto de colaboración para -- los desordenes depresivos psicobiológicos patrocinado -- por el Clinical Research Branch of the National Institute- of "ental Healt (NIMH) son usados extensamente por inves-- tadores en el estudio de otras investigaciones particu-- larmente las relacionadas con la Epidemiología, Genética, - correlaciones biológicas y como resultados de Tratamiento.

Por lo que el uso de dichas escalas en nuestro medio -- aportaría grandes beneficios en la estandarización de las- muestras de pacientes pudiéndose hacer por lo tanto como - se mencionó anteriormente estudios relacionados con la --- epidemiología, valoraciones farmacoterapéuticas ya que co- mo se ha dicho el BPRS aporta datos en las escalas de cali- ficación de los ítems mostrando los resultados del trata-- miento cualquiera que éste sea.

El propósito del RDC es facilitar al investigador la -- selección de grupos homogéneos de sujetos en quienes se -- requiere un criterio diagnóstico específico. El criterio -- específico también se refiere a los síntomas, signos, du-- ración y curso de la enfermedad, o los niveles de severi-- dad del padecimiento.

El uso de criterios operacionales en psiquiatría es una idea que se ha estado gestando desde hace tiempo. Tal evi-- dencia es la proliferación en años recientes de criterios operacionales para un gran número de condiciones psiquiá-- tricas que no ha sido rigurosamente definido. El uso de -- dichos criterios específicos no solo es necesario en psie-- quiatría sino que se requiere en todos los ámbitos de la - medicina.

Como ya hay incluso programas como los DIAGNO, DIAGNO I y DIAGNO II y III. que son programas computarizados se pue-- de hacer valoraciones diagnósticas precisas, es fácil de - usar, son procedimientos prácticos y útiles.

En el Fray Bernardino Alvarez dicha escala es de utili-- dad, ya que es fácil de aplicar, se requiere poco tiempo - para su aplicación ya que se puede elaborar a partir de -- una entrevista clínica o simplemente aplicar la prueba, se homogenizan criterios clínicos, permite la valoración de - el tratamiento cualquiera que sea éste y nos dá una pauta-- del estadio en que se encuentra el paciente, por lo mismo-- se pueden hacer estudios incluso retrospectivos viendo so-- lamente el BPRS lo que ayudaría incluso a hacer una inves-- tigación a futuro.

HIPOTESIS.

La escala de valoración de Spitzer (RDC) y el EPRS. --- son instrumentos útiles para la identificación de los pacientes esquizofrénicos siendo de fácil manejo y rápida -- aplicación.

OBJETIVOS.

Valorar la utilidad, facilidad de manejo, selectividad-- valor predictivo de la escala, el requerir poco tiempo para su aplicación y la ventaja de adherirse al DSM-III.

DISEÑO:

El universo de pacientes serán los de reciente ingreso-- a la consulta externa del Hospital Fray Bernardino Álvarez no importando su sexo, siendo indiferente que hayan estado o nó internados en el Hospital, las edades que se requie-- ren deberán ser entre los 18 y los 50 años de edad. Se re-- quiere que la muestra sea de 35 pacientes que ingresen a -- la consulta externa o que sean internados teniendo en cu-- enta que se les entrevistará en urgencias antes de que se-- le traslade al piso, y que tengan previamente el diagnósti-- co de esquizofrenia.

METODOLOGIA.

Se les informará a compañeros residentes y a los médi-- cos adscritos del Hospital así como mantener volantes in-- formativos tanto en urgencias como en la consulta externa--

haciendo alusión a que todos los pacientes de reciente --- ingreso al hospital entre los 18 y los 50 años de edad --- y en que sin historia clínica o con ella se llegue al diagnóstico de esquizofrenia sea enviado a nuestro equipo de - investigación con el fin de que o bién se le aplique la -- hisotira clínica completa o bién integrarlo a la muestra.

Una vez que se haya enviado a un paciente al equipo de- investigación y que se haya integrado a la muestra se hará lo siguiente:

1.- Se verificará que haya llegado al diagnóstico de es quizofrenia no importando los fundamentos que se hayan usa do o tomado en cuenta para el diagnóstico, y que quién ha- ya hecho el diagnóstico sea residente del segundo año de - la especialidad en psiquiatría o médico adscrito del hospi tal quiénes hayan elaborado el diagnóstico.

2.- Se aplicarán las escalas de valoración del RDC y el BPRS llevándose a cabo el interrogatorio pertinente y con el familiar del paciente.

3.- Una vez completada la muestra de pacientes requeri- da se someterá a escrutinio estadístico los datos obteni-- dos.

RESULTADOS.

Se obtuvo el perfil mostrado en las tablas # 9 y 10, --
con los siguientes promedios y valoraciones.

#	ITEM	PROMEDIO.
1).	Preocupaciones somáticas.	1.5
2).	Ansiedad.	2.5
3).	Pobreza emocional.	3.9
4).	Desorganización conceptual.	3.9
5).	Sentimientos de culpa.	1.5
6).	Tensión.	2.5
7).	manerismos y posturas extrañas.	1.4
8).	Grandiosidad.	2.5
9).	Depresión.	1.9
10).	Hostilidad.	5.4
11).	Susplicacia.	3.6
12).	Alucinaciones.	3.0
13).	Retardo motor.	2.7
14).	Falta de cooperación.	2.2
15).	Pensamiento no usual.	3.4
16).	Aplanamiento afectivo.	3.9
17).	Exitación.	2.8
18).	Desorientación.	2.6
	TOTAL:	5.54

PROMEDIO DE VALORACION POR CADA ITEM.

VALORACION POR PACIENTE:

Paciente	Total
# 1	32
2	38
3	31
4	30
5	32
6	38
7	56
8	40
9	37
10	22
11	36
12	64
13	50
14	73
15	60
16	55
17	54
18	53
19	42
20	70
21	75
22	73
23	48
24	40
25	28
26	33
27	48
28	58
29	48
30	47
31	56
32	61
33	66
34	35
35	44
Total.	1677

Promedio: 47.91

Desviación Estandar: 14.48.

- DISCUSION -

Se entrevistaron un total de 35 pacientes en aproximadamente dos meses en el hospital Fray Bernardino Alvarez, junto con sus expedientes, con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Se les aplicaron las pruebas del RDC y el BPRS. Se obtuvo el perfil mostrado en la tabla # 9 y 10 y se obtuvieron los siguientes resultados:

De los 18 ítems de la prueba del BPRS se pueden sacar 5 grupos o factores según Overall en 1972.:

I.- Ansiedad Depresión:

- 1.- Preocupaciones somáticas.
- 2.- Ansiedad.
- 5.- Sentimientos de culpa.
- 9.- Depresión.

II.- Anergia:

- 3.- Pobreza emocional.
- 13.- Retardo motor.
- 16.- Aplanamiento afectivo.
- 18.- Desorientación.

III.- Trastornos del pensamiento:(psicosis).

- 4.- Desorganización conceptual.
- 8.- Grandiosidad.
- 12.- Alucinaciones.
- 15.- Pensamiento no usual.

IV.- Actividad.

6.- Tensión.

7.- ^umanerismos y posturas extrañas.

17.- Excitación.

V.- Hostilidad-Suspiciacia (Paranoide).

10.- Hostilidad.

11.- Suspiciacia.

14.- Falta de cooperación.

Como se puede observar en la tabla # 10, los ítems ---- más bajos fueron los siguientes: 1 que se refiere a las -- preocupaciones somáticas, el 5 que se refiere a sentimientos de culpa, el 7 que se refiere a manierismos y posturas extrañas. Hay que hacer notar que los ítems 1 y 5 como --- síntomas que se encuentran más frecuentemente en la neurosis y raramente en la esquizofrenia. El ítem 7 que tiene - un promedio de 1.4 y que se muestra entre los más bajos -- según nuestro estudio creemos que está dado por los neurolépticos y el estadio de la enfermedad ya que antes del -- advenimiento de los psicofármacos dicho síntoma se encontraba frecuentemente no siendo así actualmente. Igualmente dentro de los otros síntomas en el primer factor como son los ítems 2 con un promedio de 2.5 y el 9 con un promedio de 1.9 que se puede explicar ya que los neurolépticos e-- actúan sobre los síntomas relacionados con la afectividad como son la ansiedad, aislamiento y el miedo disminuyen -- solamente después de una o dos semanas de tratamiento.

En el segundo factor en el que se encuentran los ítem-
3 con un promedio de 3.9 que junto con el retardo motor-
de un promedio de 2.7, el ítem 16 con un promedio de 3.9 -
y el 18 con un promedio de 2.6 se observa que tanto el 3 =
pobreza emocional y el 16 = Aplanamiento afectivo se encuen-
tran casi en el mismo nivel; dichos síntomas conjuntamente
con el 11 = suspicacia y el 15 = a pensamiento no usual --
serían los síntomas principales por así decirlo de la es--
quizofrenia y son dichos síntomas los que se modifican po-
co incluso a largo plazo.

En el factor III notamos también que el ítem #4 o de des-
organización conceptual se encuentra con un promedio de 3.9
el numero 8 = grandiosidad con un promedio de 2.5, el 12 -
con un promedio de 3.0 que es el que representa las aluci-
naciones y el 15 que es el de pensamiento no usual se en--
cuentran con un promedio de 3.4. Dicho factor es el que --
representaría de entre todos el de la psicosis y vemos que
tanto los factores 4, 12 y 15 se encuentran elevados lo que
indicaría que se encuentran en actividad dichos procesos.

En el Factor IV encontramos que la tensión (6) tiene un
promedio de 2.5, con el 7 que indicaría las posturas extra-
ñas y los manierismos con un promedio de 1.7 también bajo-
como ya se explicó anteriormente y el 17 con un promedio -
de 2.8 que no se encuentra muy alto pero que se nota como
el 6 de tensión casi al mismo nivel, que podrían explicarse
como producidos por acatisia más que por síntomas inhe-
rentes a la enfermedad.

El quinto factor constituido por los ítems 10 de hostilidad con un promedio de 5.4, el 11 de suspicacia con un promedio de 3.6 y el 14 como falta de cooperación con un promedio de 2.2. Se nota que el que más se encuentra es el 10 de hostilidad ya que dicho síntoma se encuentra principalmente junto con el 11 de suspicacia en las esquizofrenias sobre todo de tipo paranoide, la falta de cooperación se vió poco en nuestro estudio. En este factor el ítem 10 fué el mayor con un promedio de 5.4, y el mayor en el estudio lo que junto con los otros síntomas privativos de la esquizofrenia apoya el diagnóstico de la esquizofrenia paranoide.

Como conclusión práctica sacamos que el RDG es útil en el hospital para diagnosticar esquizofrenia y que el BPRS también es un instrumento útil para inferir el estadio del padecimiento, los logros de la psicofarmacología, útil para realizar otros tipos de estudios e investigaciones epidemiológicas tanto prospectivas como retrospectivas. Y que sin embargo, y a pesar de tantas dificultades, la esquizofrenia se encuentra desde Kraepelin con suficiente estabilidad, lo que obliga a proseguir los esfuerzos para afinar los criterios diagnósticos.

En nuestro estudio los pacientes entrevistados tuvieron el diagnóstico de esquizofrenia paranoide que coincidía con la valoración hecha tanto por los médicos adscritos como por los compañeros residentes.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Spitzer Robert L. MD. Jean Endicott PhD. Research Diagnostic Criteria Arch. Gen de Psychiatry Vol. 35 June -- 1978.
- 2.- Spitzer Robert L. MD. Jacob Cohen MD. Quantification - of agremen in psychiatric diagnosis Arch. Gen. Psych. Vol. 17 July 1967.
- 3.- Spitzer Robert L. MD. Jean Endicott PhD. The psychiat. Status shchedule for epidemiological Research. Arch. Gen.- Psychiat. vol. 37 oct 1980.
- 4.- Spitzer Robert L. Psychiatric diagnosis: Are clinicians stills necessary? Comprehensive Psychiat. vol. 24 #5, 1983.
- 5.- Spitzer Robert L. MD. And Janet B.W. Williams D.S.W. -- The revision of DSM-III Psychiatric Anals 13 oct. 1983.
- 6.- Spitzer Robert L. MD. and Jean Endicott Diagnose a computer program for psychiatric diagnosis utilizing the differential diagnostic procedure. Arch. Gen of Psychiat. vol 18 june 1968.
- 7.- Spitzer Robert L. MD. and Jean Endicott PhD. Diagnose -- II Further developmens in a computer program for psychiatric diagnosis Am. J. Psychiat. 125:7 January 1969 suplem.
- 8.- Spitzer Robert L. MD. Decision tree for psychiatric diagnosis and overview of DSM III axes I and II.
- 9.- Feighner John P. MD. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psych. vol. 26 jan. 1972.

- 10.- Ward MD. A.T. Beck MD. M. Mendelson MD. Mook MD. The-
psychiatric nomenclature reasons for diagnostic disagree--
ment Arch. Gen Psych. vol 7 sept. 1962
- 11.- Freedman Alfred M. Kaplan. Harol I. Tratado de Psi--
quiatria primera edic español Ed. Salvat España. 1982.
- 12.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos --
Mentales. DSM-III Ed. Masson Barcelona. 1983.
- 13.- Ey H. P. Bernard Ch. Brisset. Tratado de Psiquiatría--
8a. edic. Toray Masson 1980.
- 14.-Caso Agustín. Fundamentos de Psiquiatría Ed. Limusa --
México 1979.
- 15.- Colodrón Antonio. "Las Esquizofrenias" Ed. Siglo XXI-
España editores. S.A. 1983.
- 16.- Spitzer "Robert L. A response to the treat of a clasi-
fication scheme for the psychosocial disorders, some spe-
cific suggestions Am. Orthopsychiatry 41; 838 1971.
- 17.- Spitzer Robert L. MD. and Endicott PhD. Diagnó II.
- 18.- Spitzer Robert L. MD. and Endicott Can the computer -
assist clinicians diagnostic ? Am.J. Psychiatric 131:523 -
1974.
- 19.- Spitzer Robert..L. MD. and Endicott J. Fleiss J.L. --
and Cohen J. The psychiatric status schedule: A technique-
for avaluating psychopatology and impairment in role functi-
oning. Arch. Gen. Psychiatric 23: 41- 1970.
- 20.- Spitzer R.L. MD.and Wilson R.T. A guide to the Ameri-
can Psychiatric Associations "New Diagnostic nomenclature -
Am. J. Psychiat. 124: 41- 1968

- 21.- Spitzer R.L. Fleiss J.L. Kernohsn W. Lee J.G. and --- Balwin I.T. mental states schedule compering Kentucky and - New York schizophrenia Arch. Gen. Psychiatric 12: 448-1968.
- 22.- Overall S.E. and Gorham D.R. The brief psychiatric ra^{ting} psicol. Rep. 1962, 10 779-812
- 23.- THE BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (OVERALL AND GORHAM)
- 24.- Scneider K. Psicopatología Clínica. Morata Editores- 1960 ^Barcelona.
- 25.- APA. citado por Crider, Schizophrenia, a biopsicolo-- gical perspective, LEA Associates Publishers, 1979 Hills-- dale new Yersey.
- 26.- DSM-I American Psychiatric Association 1952.
- 27.- DSM-II American Psychiatric Associations, 1968.
- 28.- DSM-III American Psichiatic Asociation 1980.
- 29.- Conrad K. ^{La} esquizofrenia incipiente. Edit. alhambra 1973. ^Mexico.
- 30.- Mincowsky, E. La esquizofrenia Ed. Paidos 1960 Bue--- nos Aires Argentina.
- 31.- Minkowsky: El tiempo vivido. ^Fondo de Cultura Económi ca. ^Mexico 1973. •
- 32.- Lacan J. citado por H.Ey Tratado de Psiquiatría. 1978

I D I C E .

	Pag.
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	35
HIPOTESIS	38
OBJETIVOS	38
DISEÑO	38
METODOLOGIA	38
RESULTADOS	40
DISCUSION	42
BIBLIOGRAFIA	46
INDICE	49