

11241

10
20

DETERMINACION DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS
EN UN GRUPO DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

XX

Tesis para la obtencion de la especialidad en Psiquiatría

Asesor Metodológico: ~~XX~~
Dr. Hector Ortega Soto

Asesor Técnico: Dr. Carlos Castañeda Gonzalez

Presenta: Dr. Constantino Flores Valdés

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ
SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

XX

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 PSICOLOGIA MEDICA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA
 PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
 DEPTO. DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
 U.N.A.M.
 1995

V. b. [Signature]

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Al enfermo mental a quien debo
Mi esfuerzo, interes y respeto.

Y a quienes debo lo que soy:
Mi familia.

I N D I C E

Introducción	-----	1
Antecedentes	-----	3
Implicaciones Etiologicas	-----	8
Fisiopatologia	-----	9
Criterios Diagnosticos	-----	11
Planteamiento del problema	-----	15
Justificación	-----	16
Objetivos	-----	17
Hipotesis	-----	17
Diseño de la Investigación	-----	18
Material y Metodos		
Muestra	-----	18
Criterios de Inclusión	-----	19
Criterios de Exclusión	-----	19
Metodología	-----	20
Resultados	-----	21
Discusión	-----	26
Conclusiones	-----	28
Bibliografía	-----	29

DETERMINACION DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS EN UN GRUPO DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS.

Introducción:

La esquizofrenia es un padecimiento crónico e incapacitante,-- que inicia en la adolescencia o en adultos jóvenes. Es caracterizada por alteraciones en la prueba de realidad, trastornos del pensamiento, afecto aplanado o inapropiado y una conducta bizarra o inadecuada. Lo anterior resulta en un marcado deterioro social y ocupacional, la evolución puede verse caracterizada por múltiples internamientos hospitalarios, y usualmente tiene un curso marcado por el deterioro.

Existe una importante controversia sobre sí debe conceptualizarse como un solo padecimiento o como un espectro de múltiples padecimientos.

Esta dicotomía entre positivo y negativo, nos trae a la memoria las discusiones de Bleuler sobre los síntomas de este padecimiento y esta relacionado de alguna forma con conceptos recientes y muy interesantes sobre la clasificación de la esquizofrenia en dos tipos de síndromes llamados tipo I y II,¹ esto de acuerdo a las características deficitarias y no deficitarias del padecimiento,² basándose para esto en los síntomas negativos y positivos.³ Esta visión dicotómica parece empieza a tener más fuerza y probablemente llegara a modificar los conceptos que sobre la esquizofrenia tenemos ahora, aunque ciertamente requiere evolucionar más y resolver algunas dudas teóricas que persisten.

Durante la última década, discusiones substanciales han sido dedicadas a subtipificar la esquizofrenia por medio de dimensiones clínicas como en el caso de los síntomas negativos y positivos y mediciones de laboratorio y gabinete como la demostración de crecimen-

ventricular en sistema nervioso central. En general los estudios que se han publicado en este sentido se han basado fundamentalmente en dos suposiciones básicas:

(1) El transtorno que se conoce como esquizofrenia es probablemente heterogenea en su patofisiología y su causa.

(2) Los variados y diferentes subtipos de esquizofrenia probablemente tienen diferentes correlatos neurobiológicos, reflejando tanto la influencia de múltiples mecanismos diferentes afectando una variedad de regiones cerebrales pero que conducen a un síndrome final común o un mecanismo individual afectando diferentes regiones cerebrales en diferentes etapas del padecimiento, o como la mayoría de la veces una combinación de ambos.

En base a las dos premisas mencionadas anteriormente se han ido estableciendo escalas específicas que hagan aparentes las diferencias clínicas que se observan en la esquizofrenia. La importancia de estas subtipificaciones tiene interés en la determinación de la etiopatogenia, así como las diferencias en la evolución, las respuestas psicofarmacológicas, por lo que se hace importante profundizar en estos estudios. A continuación mencionaremos el proceso evolutivo de estos conocimientos, en los que se basa el presente trabajo.

ANTECEDENTES:

Los síntomas fundamentales de la esquizofrenia han sido debatidos por lo menos desde que el término esquizofrenia fue establecido - por Bleuler. Apesar de la visión de Kraepelin que tendía a ser politética, Bleuler pensaba que debía ser definida monotéticamente. En el texto de Kraepelin "Demencia Precoz y Parafrenias", se describió un amplio rango de anormalidades en la percepción, volición, memoria, pensamiento, lenguaje, orientación, atención, afecto y psicomotricidad, así como varios tipos de delirios y alucinaciones. De cualquier forma Bleuler, en su texto, "Demencia Precoz o el grupo de las Esquizofrenias", describe síntomas patognomónicos que - deben estar presentes en todos los casos; al definir esto dio predominancia al característico trastornos en las asociaciones, haciendo su famosa distinción entre los síntomas fundamentales y los accesorios. En la visión de Bleuler sobre la esquizofrenia, los - síntomas centrales son las anormalidades en las asociaciones, en el afecto, ambivalencia, relaciones con la realidad (Autismo), atención, y sentido de identidad o funciones del yo. Los delirios alucinaciones, síntomas catatónicos, y trastornos de la orientación, atención, memoria, conciencia, motilidad se consideraban síntomas accesorios en la esquizofrenia o podían permanecer intactos.

Sin embargo en los últimos veinte años ha habido la necesidad de replantearse la confiabilidad del diagnóstico, tomando en cuenta lo que se había establecido hasta entonces. Fue cuando surgen los llamados síntomas primarios de Schneider, los cuales se utilizaron como criterios diagnósticos básicos, tanto que fundamentaron los criterios para el diagnóstico en la investigación, el examen del estado actual y el DSM-III, el tiempo ha demostrado sin embargo, que dichos síntomas son compartidos por otras patologías, como los trastornos aféctivos, lo que los hace poco confiables.

Renombrado como "Síntomas Negativos" y redefinidos para mejorar su confiabilidad, los síntomas establecidos por Bleuler están resurgiendo, ciertamente no son considerados como patognomónicos, se han enfatizado como características importantes para el síndrome esquizofrénico. Más aun investigaciones preliminares, sugieren que pueden ser utilizados como predictores en la evolución a largo plazo y respuesta al tratamiento, así como distinguir entre manía y esquizofrenia y en identificar pacientes con anomalías estructurales del cerebro.

La distinción original entre los síntomas positivos o negativos de la disfunción cerebral deriva de Hughlings-Jackson, según este autor los síntomas negativos involucran perdida de la función a través del daño alguna área del cerebro, mientras que los síntomas positivos revelan una liberación de la función a través del daño alguna área cortical superior que inhibe dicha función.

Se han propuesto otras subdivisiones según el curso longitudinal del padecimiento; en aguda o crónica, de pronóstico favorable o - desfavorable, pero ninguno de estos sistemas de clasificación comúnmente utilizados goza de amplia aceptación, debido a su bajo poder predictivo para estimar resultados ó inferir posibles causas de la enfermedad.

Berrios también atribuye a Clerembault la introducción del concepto de síntomas positivos y negativos en 1942, como un fenómeno independiente en psiquiatría. Desde Fish numerosos investigadores han estudiado activamente este enfoque para subdividir a la esquizofrenia, debido a un claro interés heurístico y teórico. En Inglaterra la terminología ha sido ampliamente utilizada. Crow es quien en 1980, postula el concepto de los "dos síndromes", estableciendo "dos dimensiones de un mismo padecimiento, en su patología.

De las dos dimensiones mencionadas por Crow, se describe un componente reversible y algunas veces progresivo y un componente relativamente irreversible asociado con un estado deficitario.

Durante la decada pasada se inicio la utilizacion de pruebas de gabinete como la tomografia axial computarizada (TAC), en padecimientos como la esquizofrenia, mediante estos metodos empezaron a reportarse anormalidades en las estructuras cerebrales de los pacientes que sufrían este padecimiento. Es gracias a estos avances que ha sido posible correlacionar que las alteraciones estructurales (agrandamiento de los ventriculos laterales del cerebro), en pacientes esquizofrenicos se asociaba a los síntomas negativos, deterioro de las funciones cognitivas, ligeros transtornos neurológicos y mala respuesta al tratamiento.

En conclusiones posible decir que existen un número de factores que justifican una división de la esquizofrenia en dos sindromes, en función de la aparición relativamente más frecuente de síntomas positivos y negativos. Se ha tratado de explicar estas diferencias en base a patogenesis distinta en el caso del tipo I, se dice se asocia a transtornos neurobioquimicos y especialmente dopaminérgicos y las alteraciones de tipo estructural se asocian al tipo II, inclusive para esta ultima, Crow sugirio como causa una infección viral de comportamiento lento en el sistema nervioso central.

Se han tratado de establecer las formas mas confiables de valorar los síntomas negativos y positivos para poder realizar investigaciones adecuadas de este aspecto, por lo cual han ido surgiendo escalas con este fin como son las descritas por Andreasen; en el año de 1982, se publico la escala para síntomas positivos y en 1984 la escala para los síntomas negativos conocidas con las iniciales SAPS y SANS respectivamente.

Es a través de la aplicación de estas escalas que se han realizado estudios para tratar de establecer los subtipos de esquizofrenias. Como resultado de estas investigaciones, Andreasen, modifica el planteamiento original de Crow, modificando la dicotomía Positivo-Negativo, agregando un subtipo más que llama esquizofrenia de tipo mixto.

Aun las mismas escalas creadas por Andreasen han ido modificándose para lograr una mayor confiabilidad, como se observa en los trabajos de Peralta o Liddle en 1992 y 1987 respectivamente. Se publicó en 1985 un artículo en que T.J.Crow, replanteaba su original tesis sobre el concepto de los dos síndromes, haciendo modificaciones a las características establecidas para cada uno de ellos.

En la primera tabla presentada, se muestra el planteamiento original así como, a continuación se muestran las modificaciones realizadas posteriormente (Tabla 2).

Las modificaciones establecidas por Crow, se basan especialmente en la noción sobre los cambios estructurales que se postula son la base del síndrome tipo II, y que se localizan en el lóbulo temporal. Lo anterior ha sido sustentado por estudios post-mortem. Además se agregó una diferencia más, la presencia o ausencia de movimientos involuntarios, los cuales se asocian con el síndrome tipo II, al punto inclusive de afirmar que la disquinesia tardía se debiera más que al uso de neurolépticos al proceso de deterioro.

TABLA 1. Características de los dos Síndromes según Crow (1980)

	Tipo I	Tipo II
Síntomas Características	Alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento. (Síntomas positivos)	Aplanamiento afectivo Pobreza de lenguaje Apatia. (Síntomas Negativos)
Tipo de Enfermedad	Esquizofrenia aguda	Esquizofrenia crónica
Respuesta NLP	Buena	Pobre
Deterioro Intelectual	Ausente	Presente ocasional
Evolución	Reversible	Irreversible (?)
Patología propuesta	Incremento en receptores de dopamina.	Perdida neuronal y Cambios estructurales en el cerebro.

TABLA 2. Concepto modificado de los dos síndromes Crow (1985)

	Tipo I	Tipo II
Síntomas Característicos	Delirios y alucinaciones. (Síntomas positivos)	Aplanamiento afectivo, Pobreza de Lenguaje (Síntomas Negativos)
Respuesta a NLP	Buena	Pobre
Evolución	Potencialmente reversible	Irreversible (?)
Deterioro Intelectual	Ausente	Ocasional
Movs. Anormales involuntarios	Ausente	Ocasional
Proceso patológico	Incremento de receptores a dopamina (D2)	Perdida Neuronal en Lobulo temporal.

Implicaciones Etiológicas

Desde que los síntomas negativos, o utilizando una terminología mas clara el síndrome tipo II, define a un grupo de pacientes con esquizofrenia que estan respondiendo mal más que a un padecimiento separado, se hacen confusas las implicaciones etiológicas. Quizas como Winokur y colegas han sugerido, los factores genéticos son relevantes para el desarrollo de los tipos no paranoides del padecimiento asi como para la esquizofrenia en general. En otras palabras, se ha pensado que los pacientes con genes en particular en suma con aquellos que predisponen a la esquizofrenia resultan en la presencia de sintomas negativos t deficit intelectual.

Crow, en 1984, argumentaba que existia una hipotesis que involucra la participación de un retrovirus, de acuerdo a esta visión, la forma tipo II de esquizofrenia puede ser vista como resulta de un proceso de deterioro, secundario a esta infección. esta hipotesis ofrece que un subgrupo de pacientes con esquizofrenia puedan tener una etiologia orgánica diferente y que sea este grupo quienes muestran engrandecimiento ventricular, deterioro intelectual y la pobre respuesta a la medicación neuroléptica. Se argumenta que este subgrupo tiene menos formas genéticas del padecimiento.

Estas hipotesis sin embargo se encuentran con varios problemas entre los que destacan:

- 1) La relativa alta prevalencia de severo deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia crónica.
- 2) La fuerte asociación entre los sintomas negativos y el deficit cognitivo.
- 3) El hecho de que la relación entre la historia familiar y el crecimiento ventricular depende criticamente sobre la linea arbitraria que esta dibujada entre lo normal y lo anormal en el tamaño ventricular.

Fisiopatología

La fisiopatología de los síntomas positivos es desconocida, pero la evidencia farmacológica sugiere que la anormalidad puede residir en parte, en el sistema dopaminérgico. La hipótesis de la dopamina postula que los síntomas de esquizofrenia se debe a un exceso en la transmisión dopaminérgica, esto sin embargo no ha sido comprobado de forma contundente ya que al paso del tiempo han surgido más neurotransmisores involucrados en la sintomatología.

Algunas evidencias sugieren que la anormalidad puede ser en una porción del receptor de la sinapsis, Crow y colaboradores utilizando el marcador 3-H-espiroperidol, en estudios post-mortem en cerebros de pacientes esquizofrénicos, detectaron un incremento en el número de receptores D2 en el núcleo accumbens, también encontraron incremento de polipéptidos intestinales vasoactivos (VIP) en la amígdala. Meltzer y colaboradores en 1983, encontraron relación entre una baja actividad plaquetaria de la monoamino-oxidasa (MAO) y una elevada actividad plaquetaria de la 5 hidroxitriptamina (5-HT) con síntomas positivos. Estos últimos hallazgos sugieren que otros transmisores además de la dopamina están involucradas en la producción de síntomas positivos. La MAO plaquetaria y la 5-HT implican a la serotonina, mientras los hallazgos de la VIP involucran a la acetilcolina. Se atribuyen estas alteraciones relacionadas principalmente en áreas subcorticales, particularmente temporal lóbica.

La fisiopatología de los síntomas negativos es poco conocida. No existe una hipótesis similar a la hipótesis de la dopamina para explicar los síntomas negativos. La explicación original propuesta por Crow en 1980, que atribuye a una lesión difusa estructural del cerebro con cambios similares a los que ocurren en la demencia, --

como responsable de causar los síntomas negativos, parece ser muy sencilla. No todos los pacientes con síntomas negativos tienen agrandamiento ventricular o atrofia cortical. No siempre los síntomas negativos son definitivamente irreversibles. Andreasen. 1986, argumenta que los síntomas negativos son mas frecuentes en enfermedades que lesionan al lobulo frontal. En pacientes que han sufrido lesiones en regiones prefrontales han presentado disminución espontánea del movimiento y del habla, pérdida de la creatividad, disminución de la atención y de la concentración, afecto embotado y profunda apatía, esto fue descrito por Foster en 1980.

Algunos investigadores han postulado también mecanismos neuroquímicos no bien establecidos todavía, como un decremento en la transmisión dopaminérgica que pudiera producir síntomas negativos. Las relaciones funcionales entre diferentes estructuras no dopaminérgicas podrían explicar la modulación de los síntomas en el sentido de uno síndrome, tal y como lo postula Lecrubier en 1980. También se han involucrado a otros sistemas de neurotransmisores para explicar los síntomas negativos. Levine y Meltzer en 1984, también han observado una asociación entre niveles altos de MAO plaquetaria y síntomas negativos en pacientes hombres; con posible implicación de la serotonina. Ferrer y Colaboradores, por su parte observaron decremento de la colecistoquinina (CCK) en el hipocampo y amígdala y somatostatina en el hipocampo de pacientes con síntomas negativos.

En estudios post-mortem del tejido cerebral de pacientes a los que se les determino en vida sobre síntomas negativos y positivos, se detecto que el número de receptores D2 esta significativamente correlacionados con síntomas positivos pero no negativos. y que la CCK y el contenido de somatostatina del hipocampo y el contenido de CCK en la amígdala se encuentra reducida en pacientes con síntomas negativos. El síndrome tipo II puede ser una consecuencia de cambios estructurales como se menciona.

Criterios Diagnósticos según Andreasen

Andreasen propone un método simple, lógico y coherente para clasificar a los pacientes esquizofrénicos en positivos, negativos o mixtos. Dado que este criterio es para subdividir a la esquizofrenia, todos los pacientes deben clasificarse inicialmente según el Manual DSM-IV y del ICD-10.

La Esquizofrenia positiva o Tipo I.- Uno de los siguientes síntomas sobresale en el cuadro de la enfermedad: a) Alucinaciones severas que dominan el cuadro clínico: auditivas, olfatorias y visuales. El juicio de la severidad debe ser basado en varios factores, tales como persistencia, frecuencia y efecto sobre el estilo de vida. b) Ideas delirantes severas, pueden ser de persecución, de celos, somáticas, religiosas, de grandeza o fantásticas. El juicio de la frecuencia estará en relación a la severidad. c) Transtorno marcado del pensamiento formal; manifiesto por severa incoherencia, desrealización, tangencialidad o pensamiento ilógico. d) Conducta abigarrada. 2.- Ninguno de los siguientes síntomas está presente en grado severo: Alogia; aplanamiento afectivo, apatía, anhedonia-asociabilidad y deterioro de la atención. (Tabla 3)

Esquizofrenia Negativa o Tipo II.- 1.- Al menos dos de los siguientes síntomas están presentes: a) Alogia; Pobreza marcada en el lenguaje, pobreza en el contenido del mismo. b) Aplanamiento afectivo. c) Anhedonia -asociabilidad; incapacidad para experimentar placer o intimidad, pocas relaciones sociales. e) Deterioro de la atención. 2.- Ninguno de los siguientes síntomas domina el cuadro clínico: alucinaciones, ideas delirantes, trastornos del pensamiento formal y conducta abigarrada. (Tabla 4).

TABLA 3. Síndrome Tipo I o Esquizofrenia positiva

Escala de síntomas positivos en esquizofrenia (SAPS)

- A) Severas alucinaciones
- B) Ideas delirantes
- C) Transtornos del pensamiento formal
- D) Conducta abigarrada

(Andreasen., 1982)

TABLA 4. Síndrome Tipo II o Esquizofrenia Negativa

Escala de síntomas negativos en Esquizofrenia (SANS)

- A) Alogia
- B) Aplanamiento afectivo
- C) Anhedonia- asociabilidad
- D) Apatia
- E) Deterioro de la atención

(Andreasen, 1982)

Esquizofrenia mixta.- Esta categoría incluye a pacientes que no presentan criterios para la esquizofrenia positiva o negativa, o existe criterio para los dos subtipos.

Bases para el diagnóstico.- El criterio citado con anterioridad se basa en el SANS ó escala para valoración del pensamiento, lenguaje y comunicación (TLC); para evaluar trastornos del pensamiento, para evaluar trastornos del pensamiento formal y una versión modificada de la escala de trastornos afectivos y esquizofrenia (SADS), para evaluar globalmente las alucinaciones, ideas delirantes y conducta bizarra. Estos síntomas se consideran presentes en grado marcado cuando suman un valor de 4 en una escala de 0 al 5. El SANS describe cinco grupos mayores de síntomas negativos, los cuales representan una pérdida o disminución de la función y 5 aspectos del funcionamiento psicológico. La alogía representa un deterioro en el lenguaje y cognición; el aplanamiento afectivo un deterioro en la respuesta emotiva; la apatía un deterioro en la volición y la anhedonia-asociabilidad un deterioro en la relación social y una disminución en la atención.

Los síntomas positivos por el contrario se refieren a un exceso o distorsión; las alucinaciones son percepciones anormales, las ideas delirantes son una mezcla de percepciones anormales y pensamiento inferencial anormal, la conducta abigarrada es una distorsión a la responsabilidad social y el habla desorganizada es una distorsión o exceso en el lenguaje o función cognitiva.

En un concepto teórico se pueden desarrollar modelos simples de como los síntomas se relacionan con anomalías de la función cerebral. Los síntomas negativos en particular corresponden generalmente a una disminución de las funciones del pensamiento que residen en los lóbulos frontales. Se ha sugerido con gran evidencia que -

los lóbulos frontales regulan tales capacidades del pensamiento y lenguaje, la respuesta afectiva, el juicio social, la volición y la atención. Neuroquímicamente esto puede representar alteraciones dopaminérgicas.

Los síntomas positivos sin embargo no tienen una localización anatómica tan precisa, pero se han realizado especulaciones sobre que son secundarias a fenómenos irritativos en la corteza auditiva o el núcleo subcortical, ya sea en el hipocampo o en la amígdala, los otros síntomas positivos se explican por fenómenos de hiperexcitabilidad, no habiendo una sola vía neurológica que los explique.

Con todo lo anterior se ha tratado de establecer el contexto del desarrollo de las hipótesis sobre los diferentes síndromes en la esquizofrenia con el fin de comprender más adecuadamente el presente estudio.

Planteamiento del problema:

De acuerdo a lo mencionado en los antecedentes, la diferenciación entre subtipos de esquizofrenia, plantea un cuestionamiento clave - que consiste en determinar si las causas que desencadenan dicho padecimiento son las mismas o nos encontramos ante una patología de diferentes etiologías con diferente evolución y pronóstico. En este caso, estaríamos ante una conceptualización muy diferente a la manejada hasta ahora en relación a la esquizofrenia, convirtiendo este término en la descripción de un síndrome más que de una enfermedad.

No es nueva la visión sobre las diferencias clínicas marcadas que se presentan en la esquizofrenia, sin embargo han sido los avances en el estudio de estas las que han demostrado que dicha diferenciación tiene substratos diferentes tanto neurobioquímicamente como estructuralmente a nivel cerebral. Uno de los primeros aspectos que se han tratado de establecer es la diferenciación en base a la presentación sintomática, uno de dichos intentos son las escalas que ideó Andreasen para diferenciar la predominancia de síntomas positivos y negativos.

Por todo esto se establece la conflictiva de demostrar la forma de presentación de los síntomas positivos y negativos en nuestra población de pacientes esquizofrénicos, el validar en diferentes poblaciones los hallazgos encontrados en otros países permitiera generalizar la visión de los subtipos además que esto puede ser el inicio de otros estudios que permitan no solo subclasificar sino tratar de establecer diferencias más profundas relacionadas con las causas, o la evolución del padecimiento.

Justificación:

La justificación del presente trabajo se fundamenta principalmente en los avances que se han logrado en el estudio de la esquizofrenia y que han llevado a establecer visiones diferentes y perspectivas distintas en cuanto a este padecimiento.

La importancia que se ha ido estableciendo entre las relaciones de las diferentes presentaciones clínicas de la esquizofrenia así como de las diferencias bioquímicas, neurológicas, así como de respuesta farmacológica y etiopatogenia, plantean la posibilidad de poder establecer con más claridad una posible evolución así como pronóstico de los pacientes esquizofrénicos, siendo esto un beneficio que per se podría justificar cualquier trabajo que sobre este tópico se hiciera.

Es importante sin embargo aclarar que este estudio no es muy pretensioso ya que por el momento solo intenta realizar un sondeo en un grupo de paciente con esquizofrenia para corroborar los resultados encontrados en otros estudios. Creo sin embargo que de contarse con material suficiente así como medios adecuados este estudio podría ser engrandecido por la utilización de estudios de gabinete así como el seguimiento de los casos para observar la evolución de los subgrupos establecidos en el actual.

OBJETIVOS:

- a) Determinar en una población de pacientes esquizofrénicos de nuestro país la presentación de los síndromes de esquizofrenia Tipo I y Tipo II, utilizando para esto las escalas de síntomas positivos y negativos (SAPS y SANS).

- b) Valorar las características demográficas de estos subtipos, así como el pronóstico y la evolución.

- c) Validar de forma comparativa los hallazgos realizados en nuestro país con los estudios realizados en otras regiones.

Hipotesis:

H0: Los pacientes esquizofrénicos en nuestro país presentan las mismas características de presentación demográfica y clínica encontradas en otros países de acuerdo a la clasificación basada en los síntomas positivos y negativos.

H1: Los pacientes esquizofrénicos NO presentan las mismas características de presentación demográficas y clínicas en nuestro país que las encontradas en otros, de acuerdo a la clasificación por los síntomas negativos y positivos.

Diseño de la Investigación:

De acuerdo a los objetivos de este protocolo, podemos establecer que es un estudio de tipo prospectivo, ya que la información fue obtenida por medio de entrevistas y aplicación de cuestionarios obteniéndose información no existente hasta el momento. Se midieron las variables en una sola ocasión por lo que el estudio se considera transversal. El estudio es también de tipo descriptivo. Y por último de acuerdo a la interferencia del investigador el estudio se considera de tipo observacional.

Material y Metodos:

a) Muestra.

La población estudiada fue obtenida de los pacientes que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, se estableció como periodo de tiempo para la captura de pacientes un mes, admitiendo a los pacientes de acuerdo a los criterios establecidos con anterioridad y mencionados más adelante. Por cuestiones de tiempo no se pudo terminar los 30 días establecidos por lo que solo se logró conjuntar una población de pacientes esquizofrénicos de 87 casos. Los resultados y características demográficas se documentarán más adelante.

Criterios de Inclusión:

- 1.- Se incluyeron pacientes esquizofrénicos que se encontraban bajo atención médica en el Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez en el departamento de consulta externa. Y que ademas aceptaron participar en este estudio.
- 2.- El paciente debia de satisfacer los criterios establecidos por el DSM-IV, para el disgnostico de esquizofrenia sin importar el sub-tipo en algún momento de su padecimiento y al momento de la valoración presentar sintomas que sean de tipo residual de los establecidos por los criterios A y B.
- 3.- Se requeria que los pacientes tuvieran un tiempo desde el inicio del padecimiento hasta el momento de la valoración de mas de 4 años y menos de 15 años.
- 4.- Se indico que los paciente tuvieran una edad menor de 55 años, para de esta manera minimizar los efectos del envejecimiento.
- 5.- No se tomaran en cuenta otros factores demograficos como criterios de inclusión.

Criterios de Exclusión:

Se excluiran los pacientes que no cumplan con los criterios antes mencionados. Ademas se excluyeron los pacientes cuyo estado clínico no permitiera realizar la valoración adecuadamente y que los resultados fueran poco claros. Como en casos de importante agitacion, o con complicaciones agregadas al padecimiento estudiado u otros padecimientos coexistentes. Paciente con medicación extraña que no se circunscriba al uso de antipsicoticos o correctores.

Metodología:

Habiendose realizado el sondeo para encontrar a los pacientes en el departamento de consulta externa, con cada uno de ellos fue sometido a la aplicación de escalas para la detección de síntomas negativos y positivos (SAPS Y SANS), así como un interrogatorio para obtener la información general sobre el paciente.

Es solo uno el médico que se encargó de la realización de estas valoraciones, Fue necesaria también la revisión del expediente del paciente para analizar su evolución así como determinar su inclusión al presente estudio.

En caso de que una vez valorado al paciente se revisara el expediente encontrándose datos confusos o pocos claros se eliminaban. Un aspecto importante era además un paciente que tuviera la posibilidad de que estableciera una evolución sostenida.

Una vez obtenida la información se sometiera a un análisis estadístico. Se utilizaron como estadísticas de resumen: porcentajes, promedios y desviación estandar . Para comparar porciones se utilizaron la X² básicamente.

RESULTADOS:

La muestra obtenida durante la búsqueda de paciente fue de 87 pacientes esquizofrénicos de acuerdo a los criterios establecidos por el DSM-IV, todos ellos además pacientes del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. La edad promedio de los pacientes fue de 28.75 ± 10.44 años. El nivel educacional de los pacientes era de un promedio en número de años de 10.66 ± 2.41 . La muestra fue heterogénea en cuanto a su tiempo de evolución. La edad promedio al inicio del cuadro en los pacientes fue de 21.71 ± 3.91 . Todos los pacientes valorados habían recibido medicación previa, destacando 96.16 % con Neurolepticos, 45.56 % habían recibido tranquilizantes, 21.15 % habían recibido terapia electroconvulsiva, y un porcentaje de 44.50 % habían recibido medicación anticomunal.

De los 87 casos 50 pertenecen al sexo masculino con un porcentaje del 57.47 % de la muestra y el 42.53 % eran mujeres. Como se menciona la variable de la escolaridad permaneció en un promedio de 12.3 años en los hombres y de 7.9 años en las mujeres con un promedio global de 10.66 años. Solo destacó el hallazgo del grupo mixto en donde los hombres presentaban un nivel de escolaridad más alto en promedio pero sin resultar significativo.

Aproximadamente la mitad del total de casos (49.43 %) correspondieron al tipo paranoide, seguido por el tipo desorganizado (26.44 %) el indiferenciado con un 18.39 %, y por último el catatónico con 4.60 % y el residual con 1.14 %.

En relación al tipo de síntomas de la esquizofrenia el 57.47 % de los pacientes pertenecieron al tipo positivo, al negativo correspondieron el 18.39 % y el 24.14 % eran del grupo mixto. Se observó en estos grupos predominio del sexo masculino excepto en el grupo negativo, donde existía igualdad de sexos.

Tabla 1. Distribución por sexo y escolaridad y grupo Esquizofrénico.

Grupo	Masc.	Años Esc	Fem.	Años Esc.
Positivo	28	10.6	22	7.1
Negativo	8	10.4	8	9.3
Mixto	14	15.7	7	7.1
Total	50	12.2	37	7.9
Porcentaje	(57.47 %)		(42.53 %)	

Tabla 2. Distribución por tipo de transtorno

Tipo	Num.Pac.	Porcentaje
Paranoide	43	49.43 %
Desorganizado	23	26.44 %
Indiferenciado	16	18.39 %
Catatónico	4	4.60 %
Residual	1	1.14 %
Totales	87	100 %

La mayoría de los pacientes con síntomas positivos pertenecen al tipo paranoide con un porcentaje del 60 %, con un valor de X² muy significativo en relación al grupo negativo. En el grupo negativo predominaron los subtipos desorganizado o indiferenciado. Lo anterior se explica mas claramente en la tabla 4.

El síntoma mas constante en el grupo de pacientes con esquizofrenia positiva fueron las ideas delirantes que se presentaron en el 86 % de los pacientes. Este sintoma fue seguido por los transtornos del pensamiento formal asi como la conducta abigarrada con un porcentaje del 82 %, las alucinaciones de cualquier tipo tuvieron en conjunto el porcentaje mas bajo con solo el 66 %. Las diferencias dentro de este grupo en cuanto al aspecto de generos solo destaca en los delirios en donde en el sexo femenino solo se presentan en el 36 %.

En el 100 % de los pacientes del grupo negativo, la anhedonia y la asociabilidad fueron los sintomas predominantes, aunque en general las diferencias fueron menos significativas, la aptia y la alo-gia se presentaron en casi el 100% de los pacientes de esta muestra seguidos por el afecto aplanado y el deterioro de la atención con 81.25 % y por ultimo con 75 % fue la anhedonia.

En el grupo mixto no existieron diferencias significativas.

Tabla 3. Distribución por síndromes o subtipos.

Tipo	Num. de pac.	Porcentaje
Positivo	50	57.47 %
Negativo	16	18.39 %
Mixto	21	24.14 %
Total	87	100 %

Tabla 4. Relación entre síntomas y tipo de esquizofrenia

Tipo	Positivo		Negativo		X2	P
	Num.	%	Num.	%		
Paranoide	30	60 %	3	18.75 %	12	.001
Desorganizado	13	26 %	5	31.25 %	0	.90
Indiferenciado	6	12 %	5	31.25 %	3.9	.05
Catatónico	1	2 %	2	12.50 %	19	.001
Residual	0	-	1	6.25 %	4.2	.05
Total	50	100 %	16	100 %		

Tabla 5. Distribución de reingresos por grupos.

Reingresos	Positivo	%	Negativo	%	Mixto	%
Si	21	42 %	8	50 %	8	38.10
No	29	58 %	8	50 %	13	61.9 %

$$X^2 = 0.57$$

$$p = 0.50$$

Tabla 6. Distribución de síntomas positivos en el subgrupo correspondiente.

Síntoma	Hombres	%	Mujeres	%	Totales	
					Num	%
Alucinaciones	19	38%	14	28 %	33	66%
Idea delirante	25	50%	18	36 %	43	86 %
Trans. Pensamiento	21	42%	20	40 %	41	82 %
Conducta	22	44%	19	19 %	41	82 %

Tabla 7. Distribución de síntomas negativos en el subgrupo correspondiente.

Síntoma	Hombres	%	Mujeres	%	Totales	
					Num.	%
Alogia	7	43.7%	7	43.75%	14	87.50 %
Afecto aplanado	8	50.0%	5	31.25%	13	81.25%
Anhedonia	6	37.5%	6	37.5 %	12	75.0 %
Apatia	8	50.0%	8	50.0%	16	100 %
Deterioro de atención	7	43.7%	5	31.25%	13	81.25 %

DISCUSION:

Una vez realizado y explicados los resultados del presente estudio lo que nos llama la atención principalmente es que la distribución de los grupos obtenidos de acuerdo a la tipificación establecida por Andreasen, no se comportan en nuestra población de la misma manera en nuestro caso es el subtipo I el mas frecuente por arriba del mixto que ha sido el que se ha reportado como mas frecuente. Este es seguido en nuestro estudio por el mixto y por ultimo el negativo es el menos frecuente.

En cuanto a las características demograficas y clinicas de los subtipos estos si coinciden. Es sin embargo importante mencionar que los alcances del presente estudio son muy limitados especialmente por que termino por ser solamente un trabajo netamente descriptivo y que hubiese sido necesario incluir variables diferentes como podrian ser valoraciones de funciones cognitivas, estudios como EEG o mapeo cerebral, y de contrarse con los medios el uso de TAC seria muy util.

Las escalas utilizadas han sido modificadas recientemente por lo que en los ultimos resultados mencionados se han establecido nuevos items asi como nuevos criterios para la clasificación de los subtipos del padecimiento. Esto es un factor que tambien influyo en que los resultados no se hayan podido reproducir adecuadamente.

Es importante mencionar que existe en los investigadores de esta area mucha variabilidad de opiniones y no muchos apoyan lo establecido por Andreasen, especialmente en cuento a la creación del subtipo mixto, asi como a las escalas SANS Y SAPS. Pero apesar de que esto no ha creado un consenso teorico compatible se sabe que la ruta es adecuada y que la información que pueda irse obteniendose por medio de estudios como este.

Llama la atención especialmente que en el Manual Diagnostico y Estadistico de las enfermedades mentales en su cuarta edición, ya incluye dentro de los criterios diagnosticos los sintomas negativos como un síntoma característica dentro del criterio A.

Sin embargo apesar de esto en el texto de este mismo manual se comenta: Apesar de la ubicuidad de los sintomas negativos en la esquizofrenia estos son muy dificiles de evaluar debido a que pueden ocurrir como un continuo de la normalidad, son no especificos y pueden deberse a una gran variedad de otros factores. El aislamiento social y la pobreza del lenguaje pueden ser evaluados inadecudamente ya que incluso podrian ser secundarios a un síntoma positivo (ideas delirantes). Los efectos piramidales provocados por los neurolepticos pueden llevar al aplanamiento afectivo o la abulia, por lo que la diferenciacion de los verdaderos síntomas negativos de los efectos colaterales de los medicamentos depende de una valoración clínica experimentada tomando en cuenta la severidad del síntoma. Es tambien la pobre estimulación ambiental y la desmoralización pueden ser causa de abulia y apatia. En el establecimiento de la presencia de sintomas negativos quizá la mejor prueba es la persistencia de los mismos por un periodo considerable de tiempo apesar de los esfuerzos dirigidos a resolverlos o a sus causas probables.

CONCLUSIONES:

No fue posible validar de forma real los resultados en otros países sin embargo este estudio permite darse cuenta de la distribución que en nuestro país presentan los grupos sindrómicos, así como corroborar que aunque no en los mismos porcentajes, sí con las mismas características. Creo que es importante continuar con estudios orientados hacia la demostración de estos subtipos de esquizofrenia ya que plantea expectativas útiles para el mejor conocimiento de los pacientes afectados así como permitirían predecir la evolución.

Es importante en caso de realizar estudios de este tipo considerar expectativas más amplias que el actual, especialmente involucrando la función cognitiva, pruebas neuropsicológicas, estudios de laboratorio y gabinete como EEG o TAC.

BIBLIOGRAFIA:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 1.- Crow T.J.; Molecular pathology of schizophrenia; more than one disease process?.; British Medical Journal; 280; 66-8; 1980.
- 2.- Carpenter W.T.jr, Heinrichs D.W., Wagman A.M.; Deficit and non deficit forms of schizophrenia: the concept; American Journal of psychiatry; 145; 578-83; 1988.
- 3.- Andreasen N.C., Olsen S.; Negative versus positive schizophrenia: definition and validation. Archives General Psychiatry; 39; 789-94; 1982.
- 4.- Michels R., Marzuk P.N.; Progress in psychiatry; New England Journal of medicine; 329; num.8; 552-60; 1993
- 6.- Crow T.J.; The two syndrome concept; origins and current status; Schizophrenia bulletin; 11; 471-83; 1985.
- 5.- Crow T.J.; Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine.; British Journal of psychiatry; 137; 383-86; 1980.
- 7.- Andreasen N.C.: Negative symptoms in Schizophrenia; Definition and reliability. Arch. Gen Psychiatry; 39; 784-88; 1982
- 8.- Andreasen N.C.; Positive vs negative schizophrenia; a critical evaluation; Schizophrenia bulletin; 11; 380-89; 1985.
- 9.- Weinberger D.R.; Cerebral Ventricular enlargement in chronic schizophrenia.; 37; 11-13; 1980.
- 10.- Golden C.J.; Structural Brain deficits in schizophrenia; identification by computed tomographic scan density measurements.; Arch Gen Psychiatry; 38; 1014-17; 1981.
- 11.- Peter F.L.; The symptoms of chronic schizophrenia; a Re-examination of the positive-negative dichotomy.; British Journal of psychiatry; 151; 145-51; 1987.
- 12.- Strauss J.S.; Negative symptoms; future developments of the concept.; Schizophr Bull; 11; 457-60; 1985.

13.- Peralta V, De Leon J., Cuesta M.J.; Are there more than two syndromes in schizophrenia, a critique of the positive-negative dichotomy; British journal of psychiatry; 161; 335-43; 1992.

14.- Gibbons R.D. et.al.; An empirical test of Kraepelin vs Bleulerian view of negative symptoms; Schizophrenia Bulletin; 11; no.3; 390-94; 1985.

15.- Sommers A.A.; "Negative symptoms" conceptual and methodological problems.; Schizophrenia Bulletin; Vol.11; No.3; 364-79; 1985.

16.- American psychiatric association; Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric association; 1994.

17.- Clasificación CIE-10 para trastornos mentales y del comportamiento; Organización mundial de la salud; Madrid, España. 1992.