

6  
2ej 11241



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA  
Y NEUROCIROGIA**

**ESQUIZOFRENIA CRONICA: SEGUIMIENTO Y PRONOSTICO  
EXPERIENCIA DEL INN MVS**



**TESIS DE POSTGRADO**

**QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:**

**P S I Q U I A T R I A**

**P R E S E N T A:**

**ALEJANDRO CABALLERO TORRES**

**INSTITUTO NACIONAL  
DE NEUROLOGIA Y  
NEUROCIROGIA  
SUS DIRECCION GENERAL DE  
ENSEÑANZA**

**MEXICO, D. F.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**1991**



## **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 D I C E

INTRODUCCION .....	
TRASFONDO HISTORICO .....	CAPITULO 1
FENOMENOLOGIA CLINICA .....	CAPITULO 2
LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA .....	CAPITULO 3
METODOLOGIA .....	CAPITULO 4
RESULTADOS .....	CAPITULO 5
DISCUSION .....	CAPITULO 6
ANEXOS:	
1.- G R A F I C A S	
2.- CEDULA DE CAPTACION DEMOGRAFICA, PSICOPATOLOGICA Y DE SEGUIMIENTO.	
3.- B.P.R.S.	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	

## INTRODUCCION

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

La esquizofrenia crónica, se ubica como una de las más grandes demandas del Sistema del Cuidado de la Salud y ocupa el lugar más destacado entre las Enfermedades Psiquiátricas. A pesar de ello representa menos del 5% de la población psiquiátricamente tratada. Obviamente los pacientes crónicos, más deteriorados y que requieren hospitalización o cuidados continuos demandan la mayor atención de los recursos sociales y financieros.

A la fecha, a la Psiquiatría le falta la evidencia patológica, bioquímica o etiológica usada por otras ramas de la Medicina para validar sistemas de clasificación y entonces depende de otros criterios de validez que incluyen : descripción clínica, biología, criterios de exclusión, estudios familiares y en general Estudios de Seguimiento.

En el INNN, una de las causas más frecuentes de demanda hospitalaria está representada por los pacientes esquizofrénicos; y, en algún momento, la ESQUIZOFRENIA ocupó el PRIMER LUGAR DE HOSPITALIZACION.

Dado que es una entidad compleja y heterogénea, con síntomas variables, historia premórbida, curso, pronóstico y probablemente también -- causa, se hacen imperativos los Estudios de Seguimiento a Largo Plazo -- como una contribución adicional que permita clarificar un poco más las múltiples facetas de este formidable Trastorno.

Hasta dónde sabemos, el presente Trabajo de Investigación Clínica-- representa el primer intento en este sentido en nuestro País y pretende reflejar la Experiencia del INNN a través de una década y tiene el propósito adicional de alentar la realización de estudios similares.

**TRASFONDO HISTORICO**

**CAPITULO 1**

## ESQUIZOFRENIA : UN FONDO HISTORICO

El concepto de esquizofrenia representa la revisión de Bleuler del expresado por Kraepelin de la Demencia Praecox. En 1895, Kraepelin cristalizó un gran número de observaciones a través de los siglos XVIII y XIX acerca de varias formas de condiciones psicóticas. En su libro clasificó muchos casos en base a la etiología (aquellos dados por infección, daño cerebral y toxinas exógenas tales como el mercurio y el alcohol), no obstante estaba perplejo con un gran número de pacientes cuyas psicosis empezaban en la adolescencia temprana y en la juventud y no tenían fin, además de que en la autopsia no se encontraban anomalías en sus cerebros (48).

Existe, hoy día, acuerdo general de que son pocas las descripciones adecuadas de la esquizofrenia escritas antes de 1800 y no hay duda de que en el siglo XIX la prevalencia de la locura se incrementó en muchos países industrializados. Torrey en 1980 sugirió que ambos hechos podían explicarse con la hipótesis de que había aparecido un nuevo tipo de esquizofrenia o que un viejo tipo abruptamente se volvió más común alrededor de 1800. Tradicionalmente se ha considerado a la esquizofrenia como de origen antiguo, se han mencionado citas en el Rig-Veda, en los escritos de Hipócrates y de Celso y Kraepelin mismo dijo: "es probable que esta enfermedad sea extremadamente antigua". Strömgren (1982) opina que la esquizofrenia es quizá tan antigua como la especie humana. Antes de que los criterios diagnósticos fueran universalmente aceptados existía una gran diferencia de opinión acerca de que signos y resultados eran indicativos de una enfermedad esquizofrénica y es difícil rastrear las descripciones históricas de la misma por varias razones, en primer lugar las manifestaciones clínicas podían haber sido diferentes a las del presente siglo, en ausencia de una terminología aceptada los signos mayores de la esquizofrenia no sólo debieron ser difíciles de medir, sino aún de describir, además de que las probables descripciones de la enfermedad bien pudieron haber sido hechas en lenguas ahora muertas o cambiadas.

### Entre 1600 - 1800:

- Probablemente se cita por Shakespeare en su obra "El Rey Lear" (1605)
- En el siglo XVII hay un registro por Richard Napier de casos certificados como lunáticos en la Corte de Wards (sureste de Inglaterra).
- Se acredita por Nolan Lewis (1966) a una probable descripción de Esquizofrenia hecha por Sydenham, quien distingue dos tipos de locura:-

"la común" y "la que ocurre por largo tiempo y degenera en idiotismo", - esta última de presunta base orgánica.

- Se han encontrado supuestas descripciones de esquizofrenia en los escritos de Thomas Willis; Cranfield y Seate (1985) opinan que su descripción de la locura recuerda a la Esquizofrenia Simple y aunque no hace una clara diferencia entre "locura" Y "estupidéz" sugiere que esta última es de nacimiento, mientras que la locura se adquiere por algún daño o malformación cerebral; en otros pasajes se refiere al detector usualmente permanente que sufren los "jóvenes sagaces".
- Algunos autores consideran que aunque no hay descripciones claras de esquizofrenia antes del siglo XIX, no significan que estuviese ausente, las razones que se invocan para esta ausencia descriptiva son el subdesarrollo de la medicina clínica y las creencias prevalentes acerca de la naturaleza objetiva de las alucinaciones. De hecho, los registros más tempranos ya claramente referidos a esquizofrenia se deben a Cox (1806) quien describe 21 casos, seis de los cuales eran adolescentes.

La incrementada prevalencia de la locura en el Siglo XIX - según Cooper y Sartorius (1977), no se debió a un incremento en la incidencia sino a la proporción de los casos agudos que evolucionaban a la cronicidad, esto a su vez derivado de la industrialización, la mejora en la calidad de vida y la atención médica así como el desarrollo del Asilo(36).

En la cuarta edición de su libro "Psychiatrie" en 1893, poco después de su designación para la cátedra de Psiquiatría en la Universidad de Heidelberg y bajo el título de Psychischen Entartungs-Processe (Procesos de Degeneración Psíquica) uno Kraepelin un grupo de trastornos caracterizados por el rápido desarrollo de un estado permanente de "debilidad psíquica". Tres años después, en la quinta edición, rebautiza a este grupo Demencia Praecox; esta abarcaba tres síndromes ampliamente diferentes en lo externo: Catatonía, descrita primero por Kahalbaum en 1868; la Hebefrenia, descrita primero por Hecker en 1871 y la propia demencia paranoide de Kraepelin, él sin embargo, estaba convencido de que las similitudes en su curso y principalmente en su estados finales las convertían en variantes de un mismo proceso mórbido.

El término Demencia Precoz (démence précoce) había sido acuñado -- por el francés Morel desde 1856, pero solo para describir a un único pa



ciente.

La primera reacción de sus contemporáneos fué de crítica a Kraepelin por introducir una nueva clasificación sin ninguna base etiológica ó patológica. En 1911 cuando aún la aceptación a esta clasificación era incompleta, el Psiquiatra Suizo Eugenio Bleuler publicó su monografía "Demencia Precoz o el Grupo de las Esquizofrenias". Como el título sugiere, Bleuler describe y en muchos aspectos desarrolla el concepto kraepeliniano de demencia precoz, sin embargo su punto de vista fué básicamente diferente al de Kraepelin, pues este especulaba en cuanto a su etiología que podía ser "una autointoxicación a consecuencia de un trastorno del metabolismo" y Bleuler, influenciado por los escritos de Sigmund Freud y la joven escuela de psicoanálisis, pensó en la esquizofrenia en términos psicológicos más que neuropatológicos; al acuñar el término "esquizofrenia" (mente escindida) al creer que el trastorno se debía a una "pérdida de asociaciones" entre diferentes funciones psicológicas. También estableció la distinción entre el trastorno del pensamiento, el embotamiento ó la incongruencia del afecto y el autismo y la penetrante ambivalencia del trastorno, a los que se refirió como "los síntomas principales" y las más obvias alucinaciones, delirios y síntomas catatónicos que para él eran síntomas accesorios ó de menor importancia esto le llevo a pensar que la esquizofrenia podía llegar a desarrollarse y a diagnosticarse en ausencia de alucinaciones y delirios y así añadió un cuarto tipo: la Esquizofrenia Simple, a las formas hebefrénica, catatónica y paranoide reconocidas por Kraepelin.

Kraepelin reconoció que entre el 8% y el 13% de sus pacientes hebefrénicos y catatónicos, aunque ninguno de sus casos paranoides llegaron a una recuperación plena de sus ataques iniciales. Pero dado que los ataques subsecuentes casi nunca resultaban en plena recuperación y habiendo notado que los ataques ulteriores tenían lugar después de un intervalo de 10 ó a veces 20 años de perfecta salud, asumió que el daño permanente a la personalidad solo podía retardarse y nunca prevenirse.

Kraepelin y la mayoría se sus contemporáneos aceptaron que la Demencia Precox era una entidad patológica con su propia y característica sintomatología, etiología, patología y curso. Pero la etiología y la neuropatología permanecieron en el misterio y hubo evidencia de que el curso era variable e inconstante.

En Europa el Psiquiatra noruego Gabriel Langfeldt buscó distinguir

entre esquizofrenia y lo que el llamó "Psicosis Esquizofreniforme" en base a un detallado estudio de la sintomatología de la enfermedad y la evidencia presentada que sugería que ambas tenían resultado ampliamente diferente. Langfeldt y otros asumieron que el verdadero proceso esquizofrénico era endógeno, hereditario e irreversible y que las psicosis "no proceso" ó psicosis esquizofreniformes eran psicogénicas y temporales.

El defecto cardinal del concepto bleuleriano de esquizofrenia fue su falta de límites claros, sin embargo sus conclusiones fueron ampliamente aceptadas particularmente en USA, como resultado el Dx de Esquizofrenia vino a ser basado en las llamadas "cuatro A" (pérdida de asociaciones ó trastorno del pensamiento, embotamiento o incongruencia del afecto, autismo y ambivalencia) independientemente de si el paciente había estado ó no alucinado o delirante. Infortunadamente todos estos fenómenos son cualidades intangibles, difíciles de definir, las que -- con poca imaginación pueden detectarse en la mayoría de los pacientes psiquiátricos y realmente en mucha gente normal.

Entre 1920 y 1960 la confusión se mantuvo dada la marcada expansión del concepto de esquizofrenia y el problema se exacerbó aún más con nuevas denominaciones a pesar de las recomendaciones de algunos expertos sugiriendo que el término debía restringirse a enfermedades que resultaban en un daño permanente a la personalidad.

De gran influencia fueron las enseñanzas de Kurt Schneider en Heideberg quien enfocó su atención en el estadio temprano agudo de la enfermedad y describió "los síntomas de primer rango" y que él consideró eran diagnósticos de esquizofrenia en ausencia de evidente enfermedad cerebral. La mayoría de estos delirios y alucinaciones pueden interpretarse como una falla para distinguir entre ideas e impulsos naciendo en la propia mente del paciente y las percepciones naciendo en el mundo externo, la llamada pérdida de los límites del yo.

Kurt Schneider aceptó que algunos pacientes con enfermedad esquizofrénica típica de otra manera nunca exhibían ninguno de estos síntomas y que todos ellos podían ocurrir a veces en psicosis epilépticas ó en presencia de enfermedad cerebral de diversas clases, pero no obstante las consideró suficientemente características para ser distinguidas de lo que llamó "síntomas de segundo rango" tales como perplejidad, em

botamiento emocional y alucinaciones y delirios de otras clases (48,49).

Antes de la Segunda Guerra Mundial, el concepto americano de esquizofrenia era relativamente estrecho, de gran orientación germánica e influenciada al menos parcialmente por la escuela de Munich de Kraepelin-- (1919-1921), el grupo que primero desarrolló el concepto de esquizofrenia delimitándolo de la PMD. En este enfoque se consideraba a la Esquizofrenia como una severa: enfermedad psicótica crónica que llevaba al deterioro. El concepto de esquizofrenia que se impuso en América después de la Segunda Guerra Mundial fué impulsado por el pensamiento de Bleuler; - el interés en el pensamiento bleuleriano coincidió con otro importante - desarrollo en la psiquiatría americana : el interés creciente en el psicoanálisis y el pensamiento psicodinámico el que se aplicó también a las psicosis, los límites de la esquizofrenia se expandieron para incluir: - la Esquizofrenia Simple de Bleuler, el Trastorno Esquizoafectivo de Kasa nin (1933), la Esquizofrenia Pseudoneurótica de Hoch y Polantin (1949), - la esquizofrenia de buen pronóstico y aún la esquizofrenia latente de -- Langfeldt (1956) (2).

Fuó la Administración de Veteranos la que en la post-guerra de---- sarrolla la primera nosología estándar entonces la Asociación Psiquiátrica Americana auspicia a un grupo de clínicos de cuyos esfuerzos se - origina el DSM-I en 1952 (2). Entonces fué esta primera etapa de crea- ción de criterios diagnósticos, siendo los primeros usados ampliamente- los del grupo de la Universidad de San Luis, a continuación se desarrol- laron los RDC (criterios diagnósticos de investigación), los que propo- rcionó un amplio rango definicional que incluía formas relativamente- breves de esquizofrenia (de menos de dos semanas de duración), así como formas más crónicas de esquizofrenia (aquellas que duraban más de dos - años), además el RDC proporcionaba criterios para el Dx del Trastorno - Esquizoafectivo (3).

En 1968 se revisa la nomenclatura nacional de USA para hacer esta- tan similar como fuese posible a la Clasificación Internacional de En-fermedades (ICD/OMS), entonces se generó el DSM-II. El DSM-III se publi- có en 1980 y representa una revisión mayor, dado que intenta basar los- cambios en los datos de investigación empírica e introduce los crite- rios diagnósticos (3). La contribución más reciente el DSM-III-R añade- trastornos del espectro de la esquizofrenia, tales como Personalidad Es

quizotípica, Personalidad Paranoide y los varios tipos de los Trastornos Delirantes (3). Estos manuales típicamente proveen la nomenclatura para la investigación científica internacional, pues sus criterios diagnósticos son objetivos y precisos (2) con una base estandarizada útil y representan adicionalmente un método para el estudio nosológico comparativo de la esquizofrenia (3); nuevamente se buscó armonizar en lo posible al DSM-III-R que aparecerá en 1993 como DSM-IV con el ICD-10 (2). Gran influencia en la nosología americana tuvo la introducción de los neurolépticos y más tarde de los ADT y el Li, pues esto dió pauta al desarrollo de hipótesis acerca de las anormalidades neuroquímicas subyacentes que podrían producir la esquizofrenia. Así nacen las hipótesis de la dopamina para la esquizofrenia y las hipótesis noradrenérgicas relacionadas -- que aclaran los mecanismos mediante los cuales fármacos específicos -- afectaban el mecanismo de la transmisión neural (Carlsson, 1963) (2). La correlación clínica en estos hallazgos básicos llevó en los años 60's y 70's a los estudios multinacionales IPSS y US/UK con lo que la descripción clínica y el diagnóstico avanzaron notablemente (3), pues se pudo advertir el sobrediagnóstico de la esquizofrenia con el consecuente riesgo de maldiagnosticar a un enfermo y ubicarlo como esquizofrénico, más aún al conocerse los riesgos de la disquinesia tardía todavía un mayor apoyo se dió a la noción de que los neurolépticos debían usarse selectiva y cuidadosamente, dirigidos a enfermos con criterios estrechos para esquizofrenia y no usarlos para enfermedades donde faltaban los síntomas floridamente psicóticos como delirios y alucinaciones (2).

Todos estos avances clínicos puntualizaron la gran importancia de la confiabilidad en el diagnóstico (3), con esto en mente, desde mediados de los años 70' se hizo evidente la necesidad de medir los criterios de esquizofrenia más estrecha y conservadoramente (2).

El diagnóstico de Esquizofrenia de acuerdo al DSM-III requiere:

- a) Síntomas Característicos.
- b) Deterioro en el funcionamiento.
- c) Duración dela enfermedad (seis meses).
- d) Ausencia de síndromes afectivos mayores.
- e) Inicio antes de los 45 años de edad.
- f) Causa no orgánica.

En el DSM-III-R aunque los criterios aparecían en gran medida comparables a los originales de 1980, se incorporaron cambios específicos-

en el subcriterio A (síntomas) y D (duración de la enfermedad). El subcriterio E (edad de inicio) fué abandonado y se reemplazó por un nuevo subcriterio requiriendo delirios prominentes o alucinaciones si hay una historia de trastorno autista (27). Fenton y Mc Glashan publican en --- 1988 los resultados de la aplicación de ambas definiciones (DSM-III y - DSM-III-R) a un grupo de pacientes heterogéneos para explicar el grado en que las modificaciones propuestas en el DSM-III-R alteraban la definición de esquizofrenia del DSM-III. Los pacientes a quienes se aplicaron las mismas participaron en el Estudio de Seguimiento Chestnut Lodge (ver capítulo respectivo) y básicamente los autores concluyeron que dado que el DSM-III-R requiere de un rango más estricto que el DSM-III es trechará la definición de esquizofrenia, (ellos calcularon conservadora<sup>mente</sup> un 10%, ya que la muestra en cuestión está formada por pacientes con esquizofrenia severa y crónica), y concluyen cuestionando que sí, a pesar de que los pacientes del DSM-III-R pueden ser más homogéneos con respecto a sus síntomas esto pueda reflejarse en una mejoría en la validez predictiva, pues encuentran que como grupo los pacientes excluidos del DSM-III-R tienen perfiles a largo plazo indistinguibles de los pacientes no excluidos (27).

El desarrollo de los criterios diagnósticos fué pronto seguido por el de los instrumentos para registrar síntomas corrientes e historia de manera confiable. Estos instrumentos usualmente toman la forma de entrevistas estructuradas que requieren investigadores que preguntan esencialmente las mismas cuestiones y colectan de esta forma la misma base de datos sistemática. El primero de ellos fué el PSE (Exámen del Estado Presente) el que se enfoca primordialmente en los síntomas que han ocurrido en el mes previo. Con el propósito de describir el curso de la enfermedad desde sus síntomas más tempranos se han diseñado otras escalas tales como: (SADS ó Cédula para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia), - que incluye secciones descriptivas clínicas presentes y pasadas. Sin embargo tiene el inconveniente de su pobre cobertura en algunos síntomas cardinales de la esquizofrenia, sobre todo en los síntomas negativos. - Otros ejemplos de estos instrumentos la Entrevista Estructurada para -- DSM-III (SCID) y la descripción comparativa de síntomas e historia (CA-SH).

Otra etapa en la mejoría diagnóstica y predictiva lo constituyó el desarrollo de escalas de medición breves, las que miden cambios a tra--

vés del tiempo de una manera rápida. La primera de estas escalas en ser usadas ampliamente fué el BPRS (Escala de Medición Psiquiátrica Breve), - su empleo es particularmente útil en estudios diseñados para medir respuesta al tratamiento. Otras escalas que corresponden a esta categoría - la SANS (Escala para Medición de Síntomas Negativos), la SAPS (Escala para la Medición de Síntomas Positivos), la GAS (Escala de Ejecución Global), etc.

Finalmente se han diseñado escalas que miden formas "ligeras" ó del espectro de la esquizofrenia, como ejemplo sólo citaremos SIDP (la entrevista estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-III) ó la SIB (Cédula para entrevistar Borderlines) (3).

Estos trastornos limitantes con la esquizofrenia son básicamente de dos tipos:

- Los que muestran muchas características fenomenológicas con la esquizofrenia y que se consideran entonces cercanos y relacionados a ella, pudiendo citarse al Trastorno Esquizofreniforme, al Trastorno Delirante-Paranoide, las Psicosis Reactivas Breves y el Trastorno Esquizoafectivo.
- Aquellos trastornos que a diferencia del primer grupo son no-psicóticos, estos trastornos reflejan típicamente la evolución de la definición del concepto ocurrida en los años 70'. Los que más se relacionan al espectro esquizofrénico son Trastorno de Personalidad Esquizoide, el trastorno de personalidad Esquizotípico y el Trastorno de Personalidad Paranoide, mientras que las personalidades Borderline, Ciclotímicas y --Distímicas, se asocian más a Enfermedades afectivas (2).

Está claro que en el estado actual de la Esquizofrenia existen numerosas cuestiones por resolver, por ejemplo debemos conocer más acerca -- del curso y resultado de la misma para planear tratamientos, alertar a la familia sobre el pronóstico y hacer planes a largo plazo. Se necesita saber cuan frecuentemente los pacientes esquizofrénicos de los varios subtipos se recuperan ó cuando tienen remisiones parciales ó si desarrollan una condición crónica estable ó si, finalmente, se deterioran dentro de una severa incapacidad. Es entonces esencial determinar cuando el resultado futuro puede predecirse temprano en el curso de la enfermedad (3).

**FENOMENOLOGIA CLINICA**

**CAPITULO 2**

## ESQUIZOFRENIA : FENOMENOLOGIA CLINICA

Si recordamos la sucesión de puntos de vista clínicos revisados en el trasfondo histórico entenderemos la razón de que actualmente ningún síntoma puede considerarse patognomónico de la Esquizofrenia (3), sin embargo toda una variedad de sistemas clasificatorios han sido propuestos para la misma, desde los clásicos subtipos de Kraepelin y Bleuler - (Paranoide, Catatónica, Hebefrénica, Simple), la Esquizofrenia Crónica vs la Esquizofrenia Aguda; la Esquizofrenia Reactiva vs el Proceso Esquizofrénico, etc. (4); hoy día dos procesos psicopatológicos distintos se asocian al concepto de Esquizofrenia, de acuerdo con el predominio de síntomas positivos ó negativos. Esto fué primero establecido en el campo de la Neurología por Reynolds en 1858 y Clerembault fué el primero en hacer esta distinción desde el punto de vista psiquiátrico (17), la dicotomía entre síntomas positivos y negativos deriva originalmente de Hughlings Jackson (1931). En Neurología el término "síntomas negativos" se refiere a la pérdida directa de una función normal como resultado de un proceso patológico, mientras el término "síntomas positivos", se refiere a un proceso activo expresado en una vía excesiva o distorsionada dada la pérdida de mecanismos inhibitorios normales (17). Muchos de los criterios diagnósticos hacen ahora énfasis en los síntomas psicóticos ó positivos, que incluyen alucinaciones, delirios, ciertas formas de trastorno del pensamiento y conducta bizarra. Por desgracia, por un tiempo esto llevó a desenfatar la importancia de los síntomas negativos como son restricción del afecto, disminución del contacto social, constricción ideacional, etc. (3, 17). Una distinción más reciente entre síntomas positivos vs negativos originalmente propuesta por Crow (1980) llevó a una hipótesis ampliamente discutida en los últimos años: "la hipótesis de dos síndromes de Esquizofrenia", la que sugiere que hay dos tipos principales : a) el Tipo I ó la Esquizofrenia Positiva que se caracteriza por un buen ajuste premórbido, inicio agudo, síntomas positivos prominentes, buena respuesta al tratamiento neuroléptico y transmisión hiperdopaminérgica y, b) el Tipo II ó Síndrome Negativo que se caracteriza por pobre ajuste premórbido, inicio insidioso, síntomas negativos prominentes, trastorno cognitivo, anormalidades cerebrales estructurales (ó lo opuesto a anormalidades neuroquímicas) que se manifiestan por agrandamiento ventricular y pobre respuesta al tratamiento. Así los síndromes positivos y negativos representan dos extremos diferentes de un continuo esquizofrénico y pueden significar diferentes procesos patoló



gicos diferentes (3,17,21,66).

En Psiquiatría no es posible todavía establecer localizaciones específicas que controlen estas manifestaciones y cuya irritación o daño directo genere los dos cuadros clínicos descritos. Por otra parte, existe un criterio de estabilidad temporal que distingue a los síntomas positivos de los negativos, específicamente se asume que, cuando los síntomas negativos están presentes son características duraderas de la enfermedad esquizofrénica, mientras que los síntomas positivos pueden variar dramáticamente con el tiempo (17).

La utilidad de la distinción positivo-negativo ha sido estudiada en años recientes, Andreasen y Olsen usaron una medición clínica detallada de los trastornos del afecto y pensamiento para construir tres subtipos seccionales cruzados de Esquizofrenia que ocurrían con frecuencia similar en su Unidad de Hospitalización. Describieron un "Tipo Mixto" y concluyeron que los pacientes con síntomas negativos tenían menor educación, más pobre ajuste premórbido, un grado inferior de empleo, un diámetro ventricular mayor en la TAC, ejecución más pobre del Mini Mental State, mayor frecuencia de empleo de la mano izquierda y más altos ratings globales del Trastorno, tanto a la admisión como al alta (17).

Es generalmente aceptado que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo, así, la hipótesis de trabajo de la esquizofrenia la ubica no como una enfermedad simple que pueda producirse por un mecanismo fisiopatológico o etiológico único, sino que, es un grupo heterogéneo de trastornos que comparten algunas características clínicas, pero de diversa etiología. La nosología corriente se basa principalmente en la fenomenología que es el cuadro clínico seccional cruzado de la enfermedad y su evolución con el tiempo y tiende a dividir a la esquizofrenia en aguda y crónica, desorganizada y paranoide y más recientemente en los subtipos positivo y negativo (3), sin embargo, con respecto a este último grupo debe hacerse una delineación cuidadosa de la terminología: los síntomas negativos deben distinguirse de trastornos o dificultades en las relaciones interpersonales; el aislamiento puede corresponder a la consecuencia de un delirio paranoide altamente sistematizado, sin que pueda por ende, ubicarse como un síntoma negativo; las dificultades en la socialización no son en primera instancia síntomas negativos. Otras manifestaciones clínicamente negativas como apatía, anergia, anhe-

donia y falta de iniciativa pueden ser consecuencia de efecto medicamentoso, depresión, reducción autoprotectora de estímulos para evitar descompensación psicótica y ausencia de contacto social y, por lo tanto no corresponder necesariamente a síntomas negativos (17). El término "síndrome deficitario" se usa para referirse específicamente a aquellos síntomas negativos que están presentes como rasgos duraderos y que no se consideran secundarios. Los síntomas deficitarios están presentes durante y entre los episodios de exacerbación de síntomas positivos, pueden observarse independientemente del estado medicamentoso del paciente y no son específicamente respondedores a la medicación anticolinérgica o antipsicótica (17). (23).

En vista de que los factores psicosociales no han probado tener una importancia etiológica específica en los trastornos esquizofrénicos se ha volcado la atención en posibles factores biológicos(25), -- pues los variados síntomas de la esquizofrenia pueden reflejar lesiones del SNC que oscilan con el tiempo (3). Weinberger señala al principio de su capítulo "Patogénesis de la Esquizofrenia : Una Teoría -- del Neurodesarrollo", que las teorías psicosociales que enfatizan los conflictos intrapsíquicos y los distrés sociales asociados a la madurez sexual ofrecen una explicación al menos coherente para el hecho de que la esquizofrenia tenga una alta posibilidad de manifestarse en la adolescencia, pero, sin embargo falla en explicar la eficacia terapéutica de los neurolépticos, entonces hipotetiza que la patogénesis de esta enfermedad involucra una disfunción del SNC (83). (87).

Varios estudios han mostrado que los pacientes esquizofrénicos -- tienen más complicaciones perinatales que los controles, aunque las -- diferencias han alcanzado bajo nivel de significancia estadística(24) un estudio de Eagles y cols. mostró diferencias significativas entre esquizofrénicos y controles : se documentó prematuréz, postmaturéz, -- asfisia perinatal, posición fetal anómala, distrés respiratorio e ictericia, sin embargo fué la ruptura prematura de membranas la complicación más frecuente. De acuerdo con la evidencia no parece haber bases para apoyar una complicación específica y el subsecuente desarrollo de la esquizofrenia, aunque autores como Murray han postulado que la anoxia perinatal puede causar hemorragia periventricular y constituir un factor etiológico. El balance actual sugiere un rol causal pa

ra las complicaciones obstétricas en la etiología de la Esquizofrenia- (25). Estudios genéticos, tales como aquellos de gemelos o adoptados -- han indicado que los factores genéticos claramente operan en producir algunos casos de esquizofrenia. La investigación combinada del estudio de gemelos con el uso de técnicas de neuroimagen ha sugerido que los factores ambientales - tales como las complicaciones perinatales - pueden interactuar con un sustrato genético subyacente para producir el síndrome esquizofrénico en individuos vulnerables (3). Los hallazgos más definidos en apoyo de la liga genética de la esquizofrenia han emergido del Estudio de Adopción Danés de Esquizofrenia. En esta investigación Kety y cols. observaron que entre los familiares biológicos de los esquizofrénicos adoptados había una prevalencia significativamente incrementada de la esquizofrenia clásica y de síndromes "Esquizofrenia-Like" que ellos denominaron intercambiamente Esquizofrenia Latente o Borderline. Resultados similares fueron encontrados por Rosenthal, Spitzer y cols. revisaron un subgrupo de la muestra más grande del Estudio de Adopción Danés y encontraron ocho síntomas que fueron de valor en distinguir a los familiares con los trastornos del espectro esquizofrénico de Kety y cols. al de los familiares con otros trastornos no psiquiátricos, estas ocho características formaron los criterios mediante los cuales Spitzer y cols. postularon el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad (35, 45). Los estudios familiares estuvieron entre las investigaciones genéticas más tempranas de la esquizofrenia. Estos estudios han indicado consistentemente que los familiares de los pacientes esquizofrénicos tienen un riesgo más alto para la esquizofrenia que el aproximado 1% que exhibe la población general. Además de la relación al Trastorno Esquizotípico, se ha mostrado que los familiares de esquizofrénicos tienen un rango relativamente elevado de Trastorno Esquizoafectivo. Otros estudios apoyan la liga genética entre la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos como el Trastorno Esquizofreniforme, la Psicosis Atípica y los Trastornos Afectivos. Entonces, el fenotipo esquizofrénico parece ser variado y amplio aún cuando los factores genéticos -- aparezcan idénticos. (79).

Los estudios de adopción aislan factores genéticamente puros y excluyen modelos de rol en el desarrollo de la esquizofrenia (3).

La hipótesis de la dopamina postula que la hiperactividad funcional del sistema dopaminérgico en localizaciones anatómicas funcionales del -

cerebro es un mecanismo importante que produce, al menos, algunos síntomas de la esquizofrenia. Como sabemos, esta hipótesis se apoya en dos líneas mayores de evidencia : a) las drogas antipsicóticas producen sus efectos a través del bloqueo dopaminérgico, la mayoría de los medicamentos antipsicóticos tienen efectos variables en la serotonina, los receptores D1 y D2, sin embargo, la mayoría de la evidencia existente implica a los receptores D2 en la sintomatología Psicótica. b) Las drogas psicoestimulantes conefecto dopamino-agonista pueden producir o exacerbar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia (3). Esta teoría bioquímica de la esquizofrenia se basa en dos principios neurológicos principales : -- 1) La localización neuroanatómica de la función. 2) Implicación del estado de maduración cerebral para la manifestación clínica de la lesión --- (83). Ya Kraepelin (1896) y Bleuler (1916) expresaron que las bases neuropatológicas de la Esquizofrenia podían encontrarse; sin embargo, en -- 1948 Winkelman y Book revisaron los reportes histopatológicos escritos de 1924 a 1944 incluyendo estudios de Dunlap (1924), Spielmayer (1930), - Banford y Bean (1932), Peters (1927) y Scheideggen (1942) y concluyeron que ninguno de ellos encontró cambios en los cerebros post-mortem de los esquizofrénicos, por lo que establecieron : "investigadores excelentes han concluido que la Demencia Precoz no tiene un fondo orgánico". Por -- otra parte se reportaron otros estudios que mostraban hallazgos inespecíficos en cerebros de esquizofrénicos. Watanabe (1934) encontró cambios agudos y severos neuronales, en casos agudos deesquizofrenia y cambios en las neuronas del Asta de Ammon. Miskolaky (1937) reportó ausencia de las neuronas corticales del frontal, parietal y temporal; infiltración lipóidea de las neuronas y proliferación glial. Winkelman y Book (1949) encontraron pérdida focal y difusa de las neuronas, cambios degenerativos e hiperplasia e hipertrofia de la macroglia en diez casos selectos de deesquizofrenia de un grupo de 60.

Desde entonces varios estudios se llevaron a cabo. Usando encefalografía Hoover en 1957, Haug (1962) y Asaro en 1967 encontraron agrandamiento ventricular. En 1976 Johnstone y Cols. de un registro de TAC reportaron un significativo agrandamiento de los ventriculos laterales en pacientes esquizofrénicos crónicos (73). Para Weinberger la lesión cerebral en los pacientes esquizofrénicos parece involucrar un sistema de núcleos límbicos y diencefálicos interconectados y la corteza pre--

frontal. Los hallazgos sugieren el involucramiento de un sistema de regiones corticales y subcorticales relacionados anatómica y neuroquímica-mente: varios núcleos periventriculares límbicos y diencefálicos tales como hipotálamo, núcleo acumbens, sustancia inominada, pallidum medial y amígdala, así como la corteza límbica (formación del hipocampo) y neocorteza (corteza frontal dorsolateral) (83).

Los estudios anatomopatológicos se remontan al siglo pasado. Alzheimer en 1897 reportó gliosis y palidez del citoplasma de los astrocitos y reducción de las células piramidales de la tercera capa cortical. Kraepelin en 1919 reportó acúmulos de lípidos y atrofia cortical neural. Buscaino (1920) describe áreas racemosas en la sustancia blanca formada por cuerpos metacromáticos donde la mielina no se tiñe por alteraciones de una sustancia X. Josephy (1931) reportó esclerosis y acúmulo de lípidos en la segunda capa cortical y en el hipocampo, calcificaciones en el pallidum, cambios gliales en el estriado, tálamo y tallo cerebral. Spielmayer en 1931 refiere una degeneración de lípidos en la tercera capa cortical. Dide en 1934 reporta hipertrofia y distrofia, así como mitosis neuronales en el hipotálamo y la presencia de placas gliales. Vogt y Vogt en 1952 reportaron en la esquizofrenia catatónica la presencia de vacuolización y degeneración progresiva del citoplasma y dendritas en el tálamo dorso medial, en la porción anterior de la circunvolución del cíngulo, en la tercera circunvolución temporal y en el globus pallidum. Brentano en 1952 mostró encogimiento celular a nivel de los ganglios basales, de las áreas preópticas laterales, núcleo de la es- - tría terminalis, paraventricular, supraóptica y núcleo mamilar. Nieto y Escobar en 1974 reportaron gliosis en la formación reticular, en el hipotálamo, en el septum, en el tálamo anterior y medial, sustancia gris periacueductal y en el hipocampo. Miyakawa en 1972 con microscopio electrónico mostró la presencia de depósitos granulares en el citoplasma de los oligodendrocitos y una alteración en la membrana sináptica. Janice-R. Stevens en 1982 reportó el estudio de 28 cerebros de esquizofrénicos macroscópicamente normales, con cuatro categorías de hallazgos patológicos: 1) se hallaron zonas de gliosis fibrilar mayor en región periventricular y periacueductal, así como en ganglios basales; 2) pérdida neuronal principalmente en globo pálido; 3) zonas de infarto en el globo pálido y el putamen; 4) en cuatro casos se encontró fragmentación e in-

filtración severa de los cuerpos amiloideos a nivel periventricular, - fórnix, pedúnculo talámico y lámina terminalis (10).

Falkai y cols. reportaron en 1988 una significativa reducción del volumen de la región entorinal en pacientes esquizofrénicos comparados con controles en un 27%, además de una franca reducción neuronal en -- 37% sin que se acompañara de gliosis. Estos cambios son compatibles a los descritos para el hipocampo (26).

Los dos hemisferios cerebrales están íntimamente integrados por - millones de fibras conectando áreas homólogas en las cortezas izquierda y derecha. En la década de los 70' se hizo evidente que la asimetría cerebral y la lateralización de la función están involucradas en la psicopatología y que algunos trastornos psiquiátricos, particularmente la esquizofrenia, se asocian con cambios significativos en el patrón normal de las asimetrías cerebrales. Varios modelos neuropatológicos se propusieron para esquizofrenia, incluyendo disfunción hemisférica izquierda, alteración hemisférica derecha, disfunción hemisférica bilateral e integración interhemisférica defectuosa. Sin embargo a la fecha no pueden considerarse definitivas estas premisas (67).

"La esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo en la cual una lesión cerebral en la vida temprana, interactúa con ciertos eventos de la maduración normal que ocurren mucho después" (46). Weinberger, autor de la aseveración anterior, resume los datos que muestran patología cerebral en la esquizofrenia como sigue:

- Estudios post-Mortem de tejido Cerebral en esquizofrénicos que muestran evidencia objetiva de patología anatómica en las áreas límbicas periventriculares y diencefálicas.
- Mediante estudios tomográficos se ha mostrado patología cerebral en la forma de agrandamiento ventricular (ventrículos laterales y tercer ventrículo) y atrofia cerebral, específicamente en el área prefrontal.
- Estudios con electrodos de profundidad han hecho aparente que las experiencias psicóticas floridas pueden resultar de descargas eléctricas ya sea en la corteza temporal, la amígdala o el hipocampo.
- Mediante estudios de flujo sanguíneo se ha mostrado que el déficit intelectual característico de la esquizofrenia (síntomas negativos) se debe a una falla de la activación fisiológica de la corteza prefrontal.

tal dorso lateral.

La información de este modelo patogénico establece la evidencia de que los cambios estructurales representan un evento patológico antiguo y que no está activo ya, pues el agrandamiento ventricular ha sido reportado en pacientes esquizofrénicos de episodio psicótico -- inicial, habiéndose observado que el tamaño ventricular correlaciona con el pobre ajuste premórbido y finalmente la liga establecida entre tamaño ventricular y una historia de complicaciones perinatales sugiere también que la patología existe temprano en la vida (83).

Un problema persistente en los estudios post-mortem concluidos a la fecha ha sido la dificultad en relacionar el sitio de la anomalía a las características clínicas de la enfermedad antes de la -- muerte, en la actualidad se han aplicado las técnicas de imagen cerebral en vivo para el estudio de la estructura cerebral en la esquizofrenia; de éstas la Tomografía Axial Computarizada es de las más tempranas y las anomalías descritas en este Trastorno con su empleo incluyen: aumento del radio ventricular, atrofia cortical y asimetría cerebral revertida (3). Hoy día es también una realidad el empleo de técnicas de Imagen de Resonancia Magnética para los estudios estructurales del cerebro, sus ventajas sobre la TAC son innegables, pues no involucra el empleo de radiación ionizante, es capaz de mostrar imágenes de planos múltiples que además de los transaxiales nos muestran planos sagitales y coronales siendo, por otra parte, más nítida su resolución, de esta manera permite la visualización de estructuras que no pueden ser vistas con la TAC tales como: hipocampo, amígdala, ganglios basales y áreas de la corteza prefrontal (3). Un artículo de Rossi reporta el Estudio Piloto del empleo de la IRM para la cuantificación del cuerpo calloso y ventrículos en la esquizofrenia, encontrando en pacientes con esta enfermedad una área menor del cuerpo calloso, así se hipotetiza que esta anomalía puede ser una reacción morfofuncional adaptativa a un proceso patológico con aumento del radio ventricular cerebral y una sutil interrupción de la morfología interna del cerebro (76).

Por otra parte las técnicas dinámicas o funcionales que miden el flujo cerebral regional (PET) son complementos a la TAC a la IRM y deben emplearse siempre que sea posible (es poco probable en nues-

tro País). Sin embargo, no debe olvidarse que a pesar de que mediante todas las técnicas señaladas, las anomalías estructurales solo -- son encontradas en un subgrupo de pacientes y no en todos (3).

Hasta ahora dentro del heterogéneo grupo de trastornos que se hipotetiza pueden desencadenar la esquizofrenia, hemos comentado someramente los mecanismos neuroquímicos, neuropatológicos y genéticos; entre estos últimos cabe citar el reporte en 1987 de una anomalía -- cromosómica (trisomía parcial del brazo largo del cromosoma 5) en dos miembros de una familia que exhibían dismorfias ligeras y esquizofrenia. Este caso sugirió la potencial localización de un gene o genes -- ligados a la esquizofrenia. La existencia de un gene que determine -- las anomalías del desarrollo características de la esquizofrenia -- es una explicación simple y elegante de este trastorno. Cuando la esquizofrenia se asocia a rasgos dismórficos la realización de un cariotipo se justifica (11).

Aunque las anomalías genéticas están indudablemente ligadas a la esquizofrenia su modo de transmisión no se ha precisado, en parte ello se debe a la falta de un marcador genético, actualmente hay -- fuerte evidencia de que la disfunción en el movimiento de los ojos -- constituye tal marcador. Los datos reportados sugieren que la dificultad en el movimiento de los ojos y la esquizofrenia pueden ser transmitidos como manifestaciones independientes de un rasgo dominante autosómico. Esta disfunción se asocia entre 51-85% a la esquizofrenia -- en contraste con el 8% con que se asocia a la población normal. La -- disfunción no refleja inatención ó pobre motivación ó tratamiento con neurolépticos y aparece no sólo en los esquizofrénicos sino en el 45% de sus familiares (38).

La hipótesis de que los agentes infecciosos pueden causar algunos casos de esquizofrenia fué expresada desde los tiempos de Kraepelin y Bleuler. En 1922 Karl Menninger estableció que la esquizofrenia en muchos casos es la manifestación psíquica de una encefalitis.

El interés por la búsqueda de un agente viral para la esquizofrenia (el "esquizovirus") se renovó en los años 70'; son atractivos para apoyarla el neurotropismo viral, además de la habilidad de los microbios para permanecer latentes en el tejido cerebral muchos años, su -- tendencia a producir recaídas y remisiones y su habilidad para alte--



rar funciones enzimáticas de células cerebrales sin causar daño estructural visible a las células. Al introducirse al SNC un virus, 5 factores son esenciales para saber si causará daño estructural ó a la función celular, estos son: el sitio, el tiempo, el estado del virus, la respuesta inmune del huésped y la predisposición genética a ser infectado. Abordajes indirectos de la hipótesis viral de la esquizofrenia son: la estacionalidad de la misma (nacen más individuos en invierno-primavera, que más tarde desarrollarán esquizofrenia), la posible prevalencia de esta enfermedad en tales épocas y un pretendido efecto antiviral que se ha buscado repetidamente en los neurolepticos. Abordajes directos a la hipótesis viral incluyen el estudio en tejido post-mortem buscando gliosis o demostración de efectos citopáticos del LCR-deesquizofrénicos en cultivos celulares de fibroblastos embrionicos humanos.

Mediante la teoría viral se busca hoy día explicar muchos aspectos de la enfermedad: por ejemplo el aspecto genético (la predisposición genética a un agente infeccioso), el aspecto bioquímico (se sabe que algunos herpes virus alteran las vías dopaminérgicas en animales - de laboratorio) etc. (30).

**LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA**

**CAPITULO 3**

## LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA

La observación clínica ha documentado una marcada heterogeneidad - en el curso de la esquizofrenia a largo plazo y esta variación es en todos los aspectos de la psicopatología. Diversos factores como la edad de inicio, características premórbidas, severidad del cuadro inicial, limitaciones residuales interepisódicas, mejoría en el curso tardío, -- respuesta al tratamiento y en general la distribución de los factores - de riesgo, muestran su variabilidad entre los pacientes.

Tal variabilidad en el curso clínico es de relevancia para el diseño de estudios que reduzcan la manifiesta heterogeneidad de la esquizofrenia (16).

El estudio de los predictores de resultados ha ayudado al entendimiento de los determinantes de la heterogeneidad de la esquizofrenia, - entre los mayores predictores están: la sintomatología, la funcionalidad global, las relaciones sociales y la hospitalización. Sin embargo, - son también relevantes: la adquisición de habilidades, la historia familiar de esquizofrenia, el humor depresivo y las acometidas psicóticas. - Así, el resultado a largo plazo en la esquizofrenia puede deberse a: -- una interacción dinámica entre los más altos niveles de intereses premórbidos, las capacidades adaptativas y la productividad alcanzada con la "virulencia" relativa de la enfermedad representada por la carga genética, la presencia o preservación del afecto en la psicopatología y - el grado en el cual la enfermedad compromete la prueba de la realidad, - aunado, por supuesto, al funcionamiento social (28).

Tales conclusiones han sido elaboradas a la luz de los estudios de seguimiento a corto, mediano y largo plazo en esquizofrenia, en esta enfermedad está claro que, sin el conocimiento de las etiologías debe seguirse el curso para reducir la manifiesta heterogeneidad de la misma, - para construir subtipos, estudiar comorbilidad y pronosticar (63).

Los estudios de seguimiento se llevan a cabo por una variedad de - razones, pero todas ellas pueden resumirse bajo el rubro de diagnóstico el que es básico para la comunicación, proporciona la base esencial para la comparación entre los estudios y nos permite establecer analogías entre nuestra experiencia clínica y la de otros (32).

Los estudios de seguimiento usualmente se identifican como prospectivos o retrospectivos en su diseño. En los primeros, los pacientes seleccionan como sujetos de seguimiento a la base (en el presente) y en

tonces se evalúan una ó más veces en el futuro. En los segundos, los pacientes son identificados como sujetos de seguimiento y su funcionamiento habitual es medido "prospectivamente" y definido como resultado. Su funcionamiento pasado y presente es medido retrospectivamente con base en material de archivo colectado para otros propósitos. Esta estrategia admite intervalos de seguimiento muy largos y forma el diseño para muchos de los estudios revisados, pero la estrategia retrospectiva es más vulnerable a los datos equivocados y la calidad y el contenido de los datos de la historia pasada no pueden ser diseñados por el investigador -- (63), por ello los registros médicos de alta calidad son imperativos para los diseños de seguimiento retrospectivo (57).

La importancia de los estudios de seguimiento en establecer la validez diagnóstica y medir los criterios diagnósticos para la esquizofrenia se ha enfatizado en el pasado (91), hace más de 70 años Kraepelin señaló que los estudios comparativos hacían avanzar nuestro conocimiento en las rutas básicas; llevando la luz a las causas de los trastornos mentales y proporcionando medios para determinar la influencia que ejerce la personalidad del paciente en la forma particular que la enfermedad asume(77).

Los estudios de seguimiento a largo plazo proporcionan una perspectiva macroscópica de la esquizofrenia, una descripción de sus vicisitudes más severas al paso de la historia natural humana e iluminan los aspectos que no pueden verse individualmente tales como las interacciones entre género o estado socioeconómico y la psicopatología, al registrar el curso longitudinal de la enfermedad el seguimiento puede proporcionar información acerca de muchos aspectos interesantes como son la recuperación, la terapéutica y la interacción entre síntomas y trabajo, describiendo convincentemente una proporción de pacientes que muestran una mejora substancial en la intensidad de sus síntomas y en su competencia social después de muchos años de enfermedad (63), finalmente describen la historia natural y definen las limitaciones de los tratamientos.

Los estudios de seguimiento en esquizofrenia son abundantes, Zubin y cols. (1961) reportaron la existencia de 800 de estas investigaciones (57). Los principales hallazgos de estos estudios ya sean americanos o europeos son similares y confiablemente puede concluirse que: a) está -- claro que aunque el síndrome esquizofrénico es definido, el resultado es remarcablemente variable. No solo varía de recuperación plena y permanen

te a un estado de invalidéz de larga duraci3n, pero sorprendentemente - las mejoras 6 deterioros pueden ocurrir a3n despu3s de muchos a3os de aparente... estabilidad, a pesar de esta variabilidad el resultado de la esquizofrenia es peor que el de los trastornos afectivos y los trastornos esquizoafectivos, aunque ha mejorado considerablemente desde los primeros a3os del siglo, la causa de esta mejoría es oscura, pues es un hecho que ni la psicoterapia analíticamente orientada intensiva mejora el pron3stico, ni tampoco se ha probado un beneficio tangible de los -- neurolépticos en la esquizofrenia a largo plazo aunque su utilidad en las etapas tempranas e intermedias de la enfermedad es incuestionable.

El resultado de la esquizofrenia no solo varía de un paciente a -- otro, sino que varía entre los pueblos y razas. Es mejor en los países-subdesarrollados que en los países industriales. En un artículo aparecido en 1988 Lin y Kleinman analizan varias explicaciones posibles para este fenómeno y señalan diferencias entre la estructura familiar, provi siones ocupacionales y actitudes ante la enfermedad mental entre los -- pueblos de una a otra esfera (42,52).

Por lo que toca a las recaídas varios autores han tocado el punto de la importancia de la participaci3n familiar como medio para evitar 6 limitar a estas; muchos de los programas de esta índole han sido guiados de una forma u otra por la literatura de la expresi3n emocional --- (EE). Altos niveles de EE implican actitudes familiares negativas tales como crítica y sobreinvolucramiento emocional que se han mencionado como factores de recaída de esquizofrénicos. Los familiares con alta EE rechazan más al paciente y tienden a ver su conducta sintomática como efectuada con intenci3n de molestarlos, estos familiares parecen tener una dificultad temporal en aceptar que su enfermo sufre con sus trastornos; en cambio los familiares con bajo EE aceptan más la enfermedad y tienden a verla con explicaciones más racionales. Para variar la EE en familiares de esquizofrénicos, se ofrece a estos informaci3n adecuada acerca de la enfermedad y se enfatiza la importancia de las interacciones sociales de apoyo en reducir el riesgo de recaída (20, 29).

Existe evidencia de la posibilidad de que haya diferencias mayores en las actitudes y conductas familiares hacia el paciente esquizofrénico en diferentes partes del mundo y estas diferencias pueden ser responsables del mejor resultado de la esquizofrenia en los países subdesarro

llados como ya se ha citado en el IPSS que sugieren la existencia de diferencias relacionadas a la cultura en el curso de la esquizofrenia --- (77).

Ya se ha citado que una de las principales justificaciones para realizar estudios de seguimiento es el diagnóstico, entonces este proceso debe depender principalmente de la aplicación de los principios epidemiológicos al estudio del curso, respuesta al tratamiento, resultado, patrones de enfermedad familiar y otros elementos de lo que se ha llamado epidemiología clínica, para incrementar la posibilidad de que estemos empleando términos diagnósticos consistentemente es que -- fueron creados los Criterios de Feighner, el RDC y el DSM-III. El diagnóstico no es una meta final, es un proceso del estudio sistemático -- del paciente integrado con el conocimiento derivado de estudios tam-- bién sistemáticos de otros pacientes diseñados para facilitar el pensamiento y la comunicación (32).

De acuerdo a McGlashan y cols. a pesar del gran número de estu--- dios de seguimiento que se tienen, la mayoría tiene inadecuada descripción de la muestra, la que no viene de una población definida o representativa ó adolecen de grupos comparativos ó en general, la calidad y confiabilidad de sus observaciones son cuestionables. Para estos autores los principales puntos de diseño y metodología en estos estudios de seguimiento son:

- Estructura conceptual.- Una apreciación clara de la teoría, conceptos e hipótesis lleva al investigador a diseñar el estudio que cumpla los propósitos más importantes y que minimize las desviaciones o los artefactos.

- Diseño.- Ya hemos mencionado las características del mismo al principio del presente capítulo.

- Representatividad de la muestra.- Es un punto básico, por ello el investigador debe proporcionar una evaluación clara y crítica de las limitaciones de los procedimientos usados, como mínimo debe especificar reglas para la selección del sujeto, caracterizar el mayor grupo del que nace la muestra y establecer los límites en generalizar los hallazgos de estudio.

- Descripción de la muestra.- Las características demográficas básicas se correlacionan a menudo más poderosamente con el curso que las interacciones terapéuticas, entonces su adecuada descripción es vital.

- Origen y calidad de los datos.- La investigación clínica se basa en los datos. En estudios retrospectivos - como el presente - los registros son virtualmente siempre incompletos o de calidad variable.

- Medidas.- Lo que va a medirse nace originalmente de la hipótesis bajo escrutinio.

- Confiabilidad.- Debe hacerse y reportarse un análisis estadístico para todas las variables de estudio que requieran inferencia sustancial.

- Diagnóstico.- Dado que la esquizofrenia es un síndrome clínico y no una entidad patológica específica es necesario que se apliquen grupos precisos de criterios diagnósticos.

- Grupos comparativos.- Si se requiere un grupo de comparación no esquizofrénico ó no, dependerá exclusivamente del propósito de estudio y su hipótesis.

- Resultados.- Estos además de la confiabilidad ya mencionada deben incluir alcance (el resultado es multidimensional); mecánica (de dónde y como se obtuvieron los datos, la forma de obtenerlos, etc., pues todas estas variables pueden afectar su calidad); la validéz/exactitud de los datos puede realizarse obteniendo la información desde diversas perspectivas. Los resultados pueden ser descritos longitudinalmente ó en forma seccional cruzada; por último la especificidad/generabilidad nos recuerda que mientras más detalladas y específicas sean las descripciones de los resultados será que estos puedan ser más generalizados y comparables a través de los estudios. Los métodos para maximizar la especificidad incluyen el empleo de entrevistas semiestructuradas, la definición de variables de resultados centrales con criterios operacionales explícitos e incorporar escalas relevantes.

- Análisis.- (64).

¿ Cuales son los estudios de seguimiento a largo plazo más representativos ?, ¿ que hemos aprendido de ellos ?, ¿ cuales son las implicaciones para la nosología ?:

Jules Angst hace en 1988 una revisión de los principales estudios de seguimiento europeos y señala que los más recientes se llevaron a cabo por Manfred Bleuler (1972), Hinterhuber (1973), Ciompi y Muller (1976) y Huber y cols. en 1979.

Los diagnósticos de esquizofrenia siguen a Kraepelin, Bleuler y Schneider, estos criterios se reflejan también en el concepto diagnós-

tico de Wing y su definición de Esquizofrenia para estudios multicéntricos transculturales (1973-1974). El diagnóstico europeo se basa principalmente en los síntomas que excluyen casos de origen tóxico u otros y solo se hace en presencia de una clara psicosis, pero no en estados psicóticos ligeros. La longitud de la historia psiquiátrica previa o la edad de inicio no es tomada en cuenta.

El resultado a largo plazo incluye cerca del 25% con recuperación libre de síntomas basado en el abordaje psicopatológico y en la adaptación social (Bleuler, 1976, Huber 1980). Más de la mitad de las psicosis toman un curso recurrente, algunas de ellas con una remisión completa durante los intervalos. Pero todavía la mayoría de los pacientes esquizofrénicos definidos en esta forma desarrollan estados residuales, mientras el resultado más severos de la esquizofrenia: la demencia, se encuentra sólo en el 10%. Entonces se considera a la esquizofrenia como un trastorno con resultados muy diferentes y el pronóstico es mejor que el descrito en muchos libros de texto. También el Estudio Piloto Internacional de la Esquizofrenia de la OMS, encontró altos niveles de recuperación, especialmente en países desarrollados (77).

El subgrupo de pacientes con depresión durante el desarrollo de su enfermedad esquizofrénica fue intensamente analizado por Gross y Huber en 1980. Ellos encontraron no sólo una transición de los síndromes depresivos a la esquizofrenia en 13.1% sino que, un cambio al contrario se encontró el viraje de la esquizofrenia a enfermedad depresiva en 12% (de una muestra de 375 pacientes). La manifestación temprana de los síndromes depresivos correlaciona con un pronóstico favorable a largo plazo. En un reciente análisis estos mismos autores (1986) encontraron que el inicio agudo, los síntomas depresivos endógenomorficos y la psicorreactividad eran pronósticamente favorables.

Forrest y Hay en 1973 establecen que los síndromes de la esquizofrenia son dependientes de la edad de inicio y que este es un factor que no siempre se toma en cuenta. Las psicosis de la infancia se caracterizan por trastornos del lenguaje, manierismo motor, adherencia obsesiva a objetos y características orgánicas; en adolescentes y adultos jóvenes (16-35 años) hay una ausencia relativa de factores orgánicos y tóxicos, pero los conflictos familiares sugieren la importancia del logro del rol laboral y la separación de la familia nuclear. Finalmente, en las psicosis de la vida tardía (35 a 64 años) las psicosis paranoides son mucho -



más comunes y los factores tóxicos (alcohol, drogas), la evidencia de -  
daño cerebral, el aislamiento social y la dislocación cultural son factores  
notables en su producción. Hay evidencia de que la hebefrenia y -  
la catatonía predominan en los casos de inicio temprano, mientras que -  
las psicosis paranoides se vuelven más frecuentes con la edad de inicio  
incrementada.

Existen reportes soviéticos de seguimiento a largo plazo de esqui-  
zofrenia que han servido para validar la confiabilidad diagnóstica, por  
otra parte, según algunos autores (Tsutsulkovskaya et al 1982) el curso  
crónico no es tan desfavorable.

A diferencia de la esquizofrenia juvenil, la de inicio tardío tie-  
ne mejor pronóstico, el estudio clásico viene de Manfred Bleuler (1943)  
quien definió el grupo por edad de inicio de más de 40 años y excluyó a  
todos los casos de síndromes orgánicos cerebrales y aquellos con sínto-  
mas secundarios a un trastorno somático, estimó que cerca del 15% de to-  
dos los casos de esquizofrenia se ubicaban en las de inicio tardío, ---  
siendo más frecuentes los casos femeninos. No encontró sintomatología -  
especial, el curso de la enfermedad es a menudo crónico con exacerbacio-  
nes agudas, es frecuente un ligero déficit, pero la demencia es rara(6).

En 1989 Pearlson y Cols. del Departamento de Ciencias Psiquiátri-  
cas y de la Conducta de la Universidad John Hopkins, reportaron una re-  
visión del estudio de la esquizofrenia de inicio temprano y tardío y en-  
contraron que la literatura enumera varios factores de riesgo específi-  
co para la esquizofrenia de inicio tardío y que incluyen: la predispo-  
sición genética a la esquizofrenia, el trastorno sensorial, los tipos es-  
pecíficos de personalidad premórbida anormal, el género femenino y el -  
aislamiento social. Los autores concluyen que la esquizofrenia es capaz  
de mostrarse por vez primera en una etapa avanzada de la vida (una ob-  
servación común en la literatura psiquiátrica europea) y que en las si-  
militudes fenomenológicas, tienen más peso las diferencias de los casos  
de inicio temprano. Sin embargo las diferencias existen, son interesan-  
tes sobre todo por la ocurrencia diferente de los síntomas positivos vs  
negativos, dado el deterioro cognitivo y de la personalidad en la esqui-  
zofrenia de inicio temprano, este es un síntoma especialmente incapaci-  
tante. Teniendo en cuenta la sugerencia de que los síntomas esquizofre-  
niformes pueden empezar en la ancianidad en el contexto de la enferme--

dad cerebral estructural, los seguimientos a largo plazo de los pacientes esquizofrénicos de inicio tardío deben hacerse para determinar la proporción de aquellos que se demencian (Demencia de Alzheimer u otras) y comparar esta figura al nivel visto ya sea en inicio temprano como en la población general (70).

Angst en su artículo discute el estado nosológico de la psicosis paranoide, la psicosis esquizofreniforme y la Psicosis Reactiva, además del Trastorno esquizoafectivo y menciona de paso la extensa revisión de Kleist y Leonhard, sugiere un criterio de edad, el que la mayoría de los psiquiatras usan sin ser parte de la nosología y concluye que no tiene caso considerar a la esquizofrenia como una simple entidad patológica, manifestando claramente su esperanza, de que los estudios de seguimiento a largo plazo mejoren el diagnóstico de esquizofrenia (86). Menciona el hecho de que los estudios han desarrollado la búsqueda de cambios en el curso clínico conforme pasa el tiempo y señala el hecho de la evidente convergencia de que, a largo plazo, los síntomas esquizofrénicos productivos disminuyen en favor de los síntomas afectivos, principalmente depresión. Al referirse al desarrollo a largo plazo y al defecto esquizofrénico señala que ahora se considera que la esquizofrenia no es progresiva durante décadas, siendo más probable que se establezca en un estado residual, estado que, de acuerdo a estudios de Bleuler y Ciompi y Muller (1972 y 1976 respectivamente) mejoró varios años después del inicio.

Por último, al revisar el tratamiento a largo plazo de las diferentes muestras, Angst nos dice que la mayoría de estudios concuerdan en una mejoría del pronóstico con el manejo en este siglo. Cita los reportes de Muller (1951) y Stenberg (1948) quienes encuentran recuperaciones del 12-20% similar para ambos sexos. Bleuler (1972) y el grupo de Achte (1961, 1972, 1986) concluyen que el incremento en el nivel de recuperación y el decremento del deterioro mental severo antecede a la introducción de los neurolépticos (6).

Ha habido varios intentos para definir los subtipos de la esquizofrenia basados en el curso a largo plazo. Huber (1975, 1980) describe 12 patrones de curso para la enfermedad; Manfred Bleuler (1968, 1978) describe 7 patrones; Ciompi (1980) describe 8 patrones. Estos patrones incorporaron observaciones acerca de la naturaleza del inicio, los episodios

dios psicóticos, la psicopatología entre los episodios y la presencia ó ausencia de recuperación tardía en la enfermedad. Hoy día existe todo un cuerpo de literatura de seguimiento que afirma que, aún las formas progresivas de la enfermedad, tienden a una meseta dentro de los 5 a 10 años del inicio de la misma (16).

A este respecto bien vale la pena citar brevemente los hallazgos de Ciompi y Muller en su extenso programa de investigación de la historia natural de las enfermedades mentales y su evolución a largo plazo.-

En lo tocante al grupo esquizofrénico de una muestra inicial de -- 1642 pacientes se pudo seguir finalmente a 289, habiendo un promedio de duración del seguimiento de 36.9 años. Las cabezas principales de esta investigación fueron:

- Estado final del seguimiento.
- El desarrollo de los síntomas y síndromes esquizofrénicos.
- El desarrollo de síntomas adicionales, no específicamente esquizofrénicos.
- El desarrollo de Síndromes Orgánicos Cerebrales.
- El desarrollo de adaptación social.
- El curso total.

De los muchos aspectos de los resultados estudiados destacan:

a) Admisión al Hospital:

- Duración total de menos de un año en cerca de la mitad de los probandos.
- Una cuarta parte de los pacientes pasó más de 20 años en hospitales
- La mayoría de los pacientes pasó menos del 10% del periodo total de seguimiento en los hospitales.

b) Tipo de Curso:

- Se resumen esquemáticamente en 8 tipos (ver esquema en tabla # ). Los primeros cuatro tipos son más frecuentes y resultan de la combinación de un curso fásico o continuo con un resultado favorable o desfavorable; los siguientes cuatro tipos, menos frecuentes, son combinaciones alternativas. Es de notarse que un inicio agudo combinado con un curso fásico y un resultado favorable fué exhibido -- por un 25% de la muestra y fué el tipo más frecuente y también el más favorable. El más desfavorable empezó con un inicio agudo y -- llevó directamente a un severo estado final, afectando al 6% de la

muestra y fué el sexto en orden de frecuencia.

c) Resultado Global:

- Se midió por el resultado alcanzado y fué favorable en el 49% de los casos, 27% de remisiones completas y 22% residuales menores, comparadas con 42% de resultados desfavorables o de un grado intermedio o severo.

d) Resultado Social:

- Cerca de 2/5 de pacientes vivían con sus familias ó solos, 1/5 en instituciones comunitarias y el resto en los hospitales. A pesar de la avanzada edad de los probandos, dada la longitud del seguimiento, más de la mitad aún trabajaban, 2/3 de ellos en tiempo parcial y 1/3 en ocupación de tiempo completo. La adaptación social apareció como buena o suficiente en solo 1/3 de los casos y fué intermedia o mala en 2/3 y ello mostró que las principales consecuencias de la enfermedad no solo fueron en el campo de la psicopatología persistente, sino en el funcionamiento social trastornado.

Al examinar las modalidades de tratamiento con el correr de los años, se dividió la muestra en tres principales grupos:

- Pacientes admitidos antes de la era del tratamiento de choque (61%).
- Pacientes admitidos entre 1933 y la introducción de los neurolépticos
- Pacientes admitidos después de 1953.

Los pacientes admitidos en los 40's y 50's no tenían mejor resultado a largo plazo que aquellos que se admitieron primero al inicio y durante las tres primeras décadas de este siglo y esto fué un resultado sorprendente. Varios tratamientos podían haber sido efectivos por un corto tiempo, sin mejorar, sin embargo, el resultado final. Contrariamente a las creencias comunes y a la información en la literatura, no hubo relación específica encontrada entre los diferentes aspectos de los resultados y variables como sexo, constitución, herencia (esquizofrenia u otras enfermedades mentales), inteligencia, educación escolar y edad de inicio. Se relacionaron las siguientes variables al resultado de la enfermedad:

- Situación domiciliaria corriente.
- Duración total de la Admisión hospitalaria.
- Tipo de curso.
- Duración del primer periodo de cuidado hospitalario.
- Situación de empleo corriente.

- Adaptación social premórbida.
- Adaptación ocupacional premórbida.
- Personalidad premórbida.
- Tipo de inicio.
- Estado físico corriente.
- Severidad de la sintomatología.
- Edad de la primera admisión.
- Edad corriente.
- Estado civil.
- Entrenamiento ocupacional.
- Ocupación.

Se mencionaron tres factores determinantes del estado final:

- Un factor de personalidad.
- Un factor Gestalt-Enfermedad.
- Un factor de edad.

- (18) -

Por contraste Mc Glashan (1988) supervisa la escena norteamericana donde hasta el tiempo del US/UK (Cooper et al, 1972) y el IPSS (OMS/73) los conceptos nosológicos fueron dominados por las teorías psicoanalíticas. La introducción de los Criterios de Feighner y posteriormente del DSM-III, inician como ya hemos comentado un uso más o menos universal - para propósitos de investigación, sin embargo ni Mc Glashan ni Harding-consideran que tales criterios constituyan una unidad de validéz predictiva uniforme (86).

Los estudios que revisa McGlashan tuvieron los siguientes criterios de inclusión:

- Son de ejecución reciente, (dentro de los pasados 25 años).
- Son estudios de seguimiento de esquizofrenia, principalmente de esquizofrénicos diagnosticados por criterios operacionales.
- Define el largo plazo como un seguimiento mínimo de 10 años.

A continuación describimos brevemente los estudios más señalados:

1) ESTUDIO DE SEGUIMIENTO CENTRO DE SALUD MENTAL MASSACHUSETTS:

- Fué retrospectivo.
- Incluyó pacientes admitidos entre 1947 y 1950 (N=72). Estudiados en - 1962.
- El diagnóstico se basó en los criterios de los Síntomas Primarios - de Bleuler.
- Sus resultados se midieron en una escala de 5 puntos:

a) 10 ó más años en el hospital	28%
b) 3 ó más años en el hospital e incapacidad para trabajar o hacerse cargo de casa durante más del 50% del tiempo en comunidad.	6%
c) Menos de tres años en el hospital e incapacidad para trabajar o hacerse cargo de casa durante más del 50% del tiempo pasado - en la comunidad.	25%
d) Habilidad para laborar más del 50% del --- tiempo extra-hospitalario, pero incapáz de vivir independiente de padres o familiares	15%
e) Capáz de trabajar tiempo completo o llevar una casa independientemente de la familia.	26%

\* Las categorías d y e son remisiones a largo plazo.

\* El autor del Estudio es Vaillant.

2.- ESTUDIO DE SEGUIMIENTO: CENTRO DE SALUD MENTAL MASSACHUSETTS "2".

- Básicamente fué prospectivo.

- Se llevó a cabo entre 1970 y 1975.

- Incluyó a 51 de 56 esquizofrénicos quienes alcanzaron remisión completa entre 1959-1962.

- Diagnóstico de Esquizofrenia basado en los Criterios Primarios de -- Bleuler.

- Los pacientes se habían hospitalizado al menos dos meses

- El seguimiento se efectuó mediante registros o entrevistas 4-16 años-después (en promedio 10 años).

- La medida de resultados fué la presencia o ausencia de remisión.

- La remisión fué un concepto multidimensional (debían llenarse 5 condiciones):

a) Paciente libre de síntomas psicóticos.

b) Paciente libre de síntomas primarios de Bleuler por un año al menos.

c) El paciente recuperó el nivel funcional premórbido.

d) No empleaba fenotiazinas.

e) Tenía al menos un amigo.

El autor es VAILLANT. Entre los resultados se tuvo:

1) 61% de pacientes mantuvieron su remisión.

2) 39% no mantuvieron la remisión y siguieron un curso crónico.

3.- ESTUDIO DE SEGUIMIENTO CLINICO PHIPPS.-

- Autor : Sthepens.
- Estudio Retrospectivo.
- 472 esquizofrénicos (entre 1948 y 1959).
- Por lo menos tres semanas de hospitalización.
- Seguimiento de 5 a 16 años mediante cartas, telefonemas, conversaciones, contacto con el paciente, hospital y familiares. Obtenido en 78% de la muestra.
- 3 categorías de resultados:
  - a) "Recuperado" (remisión completa sin evidencia de patología residual, excluyendo pacientes con remisiones y exacerbaciones frecuentes). 24%
  - b) "Mejorado" (parecían recuperados, pero tenían exacerbaciones y remisiones repetidas, así como pacientes con síntomas residuales) 46%
  - c) "No mejorado" (psicosis activa, crónica, la mayoría de estos pacientes permanece hospitalizado) 30%

4.- ESTUDIO DE SEGUIMIENTO "LOS 500 DE IOWA"

- Estudio retrospectivo (Morrison 1972, Clancy 1974, Tsuang 1975-1980).
- Basado en los pacientes admitidos entre 1934 y 1944 (370 cada año, se acumularon 3800 expedientes).
- 13 % fué diagnosticado como Esquizofrenia.
- Se filtraron los Registros con los Criterios de Feighner.
- Finalmente la muestra fué de 200 pacientes con esquizofrenia.
- Se añadió un grupo no-psiquiátrico de comparación. N=160.
- Los datos de seguimiento se colectaron entre 1972 y 1976 (30-40 años)
- Edad promedio del esquizofrénico: 64 años.
- A los pacientes vivos se les efectuó entrevista personal o telefónica
- Mediante ella se evaluó normalidad, psicopatología y múltiples dominios de funcionalidad, con medición de la confianza.
- En los pacientes fallecidos se llegó a un resultado mediante la entrevista estructurada a la familia de primer grado.
- Diagnóstico de seguimiento asignado por consenso tras la revisión de la entrevista estructurada, lo que se llevó a cabo por cuatro psiquiatras.

- El resultado funcional fué acorde a cuatro dimensiones, cada uno de los cuales calificaron en tres escalas :

a) Marital. b) Residencial. c) Ocupacional. d) Sintomático.

Las escalas fueron: Pobre, Regular, Bueno.

Características de la muestra esquizofrénica: (200 pacientes).

- Hombres (52%)

- Casados (20%)

- Pobre ajuste premórbido y pobre nivel laboral (50%).

- Graduados de High-School (28%).

- Factores Precipitantes (11%)

- Edad promedio de inicio = 26 años.

- Edad promedio de admisión = 27 años.

- Enfermos más de un año antes de la admisión (8%).

- Predominio de la población = rural y poco móvil:

- Hospitalizados en la Era Pre-Tec; Pre-Nls ó Pre-Reducc. Tx externo.

Esta muestra y su estudio representó el mayor acercamiento a la historia natural de la esquizofrenia, no perturbado por el tratamiento moderno.

Los resultados fueron dicotomizados en bueno y favorable/pobre para cada dimensión. Se demostró el probable pronóstico de la esquizofrenia.

Los mejores resultados en la cohorte esquizofrénica en las cuatro dimensiones fueron:

- Estado Marital: 21% eran casados.

- Estado Residencial: 34% en casa o residencia de familiares.

- Estado Ocupacional: 35% empleados, amas de casa, estudiantes.

- Estado Sintomático: 20% sin síntomas.

(90,91,92)

##### 5.- ESTUDIO DE SEGUIMIENTO ALBERTA.

- Autor: Bland y cols. (2 estudios de seguimiento). 1970.-

- Muestras obtenidas de pacientes hospitalizados en 1963 en Hospital Alberta.

- En el primer estudio (1976) Se examinaron registros. Seleccionando - 92 pacientes con criterios del DSM-II.

- El seguimiento se efectuó entrevistando pacientes y conocidos (1974 y 1975) (10 años post-admisión)



- Esto fué posible en 88 pacientes (96%) se incluyeron pacientes fallecidos.
  - Resultado multidimensional (Ajuste social, estabilidad matrimonial, productividad laboral, tratamiento institucional, cuidados médicos -subsecuentes y estimación global del estado psiquiátrico a 6 niveles

a) Recuperación sin déficit social ó intelectual	58%
b) Déficit social ó intelectual periódico (ligero)	9%
c) Déficit social ó intelectual periódico (severo)	9%
d) Déficit social ó intelectual crónico (ligero)	7%
e) Déficit social ó intelectual crónico (severo)	9%
f) Institucionalización crónica no remitente	8%

  - Los resultados probaron ser mejores de lo que los autores esperaban.
  - De los 88 pacientes en seguimiento:
    - 48 eran hombres.
    - Edad promedio de admisión índice: 34 años (rango 14-66).
    - 51% eran solteros.
    - De los pacientes recuperados (58%=51 pacientes) el 45% había descontinuado el fármaco y sólo el 39% continuó medicándose por 5 años ó +.
- (12,13)

#### 6.- ESTUDIO DE SEGUIMIENTO ALBERTA-II.

- Autor: Bland y Cols. (1978).
- Misma cohorte de base del primer estudio, se aplicaron criterios diagnósticos estrictos.
- Se excluyó a cerca de la mitad de la población anterior, por tener -- distintos diagnósticos al ser empleados criterios estrictos.
- Se incluyeron 45 sujetos con los siguientes criterios diagnósticos:
  - a) Síntomas de primer rango (excepto pasividad somática): 38 sujetos.
  - b) El índice de Esquizofrenia New-Haven: 42 sujetos.
  - c) Los Criterios de Feighner (definitivos y probables): 20 de cada uno.
  - d) Seguimiento como en el Primer Estudio: se siguieron 43 pacientes.
  - e) Se incluyeron pacientes fallecidos.
  - f) Los resultados se midieron usando el mismo rating multidimensional.
- Demográficamente:
  - a) 22 eran hombres.
  - b) 53% de la muestra era soltera al momento de la admisión.
  - c) Edad promedio a la admisión índice: 33 años.

- Estimación global del estado psiquiátrico:	
a) Recuperación sin déficit social ó intelectual: ...	21%
b) Déficit social ó intelectual periódico (ligero)	30%
c) Déficit social ó intelectual periódico (severo)	21%
d) Déficit social ó intelectual crónico (ligero)	12%
e) Déficit social ó intelectual crónico (severo)	14%
f) Institucionalización crónica no remitente.	2%

(12,13)

7.- ESTUDIO DE SEGUIMIENTO CLINICO DEL PACIENTE EXTERNO CIUDAD DE N.Y.

- Autor: Engelhardt y cols. (1982)
- Seguimiento de 15 años de pacientes esquizofrénicos.
- 21% de la muestra no tenía historia de hospitalización previa.
- Estudiando pacientes que no han experimentado hospitalización puede - obtenerse - en opinión de los autores - heterogeneidad máxima necesaria para desarrollar una base de datos adecuada en curso y pronóstico
- Fue un estudio retrospectivo, su muestra incluyó 670 pacientes.
- Edad entre 18-45 años.
- Diagnóstico primario de esquizofrenia basado en el DSM-II.
- Evidencia de enfermedad mental de un año de duración.
- Resultado unidimensional (consistía en los niveles acumulados de hospitalización para el año del seguimiento).
- La muestra de base tenía un promedio de edad de 30 años.
- 54% hombres.
- 28% negros.
- 4% Hispánicos.
- 3/4 partes de la muestra de clase socio-económica baja.
- 47% solteros.
- Poco más de 1/3 se mantenían o eran mantenidos por la esposa.
- 45% mantenidos por familiares y 19% mantenidos por el estado.
- 27% tenían empleo regular
- 21% trabajaban esporádicamente
- 52% Raramente o nunca han tenido empleo.
- 380 pacientes eventualmente se hospitalizaron una vez.
- Promedio de hospitalización: 2.7
- Promedio de duración de la hospitalización: 16 meses.
- Promedio de todas las hospitalizaciones para pacientes fue de 44 me--

ses (rango 1-174 meses).

- La mayoría de los pacientes 63% eventualmente se rehospitalizaron dentro de los dos años de seguimiento.

(54)

8.- ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DEL HOSPITAL ESTATAL DE BOSTON.

- Autor: Gardos (1982).
- Seguimiento de 12 años.
- 124 esquizofrénicos crónicos.
- Fué retrospectivo.
- Estos pacientes participaron en el Estudio Colaborativo de Clorpromazina (1965).
- El Estudio de Seguimiento se llevó a cabo en 1977.
- Cada paciente se entrevistó individualmente.
- Resultados multidimensionales.
- Se completó el seguimiento en 90 pacientes (73% de la muestra).
- 17 pacientes (14%) murieron (eran los más enfermos).
- 17 pacientes (14%) no se localizaron o rehusaron participar (eran los más sanos).
- La muestra incluía: inicio temprano, resistencia al tratamiento y además ser institucionalizados.
- En promedio la primera hospitalización fué a los 24 años.
- Entraron al estudio a los 41 años (después de 13 años de hospitalizados).
- Todos habían recibido tratamientos neurolépticos, a menudo a dosis altas.
- 81% eran solteros.
- 60% no graduados de High School.
- Antes de hospitalizarse 33% eran trabajadores hábiles, 26% eran semi-hábiles y 41% eran inhábiles.
- La severidad global en el estudio en una escala de 7 puntos fué 5.2
- En el estudio de 12 años:
- 21 permanecían en hospital estatal.
- 35 en asilos.
- 5 vivían con su familia de origen.
- 12 vivían en hogares de cuidados.
- 13 vivían en dependencias cooperativas.

- Sólo 4 pacientes (3%) vivían en departamentos propios.
  - GAF promedio: 40
  - En cuanto a severidad post-seguimiento: 4.8 no mejoraron.
  - 17 pacientes trabajaban. (12 en trabajos de hospital y 5 en otros).
- (54)

9.- ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE CHESTNUT LODGE.

- Autor: McGlashan. (Seguimiento de 25 años).
- Fue retrospectivo.
- Pacientes muy jóvenes, crónicamente enfermos y con fallas de tratamiento, además de nivel socio-económico alto. (Con al menos tres meses de hospitalización).
- 532 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, Trastornos Afectivos y Borderline.
- Todos los pacientes, fueron rediagnosticados usando criterios DSM-III
- Seguimiento efectivo entre 1977 y 1983 (entrevistas telefónicas o personales).
- Promedio de edad 47 años. (Resultados multidimensionales).
- Se incluyeron pacientes fallecidos.
- Se completó en 446 pacientes (72% de la muestra).
- Para la muestra esquizofrénica = 188 pacientes y seguimiento efectivo en 163.
- Hombres: 52%
- Casados: 23%
- Blancos: 100%
- Estado Socio-económico: 1.6 (Hollinhesl and Redlich, 1958).
- Edad de inicio: 19 años.
- Edad de primera hospitalización: 23 años.
- Edad de hospitalización índice: 28 años.
- Número de hospitalizaciones previas: 3 años.
- Duración de la hospitalización previa: 28 meses.
- Duración de terapia como paciente externa: 17 meses.
- Psicopatología a la admisión: (Escala de 7 igual a 55).
- Muestra crónica y severamente enfermos.
- 80% con duración de la enfermedad mayor de dos años.
- Resistentes al tratamiento farmacológico.
- Por seguimiento: Escala de resultado Global de 5 puntos.

- a) Recuperado: 6%
  - b) Bueno: 8%
  - c) Moderado: 23%
  - d) Marginal: 23%
  - e) Continuamente incapacitado: 41%
- El seguimiento a largo plazo probó tener una muestra de estabilidad sin evidencia de vfas hacia el deterioro o a la mejoría.
- (53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64).

10.- ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DEL HOSPITAL ESTATAL DE VERMONT.

- Autor: Harding y cols. (1987).
- Retrospectivo.
- 268 pacientes esquizofrénicos diagnosticados por DSM-I, referidos a rehabilitación entre 1955-1960.
- 20-25 años después el 97% de los pacientes aún vivían ahí (En el Hospital Estatal de Vermont).
- Resultados multidimensionales que inclufan solo 168 pacientes entrevistados.
- Se evaluaron pacientes fallecidos (pero a la fecha sólo se reporta la evaluación de los que aún viven).
- Se hicieron pruebas de confiabilidad estadística: .40 y .95 Coeficiente - Kappa.
- Pacientes re-diagnosticados con DSM-III.
- Pacientes esquizofrénicos sólo 118 (la muestra final vivos y rediagnosticados por DSM-III fué de 82 pacientes).
- Promedio de edad: 61 años.
- Hombres: 50%.
- Solteros: 62%
- High-Schol completa en 45%.
- 45% de la muestra se hospitalizó más de seis años antes de la rehabilitación.
- 24% de la muestra, se hospitalizó entre dos y seis años antes de la -- rehabilitación.

- 31% de la muestra se hospitalizó menos de dos años antes de la rehabilitación.
- La Clorpromazina se introdujo en el Hospital en 1954.
- Algunos pacientes mejoraron lo suficiente como para salir pronto del Hospital.
- Algunos pacientes mejoraron lo suficiente pero no dejaron el Hospital por diversas razones (no tenían familiares, no tenían a dónde ir, tenían insuficientes recursos ó simplemente tenían dejar el Hospital).
- Los sujetos en estudio fueron instrumentalmente funcionales.
- El resultado parcial de 268 sujetos se reportó en 1967.
- 30% de los pacientes estuvieron en la comunidad sin re-admisión.
- 40% permanecían en la comunidad pero habían tenido re-ingresos.
- La mayoría de los pacientes eran solteros.
- La mayoría de los pacientes habían cambiado el empleo del Hospital -- por un empleo amparado.
- En 1982 se hizo revaloración de estos pacientes y se demostró:
  - a) Que 82% no se habían hospitalizado en el último año.
  - b) Que 61% vivían con amigos cada 1-2 semanas.
  - c) Empleados en el último año: 40%
  - d) Mostraban síntomas ligeros: 68%.
  - e) Ninguno calificó en la categoría de peor funcionamiento (menos de 31).
- El Estudio Vermont es singular en el hallazgo de no encontrar diferencias entre la esquizofrenia diagnosticada por dos sistemas: DSM-I y DSM-III.

(33,34,35)

11.- ESTUDIO DE SEGUIMIENTO: "ESTUDIO PILOTO DE ESQUIZOFRENIA INTERNACIONAL-WASHINGTON".

- Carpenter y cols en 1987 son los autores de este estudio de un subgrupo del Estudio Original (1979)
- Es el único estudio americano que emplea un diseño prospectivo ó sea siguiendo el desarrollo de la enfermedad con aproximaciones seccionales cruzadas.
- El primer seguimiento fué conducido a 2 años, el segundo a 5 años.
- La muestra original incluía 131 pacientes admitidos en 1968-69 .

- Los pacientes se refirieron al estudio si mostraban al menos un síntoma psicótico, si no tenían problemas orgánicos o abuso de alcohol o drogas.
- El diagnóstico se hizo con los criterios del DSM-II y del ICD-9.
- El seguimiento se concentró en los 68 pacientes que se evaluaron al seguimiento de 15 años.
- El resultado fue multidimensional.
- El seguimiento encontró que los pacientes esquizofrénicos funcionaban a un nivel inferior en todas las dimensiones: (hospitalización, trabajo, funcionamiento social, severidad de los síntomas y resultado global). El nivel de resultado no cambia entre los hallazgos del primer-seguimiento (5 años) y el segundo (11 años), siendo estos compatibles con la idea de que la esquizofrenia llega a una meseta después de los 5 años.

(54)

#### 12.- ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DEL INSTITUTO PSIQUIATRICO COLUMBIA.

- Autor: Stone
- Incluyó pacientes admitidos entre 1963 y 1976 y se llevó a cabo en 1985-86.
- Se seleccionaron 550 pacientes, de menos de 40 años y con IQ mayor de 90, quienes se hubieran hospitalizado por más de 3 meses.
- Se usaron los criterios del DSM-III.
- 99 pacientes llenaron los criterios para esquizofrenia.
- Al resultado 13% de la muestra esquizofrénica habían estado o eran casados.
- El GAS de esta muestra fue de 39 (rango de 6 a 81) y sólo 8% de la muestra alcanzó el nivel de "bueno o recuperado" (mayor de 61).

(54)

Las conclusiones derivadas de tales estudios, se mencionan a continuación:

- El resultado promedio de la Esquizofrenia es peor que para otras enfermedades mentales (Psicosis Esquizoafectiva, Trastorno de Personalidad Esquizotípica y Trastorno de Personalidad Borderline).
- La única excepción a esta tendencia fue el Estudio Vermont, el que no registró diferencias entre las muestras esquizofrénicas y las no eg

quizofrénica.

- La esquizofrenia se asocia a un elevado riesgo de suicidio, enfermedad física y mortalidad. En el ESTUDIO ALBERTA el riesgo suicida fué de 2.3% en el ESTUDIO CHESTNUT de 8%, en el ESTUDIO IOWA 5% y en el ESTUDIO COLUMBIA fué del 10%.

- Dado que el proceso esquizofrénico es incapacitante y crónico no empeora progresivamente a través del seguimiento a largo plazo. La hipótesis de que la esquizofrenia sigue un curso implacable hacia la demencia ha sido al fin dejada de lado, el deterioro de la funcionalidad que caracteriza a la enfermedad es de hecho un criterio diagnóstico del DSM-III, llega sin embargo a un punto - meseta - y una vez llegado a ello (5-10 años después del inicio de la enfermedad) el curso parece ser estable (ESTUDIO CHESTNUT).

- Entre los pacientes esquizofrénicos, sin embargo, el resultado definido es heterogéneo, el resultado puede variar entre recuperación completa e incapacidad continua. No obstante, parece un hecho importante que un grupo de esquizofrénicos se recupera de la enfermedad.

- Mucho de la heterogeneidad puede deberse a las características de la muestra, así, una liga a la cronicidad puede asociarse a la heterogeneidad, por ejemplo los mejores resultados se obtuvieron en los dos ESTUDIOS MASSACHUSETTS, el ESTUDIO PHIPPS y los dos ESTUDIOS ALBERTA en que se analizaron primeras admisiones o casos agudos, aunque la asociación de buen resultado con casos agudos no fué absoluta. Entonces la duración en tiempo en la cual la enfermedad esquizofrénica ha sido manifiesta, puede ser crucial para el resultado final a largo plazo. (La muestra de LOS 500 DE IOWA, tuvo peor resultado que los arriba citados, ya que sus enfermos eran manifiestos por más de seis meses).

Las muestras con enfermedad documentada aún más larga tienen resultados todavía peores (CHESTNUT, BOSTON), apoyando la validez de que la duración de la enfermedad es un parámetro determinante de resultados, sin embargo el SEGUIMIENTO VERMONT es la excepción: su muestra es crónica, pero los resultados son mejores. La diferencia en parte puede deberse a fuentes metodológicas y a las características pre-mórbidas y mórbidas. Las variables premórbidas son educación, funcionalidad laboral y social; mientras que las variables mórbidas son edad de inicio, edad de primera hospitalización, duración de hospitalizaciones previas, trata---



miento y adherencia/respuesta al medicamento. Las diferencias pueden ligarse también a estado socioeconómico, los pacientes de VERMONT por otra parte residían en ambiente rural; analizando todos los factores, al parecer la edad de inicio puede ser uno de los más poderosos predictores de resultados.

Otra dimensión bien conocida es la institucionalización o el grado en que los pacientes permanecen atados a los tratamientos.

- Los seguimientos a largo plazo han determinado claramente los efectos del tratamiento en la historia natural de la esquizofrenia. Por diversas razones (necesidad de grupos de comparación, el limitado tiempo de los tratamientos ya sea biológicos o psicosociales, la pérdida de la homogeneidad de los mismos, etc.) la cuantificación de las influencias del tratamiento permanece como materia de estudio del seguimiento a corto plazo (14) sin embargo, los estudios a largo plazo pueden también brindar información útil sobre el tratamiento como por ejemplo: la estabilidad del esquizofrénico sin terapia de mantenimiento, tales hallazgos establecen la validez de subgrupos relevantes en medicación.

- Los resultados a largo plazo pueden informarnos a veces de como los factores socioculturales influyen el curso y desafiando a nociones establecidas durante mucho tiempo tales como la interacción mutuamente negativa que ocurre entre la esquizofrenia y el estado socioeconómico bajo, estos y otros factores como el asentamiento físico, la renta baja, los ambientes citadinos, etc., apoyan el hallazgo de que el curso de la esquizofrenia puede ser más benigno en países en desarrollo que en las naciones tecnológicamente desarrolladas.

Por lo que toca a los efectos del seguimiento a largo plazo de los también llamados "predictores no diagnósticos de resultados" los estudios analizados por McGlashan señalan que:

- Las diferencias en género ocurren para la esquizofrenia y que las mujeres esquizofrénicas exhiben un curso menos deteriorante de la enfermedad. Al parecer este hallazgo se fundamenta con base en su funcionamiento social y marital/sexual, además de áreas de sintomatología, abuso de sustancias y funcionamiento global (CHESNUT).

- Los resultados a largo plazo, fueron mejores para el subtipo paranoide (IOWA 500).

- La esquizofrenia puede coexistir con otras formas de psicopatología --

(un sub-grupo del ESTUDIO CHESTNUT con sintomatología obsesivo-compulsiva tuvo un curso y resultado a largo plazo uniformemente más pobre. La esquizofrenia en pacientes con TPE concomitante tuvo un mejor resultado que la esquizofrenia pura, esto mismo es válido para la esquizofrenia -- con características mixtas borderline). (82)

- Los mayores predictores de resultados han sido encontrados por los Estudios de Seguimiento a Largo Plazo; los predictores identificados provienen de muchas categorías: genética, funcionamiento premórbido, inicio de la enfermedad, signos y síntomas de psicopatología y curso; los que deben asociarse a: estado socioeconómico, estado físico, edad de inicio, duración de la enfermedad manifiesta, resistencia al tratamiento biológico y cronicidad institucional. Así, cuatro de los estudios desarrollan escalas pronósticas, además se han sugerido los siguientes principios de predicción:

- La psicopatología y el diagnóstico seccional cruzado tienen escaso valor predictivo, siendo los datos longitudinales los de mayor valor.

**METODOLOGIA**

**CAPITULO 4**

EZQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN

METODOLOGIA

El estudio presente incluyó pacientes diagnosticados como esquizofrénicos y admitidos por vez primera al INNNMVS en los siguientes años:

1973  
1977  
1978  
1979  
1980  
1981  
1982  
1983  
1984  
1985

Para lo cual se intentaron obtener los Registros de Admisión hospitalaria de todos los pacientes que recibieron el diagnóstico de esquizofrenia en esos años, la única limitación física fué la propia del Archivo -- Clínico, ya sea hubiesen o no disponibles los expedientes en cuestión.

Así, hubo oportunidad de considerar inicialmente 573 registros, de los que se revisaron 498 expedientes.

Dado que los criterios de inclusión se apegan a los exigidos por el DSM-III-R a saber:

- Síntomas característicos.
- Deterioro funcional
- Duración de la enfermedad de al menos seis meses.
- Ausencia de Síndrome afectivo Mayor.
- Factores Orgánicos excluidos

El que se excluyó a todos aquellos casos que no se apegaran a tales criterios; de esta forma se redujo el número de registros 498, mismos -- que integraron la muestra definitiva de acuerdo a la siguiente distribución:

Expedientes de la muestra que corresponden a 1973 = (31)

Expedientes de la muestra que corresponden a 1977 = (93)

(En este caso hubo de incluir todos los pacientes del intervalo 1974-76- y adicionarlos a los que ingresaron al INNN por vez primera en 1977).

Expedientes de la muestra que corresponden a 1978 = (27)

Expedientes de la muestra que corresponden a 1979 = (29)

Expedientes de la muestra que corresponden a 1980 = (32)  
Expedientes de la muestra que corresponden a 1981 = (49)  
Expedientes de la muestra que corresponden a 1982 = (52)  
Expedientes de la muestra que corresponden a 1983 = (32)  
Expedientes de la muestra que corresponden a 1984 = (67)  
Expedientes de la muestra que corresponden a 1985 = (86)  
TOTAL DE EXPEDIENTES DE LA MUESTRA EN ESTUDIO = (498)

Cada registro clínico fué desglosado en una forma que se adaptó - de otros estudios de seguimiento reportados en la Literatura (se anexa la forma de registro de nuestro estudio) y la que, además de captar -- los parámetros demográficos básicos (nombre, edad, sexo, estado civil, -- religión, ocupación, clase socio-económica, grado máximo de estudios, -- etc.) incluía la historia médica y psiquiátrica, las que enfatizaban - aspectos relevantes perinatales, en crecimiento y desarrollo, la fun- -- cionalidad premórbida, los antecedentes heredo-familiares (particular- -- mente trastornos mentales familiares), el abuso de alcohol y/o drogas- -- y finalmente la descripción de la enfermedad y el estado mental al in- -- gresar al INNN.

Dentro de la psicopatología al ingreso hubo énfasis en los datos- -- psicóticos característicos que señala el DSM-III-R (delirios de cual- -- quier tipo, alucinaciones de cualquier tipo, lenguaje desorganizado, -- pérdida asociativa, conducta catatónica, embotamiento o inadecuación -- del afecto, síntomas de primer rango: pensamiento sonoro, voces discu- -- tiendo o comentando la conducta del paciente, inserción del pensamien- -- to, bloqueos del pensamiento, percepción delirante, etc.).

Se describió así también el grado de deterioro a que llevó la en- -- fermedad al ingreso -social, laboral, familiar, personal ó mixto -, la -- capacidad de juicio y de abstracción e introspección, comentando la -- ideación ó intención suicida y el aislamiento, si lo hubo, así como la -- conducta extraña o bizarra, el lenguaje, las creencias extrañas y el -- pensamiento mágico, mencionando las experiencias perceptuales inusita- -- das y la apatía como corolarios descriptivos clínicos.

Como parte final del manejo institucional se recabó - en lo posi- -- ble - información referente al tiempo de hospitalización y el manejo du- -- rante el mismo, con mención especial a la existencia ó no de signos neu- -- rológicos blandos y resultados anormales en los estudios de laboratorio

y gabinete (PL, EEG, TAC). Se estableció si cada paciente tuvo ó no re-ingresos al INNN y la duración respectiva y la realización ó no de tests psicológicos de apoyo diagnóstico.

Es oportuno destacar en este momento - aunque se comentará con detalle en las conclusiones del presente trabajo - que desafortunadamente, - la calidad descriptiva varió enormemente entre cada registro y que en la gran mayoría de los casos fué imposible contar con información suficiente para satisfacer todos los parámetros de la hoja de registro clínico--demográfica; siendo, de hecho, en buen número de ellos muy pobre el material útil para nuestros propósitos.

Ya teniendo la muestra inicial (498 pacientes) y habida cuenta de - las limitaciones en tiempo, presupuestales, geográficas y de participación profesional, se decidió limitar la posibilidad de seguimiento únicamente a los pacientes cuyas direcciones los situaran en el área de la -- Ciudad de México, D.F. y la zona conurbada del Estado de México. Para -- ello se efectuó un listado que incluía a 346 registros de pacientes a -- quienes se trató de ubicar físicamente mediante localización telefónica--y/o telegráfica.

Se realizaron entonces varios centenares de llamados telefónicos y se enviaron 123 telegramas, los que redactamos personalmente y que fueron financiados por el INNNMVS.

Recurriendo a los medios de comunicación señalados fué posible contactar a 99 pacientes o familiares de ellos, lo que representa el 19.8% de la muestra total, en 37 casos hubo negativa o incapacidad para acudir por diversas razones (cambio de residencia, inconformidad con el Servicio atención en otras Instituciones, etc.), de la cifra restante 42 acudieron al llamado de los investigadores, 7 fallecieron (6 suicidios y una muerte súbita) y 13 se presentaron a consulta médica al INNN y entonces se captaron. Así se contó con una muestra total de seguimiento efectivo en 62 casos.

Al presentarse al INNN se realizó a cada paciente una entrevista psiquiátrica por el Equipo de Investigación a fin de determinar el estado -- mental actual, la adherencia al tratamiento, la funcionalidad (desempeño--laboral, educación ulterior al alta hospitalaria), el estado socio-económico actual, la calidad de los contactos familiar y social, el contacto -- heterosexual habitual y en cuanto a la psicopatología, el tiempo sintomático desde el alta, el abuso de sustancias y la existencia de conflictos

legales, el pensamiento o intento suicida, etc.

Como complemento del exámen psiquiátrico al seguimiento, juzgamos la psicopatología actual basándonos adicionalmente en el empleo de la - ESCALA BREVE DE EVALUACION PSIQUIATRICA (BPRS), con el propósito de enfatizar aún más la información obtenida. Esta escala permanece aún como un instrumento útil para medir brevemente los síntomas ya sean presentes o pasados, permitiendo por otra parte su empleo en corto plazo para ulteriores evaluaciones de la psicopatología.

Toda la información obtenida tanto en la cédula demográfica, psicopatológica y de seguimiento, así como el BPRS y las conclusiones de la entrevista psiquiátrica a la muestra definitiva, fué vertida a un programa de computadora para su procesamiento y análisis.

**RESULTADOS**

**CAPITULO 5**



## RESULTADOS

En primer lugar exponemos los principales resultados obtenidos en el total de la muestra (498 pacientes) haciendo notar que citamos - por razón de espacio - solamente las cifras más significativas, remitimos a las tablas anexas en dónde se citan la totalidad de los mismos.

- El predominio por SEXO fué masculino, siendo 314 hombres (63.05%) contra 184 mujeres (36.94%).
- Predominó en el ESTADO CIVIL el grupo de solteros, tanto para hombres - 255 (51.2%), como para mujeres 120 (24.1%); le siguen en frecuencia los - casados para ambos grupos: 46 (9.2%) y 41 (8.2%) respectivamente, las cifras para divorciados, viudos y otros son mínimas.
- En cuanto a RELIGION, 297 pacientes se declararon católicos (59.6%), y son insignificantes los promedios para otras religiones, hacemos notar -- que en 37.4% de los Expedientes revisados no se especificaba este apartado, sin embargo, es fácil suponer que la mayoría también profesaban la fé católica.
- De forma muy general se documentó la OCUPACION en 258 pacientes (51.8%), siendo negada en 196 (39.3%) al momento del primer ingreso al INNN, en la sección de Resultados del Seguimiento se hace un desglose de las ocupaciones predominantes en la muestra, no siendo posible efectuarla aquí en virtud de la deficiente información que aportó también en este punto el Expediente Clínico, sin embargo el nivel de desocupación registrado es muy significativo y en muchos casos en que se acotó que el paciente laboraba al momento de su primer ingreso al INNN bien cabría dudar sobre la competencia de tal labor, lo que tenemos es pues muy congruente con el deterioro - laboral tan severo que se observa en la Esquizofrenia.
- Fué claro el predominio en la muestra de la CLASE SOCIOECONOMICA D (16.6%), DD (10.4%), E (20.2%), EE (17.6%), que en el Sistema clasificatorio -- del INNN en los años que incluye el Estudio ubican a la población en este grupo como pertenecientes a clases socioeconómicas bajas.
- La ESCOLARIDAD registra un predominio de los que completaron la Educación secundaria (15%), que es prácticamente la misma cifra para quienes -- poseen un Título Profesional (14.8%), porcentajes elevados alcanzaron también quienes no completaron la Primaria (13.6%) y quienes si lo hicieron - (13.2%), finalmente aquellos que terminaron la Educación Preparatoria -- representan (11.4%).
- La variable ANTECEDENTES PERINATALES registró hipoxia en (9.4%) de la --

muestra, se negaron antecedentes relevantes en (45.5%) y en (37.9%) no se especificó este dato, otras alteraciones perinatales tienen cifras menores.

- En el rubro TOXICOMANIAS, en 35.5% no se especifica este dato en el Expediente Clínico, un (31.0%) de los expedientes las niegan y de las documentadas, los porcentajes mayores asocian Marihuana (11.0%), y Alcoholismo (10.6%) a Esquizofrenia. Este dato es discutible en el último apartado habida cuenta de la conocida tendencia etflica de la población mexicana - principalmente en los niveles socioeconómicos en donde se ubica la muestra en estudio.

- Básicamente el apartado ANTECEDENTES PATOLOGICOS que el Expediente Clínico reconocía relevante para el cuadro actual (25.5%) incluía TCE de intensidad variable, se negaron tales antecedentes en (44.1%) y no se especifica en (30.3%).

- Relevante por su frecuente asociación a la Esquizofrenia es la PERSONALIDAD PREMORBIDA, a pesar de ello, en 51.6% no se especifica en el Expediente, predominando entre las documentadas, la Esquizoide (27.9%) y la de rasgos mixtos en 16%.

- Por lo que toca a los ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES se documentaron positivos (que aquí consideramos: otros familiares esquizofrénicos en la familia además del paciente) en (7.3%), otros trastornos psiquiátricos fuera de la Esquizofrenia en la familia (34.9%) y negados en (30.5%); no se especificó este dato en (26.9%).

- El ESTRES como disparador del cuadro esquizofrénico se documentó en --- (29.7%) de la muestra, los ejemplos más frecuentes son: violencia sexual, asaltos, malas noticias, etc.; esta variable se negó en (21.3%) y no se recogió esta información en el Expediente en (49.1%). Es interesante añadir que este factor fué más importante en mujeres (17.8%) que en hombres (11.8%).

Hasta aquí hemos señalado los resultados globales que corresponden a las variables demográficas, por lo que toca a la Psicopatología tenemos que:

- Con mucho, los DELIRIOS de daño (31.9%), referencia (12%), persecución (10.2%) y megalomanía (10.2%) predominaron en la muestra, lo que es acorde con el tipo de esquizofrenia ubicado como mayoritario en nuestra investigación (Esquizofrenia Paranoide).

- Esta misma situación es válida para las ALUCINACIONES, de las cuales --

- las Alucinaciones Auditivas alcanzan (54.2%), mientras que las Alucinaciones visuales son registradas en (22.4%) y ambas, pero sobre todo las primeras, son acompañantes habituales de la Esquizofrenia Paranoide.
- La INCOHERENCIA O PERDIDA ASOCIATIVA se documentó en (48.3%) de la muestra, pero un porcentaje igual se señala para la falta de consignación de este importante signo en la Historia Clínica.
  - La totalidad de nuestra muestra solo registra 10 casos como portadores de Esquizofrenia Catatónica, tal vez a ello se debe el bajo porcentaje registrado de la CONDUCTA CATATONICA (11.8%) en este Estudio.
  - El AFECTO predominante en la muestra correspondió a aplanado (48.3%) con pequeños porcentajes en otros tipos como se muestra en la tabla respectiva en (29.9%) no se hace mención al mismo en el Expediente.
  - Es muy significativa la ausencia documental de los TRASTORNOS PRIMARIOS-DEL PENSAMIENTO en nuestra muestra, siendo, como sabemos, un criterio necesario para el Diagnóstico de Esquizofrenia. Se registraron: Control del -- Pensamiento en (13.2%); Sonorización del Pensamiento en (8.8%), Voces que comentan la conducta del paciente en (3.8%); Robo del Pensamiento (4.6%);- Bloqueo del Pensamiento (7.2%); Transmisión del Pensamiento (15.8%), Difusión del Pensamiento (1.2%). En este caso, la omisión de este dato clínico fué casi del 90%.
  - Se menciona JUICIO inadecuado en (72%) y no se registra este apartado en el (27.5%).
  - La PERCEPCION DELIRANTE se registra en (19.2%), no se consigna en (79.7%) y se niega en (1%).
  - El DETERIORO registrado de manera predominante fué global o mixto (28.1% laboral (20.0%), personal (11.4%); en (38.1%) no se consignó.
  - Fué patente la falta de acuciosidad del médico en el registro de la variable ABSTRACCION, prácticamente en el (90%) se pasó por alto mencionar la existencia ó no de esta capacidad en los pacientes, sólo en (9.2%) se niega que el paciente abstraiga adecuadamente.
  - El PENSAMIENTO O LA INTENCIONALIDAD SUICIDAS se registraron en (5.4%) en el primero y (19%) en el segundo, en el 73.6% de la muestra se omite el registro de este importante apartado, en (1.8%) se niega.
  - El AISLAMIENTO se determinó severo en (52.6%), las cifras para aislamiento leve y moderado fueron muy inferiores. No se consigna en (43.7%).
  - Por lo que toca a la CONDUCTA EXTRAÑA la irritabilidad (14.2%) y la agre

sividad (15.2%), además de la extravagancia (13.0%) fueron las que se encontraron de forma más consistente en la muestra. Las diversas formas de conducta extraña del paciente esquizofrénico están entre los datos mejor registrados en el Expediente Clínico, su omisión es prácticamente inexistente.

- Entre las alteraciones del LENGUAJE, la incongruencia e incoherencia -- del mismo son las alteraciones más importantes (30.9%), en (35.9%) de los registros no se mencionan las características de la expresión verbal de los pacientes respectivos.
- Se menciona un total de (30.9%) de la muestra con positividad a CREEN--CIAS EXTRAÑAS, siendo omitido el registro de ellas en (68.4%).
- El PENSAMIENTO MAGICO es un dato consignado sólo en (24.1%), en (75.5%) se omite su registro.
- Las EXPERIENCIAS PERCEPTUALES INUSITADAS del tipo despersonalización y - desrealización alcanzaron (9.6%) de la muestra, en (76.9%) no se hace mención de ellas.
- La APATIA se obtuvo en (44.5%) de los registros, en (55%) se omitió su registro.
- La consignación de los DIAS DE HOSPITALIZACION nos revela que la mayor parte de la muestra permaneció hospitalizada en su primer ingreso de 31 a 45 días (24.6%), un (21%) estuvo entre 16-30 días y (14.8%) llegó a permanecer entre 46 y 60 días. En (21.8%) no se especificó duración de la hospitalización en el Expediente Clínico y las notas de evolución en tales casos eran confusas e irregulares en cuanto a la especificación del tiempo - transcurrido, no habiendo, en todos ellos, notas de alta del INNN.
- Son muy pobres las descripciones en los registros clínicos de SIGNOS NEUROLÓGICOS BLANDOS (3%), ANORMALIDADES DE LABORATORIO (2.8%) y ANORMALIDADES ELECTROENCEFALOGRAFICAS (5%); mientras que las ANORMALIDADES EN LA TAC se reportan en (1.4%).
- Con respecto al tipo de Esquizofrenia se obtuvo: Esquizofrenia Paranoide en (60.8%), Esquizofrenia Desorganizada en (21.8%), Esquizofrenia Indiferenciada en (15%), Esquizofrenia Catatónica en (2.0%). En un caso no se -- ubica en alguno de estos cuatro tipos.
- Es poco confiable el dato de ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, sobre todo tomando en cuenta que en (62.4%) este dato no se consigna. En (15.8%) se considera adecuada y en (17.4%) se menciona inadecuada.

- Es significativo el abandono del manejo por el paciente esquizofrénico, en (39.9%) nunca volvieron al INNN como lo consigna la FECHA DE ULTIMA CI TA, y del total de nuestra muestra al paso de los años, tenemos que al -- año de 1990 sólo el (10.8%) continúa acudiendo.

- Infortunadamente no podemos llevar a cabo uno de los propósitos de la - presente Investigación, la referida al TRATAMIENTO, ya que, en primer lugar en muchos casos se omite la descripción del tipo de fármaco empleado, las dosis, el tiempo de administración, los efectos terapéuticos, los --- efectos colaterales, las razones de la administración, las razones de la supresión ó el cambio por otro, la asociación medicamentosa, la aplica--- ción de TEC, etc. En otros casos, sobre todo en aquellos que abarcan los primeros años de nuestra Investigación se emplearon otro tipo de medidas- terapéuticas (aceite de cártamo, penicilina sódica, hemodiálisis, etc.) - sin que se consignen de forma útil: las condiciones, las dosis, el tiempo de administración, los resultados, etc.

- En relación a la EDAD DE INICIO Y RELACION AL TIPO DE ESQUIZOFRENIA te- nemos que : en los menores de 14 años predomina el tipo Desorganizado --- (3.2%); de los 15-20 años el (25.9%) son del tipo Paranoide y (11.8%) son del tipo Desorganizado; de 21-25 años (16%) son paranoides y (4.4%) son - desorganizados; de 26-30 años (7.6%) son paranoides y (2.8%) son indife-- renciados y en el grupo de edad de más de 31 años (6.6%) son paranoides y (1.6%) son indiferenciadas.

- Finalmente, el rubro de EDAD DE PRIMERA HOSPITALIZACION nos dice que:-- (1.2%) se hospitalizaron antes de los 14 años; (12.2%) se hospitalizaron- entre los 15-18 años; (15.4%) entre los 19-21 años; (18.1%) entre los 22- y 25 años; (11.2%) entre los 26 y los 29 años y (13%) se hospitalizaron - por vez primera después de los 30 años. En (28.7%) no se especifica este - dato.

- Inadvertidamente pasamos por alto consignar en estos resultados a tres- importantes parámetros: el REINGRESO en nuestra muestra al INNN nos resul- ta así: (69.6%) no reingresaron; (15.8%) tuvieron un reingreso; (7.4%) tu- vieron dos reingresos; (3.0%) tuvieron 3 reingresos; (0.8%) tuvieron 4 re- ingresos. En lo tocante a la DURACION DE LOS REINGRESOS sumando la permanencia de todos ellos juntos tenemos: (5.8%) duraron menos de 30 días; -- (10.2%) duraron entre 31 y 60 días; (4.6%) duraron entre 61 y 100 días; -

(2%) permanecieron entre 101 y 200 días; (0.4%) duraron entre 201 y 300 días; (0.4%) duraron entre 301 y 400 días y (0.2%) permanecieron más de 401 días hospitalizados.

- Por último el COEFICIENTE INTELECTUAL de la muestra fué así: en (52.2%) no se especifica. (3.4%) tienen menos de 60, (5.8%) tienen entre 61-70; (10.6%) tienen entre 71-80; (12.4%) tienen entre 81-90; (9.8%) entre 91 y 100; (3.6%) entre 101 y 110; (1.6%) entre 111-120 y (0.4%) tuvo más de 120 de CI.

### RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

El presente trabajo incluye el Seguimiento a Largo Plazo de 62 sujetos de una muestra de 498 pacientes admitidos al INNN a lo largo de una década y diagnosticados como esquizofrénicos. A continuación se exponen los resultados del grupo seguido.

- La muestra del seguimiento la componen 42 hombres y 20 mujeres, de ellos, 3 (un hombre y dos mujeres) fueron admitidos al INNN antes de 1977, por tanto su seguimiento es por más de quince años tras su primera admisión y representan el tiempo más largo del mismo. En otros tres pacientes el seguimiento es por 13 años, para cuatro es de 12 años, en cuatro más es de 11 años, uno es de 10 años, a nueve se les sigue por 9 años, a nueve más se les sigue por 8 años, a cuatro con 7 años, a 15 se sigue por 6 años y a 10 pacientes se sigue por 5 años.

- El predominio de casos de primera vez admitidos al INNN correspondió al grupo de edad de 21-30 años (48.3%); (19.3%) corresponde al grupo de 15-20 años; (20.9%) cae en el grupo de edad de 31-40 años; el resto lo conforman (1.6%) para el grupo de menos de 15 años y el (9.6%) corresponde a aquellos casos de más de 41 años. El paciente más joven tenía 14 años y el de mayor edad tenía 54 años al ingresar por vez primera a este Hospital. Al momento del seguimiento en el grupo masculino tenemos las siguientes categorías de edad: más de 20 años = 10; más de 30 años = 18; más de 40 años = 18; más de 40 años = 9. Por su parte el grupo femenino incluye: más de 20 años = 4; más de 30 años = 9; más de 40 años = 3 y más de 50 años = 2. El total de ambos grupos es de 55 pacientes, por lo que desde ahora hacemos notar que 7 pacientes del seguimiento han fallecido, seis por suicidio y uno por IAM.

- El predominio en ESTADO CIVIL es de los solteros con 39 casos (62.9%),

poco menos de la mitad de esta cifra correspondió a los casados: 18 --- (29%).

- Como se esperaba, la muestra es predominantemente católica (66.1%), - en (30.6%) no se especificó.

- Se consignó que laboraba al momento del primer ingreso al INNN el --- (48.3%) de nuestro grupo en seguimiento, se comentará con detalle en el rubro de empleo y calidad del mismo las características de tal labor.-- Un (40.3%) no tenía empleo al ingresar y en (11.2%) no se especifica.

Por ahora podemos señalar que en el grupo que se dijo tenía ocupación - al ingresar al INNN: 9 (52.9%) eran estudiantes; 2 (11.7%) eran maes--- tros; había además un campesino, un comerciante, un jardinero, un em--- pleado y un mesero. Del grupo femenino: 7 se dedicaban al hogar (35%);- 5 eran estudiantes (25%), una (5%) era Psicóloga y ejercía como tal.

- El predominio de la Clase socioeconómica era: EE (I) y DD (H) con --- (20.9%) cada una, no se especifica la misma en (25.8%).

- Por su escolaridad, predominaba en nuestro grupo de seguimiento el -- grupo con Educación Profesional (22.5%), mientras que en (16.1%) se registró Secundaria Completa y en (12.9%) preparatoria completa.

- Los Antecedentes perinatales reportaron Hipoxia en (16.1%), no se especificó en (27.4%) y fueron negativos en (46.7%). Al seguimiento podemos decir que en relación a los 10 casos registrados de Hipoxia y el estado actual del paciente es:

- 1) Hipoxia-Esquizofrenia Paranoide-17 años seguido = Sind. Deficitario.
- 2) Hipoxia-Esquizofrenia Indiferen. 9 años seguido = Frontalizado (QX).
- 3) Hipoxia-Esquizofrenia Paranoide. Muere por IAM en 1983.
- 4) Hipoxia-Esquizofrenia Indiferen. 8 años seguido = Edo. Residual.
- 5) Hipoxia-Esquizofrenia Paranoide. 8 años seguido = Sind. Deficitario.
- 6) Hipoxia-Esquizofrenia Paranoide. 7 años seguido = Edo. Residual.
- 7) Hipoxia-Esquizofrenia Paranoide. 7 años seguido = Edo. Residual.
- 8) Hipoxia-Esquizofrenia Paranoide. 6 años seguido = Psicótico.
- 9) Hipoxia-Esquizofrenia Indiferen. 5 años seguido = Psicótico.
- 10) Hipoxia-Esquizofrenia Paranoide. 6 años seguida = Edo. Residual.

Es bueno añadir que 9 casos de estos corresponden a hombres, sólo una - mujer: 6 son improductivos, uno es empleado "como favor" por amigos de la familia, uno es comerciante en pequeño (recaudería), uno ha fallecido (pero era improductivo antes del deceso) y la mujer desempeña labo--

res hogareñas en un ambiente de pobre exigencia. Como vemos entonces --- el resultado por lo menos en nuestra muestra de seguimiento es consistentemente malo.

- Las Toxicomanías asociadas a la Esquizofrenia en nuestro seguimiento - se negaron en (46.7%) de la muestra, no se especifican en (32.2%) y en - los casos positivos, lo mismo que en la muestra global, predomina el empleo de marihuana (12.9%) y Tabaquismo excesivo (dato frecuente en la -- Esquizofrenia Crónica) en (16.1%). A pesar de intentar establecer una -- correlación entre el empleo (raramente abuso según HC y datos de seguimiento) de sustancias diversas, por varias razones consideramos que el deducir cursos o relación de estas sustancias al estado actual de la enfermedad en los pacientes con algún grado de adicción nos haría caer en inferencias, por lo que optamos por dejar este punto para una investigación ulterior que la fundamente mejor. Debemos recordar, no obstante, -- que la Literatura refiere relación estrecha entre el Abuso de Substancias y el curso complicado y preponderantemente las recaídas psicóticas en la Esquizofrenia.

- Los antecedentes patológicos que se consideraron relevantes se registraron en (29%), en (25.8%) no se especifica este dato. Con respecto al seguimiento podemos señalar que en 10 casos en que se señaló positividad de tales antecedentes, esta consistía en diversos grados de TCE, pero -- hasta dónde se pudo investigar - salvo en un caso - puede considerarse - levu:6 sin relación directa al inicio del cuadro. Otros antecedentes citados son: alergia a la penicilina, CCTCG única, Hipotiroidismo, Seminoma Testicular, Hepatopatías, queratocono bilateral, padecimiento somatoforme y en un caso, ansiedad. En conclusión es difícil categorizar estos antecedentes como relevantes para el cuadro esquizofránico.

- En cuanto a la personalidad previa, (38.7%) corresponden a rasgos esquizoides; rasgos inespecíficos en (20.9%), y no se determinaron los rasgos en (37.1%). Al correlacionar la Personalidad Esquizoide con el seguimiento tenemos: 24 pacientes se registraron con rasgos esquizoides a su primer ingreso al INNN de ellas se obtuvo: 12 exhiben sintomatología residual, 3 presentan síndrome deficitario, 4 están psicóticas, 2 se reportan controladas (una de ellas asintomática) con fármacos, una está frontalizada, una murió por IAM y una se suicidó. Con respecto a su productividad laboral: 6 trabajan y 16 son improductivos. Evidentemente la aso--



ciación entre rasgos de personalidad esquizoide y Esquizofrenia en nuestro seguimiento empeora el resultado a largo plazo.

- Los Antecedentes heredofamiliares positivos (otro esquizofrénico en la familia) se reportaron en (9.5%), otros trastornos psiquiátricos fuera de la esquizofrenia se registraron en (38%), no se consignó este dato en (25.4%), en el resto se negaron. Al seguimiento, de nuestros 6 pacientes con otro esquizofrénico en la familia: uno está frontalizado, dos -- están asintomáticos, dos tienen sintomatología residual y uno está psicótico. Laboralmente dos son improductivos, dos trabajan en empleo remunerado con desempeño regular y dos son amas de casa y se dice que funcionan bien. Entonces, al menos en nuestro seguimiento, no encontramos relación (como era de esperarse) entre el AHP + y el curso a Largo Plazo. -- La relación entre resultado a largo plazo y otros trastornos psiquiátricos distintos de la esquizofrenia es a la actualidad: de 23 pacientes -- con estas características: uno murió por IAM, otro se suicidó, 15 tienen sintomatología residual, 3 están psicóticos, 3 están asintomáticos. Laboralmente 8 desempeñan alguna labor (hogar o remunerada) y 15 son improductivos. En este apartado parecería haber relación entre la asociación AHP distintos de esquizofrenia y este trastorno con un resultado psicopatológico y de deterioro laboral que se orienta a un mal resultado predominantemente.

- En (37%) se documentó la edad de primer síntoma de esquizofrenia entre 15-20 años; en (41.9%) se determinó este parámetro entre los 21-30 años. Al seguimiento en el grupo de edad que inició su primera sintomatología entre los 15 y 20 años se tiene: 4 pacientes presentan estado deficitario, 9 presentan síntomas residuales, 4 pacientes se suicidaron, 3 pacientes están psicóticas, 4 pacientes están asintomáticas, 1 paciente -- está frontalizada tras manejo Qx y un paciente exhibe conductas psicopáticas. Por lo que toca al grupo que inició su primera sintomatología entre los 21 y 30 años se tiene: 4 tienen estado deficitario, 12 exhiben -- síntomas residuales, 2 pacientes se suicidaron, 4 están psicóticos, 4 están asintomáticos. El resultado a largo plazo en estos pacientes mostró una equivalencia, salvo en el apartado SUICIDIO en donde los pacientes -- que iniciaron más jóvenes sus síntomas tuvieron el doble de frecuencia de suicidio consumado. La única paciente menor de 15 años exhibía predominantemente una agresividad incontrolable por medios farmacológicos y de-

otra índole, por lo que se sometió a Psicocirugía, su estado actual es de Síndrome frontal, aún con manifestaciones psicóticas, pero con limitación aceptable de su agresividad; en el otro polo se encuentra el grupo de pacientes que inició sus manifestaciones psicóticas tardíamente, esto es, - después de los 31 años, en la actualidad 5 de estos pacientes exhiben síntomas residuales, 1 está psicótico, 2 están asintomáticos y uno ha fallecido por IAM.

- La DURACION DE LA ENFERMEDAD documentada al primer ingreso registró que (16.1%) era de más de 6 meses y en (22.6%) era menor de 6 meses, sin embargo en los años que comprende el seguimiento este criterio de temporalidad mayor de 6 meses no era requerido como lo exige hoy día el DSM-III-R, por otra parte, la totalidad de los pacientes justificó con su evolución el Dx establecido. En la muestra global, como se comentó en su oportunidad, los casos en que no se pudo apoyar plenamente el Dx de acuerdo al -- criterio del DSM-III\_R, fueron excluidos.

- La edad de primera hospitalización fué en (30.6%) entre 21 y 30 años; - de (17.7%) entre los 15 y los 20 años y de (14.5%) entre los 31 y 40 años - El apartado de Número de hospitalizaciones previas no se especificó en el (90.3%) de nuestros pacientes de seguimiento.

- Situación equivalente guarda el manejo en tales hospitalizaciones previas, no se especifica en (87%).

- La variable ESTRES arroja (35.5%) en que se identificó algún tipo de -- factor estresante que supuestamente dispara el inicio del cuadro, esta -- variable no se especifica en (61.3%). En nuestro grupo de seguimiento --- identificamos algunas variedades: Enfermedad grave ó muerte de familiares presión familiar, laboral o académica, viajes a USA, matrimonio; experimentos con adictivos, conflictiva conyugal, problemática económica, en un caso en relación a relativa violencia sexual y en otro cuando el paciente inicia el cuadro tras enterarse ser producto de una violación. Este factor estuvo presente en las mujeres (65%) y en el resto en hombres. Es difícil apoyar alguna liga entre estrés y resultado a largo plazo, la gran mayoría de hombres de nuestro seguimiento que informaron de haber tenido algún grado de estrés previo al inicio del cuadro, exhiben en la actualidad sintomatología residual, un caso está psicótico, en las mujeres, por contra la mayoría están asintomáticas y funcionan relativamente bien, fuera de un caso que terminó en suicidio.

- Ya en el campo de la psicopatología mencionaremos el predominio cuanti-

tativo de las distintas variables bajo escrutinio, ya que su relación - al resultado a largo plazo, podría ser motivo de otro estudio.

- Predominaron los delirios de Daño (62.9%), Persecución (40.3%) y referencia en un (30.3%).

- Para las alucinaciones el predominio correspondió a las auditivas con un (77.4%); las visuales alcanzaron (50%).

- Se omitió el registro de la Conducta Catatónica en (88.7%).

- El afecto en (41.9%) se reportó aplanado; en (32%) no se especifica.

- Los Trastornos Primarios del Pensamiento reportan (14.5%) para Bloqueo, Control y Sonorización del Pensamiento; la Transmisión del Pensamiento alcanza (35.5%) y el Robo del Pensamiento se registra en (12.9%).

- El registro de la Percepción Delirante se omitió en (77.4%).

- Se consigna deterioro mixto o global en (37.1%), no se especifica en (35.5%).

- Había alteraciones en el Juicio en (70.9%), no especificándose en (29.1%).

- La abstracción no se documenta en (90.3%) de los casos de seguimiento

- El pensamiento o la intencionalidad suicida se registró al ingreso de los pacientes en seguimiento sólo en (8%) para el pensamiento, (19.3%) para los intentos suicidas y en (72.5%) no se investigó. De nuestros 62 pacientes en seguimiento: 6 (9.6%) se suicidaron, 4 eran hombres, 2 mujeres, en tres de los casos había historia de intentos previos, en otros tres casos no se documentó historia de intentos previos. Del resto de los pacientes 6 más exhibían ideas recurrentes de suicidio y 6 más han intentado suicidarse en más de una ocasión sin conseguirlo. Sumando todos los factores (suicidas, ideaciones e intentos) tenemos 18 pacientes del total del seguimiento, lo que representa el (29%) del mismo. - EL RIESGO SUICIDA DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO ES ALTISIMO.

- Se registró severo aislamiento en (59.6%) de nuestro grupo en seguimiento; en (37%) no se especificó este parámetro.

- Predominaron en la Conducta Extraña o llamativa del paciente esquizofrénico en seguimiento la agresividad en (43.5%), la irritabilidad en (40.3%) y la extravagancia en (43.5%).

- Por lo que toca al lenguaje, la principal alteración registrada fue la incongruencia del mismo con (40.3%); en (27%) no se especifica.

- Las creencias extrañas no se documentaron en (62.5%).

- No se consignó el Pensamiento Mágico en (72.5%).
- Esta misma situación prevaleció en las Experiencias perceptuales inusitadas, ahora en el (80.6%).
- La apatía se registró en (41.9%) y no se cita en (58%).
- La permanencia hospitalaria en (45.1%) fué de 31-60 días y en (38.7%) fué menor de 30 días.
- Como rescate del apartado Tratamiento en nuestro seguimiento tenemos:-(45%) se manejaron con Haloperidol; (43.5%) con Levomepromazina; (27.4%) usaron Perfenazina; (16.1%) emplearon Trifluoperazina y (14.5%) usaron -neurolépticos de depósito.
- En más del (96%) de nuestra muestra de seguimiento se reportan: normalidad del EEG, Laboratorio y ausencia de signos neurológicos blandos. En el 100% no se consignan anormalidades en la TAC.
- Respecto a los reingresos, se negaron en (59.6%) y los hubo en (40.4%)
- La duración sumada de los mismos fué de (11.2%) para el grupo de 31 a-60 días y en (9.6%) no se cita.
- El IQ no se especifica en (37%) de casos. Es menor de 80 en (19.6%) y mayor de 81 en (41.8%).
- Por tipo clínico, la esquizofrenia predominante fué la Paranoide con--(61.2%), la Indiferenciada con (20.9%) y la Desorganizada con (17.7%). - No hubo en la muestra seguida existencia del tipo catatónico.
- La adherencia al tratamiento no se documentó en (40.3%), fué buena en (27.4%) e irregular en (30.6%).
- Algunos manejos extrahospitalarios citados son: Perfenazina en (20.9%) Sulpiride en (16.1%), NI de depósito en (20.9%); no se especifica en --- (48.3%).
- La fecha de última cita es en 1990 para el (41.9%) de nuestros pacientes seguidos y no se especifica en (17.7%).
- En el rubro EMPLEO, de los 62 pacientes del seguimiento 17 hombres --- afirmaron efectuar alguna labor o desempeñar una actividad escolar, ya - se ha desglosado el tipo de empleo a que se dedicaban: 9 estudiantes, 2-profesores, un campesino, un comerciante, un profesional, un mesero, un-jardinero, un empleado. Al seguimiento en 1990: 10 son improductivos, -- 3 tienen un empleo eventual, dos son comerciantes en pequeño, dos son --empleados, uno con familiares (como "un favor" y otro en un empleo menor a su real capacidad). Por su parte 15 mujeres afirmaron trabajar o desem

peñar alguna labor a su primer ingreso: 9 se dedicaban al hogar, 5 eran estudiantes, 1 se desempeñaba profesionalmente como Socióloga. Al seguimiento en 1990: 2 se suicidaron; 6 se dedican al hogar, 1 es obrera; -- 1 es trabajadora de limpieza, 1 es socióloga y ama de casa; 1 es trabajadora eventual; una tiene empleo fijo como secretaria y 2 son improductivas.

Al primer ingreso también 25 hombres negaron tener ocupación, al seguimiento en 1990: 4 se han suicidado, 1 murió por IAM, 10 son improductivos, 4 tienen empleo fijo (Obrero, empleado Pemex, maestro y empleado); 3 desempeñan labores eventuales y 3 más trabajan por su cuenta (jardinería, lavacoche y uno se dedica a vender combustibles que él fabrica). Sólo 5 mujeres del total de 20 negaron tener empleo al primer ingreso, de ellas, en 1990: dos son improductivas, una se dedica al hogar, una es sirvienta y una es secretaria.

- La calidad del desempeño laboral teniendo en cuenta toda labor desempeñada por los pacientes desde su alta hospitalaria, da un total de 39-pacientes que alguna vez laboraron, lo hagan o no ahora, se consideró de acuerdo a la información de terceros como buen desempeño laboral en 12 individuos; regular en 15 y mal desempeño en 12 más. En 16 casos no se especifica o nunca trabajaron desde el alta y 7 pacientes más fallecieron.

- (67.7%) de los pacientes no tuvieron ninguna educación ulterior, 12 pacientes (19.2%) si la tuvieron, esta educación extra incluye, tras el alta, terminar un grado académico, estudiar una carrera comercial o técnica e incluso idiomas. En un caso no se especificó el dato.

- Al seguimiento el estado socioeconómico de la muestra era: Clase baja (64.5%); clase media (22.5%); clase alta (1.6%).

- Nuestros pacientes en seguimiento tuvieron una calidad de contactos familiares calificada en opinión de terceros como Buena en (37%); Mala en (22.5%) y Regular en (29%).

- La calidad de los contactos sociales, se ubicó, también basado en opinión de terceros como: Buena en (19.3%); Mala en (46.7%) y Regular en (20.9%).

- El contacto heterosexual fue Nulo en (59.6%), no se especifica en --- (3.2%) y se acepta en diversos grados en (25.8%).

- En cuanto a la Severidad de los síntomas al seguimiento se tiene:

PSICOPATOLOGIA	HOMBRES	MUJERES
- Síndrome Deficitario	6	0
- Síntomas Residuales	11	5
- Síndrome Frontal	1	1
- Agudización Psicótica	3	2
- Suicidios	4	2
- Fallecimiento por IAM	1	0
- Asintomáticos	0	9

- Con respecto a conflictos legales, se niega su existencia en 70.9%,-- de los casos, se afirma en (12.9%) y no se especifica en (1.6%).

- El (24.1%) de los pacientes presentaron pensamiento o intencionalidad suicida posterior al alta, (59.6%) no lo presentaron y, no se especifica en (3.2%) de ellos. Se confirmó el suicidio en (9.6%) de los casos.

Finalmente y con respecto a la aplicación del BPRS a los 55 pacientes vivos, señalaremos que, dado que esta es una entrevista semiestructurada que consta de 18 ítems y que califica distintos aspectos psicopatológicos empleando una escala de 7 parámetros, es que remitimos para los resultados de la misma a las tablas y gráficas respectivas, mismas que anexamos al trabajo presente.

ESQUIZOFRENIA CRONICA : EXPERIENCIA DEL INNN

RESULTADOS GLOBALES

A continuación describimos los resultados obtenidos al desglosar los datos que se obtuvieron mediante la cédula demográfica y clínica diseñada para el presente estudio y que se incluye en la sección de -- Anexos del presente trabajo, los datos aquí consignados corresponden a la totalidad de 498 Expedientes Clínicos del INNN, todos ellos con -- Diagnóstico : ESQUIZOFRENIA y que tienen la característica de corresponder al primer ingreso a Hospitalización en la División de Psiquiatría del INNN en los años que abarca la muestra de nuestra investigación a saber: 1973 y el periodo de 1977 a 1985.

En las variables que siguen es oportuno mencionar que se considera incluida la fracción de pacientes que posteriormente hubo oportunidad de contar como Muestra de Seguimiento. Los resultados de esta muestra de manera específica se incluyen, además, por separado.

- DISTRIBUCION DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO.- (N=498).-

(La correspondiente distribución de acuerdo al año de la primera hospitalización en la División de Psiquiatría, ya se ha detallado en el capítulo de Metodología).

- EDAD.- (N=498)

<u>GRUPO DE EDAD</u>	<u>CANTIDAD</u>	<u>%</u>
- 15	3	( 0.6%)
15 - 20	115	(23.0%)
21 - 25	157	(31.4%)
26 - 30	113	(22.6%)
31 - 35	53	(10.6%)
36 - 40	35	( 7.0%)
41 - 45	11	( 2.2%)
46 - 50	06	( 1.2%)
51 - 55	02	( 0.4%)
+ 55	03	( 0.6%)
<u>TOTAL</u>	<u>498</u>	<u>(100.0%)</u>

- SEXO.- (N=498)

HOMBRES	314	(63.05%)
MUJERES	184	(36.94%)
TOTAL	498	(100.00%)

- ESTADO CIVIL.- (N=498) (Ver hoja especial)

- RELIGION.- (N=498)

CATOLICA	297	(59.63%)
EVANGELICA	8	(1.60%)
T. DE J.	4	(0.80%)
OTRA	3	(0.60%)
NO ESP.	186	(37.34%)
TOTAL	498	(100.00%)

- OCUPACION.- (N=62)

SI	258	(51.80%)
NO	196	(39.35%)
NO ESP.	44	(8.83%)
TOTAL	498	(100.00%)

- NIVEL SOCIO-ECONOMICO.- (N=498)

A	1	(0.20%)
B	4	(0.80%)
BB	3	(0.60%)
C	21	(4.21%)
CC	12	(2.40%)
D	83	(16.66%)
DD	52	(10.44%)
E	101	(20.28%)
EE	88	(17.67%)
F	4	(0.80%)
G	8	(1.60%)
H	16	(3.21%)
I	20	(4.01%)
J	13	(2.61%)
X	72	(14.45%)



- ESTADO CIVIL.- (N=498).- (HOMBRES)

EDAD	SOLTERO	CASADO	DIVORCIADO	VIUDO	UNION LIBRE	TOTAL
15-20	62 (12.4%)	2 ( 0.4%)	0 -	0 -	1 ( 0.2%)	65
21-25	97 (19.4%)	8 ( 1.6%)	2 ( 0.4%)	0 -	1 ( 0.2%)	108
26-30	61 (12.2%)	15 ( 3.0%)	4 ( 0.8%)	0 -	0 -	80
31-35	21 ( 4.2%)	6 ( 1.2%)	1 ( 0.2%)	- -	- -	28
36-40	11 ( 2.2%)	10 ( 2.0%)	1 ( 0.2%)	- -	- -	22
41-45	2 ( 0.4%)	3 ( 0.6%)	1 ( 0.2%)	1 ( 0.2%)	- -	7
46-50	- -	2 ( 0.2%)	- -	- -	- -	2
51-55	1 ( 0.2%)	- -	- -	- -	- -	1
56 y +	1 ( 0.2%)	- -	- -	- -	- -	1
<b>TOTAL</b>	<b>255</b>	<b>46</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>314</b>

- ESTADO CIVIL.- (N=498).- MUJERES

EDAD	SOLTERO	CASADO	DIVORCIADO	VIUDO	UNION LIBRE	TOTAL
-15	2 ( 0.4%)	--	1 ( 0.2%)	--	--	3
15-20	47 ( 9.4%)	1 ( 0.2%)	-	--	1 ( 0.2%)	49
21-25	37 ( 7.4%)	9 ( 1.8%)	2 ( 0.4%)	--	--	48
26-30	17 ( 3.4%)	11 ( 2.2%)	2 ( 0.4%)	1 ( 0.2%)	2 ( 0.4%)	33
31-35	12 ( 2.4%)	9 ( 1.8%)	7 ( 1.4%)	1 ( 0.2%)	-	29
36-40	4 ( 0.8%)	5 ( 1.0%)	1 ( 0.2%)	1 ( 0.2%)	-	11
31-45	1 ( 0.2%)	1 ( 0.2%)	-	2 ( 0.4%)	-	4
46-50	-	3 ( 0.6%)	-	1 ( 0.2%)	-	4
51-55	-	1 ( 0.2%)	-	-	-	1
+56	-	1 ( 0.2%)	-	1 ( 0.2%)	-	2
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>41</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>184</b>

SUMA TOTAL : HOMBRES = 314

MUJERES = 184

498

- GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS (N=498)

GRADO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
ANALFABETA	8	(1.6%)	5	(1.0%)	13	(2.61%)
PRIMARIA INCOMPLETA	40	(8.0%)	28	(5.6%)	68	(13.6%)
PRIMARIA COMPLETA	30	(6.0%)	36	(7.2%)	66	(13.2%)
SECUNDARIA INCOMPLETA	25	(5.0%)	11	(2.2%)	36	(7.22%)
SECUNDARIA COMPLETA	46	(9.2%)	29	(5.8%)	75	(15.0%)
BACHILLERATO INCOMPLETO	32	(6.4%)	2	(0.4%)	34	(6.82%)
BACHILLERATO COMPLETO	46	(9.2%)	11	(2.2%)	57	(11.4%)
PROFESIONAL	61	(12.2%)	13	(2.6%)	74	(14.8%)
TECNICO	4	(0.8%)	8	(1.6%)	12	(2.40%)
COMERCIO	2	(0.4%)	28	(5.6%)	30	(6.02%)
X	--		--		33	(6.62%)

- ANTECEDENTES PERINATALES (N=498)

ANTECEDENTE	TOTAL	%
HIPOXIA	47	(9.43%)
FORCEPS	07	(1.40%)
TRAUMA OBSTETRICO	01	(0.20%)
RETRASO EN D.P.M.	03	(0.60%)
OTROS	24	(4.81%)
NEGATIVOS	227	(45.5%)
X	189	(37.9%)

- TOXICOMANIAS

<u>SUBSTANCIA</u>	<u>TOTAL</u>	<u>%</u>
ALCOHOL	53	(10.6%)
MARIHUANA	55	(11.0%)
INHALANTES	23	(4.61%)
PSICOTROPICOS	06	(1.20%)
OTROS	26	(5.22%)
NEGATIVOS	158	(31.7%)
X	177	(35.5%)

- ANTECENTES PATOLOGICOS

SI	127	(25.50%)
NO	220	(44.17%)
NO ESP.	151	(30.32%)
<u>TOTAL</u>	<u>498</u>	<u>(100.00%)</u>

- PERSONALIDAD PREVIA

ESQUIZOIDE	139	(27.91%)
PARANOIDE	2	(0.40%)
ANTISOCIAL	20	(4.01%)
INESPECIFICA O MIXTA	80	(16.06%)
NO ESP.	257	(51.60%)
<u>TOTAL</u>	<u>498</u>	<u>(100.00%)</u>

- ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES (N=498)

POSITIVOS PARA ESQUIZOPRENIA	30	(7.63%)
POSITIVOS PARA OTRAS ENFERMEDADES PSIQ.	174	(34.93%)
NEGATIVOS	152	(30.52%)
NO ESPECIFICADO	134	(26.90%)
<b>TOTAL</b>	<b>498</b>	<b>(100.00%)</b>

- EDAD DE PRIMERA HOSPITALIZACION (N=498)

GRUPO DE EDAD	TOTAL	%
- 14	06	(1.20%)
15 - 18	61	(12.24%)
19 - 21	77	(15.46%)
22 - 25	90	(18.07%)
26 - 29	56	(11.24%)
30 y +	65	(13.05%)
NO ESP.	145	(28.71%)
<b>TOTAL</b>	<b>498</b>	<b>(100.00%)</b>

- ESTRES (N=498)

	SI	NO	TOTAL
HOMBRES	59 (11.84%)	74 (14.85%)	133 (29.70%)
MUJERES	89 (17.87%)	31 (6.22%)	120 (24.09%)
		X= 319 (64.05%)	319 (64.05%)
			<b>498 (100.00%)</b>

DELIRIOS

<u>DELIRIO</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
DAÑO	97 (19.4%)	62 (12.4%)	159 (31.9%)
PERSECUCION	37 (7.42%)	14 (2.81%)	51 (10.2%)
MISTICO	9 (1.80%)	13 (2.61%)	22 (4.41%)
CELOTIPICO	5 (1.00%)	5 (1.00%)	10 (2.00%)
MEGALOMANIACO	37 (7.42%)	14 (2.81%)	51 (10.2%)
CULPA	4 (0.80%)	4 (0.80%)	8 (1.60%)
REFERENCIA	37 (7.42%)	23 (4.61%)	60 (12.0%)
EROTOMANIA	1 (0.20%)	0 (----)	1 (0.20%)
PARANOIDE	19 (3.80%)	19 (3.80%)	38 (7.63%)
OTROS	10 (2.00%)	7 (1.40%)	17 (3.41%)

ALUCINACIONES

<u>ALUCINACIONES</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
AUDITIVAS	173 (34.73%)	97 (19.47%)	270 (54.21%)
VISUALES	62 (12.44%)	50 (10.04%)	112 (22.48%)
OLFATORIAS	1 (0.20%)	0 (----)	1 (0.20%)
OTRAS	3 (0.60%)	1 (0.20%)	4 (0.80%)

INCOHERENCIA 6 PERDIDA ASOCIATIVA

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
SI	160 (32.12%)	81 (16.26%)	241 (48.39%)
NO	12 (2.40%)	4 (0.80%)	16 (3.21%)
NO ESP.	142 (28.51%)	99 (19.87%)	241 (48.39%)
<b>TOTAL</b>			<b>498 (100.00%)</b>

- CONDUCTA CATATONICA. (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
SI	33 (6.62%)	26 (5.22%)	59 (11.84%)
NO	10 (2.00%)	03 (0.60%)	13 (2.61%)
NO ESP.	271 (54.4%)	155 (31.1%)	426 (85.54%)
<b>TOTAL</b>	<b>314 (63.0%)</b>	<b>184 (36.94%)</b>	<b>498 (100.00%)</b>

- APECTO (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
APLANADO	58 (32.42%)	83 (16.66%)	241 (48.39%)
EMBOTADO	4 (00.80%)	0	4 (00.80%)
EXALTADO	12 (02.40%)	11 (02.20%)	23 (04.61%)
AMBIVALENTE	8 (01.60%)	6 (01.20%)	14 (02.81%)
INADECUADO	34 (06.82%)	26 (05.22%)	60 (12.04%)
DISMINUIDO	6 (01.20%)	1 (00.20%)	7 (01.40%)
NO ESP.	0	0	151 (29.91%)
<b>TOTAL</b>	<b>122 (24.49%)</b>	<b>127 (25.52%)</b>	<b>498 (100.0%)</b>

- CONTROL DEL PENSAMIENTO (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
SI	44 (08.03%)	22 (04.41%)	66 (13.25%)
NO	6 (01.20%)	0	6 (01.20%)
NO ESP.	264 (53.01%)	162 (32.53%)	426 (85.54%)
<b>TOTAL</b>	<b>314 (63.05%)</b>	<b>184 (36.94%)</b>	<b>498 (100.0%)</b>

- SONORIZACION DEL PENSAMIENTO (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
SI	30 (6.02%)	14 (2.81%)	44 (8.83%)
NO	7 (1.40%)	1 (0.20%)	8 (1.60%)
NO ESP.	277 (55.6%)	169 (33.9%)	446 (89.5%)

- OTROS TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO

	<u>HOMBRES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
TRANSMISION	55	(11.04%)	24	(4.81%)	79	(15.85%)
DIFUSION	4	(00.80%)	2	(0.40%)	6	(01.20%)
BLOQUEO	25	(05.02%)	11	(2.20%)	36	(07.22%)
ROBO	17	(03.41%)	6	(1.20%)	23	(04.61%)
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>(20.28%)</b>	<b>43</b>	<b>(8.63%)</b>	<b>144</b>	<b>(28.91%)</b>

- VOCES QUE COMENTAN LA CONDUCTA DEL PACIENTE (N=498)

	<u>HOMBRES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
SI	10	(02.00%)	9	(01.80%)	19	(0.81%)
NO	8	(01.60%)	2	(00.40%)	10	(2.81%)
<b>NO ESP.</b>	<b>295</b>	<b>(59.23%)</b>	<b>174</b>	<b>(34.93%)</b>	<b>469</b>	<b>(94.1%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>313</b>	<b>(62.85%)</b>	<b>185</b>	<b>(37.14%)</b>	<b>498</b>	<b>(100.00%)</b>

- PERCEPCION DELIRANTE (N=498)

	<u>HOMBRES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
SI	61	(12.24%)	35	(07.02%)	96	(19.27%)
NO	4	(00.80%)	1	(00.20%)	5	(01.00%)
<b>NO ESP.</b>	<b>249</b>	<b>(50.00%)</b>	<b>148</b>	<b>(29.71%)</b>	<b>397</b>	<b>(79.19%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>314</b>	<b>(63.05%)</b>	<b>184</b>	<b>(36.94%)</b>	<b>498</b>	<b>(100.00%)</b>

- CAPACIDAD DE JUICIO

	<u>HOMBRES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
DETERIORADO	234	(46.98%)	127	(25.50%)	361	(72.48%)
<b>NO ESP.</b>					<b>137</b>	<b>(27.51%)</b>
			<b>TOTAL</b>		<b>498</b>	<b>(100.00%)</b>



- DETERIORO (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
LABORAL	75 (15.06%)	28 (5.62%)	103 (20.68%)
SOCIAL	2 (00.40%)	2 (0.40%)	4 (00.80%)
PERSONAL	29 (05.82%)	28 (5.62%)	57 (11.44%)
MIXTO	95 (19.07%)	45 (9.03%)	140 (28.11%)
NEGATIVO	2 (00.40%)	2 (0.40%)	4 (00.80%)
NO ESP.			190 (38.15%)

- CAPACIDAD DE ABSTRACCION (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
SI	7 (01.40%)	6 (01.20%)	13 (02.61%)
NO	29 (05.82%)	17 (03.41%)	46 (09.23%)
NO ESPE.	276 (55.42%)	163 (32.73%)	439 (88.15%)

- PENSAMIENTO O INTENTO SUICIDA (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
IDEACION	21 (4.21%)	6 (1.20%)	27 (5.42%)
INTENTO	53 (10.6%)	42 (8.43%)	95 (19.0%)
NEGATIVO	7 (1.40%)	2 (0.40%)	9 (1.80%)
NO ESP.			367 (73.6%)
<b>TOTAL</b>			<b>498 (100.00%)</b>

- AISLAMIENTO (N=498)

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
LEVE	2 (0.40%)	2 (0.40%)	4 (0.80%)
MODERADO	8 (1.60%)	7 (1.40%)	13 (2.61%)
SEVERO	170 (34.1%)	92 (18.4%)	262 (52.6%)
NEG.	0	1 (0.20%)	1 (0.20%)
NO ESP.	-	-	218 (43.7%)
<b>TOTAL</b>			<b>498 (100.00%)</b>

- CONDUCTA EXTRAÑA (N=498)

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
IRRITABLE	48 (9.63%)	23 (4.61%)	71 (14.25%)
AGRESIVO	46 (9.23%)	30 (6.02%)	76 (15.26%)
INSOMNE	19 (3.81%)	14 (2.81%)	33 (6.62%)
DESINHIBIDO	16 (3.21%)	10 (2.00%)	26 (5.22%)
EXTRAVAGANTE	52 (10.4%)	13 (2.61%)	65 (13.05%)
HOMOSEXUAL	1 (0.20%)	--	1 (0.20%)
SOLILOQUIOS	25 (5.02%)	16 (3.21%)	41 (8.23%)
RISAS INMOT.	11 (2.20%)	6 (1.20%)	17 (3.41%)
VAGABUNDEO	10 (2.00%)	6 (1.20%)	16 (3.21%)
DROMOMANIA	5 (1.00%)	4 (0.80%)	9 (1.80%)
ANSIEDAD	6 (1.20%)	12 (2.40%)	12 (2.40%)
AAP	3 (0.60%)	2 (0.40%)	5 (1.00%)
INGESTA DE			
BASURA (*)	2 (0.40%)	1 (0.20%)	3 (0.60%)
LABILIDAD	10 (2.00%)	6 (1.20%)	16 (3.21%)
OTRAS			4 (0.80%)

(\* Incluye ingesta de excremento)

- Lenguaje. - (N=498)

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
INCOHERENTE	89 (17.87%)	65 (13.05%)	154 (30.92%)
COPROLALICO	13 (2.61%)	7 (1.40%)	20 (4.01%)
VERBORREICO	17 (3.41%)	12 (2.40%)	29 (5.82%)
NEOLOGISMOS	5 (1.00%)	1 (0.20%)	6 (1.20%)
PARARRESPUESTAS	4 (0.80%)	3 (0.60%)	7 (1.40%)
DISGREGANTE	3 (0.60%)	1 (0.20%)	4 (0.80%)
CIRCUNSTANCIAL	4 (0.80%)	1 (0.20%)	5 (1.00%)
TANGENCIAL	1 (0.20%)	1 (1.20%)	5 (1.00%)
ESCASO	46 (9.23%)	20 (4.01%)	66 (13.25%)
MUTISTA	17 (3.41%)	10 (2.00%)	27 (5.42%)
OTROS	--	1 (0.21%)	1 (0.20%)
NO ESP.	--	--	179 (35.94%)

- Creencias Extrañas. - (N=498)

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
	100	54	154	SI
	(20.0%)	(10.8%)	(30.9%)	
	3	0	3	NO
	(0.6%)	-	(0.6%)	
	211	130	341	X
	(42.3%)	(26.1%)	(68.4%)	

(x= No especific.)

- Pensamiento Mágico. - (N=498)

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
	74	46	120	SI
	(14.8%)	(9.2%)	(24.1%)	
	1	1	2	NO
	(0.2%)	(0.2%)	(0.4%)	
	236	140	376	X
	(47.3%)	(28.1%)	(75.5%)	

(x= No especific.)

- EXPERIENCIAS PERCEPTUALES INUSITADAS.- (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
DESREALIZACION	3	45	48
	( 0.6%)	( 9.0%)	( 9.6%)
DESPERSONALIZACION	34	14	48
	( 6.8%)	( 2.8%)	( 9.6%)
OTROS	7	2	9
	( 1.4%)	( 0.4%)	( 1.8%)
NO ESPECIFICADO	--	--	393
			(78.9%)

- APATIA.- (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
SI	144	78	222
	(28.9%)	(15.6%)	(44.5%)
NO	2	0	2
	( 0.4%)		( 0.4%)
X	167	107	274
	(33.5%)	(21.4%)	(55.0%)
			(x= No especific.)

- DURACION DE LA HOSPITALIZACION (DIAS).- (N=498)

<u>DIAS</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
-15	24	17	41
16-30	70	35	105
31-45	74	49	123
46-60	50	24	74
61-75	21	9	30
76-100	0	0	0
+100	11	5	16
<u>NO ESP.</u>			<u>109</u>
<u>TOTAL</u>			<u>498</u>

- TRATAMIENTO.- (EN HOSPITALIZACION) (N=498) (Ver hoja especial)

- SIGNOS NEUROLOGICOS BLANDOS.- (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
SI	7	8	15
	( 1.4%)	( 1.6%)	( 3.0%)
NO	296	173	469
	(59.4%)	(34.7%)	(99.5%)
NO ESP.	10	4	14
	( 2.0%)	( 0.8%)	( 2.8%)

- LABORATORIO (ANORMALIDADES).- (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
SI	9	5	14
	( 1.8%)	( 1.0%)	( 2.8%)
NO	293	175	468
	(58.8%)	(35.1%)	(93.9%)
NO ESP.	10	6	16
	( 2.0%)	( 1.2%)	( 3.2%)

- EEG (ANORMAL).- (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
SI	15	10	25
	( 3.0%)	( 2.0%)	( 5.0%)
NO	288	169	457
	(57.8%)	(33.9%)	(91.7%)
NO ESP.	10	6	16
	( 2.8%)	( 1.2%)	( 3.2%)

- TAC (ANORMALIDADES).- (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
NORMAL	289	178	467
	(58.0%)	(35.7%)	(93.7%)
ANORMAL	7	-	7
	( 1.4%)		( 1.4%)
NO ESP.			24
			( 4.8%)

- REINGRESO.- (N=498) .-

<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>+4</u>	<u>NO ESP.</u>
347	79	37	15	4	-	16
(69.6%)	(15.8%)	( 7.4%)	( 3.0%)	( 0.8%)	-	( 3.2%)

- DURACION DE LOS RE-INGRESOS.- (N=498)

<u>DIAS SUMADOS</u>	<u>CANTIDAD</u>	<u>%</u>
0	347	(69.6%)
-30	29	( 5.8%)
31-60	51	(10.2%)
61-100	23	( 4.6%)
101-200	10	( 2.0%)
201-300	2	( 0.4%)
301-400	2	( 0.4%)
+400	1	( 0.2%)
NO ESPECIF.	33	( 6.6%)

- COEFICIENTE INTELECTUAL.- (N=498)

<u>I.Q.</u>	<u>CANTIDAD</u>	<u>%</u>
-60	17	( 3.4%)
61-70	29	( 5.8%)
71-80	53	(10.6%)
81-90	62	(12.4%)
91-100	49	( 9.8%)
101-110	18	( 3.6%)
111-120	8	( 1.6%)
+120	2	( 0.4%)
<u>NO ESPECIFICADO</u>	<u>260</u>	<u>(52.2%)</u>
<u>TOTAL</u>	<u>498</u>	<u>(100.0%)</u>

- DIAGNOSTICO.- (N=498).-

<u>TIPO</u>	<u>CANTIDAD</u>	<u>%</u>
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	303	(60.84%)
ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA	109	(21.88%)
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	75	(15.06%)
ESQUIZOFRENIA CATATONICA	10	( 2.00%)
<u>NO ESPECIFICADA</u>	<u>1</u>	<u>( 0.20%)</u>
<b>TOTAL</b>	<b>498</b>	<b>(100.00%)</b>

- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.- (N=498)

	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
ADECUADA	51	28	79
	(10.2%)	( 5.6%)	(15.8%)
INADECUADA	52	35	87
	(10.4%)	( 7.0%)	(17.4%)
NO ESP.	176	135	311
	(35.3%)	(27.1%)	(62.4%)
NULA	-	-	21
			( 4.2%)

- FECHA DE ULTIMA CONSULTA EN EL INNN.- (N=498)

<u>AÑO</u>	<u>TOTAL</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1973-76	24	( 4.8%)
1977	3	( 0.6%)
1978	7	( 1.4%)
1979	14	( 2.8%)
1980	11	( 2.2%)
1981	7	( 1.4%)
1982	19	( 3.8%)
1983	19	( 3.8%)
1984	31	( 6.2%)
1985	37	( 7.4%)
1986	27	( 5.4%)
1987	16	( 3.2%)
1988	12	( 2.4%)
1989	18	( 3.6%)
1990	54	(10.8%)
ABANDONO	199	(39.9%)

**- EDAD DE INICIO RELACIONADO AL TIPO DE ESQUIZOFRENIA.- (N=498)\***

<b>EDAD</b>	<b>PARANOIDE</b>	<b>DESORGANIZADA</b>	<b>INDIFERENCIADA</b>	<b>CATATONICA</b>
-14	9 ( 1.8%)	16 ( 3.2%)	4 ( 0.8%)	1 ( 0.2%)
15-20	129 (25.9%)	59 (11.8%)	29 ( 5.8%)	5 ( 1.0%)
21-25	80 (16.0%)	22 ( 4.4%)	18 ( 3.6%)	3 ( 0.6%)
26-30	38 ( 7.6%)	5 ( 1.0%)	14 ( 2.8%)	1 ( 0.2%)
+31	33 ( 6.6%)	4 ( 0.8%)	8 ( 1.6%)	-
X	14 ( 2.8%)	3 ( 0.6%)	2 ( 0.4%)	-
<b>TOTAL</b>	<b>303 (60.8%)</b>	<b>109 (21.8%)</b>	<b>75 (15.0%)</b>	<b>10 ( 2.0%)</b>

X= No Especificada.-

\*= En un caso no se  
identificó edad -  
ni diagnóstico.



## ESQUIZOFRENIA CRONICA : EXPERIENCIA DEL INNN

### RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

Con el empleo de los diversos medios mencionados en la metodología fué posible efectuar las entrevistas de seguimiento en 62 casos, en 52 de ellos con la asistencia del paciente y al menos un familiar cercano, en 2 casos, sólo se entrevistó al familiar por negativa del paciente acudir, en un caso, la entrevista se efectuó telefónicamente y en 7 casos hubo de entrevistarse sólo al familiar debido al fallecimiento del paciente.

A continuación se describen los resultados:

- La DISTRIBUCION DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO correspondió a los siguientes años:

<u>AÑO</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>%</u>
1973	3	4.8%
1977	3	4.8%
1978	4	6.4%
1979	4	6.4%
1980	1	1.6%
1981	9	14.5%
1982	9	14.5%
1983	4	6.4%
1984	15	24.1%
1985	10	16.1%
<u>TOTAL</u>	<u>62</u>	<u>100.0%</u>

- DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO: N=62

<u>EDAD</u>	<u>-15</u>	<u>15-20</u>	<u>21-30</u>	<u>31-40</u>	<u>41 y +</u>
<u>HOMBRES</u>	0	7 (11.2%)	24 (38.7%)	8 (12%)	3 (4.8%)
<u>MUJERES</u>	1 (1.6%)	5 (8.0%)	6 (9.6%)	5 (8.0%)	3 (4.8%)
<u>TOTAL</u>	<u>1</u>	<u>12</u>	<u>30</u>	<u>13</u>	<u>6</u>

TOTAL HOMBRES : 42 (67.7%)

TOTAL MUJERES : 20 (32.3%)

- ESTADO CIVIL.- (N=62)

SOLTEROS	39	(62.9%)
CASADOS	18	(29.0%)
VIUDOS	02	( 3.2%)
DIVORCIADOS	03	( 4.8%)
<u>TOTAL</u>	<u>62</u>	<u>(100.0%)</u>

- RELIGION.- (N=62)

CATOLICA	41	(66.1%)
EVANGELICA	2	( 3.3%)
NO ESPECIFICADA	19	(30.6%)
<u>TOTAL</u>	<u>62</u>	<u>(100.0%)</u>

- OCUPACION.- (N=62)

SI (LABORAN)	30	(48.3%)
NO (LABORAN)	25	(40.3%)
NO ESPECIFICADA	7	(11.2%)
<u>TOTAL</u>	<u>62</u>	<u>(100.0%)</u>

- NIVEL SOCIO ECONOMICO.- (N=62) (Acorde a claves del INNN)

E-J	9	(14.5%)
EE-I	13	(20.9%)
D-H	13	(20.9%)
DD-G	7	(11.2%)
C-F	2	( 3.2%)
CC-E	2	( 3.2%)
NO ESPECIFICADA	16	(25.8%)
<u>TOTAL</u>	<u>62</u>	<u>(100.0%)</u>

- GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS.-(N=62)

ANALFABETA	2	(3.2%)
PRIMARIA INCOMPLETA	1	(1.6%)
PRIMARIA COMPLETA	7	(11.2%)
SECUNDARIA INCOMPLETA	2	(3.2%)
SECUNDARIA COMPLETA	10	(16.1%)
PREPARATORIA INCOMP.	7	(11.2%)
PREPARATORIA COM.	8	(12.9%)
PROFESIONAL	14	(22.5%)
TECNICA	2	(3.2%)
COMERCIAL	5	(8.0%)
NO ESPECIFICADA	4	(6.4%)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>(100.0%)</b>

- ANTECEDENTES PERINATALES.-(N=62)

HIPOXIA	10	(16.1%)
FORCEPS	1	(1.6%)
OTROS	5	(8.0%)
NEGATIVOS	29	(46.7%)
NO ESPECIFICADOS	17	(27.4%)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>(100.0%)</b>

- TOXICOMANIAS.-(N=62) (varios pacientes exhibieron más de una). \*

INHALANTES	2	(3.2%)
MARIHUANA	8	(12.9%)
PSICOTROPICOS	3	(4.8%)
ALCOHOL	3	(4.8%)
OTROS	10	(16.1%)
NEGADOS	29	(46.7%)
NO ESPECIFICADOS	20	(32.2%)
<b>TOTAL</b>	<b>75 *</b>	<b>( * )</b>

- ANTECEDENTES PATOLOGICOS.- (N=62)

SI	18	(29.0%)
NO	28	(45.1%)
NO ESPECIF.	16	(25.8%)
TOTAL	62	(100.0%)

- PERSONALIDAD PREVIA.- (N=62)

ESQUIZOIDE	24	(38.7%)
ANTISOCIAL	2	(3.2%)
INESPECIFICA	13	(20.9%)
NO DETERM.	23	(37.1%)
TOTAL	62	(100.0%)

- HISTORIA PSIQUIATRICA FAMILIAR (N=62)

POSITIVA	6	(9.5%)
NEGATIVA	17	(26.9%)
OTROS	24	(38.0%)
NO ESPECIF.	16	(25.4%)
TOTAL	63	(100.0%) *

\*(Un paciente exhibió POS y OTR)

- EDAD DEL PRIMER SINTOMA DE ENFERMEDAD MENTAL.- (N=62) (años)

<u>NO ESP.</u>	<u>-15</u>	<u>15-20</u>	<u>21-30</u>	<u>31-40</u>	<u>41 y +</u>
1	4	23	26	7	1
(1.6%)	(6.4%)	(37.0%)	(41.9%)	(11.29%)	(1.6%)

- DURACION DE LA ENFERMEDAD.- (N=62) (Antes de cualquier atn. médica)

<u>1-6 MESES</u>	<u>+ DE 6 MESES</u>	<u>NO DETERMINADA</u>
14	10	38
(22.6%)	(16.1%)	(61.3%)

- EDAD DE LA PRIMERA HOSPITALIZACION.- (N=62) (Años)

<u>NO ESPECIFICADA</u>	<u>- 15</u>	<u>15-20</u>	<u>21-30</u>	<u>31-40</u>	<u>41 y +</u>
18	2	11	19	9	3
(29.0%)	(3.2%)	(17.7%)	(30.6%)	(14.5%)	(4.8%)

- NUMERO DE HOSPITALIZACIONES PREVIAS.- (N=62)

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>NO DET.</u>
4	1	1	56
(6.4%)	(1.6%)	(1.6%)	(90.32%)

- MANEJO EN HOSPITALIZACIONES PREVIAS.- (N=62)

<u>NLS</u>	<u>TEC</u>	<u>OTROS</u>	<u>NO DET.</u>
4	4	4	54

\* (también en este caso hubo manejos )  
mixtos

- ESTRES.- (N=62)

<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NO ESPECIF.</u>
22	2	38
(35.5%)	(3.2%)	(61.3%)

- DELIRIOS.- (ver hoja especial).

- ALUCINACIONES.- (Ver hoja especial)

- INCOHERENCIA O PERDIDA ASOCIATIVA.- (N=62)

<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NO ESP.</u>
27	3	32
(43.5%)	(4.8%)	(51.6%)

- DELIRIOS.- (N=62) (Muchos pacientes los exhibieron combinados).

DARO	39	(62.9%)
PERSECUTORIO	25	(40.3%)
REFERENCIAL	19	(30.6%)
MEGALOMANIA	14	(22.5%)
MISTICO	11	(17.7%)
PARANOIDE	11	(17.7%)
OTROS	9	(14.5%)
CELOS	4	(6.4%)
CULPA	3	(4.8%)
EROTOMANIA	2	(3.2%)
MIXTO	2	(3.2%)
NO ESPECIF.	4	(6.4%)

- ALUCINACIONES.- (N=62) (Muchos pacientes las exhibieron combinadas)

AUDITIVAS	48	(77.4%)
VISUALES	31	(50.0%)
CENESTOPATIAS	4	(6.4%)
OLFATORIAS	1	(1.6%)
OTRAS	1	(1.6%)
NO ESPECIF.	11	(17.7%)

- CONDUCTA CATATONICA.- (N=62)

SI	NO	NO ESP.
7	-	55
(11.2%)	-	(88.7%)

- AFECTO.- (N=62)

APLANADO	26	(41.9%)
INADECUADO	13	(20.9%)
EXALTADO	2	(3.2%)
AMBIVALENTE	1	(1.6%)
NO ESPECIF.	20	(32.2%)
TOTAL	62	(100.0%)

- TRASTORNOS PRIMARIOS DEL PENSAMIENTO.- (N=62)

CONTROL DEL PENSAMIENTO*	9	(14.5%)
SONORIZACION DEL PENSAMIENTO*	9	(14.5%)
VOCES QUE COMENTAN LA CONDUCTA DEL PACIENTE*	4	(6.4%)
BLOQUEO DEL PENSAMIENTO**	9	(14.5%)
ROBO DEL PENSAMIENTO**	8	(12.9%)
TRANSMISION DEL PENSAMIENTO**	22	(35.5%)
DIFUSION DEL PENSAMIENTO**	3	(4.8%)

\* (Estos rubros se estudiaron individualmente en cada paciente).

\*\* (Estos rubros se estudiaron conjuntamente en cada paciente).

- PERCEPCION DELIRANTE.- (N=62)

SI	NO	NO ESP.
14	--	48
(22.5%)	--	(77.4%)

- DETERIORO.- (N=62)

LABORAL	7	(11.2%)
PERSONAL	10	(16.1%)
MIXTO	23	(37.1%)
NO ESPECIF.	22	(35.5%)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>(100.0%)</b>

- JUICIO.- (N=62)

DETERIORADO	44	(70.9%)
NO ESPECIFICADO	18	(29.1%)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>(100.0%)</b>

- ABSTRACCION.- (N=62)

SI	NO	NO ESPECIF.
1	5	56
(1.6%)	(8.0%)	(90.3%)

- PENSAMIENTO O INTENTO SUICIDA.- (N=62)

<u>PENS.</u>	<u>INT.</u>	<u>NO ESP.</u>
5	12	45
(8.0%)	(19.3%)	(72.5%)

- AISLAMIENTO.- (N=62)

<u>LEVE</u>	<u>MODERADO</u>	<u>SEVERO</u>	<u>NO ESP.</u>
1	1	37	23
(1.6%)	(1.6%)	(59.6%)	(37.0%)

- CONDUCTA EXTRAÑA.- (N=62)\*

IRRITABILIDAD	25	(40.32%)
AGRESIVIDAD	27	(43.54%)
DESINHIBICION	11	(17.70%)
EXTRAVAGANCIA	27	(43.54%)
ALTERACIONES DEL		
APETITO	8	(12.90%)
INSOMNIO	17	(27.41%)
VAGABUNDEO	4	(6.40%)
SOLILOQUIOS	22	(35.48%)
RISAS INMOTIVADAS	18	(29.03%)
OTRAS CONDUCTAS	23	(37.09%)
INGESTA DE BASURA	2	(3.36%)
HIPERSEXUALIDAD	4	(6.43%)
HOMOSEXUALIDAD	2	(3.36%)
DROMANIA	6	(9.54%)
EXITACION	3	(4.84%)
ANSIEDAD	8	(12.97%)
HOMICIDIO	1	(1.64%)
LABILIDAD EMOC.	8	(12.90%)
ESTEREOTIPIAS	3	(4.84%)
MANIERISMOS	3	(4.84%)
NO ESPECIFICADAS	2	(3.36%)

\* (En la mayoría de los casos los pacientes exhibieron una combinación de conductas).



- LENGUAJE.- (N=62)\*

ESCASO	17	(27.4%)
VERBORREICO	6	( 9.6%)
MUTISTA	5	( 8.0%)
COPROLALICO	7	(11.2%)
CIRCUNSTANCIAL	3	( 4.8%)
INCONGRUENCIA	25	(40.3%)
PARARRESPUESTAS	2	( 3.2%)
NEOLOGISMOS	1	( 1.6%)
INESPECIFICAS	17	(27.4%)

\* (En varios casos hubo combinación de alteraciones del lenguaje).

- CREENCIAS EXTRAÑAS.- (N=62)

SI	NO ESP.
22	40
(35.48)	(64.51%)

- PENSAMIENTO MAGICO.- (N=62)

SI	NO ESP.
17	45
(27.4%)	(72.58%)

- EXPERIENCIAS PERCEPTUALES INUSITADAS.- (N=62)

DESPERSONALIZACION	7	(11.2%)
NILILISMO	2	( 3.2%)
EXTRAÑEZA	1	( 1.6%)
OTRAS	2	( 3.2%)
NO REFERIDAS	50	(80.6%)
TOTAL	62	(100.0%)

- APATIA.- (N=62)

SI	NO ESP.
26	36
(41.9%)	(58.0%)

- TIEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALARIA. (N=62)

- 30	31-60	61-100	+ DE 100	NO ESP.
24	28	3	1	6
(38.70%)	(45.16%)	(4.8%)	(1.6%)	(9.67%)

- TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO.- (N=62)\*

HALDOL	28	(45.16%)
LEVOMEPRIMAZINA	27	(43.54%)
PERFENAZINA	17	(27.41%)
TRIFLUOPERAZINA	10	(16.12%)
TIORIDAZINA	7	(11.29%)
SULPIRIDE	2	(3.22%)
TEC	5	(8.06%)
CBZ	4	(6.45%)
NL DEPOSITO	9	(14.51%)
QUIRURGICO	3	(4.83%)
CLORPROMAZINA	6	(9.67%)
BDE	4	(6.45%)
ADT	4	(6.45%)
NINGUN MANEJO	5	(8.06%)

\* (En muchos casos, manejos combinados).

- SIGNOS NEUROLOGICOS BLANDOS.- (N=62)

SI	NO
2	60
(3.2%)	(96.7%)

- EXAMENES DE LABORATORIO.- (N=62)

SI	NO
2	60
(3.2%)	(96.7%)

- EEG ANORMAL.- (N=62)

SI	NO
2	60
(3.2%)	(96.7%)

- TAC.- (N=62) (NO SE REPORTARON ALTERACIONES EN LAS TAC DE LOS PACIENTES SEGUIDOS).

- RE-INGRESOS.- (N=62)

NO	1	2	3	4
37	14	6	3	2
(59.6%)	(22.5%)	(9.6%)	(4.8%)	(3.2%)

- DURACION DE LA RE-HOSPITALIZACION.- (N=62) (En dias)

NO	-30	31-60	60-100	+ 100	NO ESP.
37	5	7	4	3	6
(59.6%)	(8.0%)	(11.2%)	(6.4%)	(4.8%)	(9.6%)

- IQ.- (N=62)

NO ESP.	-60	61-70	71-80	81-90	91-100	101-110	+
23	1	6	6	10	11	4	1
(37.0%)	(1.6%)	(9.8%)	(9.8%)	(16.1%)	(17.7%)	(6.4%)	(1.6%)

- DIAGNOSTICO.- (N=62)

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	38	(61.29%)
ESQUIZOFRENIA INDIFERENC.	13	(20.90%)
ESQUIZOFRENIA DESORGANIZ.	11	(17.74%)
ESQUIZOFRENIA CATATONICA	--	( ---- )

- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.- (N=62)

BUENA	MALA	IRREGULAR	NO ESPECIF.
17	1	19	25
(27.4%)	(1.6%)	(30.6%)	(40.3%)

- MANEJO.- (N=62) (Ver hoja especial)

- FECHA DE ULTIMA CITA AL INNN.- (N=62) (Ver hoja especial)

- MANEJO (EXTRAHOSPITALARIO).- (N=62)\*

HALDOL	5	( 8.0%)
LEVOMEPRON.	5	( 8.0%)
BIPERIDEN	1	( 1.6%)
PERFENAZINA	13	(20.9%)
TRIFLUOPERA.	2	( 3.3%)
TIORIDAZINA	2	( 3.3%)
SULPIRIDE	10	(16.1%)
CBZ	1	( 1.6%)
ADT	2	( 3.3%)
OTROS	3	( 4.8%)
NL DEPOSITO	13	(20.9%)
CLORPROMAZINA	1	( 1.6%)
NO ESPECIF.	30	(48.3%)

\* (En varios pacientes se emplearon manejos combinados).

- FECHA DE ULTIMA CITA AL INNN.- (N=62)

1980	2	( 3.3%)
1981	1	( 1.6%)
1982	2	( 3.3%)
1983	3	( 4.8%)
1984	4	( 6.4%)
1985	5	( 8.0%)
1987	1	( 1.6%)
1988	2	( 3.3%)
1989	5	( 8.0%)
1990	26	(41.9%)
<u>NO ESP.</u>	<u>11</u>	<u>(17.7%)</u>
TOTAL	62	(100.0%)

- EMPLEO.- (N=62). ( 7 PACIENTES FALLECIERON)

<u>HOGAR</u>	<u>EMPLEADO</u>	<u>PROFESION</u>	<u>OTROS</u>	<u>COMERCIO</u>	<u>OBRAERO</u>	<u>NEGATIVO</u>
9	13	1	4	2	1	25
(14.5%)	(20.9%)	(1.6%)	(6.4%)	(3.3%)	(1.6%)	(40.3%)

- CALIDAD DEL DESEMPEÑO LABORAL DESDE EL ALTA.- (N=62) (7 FALLECIERON)

<u>BUENA</u>	<u>REGULAR</u>	<u>MALA</u>	<u>NO ESP.</u>	<u>FALLECIDO</u>
12	15	12	16	7
(19.3%)	(24.1%)	(19.3%)	(25.8%)	(11.2%)

- EDUCACION ULTERIOR Y GRADO.- (N=62) (7 FALLECIERON)

<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NO ESP.</u>	<u>FALLEC.</u>
12	42	1	7
(19.3%)	(67.7%)	(1.6%)	(11.2%)

- ESTADO SOCIOECONOMICO ACTUAL.- (N=62) (7 FALLECIERON)

<u>BAJA</u>	<u>MEDIA</u>	<u>ALTA</u>	<u>FALLECIDOS</u>
40	14	1	7
(64.5%)	(22.5%)	(1.6%)	(11.2%)

- CALIDAD DE LOS CONTACTOS FAMILIARES.- (N=62)

<u>BUENA</u>	<u>MALA</u>	<u>REGULAR</u>	<u>FALLECIDOS</u>
23	14	18	7
(37.0%)	(22.5%)	(29.0%)	(11.2%)

- CALIDAD DE LOS CONTACTOS SOCIALES.- (N=62)

<u>BUENA</u>	<u>MALA</u>	<u>REGULAR</u>	<u>FALLECIDOS</u>	<u>NO ESP.</u>
12	29	13	7	1
(19.3%)	(46.7%)	(20.9%)	(11.2%)	(1.6%)

- CONTACTO HETEROSEXUAL CORRIENTE.- (N=62)

<u>NO</u>	<u>SI</u>	<u>NO ESP.</u>	<u>FALLECIDOS</u>
37	16	2	7
(59.6%)	(25.8%)	(3.2%)	(11.2%)

- TIEMPO SINTOMATICO DESDE EL ALTA.- (N=62)

<u>AÑOS</u>	<u>TOTAL</u>	<u>%</u>
01	3	( 4.8%)
02	1	( 1.6%)
03	2	( 3.2%)
05	15	(24.1%)
06	12	(19.3%)
07	5	( 8.0%)
08	5	( 8.0%)
09	3	( 4.8%)
10	1	( 1.6%)
11	1	( 1.6%)
12	1	( 1.6%)
14	1	( 1.6%)
X	4	( 6.4%)
N	1	( 1.6%)
*	7	(11.2%)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>(100.0%)</b>

X=no especificado.  
N=No sintomático.  
\*=Fallecidos.

- SEVERIDAD DE LOS SINTOMAS DESDE EL ALTA.- (N=62)

<u>X</u>	<u>LEVE</u>	<u>MODERADO</u>	<u>SEVERO</u>	<u>RESIDUAL</u>	<u>FALLECIDOS</u>
2	6	21	11	15	7
(3.2%)	(9.6%)	(33.8%)	(17.7%)	(24.1%)	(11.2%)

- CONFLICTOS LEGALES.- (N=62)

<u>X</u>	<u>NO</u>	<u>SI</u>	<u>I</u>	<u>B</u>	<u>FALLECIDOS</u>
1	44	8	1	1	7
(1.6%)	(70.9%)	(12.9%)	(1.6%)	(1.6%)	(11.2%)

- PENSAMIENTO O INTENTO SUICIDA POSTERIOR AL ALTA.- (N=62)

<u>X</u>	<u>NO</u>	<u>SI</u>	<u>I</u>	<u>SUICIDAS</u>	<u>OTRA CAUSA</u>
2	37	15	1	06	1
(3.2%)	(59.6%)	(24.1%)	(1.6%)	(9.6%)	(1.6%)

- BPRS: PREOCUPACIONES SOMATICAS.- (N=62). (7 FALLECIERON)

1	2	3	4	5	6	7
11	11	7	14	5	6	1
(17.7%)	(17.7%)	(11.2%)	(22.5%)	( 8.0%)	( 9.6%)	( 1.6%)

- BPRS.- ANSIEDAD.- (N=62).- (7 FALLECIERON)

1	2	3	4	5	6	7
12	5	7	19	4	6	2
(19.3%)	( 8.0%)	(11.2%)	(30.6%)	( 6.4%)	( 9.6%)	( 3.2%)

- BPRS.- POBREZA EMOCIONAL.- (N=62). (7 FALLECIERON)

1	2	3	4	5	6	7
8	8	11	15	8	1	4
(12.9%)	(12.9%)	(17.7%)	(24.1%)	(12.9%)	( 1.6%)	( 6.4%)

- BPRS.- DESORGANIZACION CONCEPTUAL.- (N=62). (7 FALLECIERON)

1	2	3	4	5	6	7
16	8	6	13	5	3	4
(25.8%)	(12.9%)	( 9.6%)	(20.9%)	( 8.0%)	( 4.8%)	(6.4%)

- BPRS.- SENTIMIENTOS DE CULPA.- (N=62). (7 FALLECIERON)

1	2	3	4	5	6	7
26	10	6	7	1	2	3
(41.9%)	(16.1%)	( 9.6%)	(11.2%)	( 1.6%)	( 3.2%)	(4.8%)

- BPRS.- TENSION.- (N=62). (7 FALLECIERON)

1	2	3	4	5	6	7
9	15	13	11	6	-	1
(14.5%)	(24.1%)	(20.9%)	(17.7%)	( 9.6%)	-	(1.6%)

- BPRS.- NERVIOSISMO Y POSTURASEXTRAÑAS.- (N=62). (7 FALLECIERON)

1	2	3	4	5	6	7
10	14	12	13	4	-	2
(16.1%)	(22.5%)	(19.3%)	(20.9%)	( 6.4%)	-	(3.2%)

- BPRS.- GRANDIOSIDAD.- (N=62).- (7 FALLECIERON).

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
40	3	3	3	4	-	2
(64.5%)	( 4.8%)	( 4.8%)	( 4.8%)	( 6.4%)	-	( 3.2%)

- BPRS.- DEPRESION.- (N=62).- (7 FALLECIERON).

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
18	10	6	16	-	3	2
(29.0%)	(16.1%)	( 9.6%)	(25.8%)	-	( 4.8%)	( 3.2%)

- BPRS.- HOSTILIDAD.- (N=62).- (7 FALLECIERON).

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
24	9	4	13	3	2	-
(38.7%)	(14.5%)	( 6.4%)	(20.9%)	( 4.8%)	( 3.2%)	-

- BPRS.- SUSPICACIA.- (N=62).- (7 FALLECIERON).

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
23	5	5	7	10	4	1
(37.0%)	( 8.0%)	( 8.0%)	(11.2%)	(16.1%)	( 6.4%)	( 1.6%)

- BPRS.- ALUCINACIONES.- (N=62).- (7 FALLECIERON).

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
32	2	3	6	4	2	6
(51.6%)	( 3.2%)	( 4.8%)	( 9.6%)	( 6.4%)	( 3.2%)	( 9.6%)

- BPRS.- RETARDO MOTOR.- (N=62) (7 FALLECIERON).

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
16	7	11	14	6	-	1
(25.8%)	(11.2%)	(17.7%)	(22.5%)	( 9.6%)	( - )	( 1.6%)

- BPRS.- FALTA DE COOPERACION.- (N=62).- (7 FALLECIERON).

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
42	6	3	2	1	1	-
(67.7%)	( 9.6%)	( 4.8%)	( 3.2%)	( 1.6%)	( 1.6%)	-

- BPRS.- CONTENIDO EXTRAÑO DEL PENSAMIENTO.- (N=62) (7 FALLECIERON)

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------



- BPRS.- CONTENIDO EXTRAÑO DEL PENSAMIENTO.- (N=62) (7 FALLECIERON)

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
18	9	9	8	4	2	5
(29.0%)	(14.5%)	(14.5%)	(12.9%)	(6.4%)	(3.2%)	(8.0%)

- BPRS.- APLANAMIENTO AFECTIVO.- (N=62). (7 FALLECIERON)

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
10	7	9	17	8	2	2
(16.1%)	(11.2%)	(14.5%)	(27.4%)	(12.9%)	(3.2%)	(3.2%)

- BPRS.- EXCITACION.- (N=62). (7 FALLECIERON)

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
34	10	1	9	-	-	1
(54.8%)	(16.1%)	(1.6%)	(14.5%)	-	-	(1.6%)

- BPRS.- DESORIENTACION.- (N=62) (7 FALLECIERON).

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
48	5	1	1	-	-	-
(77.4%)	(8.0%)	(1.6%)	(1.6%)	-	-	-

DISCUSSION

CAPITULO 6

## DISCUSION

La presente Investigación (hasta dónde sabemos, la primera de su tipo que se lleva a cabo en nuestro País) arroja resultados congruentes con reportes similares provenientes de otras Naciones.

Es difícil categorizar por ahora el valor que pueda tener el desglose demográfico, psicopatológico y en algunos casos de seguimiento por parte del INNN de la muestra total de pacientes que inicialmente conformaron el material de estudio, queremos pensar que al menos puede servir como -- el punto de partida que estimule a un análisis global de la Experiencia -- del INNN en este importante Trastorno, habida cuenta que el periodo que -- incluye nuestro Trabajo sólo abarca 10 años (poco más de una tercera parte de su existencia); lo que si es objetivo y claro es el porcentaje de -- pacientes a quienes fué posible seguir (N=62, 12.44% del total), porque -- los resultados que arroja el análisis de todas las variables que conformaron la base de datos y que como se especifica en la metodología incluye -- toda la historia biográfica del paciente y del medio dónde se desenvolvía antes y durante el curso de su enfermedad y nos permite de modo particular ubicar el estado actual de Psicopatología que guarda cada caso en particular, son medibles y estadísticamente significativos, permitiendo, entonces inferir a partir de estos, el rumbo que debe seguirse en los aspectos de abordaje, manejo y en general conducta médica y social ante los esquizofrénicos.

Durante muchos años, y aún a la fecha en diversos ambientes psiquiátricos se asumió de forma tajante que los pacientes esquizofrénicos tendrían obligadamente un resultado uniformemente pobre a largo plazo, ahora sabemos (y este Estudio es confirmatorio) que los resultados son ampliamente heterogéneos y oscilan desde estados muy deteriorados hasta la plena recuperación.

Dentro de la revisión bibliográfica en que fundamentamos nuestro trabajo destacan tres grandes Estudios que apoyan esta evolución y son:

- La Investigación de Lausana (Ciampi).
- El Estudio de el Hospital Burghölzli (Bleuler).
- El Estudio Vermont (Harding).

En todos ellos se citan como factores de atención en el resultado -- final a:

- El Tipo de Inicio (agudo y crónico)
- El tipo de Curso (ondulante o simple)
- El resultado : (Recuperado/Moderado Impedimento/Severo Impedimento)

Algunos Estudios han relacionado el funcionamiento social premórbido y el género al resultado a largo plazo de la Esquizofrenia, ambos factores, por tanto, fueron tenidos muy en cuenta por nosotros y el análisis final apoya la mejor evolución en las mujeres, quienes fueron más productivas que los hombres, mostraron menor evidencia de sintomatología psicótica y funcionaron mejor en los ámbitos familiares y sociales, en algunos casos fué muy difícil consignar deterioro en ellas. Ha sido mostrado previamente que los efectos del funcionamiento social premórbido sobre el resultado es substancialmente menor en los esquizofrénicos en un estadio temprano de su enfermedad, aquí los resultados fueron consistentemente pobres para aquellos de nuestros pacientes de seguimiento con marcados rasgos esquizoides de funcionalidad.

La hipoxia perinatal en nuestros pacientes fué un dato que de forma consistente tuvo un valor predictivo de pobre resultado como se muestra en la sección correspondiente.

Fué más significativa (contra lo esperado) la asociación entre ANF para otros Trastornos Psiquiátricos fuera de la Esquizofrenia que la de ésta y otro miembro de la familia en cuanto a su valor como índice de pobreza en el resultado a largo plazo.

Como comentamos a su debido tiempo la relación a la edad de inicio y resultado final no estableció, entre nuestros pacientes, grandes diferencias, pues tanto para el grupo de edad de inicio entre 15-20 años y 21-30 años, los resultados a largo plazo son equivalentes, salvo, como ya se mencionó en los Resultados en el apartado Suicidio, en que los pacientes con inicio más precoz del cuadro, se suicidaron en un porcentaje 50% mayor.

El Estrés, como indicamos oportunamente, tiene una mayor relevancia como disparador del cuadro psicótico, pues a largo plazo, habida cuenta de su mayor prominencia en las mujeres, son estas quienes en nuestra muestra de seguimiento tuvieron mejores resultados.

En el aspecto psicopatológico no está de más recordar el alto índice de suicidios que detectamos en el seguimiento (9.6%) y el mucho mayor aún que conjuntando ideas, intentos y consumación suicida exhibieron 18 de --- nuestros 62 pacientes. (29%), en muchos casos (la mayoría) el intento suicida psicótico fué a corto y no a largo plazo.

Está claro que en nuestro seguimiento, como en la mayoría de los re-

portes en la Literatura, las recaídas psicóticas se significan como un -- factor de mal resultado a largo plazo.

Cabe lamentar una vez más la imposibilidad que se tuvo de establecer una liga entre el manejo en sus diversas facetas y el resultado a largo -- plazo, pero las deficiencias en éste (y en muchos otros aspectos descriptivos) que advertimos al revisar los 498 expedientes clínicos, nos hacen sugerir algunas consideraciones al respecto que señalamos al final de esta discusión. Volviendo al manejo farmacológico, en la gran mayoría de -- los casos fué insuficiente o nula la información al respecto, por lo que optamos por no incluir este importante parámetro en nuestros resultados -- a riesgo de hacer interpretaciones sin fundamentación suficiente.

En resumen el resultado pobre lo asociamos en general con antecedentes positivos de hipoxia, rasgos de personalidad esquizoide (retraimiento social) con inactividad al momento del ingreso, recaídas psicóticas, pobre adherencia al manejo (sin que podamos hacer otras consideraciones al respecto), antecedentes heredofamiliares de condiciones psiquiátricas distintas a Esquizofrenia, edad de inicio temprana, sexo masculino y obviamente el tipo de Esquizofrenia (aunque, con toda intención omitimos hacer alguna otra consideración en cuanto a Psicopatología, por las razones de la dificultad - al hacer un Estudio Retrospectivo - de depender en buena medida de el Expediente Clínico, por lo menos en la etapa pre-seguimiento y que, como en nuestro caso, tenga tantas deficiencias documentales. Esta misma situación es válida para parámetros tan importantes como: toxicomanías y su relación a el resultado, manejos previos, seguimiento en la hospitalización adecuada, etc.

Desenfatizamos a variables como religión, estado socioeconómico, estado civil, escolaridad, antecedentes patológicos, etc. como factores que supuestamente tenían una marcada influencia en los resultados de la enfermedad de acuerdo a algunos estudios, puesto que, al menos en lo que a --- nuestra Investigación concierne, no tuvieron ningún tipo de influencia en ello.

Finalmente, si se nos permite enunciar lo que a nuestro juicio podrían corresponder a factores que mejoran el pronóstico en los pacientes que seguimos son: sexo femenino, adherencia al manejo, falta de antecedentes de hipoxia perinatal, estrés como disparador del cuadro, compromiso familiar, tiempos cortos del trastorno sin manejo, edad de inicio tardía, y pobres exigencias (para el sexo femenino) para adaptarse al rol socio--

cultural que le es propio.

Como nota al margen hacemos notar que ninguno de nuestros pacientes de seguimiento exhibió las características demenciales que algunos autores propugnan como resultado obligado para la Esquizofrenia Crónica, aunque, tal vez se nos objete que, en nuestros pacientes, los tiempos de seguimiento son cortos.

#### CONSIDERACIONES PERSONALES

La validéz confiable de los datos obtenidos se observó limitada por:

a) Los aspectos demográficos y de psicopatología fueron obtenidos hace -- varios años y se consignan en mayor o menor medida en el Expediente Clínico consultado, por lo tanto, en su tiempo, no se consideraron probablemente de interés a un Estudio futuro.

b) Los lineamientos o criterios diagnósticos vigentes en la época de la -- consignación documental y que en buena medida difieren de los actuales, -- nos hicieron excluir a muchos expedientes que correspondían a pacientes -- que se etiquetaron como esquizofrénicos probablemente sin serlo, (pero -- que seguramente se siguen tratando como tales); en otros casos incluimos -- con reserva a algunos casos que llenaban los criterios exigidos en la ac-- tualidad, pero que mostraban algunos otros factores que conceptualmente -- los excluían (como un IQ subnormal, por ejemplo). Esto nos lleva a con-- cluir que los criterios operacionales eran inadecuados y fallan en confor-- mar los estándares aceptados actualmente.

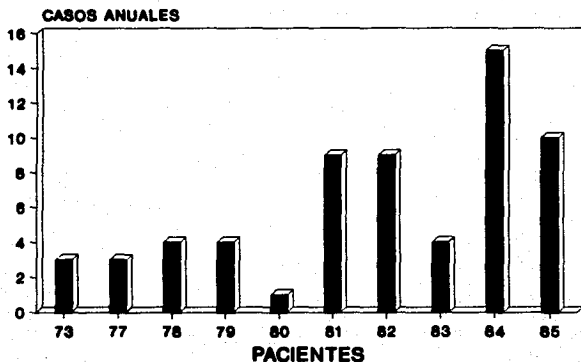
c) Ya mencionamos que en la actualidad acude al INNN como subsecuente un -- porcentaje aproximado del 10% de la muestra global de 498 pacientes, al -- menos, para estos pacientes fieles al INNN y que son el reflejo de los -- que provenientes de otros años que no incluye la Investigación, acuden a -- sus citas también, se obtuviera la aplicación en cada caso, de el formato -- de una entrevista estandarizada que contemple definiciones detalladas de -- la severidad sintomatológica, sobre todo los aspectos más representativos -- de las características mayores de funcionamiento.

Esta, creemos es una necesidad prioritaria a fin de limitar debida-- mente los casos que correspondan a este Trastorno.

**A N E X O S**

- 1.- GRAFICAS
- 2.- CEDULA DE CAPTACION DEMOGRAFICA,  
PSICOPATOLOGIA Y SEGUIMIENTO.
- 3.- B.P.R.S.

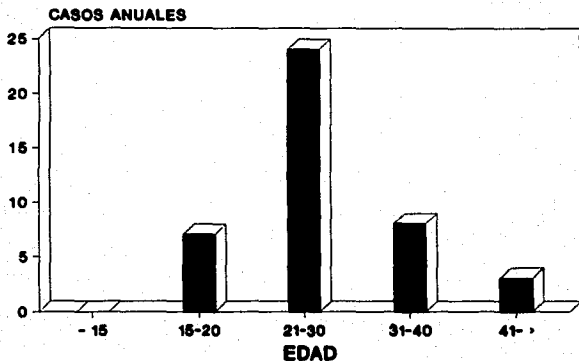
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN DISTRIBUCION DE PACIENTES



DIVISION DE PSIQUIATRIA

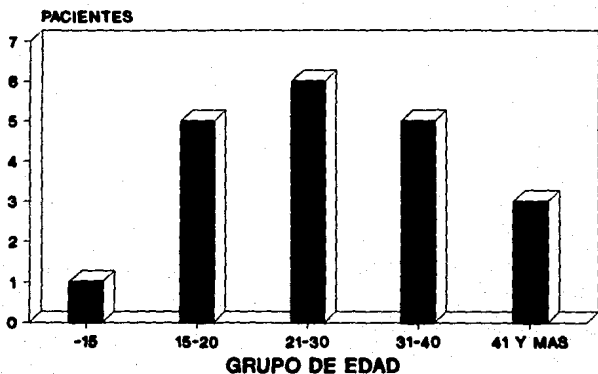


# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN DISTRIBUCION EDAD Y SEXO MAS.



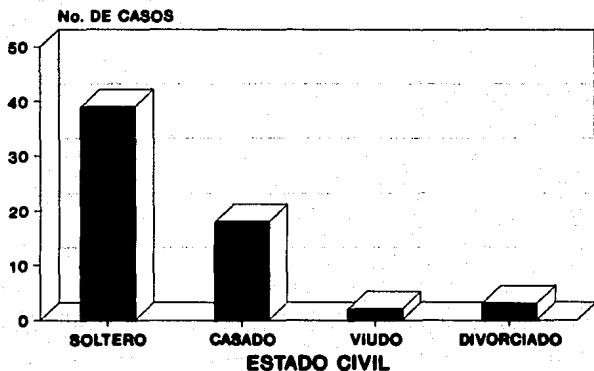
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN DISTRIBUCION EDAD Y SEXO FEM



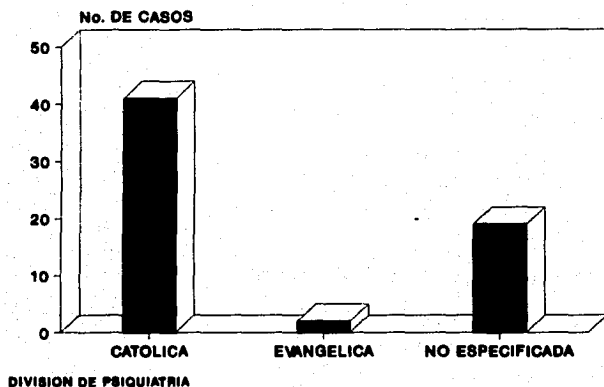
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN. ESTADO CIVIL

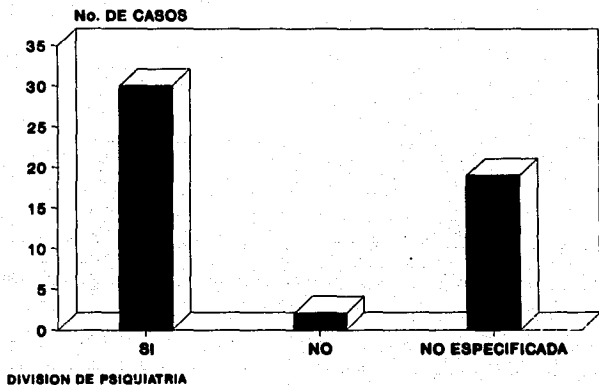


DIVISION DE PSIQUIATRIA

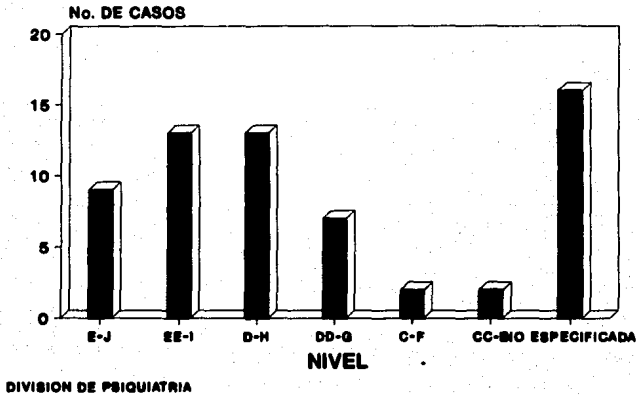
## ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN. RELIGION



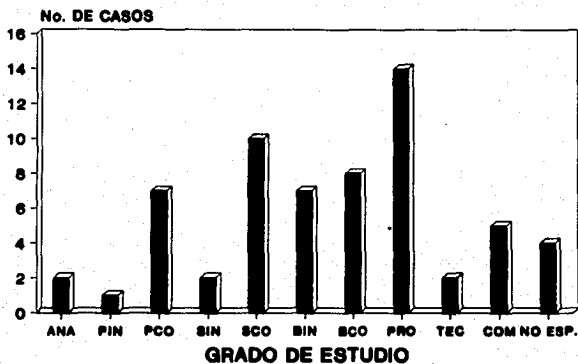
## ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN. OCUPACION



# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN. NIVEL SOCIO ECONOMICO

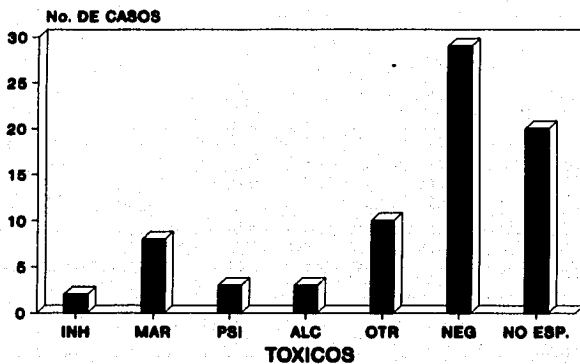


# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS



DIVISION DE PSIQUIATRIA

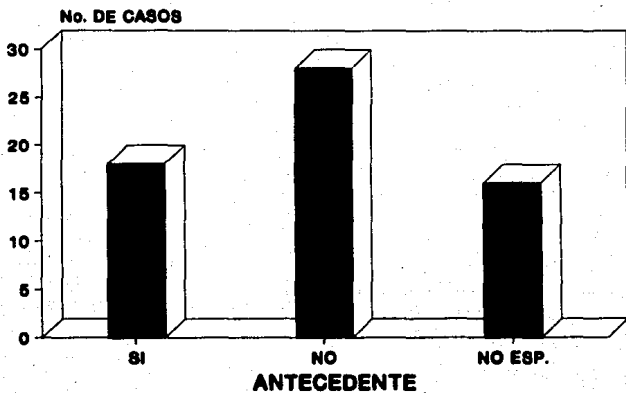
## ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN TOXICOMANIAS



DIVISION DE PSIQUIATRIA

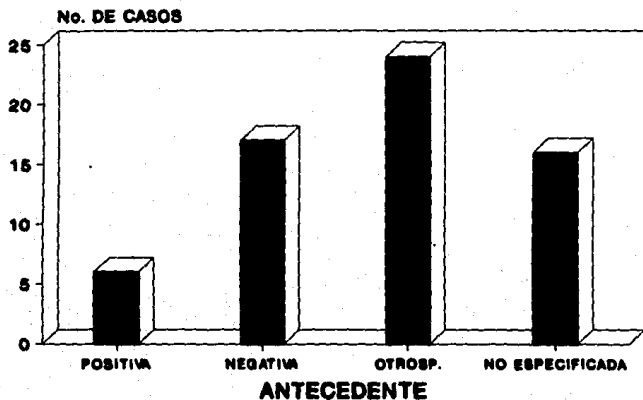


# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN ANTECEDENTES PATOLOGICOS



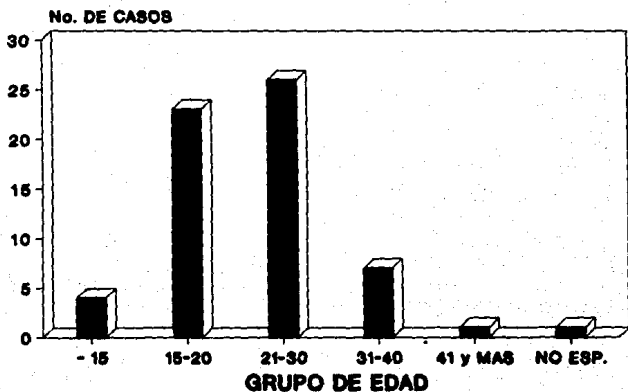
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN HISTORIA PSIQUIATRICA FAMILAR



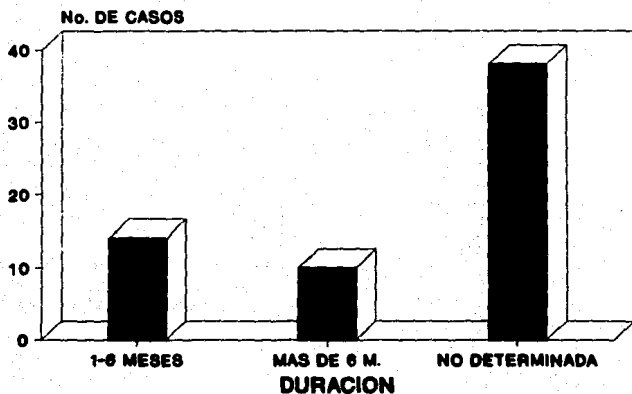
DIVISION DE PSIQUIATRIA

## ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN EDAD DEL PRIMER SINTOMA



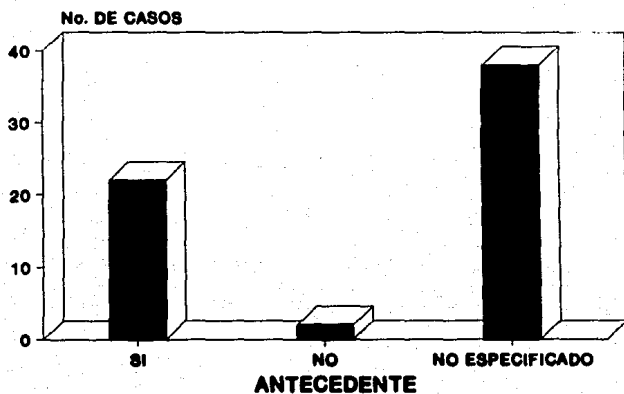
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN DURACION DE LA ENFERMEDAD



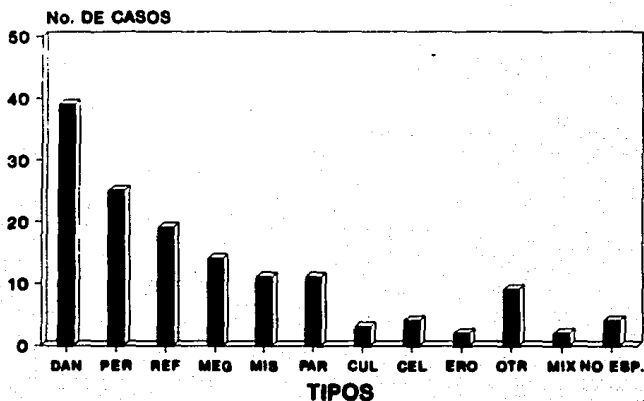
DIVISION DE PSIQUIATRIA

## ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN ESTRES



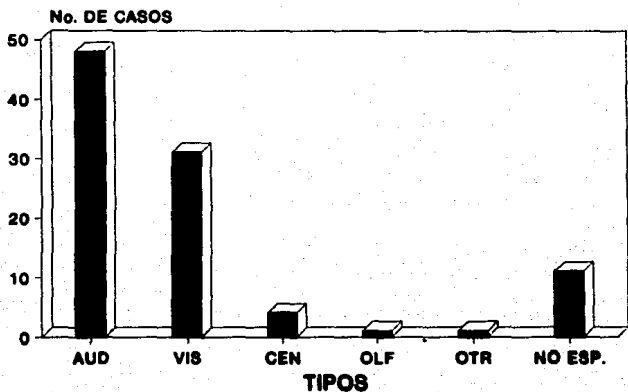
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN DELIRIOS



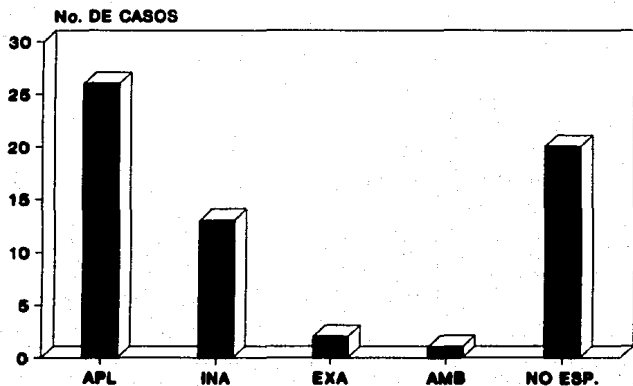
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN ALUCINACIONES



DIVISION DE PSIQUIATRIA

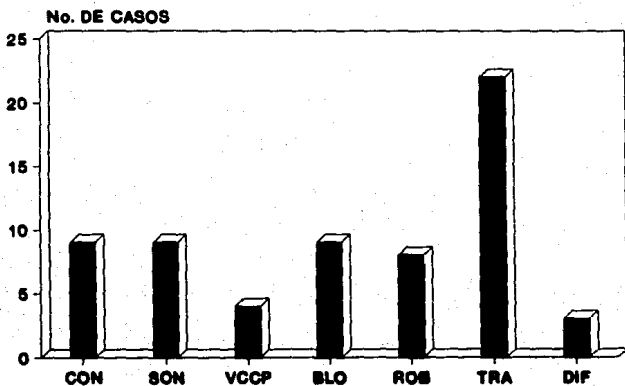
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN AFECTO



DIVISION DE PSIQUIATRIA



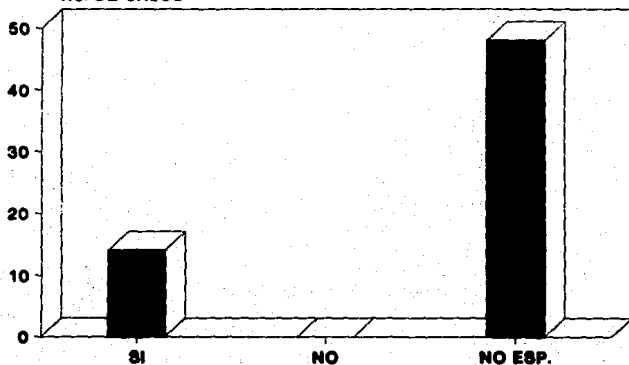
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN TRASTORNOS PRIM. DEL PENSAM.



DIVISION DE PSIQUIATRIA

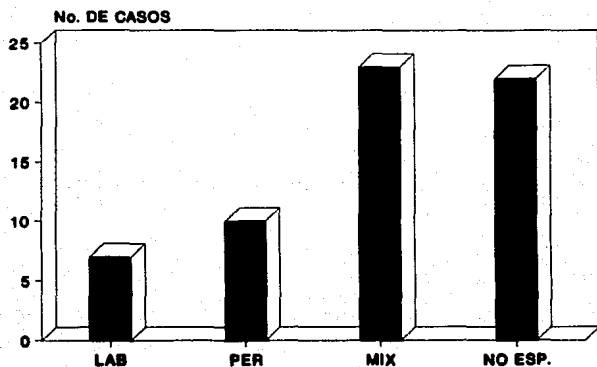
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN PERCEPCION DELIRANTE

No. DE CASOS



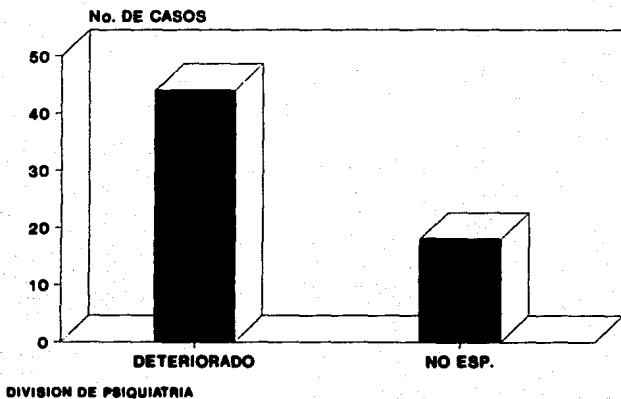
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN DETERIORO

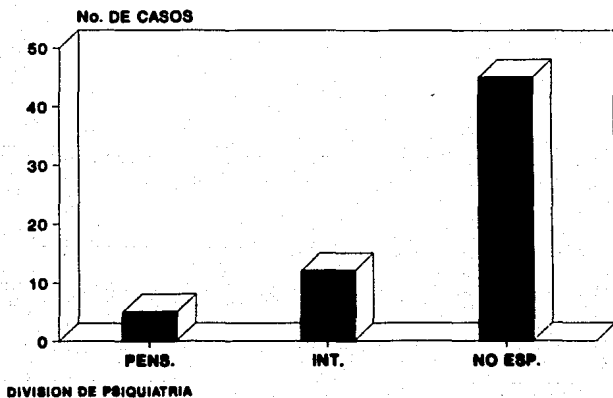


DIVISION DE PSIQUIATRIA

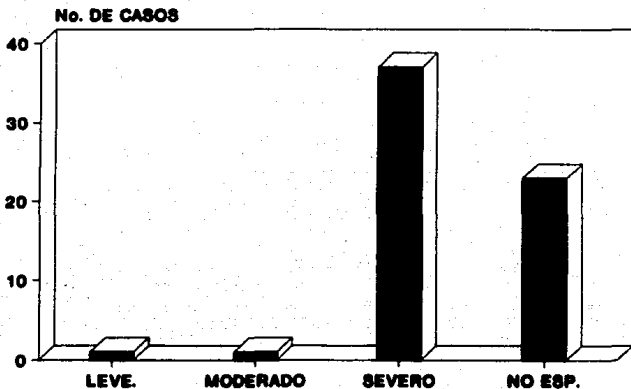
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN CAP. DE JUICIO



# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN PEN. O INT. SUICIDA

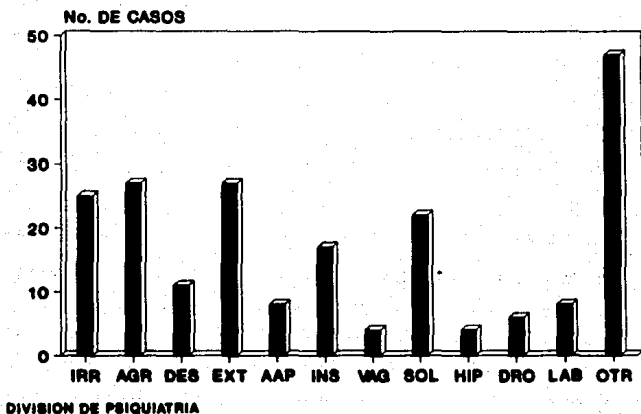


## ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN AISLAMIENTO

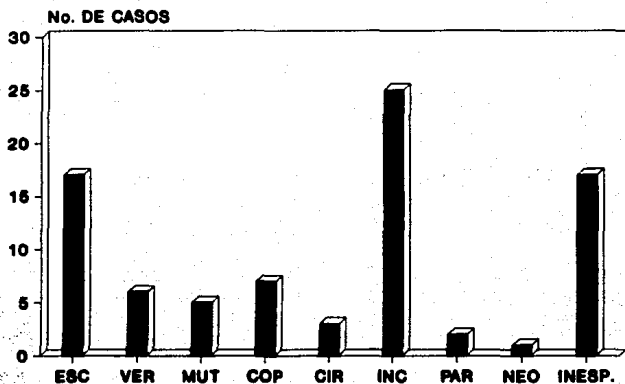


DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN CONDUCTA EXTRAÑA



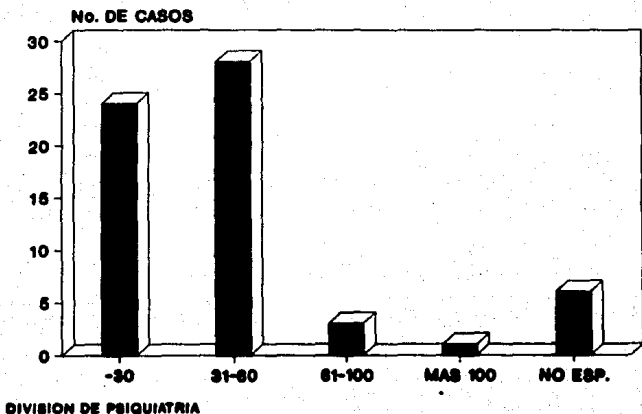
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN LENGUAJE



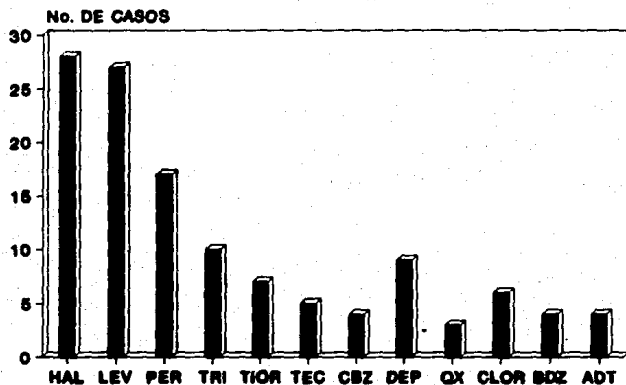
DIVISION DE PSIQUIATRIA



# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN ESTANCIA HOSPITALARIA

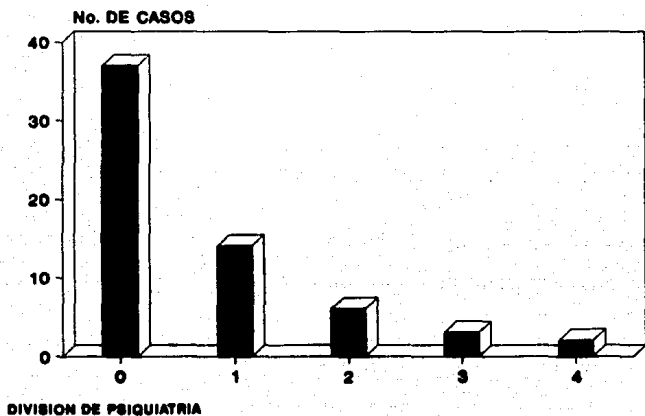


# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN TRAT. HOSPITALARIO

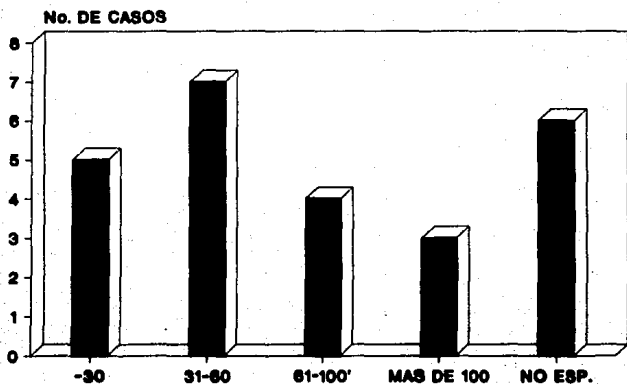


DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN RE-INGRESOS

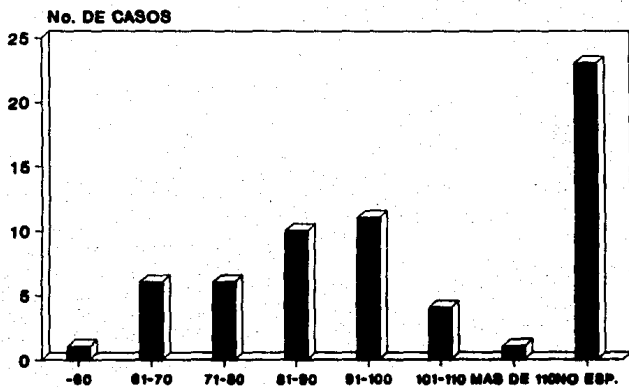


# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN DUR. DEL RE-ING.



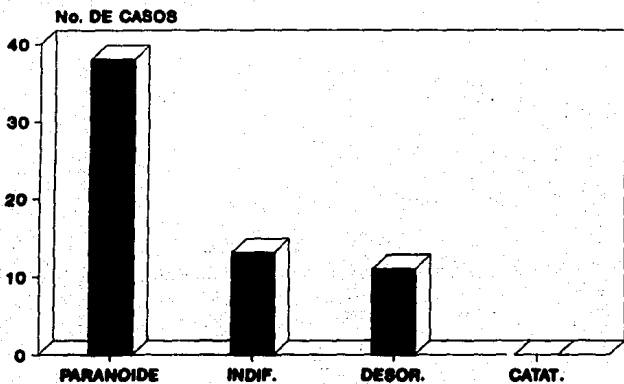
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN COEFICIENTE INTELECTUAL



DIVISION DE PSIQUIATRIA

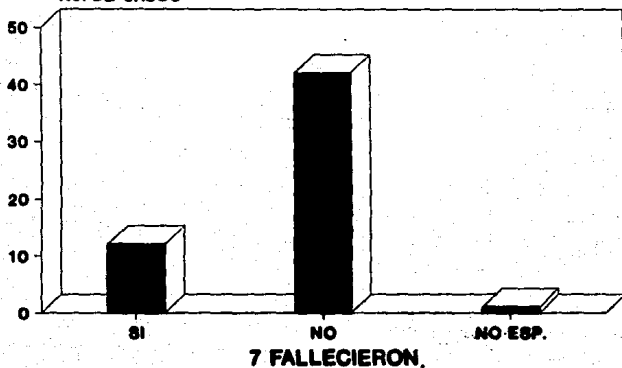
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN DIAGNOSTICO



DIVISION DE PSIQUIATRIA

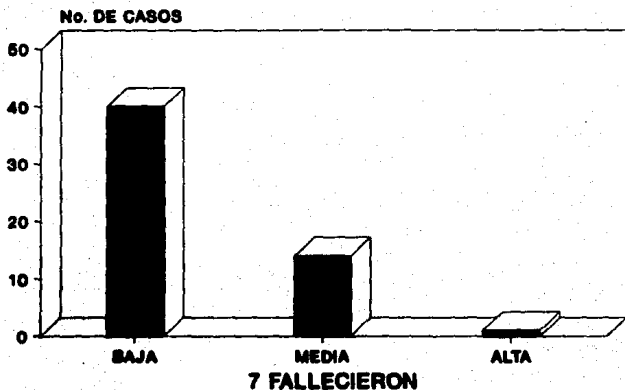
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN EDUCACION ULTERIOR

No. DE CASOS



DIVISION DE PSIQUIATRIA

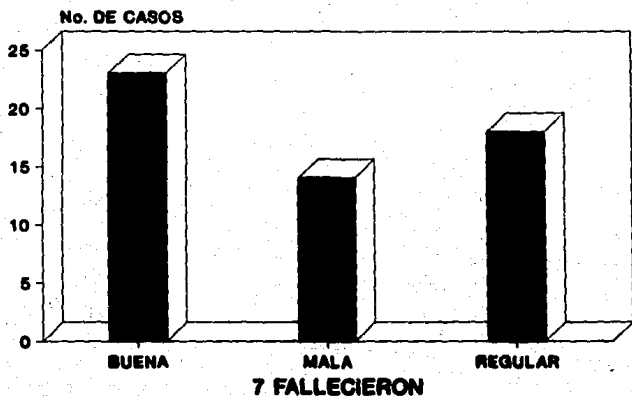
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN EST. SOCIOECO. ACT.



DIVISION DE PSIQUIATRIA

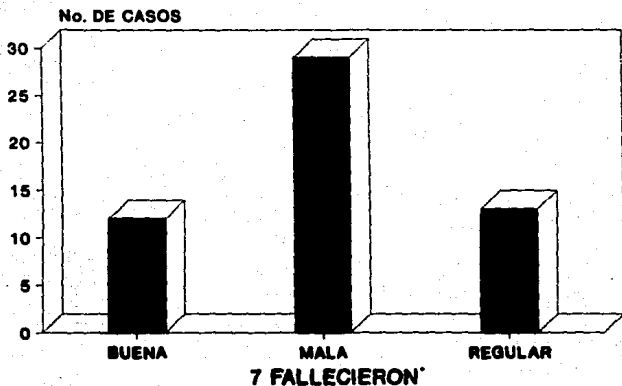


# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN CAL. CONT. FAM.



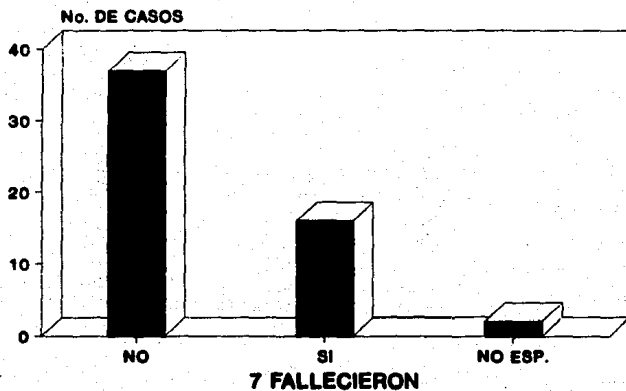
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN CAL. CONT. SOC.



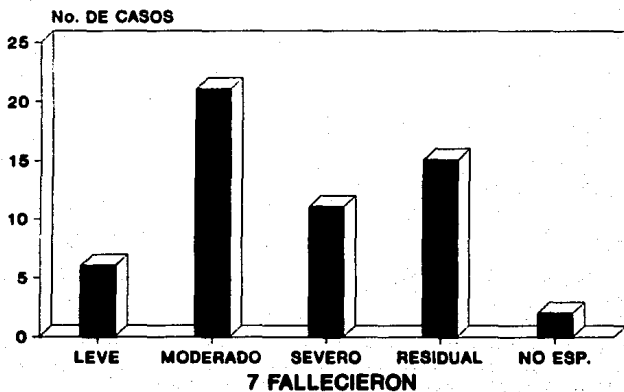
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN CONT. HETEROSEX. CORR.



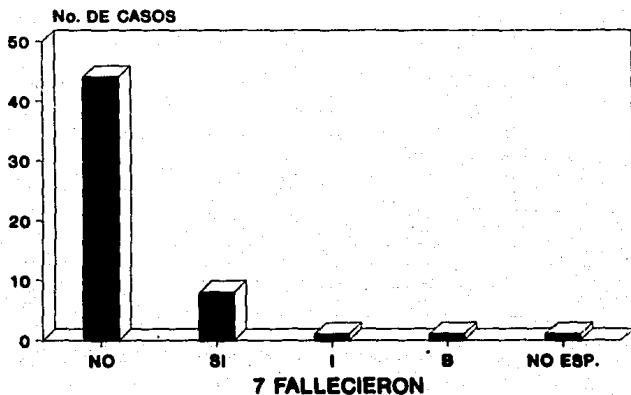
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN SEV. SINT. DESDE ALTA.



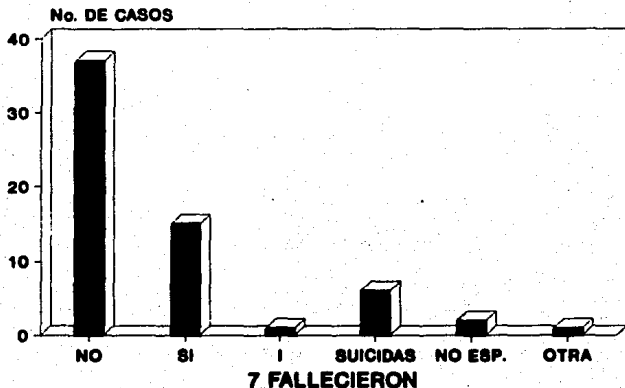
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN CONFLICTOS LEGALES



DIVISION DE PSIQUIATRIA

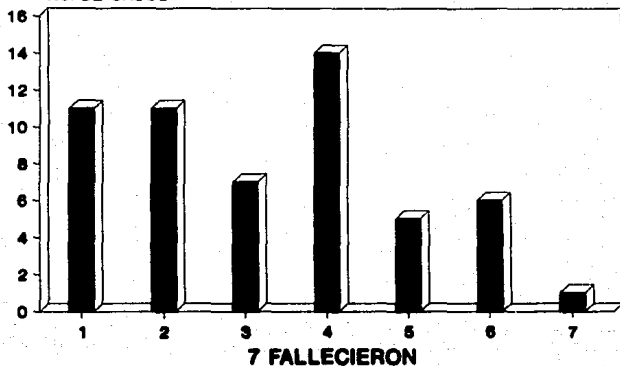
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN PENS. O INT. SUICIDA



DIVISION DE PSIQUIATRIA

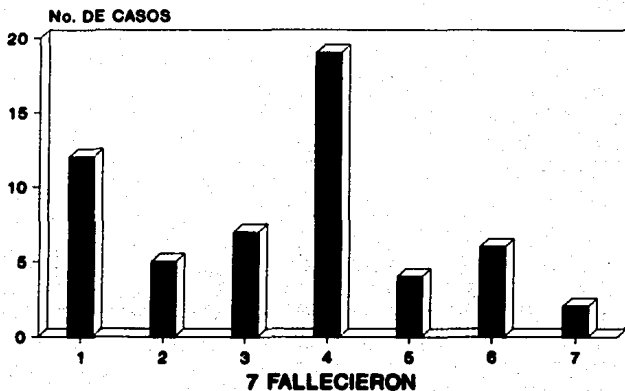
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN PREOCUPACIONES SOMATICAS

No. DE CASOS



DIVISION DE PSIQUIATRIA

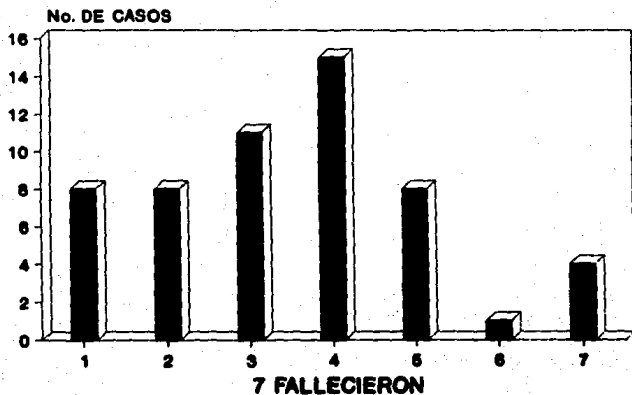
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN ANSIEDAD



DIVISION DE PSIQUIATRIA

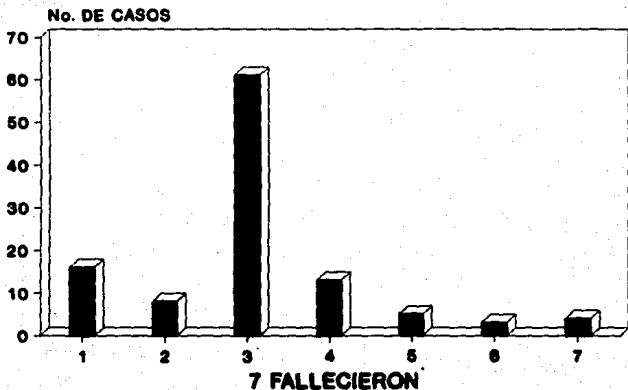


# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN POBREZA EMOCIONAL



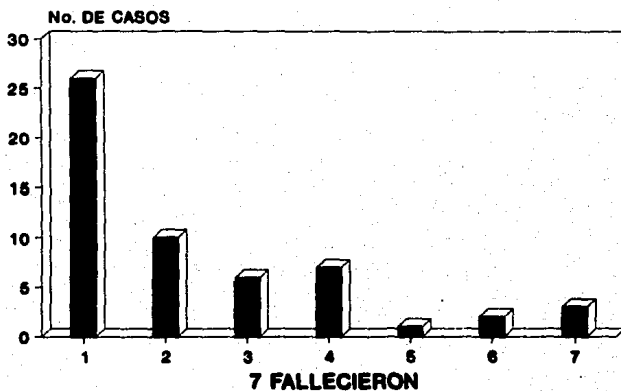
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN DESORGANIZACION CONCEPTUAL



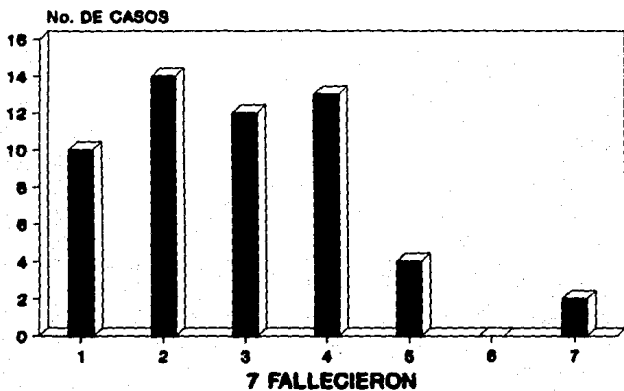
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN SENTIMIENTOS DE CULPA



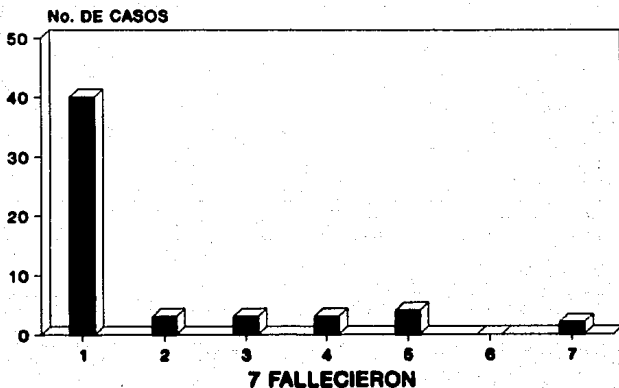
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN NERV. Y POST. EXT.



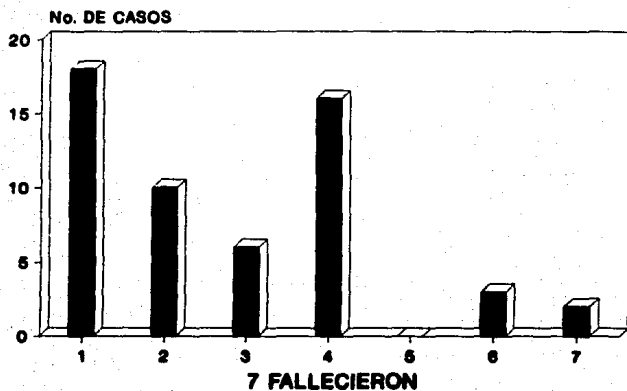
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN GRANDIOSIDAD



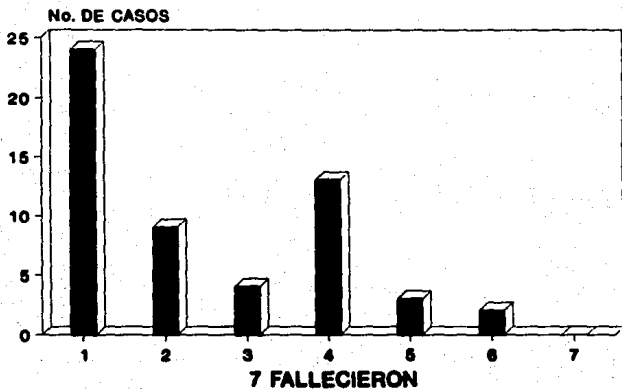
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN DEPRESION



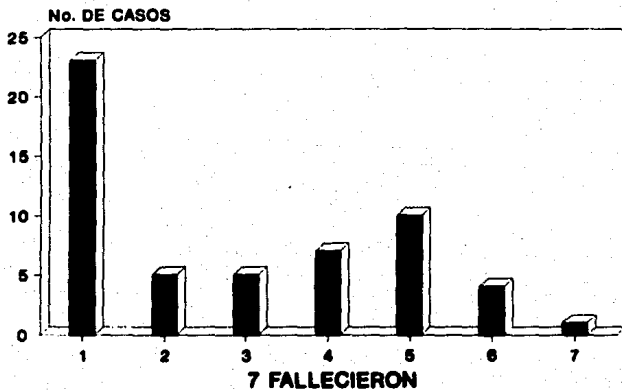
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN HOSTILIDAD



DIVISION DE PSIQUIATRIA

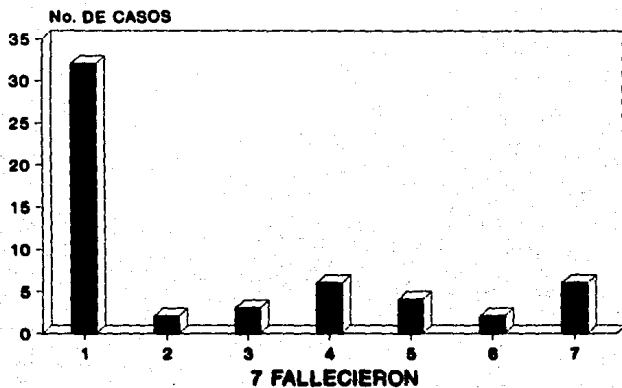
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN SUSPICACIA



DIVISION DE PSIQUIATRIA

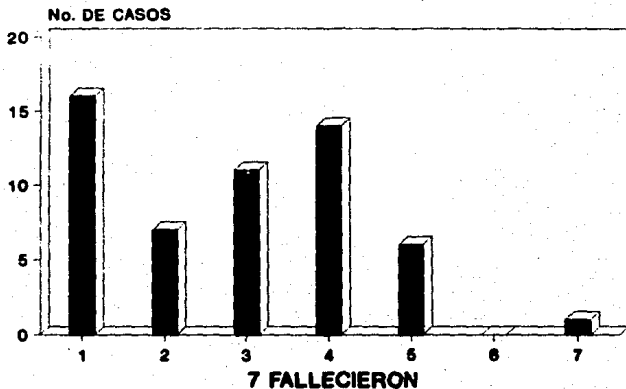


# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN ALUCINACIONES



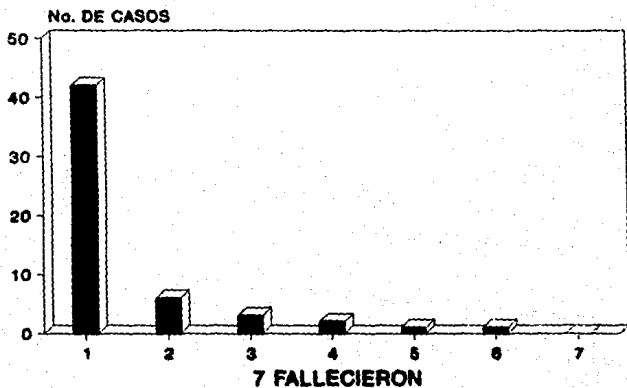
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN RETARDO MOTOR



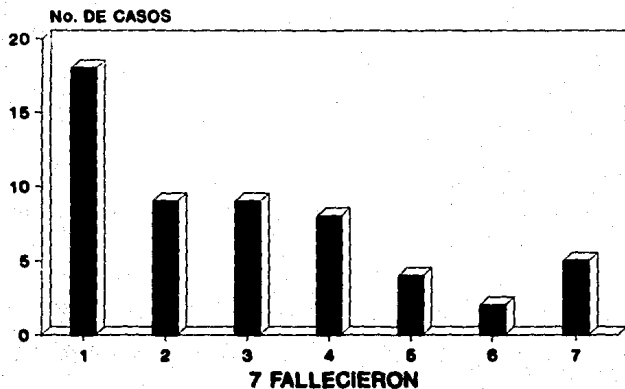
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN FALTA DE COOPERACION



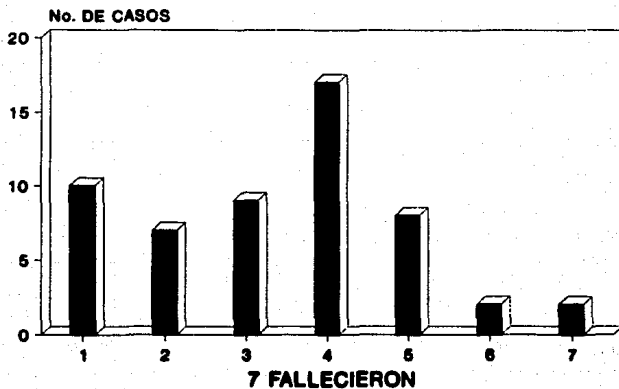
DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN CONT. EXTRAÑO DEL PEN.



DIVISION DE PSIQUIATRIA

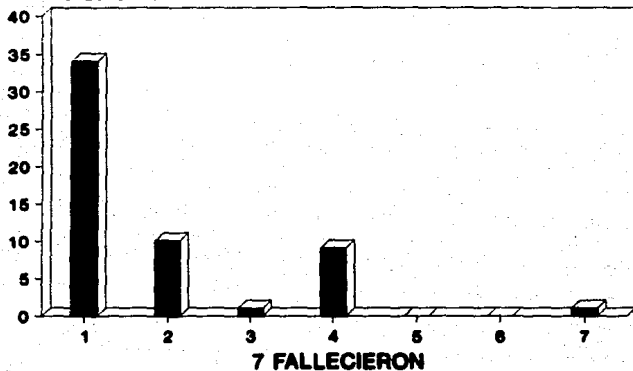
## ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN APLANAMIENTO AFECTIVO



DIVISION DE PSIQUIATRIA

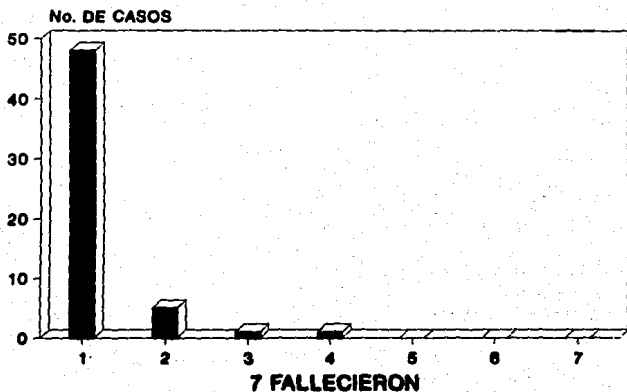
# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INN EXCITACION

No. DE CASOS



DIVISION DE PSIQUIATRIA

# ESQUIZOFRENIA CRONICA: EXPERIENCIA DEL INNN DESORIENTACION



DIVISION DE PSIQUIATRIA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIROLOGIA

NOMBRE NO. EXP. DIRECCION RELIGION GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS ANTECEDENTES PERINATALES TOXICOMANIAS ANTECEDENTES PATOLOGICOS A.G.O. HISTORIA PSICOSEXUAL HISTORIA PSIQUIATRICA FAMILIAR EDAD DEL PRIMER SINTOMA DE ENF. MENTAL DURACION DE LOS SINTOMAS EDAD DE LA PRIMERA HOSPITALIZACION NUMERO DE HOSPITALIZACIONES PREVIAS Y DURACION MANEJO EN HOSPITALIZACIONES PREVIAS Y SEGUIMIENTO ESTRESOR Y SU SEVERIDAD PSICOPATOLOGIA A LA ADMISION DELIRIOS ALUCINACIONES INCOHERENCIA O MARCADA PERDIDA DE LAS ASOCIACIONES CONDUCTA CATATONICA AFECTO PLANO O INADECUADO CONTROL DEL PENSAMIENTO (INSERCIÓN) SONORIZACION DEL PENSAMIENTO VOCES QUE COMENTAN LA CONDUCTA DEL PACIENTE PERCEPCION DELIRANTE DETERIORO JUICIO ABSTRACCION PENSAMIENTO O INTENTO SUICIDA AISLAMIENTO CONDUCTA EXTRAÑA LENGUAJE CREENCIAS EXTRAÑAS PENSAMIENTO MAGICO EXPERIENCIAS PERCEPTUALES O INUSITADAS APATIA DURACION DE HOSPITALIZACION (INNN) TX. DURANTE HOSP. SIGNOS NEUROLOGICOS BLANDOS HALLAZGOS DE LAB. Y GAB. REINGRESO Y DURACION PRUEBAS PSICOLOGICAS (CONCLUSIONES E IQ.) SEGUIMIENTO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y TIPO FECHA DE ULTIMA CONSULTA EN INNN TIPO DE EMPLEO DESDE EL ALTA CALIDAD DEL DESEMPEÑO LABORAL DESDE EL ALTA EDUCACION ULTERIOR Y/O GRADO ESTADO SOCIOECONOMICO ACTUAL CALIDAD DE CONTACTOS FAMILIARES CALIDAD DE CONTACTO SOCIAL CONTACTO HETERO SEXUAL CORRIENTE TIEMPO SINTOMATICO DESDE EL ALTA SEVERIDAD DE LOS SINTOMAS DESDE EL ALTA ABUSO DE SUBSTANCIAS DESDE EL ALTA CONFLICTOS LEGALES PENSAMIENTO O INTENTO SUICIDA, POSTERIOR AL ALTA PSICOPATOLOGIA EN EL SEGUIMIENTO.





- 9.- **DEPRESION.** Abatimiento, tristeza, desaliño, pesimismo. No se valore retardo motor ni preocupaciones somáticas. -----
- 10- **HOSTILIDAD.** Animosidad, desdén, beligerancia, desprecio a personas. No inferir hostilidad a partir de la falta de cooperación. -----
- 11- **SUSPICACIA.**- Desconfianza, creencia de que otros tienen intenciones maliciosas o discriminatorias hacia él. Ideas persecutorias o de referencia. Valórese sólo la suspicacia presente o sostenida. -----
- 12- **ALUCINACIONES.** Percepciones sin estímulo externo. Diferencie claramente de las imágenes mentales vividas. -----
- 13- **RETARDO MOTOR.** Reducción en el nivel de energía física evidenciado por lentitud de movimientos o discurso. Tono muscular disminuido. Reducción del número de movimientos. -----
- 14- **FALTA DE COOPERACION.** Resistencia, poca voluntad para colaborar con el entrevistador. -----
- 15- **CONTENIDO DEL PENSAMIENTO RARO.** Contenido extraño, poco usual, grotesco, bizarro. No valore aquí el grado de desorganización conceptual. -----
- 16- **APLANAMIENTO AFECTIVO.** Tono emocional bajo. Reducción de la intensidad normal de los sentimientos y de las reacciones emocionales. Apatía. -----
- 17- **EXCITACION** Aumento del tono emocional. Aceleración, agitación, reactividad aumentada. -----
- 18- **DESORIENTACION.** Confusión o desorientación de personas, lugar y tiempo. -----

\_\_\_\_\_ DX: \_\_\_\_\_ COD \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL MEDICO**

**DIAGNOSTICO FENOMENOLOGICO** \_\_\_\_\_

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Ackenheil, M.; et al; RECEPTORES CATECOLAMINERGICOS EN LAS CELULAS SANGUINEAS DE LOS ESQUIZOFRENICOS. (L'Encéphale, 1985, XI : 95-100).
- 2.- Andreasen, N.; THE AMERICAN CONCEPT OF SCHIZOPHRENIA. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 15, No. 4, 1989 : 519 - 531).
- 3.- Andreasen, N.; et al; CLINICAL PHENOMENOLOGY. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 3, 1988 : 345-363).
- 4.- Andreasen, N.; et al; EVALUATION OF POSITIVE AND NEGATIVE SYMPTOMS AND SCHIZOPHRENIA. (Psychiatrie-Psychobiologie 1986, I, -- No. 2 : 108 - 121).
- 5.- Alpha, L.; et al; FENFLURAMINE TREATMENT OF NEGATIVE SYMPTOMS-IN OLDER SCHIZOPHRENIC INPATIENTS. (Psychopharmacology Bulletin Vol. 25, No. 1, 1989).
- 6.- Angst, J.; EUROPEAN LONG TERM FOLLOWUP STUDIES OF SCHIZOPHRENIA (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 4, 1988 : 501-513).
- 7.- Astrachan, B.; et al; A CHECKLIST FOR DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA. (British Journal Psychiatry, 1972, 121 : 529-539).
- 8.- Babigian, H.; SCHIZOPHRENIA EPIDEMIOLOGY, (In Kaplan's Comprehensive Textbook of Psychiatry; Williams and Wilkins Publishers 1989).
- 9.- Bartko, J.; STATISCAL ISSUES IN LONG TERM FOLLOWUP STUDIES. -- (Schizophrenia BULLETIN, Vol. 14, No. 4, 1988 : 575-588).
- 10.-Barradas, I; Escobar, A.; ANATOMIA DE LA ESQUIZOFRENIA. (Comentario de la Sesión Clínico-Patológica No. 5, presentada el 14 - de febrero de 1986. A\_79-78, EXP. 53697, SAC. INNMMVS.
- 11.-Basset, A.S.; CHROMOSOME 5 AND SCHIZOPHRENIA IMPLICATIONS FOR - GENETIC LINKAGE STUDIES. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 15, No.3 1989 : 393-402).
- 12.-Bland, R.; 14 YEAR OUTCOME IN EARLY SCHISOPHRENIA. (Acta Psych. Scand., 1978, 58 : 327-338.
- 13.-Bland, R.; et al; SCHIZOPHRENIA : SCHNEIDER'S FIRST RANK SYM--- TOMS AND OUTCOME. (British Journal Psychiatry, 1980,137:63-68).
- 14.-Braier, A.; SMALL SAMPLE STUDIES : UNIQUE CONTRIBUTIONS FOR LAR GE SAMPLE OUTCOME STUDIES. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, -- No. 4, 1988 : 589-593).
- 15.-Calzadilla, L.; Echazabol, M.; PSICOTERAPIA DE GRUPO Y REHABILITACION DEL ESQUIZOFRENICO CRONICO. (Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, Vol. XXII, No. 1. 1986: 87-92).

- 16.- Carpenter, W.; et al; THE HETEROGENETY OF THE LONG TERM COURSE OF SCHIZOPHRENIA. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 4, --- 1988 : 645-652).
- 17.- Carpenter, W.; et al; DEFICIT AND NONDEFICIT FORMS OF SCHIZOPHRENIA : THE CONCEPT. (Am. J. Psychiatry, 1988 : 145 : 578 - 583).
- 18.- Ciompi, L; THE NATURAL HISTORY OF SCHIZOPHRENIA IN THE LONG - TERM. (Brit. J. Psychiat. 1980, 136, 413-420).
- 19'- Conrad, A.J.; Scheibel, A.B.; SCHIZOPHRENIA AND THE HIPPOCAMPUS THE EMBRIOLOGICAL HYPOTHESIS EXTENDED. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 13, No. 4, 87 : 577-587).
- 20.- Cosolino, L.J.; et al; THE IMPACT OF EDUCATION ABOUT SCHIZOPHRENIA ON RELATIVES VARYING IN EXPRESSED EMOTION. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 4, 1988 : 675-687).
- 21.- Crow, T.; THE TWO SYNDROME CONCEPT, ORIGINS AND CURRENT STATE (Schizophrenia Bulletin, Vol. 11, No. 3, 1985 : 471-486).
- 22.- Childers, S.E.; Harding, C.M.; GENDER, PREMORBID SOCIAL FUNCTIONING, AND LONG TERM OUTCOME IN DSM-III SCHIZOPHRENIA. (--- Schizophrenia Bulletin, Vol. 16, No. 2, 1990 : 309-311).
- 23.- Dalén, P.; Hays, P.; ETIOLOGICAL HETEROGENETY OF SCHIZOPHRENIA : THE PROBLEM AND THE EVIDENCE. (Brit. J. Psych., 1990, - 157 : 119-122).-
- 24.- De Lisi, I.L.; et al; PERINATAL COMPLICATIONS AND REDUCED SIZE OF BRAIN LIMBIC STRUCTURES IN FAMILIAL SCHIZOPHRENIA. (--- Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 2, 1988 : 189-191).
- 25.- Eagles, J.M.; et al; OBSTETRIC COMPLICATIONS IN SCHIZOPHRENIC INPATIENTS
- 26.- Falkai, P.; et al; LIMBIC PATHOLOGY IN SCHIZOPHRENIA. (Biol.-Psych., 24, 1988 : 515-521).
- 27.- Fenton, W.S.; et al; A COMPARISON OF DSM-III AND DSM-III-R IN SCHIZOPHRENIA. (Am. J. Psych., 1988, 145 : 1446-1449).
- 28.- Fenton, W.S.; McGlashan; PROGNOSTIC SCALE FOR CHRONIC SCHIZOPHRENIA. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 13, No. 2, 1987 : 277-286).
- 29.- Fortner, R.B.; Steel, C.; FIRST PERSON ACCOUNT : THE HISTORY- AND OUTCOME OF MY ENCOUNTER WITH SCHIZOPHRENIA. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 4, 1988 : 701-706).
- 30.- Fuller, T.E.; STALKING THE SCHIZOVIRUS. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 2, 1988 : 223-229).

- 31.- Goff, D.; Brotman, A.; et al: TRIAL OF FLUOXETINE ADDED TO NEUROLEPTICS FOR TREATMENT RESISTANT SCHIZOPHRENIC PATIENTS. (Am. J. Psych. 147, 4, 1990).
- 32.- Guze, S.; FOLLOWUP STUDIES OF SCHIZOPHRENIA : A COMMENTARY. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No 4, 1988 : 661-662).
- 33.- Harding, C., et al; THE VERMONT LONGITUDINAL STUDY OF PERSONS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS, I : METHODOLOGY, STUDY, SAMPLE AND OVERALL STATUS 32 YEARS AFTER. (Am. J. Psych. 1987, 144 : 718-726).
- 34.- Harding, C.; THE VERMONT LONGITUDINAL STUDY OF PERSONS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS II : LONG TERM, OUTCOME OF SUBJECTS WHO RESPECTIVELY MET THE DSM-III CRITERIA FOR SCHIZOPHRENIA. (Am. J. Psych., 144: 6, 1987 : 727-735).
- 35.- Harding, C.M., COURSE TYPES IN SCHIZOPHRENIA : AN ANALYSIS OF EUROPEAN AND AMERICAN STUDIES. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 4, 1988, 633-643).
- 36.- Hare, E.; SCHIZOPHRENIA AS A RECENT DISEASE. (Brit. Jour. of Psychiatry, 1988, 153 : 521-531).
- 37.- Heinrich, D.W.; Carpenter, W.; PROSPECTIVE STUDY OF PRODROMIC SYMPTOMS IN THE SCHIZOPHRENIC RELAPSE. (Am J Psych., 1988, 142--143).
- 38.- Holzman, P.S.; et al; A SINGLE DOMINANT GENE CAN ACCOUNT FOR EYE TRACKING DYSFUNCTIONS AND SCHIZOPHRENIA IN OFFSPRING OF DISCORDANT TWINS. (Arc. Gen. Psych., 1988, 45, 441-647).
- 39.- Horn, E.; et al; HYPOTALAMIC PATHOLOGY IN THE NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME. (Am. J. PSYCH., 1988, 145 : 617 - 621).
- 40.- Johnstone, S.; Mac Millan, F.; et al; FURTHER INVESTIGATION OF THE PREDICTORS OF OUTCOME FOLLOWING FIRST SCHIZOPHRENIC EPISODES (Brit. Jour. Psych., 1990, 157 : 182-189).
- 41.- Keefe, R.S.; et al; CHARACTERISTICS THE VERY POOR OUTCOME SCHIZOPHRENIA. (Am J. Psych. 1987, 144: 889-895).
- 42.- Kendell, R.; LONG TERM FOLLOWUP STUDIES : COMMENTARY. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 4, 1988 : 663-667).
- 43.- Kendler, K, et al ; AN INDEPENDENT ANALYSIS OF THE COPENHAGEN SAMPLE OF THE DANISH ADOPTION STUDY OF SCHIZOPHRENIA. (Arch. Gen Psych., Vol. 38, 1981 : 982-984).
- 44.- Kenneth, K. et al; OUTCOME OF SCHIZOPHRENIA SUBTYPES DEFINED BY FOUR DIAGNOSTIC SYSTEMS. (Arch. Gen. Psych., 1984, 41 : 149-154)
- 45.- Kety, S.S.; SCHIZOPHRENIC ILLNESS IN THE FAMILIES OF SCHIZOPHRENIC ADOPTEEES : FINDINGS FROM THE DANISH NATIONAL SAMPLE. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 2, 1988 : 217-222).

- 46.- Kirch, D. G., Weinberger, D.R.; ANATOMICAL NEUROPATHOLOGY IN-SCHIZOPHRENIA : POST MORTEM FINDINGS. (In Handbook of Schizo--phrenia, Vol. 1 : The Neurology of Schizophrenia, 1986. ELSE--VIER).: 325 - 348.
- 47.- Kleinman, J. et al; THE NEUROPATHOLOGY OF SCHIZOPHRENIA. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 2, 1988 : 209-216).
- 48.- Klerman, L.; HISTORICAL BACKGROUND. (In Michels's Psychiatry; - Editorial Board Members; vol. 1, 1987: 16-18).
- 49.- Lehman, H.; SCHIZOPHRENIA : CLINICAL FEATURES. (In Kaplan's -- Comprehensive Textbook of Psychiatry; Williams and Wilkins Ed. 1989 : 686-713).
- 50.- Levin, S.; Yungelum-Tood, D.; CONTRIBUTIONS OF CLINICAL NEURO-PSYCHOLOGY TO THE STUDY OF SCHIZOPHRENIA. (Journal of Abnormal Psychology, 1989, Vol. 98, No. 4, 341-356).
- 51.- Lewine, R, et al; EFFECT OF DIAGNOSTIC CRITERIA ON THE RATIO - OF MALE TO FEMALE SCHIZOPHRENIC PATIENTS. (Am J of Psych., 141 1984 : 84-87).
- 52.- Lin, K.M. and Kleinman, A.M.; PSYCHOPATHOLOGY AND CLINICAL --- COURSE OF SCHIZOPHRENIA. A CROSS CULTURAL PERSPECTIVE. (Schizo phrenia Bulletin, Vol. 14, No. 4, 1988 : 555-567).
- 53.- Mc Glashan, T; TESTING FOUR DIAGNOSTIC SYSTEMS FOR SCHIZOPHRENIA (Arch Gen Psychiatry 1984;41:141-144).
- 54.- McGlashan, T; A SELECTIVE REVIEW OF RECENT NORTH AMERICAN LONG-TERM FOLLOWUP STUDIES OF SCHIZOPHRENIA. (Schizophrenia Bulletin, vol. 14, No.4, 1988: 515-542).
- 55.- Mc Glashan, T; PREDICTORS OF SHORTER, MEDIUM AND LONGER TERM -- OUTCOME IN SCHIZOPHRENIA. (Am J. Psychiatry 143:50-55, 1986).
- 56.- Mc Glashan, T; Fenton, W; PROGNOSTIC SCALE FOR CHRONIC SCHIZO--PHRENIA. (Schizophrenia Bulletin Vol. 13, No. 2, 1987:277-286).
- 57.- Mc Glashan, T; THE CHESNUT LODGE FOLLOWUP STUDY I. (Arch Gen -- Psychiatry Vol. 41, 1984: 573-585).
- 58.- Mc Glashan, T; THE CHESNUT LODGE FOLLOWUP STUDY II. (Arch Gen - Psychiatry Vol. 41, 1984: 586-601).
- 59.- Mc Glashan, T; THE CHESTNUT LODGE FOLLOWUP STUDY III. (Arch Gen Psychiatry 1986, Vol. 43: 20-30).
- 60.- Mc Glashan, T; THE PREDICTIONS OF OUTCOME IN CHRONIC SCHIZOPHRE NIA. (Arch Gen Psychiatry Vol. 43, 1986: 167-176).

- 61.- Mc Glashan, T.; SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER. (Arch. Gen. Psychiatry, 1986, Vol. 43 : 329-334.
- 62.- Mc Glashan, T.; THE BORDERLINE SYNDROME. (Arc. Gen. Psych.,1983,- Vol. 40 : 1319-1323).
- 63.- Mc Glashan, T.; Carpenter, W; LONG TERM FOLLOWUP STUDIES OF SCHIZOPHRENIA: EDITORS INTRODUCTION (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 4, 1988 : 497-504).
- 64.- Mc Glashan, T.; Carpenter, W.; ISSUES OF DESIGN AND METHODOLOGY - IN LONG TERM FOLLOWUP STUDIES. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14,- No. 4, 1988 : 569-574.
- 65.- Manschreck, T.C. MOTOR ABNORMALITIES IN SCHIZOPHRENIC DISORDER.-- IN Handbook of Schizophrenia, Vol. 1 : The Neurology of Schizophrenia, 1986, ELSEVIER : 65-96).
- 66.- Moisés, S., SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA, - (EXPERIENCIA CLINICA) (Tesis de Post-Grado, 1987. INNNMVS.
- 67.- Nasrallah, H. A., THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA : GENETIC, PERINATAL, NEUROLOGICAL, PHARMACOLOGICAL AND PSYCHIATRIC--FACTORS. (In Handbook of Schizophrenia, Vol. 1 : The Neurology -- of Schizophrenia, 1986. ELSEVIER : 49-64.
- 68.- National Institutes of Health: ELECTROCONVULSIVE THERAPY CONSENSUS DEVELOPMENT. (Conference Statement, Vol. 5, No. 11).
- 69.- Oyeboode, F.; Davidson, K; EPILEPTIC SCHIZOPHRENIA : CLINICAL CHARACTERISTIC AND PROGNOSIS. (Act. Psych. Scan., 1989, 79 : 327-331
- 70.- Pearlson, G.D.; et al; A CHART REVIEW STUDY OF LATE-ONSET AND EARLY ONSET SCHIZOPHRENIA. (Am. J. Psych., 1989, 146 : 1568-1574).
- 71.- Pert, C.B.; et al; SCENARIOS FOR A VIRAL ETIOLOGY OF SCHIZOPHRENIA (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 2, 1988 : 243-247).
- 72.- Pakkenberg, B.; WHAT HAPPENS IN THE LEUCOTOMIZED BRAIN ?, A POST-MORTEM MORPHOLOGICAL STUDY OF BRAIN FROM SCHIZOPHRENIC PATIENTS. (J. Neurology, Neurosurgery and Psych., 1989, 52 : 156-161).
- 73.- Pakkenberg, B. POST-MORTEM STUDY OF CHRONIC SCHIZOPHRENIC BRAINS.- (British Journal of Psychiatry 1987, 151: 744-752).
- 74.- Reynolds, P; BEYOND THE DOPAMINE HYPOTHESIS THE NEUROCHEMICAL PATHOLOGY OF SCHIZOPHRENIA. (British Journal of Psychiatry 1989,155 305-316).
- 75.- Romme M.A.J.,Alexandre, D.M.A.C.HEARING VOICES, (Schizophrenia -- Bulletin Vol. 15, No. 2, 1989: 209-216).
- 76.- Rossi A. et. al.; QUANTIFICATION OF CORPUS CALLOSUM AND VENTRICLES IN SCHIZOPHRENIA WITH NUCLEAR MAGNETIC RESONANCE IMAGING, A PILOT STUDY. (Am. J. Psych. Vol, 146, 1, 1989: 99-101).



- 77.- Sartorius, N. Shapiro, R; et al; VALIDITY OF DIAGNOSTIC CONCEPTS ACROSS CULTURES: A PRELIMINARY REPORT FROM THE INTERNATIONAL PILOT STUDY OF SCHIZOPHRENIA.
- 78.- Selvin. B. ELECTROCONVULSIVE THERAPY-1987 (Anesthesiology, 1987, 67:367-385).
- 79.- Siever L.J.; Silverman J.M.; INCREASED MORBID RISK FOR SCHIZOPHRENIA DISORDERS IN RELATIVES OF SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDERS PATIENTS (Arch. Gen Psych. Vol. 47, 1990; 634-640).
- 80.- Siris, S.G.; PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF SUBSTANCE ABUSING SCHIZOPHRENIC PATIENTS. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 16, No. 1, 1990:111-122).
- 81.- Turner, W. And Tsuang; IMPACT OF SUBSTANCE ABUSE ON THE COURSE AND OUTCOME OF SCHIZOPHRENIA. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 16, No.1-1990).
- 82.- Wayne, F; THE PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF OBSESSIVE COMPULSIVE SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA. (Am. J. Psychiatry, 1986; 143:437-441).
- 83.- Weinberger; PATHOGENESIS OF SCHIZOPHRENIA: A NEURODEVELOPMENTAL THEORY. (Arch. Gen. Psych., 1987,44: 660-669).
- 84.- Weinberger, D. And Berman, K. SPECULATIONS ON THE MEANING OF CEREBRAL METABOLIC HYPOFRONTALITY IN SCHIZOPHRENIA. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 2, 1988: 157-168).
- 85.- Weiner, R; CONVULSIVE THERAPIES.-( in Kaplan's Comprehensive Textbook of Psychiatry: Williams and Wilkins Publisher, 1989).
- 86.- Wing, J. COMMENTS ON THE LONG-TERM OUTCOME OF SCHIZOPHRENIA. (Schizophrenia Bulletin, Vol. 14, No. 4, 1988: 669-673).
- 87.- Woods, B.T; et al. ANORMALIDADES NEUROLOGICAS EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS Y SUS FAMILIAS. (Arch. Gen Psych. Vol. 43, 1986; 657-668).
- 88.- Wynne,L.C: THE NATURAL HISTORIES OF SCHIZOPHRENIC PROCESSES. -- ( Schizophrenia Bulletin Vol. 14, No.4; 1988:653-659).
- 89.- Zec R.F; And Weinberger, D. BRAIN AREAS IMPLICATED IN SCHIZOPHRENIA: A SELECTIVE OVERVIEW. (In Handbook of Schizophrenia, Vol. 1,- The Neurology of Schizophrenia, 1986. ELSEVIER). 175-206.
- 90.- Tsuang, M.; et al; PREMATURE DEATH IN SCHIZOPHRENIA AND AFFECTIVE DISORDERS. (Arch. Gen.Psych, 37, 1980 : 979-983).
- 91.- Tsuang, M. et al; STABILITY OF PSYCHIATRIC DIAGNOSIS. (Arch. Gen. Psych. 1981; 38: 535-539).
- 92.- Tsuang, M. et al; CAUSES OF DEATH IN SCHIZOPHRENIA AND MANIC DEPRESSION (Brit. Jour. Psych., 1980, 136 : 239-242).