

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE.

**LA ASOCIACION ENTRE LA SISTEMATIZACION DE LOS
DELIRIOS, EL LENGUAJE Y EL PROCESO PSICOTICO.**

TESIS DE ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRIA.

ALUMNA:

NASHYIELA LOA ZAVALA.

Tutor Teórico:

DR. HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN.

Tutor Metodológico:

DRA. CRISTINA LOYZAGA MENDOZA.

Asesor:

DR. JOSE MARCOS ORTEGA.

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
CALLE DE LA SALUD S/N
PO BOX 7-030
CITY OF MEXICO, MEXICO

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

AUTORES: Nashyiela Loza
 Zavala
 05NOV 03
 FIRMAS: Nashyiela Loza

INDICE.

Introducción 1
 Antecedentes..... 2
 Tipos de Trastornos Psicóticos..... 2
 El paradigma de cómo se producen los delirios y su sistematización..... 4
 La psicosis como trastorno del pensamiento y su asociación con el
 lenguaje como parte sustancial del pensamiento..... 10
 El delirio como síntoma positivo de la esquizofrenia 16

 Justificación..... 18

 Objetivos 18
 Hipótesis 19
 Material y Método 19
 Tipo de estudio..... 19
 Criterios de inclusión..... 19
 Criterios de exclusión..... 20
 Grupo I 20
 Tamaño de la muestra 20
 Variables e instrumentos de medición 20
 Instrumentos 21
 Procedimientos 22
 Análisis Estadístico 23

 Resultados 23
 Discusión 30
 Conclusión 32
 Bibliografía 34
 Anexos 37

INTRODUCCION.

El problema de los delirios sigue siendo hasta la fecha uno de los temas de la psicopatología general que plantea muchas incógnitas. Existen un gran número de libros y artículos publicados sobre este tema, que abren muchas interrogantes sin contestar hasta ahora. Existen diferentes escuelas de psicopatología que se han dedicado al estudio de los delirios, siendo la alemana y la francesa las principales. El objetivo de este proyecto es evaluar el grado de sistematización de los delirios en los diferentes tipos de trastornos psicóticos descritos en la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y establecidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), y conocer su asociación con características psicopatológicas del proceso psicótico.

Como revisaremos más adelante, los aspectos que pueden estar asociados a la sistematización de los delirios son :

1. El trastorno psicótico ó entidad nosológica donde se presentan.
2. El contenido del delirio.
3. Elementos de la psicopatología que se consideran asociados a elementos cognoscitivos, tales como:
 - a) El predominio de síntomas positivos ó negativos.
 - b) La severidad del cuadro psicótico.
 - c) El número de brotes psicóticos.
 - d) Las alteraciones en el lenguaje
 - e) El tiempo de evolución del proceso psicótico.

Otro de los objetivos de esta investigación, será conocer si existe una relación entre cada una de las variables antes mencionadas.

ANTECEDENTES:

A lo largo de la historia de la psiquiatría, la locura ha ocupado un lugar central en el estudio de las enfermedades mentales, considerándose como una pérdida del principio de realidad. Actualmente a este grupo de pacientes se les engloba dentro de los trastornos psicóticos.

Cuando el sujeto se aparta de la realidad se observan una serie de ideas que dejan de ser compartidas y muchas veces comprendidas por la mayoría de los seres humanos.: Algunas de ellas se establecen y expresan de manera muy organizada, el sujeto es capaz de expresar el cómo, cuando y porque llega a determinadas conclusiones, las cuales pueden parecernos muy familiares, a tal grado que podemos llegar a pensar que posiblemente si pertenezcan a la realidad, y otras conservan ese orden pero son tan fantásticas que más bien nos recuerdan novelas de ciencia ficción; sin embargo algunas otras nos resultan poco claras, porque el propio sujeto parece desconocer muchos de los elementos que lo llevaron a esa idea, esta convencido de ella pero no sabe cómo, cuándo o porqué llegó a ella. Otras inclusive pueden parecer francamente incomprensibles por que el sujeto parece incapaz de respetar las reglas gramaticales de su propia lengua. En este sentido nos surge una pregunta: ¿De que depende la diferencia en la forma en que se expresan las ideas en los pacientes psicóticos?, es decir: ¿por qué algunas están tan bien sistematizadas y expresadas, y porque otras no?.

Tipos de trastornos psicóticos.

De acuerdo al DSM IV (2) los trastornos psicóticos se clasifican en los siguientes tipos:

- A) Esquizofrenia: Esta entidad nosológica incluye dentro de sus síntomas característicos la presencia de alteraciones cognoscitivas tales como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, así como síntomas negativos. Como se explicará más adelante, este trastorno se asocia, a diferencia del resto de las psicosis, a mayor deterioro cognoscitivo. Dentro de los indicadores de peor pronóstico se encuentra la presencia de síntomas negativos, un inicio temprano de la enfermedad y mayor número de brotes psicóticos. (22) (25) (29).

- B) Trastorno esquizofreniforme: Incluye la mayoría de criterios de la esquizofrenia pero su duración es más corta (menos de 6 meses). Tiene los mismos indicadores pronósticos que la esquizofrenia.
- C) Trastorno esquizoafectivo: Se asocia a síntomas afectivos que acompañan a los psicóticos; el paciente debe tener al menos dos semanas con síntomas psicóticos sin síntomas afectivos.
- D) Trastorno delirante: Su característica esencial es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos un mes con ausencia de los otros síntomas esenciales de la esquizofrenia. El trastorno suele ser crónico, especialmente el persecutorio. No se asocia a deterioro cognoscitivo. (14)
- E) Trastorno psicótico breve: Se caracteriza por la presencia de los síntomas esenciales de la esquizofrenia pero con una duración menor a un mes, con retorno completo a nivel premórbido de actividad.(14)
- F) Trastorno psicótico compartido: La idea delirante es parecida en su contenido a la de otras personas. Suele ser crónico.
- G) Trastorno psicótico debido a enfermedad médica: Existen alucinaciones e ideas delirantes causadas por una enfermedad médica documentada.
- H) Trastorno psicótico inducido por sustancias: Existen alucinaciones e ideas delirantes cuya aparición se presenta en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia de alguna sustancia.

Dentro de los trastornos del estado de ánimo existen dos tipos de diagnósticos que de acuerdo al DSM IV se pueden acompañar de síntomas psicóticos:

- A) Trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos: Tiene los criterios de un trastorno depresivo mayor que se acompaña de síntomas psicóticos congruentes o no con el estado de ánimo. La mayoría de estos episodios son agudos y sólo una tercera parte se hacen crónicos.
- B) Trastorno Bipolar I: Se caracteriza por la presencia de un episodio maníaco alternado por episodios depresivos mayores graves que pueden acompañarse de síntomas psicóticos. La mayoría presenta uno o más episodios maníacos o mixtos.

El paradigma de cómo se producen los delirios y su sistematización.

Los delirios tienen diferentes definiciones y se han clasificado desde varias perspectivas según las escuelas de psiquiatría de que se traten. A continuación describiremos los abordajes que estas escuelas hacen sobre el tema. Llama la atención que no todas definen el concepto de “sistematización” aunque hablan de él.

Escuela alemana:

Jaspers (23) plantea “el delirio como un trastorno del pensamiento y del juicio en que existe la convicción de certeza, a pesar de la experiencia y razones que se oponen a esa convicción la cual tiene la característica de ser imposible”.p.113. La vivencia de realidad se vuelve una vivencia delirante la cual describe como parte de un mundo extraño, donde predomina lo subjetivo, y que cuesta mucho trabajo comprender. Esto según Jaspers genera miedo e inquietud, y “cualquier explicación que surja, inclusive al azar, ejerce una función tranquilizadora y (...) estas nuevas significaciones que surgen ante las percepciones alteradas del mundo repletan el pensamiento”. P.113.

Una vez que se establecen los delirios, surge la “incorregibilidad” que es el proceso mediante el cual el psicótico afianza las ideas, y las asume como verdades irrefutables ahuyentando las dudas. Este proceso sólo se explica si se comprende que hay cambios en la personalidad del sujeto, quien transforma su conocimiento de la realidad de tal forma que si éste se derrumba, lo hace también la existencia misma.

La “elaboración delirante” es otro de los procesos descritos por Jaspers (23), éste surge como resultado de la necesidad del enfermo de dar coherencia o estructura a la contradicción que surge entre las vivencias primarias caracterizadas por elementos subjetivos difíciles de definir, y que adquieren un significado propio y extraño; y las percepciones reales y conocimientos de los enfermos, surgiendo un sistema delirante que puede inclusive resultar “enteramente comprensible en su coherencia, y a veces eminentemente agudo y tan solo se nos vuelve incomprensible en las fuentes de las vivencias primarias”.p.112. Estos sistemas delirantes son objetivos y añade que pueden ser estudiados metódicamente en la psicología de la creación. Si bien el autor no utiliza el término de sistematización, si nos habla de un “sistema delirante” p.122.

Por otro lado Garrabé (18) menciona que los “delirios crónicos sistematizados” son descritos inicialmente por Kraepelin; quien encuentra que estos delirios se caracterizan por presentar un desarrollo insidioso, de evolución continua y con conservación total de la claridad del pensamiento, la voluntad y la acción, en los aspectos no tocantes al delirio, por lo que éstos pacientes tenían una mejor funcionalidad.

En la escuela alemana encontramos a estudiosos de la psicopatología y en especial de los cuadros psicóticos, cuyas clasificaciones actualmente siguen siendo utilizadas.

Escuela francesa:

Garrabé (17) retoma la definición de Henry Ey sobre el concepto de delirio: “Palabra que en las lenguas latinas designa ya sea un estado o un conjunto caótico o sistematizado de ideas radicalmente falsas, pero que entrañan una convicción absoluta”. P.67.

De acuerdo a Garrabé (17), para la escuela francesa es indispensable diferenciar los delirios en cuanto a duración en agudos y crónicos. Los adjetivos agudo y crónico califican la organización de la temporalidad. En los agudos predomina la confusión porque hay una desorganización del espacio-tiempo similar a la que ocurre en los sueños. Los delirios crónicos tienen como característica indispensable una nueva construcción de la realidad, se requiere de un tiempo suficiente para que se pueda elaborar el andamiaje de esta construcción según las modalidades propias de cada tipo de delirio.

Henry Ey (14), clasifica los delirios en dos grandes grupos de acuerdo a las psicosis: agudos y crónicos.

Los primeros los divide en psicosis subagudas y transitorias.

En el caso de las psicosis subagudas, los delirios tienen una organización propia que los hace diferentes; tienen un inicio brusco, precedido por un estado de ansiedad y cambios afectivos y físicos, se desliga del mundo de la realidad y se concentra en el mundo interno del sujeto por encima de las percepciones del mundo externo; las experiencias delirantes primarias tienen tres características en estos delirios: 1. Incoercibilidad.- el sujeto adopta una actitud pasiva la cual le impide buscar alternativas para librarse del

contenido de sus delirios. 2. Lo puramente vivido.- se refiere a que la experiencia delirante se encuentra inmersa en la vida del sujeto y sus emociones, siendo por lo regular experiencias más vividas que habladas. 3. El carácter procesal.- el delirio se confunde con el proceso que le da origen, si éste es agudo hablamos de trastornos psicóticos tales como la manía, la depresión, estados toxicoinfecciosos y estados psicóticos breves.

Por otro lado las organizaciones delirantes transitorias tienen como característica que los delirios son el aspecto más relevante de la psicosis y que su duración es corta aunque puedan estar sistematizados. Es el tipo de delirio sensitivo de Kretschmer que surge como una psicosis reactiva en sujetos con características de personalidad inestables que enfrentan situaciones de la vida difíciles. Su sistematización radica principalmente en una comprensión de los argumentos por parte del interlocutor, además de acompañarse por lo general de una alta emotividad. Por lo general estos delirios son episódicos, pero si no son tratados pueden llegar a convertirse en delirios crónicos, abarcando aspectos del sistema de creencias y valores de la personalidad del paciente.

Ey (14) retoma el término de delirios crónicos y sistematizados de Kraepelin y plantea que pertenecen a un tipo de psicosis que es la paranoica, cuyas características son: la sistematización como lo más importante, desarrollo coherente en su asociación con los rasgos de personalidad, lucidez, ausencia de deterioro cognitivo o disgregación de la personalidad e imposibilidad de reducir a la lógica. En el caso de los delirios crónicos sistematizados la organización estructural negativa radica en el desequilibrio psíquico con formas arcaicas y primitivas de organización afectiva, así como en las experiencias delirantes primarias, durante las cuales se genera el delirio a partir de la alteración de funciones psíquicas que borran la realidad previa y dan lugar a la emergencia del contenido del inconsciente. Por otro lado la organización estructural positiva incluye la continuidad con las características de la personalidad, por lo general asociados a una rigidez de la personalidad, con rasgos preponderantes de desconfianza, orgullo, escrupulosidad; el tema dramático general en el cual el sujeto es el centro de una persecución de diferentes tipos; el desarrollo coherente de la construcción en la cual se articulan lógicamente las diversas partes que lo componen y le dan la característica de sistematización, que permiten al sujeto intentar demostrar la veracidad de su relato a partir de deducciones lógicas, lo cual puede llevar a delirios compartidos por más de un

sujeto, principalmente si los otros sujetos que lo comparten son familiares. Estos delirios se desarrollan más por la parte afectiva que por una alteración de la capacidad lógica, la cual en general parece tener un buen curso. Es la interpretación patológica a partir de significaciones del propio sujeto hacia el mundo externo lo que da lugar a las psicosis paranoicas. Finalmente menciona la estructura afectiva del delirio como parte de esta organización estructural "positiva", ya que en gran medida el contenido del delirio va acompañado del deseo.

Finalmente de acuerdo a Henry Ey (14) los delirios parafrénicos descritos por Kraepelin constituyen del 20 al 30 % de todos los delirios crónicos. Estos delirios se diferencian de los esquizofrénicos en que no se produce un deterioro cognitivo, y de los paranoicos en que no necesariamente están sistematizados, pero junto con ellos forma parte de los delirios crónicos. Son delirios caracterizados por alteraciones en la lógica, gran actividad imaginativa, no hay pérdida total de una realidad objetiva, la personalidad no se disgrega, se conserva la capacidad intelectual. El proceso de formación del delirio pasa por etapas que van de la incubación a la cristalización del delirio e intervienen elementos de la subjetividad del paciente y de su personalidad. Dos autores que en el siglo pasado hacen hincapié en la asociación entre sistematización del delirio y personalidad son Magnan y Sérieux quienes desarrollan la noción de delirio crónico y evolución sistemática, partiendo de 4 etapas: incubación, cristalización de delirios de persecución, de grandeza y demencia. Sin hacer distinciones entre estos estados mórbidos y los procesos normales de las creencias. Proponiendo que la interpretación de los eventos se considera mórbida, por la base afectiva que existe en el paciente, la cual no depende solo del delirio sino también del carácter anterior del sujeto. El delirio se vincula con el estado anterior de la personalidad, mediante un periodo de incubación meditativa, y por mucho que parezca desencadenarse súbitamente, revela una larga preparación en las tendencias antiguas del carácter. Estos autores establecen aquí una diferencia con las psicosis llamadas demenciales, en las cuales consideran existe una ruptura con la personalidad del sujeto, a diferencia de estos delirios crónicos y sistematizados que muestran mas bien una hipertrofia de las tendencias caracterológicas anteriores y una falta de autocrítica. Sin embargo actualmente estos delirios forman parte de la esquizofrenia, de depresiones psicóticas y de otros trastornos delirantes.

En este sentido Lacan (28) plantea que no existe un solo tipo de psicosis, sino diversas y él se interesa en los delirios crónicos y sistematizados. Considera que la paranoia es el elemento clave de la psicosis, y plantea la noción de “significante como la negación de un elemento no percibido en la realidad externa sino como un factor fundamental constitutivo de la realidad psíquica, que sería echado fuera de universo simbólico del sujeto.”p.313. La psicosis paranoica tiene un valor como fenómeno de la personalidad por su coherencia con la historia vivida del sujeto, su carácter de manifestación a la vez consciente a través del delirio e inconsciente por una tendencia autopunitiva y su dependencia de las tensiones psíquicas propias de las relaciones sociales. Los contenidos sistematizados del delirio demuestran mediante un simbolismo de claridad evidente uno o varios de los conflictos vitales esenciales en la vida del sujeto sin que existan rasgos de personalidad unívocos, pero sí con frecuencia asociados a rasgos paranoides, a formas del carácter psicasténico de Janet o sensitivo de Kretshmer.

Garrabé (18) plantea que no podemos atribuir la locura a la psicogénesis, si bien es cierto que no debemos desconectar la personalidad de la psicosis porque perdería su característica humana, y considera al igual que Lacan que “la relación que existe entre el estado delirante agudo y la personalidad y el ser del paciente será lo que conduzca o no a la sistematización del delirio, y posteriormente a la cronificación del mismo.” P.55.

Esta escuela hace un abordaje integral del problema de la sistematización de los delirios, ya que toma en cuenta tanto las características de la entidad nosológica, como su interacción con el sujeto que la padece y el momento en que se da tal interacción, ofreciendo una amplia descripción fenomenológica del proceso y sus consecuencias.

Tomando en cuenta tanto a la escuela francesa, como a la alemana, podemos concluir que en la sistematización de los delirios intervienen de manera primordial su asociación con el tipo de psicosis de que se trate, ya que existen diferencias cognitivas entre éstas, y de pronóstico. Habrá determinadas psicosis como las que llegan a presentarse en el delirium donde la sistematización del delirio no puede tener lugar y se excluyen; por el contrario si se trata de una enfermedad como la esquizofrenia, la sistematización del delirio puede normalmente formar parte del cuadro clínico.

Definición de la APA:

Es Jaspers quien más influye en la definición de delirio que aparece en el DSMIV . El DSMIV (2) define el delirio o idea delirante de la siguiente manera: “Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no esta aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto (...). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor solo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un continuum y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo.” P.783.

Las psicosis agudas son el equivalente en el DSM-IV a “trastornos psicóticos breves”, que se inician súbitamente, tiene una complejidad de síntomas que incluyen delirios, alucinaciones, comportamiento desorganizado etc, cuya duración es breve y se recupera el sujeto completamente.

Sin embargo, este diagnóstico puede llegar a confundirse con otros que también menciona este sistema de clasificación, tales como el de trastorno esquizofreniforme, trastorno afectivo con síntomas psicóticos, delirium; mientras que desde el DSM-III, la esquizofrenia pasó a ser una enfermedad mental considerada como crónica.

Si bien los estadounidenses intentan dar una definición propia de delirio, no mencionan nada sobre la sistematización de los delirios.

Definición fenomenológica:

Dentro de los fenomenólogos, Capponni (8) resume el concepto de delirio sistematizado como “a partir de una idea delirante originaria, se va confirmando, explicando y expandiéndose, desde otras ideas delirantes vívidas por el paciente, un constructo de relativa coherencia.” P. 28.

Resumiendo encontramos que por lo regular la sistematización de los delirios se asocia a:

1. Un mínimo deterioro cognitivo asociado a un lenguaje comprensible.
2. La esquizofrenia, los trastornos delirantes y la parafrenia (que esta incluida actualmente en los trastornos del tipo de la esquizofrenia).
3. Un contenido de persecución.

4. Requiere por lo regular de un tiempo mayor para establecerse, aunque ninguno de los autores especifica dicha duración.

5. Existen rasgos de personalidad paranoides en sujetos que desarrollan delirios sistematizados paranoides.

Así pues tanto la escuela alemana como la francesa tocan aunque en diferentes tiempos la relación entre la sistematización de los delirios y variables como el contenido de los mismos, la entidad nosológica donde se desarrollan, la duración del proceso psicótico, las capacidades cognitivas y la personalidad.

La psicosis como trastorno del pensamiento y su asociación con el lenguaje como parte sustancial del pensamiento.

El lenguaje, asociado al pensamiento para construir la realidad, es un problema planteado por la filosofía. Para Shaff (36) el lenguaje constituye una parte esencial en el proceso del conocimiento de la realidad y del pensamiento mismo. La realidad se va incorporando, transformando y delimitando en el pensamiento, siguiendo códigos lingüísticos. Pérez Rincón (33), retoma la importancia del lenguaje y su asociación con la creación (vista ésta como un tipo de pensamiento), la cual para el autor es producto de una ruptura expresada a través de un lenguaje, tal como ocurre en el caso del delirio y el arte.

Además de la filosofía, la lingüística es otra disciplina que estudia el lenguaje y su asociación con el pensamiento. Como lo señala Marcos OJ (30), la lengua es concebida en niveles diferentes, en una especie de secuencia donde los elementos que van de lo más simple o primitivo, como los sonidos, llegan a formar niveles tan complejos; como los propios discursos. Para que esto ocurra se requiere de una coherencia que incluye reglas sintácticas que obedecen a una organización espacio- tiempo de la actividad cerebral.

Para Arieti (4), Piró (34), Van Dijk (37), Kandel (24), el discurso refleja un estado cognoscitivo, que incluye procesos tales como la memoria, el aprendizaje, la atención, la abstracción, la asociación, la síntesis, la lógica, la subjetividad. Estas funciones cognitivas están alteradas en la esquizofrenia y en otras psicosis, y han sido reportadas por Elveg B (13) y Harrison PJ (22). Godfrey D (19), en una revisión que realiza

sobre los posibles marcadores biológicos de la esquizofrenia, incluye las anormalidades lingüísticas.

Como menciona Kaplan (25), Bleuler es uno de los primeros autores que al definir los síntomas de la esquizofrenia resalta la importancia de las alteraciones en las asociaciones. Esta característica la consideraremos al evaluar el lenguaje psicótico. Kraepelin por su parte encuentra que existe un deterioro cognitivo en determinadas psicosis, y que ésto involucra aspectos de la comunicación. (6) (18).

Berrios (7) al revisar la historia de las enfermedades mentales, encuentra que Chaslin en 1912 se interesa en la relación que existe entre lenguaje y delirio, considerando que “la imprecisión de términos se debe a una imprecisión de ideas, los delirios se describen como desconectados o formando un sistema, es decir delirios incoherentes o sistematizados, los primeros son descritos en sujetos con baja inteligencia o gran deterioro mental como sucede en la demencia precoz. Los delirios persecutorios o paranoia son ejemplos de delirios sistematizados”.p.99.

Para Berrios (6), los delirios representan alteraciones en la pragmática lingüística, donde se pierde la comunicación entre receptor y oyente. Este último escucha al paciente psicótico con un sentimiento de extrañeza que se acompaña de una ruptura del diálogo, y establece una cascada que denomina “lenguaje vacío”.

Las transformaciones lingüísticas y su asociación con el contenido, el tiempo, la severidad, y el número de brotes psicóticos.

Piró (34) estudia las alteraciones semánticas que existen en el lenguaje esquizofrénico. Para este autor, “el lenguaje esquizofrénico arrastra consigo, en una superposición desconcertante y peculiar, el signo de una metamorfosis dishumana y la expresión de una quiebra trágicamente humana (...) allí donde lo absurdo y lo incomprensible, lo atroz y lo patético, la mutación pavorosa y la búsqueda de la paz, la transformación suprarreal de los símbolos se mezclan sin fundirse y se superponen sin unificarse, en una contradicción que no se resuelve , allí esta la esquizofrenia”.p. 333. Menciona que las fases de la esquizofrenia van produciendo a su vez cambios en el pensamiento y en el lenguaje. La relación entre signo y significado se va alterando, y se produce una

“disociación semántica”; la cual tiene niveles diferentes. En las primeras fases de la enfermedad, cuando se instala de manera gradual, o cuando existen formas estables y atenuadas, el lenguaje se muestra coherente con una expresión adecuada. Sin embargo, al analizar la relación entre signo y significado, encontramos generalizaciones en el uso de los signos, mediante la utilización de metáforas, metonimias y otras expresiones simbólicas.

La evolución del proceso esquizofrénico, y la presentación de formas más graves, conduce a la pérdida progresiva de la relación entre el signo y el significado, que incluso puede perderse toda organización sintáctica, lo que lleva a una incoherencia total, la cual denomina “disolución semántica”. La incomprendibilidad se puede dar en etapas avanzadas de la enfermedad, o bien en psicosis agudas graves con agitación psicomotriz.

Entre uno y otro extremo hay formas intermedias en que se produce una “distorsión” del significado, creándose nuevos signos para determinados significados, como en los neologismos; o bien cambiándose significados de un signo a otro como en los paralogismos. Esto puede suceder en delirios paranoides u otros, y cuando no existe compromiso de la personalidad ni disgregación psíquica.

Resumiendo, el grado de disociación semántica se refiere al nivel de disgregación que existe entre signo y símbolo, el cual se ha clasificado en 4 tipos:

- 1) *Fluctuación de la aureola semántica*: Se refiere a tendencia a la generalización, es decir a usar términos abstractos para objetos concretos, o bien lo contrario. El lenguaje se considera entonces ambiguo, metafórico.
- 2) *Distorsión semántica*: donde existe una relación inadecuada entre el signo y el significado, produciéndose neologismos, paralogismos, neolalias.
- 3) *Dispersión semántica*: en la que se pierde el significado de la frase o del discurso, existe un empobrecimiento del significado. Se denomina esquizofasia, incoherencia, ensalada de palabras.
- 4) *Disolución semántica*: Abolición del uso lingüístico del lenguaje, donde se pierde toda intencionalidad. Son ejemplos la ecolalia, la glosomania o los impulsos verbales.

Por otro lado, aunque no siempre existe una correlación entre gravedad de la “disociación semántica” y la severidad del cuadro clínico, se consideran ciertas asociaciones:

- a) fluctuaciones de la aureola semántica: se asocian con formas estables, “encapsuladas”, parafrénicas, con relativa conservación de la personalidad.
- b) distorsión semántica: en formas paranoides, con gran desarrollo de la actividad imaginativa, formas hipocondríacas.
- c) dispersión semántica: en formas simples con deterioro mental, o de iniciación aguda, esquizofrenia hebefrénica o catatónica sin mutismo, paranoides o simples en estado de agitación.
- d) Disolución semántica: deterioro mental o formas catatónicas o hebefrénicas de instalación aguda.

Como hemos visto, el esquizofrénico siempre tendrá dificultad en grados diferentes para relacionar adecuadamente los signos del lenguaje y su significado. Encontramos que en los niveles más atenuados de la disociación semántica, la alteración puede ser captada solo a nivel del significado; en niveles más avanzados puede ser captada también en el nivel sintáctico; y en las formas más graves la perturbación es tanto a nivel del significado, como a nivel sintáctico, y siempre vinculada con trastornos pragmáticos, éstos últimos involucran la falta de comprensión del oyente.

El estudio de las relaciones entre alteraciones lingüísticas y pensamiento ha sido sujeto de controversia. Para algunos autores como Arieti (4), la tendencia esquizofrénica es a operar en un nivel concreto con pérdida de la capacidad de abstracción, tornándose en un pensamiento rígido, como lo demuestra entre otros, el test de refranes. Por el contrario, para otros autores como Piró (34), en el pensamiento esquizofrénico predominan los términos abstractos.

El lenguaje permite un análisis del nivel de abstracción del pensamiento, y en un mismo paciente se puede encontrar una tendencia a generalizar o a particularizar, y esto se produce en saltos de manera inestable. Lo anterior también se asocia a una dificultad para llegar a metas, resultando en un discurso circunstancial, plagado de detalles; o bien tangencial.

Los pacientes con delirios sistematizados, en los que de acuerdo a su definición existe una construcción coherente de ideas, que no son aceptadas como reales; debe de haber un lenguaje poco alterado, en el que se respeten la mayoría de las reglas sintácticas. Podrían existir metáforas, metonimias u otras transformaciones sutiles que no afecten la secuencia de las ideas, ni su claridad.

Cuesta y Peralta (10) proponen un modelo de análisis para estudiar la relación entre pensamiento, lenguaje y comunicación a través de una escala. Valoran seis dimensiones: síntomas negativos, idiosincrasia, dimensión semántica, atención, referencia y desorganización; encontrando una asociación entre estos aspectos. Plantean que las dimensiones en los trastornos del pensamiento podrían ser marcadores potenciales para el estudio biológico, neuropsicológico y neurofisiológico de los trastornos esquizofrénicos. Encuentran que la desorganización del pensamiento esta asociada con un incremento de la desorganización semántica, este incremento se asocia con hallazgos típicos que se encuentran en el proceso de información de pacientes esquizofrénicos. Por el contrario, la pobreza en la producción psicomotora que incluye alogia esta asociada con una semántica normal. Resultados similares no han sido encontrados en otros estudios.

Fuentes (15) propone que en los procesos semánticos del pensamiento existe una asociación con mecanismos inhibitorios de la atención, tanto ejecutiva como de orientación, que involucran operaciones relacionadas con la selección de información relevante, y plantea que existe una disfunción del hemisferio izquierdo asociado con déficit en el control de la atención.

Robert y cols (35) , Gur J (20) y Celso Arango y cols (9), estudian la función de la semántica y la fluidez del lenguaje en pacientes esquizofrénicos, encontrando alteraciones en la fluidez del lenguaje y el número de categorías semánticas, lo cual sugieren defectos en la categorización semántica en la esquizofrenia y proponen que esto puede estar vinculado con áreas asociativas de la corteza heteromodal.

Gur y cols (20), encuentran que las alteraciones en las pruebas verbales se asocian a severidad de los delirios y de las alucinaciones, que a su vez están relacionadas con una disminución de la actividad del lóbulo temporal.

En cuanto a la evolución de la psicosis, Godfrey D (10) publica en un artículo de revisión que el 30% de los pacientes esquizofrénicos tienen una buena evolución, independientemente del número de episodios psicóticos presentes, sin deterioro cognitivo interepisódico. Otro 30 % tiene un deterioro moderado después de su primer episodio, y el otro 30% restante tiene un deterioro progresivo grave que no regresa a su estado basal. Encuentra que el 50% de los pacientes esquizofrénicos con una larga enfermedad evolucionan hacia un cuadro demencial.

Por su parte Lieberman (29), en un artículo de revisión, publica que en pacientes esquizofrénicos, la probabilidad de deterioro cognitivo está asociado tanto a la severidad del brote psicótico como de los síntomas negativos, así como a la duración y el número de episodios psicóticos principalmente al inicio de la enfermedad; tal y como lo observó Ey (14) con respecto a la importancia del momento en que se produce el brote psicótico.

Moller (32), encuentra en un estudio que realizó con 19 pacientes esquizofrénicos de primer episodio, que con un periodo psicótico no tratado mayor de 6 meses, no se produce ninguna desorganización lingüística, mientras que en 7 de 12 pacientes no tratados si se presentan estas alteraciones en un periodo menor de 6 meses, lo cual nuevamente nos habla de la importancia del tiempo en la aparición de los síntomas. Sin embargo en este estudio la desorganización lingüística refleja más que un deterioro cognitivo propio de la esquizofrenia, una alteración aguda severa de las funciones cognitivas verbales. Podríamos inferir que al inicio de la psicosis y en los momentos más crónicos de la enfermedad las alteraciones cognitivas pueden ser mayores.

Así pues, las transformaciones lingüísticas presentes en el lenguaje de pacientes esquizofrénicos, tiene que ver con las capacidades cognitivas del mismo, ubicadas dentro de un contexto que incluye al propio sujeto y sus características previas a la psicosis, la severidad de la misma y el tiempo de evolución.

Como se ha mencionado previamente, las alteraciones lingüísticas se presentan principalmente en pacientes esquizofrénicos, sin embargo en otro tipo de psicosis el lenguaje también puede verse afectado significativamente, tal y como ocurre en los trastornos bipolares con un episodio maniaco y síntomas psicóticos; sin embargo en este

caso las alteraciones que se describen son principalmente en cuanto a la velocidad del pensamiento, que puede llevar a un lenguaje verborreico, tangencial, donde el paciente salta de un tema a otro y puede resultar incomprensible si presenta fuga de ideas. En estos trastornos también existe una dificultad para alcanzar metas dada la alteración en la velocidad del pensamiento, pero no por alteraciones en la relación entre signo y significado. En estos pacientes no aparecen neologismos ni metáforas.

El delirio como síntoma positivo de la esquizofrenia.

Henry Ey (14) es uno de los primeros psiquiatras que se interesa en el modelo de Jackson para explicar los síntomas psicóticos. Este modelo incluye 4 principios fundamentales:

- 1.- El sistema nervioso central esta organizado jerárquicamente, y la conciencia es la parte más elevada de esta organización.
- 2.- Esta jerarquización es resultado de una evolución filogenética reproducida ontogenéticamente.
- 3.- A toda enfermedad le corresponde por un lado la disolución de una función (sintomatología negativa) y la liberación de otra que se encuentra inmediatamente por debajo de la disuelta (sintomatología positiva).
- 4.- En esta liberación juega un papel importante el factor tiempo dependiendo de la velocidad en que se dan ambos procesos.

Partiendo de este modelo, Ey (14) considera que los delirios pertenecen a los síntomas positivos.

Andreasen y Scott Olsen (1), basándose en la distinción original de Jackson, describen algunos criterios para dividir a la esquizofrenia de acuerdo a sus síntomas en tres grupos: positivos, negativos y mixtos. Los síntomas positivos están caracterizados por delirios prominentes, alucinaciones, alteraciones formales del pensamiento que se caracterizan por incoherencia, tangencialidad, asociaciones ilógicas, (este apartado será el que de lugar al término de “desorganización conceptual” que se evalúa en el PANSS) y por otro lado conducta bizarra y desorganizada; mientras que los negativos presentan

aplanamiento afectivo, alogia, abulia, anhedonia y alteraciones en la atención. Los mixtos presentan tanto síntomas positivos como negativos, sin que predomine alguno. Estos autores utilizan validaciones externas para demostrar que existen diferencias significativas entre los tres grupos en variables como el ajuste premórbido, los índices de disfunción cognitiva, las alteraciones anatomopatológicas, la respuesta a tratamiento con antipsicóticos y la evolución. Proponen que los datos que sugieren desorganización lingüística y cognitiva sean incluidos dentro de los síntomas negativos, (lo cual no ocurre así en la escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia), reconociendo una importante relación lingüística-cognitiva, ya que mencionan que en general los síntomas negativos se asocian a peor ajuste premórbido, y peor pronóstico; así como a mayor deterioro cognitivo, con alteraciones anatómicas que indican atrofia cortical. Llama la atención que los autores encuentran mayor consistencia para decir que los síntomas negativos constituyen una unidad (alfa de .849), y que no sucede lo mismo con los positivos, cuyo grupo parece representar más de una dimensión (alfa de .397). Finalmente encuentran que pacientes que inicialmente tienen predominio de síntomas negativos, al seguirse a lo largo del tiempo persisten dentro de este mismo grupo, mientras que en el caso de los que tienen predominio de síntomas positivos, en algunas ocasiones terminan perteneciendo al grupo de síntomas negativos. Esta división dará lugar a la Escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, la cual describiremos más adelante.

La formación de estos dos grupos de síntomas ha sido retomada por varios autores, quienes han comparado pacientes con predominio de síntomas positivos y pacientes con predominio de síntomas negativos, encontrando diferencias entre ambos grupos:

Kaplan (25) describe que hay una mayor alteración del flujo cerebral y del metabolismo del sistema temporolímbico y hemisferios izquierdos en el caso del predominio de síntomas positivos, mientras que los lóbulos frontales son los más afectados en el caso de los síntomas negativos.

Sin embargo Min-Sk (31) en un estudio comparativo de perfusión cerebral mediante SPECT encontró que en pacientes esquizofrénicos con predominio de síntomas negativos vírgenes a tratamiento con antipsicóticos había hipoperfusión en la región talámica izquierda, en comparación con pacientes con predominio de síntomas positivos.

Gur RC (20) en un artículo de revisión, encuentra descritas diferencias cognoscitivas entre los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Los síntomas negativos más severos se asociaron con reducciones globales en el funcionamiento cognitivo así como déficit selectivos en los test de flexibilidad y función ejecutiva. Por otro lado los pacientes con delirios no paranoides presentaron mayores alteraciones en el test de Wisconsin. También se encontró mayor deterioro cognoscitivo en aquellos pacientes con menor tiempo de tratamiento antipsicótico.

JUSTIFICACIÓN.

La división entre delirios sistematizados y no sistematizados obedece a diferencias psicopatológicas que tienen que ver principalmente con: el diagnóstico del trastorno psicótico, el estado cognitivo del paciente, el tiempo de evolución y el contenido del delirio.

Esta división entre delirios sistematizados y no sistematizados, es poco utilizada en la investigación actual de los procesos cognoscitivos verbales que se encuentran alterados en los pacientes psicóticos. Sin embargo consideramos que es un tema que puede seguir siendo estudiado porque ofrece la oportunidad de precisar mejor los fenotipos presentes en los diferentes trastornos psicóticos y podría tener implicaciones pronósticas.

OBJETIVOS:

Objetivos Generales:

El principal objetivo de este estudio es conocer la relación entre sistematización y características psicopatológicas del proceso psicótico, y la relación de las diferentes características psicopatológicas entre sí, en pacientes psicóticos.

Objetivos Específicos:

1. Evaluar la relación entre la sistematización de los delirios y las siguientes variables clínicas:
 - a) El tipo de trastorno psicótico de acuerdo al DSM IV.

- b) Características indicadoras de deterioro cognitivo, tales como:
 - El número de brotes psicóticos que ha sufrido el paciente.
 - La severidad de los síntomas positivos, negativos y generales del episodio psicótico actual.
 - La presencia de desorganización conceptual.
 - El tiempo de evolución del trastorno y del episodio psicótico actual
- c) El contenido del delirio.

2. Conocer la relación entre cada una de las variables clínicas antes descritas.

HIPOTESIS:

La sistematización del delirio al ser un fenómeno inseparable del proceso psicótico estará relacionado con sus características psicopatológicas, tales como el diagnóstico; siendo mayor su relación con la esquizofrenia, los trastornos esquizoafectivos y los trastornos delirantes; así como a un menor puntaje de las variables asociadas a deterioro cognitivo, con excepción del tiempo, el cual es mayor; y finalmente a un contenido paranoide del delirio.

Los tipos de diagnóstico tienen características psicopatológicas diferentes, en cuanto al deterioro cognitivo y en cuanto al contenido del delirio.

El contenido paranoide del delirio se asocia inversamente con las variables asociadas a deterioro cognitivo, excepto en el tiempo.

MATERIAL Y METODO:

Tipo de estudio:

Se realizará un estudio comparativo, transversal y prospectivo.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes con algún tipo de trastorno psicótico en el Eje I de acuerdo al DSM IV.
2. Mayores de 18 años de edad.
3. Que acepten participar en el proyecto.

4. Que al momento del estudio se encuentren con síntomas psicóticos, que incluyan delirios.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes agitados o mutistas.
2. Pacientes con tratamiento farmacológico.

Grupo I:

Pacientes con delirio que califique como sistematizado.

Grupo II:

Pacientes con delirios no sistematizados.

Tamaño de la muestra:

40 pacientes en total.

Variables e instrumentos de medición:

La presencia de un brote psicótico se estableció mediante una entrevista clínica psiquiátrica donde el diagnóstico se precisó de acuerdo a los criterios del DSM IV (2). Se formaron dos grupos de acuerdo al diagnóstico: El Grupo 1 incluyó trastornos psicóticos orgánicos y afectivos; el grupo 2 incluyó a la esquizofrenia, los trastornos esquizoafectivos, y los trastornos delirantes que de acuerdo a la literatura revisada son los que se asocian en mayor medida a la sistematización.

Para evaluar la sistematización del delirio se utilizó el ítem 1 del PANSS, que corresponde a *Delirios*; aunque es una variable dimensional, la convertimos en dicotómica y consideramos las puntuaciones de 6 y 7 como delirios sistematizados ya que la calificación de 6 corresponde a un grado severo definido por la presencia de un grupo estable de ideas delirantes que están estructuradas, son irreductibles a la lógica e interfieren claramente con el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta; la calificación de 7 corresponde a un nivel extremo definido por la presencia de un grupo estable de ideas delirantes, las cuales están altamente sistematizadas o son muy numerosas y dominan la mayoría de las facetas de la vida del paciente.

El tiempo de evolución del trastorno, se tomó desde el inicio del proceso psicótico del primer episodio psicótico y se midió en semanas, lo mismo que el tiempo del episodio psicótico actual.

El número de brotes psicóticos y el contenido del delirio se establecieron mediante una entrevista con los familiares y el propio paciente.

Aunque se registraron los diferentes tipos de delirios presentados por el paciente, se tomó en cuenta para el análisis el delirio principal, y dado que el tipo de delirio paranoide es el que ha sido asociado con mayor sistematización, dividimos a los tipos de delirios de los pacientes como paranoides y no paranoides.

La sintomatología psicótica del episodio actual se midió mediante la calificación total del PANSS.

Los síntomas positivos y negativos también fueron evaluados mediante el PANSS.

Las alteraciones del lenguaje fueron evaluadas mediante el ítem 2 del PANSS, que corresponde a *Desorganización Conceptual* que de acuerdo al manual de esta escala se define como un proceso de desorganización del pensamiento caracterizado por la alteración en la secuencia para alcanzar metas, la pérdida de asociaciones, asociaciones ilógicas y bloqueos del pensamiento. Esta variable se transformó en dicotómica, en la cual un puntaje mayor o igual a 4 se consideró como presente y se codificó como 1 y un puntaje menor a 4 se consideró ausente y se codificó como 0.

Cabe aclarar que un puntaje mayor o igual a 4 corresponde a un nivel que va de moderado a extremo. Se decidió volver dicotómica esta variable porque no nos interesó evaluar su severidad, sino únicamente su presencia.

Instrumentos:

Se utilizó un formato de datos clínicos y demográficos (ver Anexos) que incluían edad, sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico y ocupación. El estado civil se transformó en variable dicotómica de acuerdo a la presencia o ausencia de pareja, la ocupación también se consideró variable dicotómica, incluyendo a las amas de casa funcionales con ocupación. También se incluyeron datos de la evolución del padecimiento, tales como el tiempo de evolución desde el inicio de la enfermedad, el

tiempo de evolución del presente cuadro, y el número de recaídas de brotes psicóticos. Finalmente se registró el diagnóstico de acuerdo a los criterios del DSM IV

La escala del síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS), es un instrumento que consta de 30 reactivos, de los cuales 7 constituyen la escala que mide síntomas positivos, que incluyen delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia y hostilidad; y 7 de la escala negativa, que incluyen afecto adormecido, retirada emocional, empatía limitada, retirada social apática/pasiva, dificultad para pensar en abstracto, dificultad para conversación fluida y pensamiento estereotipado; así como 16 reactivos para la escala de psicopatología general que valora síntomas variados que incluyen preocupación somática, ansiedad, sentimiento de culpabilidad, tensión, manierismos y postura, depresión, retraso motor, poca cooperatividad, contenido inusual del pensamiento, desorientación, atención deficiente, falta de juicio y discernimiento, alteración de la voluntad, deficiente control de impulsos, preocupación y evitación social activa. De acuerdo a Apiquian y cols (3) se considera que una puntuación de 60 o más indica la presencia de psicopatología que requiere atención. Cada apartado es calificado en grados de severidad que van del 1 al 7, y califican de ausente a extremadamente severo. La versión al español fue realizada por los autores originales y cuenta con una reproducibilidad muy similar a la reportada en el estudio de estandarización de la versión original. Kay SR (27) incluye un manual de aplicación que contiene preguntas sugeridas y descripciones para explorar cada síntoma con sus definiciones y grados de severidad. Kay (26) encontró correlaciones interobservadores que van de 0.83 a 0.87 con alto grado de significancia ($p < 0.0001$). El tiempo empleado para la aplicación de esta escala es de aproximadamente 30 minutos. Bell (5) encontró una consistencia interna de las escalas positivas y negativas del PANSS con un alfa de Cronbach de 0.74 y 0.68 respectivamente.

Procedimiento:

Una vez identificado un sujeto en los servicios de preconsulta, urgencias o clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, mediante los criterios de inclusión señalados; se preguntó al paciente si aceptaba participar en la investigación, informándole ampliamente sobre el contenido de la misma, en caso de haber aceptado se solicitó un consentimiento por escrito y se procedió a aplicar un

cuestionario de datos sociodemográficos. Posteriormente se procedió a la entrevista del PANSS, el cual fue calificado inmediatamente después de haber concluido la entrevista por la investigadora, quien previamente fue capacitada en este tipo de evaluaciones.

En seguida se registró en el cuestionario elaborado por nosotros, el tipo de delirio principal de acuerdo al contenido.

La información de cada paciente se guardó en un sobre con un número de folio.

Análisis estadístico:

Se realizaron pruebas de estadística descriptiva: frecuencias, rangos, promedios y desviación estándar. Se realizaron pruebas de estadística inferencial : chi cuadrada y t de student.

RESULTADOS:

Se entrevistó a 40 pacientes.

Fueron 26 mujeres y 14 hombres. El 65 % del total de la muestra no tenía pareja.

El 70% tenía una ocupación en el momento de la entrevista.

El nivel socioeconómico del 87.5% de la población fue igual o menor a 3 y medio salarios mínimos actuales.

El resto de las variables se exponen en la tablas de a continuación:

TABLA 1. Variables sociodemográficas y clínicas de la muestra total. n = 40

	Mínimo	Máximo	Media	+/- D.E
Edad	18	60	37.18	10.87
Escolaridad	0	15	9.35	2.97
Tiempo de la enfermedad	4	960	329.65	299.36
Tiempo del brote	1	336	63.30	93.27
Severidad	55	120	87.60	14.52
Síntomas Positivos	9	35	23.32	5.18
Síntomas Negativos	9	35	20.13	5.60
Psicopatología Gral.	26	62	44.15	8.30
Total				

La escolaridad fue registrada en años de estudio tomando en cuenta a partir del primer año de primaria.

En la tabla anterior, llama la atención que la puntuación de síntomas positivos y negativos es muy similar, y que el promedio del tiempo de la enfermedad parece ser 5 veces mayor que el tiempo del brote presente.

La mediana del número de brotes psicóticos correspondió a 1 (n = 19). El promedio de brotes psicóticos en la población fue de 2.5 con una desviación estándar de 2.4.

En cuanto al diagnóstico de los trastornos psicóticos se encontró que el 60% de la población tuvo un diagnóstico tipo 2 que incluyó a los pacientes con esquizofrenia (n = 20), trastorno esquizoafectivo (n =1) y trastorno delirante (n =3). Mientras que el restante 40 % tuvo un diagnóstico tipo 1 que incluía los trastornos psicóticos orgánicos (n =5) ó afectivo (n = 11). No se encontraron pacientes con otros trastorno psicóticos.

Análisis Inferencial:

Se marcará con un asterisco las diferencias significativas.

TABLA 2. Sexo por diagnóstico y pareja.

Variable	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
Diagnóstico tipo 1	13	32.5	3	7.5
Diagnóstico tipo 2	13	32.5	11	27.5
Con Pareja.*	13	32.5	1	2.5

* $X^2 = 7.347$, gl = 1 , $p < 0.01$

Hubo diferencias significativas en la relación del sexo y la presencia de pareja, siendo las mujeres quienes tuvieron mayor presencia de pareja en comparación con los hombres.

También se encontraron diferencias aunque no significativas en la relación entre sexo y diagnóstico; observamos que existe una tendencia entre los pacientes del grupo 1 a pertenecer al sexo femenino.

TABLA 3. Sexo por tiempo de la enfermedad.

Variable	Mujeres		Hombres	
	Media	+/-D.E	Media	+/- D.E
Tiempo de la Enfermedad*	257.31	271.43	464.00	311.88

* $t = 2.181$, gl = 38, $p < 0.05$.

También se encontraron diferencias significativas en el tiempo total de duración de la enfermedad, siendo los hombres quienes tuvieron mayor tiempo.

TABLA 4. Ocupación y delirio principal.

	Paranoide		No Paranoide.	
	n	%	n	%
Ocupación				
Presente	22	55	6	15
Ausente	6	15	6	15

$$X^2 = 3.265, \text{ gl} = 1, p = 0.071$$

En la tabla anterior se observa una tendencia a que los pacientes con delirios paranoides tengan en su mayoría ocupación.

TABLA 5. Diagnóstico por sistematización.

Diagnóstico	Sistematizados		No sistematizados	
	n	%	n	%
Tipo 1	4	10	12	30
Tipo 2	14	35	10	25

$$X^2 = 4.31 \text{ gl} = 1 \text{ p} = 0.038.$$

En esta tabla se observa que existe una mayoría de pacientes con delirios no sistematizados (55%), y que hay diferencias significativas entre los dos grupos estudiados, observándose que los pacientes con delirios sistematizados presentaron más diagnósticos del tipo 2 (esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos y trastornos delirantes); mientras que los no sistematizados presentaron más diagnósticos del tipo 1 (psicosis orgánicas y afectivas).

TABLA 6. Relación entre el delirio tipo paranoide y la sistematización.

	Sistematización.		No sistematización	
	n	%	n	%
Delirio Paranoide	14	35	14	35
Delirio no paranoide	4	10	8	20

$$X^2 = .943, \text{ gl}=1, \text{ p}=0.332$$

En la tabla anterior se observa que los delirios paranoides fueron los más frecuentes, con un porcentaje total del 70%. Se encontró que el porcentaje fue idéntico entre los el grupo de delirios sistematizados y no sistematizados, mientras que en los pacientes con delirios no sistematizados, el delirio no paranoide fue mayor. Esta diferencia no fue significativa.

TABLA 7. Desorganización conceptual y sistematización.

	Sistematización.		No sistematización	
	n	%	n	%
Desorganización Conceptual Presente.	2	5	6	15
Desorganización conceptual Ausente.	16	40	16	40

$$X^2 = 1.616, \text{ gl} = 1, \text{ p} = .204.$$

En la tabla anterior podemos observar que en el 80% de los pacientes no hubo desorganización conceptual, y que no hubo diferencias entre los pacientes con delirios sistematizados y no sistematizados. Sin embargo en los casos en que la desorganización conceptual estuvo presente, hubo más delirios no sistematizados. No hubo diferencias significativas.

TABLA 8. Otras variables y sistematización.

	Sistematización		No Sistematización		Estadística
	Media.	+/- D.E	Media.	+/- D.E.	
Tiempo de la Enfermedad	380.78	291.28	287.82	306.06	t= -.976 38 gl p=0.335
Tiempo del Brote.	95.61	119.31	36.86	54.82	t = -1.929 22. 828 gl p = 0.066
Nº de Brotes	3	2.89	2.23	1.95	t = -.968 28.79 gl p = .341
Severidad	88.56	14.83	85.82	14.57	t = -.372 38 gl p = .712
Síntomas Positivos	24.83	5.08	22.09	5.04	t= -1.706 38 gl p = .096
Síntomas Negativos	18.89	3.91	21.14	6.59	t = 1.337 34.95 gl p = .190
Psicopatología General.	44.83	9.00	43.59	7.85	t= -.460 34.064 gl p= 0.649

En la tabla anterior se puede observar que no hubo diferencias significativas entre estas variables y los grupos. Sin embargo en el caso del tiempo de evolución del brote psicótico actual, hubo una tendencia a que éste fuera mayor en el caso de los delirios sistematizados.

TABLA 9. Diagnóstico y desorganización conceptual.

Diagnóstico	Desorganización Conceptual Presente		Desorganización Conceptual Ausente.	
	n	%	n	%
Tipo 1	4	10	12	30
Tipo 2	4	10	20	50

$$X^2 = 0.417 \text{ gl} = 1 \text{ p} = 0.519$$

En la tabla anterior se observa que el número de pacientes con desorganización conceptual es idéntico en los dos tipos de diagnósticos. Sin embargo en los pacientes con diagnóstico tipo 2 (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno delirante) existe un porcentaje mayor de ausencia de desorganización conceptual que en los de tipo 1 (psicosis afectivas u orgánicas). La diferencia no es significativa.

TABLA 10. Relación del diagnóstico con variables clínicas.

	Diagnóstico tipo 1		Diagnóstico tipo 2		Estadística
	Media.	+/- D.E	Media.	+/- D.E.	
Tiempo de la Enfermedad*	124.25	161.04	466.58	293.48	t= 4.743 36.9gl p=0.0001
Nº de Brotes*	1.38	0.72	3.38	2.81	t=3.327 27.33gl p=0.03
Psicopatología General.*	47.75	8.75	41.75	7.21	t=2.367 38 gl p= 0.023.

En la tabla anterior podemos observar diferencias significativas en el caso del tiempo de evolución del trastorno, el número de brotes psicóticos y el índice de psicopatología general. En los pacientes con diagnóstico tipo 2 (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastornos delirantes) hay un tiempo mayor de evolución y un número más elevado de episodios psicóticos; mientras que el índice total de psicopatología general es mayor en los pacientes con diagnóstico tipo 1 (psicosis afectivas y orgánicas). No se encontraron diferencias significativas con otras variables.

TABLA 11. Delirio principal y desorganización conceptual.

Delirio principal.	Desorganización conceptual			
	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
Paranoide	3	7.5	25	62.5
No Paranoide	5	12.5	7	17.5

$$X^2 = 5.030 \quad gl=1 \quad p= 0.025$$

En la tabla anterior se observa que hay diferencias significativas entre los pacientes que tienen como principal delirio el paranoide y la presencia o ausencia de desorganización conceptual. Observándose que la mayoría de los pacientes con delirios paranoides no presentaron desorganización conceptual.

TABLA 12. PANSS y desorganización conceptual.

	Desorganización Conceptual Presente		Desorganización Conceptual Ausente		Estadística
	Media	+/- D.E	Media.	+/- D.E	
Síntomas Positivos	25.88	5.46	22.69	4.99	t = 1.586 gl = 38 p=0.121
Síntomas negativos*	25.13	5.49	18.88	4.96	t = 3.126 gl = 38 p= 0.003
Psicopatología General.	45.88	6.45	43.72	8.74	t= -0.652 gl= 38 p = 0.446
Severidad	95.63	8.23	85.59	15.14	t = 1.796 gl = 38 p=0.080

En la tabla anterior se observa que hubo diferencias significativas entre la presencia y ausencia de desorganización conceptual y los puntajes del PANSS, donde los pacientes que presentaron desorganización conceptual tuvieron mayor puntaje de síntomas negativos. Con el resto de las variables no hubo diferencias significativas.

DISCUSIÓN:

La mayoría de los pacientes evaluados tuvieron una escolaridad equivalente a secundaria. Llama la atención que la escolaridad no se haya asociado con la desorganización conceptual, ya que de acuerdo a algunos autores (20) (13) la escolaridad se relaciona con el nivel de deterioro cognitivo.

La mayoría de los pacientes tuvieron un nivel socioeconómico bajo, lo cual corresponde a lo reportado por De la Fuente (11) en poblaciones de pacientes esquizofrénicos.

El hecho de que la mayoría de la población valorada haya pertenecido al sexo femenino (65%) puede explicarse tal y como lo señalan algunos autores como Dio Bleischmar (12), porque en general acuden más mujeres a los servicios dedicados a la salud mental y lo hacen más tempranamente que los hombres. Zimmerman M (39), señala que las psicosis afectivas, particularmente las depresiones psicóticas, son más frecuentes en el sexo femenino. En esta investigación, las psicosis afectivas y orgánicas constituyen el 40 % de las psicosis estudiadas, y se encontró que se presenta más en mujeres que en hombres, aunque la diferencia no fue significativa.

Dentro de las diferencias de género, se encontró que a pesar de que no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la edad; las mujeres al momento de la evaluación tuvieron tiempos de evolución del trastorno significativamente más cortos que los hombres; esto puede explicarse a través de los estudios de trayectorias de atención que reportan que las mujeres llegan más tempranamente a buscar atención psiquiátrica que los hombres, y por eso sus tiempos de evolución son en cualquier momento más cortos. Este tiempo menor de evolución también puede ser explicado porque en general las mujeres comienzan el episodio psicótico después que los hombres (3), (19), (25), que de acuerdo a García Segura (20) se debe a un efecto neuroprotector de los estrógenos, al menos en el caso de la esquizofrenia.

Por otro lado, las mujeres tuvieron con mayor frecuencia pareja, con una diferencia significativa ($p < 0.01$). Esta diferencia podría estar asociada justamente a que las mujeres iniciaron después la enfermedad y por lo tanto tuvieron mejor funcionamiento premórbido, especialmente en el área social y de pareja.

Otra diferencia en las variables sociodemográficas fue que los pacientes con ocupación tenían como delirio principal el paranoide, la diferencia no fue significativa pero sí se puede hablar de una tendencia. Esta diferencia ya ha sido reportada en la literatura (6), (14), (34); y explicada por el hecho de que este tipo de delirios tienen menor alteración cognitiva y mayor funcionalidad.

En cuanto a la sistematización del delirio se corroboró la hipótesis de que existe una relación significativa con el diagnóstico ($p < 0.05$). Los pacientes del grupo 2 con un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos delirantes, tuvieron con mayor frecuencia delirios sistematizados. Este resultado demuestra que la formación de un delirio sistematizado esta asociada con el tipo de proceso psicótico en que esta inmerso y que podría implicar diferentes procesos cognitivos alterados.

Por otro lado hubo una tendencia a que los pacientes con sistematización del delirio tuvieran mayor tiempo de evolución del brote psicótico presente, demostrando la importancia del tiempo en la formación y complejidad del delirio. El lapso del tiempo particular no es especificado en ningún estudio realizado, nosotros encontramos un promedio de aproximadamente dos años de evolución, lo cual definitivamente es un episodio crónico.

No se pudo probar la hipótesis de la diferencia entre la presencia y ausencia de la sistematización del delirio y el resto de las variables estudiadas (número de brotes, tiempo del trastorno, severidad, síntomas positivos, síntomas negativos, desorganización conceptual, contenido del delirio).

Por otro lado, encontramos que la esquizofrenia, los trastornos esquizoafectivos y los trastornos delirantes se asocian a un mayor tiempo de evolución del trastorno y a mayor número de brotes psicóticos, lo que corrobora lo reportado en la literatura, donde estos episodios tienden a una mayor cronicidad y en el caso de la esquizofrenia a un mayor deterioro cognoscitivo, (3), (13), (19), (23), (24). En cambio, el hecho de que los trastornos psicóticos afectivos y orgánicos se asocian a mayor psicopatología general del PANSS, resulta comprensible porque este apartado incluye alteraciones principalmente de tipo ansioso y afectivo.

Llama la atención que la desorganización conceptual no se haya asociado a ningún tipo de diagnóstico, lo cual podría sugerir que este ítem del PANSS es poco específico para medir las alteraciones lingüísticas propias de la esquizofrenia, ya que valora principalmente el curso del pensamiento, el cual posiblemente se encuentra alterado también en la mayoría de las psicosis, y aunque evalúa transformaciones lingüísticas características de la esquizofrenia, como la ensalada de palabras o la incoherencia, no evalúa otras alteraciones más sutiles como metonimias, metáforas, neologismos.

En cuanto al contenido del delirio principal se encontró que el 70% fueron paranoides. Este resultado concuerda con las investigaciones de Villaseñor (38), quien reporta que el delirio de persecución es el más común en todos los grupos culturales en el mundo, y con Gutiérrez Lobos (21) quien encuentra que es el más frecuente en los pacientes de primer ingreso en un hospital psiquiátrico de Viena. Por otro lado el hecho de que los delirios paranoides se hayan asociado con un discurso organizado es apoyado por la literatura revisada (1), (4), (14), (20), donde se menciona que este tipo de contenidos delirantes presentan menos alteraciones cognoscitivas.

La desorganización conceptual se encontró asociada a una puntuación mayor de síntomas negativos, lo cual apoya la hipótesis de Andreasen (1), con respecto a que esta alteración más bien debería formar parte de los síntomas negativos en la escala del PANSS, ya que puede estar relacionada con deterioro cognitivo.

CONCLUSIÓN.

Los delirios sistematizados constituyen un grupo definido desde un punto de vista fenomenológico. Su asociación con el diagnóstico obedece a que no es posible concebir el delirio sin el proceso psicótico que lo envuelve. En el caso de los delirios sistematizados este proceso requiere de características psicopatológicas propias de la esquizofrenia y de los trastornos delirantes, donde el tiempo cobra importancia. El paciente psicótico intentará explicarse lo inexplicable, y esto lleva tiempo porque constituye una metamorfosis de creencias y conocimientos, lo cual se acompaña de una ruptura con la realidad y por tanto con los otros seres humanos. La capacidad que tenga para comunicar lo que le sucede después de dicha ruptura, se reflejará en la secuencia y

la claridad de las ideas que exprese; y dependiendo de la forma en que lo haga se acercará o alejará de nuestra comprensión; de ahí la importancia del lenguaje como elemento central de comunicación para comprender la elaboración de los delirios.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) ANDREASEN NC, OLSEN S: Negative vs Positive schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 39: 789-794, 1982.
- (2) APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION), DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona. 1997.
- (3) APIQUIAN R, FRESAN A, NICOLINI H: Evaluación de la psicopatología. Escalas en español.. Ciencia y cultura Latinoamericana. México. 2000
- (4) ARIETI S: La Creatividad. La síntesis mágica. Fondo de Cultura Económica. México. 1995.
- (5) BELL M, MILSTEIN R, BEAM GOULET Y COLS: The positive and negative syndrome scale and the Brief Psychiatric Rating scale. Reliability, comparability, and predictive validity. J Nerv Ment Dis, 180: 723-728, 1992.
- (6) BERRIOS GE, FUENTENE BREO DE DIEGO F: Delirio. Historia, Clínica, Metateoría. Trotta. México. 1996.
- (7) BERRIOS GE: The History of mental symptoms. Descriptive Psychopathology since the nineteenth century . COUP. Cambridge. 1996.
- (8) CAPPONI RM: Psicopatología y semiología psiquiátrica. Universitaria. Santiago de Chile. 1987.
- (9) CELSO ARANGO MD, BARTKO JJ, GOLD JM, BUCHANAN RW: Prediction of neuropsychological performance by neurological signs in schizophrenia. Am Journal of Psychiatry, 156: 1349-1357. 1999.
- (10) CUESTA MJ, PERALTA V: Thought disorder in schizophrenia. Testings models through confirmatory factor analysis, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 249: 55-61.1999.
- (11) DE LA FUENTE R: Patología mental y su terapéutica. México. 1997.
- (12) DIO BLEISHMAR E. La depresión en la mujer. Ediciones Temas de hoy. Madrid. 1991.
- (13) ELVEVAG B, GOLDBERG TE: Cognitive impairment in schizophrenia is the core of the disorder. Crit Rev Neurobiol, 14: 1-21. 2000.
- (14) EY H: Estudios sobre los delirios. Triascastela. Madrid. 1998.
- (15) FUENTES LJ: Spatial and semantic inhibitory processing in schizophrenia. Neuropsychology, 2: 259-270. 1999.

- (16) GARCIA SEGURA LM, AZCOITIA I, DON CARLOS LL: Neuroprotection by estradiol. *Progress in Neurobiology*, 63: 29-60. 2001.
- (17) GARRABE J: *Diccionario Taxonómico de Psiquiatría*. Fondo de Cultura Económica. México. 1993.
- (18) GARRABE J: *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. Fondo de Cultura Económica. México. 1996.
- (19) GODFREY D, PEARLSON MD: Neurobiology of schizophrenia. *Annals of Neurology*, 48:556-566, 2000.
- (20) GUR RC, RAGLAND JD, GUR RE: Cognitive changes in schizophrenia: a critical look. *Int rev Psych*, 51: 449-457, 1997.
- (21) GUTIÉRREZ-LOBOS K, SHIMID SIEGEL B, BANKIER B, WALTER H: Delusions in first admitted patients: Gender, themes and diagnoses. *Psychopathology*, 34:1-7, 2001.
- (22) HARRISON PJ: The neuropathology of schizophrenia. *Brain*, 122: 593-624,1999.
- (23) JASPERS K: *Psicopatología General*. Fondo de Cultura Económica. México.1996.
- (24) KANDEL ER, SCWARTZ JH, JESSEL TM: *Principles of neural sciences*. Mc Graw Hill. Washington. 2000.
- (25) KAPLAN HI, SADOCK BJ, GREBB JA: *Sinopsis de Psiquiatría*. Panamericana. Buenos Aires. 1996.
- (26) KAY SR, FIZBEIN A, OPLER LA: The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13: 261-276, 1987.
- (27) KAY SR, OPLER LA, SPITZER RI, WILLIAMS JBW, FIZBEIN A, GORELICK A. SCID-PANSS: two-tiers Diagnostic system for psychotic disorders. *Compr Psychiatry*, 32: 355-361, 1991.
- (28) LACAN J: *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Siglo XXI. México. 1976.
- (29) LIEBERMAN JA: Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective. *Biol Psychiatry*, 46: 729-739, 1999.
- (30) MARCOS OJ: *Estudio neurolingüístico de procesos léxicos: Potenciales relacionados a eventos y mapeo eléctrico cerebral*. Tesis para obtener el grado de doctor en lingüística. Tutores: Dra. Josefina García Fajardo y Augusto Fernández Guardiola. Colegio de México.1998.

- (31) MINK SK: Positive and negative symptoms and regional cerebral perfusion in antipsychotic naïve schizophrenic patients. A high resolution SPECT study. *Psychiatric Research Neuroimaging*, 90: 158-168, 2000.
- (32) MOLLER P: First episode schizophrenia: Do grandiosity, disorganization, and acute initial development reduce duration of untreated psychosis? An exploratory naturalistic case study. *Comprehensive Psychiatry*, 41: 184-190, 2000.
- (33) PEREZ RINCON H: Delirio y creación. *Psicopatología*, 17: 105-107, 1997.
- (34) PIRO S: El lenguaje esquizofrénico. Fondo de Cultura Económica. México. 1987.
- (35) ROBERT PH, MIGNECO V, MARMOD D, CHAIX I, et al: Verbal fluency in schizophrenia: the role of semantic clustering in category instance generation. *Eur Psychiatry*, 12: 124-129, 1997.
- (36) SCHAFF A: Lenguaje y conocimiento. Grijalbo. México. 1975.
- (37) VAN DIJK TA: Estructuras y funciones del discurso. Siglo XXI. México. 1998.
- (38) VILLASEÑOR BAYARDO SJ: Influencia de la religión en la expresión psicótica. Conferencia dictada en el XVII Congreso internacional de historia de las religiones. México, 6 al 11 de agosto de 1995.
- (39) ZIMMERMAN M, MATTIA JL: Psychotic subtyping of major depressive disorder and posttraumatic stress disorder, 60: 311-314, 1999.

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOCRAFICOS Y CLINICOS.

FOLIO.

EXPEDIENTE :

NOMBRE :

EDAD _____ SEXO

F	M
---	---

ESTADO CIVIL _____

OCUPACION -----

ESCOLARIDAD _____ AÑOS

Analfabeta	
Primaria	
Secundaria	
Preparatoria	
Licenciatura	
Posgrado	

Número de salarios mínimos en su familia	
--	--

DIAGNOSTICO DE ACUERDO AL DSMIV
EJE I.

TIEMPO DE EVOLUCION DESDE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD.

TIEMPO DE EVOLUCION DEL PRESENTE CUADRO.

NUMERO DE RECAIDAS DE BROTES PSICOTICOS

CLASIFICACION DEL DELIRIO DE ACUERDO A SU CONTENIDO :

Referencia		
Persecución		Celotípicos
Grandeza		Erotomaniacos
Somáticos		De control del pensamiento
Religiosos		De inserción del pensamiento
Culpa		Robo del pensamiento
Nihilistas		Difusión del pensamiento.
		Inespecificado.

ESTRUCTURA Y SISTEMATIZACION DEL DELIRIO SEGUN LA ESCALA DEL PANSS PARA DELIRIOS.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

DESORGANIZACION CONCEPTUAL DEL PANSS.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

PUNTAJE TOTAL DEL PANSS ----- :

PUNTAJE DE SINTOMAS POSITIVOS DEL PANSS -----

PUNTAJE DE SINTOMAS NEGATIVOS DEL PANSS -----

PUNTAJE DE PSICOPATOLOGIA DEL PANSS -----

ESCALA DE SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO PARA LA ESQUIZOFRENIA (PANSS)

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EVALUADOR _____ FECHA _____

FASE _____

1= AUSENTE 2= MÍNIMO 3= LEVE 4= MODERADO 5= MODERADAMENTE SEVERO
6= SEVERO 7= EXTREMO

1) SUBESCALA POSITIVA

P1 Delirios	1	2	3	4	5	6	7
P2 Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
P3 Conducta alucinatoria	1	2	3	4	5	6	7
P4 Excitación	1	2	3	4	5	6	7
P5 Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
P6 Suspiciosa/persecución	1	2	3	4	5	6	7
P7 Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL__

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1 Afecto adormecido	1	2	3	4	5	6	7
N2 Retirada emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3 Empatía limitada	1	2	3	4	5	6	7
N4 Retirada social apática/pasiva	1	2	3	4	5	6	7
N5 Dificultad para pensar en abstracto	1	2	3	4	5	6	7
N6 Dificultad para la conversación fluida	1	2	3	4	5	6	7
N7 Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL__

3) SUBESCALA PSICOPATOLOGÍA GENERAL

G1 Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
G2 Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
G3 Sentimiento de culpabilidad	1	2	3	4	5	6	7
G4 Tensión	1	2	3	4	5	6	7
G5 Manerismo y actitud postural	1	2	3	4	5	6	7
G6 Depresión	1	2	3	4	5	6	7
G7 Retraso motor	1	2	3	4	5	6	7
G8 Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7
G9 Contenidos del pensamiento inusuales	1	2	3	4	5	6	7
G10 Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
G11 Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
G12 Falta de juicio y discernimiento	1	2	3	4	5	6	7
G13 Alteración de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7
G14 Deficiente control de impulsos	1	2	3	4	5	6	7
G15 Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
G16 Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL__