

## CAPITULO 8

### UN GRUPO CONCORDANTE DE ESQUIZOFRENICOS

En los Capítulos 5, 6 y 7 se han descrito tres métodos distintos de clasificación de los pacientes: el diagnóstico clínico, el programa CATEGO y el análisis de racimos. Esencialmente en esos capítulos se han expuesto las peculiaridades de cada método y las características de los grupos definidos por cada uno de ellos. La finalidad del presente capítulo es examinar cómo pueden combinarse los datos obtenidos con esos tres métodos distintos, a fin de conseguir un mejor conocimiento de los pacientes estudiados y de la naturaleza misma de la esquizofrenia.

Los pacientes diagnosticados clínicamente de esquizofrenia y que también entran en la clase E del CATEGO constituyen un grupo cuya enfermedad se ha diagnosticado de manera altamente normalizada. Sin embargo, tanto el diagnóstico clínico como el programa CATEGO atribuyen una importancia desigual a diversos factores, tales como síntomas destacados, elementos de la historia anterior y características del curso de la enfermedad. En cada uno de esos métodos hay, pues, supuestos básicos acerca de la importancia diferencial de los diversos datos relativos a cada paciente. Aunque son fruto de las observaciones clínicas y de la experiencia acumulada durante muchos años por numerosos psiquiatras, cabe pensar que esos supuestos no sean los más válidos que puedan formularse. Por ejemplo, es posible que con el tiempo hayan cambiado las modalidades sintomatológicas en que estuvieron primitivamente basados, o que las primitivas obser-

vaciones no fueran válidas. Por eso es muy conveniente clasificar también a los pacientes por un procedimiento que dé igual valor a todos los datos, como el análisis de racimos de McKeon, que se empleó en el EPIE.

Utilizando las agrupaciones de pacientes del EPIE formadas por esos tres métodos de clasificación, se puede delimitar un grupo de pacientes esquizofrénicos cuya enfermedad ha sido diagnosticada mediante procedimientos clínicos normalizados y un programa clínico de ordenadora y que a la vez quedan comprendidos en uno de los racimos de McKeon que contienen un número de esquizofrénicos mayor de lo que pudiera atribuirse al azar, siendo la diferencia estadísticamente significativa.

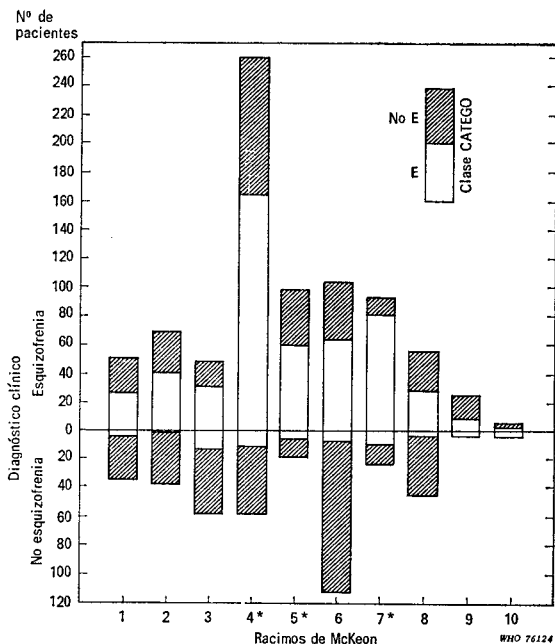
En lo que se refiere a las categorías concretas del EPIE, ese grupo está constituido por la totalidad de los pacientes que recibieron el diagnóstico clínico de esquizofrenia y que quedaron comprendidos tanto en la clase E del Programa CATEGO como en los racimos 4, 5 ó 7 de McKeon. A lo largo del presente capítulo se le designará con el nombre de grupo concordante. La ventaja de ese grupo estriba en que consta de pacientes cuyo diagnóstico se ha hecho de manera normalizada sobre la base de supuestos clínicos y que al mismo tiempo pertenecen a racimos en los que la selección de los pacientes esquizofrénicos se hace con criterios estadísticos independientes de supuestos clínicos.

La conveniencia de definir ese grupo obedece a tres motivos:

1. Permite identificar y describir un grupo de esquizofrénicos del que están excluidos muchos pacientes que han sido diagnosticados de esquizofrenia como consecuencia de la falta de normalización del proceso diagnóstico, de la variación de los supuestos clínicos o de factores de orden cultural.
2. Permite estudiar la cuestión de si en todos los centros hay representantes de ese grupo bien definido.
3. Identifica a un grupo de pacientes a los que se puede prestar especial atención durante la etapa de observación ulterior, a fin de determinar si el curso de su enfermedad difiere del de otros pacientes esquizofrénicos.

Si se comprueba que en todos los países existe ese grupo de pacientes y que tienen un cuadro clínico específico y una evolución de la enfermedad que los distinga de otros grupos de pacientes esquizofrénicos, su descripción puede servir de punto de partida para formular una definición transculturalmente aplicable de la esquizofrenia.

La Figura 4 muestra cómo se distribuyen con arreglo al diagnóstico



\* El número de pacientes esquizofrénicos comprendidos en estos racimos es superior al atribuible al azar.

FIG. 4. DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN EL DIAGNOSTICO CLINICO, LA CLASE CATEGO Y EL RACIMO DE MCKEON

clínico, a la clase CATEGO y al racimo de McKeon, los pacientes que han sido objeto del estudio. Las partes de las columnas situadas por encima de la línea horizontal representan a los pacientes esquizofrénicos del estudio, y las situadas por debajo representan a los no esquizofrénicos. Esas partes están a su vez subdivididas para representar a los pacientes que pertenecen a la clase E del programa CATEGO y a los pacientes que pertenecen a otras clases del mismo programa. El número de pacientes diagnosticados clínicamente como esquizofrénicos que quedan comprendidos en los racimos 4, 5 y 7 de McKeon es superior al que podría imputarse al azar. En la clase E del programa CATEGO y en los racimos 4, 5 y 7 de McKeon hay en total 306 pacientes esquizofrénicos. Esos pacientes son los que constituyen el grupo concordante.

La Figura 5 es un diagrama de Venn que muestra el número de pacientes en diversas combinaciones posibles de los tres sistemas de clasificación.

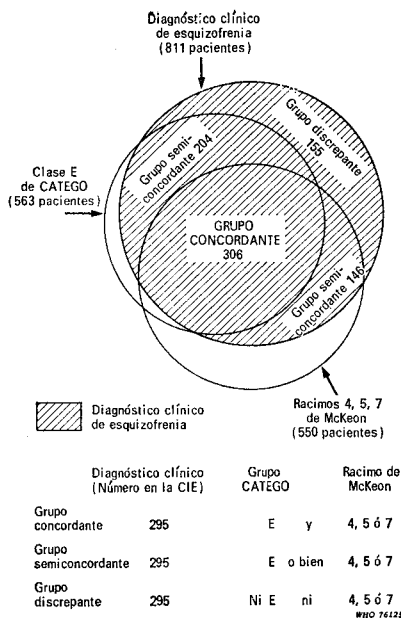


FIG. 5. DIAGRAMA DE VENN CON LA COMPOSICIÓN DE LOS GRUPOS CONCORDANTE, SEMICONCORDANTE Y DISCREPANTE

## CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO CONCORDANTE

### *Subgrupos de la esquizofrenia*

En el Cuadro 45 se muestra la distribución de los subgrupos diagnósticos de esquizofrenia asignados por los psiquiatras de los centros en la totalidad de los pacientes y en el grupo concordante. Asimismo se indica qué porcentaje de los pacientes de cada subgrupo queda comprendido en el grupo concordante. Así, de los 811 pacientes con diagnóstico clínico de esquizofrenia, hubo 31 a los que se dio el diagnóstico de esquizofrenia simple (rúbrica 295.0 de la CIE), mientras que de los 306 pacientes del grupo concordante, 6 recibieron el diagnóstico de esquizofrenia simple. Esos 6 enfermos constituyeron el 19,4% de los pacientes del estudio a los que se diagnosticó de esquizofrenia simple.

**CUADRO 45. DISTRIBUCION DE LOS SUBGRUPOS  
DE LA ESQUIZOFRENIA EN EL GRUPO  
DE TODOS LOS ESQUIZOFRENICOS Y EN EL GRUPO CONCORDANTE,  
Y PORCENTAJE DE PACIENTES DE CADA SUBGRUPO  
INCLUIDO EN EL GRUPO CONCORDANTE**

Diagnóstico clínico (Clave de la CIE)	Totalidad de esquizofrénicos (295.0-295.9)	Grupo concordante	Porcentaje del sub- grupo en el grupo concordante
295.0	31	6	19,4
295.1	86	37	43,0
295.2	54	17	31,5
295.3	323	152	47,1
295.4	79	30	38,0
295.5	25	1	4,0
295.6	15	2	13,3
295.7	107	29	27,1
295.8	44	12	27,2
295.9	47	20	42,6
	811	306	37,7

Como se ve en el cuadro, la mayor parte de los pacientes del grupo concordante tenían un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. El número de pacientes esquizofrénicos paranoides del grupo concordante es significativamente mayor de lo que sería de esperar escogiendo al azar 306 pacientes de entre los 811 esquizofrénicos ( $\chi^2 = 7,96$ ,  $\nu$  (grados de libertad) = 1,  $P < 0,01$ ). Al compararse la distribución de los subgrupos esquizofrénicos en el grupo concordante con la distribución de los subgrupos en la totalidad de los esquizofrénicos, se observó una diferencia significativa entre una y otra ( $\chi^2 = 41,9$ ,  $\nu = 9$ ,  $P < 0,01$ ). En el grupo concordante estaba más del 40% de los pacientes incluidos en cada uno de los subgrupos de esquizofrenia hebefrénica (295.1), esquizofrenia paranoide (295.3) y esquizofrenia no especificada (295.9). Sin embargo, sólo figuraba en el grupo concordante el 4% de los pacientes con esquizofrenia latente (295.5) y el 13,3% de los pacientes con esquizofrenia residual (295.6).

#### *Distribución por edad y sexo*

En el Cuadro 46 se muestra la distribución por edad y sexo de los pacientes del grupo concordante. Casi el 80% de los pacientes tenía menos de 34 años de edad. La distribución por edades no difería de la del grupo no concordante (esto es, la totalidad de los esquizofrénicos menos el grupo concordante). Sin embargo, en el grupo concordante había un porcentaje significativamente más elevado de varones que en el grupo no concordante ( $\chi^2 = 4,52$ ,  $\nu = 1$ ,  $P < 0,05$ ). Asimismo,

había un porcentaje significativamente más alto de pacientes solteros en el grupo concordante (64,4%) que en el grupo no concordante de esquizofrénicos (56,4%) ( $\chi^2 = 4,9$ ,  $v = 1$ ,  $P < 0,05$ ), lo cual quizá era de esperar, dado el predominio de varones jóvenes en el grupo concordante.

### *Historia psiquiátrica*

El análisis de los antecedentes psiquiátricos de los pacientes del grupo concordante puso de manifiesto una gran semejanza entre las historias de su enfermedad. El comienzo del episodio actual de la enfermedad fue insidioso en 268 pacientes (88%).

CUADRO 46. DISTRIBUCION DEL GRUPO CONCORDANTE POR EDAD Y SEXO

	15-24 (%)		25-34 (%)		35-44 (%)		Total N°
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	
Hombres	73	(43)	70	(41)	28	(16)	171
Mujeres	45	(33)	49	(36)	41	(30)	135
	118	(39)	119	(39)	69	(23)	306

Al examinar la distribución de los pacientes según la duración de la enfermedad actual, desde el comienzo de los síntomas hasta el momento de la primera evaluación en el centro, se observó que, en unas dos terceras partes de los enfermos (214 de 306), el episodio que llevó a su inclusión en el estudio había empezado menos de seis meses antes de la primera evaluación.

En el 50% de los pacientes (153), el curso de la enfermedad actual hasta el momento de la primera evaluación fue en el sentido de una deterioración continua. En el periodo comprendido entre el comienzo de la enfermedad actual y la evaluación inicial, el 11% de los pacientes había mejorado, el 20% no experimentó modificación alguna desde el comienzo de los síntomas y el 17% tuvo remisiones parciales antes de la primera evaluación. No pudieron formularse juicios acerca de la evolución de la enfermedad en el 2% de los pacientes.

Al examinar los datos relativos a la valoración de la presencia o de la ausencia de factores desencadenantes, de la personalidad prepsíquica y de la presencia de síntomas anteriores, conviene recordar que

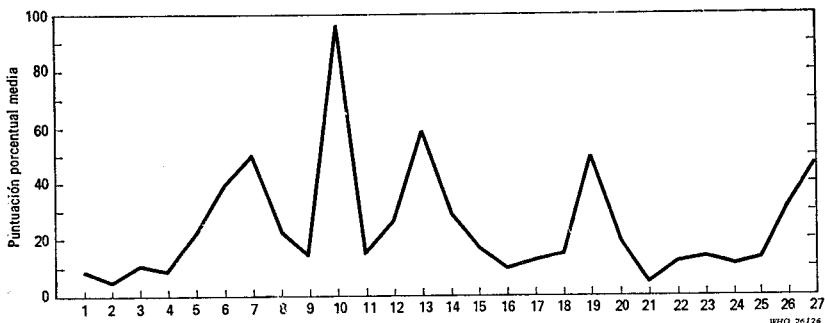
esos factores son sumamente difíciles de evaluar. Para investigar más a fondo esos sectores de la historia anterior se necesitarán nuevos estudios.

Las historias del 33% de los pacientes del grupo concordante indicaban la existencia de factores desencadenantes relacionados en el tiempo y en el contenido con la enfermedad actual. Esta frecuencia difería significativamente de la encontrada en el grupo no concordante de esquizofrénicos, en el que se registraron factores desencadenantes en el 45% de los pacientes ( $\chi^2 = 10,3$ ,  $v = 1$ ,  $P < 0,01$ ). El 31% (94) de los pacientes del grupo concordante y el 38% (192) de los pacientes del grupo no concordante ( $\chi^2 = 6,1$ ,  $v = 1$ ,  $P < 0,05$ ) habían recibido con anterioridad tratamiento en hospital. En el 87% (267) de los enfermos del grupo concordante y en el 83% (417) de los enfermos del grupo no concordante se señalaron anomalías de la personalidad prepsicótica; esa diferencia no es estadísticamente significativa.

### *Características psicopatológicas*

Las características psicopatológicas del grupo concordante fueron examinadas de dos maneras: mediante el empleo del perfil de los 27 grupos de unidades de análisis (GUA) y mediante el empleo de las unidades de análisis (UA). La distribución de los 27 GUA en el grupo concordante se indica en la Figura 6. El GUA más destacado fue la falta de conciencia de enfermedad. Únicamente el 4% de los pacientes del grupo concordante no presentaba este síntoma. Las alucinaciones auditivas, el aplanamiento afectivo, las vivencias e ideas delirantes de influencia y los signos predelirantes fueron también GUA en los que el grupo concordante tenía puntuaciones elevadas. Asimismo, fueron frecuentes el contacto psíquico difícil y otras circunstancias que obstaculizaban la obtención de información durante el interrogatorio.

Al examinarse la frecuencia de las puntuaciones positivas en las unidades de análisis, se observó que los pacientes del grupo concordante presentaban las características psicopatológicas siguientes: 97% de los pacientes tenían falta de conciencia de enfermedad, 74% tenían alucinaciones auditivas, 70% tenían alucinaciones verbales, 70% tenían ideas de referencia, 67% tenían ideas delirantes de referencia, 66% tenían recelo, 66% tenían aplanamiento afectivo, 64% tenían voces que hablaban al paciente, 64% tenían humor delirante, 64% tenían ideas delirantes de persecución, 64% dieron descripciones inadecuadas, 52% tenían alienación del pensamiento y 50% tenían pensamientos expresados en voz alta. No había otros síntomas que afectasen al 50% o más de los pacientes, aunque algunos síntomas alcanzaron casi esa



- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| 1. Trastorno psicomotor cuantitativo     | 11. Trastorno de la auto-percepción   | 22. Indicación de cambio de la personalidad                         |
| 2. Trastorno psicomotor cualitativo      | 12. Desrealización                    | 23. Descuido de las normas sociales                                 |
| 3. Trastorno cuantitativo de la ideación | 13. Alucinaciones auditivas           | 24. Otras alteraciones del comportamiento                           |
| 4. Trastorno cualitativo de la ideación  | 14. Alucinaciones « características » | 25. Trastornos psicofísicos   |
| 5. Ideas afectivas                       | 15. Otras alucinaciones               | 26. Dificultades de cooperación relacionadas con las circunstancias |
| 6. Signos predelirantes                  | 16. Seudoalucinaciones                | 27. Dificultades de cooperación relacionadas con el paciente.       |
| 7. Vivencias de influencia               | 17. Depresión-exaltación              |   |
| 8. Ideas delirantes                      | 18. Ansiedad, tensión, irritabilidad  |   |
| 9. Molestias neurasténicas               | 19. Aplanamiento                      |   |
| 10. Falta de conciencia de enfermedad    | 20. Incongruencia                     |   |
|  | 21. Otras alteraciones afectivas      |   |

FIG. 6. PERFILES DE PROMEDIOS DE PUNTUACION (27 GRUPOS DE UNIDADES DE ANALISIS) EN EL GRUPO CONCORDANTE

frecuencia: ideas delirantes de influencia (48%), voces que pronunciaban frases completas (44%) y contacto psíquico difícil (43%).

#### COMPARACION DE LOS PACIENTES DEL GRUPO CONCORDANTE CON LOS PACIENTES DEL GRUPO DISCREPANTE

Para determinar en qué consistía la diferencia entre el grupo concordante de pacientes esquizofrénicos y el grupo de pacientes que recibieron el diagnóstico clínico de esquizofrenia pero que no quedaron clasificados en la clase E del programa CATEGO ni en los racimos 4, 5 ó 7 de McKeon (grupo que en lo sucesivo recibirá el nombre de discrepante), se estableció una comparación entre los dos grupos, basada en la distribución de los subgrupos de la esquizofrenia y en las características psicopatológicas.

El Cuadro 47 muestra la distribución de los subgrupos de la esquizofrenia en la totalidad de esquizofrénicos, en el grupo concordante y en el grupo discordante. Asimismo indica el porcentaje de pacientes de cada subgrupo diagnóstico que hay en los grupos concordante y discrepante. Así, de los 306 pacientes del grupo concordante hubo

**CUADRO 47. DISTRIBUCION DE LOS SUBGRUPOS  
DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA TOTALIDAD  
DE LOS ESQUIZOFRENICOS,  
EN EL GRUPO CONCORDANTE Y EN EL GRUPO DISCREPANTE**

	Totalidad de los esquizofrénicos	Grupo concordante		Grupo discrepante	
	Nº (=100%)	Nº	% <sup>a</sup>	Nº	% <sup>b</sup>
295.0	31	6	19,4	5	16,1
295.1	86	37	43,0	6	7,0
295.2	54	17	31,5	17	31,5
295.3	323	152	47,1	36	11,1
295.4	79	30	38,0	18	22,5
295.5	25	1	4,0	15	60,0
295.6	15	2	13,3	8	53,3
295.7	107	29	27,1	23	21,5
295.8	44	12	27,2	20	45,5
295.9	47	20	42,6	6	12,8
	<b>811</b>	<b>306</b>	<b>37,7</b>	<b>154</b>	<b>19,0</b>

<sup>a</sup> Porcentaje de pacientes de cada subgrupo comprendidos en el grupo concordante.

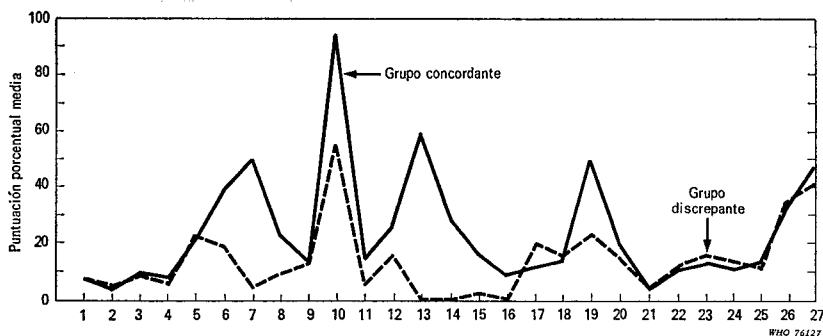
<sup>b</sup> Porcentaje de pacientes de cada subgrupo comprendidos en el grupo discrepante.

37 diagnosticados de esquizofrenia hebefrénica (295.1) y esos 37 representan el 43% de todos los esquizofrénicos hebefrénicos del estudio, mientras que de los 154 pacientes del grupo discordante, los 6 diagnosticados de esquizofrenia hebefrénica representan el 7% de todos los esquizofrénicos hebefrénicos del estudio.

Puede verse en el cuadro que de los siguientes subgrupos hubo un porcentaje mucho más elevado de pacientes en el grupo concordante que en el grupo discrepante: esquizofrenia hebefrénica (43% y 7% respectivamente), esquizofrenia paranoide (47,1% y 11,1%), esquizofrenia aguda (38% y 22,5%) y esquizofrenia no especificada (42,6% y 12,8%). Por otra parte, en lo que se refiere a determinados subgrupos, había un porcentaje mucho más elevado de pacientes en el grupo discrepante que en el grupo concordante: esquizofrenia latente (60% y 4%, respectivamente), residual (53,3% y 13,3%) y otras (45,5% y 27,2%).

Las características psicopatológicas del grupo concordante pueden compararse con las del grupo discrepante en función de los perfiles de los 27 grupos de unidades de análisis y de la frecuencia de las unidades de análisis. La Figura 7 muestra los perfiles de 27 grupos de unidades de análisis correspondientes a ambos grupos de pacientes, comparados entre sí. Puede verse que las diferencias más acusadas entre uno y otro grupos están en los GUA de ideas delirantes (6, 7, 8), alucinaciones (13, 14, 15) y aplanamiento afectivo (19), más desta-

cados en el grupo concordante que en el grupo discrepante. Se efectuó un análisis de varianzas de las puntuaciones porcentuales medias para determinar si había una diferencia significativa entre esos perfiles. Este análisis mostró que los perfiles son efectivamente distintos ( $P < 0,001$ ).



#### GRUPOS DE UNIDADES DE ANALISIS

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| 1. Trastorno psicomotor cuantitativo     | 11. Trastorno de la auto-percepción   | 22. Indicación de cambio de la personalidad                         |
| 2. Trastorno psicomotor cualitativo      | 12. Desrealización                    | 23. Descuido de las normas sociales                                 |
| 3. Trastorno cuantitativo de la ideación | 13. Alucinaciones auditivas           | 24. Otras alteraciones del comportamiento                           |
| 4. Trastorno cualitativo de la ideación  | 14. Alucinaciones « características » | 25. Trastornos psicofísicos   |
| 5. Ideas afectivas                       | 15. Otras alucinaciones               | 26. Dificultades de cooperación relacionadas con las circunstancias |
| 6. Signos predelirantes                  | 16. Seudoalucinaciones                | 27. Dificultades de cooperación relacionadas con el paciente        |
| 7. Vivencias de influencia               | 17. Depresión-exaltación              |   |
| 8. Ideas delirantes                      | 18. Ansiedad, tensión, irritabilidad  |   |
| 9. Molestias neurasténicas               | 19. Aplanamiento                      |   |
| 10. Falta de conciencia de enfermedad    | 20. Incongruencia                     |   |
|  | 21. Otras alteraciones afectivas      |   |

FIG. 7. PERFILES DE LAS PUNTUACIONES PORCENTUALES MEDIAS (27 GRUPOS DE UNIDADES DE ANALISIS) DE LOS GRUPOS CONCORDANTE Y DISCREPANTE

En el Cuadro 48 se comparan las unidades de análisis más frecuentemente positivas en uno y otro grupos de pacientes. Como puede observarse, el grupo concordante se caracteriza por tener más unidades de análisis con una frecuencia elevada de puntuaciones positivas que el grupo discrepante. La falta de conciencia de enfermedad fue frecuente en ambos grupos. Recibió una puntuación positiva en el 97% de los esquizofrénicos del grupo concordante y en el 56% de los esquizofrénicos del grupo discrepante. Las alucinaciones auditivas, presentes en el 74% de los pacientes del grupo concordante, no se manifestaron en los pacientes del grupo discrepante. Había alucinaciones verbales en el 70% de los esquizofrénicos del grupo concordante y en ninguno de los esquizofrénicos del grupo discrepante. Se observó aplanamiento

afectivo en el 67% de los esquizofrénicos del grupo concordante y en el 23% de los esquizofrénicos del grupo discrepante. Fue más frecuente que las unidades relativas a las ideas delirantes tuviesen una puntuación positiva en el grupo concordante que en el grupo discrepante. Por ejemplo, había ideas delirantes de referencia en el 67% de los esquizofrénicos del grupo concordante y tan sólo en el 25% de los esquizofrénicos del grupo discrepante. Las unidades relativas a la sintomatología depresiva, como el talante deprimido y la desesperación, tuvieron una frecuencia mayor en los esquizofrénicos del grupo discrepante que en los esquizofrénicos del grupo concordante.

Así pues, al compararse la psicopatología de los esquizofrénicos del grupo concordante con la de los esquizofrénicos del grupo discrepante se observa que hay una marcada diferencia en lo que atañe a las alucinaciones, las ideas delirantes, el aplanamiento afectivo y la sintomatología depresiva. Los esquizofrénicos del grupo concordante tuvieron puntuaciones mucho más elevadas en ideas delirantes, alucinaciones y aplanamiento afectivo; en cambio, los esquizofrénicos del grupo discrepante tuvieron puntuaciones más altas en la sintomatología depresiva.

#### COMPARACION DEL GRUPO CONCORDANTE CON EL GRUPO DE LA DEPRESION PSICOTICA

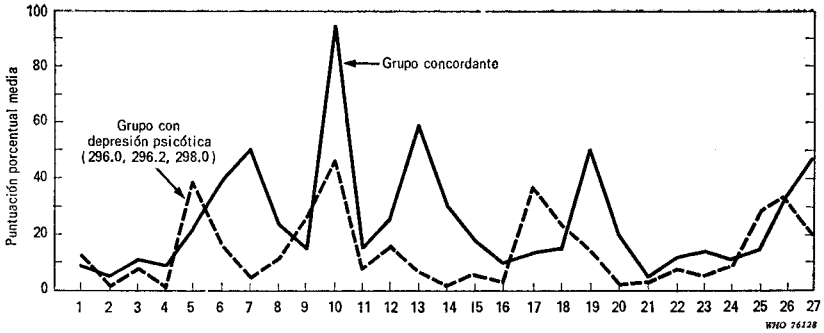
En la Figura 8 se compara el perfil de puntuaciones medias de los grupos de unidades de análisis del grupo concordante con el perfil correspondiente a todos los enfermos del estudio psicóticamente deprimidos. Las diferencias más notables se hallaron en los GUA relativos a conciencia de enfermedad (10), vivencias de influencia (7), alucinaciones auditivas (13), alucinaciones « características » (14), aplanamiento afectivo (19) y dificultades de cooperación relacionadas con el paciente (27). Como era de esperar, todos esos grupos de unidades de análisis eran más destacados en el grupo concordante. En los enfermos deprimidos resultaron más elevadas las puntuaciones en ideas afectivas (5), talante deprimido (17), molestias neurasténicas (9) y signos psicofísicos (25).

Como lo muestra el análisis de varianzas, la diferencia entre los perfiles es significativa ( $P < 0,001$ ). El coeficiente tau de Kendell entre los dos grupos es 0,231, frente a un valor tau de 0,373 para la comparación de la totalidad de los pacientes que han recibido el diagnóstico de esquizofrenia con la totalidad de los pacientes psicóticamente deprimidos. Estos resultados indican que el grupo concordante de esquizofrénicos es todavía menos semejante a los pacientes psicóticamente

**CUADRO 48. UNIDADES DE ANALISIS MAS FRECUENTEMENTE POSITIVAS  
EN LOS GRUPOS CONCORDANTE Y DISCREPANTE**

		Unidades de Análisis con puntuaciones positivas *						
		90-100%	70-80%	60-70%	50-60%	40-50%	30-40%	20-30%
<b>Grupo concordante (306 pacientes)</b>	60 Falta de conciencia de enfermedad							
	70 Alucinaciones auditivas							
	66 Alucinaciones verbales							
	34 Ideas de referencia							
	46 Ideas delirantes de referencia							
	36 Recelo							
	92 Aplanamiento							
	67 Voces que hablan al paciente							
	33 Humor delirante							
	41 Ideas delirantes de persecución							
	127 Descripción inadecuada							
	126 Negativa a colaborar							
	60 Falta de conciencia de enfermedad							
<b>Grupo discrepante (154 pacientes)</b>	127 Descripción inadecuada							
	126 Negativa a colaborar							
	60 Falta de conciencia de enfermedad							
	123 Contacto psíquico difícil							
	36 Recelo							
	84 Talante deprimido							
	28 Ideas sombrías							
	34 Ideas de referencia							
	17 Trastornos del tono de voz							
	30 Desesperación							
	46 Ideas delirantes de referencia							
	41 Ideas delirantes de persecución							
	33 Humor delirante							
58 Hipocondríaco								
92 Aplanamiento								
93 Apatía								

\* No hubo unidades de análisis en la gama de frecuencias del 80 al 90%.



- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| 1. Trastorno psicomotor cuantitativo     | 11. Trastorno de la auto-percepción   | 22. Indicación de cambio de la personalidad                         |
| 2. Trastorno psicomotor cualitativo      | 12. Desrealización                    | 23. Descuido de las normas sociales                                 |
| 3. Trastorno cuantitativo de la ideación | 13. Alucinaciones auditivas           | 24. Otras alteraciones del comportamiento                           |
| 4. Trastorno cualitativo de la ideación  | 14. Alucinaciones « características » | 25. Trastornos psicofísicos   |
| 5. Ideas afectivas                       | 15. Otras alucinaciones               | 26. Dificultades de cooperación relacionadas con las circunstancias |
| 6. Signos predelirantes                  | 16. Seudoalucinaciones                | 27. Dificultades de cooperación relacionadas con el paciente.       |
| 7. Vivencias de influencia               | 17. Depresión-exaltación              |   |
| 8. Ideas delirantes                      | 18. Ansiedad, tensión, irritabilidad  |   |
| 9. Molestias neurasténicas               | 19. Aplanamiento                      |   |
| 10. Falta de conciencia de enfermedad    | 20. Incongruencia                     |   |
|  | 21. Otras alteraciones afectivas      |   |

FIG. 8. PERFILES DE LAS PUNTUACIONES PORCENTUALES MEDIAS (27 GRUPOS DE UNIDADES DE ANÁLISIS) EN EL GRUPO CONCORDANTE Y EN EL GRUPO CON DEPRESION PSICOTICA

deprimidos que el grupo constituido por la totalidad de los pacientes que han recibido el diagnóstico clínico de esquizofrenia.

La comparación de las unidades de análisis más frecuentemente positivas da las cifras del Cuadro 49. Con excepción de la falta de conciencia de enfermedad, ninguna de las unidades de análisis más frecuentemente positivas en el grupo concordante aparecía entre los síntomas más frecuentemente positivos en los pacientes deprimidos. Los esquizofrénicos del grupo concordante se distinguían por las alucinaciones, las ideas delirantes y el aplanamiento afectivo; los pacientes deprimidos presentaban como características talante deprimido, autoacusaciones, angustia, inhibición y signos psicofisiológicos como trastornos del sueño, despertar temprano y variaciones diurnas.

#### COMPARACION DE LOS PACIENTES DEL GRUPO CONCORDANTE SEGUN LOS CENTROS

Una vez que se ha delimitado un grupo concordante de esquizofrénicos, se puede examinar más a fondo la cuestión de si en todos los

centros hay grupos semejantes de esquizofrénicos. En la Figura 9 se muestra la distribución del grupo concordante de pacientes en los diversos centros. Puede verse que en todos los centros había pacientes esquizofrénicos clasificados en el grupo concordante. El número de esos pacientes (que varió de un centro a otro, desde 15 en Moscú y en Washington hasta 61 en Cali) era lo suficientemente grande para que pudiera hacerse una comparación entre los pacientes concordantes de los diversos centros.

El Cuadro 50 muestra la distribución por centros de los subgrupos de la esquizofrenia correspondientes al grupo concordante. En Aarhus, Ibadán, Londres, Taipeh, Washington y Praga el subgrupo más numeroso fue el de la esquizofrenia de tipo paranoide. En Agra fue el de la esquizofrenia no especificada, y en Moscú el de otros tipos de esquizofrenia. El grupo concordante de Cali estaba distribuido entre los subgrupos más uniformemente que en los demás centros.

En el Cuadro 51 se presentan las puntuaciones porcentuales medias de los grupos de unidades de análisis del grupo concordante de cada centro. Por regla general, en todos los centros resultaron elevadas las puntuaciones en falta de conciencia de enfermedad, alucinaciones auditivas, aplanamiento afectivo, dificultades de cooperación relacionadas con el paciente, vivencias de influencia, signos predelirantes e ideas delirantes. Fueron en general bajas las puntuaciones en trastornos psicomotores, molestias neurasténicas, estado de ánimo deprimido o exaltado, ansiedad, tensión e irritabilidad (excepto en Cali), otras alteraciones del comportamiento (salvo en Washington), signos psicofísicos y otras alteraciones afectivas (excepto Washington).

Las puntuaciones atribuidas a los grupos de unidades de análisis que se mencionan a continuación variaron sensiblemente de un centro a otro: trastorno cuantitativo de la ideación y del lenguaje (las puntuaciones fueron relativamente elevadas en Washington y Praga, relativamente bajas en Agra y Londres, e intermedias en los demás centros); trastorno cualitativo de la ideación y del lenguaje (puntuaciones relativamente altas en Aarhus, Washington y Praga, y relativamente bajas en los demás centros); otras alucinaciones (puntuaciones relativamente elevadas en Aarhus, Ibadán y Washington y relativamente bajas en Cali, Moscú y Praga); pseudoalucinaciones (relativamente elevadas en Londres y Moscú y relativamente bajas en Aarhus, Agra, Cali, Ibadán y Praga); descuido de las normas sociales (relativamente elevadas en Washington y bajas en Ibadán y Taipeh); la incongruencia afectiva recibió una puntuación muy baja en Londres.

En el Cuadro 52 figuran los valores tau correspondientes a las comparaciones centro por centro del grupo concordante en función de las puntuaciones porcentuales medias en los grupos de unidades de análisis;

**CUADRO 49. UNIDADES DE ANALISIS MAS FRECUENTEMENTE POSITIVAS EN EL GRUPO CONCORDANTE  
Y EN EL GRUPO CON DEPRESION PSICOTICA**

		Unidades de Análisis con puntuaciones positivas				
		80-90%	70-80%	60-70%	50-60%	40-50%
<b>Grupo concordante (306 pacientes)</b>	<b>60</b> Falta de conciencia de enfermedad					
	<b>66</b> Alucinaciones verbales				126	Negativa a colaborar
	<b>34</b> Ideas de referencia			46	38	Alienación
	<b>92</b> Aplanamiento de referencia			36	39	Pensamientos expresados en voz alta
	<b>70</b> Alucinaciones auditivas			92	67	Voces que hablan al enfermo
				33	41	Ideas delirantes de persecución inadecuada
				41	127	Descripción inadecuada
				46	46	Ideas delirantes de referencia
				36	92	Recelo
				70	46	Ideas delirantes de referencia
<b>Depresión psicótica (99 pacientes)</b>	<b>84</b> Talante deprimido					
	<b>28</b> Ideas sombrías				112	Peor por la mañana
	<b>30</b> Desesperación				115	Trastornos del sueño
	<b>111</b> Despertar temprano				43	Ideas delirantes de autacusación
					91	Ansiedad
					60	Falta de conciencia de enfermedad
					2	Inhibición
					68	Voces que pronuncian frases completas
					123	Contacto psíquico difícil
					40	Ideas delirantes de influencia

CUADRO 50. DISTRIBUCION DE LOS DIAGNOSTICOS CLINICOS DEL GRUPO CONCORDANTE  
EN CADA UNO DE LOS CENTROS

	Centro										Todos los centros
	Aarhus	Agra	Cali	Ibadán	Londres	Moscú	Taipeh	Washington	Praga		
295.0	—	—	1	4	1	—	11	—	—	—	6
295.1	5	—	11	5	2	—	1	—	—	—	37
295.2	14	1	10	3	40	4	18	11	15	—	17
295.3	—	8	15	27	1	2	3	1	1	—	152
295.4	—	2	17	3	—	2	—	—	—	—	30
295.5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
295.6	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2
295.7	—	5	4	9	6	8	—	3	2	—	29
295.8	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—	12
295.9	—	13	1	3	—	—	2	—	1	—	20
Total	20	30	61	56	55	15	35	15	19		306

CUADRO 51. PUNTUACIONES PORCENTUALES MEDIAS DE 27 GRUPOS DE UNIDADES DE ANALISIS, EN EL GRUPO CONCORDANTE

Grupos de unidades de análisis (306 pacientes)	Aarhus (N=20)	Agra (N=30)	Cali (N=61)	Ibadán (N=56)	Londres (N=55)	Moscú (N=15)	Taipeh (N=35)	Washington (N=15)	Praga (N=19)
1. Trastorno psicomotor cuantitativo	9	3	8	8	12	9	4	6	10
2. Trastorno psicomotor cualitativo	7	5	3	2	2	7	2	4	18
3. Trastorno cuantitativo de la ideación	14	4	12	8	4	10	9	26	21
4. Trastorno cualitativo de la ideación	17	5	6	5	7	7	6	19	15
5. Ideas afectivas	13	19	21	25	24	23	24	36	14
6. Signos predeleitantes	38	39	43	31	47	43	39	39	23
7. Vivencias de influencia	59	31	46	52	64	53	46	57	28
8. Ideas delirantes	29	21	17	20	29	21	28	25	17
9. Molestias neurasténicas	17	7	14	15	12	19	17	7	15
10. Falta de conciencia de enfermedad	100	100	96	91	100	100	100	79	100
11. Trastorno de la autopercepción	11	6	23	11	23	15	9	8	8
12. Desrealización	29	9	25	26	35	46	22	26	10
13. Alucinaciones auditivas	63	59	61	73	55	50	62	21	52
14. Alucinaciones « características »	37	24	23	42	32	33	29	4	36
15. Otras alucinaciones	36	16	9	23	19	8	16	21	8
16. Seudoalucinaciones	-	1	2	5	25	23	12	13	2
17. Depresión-exaltación	6	9	6	19	16	17	8	13	7
18. Ansiedad, tensión, irritabilidad	16	9	25	14	9	17	11	17	7
19. Aplanamiento	57	73	45	41	60	16	48	36	68
20. Incongruencia	29	29	16	17	1	33	34	33	21
21. Otras alteraciones afectivas	6	8	-	2	-	7	1	19	9
22. Cambio de la personalidad	20	11	13	8	9	12	9	13	12
23. Descuido de las normas sociales	12	19	14	5	18	13	1	29	15
24. Otras alteraciones del comportamiento	16	11	6	10	12	9	7	21	15
25. Trastornos psicofísicos	7	16	10	18	16	14	9	8	11
26. Dificultades de cooperación relacionadas con las circunstancias	34	15	34	32	36	42	29	46	31
27. Dificultades de cooperación relacionadas con el paciente	70	41	44	48	26	55	60	61	52

« No recibió puntuación.

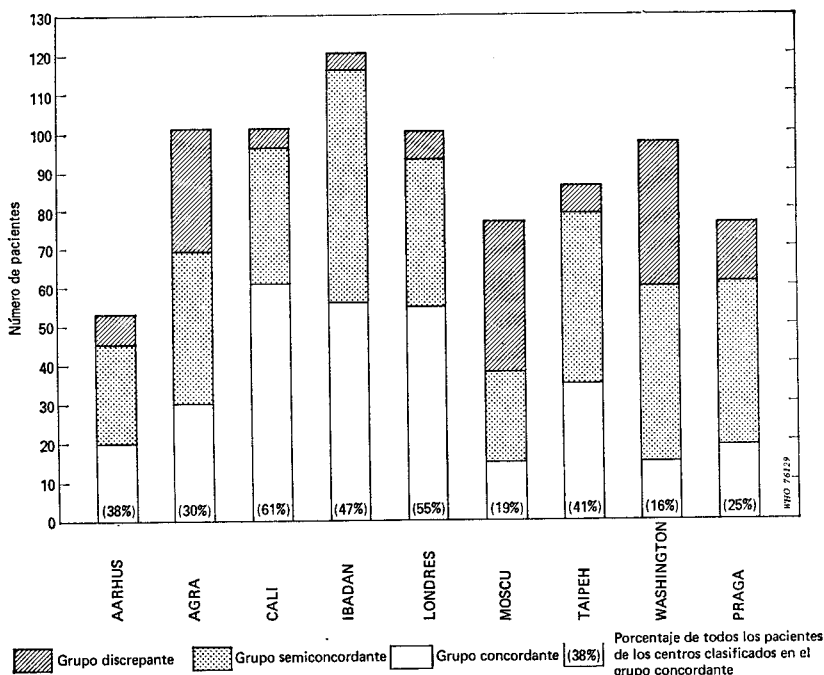


FIG. 9. DISTRIBUCION DE LOS GRUPOS CONCORDANTE, SEMICONCORDANTE Y DISCREPANTE DE ESQUIZOFRENICOS EN CADA CENTRO

en 30 de las 36 comparaciones posibles, el valor tau indicó un grado elevado de semejanza.

Como el análisis de racimos se efectuó a base de puntuaciones absolutas, es posible que se haya excluido del grupo concordante a algunos pacientes que presentaban semejanza en lo que se refiere al orden de frecuencia de los grupos de unidades de análisis, pero con marcadas diferencias en las puntuaciones absolutas. Es posible que esto tienda a reducir el grado de semejanza que reflejan los cálculos realizados mediante los valores tau. Por eso, mediante un método de análisis de varianzas en el que se emplean puntuaciones absolutas, se compararon también entre sí los perfiles de los distintos centros. Los resultados, que aparecen en el Cuadro 53, muestran que no había diferencias significativas entre ningún par de centros. Como el ANAVA, centro por centro para el grupo de todos los esquizofrénicos y para el grupo de los esquizofrénicos paranoides, había indicado que había algunos pares de centros con dife-

rencias significativas en esos grupos, los resultados actuales sugieren que el grupo concordante podría ser más homogéneo que cualquiera de los otros dos grupos.

En el Cuadro 54 se enumeran por centros las 15 unidades de análisis más a menudo positivas en el grupo concordante. Se muestra el orden de frecuencia de cada una de esas unidades de análisis en el grupo concordante de cada centro y en el de todos los centros juntos. Así, en Aarhus había 14 de las 15 unidades de análisis más frecuentemente positivas en el grupo concordante de todos los centros juntos; en Agra, 11 de esas 15 unidades; en Cali, 13 de las 15; en Ibadán, Londres, Moscú y Taipeh, 14 de las 15 unidades; en Washington, 12, y en Praga, 11 de las 15. Ello indica que hay un alto grado de semejanza entre los grupos concordantes de los diversos centros, por lo que atañe a los síntomas de mayor frecuencia.

En conclusión, puede decirse que los grupos concordantes de los diversos centros presentan un alto grado de semejanza, tanto al compararse entre sí con arreglo a los perfiles de sus GUA, como al compararse en función de sus unidades de análisis más preponderantes.

#### COMPARACION DE LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DISCREPANTES DE LOS DIVERSOS CENTROS

La Figura 9 muestra la distribución de los pacientes esquizofrénicos del grupo discrepante de cada centro. El número de esos pacientes osciló entre 7 en los centros de Londres y Taipeh y 39 en el de Moscú.

El Cuadro 55 presenta las puntuaciones porcentuales medias en los grupos de unidades de análisis en el grupo discrepante en los centros con 15 o más enfermos en dicho grupo. Puede observarse que, excepción hecha de la falta de conciencia de enfermedad y de las dificultades de cooperación relacionadas con el propio paciente, en ningún centro hubo grupos de unidades de análisis con puntuación mayor de 50. Las ideas afectivas, los signos predelirantes, la depresión-exaltación, el aplanamiento afectivo y las dificultades de cooperación recibieron puntuaciones relativamente elevadas en todos los centros. Las vivencias de influencia, las ideas delirantes, el trastorno de la autopercepción, las alucinaciones auditivas, las alucinaciones « características », las otras alucinaciones, las seudoalucinaciones y las otras alteraciones afectivas tuvieron puntuaciones uniformemente bajas. La puntuación que se dio en Agra al descuido de las normas sociales resultó alta en comparación con la de los demás centros. El grupo de Washington tuvo una puntuación más alta que los demás grupos en lo que atañe a la desrealización.

CUADRO 52. COEFICIENTES TAU DE CORRELACION DE ORDEN DE FRECUENCIA.  
COMPARACIONES CENTRO POR CENTRO DE LAS PUNTUACIONES PORCENTUALES MEDIAS  
EN 27 GRUPOS DE UNIDADES DE ANALISIS, GRUPO CONCORDANTE

	Aarhus	Agra	Cali	Ibadán	Londres	Moscú	Taipeh	Washington	Praga
Aarhus									
Agra		0,63							
Cali			0,68 0,58						
Ibadán				0,66 0,61 0,68					
Londres					0,46 0,49 0,60 0,67				
Moscú						0,48 0,48 0,67 0,65 0,61			
Taipeh							0,67 0,61 0,68 0,74 0,60 0,70		
Washington								0,43 0,47 0,45 0,42 <sup>a</sup> 0,36 <sup>a</sup> 0,29 <sup>a</sup> 0,34 <sup>a</sup> 0,41 <sup>a</sup> 0,48 0,46	
Praga									0,58 0,53 0,48 0,43 0,29 <sup>a</sup> 0,34 <sup>a</sup> 0,41 <sup>a</sup> 0,48 0,39 <sup>a</sup>

CUADRO 53. VALORES P DE INTERACCION ANAVA, CENTRO POR CENTRO, GRUPO CONCORDANTE<sup>a</sup>

	Aarhus	Agra	Cali	Ibadán	Londres	Moscú	Taipeh	Washington	Praga
Aarhus									
Agra		0,08							
Cali			0,12 0,05						
Ibadán				0,13 0,02 0,07					
Londres					0,03 0,01 0,03 0,02				
Moscú						0,11 0,03 0,14 0,11 0,05			
Taipeh							0,23 0,07 0,11 0,12 0,04 0,15		
Washington								0,07 0,02 0,04 0,01 0,01 0,14 0,04	
Praga									0,14 0,20 0,08 0,05 0,02 0,06 0,09 0,05

<sup>a</sup> Puesto que en todos los casos  $P > 0,001$ , las diferencias no son significativas.

CUADRO 54. LAS 15 UNIDADES DE ANALISIS MAS FRECUENTEMENTE POSITIVAS EN EL GRUPO CONCORDANTE DE CADA CENTRO Y DE LA TOTALIDAD DE LOS CENTROS, POR ORDEN DE FRECUENCIA Y POR PORCENTAJE DE PUNTUACIONES POSITIVAS.

Orden (O)	Totalidad de los centros (306 pacientes)	Puntuación (P)	Aarhus (N=20)		Agra (N=30)		Cali (N=61)		Ibadán (N=56)		Londres (N=55)		Moscú (N=15)		Taipeh (N=35)		Washington (N=15)		Praga (N=19)		
			O	P	O	P	O	P	O	P	O	P	O	P	O	P	O	P	O	P	
1.	Falta de conciencia de enfermedad	97	1	100	1	100	1	97	1	91	1	100	1	100	1	100	3	80	1	100	
2.	Alucinaciones auditivas	74	5	80	3	77	4	72	1	91	14	58	10	60	7	71	6	60	2	84	
3.	Ideas de referencia	70	11	70	3	77	2	74	13	55	2	80	6	73	3	70	4	47	8	58	
4.	Alucinaciones verbales	70	11	70	3	77	5	70	7	79	5	73	10	60	3	80	6	60	6	63	
5.	Ideas delirantes de referencia	67	7	75	13	60	6	69	7	64	11	65	2	87	7	71	6	60	6	63	
6.	Recelo	66	7	75	3	77	9	54	6	66	15	56	3	80	2	83	3	80	12	53	
7.	Aptanamiento afectivo	66	2	90	3	77	8	59	11	59	7	71	27	11	69	11	69	6	60	2	84
8.	Voces que hablan al enfermo	65	14	65	9	67	5	70	4	75	10	67	14	47	7	71	6	60	8	58	
9.	Humor delirante	64	7	75	14	57	2	74	14	54	3	76	7	80	13	60	6	60	3	74	
10.	Descripción inadecuada	64	2	90	10	63	7	67	7	64	11	65	3	80	11	69	1	93	4	74	
11.	Ideas delirantes de persecución	64	7	75	2	80	31	31	9	63	4	75	3	80	7	71	5	67	12	53	
12.	Negativa a colaborar	64	4	85	4	80	12	48	5	71	5	73	14	47	5	77	1	93	4	74	
13.	Alienación del pensamiento	52	14	65	20	10	51	9	9	63	7	71	13	53	37	37	6	60	32	52	
14.	Pensamientos expresados en voz alta	50	14	65	40	14	43	15	50	7	71	14	47	15	51	15	53	16	16	16	
15.	Ideas delirantes de influencia	48	50	50	33	12	48	45	45	53	53	60	15	60	15	51	6	60	37	37	

<sup>a</sup> Los porcentajes indican la proporción entre el número de pacientes con unidades de análisis positivas y el número total de pacientes que forman el grupo.  
<sup>b</sup> No recibió puntuación.

**CUADRO 55. PUNTUACIONES PORCENTUALES MEDIAS  
EN 27 GRUPOS DE UNIDADES DE ANALISIS,  
EN EL GRUPO DISCREPANTE**

Grupos de unidades de análisis (154 pacientes)	Agra (N=32)	Moscú (N=39)	Washington (N=37)	Praga (N=15)
1. Trastorno psicomotor cuantitativo	14	6	4	19
2. Trastorno psicomotor cualitativo	15	2	2	12
3. Trastorno cuantitativo de la ideación	20	4	6	18
4. Trastorno cualitativo de la ideación	12	1	7	9
5. Ideas afectivas	14	27	25	26
6. Signos predelirantes	17	10	22	26
7. Vivencias de influencia	2	1	5	—
8. Ideas delirantes	8	5	9	9
9. Molestias neurasténicas	10	17	7	20
10. Falta de conciencia de enfermedad	65	69	27	79
11. Trastorno de la autopercepción	5	7	3	8
12. Desrealización	1	8	41	13
13. Alucinaciones auditivas	1	—	1	—
14. Alucinaciones « características »	—	—	—	—
15. Otras alucinaciones	1	2	1	—
16. Seudoalucinaciones	1	—	—	—
17. Depresión-exaltación	18	29	18	19
18. Ansiedad, tensión, irritabilidad	16	7	19	17
19. Aplanamiento	50	10	17	29
20. Incongruencia	40	15	10	6
21. Otras alteraciones afectivas	9	2	4	9
22. Cambio de la personalidad	14	13	11	12
23. Descuido de las normas sociales	50	5	2	19
24. Otras alteraciones del comportamiento	29	7	10	16
25. Trastornos psicofísicos	11	13	10	10
26. Dificultades de cooperación relacionadas con las circunstancias	19	41	40	28
27. Dificultades de cooperación relacionadas con el paciente	48	23	52	51

**CUADRO 56. LAS 15 UNIDADES DE ANALISIS  
MAS FRECUENTEMENTE POSITIVAS  
EN EL GRUPO DISCREPANTE DE CADA CENTRO  
Y DE LA TOTALIDAD DE LOS CENTROS,  
POR ORDEN DE FRECUENCIA Y POR PORCENTAJE  
DE PUNTUACIONES POSITIVAS <sup>a</sup>**

Orden (O)	Totalidad de los centros <sup>b</sup> (154 pacientes)	Puntuación (P)	Agra (N=32)		Moscú (N=39)		Washington (N=37)		Praga (N=15)	
			O	P	O	P	O	P	O	P
1. Descripción inadecuada	63	1	81	5=	38	1	81	1=	80	
2. Falta de conciencia de enfermedad	56	2	66	1	69	2	27	1=	80	
3. Negativa a colaborar	50	6	53	12=	26	2	62	3	73	
4. Contacto psíquico difícil	46	3=	63	12=	26	4=	54	4	60	
5. Recelo	39	8	47	15	3	57	3	57	33	
6. Talante deprimido	37	14=	31	2	51	6	46	27	27	
7. Ideas sombrías	34	13	3	49	13=	30	10=	40		
8. Ideas de referencia	34	22	15=	21	7=	38	10=	40		
9. Trastornos del tono de voz	28	7	50	15=	21	24	33	33		
10. Trastornos del sueño	27	28	18	7=	38	5=	47			
11. Desesperación	27	16	13	23	7=	38	5=	47		
12. Ideas delirantes de referencia	25	16	13	13	27	27	27	27		
13. Ideas delirantes de persecución	24	14=	31	3	24	20	20			
14. Humor delirante	23	13	13	13	13=	30	10=	40		
15. Hipocondríaco	23	22	6=	38	8	20	20			

<sup>a</sup> Los porcentajes indican la proporción entre el número de pacientes con unidades de análisis positivas y el número total de pacientes del grupo.

<sup>b</sup> Incluyendo 8 casos de Aarhus, 5 de Cali, 4 de Ibadán, 7 de Londres y 7 de Taipeh.

En el Cuadro 56 se enumeran por orden de frecuencia las 15 unidades de análisis más a menudo positivas en el grupo discrepante de todos los centros juntos y se muestra el orden de frecuencia de cada una de esas unidades en el grupo discrepante de cada uno de los cuatro centros en los que ese grupo estaba constituido por 15 o más pacientes. Así, de los 15 síntomas más frecuentes en la totalidad de los centros, 8 estaban entre los 15 más frecuentes en Agra. Las cifras correspondientes a los otros centros son: Moscú 10/15; Washington, 10/15 y Praga 8/15. Estos resultados sugieren que el grupo discrepante es menos homogéneo desde el punto de vista sintomatológico que el grupo concordante.

#### RESUMEN

Se ha definido un grupo concordante de pacientes esquizofrénicos formado por todos los enfermos que recibieron el diagnóstico clínico de esquizofrenia y que quedaron comprendidos tanto en la clase E del programa CATEGO como en uno de los racimos de McKeon que contenían un número de esquizofrénicos significativamente mayor de lo que podría atribuirse al azar. Se estimó que ese grupo concordante contiene muy pocos pacientes diagnosticados de esquizofrenia por falta de suficiente normalización del proceso diagnóstico, por variaciones de los supuestos clínicos o por factores culturales específicos. Al estudiarse los rasgos psicopatológicos del grupo concordante, se observó que lo caracterizan síntomas tradicionalmente asociados a la esquizofrenia: alucinaciones, ideas delirantes y aplanamiento afectivo. Al compararse la psicopatología del grupo concordante con la del grupo discrepante (esto es, el grupo de pacientes que han recibido el diagnóstico clínico de esquizofrenia pero que no quedaron comprendidos en la clase E del programa CATEGO ni en los racimos 4, 5 ó 7 de McKeon), resultó que esos síntomas predominaban más en el grupo concordante.

Al compararse las características psicopatológicas del grupo concordante con las de los pacientes psicóticamente deprimidos, se observó que entre uno y otro grupos había aún menos semejanzas que entre el segundo y el grupo compuesto por la totalidad de los esquizofrénicos. En todos los centros que participan en el EPIE había pacientes esquizofrénicos clasificados en el grupo concordante. Al compararse por centros la psicopatología de estos pacientes, se puso de manifiesto que los enfermos del grupo concordante presentaban una modalidad clínica análoga en todos los centros.

Por lo tanto, cabe llegar a la conclusión de que es posible identificar un grupo de pacientes esquizofrénicos que presentan un conjunto característico de síntomas que no varía de un centro a otro, y que en todos los

centros que participan en el estudio hay pacientes que pertenecen a dicho grupo.

Con los datos recogidos durante la observación ulterior de los pacientes podrá examinarse de nuevo al grupo concordante para comparar su curso y pronóstico con los de otros grupos de esquizofrénicos, y para determinar si el curso y pronóstico de los pacientes del grupo concordante son tan semejantes como sus síntomas. Si se comprueba esa semejanza tanto en el curso y el pronóstico de la enfermedad como en la sintomatología de los pacientes, el grupo concordante será muy útil para estudiar ciertas variables sociodemográficas, culturales y etiológicas que pueden ser importantes en la esquizofrenia. Asimismo, las características del grupo concordante pueden servir de base para formular una definición operacional de la esquizofrenia que pueda aplicarse transculturalmente.

---

## CAPITULO 9

### DEBATE Y CONCLUSIONES

Ahora ya es posible ver hasta qué punto se puede dar respuesta a las cuestiones metodológicas y a las relativas a la naturaleza y distribución de la esquizofrenia planteadas en el Capítulo 1. Más allá del objetivo inmediato de dar respuesta a esas cuestiones se trataba en último término de fomentar estudios epidemiológicos para facilitar la prevención y la lucha contra esta enfermedad. La medicina social y una de sus ramas, la psiquiatría social, tienen como uno de sus objetivos primordiales el de llegar a comprender las relaciones entre la morbilidad y el medio ambiente. Ese intento tendrá mayores probabilidades de éxito si se parte de definiciones convenidas.

En consecuencia, se han limitado deliberadamente los fines inmediatos. Los investigadores conocían muy bien los riesgos que esconde este sector de la investigación y la opinión de algunos expertos de que sería prematuro emprender vastos proyectos internacionales de este tipo. Se estimó, sin embargo, que probablemente se podrían realizar progresos si se fijaban objetivos precisos, limitados y a corto plazo, dando especial importancia a los métodos. Ya el hecho de averiguar si cabe afirmar con propiedad que se da la esquizofrenia en nueve grupos de población diferentes representaría un evidente enriquecimiento de los conocimientos actuales.

Actualmente se llevan a cabo estudios psiquiátricos en todo el mundo, pero sus resultados no pueden ser plenamente aprovechados si la « esquizofrenia » de un estudio no es equiparable a la de otro. Ciertamente no

se ha intentado determinar la distribución de las psicosis funcionales en las poblaciones estudiadas. Constituiría un progreso encontrar indicios de una distribución diferencial. No obstante, el que se pudiese resolver la cuestión de la existencia de la esquizofrenia en nueve grupos de población supondría que se había logrado elaborar métodos para normalizar el acopio y la clasificación de datos clínicos y que esos métodos habían sido aplicados con éxito por equipos de investigación especialmente preparados. Con ello se habría dado un paso hacia la solución de uno de los problemas epidemiológicos fundamentales. Además, la única ventaja no sería la de poder comparar los estudios epidemiológicos. Las investigaciones sobre la genética, la etiología, el desencadenamiento, el tratamiento, el pronóstico o el curso de la enfermedad ganarían una nueva dimensión si se pudiese, con cierta seguridad, establecer comparaciones entre ellas. Así pues, los objetivos inmediatos del EPIE, aunque limitados, tienen importantes consecuencias.

#### CUESTIONES METODOLOGICAS

##### *Estudios psiquiátricos internacionales en colaboración*

Una de las cuestiones metodológicas que se quería resolver con el EPIE era averiguar si sería factible coordinar y hacer aplicable un estudio que implique el establecimiento y la colaboración de centros psiquiátricos de investigación en muchos países distintos con situaciones culturales y socioeconómicas diferentes.

En el Volumen 1 del informe del EPIE (Organización Mundial de la Salud, 1974) se describen detalladamente los numerosos problemas que entraña la realización de ese estudio. Lo notable de la experiencia del EPIE es que demuestra que es posible llevar a cabo eficazmente una investigación transcultural en gran escala si se establece una coordinación central, se ofrecen oportunidades frecuentes de comunicación directa y personal entre los colaboradores y se adiestra a éstos suficientemente en los métodos de investigación.

Los datos facilitados por los centros de investigación de los países en desarrollo y su organización de las investigaciones eran de calidad comparable a la de los obtenidos en los centros de los países desarrollados, lo cual demuestra que los investigadores de países en desarrollo pueden realizar trabajos avanzados de investigación siempre que se organicen adecuadamente los medios de investigación de esos países. Cualquier tipo de trabajo a largo plazo hace indispensable en todos los centros el empleo de personal de los países, desarrollados o en desarrollo, donde se efectúa la investigación. El personal que permanece durante largo tiempo en el mismo centro puede aprovechar las ideas surgidas en un

proyecto de investigación para continuar o ampliar los estudios en curso. Si los investigadores vienen de fuera, es improbable esa continuidad y podrían desperdiciarse oportunidades de investigación interesantes.

Las dificultades de comunicación entre centros muy separados producen muchas demoras en todas las etapas de un proyecto. La experiencia adquirida en el EPIE indica que el tiempo preciso para un estudio internacional en gran escala aumenta con la distancia que media entre los centros.

La organización de un grupo de centros de investigación en países muy separados y social y culturalmente diferentes tiene quizá como ventaja principal y más duradera el establecimiento de una red internacional que pueda servir de base para futuros proyectos internacionales de investigación y para la formación de investigadores.

### *Elaboración de medios y métodos normalizados de investigación*

Entre las diversas técnicas de medida empleadas o elaboradas en el EPIE, se han confirmado las ventajas y limitaciones del Examen del Estado Actual (EEA), parcialmente normalizado. Para utilizarlo adecuadamente, es preciso advertir las siguientes limitaciones inherentes a esta técnica. Esas limitaciones son necesarias para el éxito de la entrevista y hay que tenerlas presentes al interpretar los resultados.

1. Las rúbricas del EEA se refieren exclusivamente a fenómenos clínicos clásicos como fobias, obsesiones, ideas delirantes o trastornos de la percepción, y el formulario no es para obtener información sobre actitudes más generales, fantasías o el contenido de los sueños.

2. El periodo abarcado por el EEA es el mes anterior al interrogatorio si se trata de síntomas descritos subjetivamente y el periodo mismo del examen para la evaluación del lenguaje, de las manifestaciones afectivas observadas y del comportamiento. Esta técnica no sirve, por lo tanto, para la descripción de los trastornos cuyo diagnóstico precisa de una historia clínica, como las desviaciones de la personalidad, el retraso mental y el abuso de drogas o de alcohol, a no ser que se añada algún trastorno neurótico o psicótico.

3. El EEA es válido sobre todo durante las fases agudas de la enfermedad (por lo que, en ocasiones, puede ser preciso efectuarlo en dos o más etapas).

4. Esta técnica no se aplica a los signos y síntomas de enfermedad cerebral orgánica, ya que hay otros medios más seguros para evaluarlos.

5. La exploración consiste en un interrogatorio. El clínico parte de una definición aceptada de cada síntoma e interroga al paciente hasta que adquiere la certidumbre de la presencia o ausencia del síntoma. La decisión compete al interrogador; la respuesta afirmativa o negativa

del paciente no zanja la cuestión. Por ello, los psiquiatras habituados a la práctica del interrogatorio no dirigido encuentran a veces difícil adaptar su propia técnica, y algunos se resisten a ello.

El estudio puso también de manifiesto las siguientes ventajas del EEA. Es aceptable para los pacientes y para la mayor parte de los clínicos y pudo ser practicado sin dificultad en los nueve centros. Tal como están definidos los síntomas, son fáciles de comprender y valorar. Las rúbricas se traducen fácilmente a idiomas de estructuras muy diferentes. La técnica del interrogatorio es extraordinariamente flexible sin que pierda fiabilidad. La exactitud de los valores atribuidos, desde el punto de vista del clínico, se basa en gran medida en el hecho de que no está rellenando un cuestionario sino decidiendo por sí mismo si un síntoma existe o no. Cuando un clínico experimentado practica un EEA, es difícil advertir, sin un conocimiento especial, que el interrogatorio está normalizado. Los elementos evaluados guardan evidente relación con la información que la mayoría de los clínicos quieren obtener acerca de sus pacientes y permiten conocer el « estado actual » en su conjunto. Muchos psiquiatras han incorporado en su trabajo clínico habitual parte de esta técnica, que ha sido aplicada con éxito para la formación de especialistas. Más adelante se examinan sus méritos en lo que respecta a la clasificación.

Inicialmente se organizaron actividades conjuntas de formación sobre la práctica del EEA en el centro de investigaciones de Londres. Durante todo el periodo del estudio, se celebraron periódicamente seminarios de formación en los que se evaluaron interrogatorios grabados magnetoscópicamente, filmados y reales y se debatió detalladamente la valoración de cada elemento. Este procedimiento fue muy útil para esclarecer el significado de las preguntas y definiciones y para explicar las instrucciones que no se podían detallar en el formulario. También se determinaron y debatieron los problemas de cifrado. El examen de los resultados de esas actividades permitió asimismo evaluar la concordancia entre los distintos centros.

En los centros mismos se procedió a una evaluación más directa de la objetividad de los resultados. Cada seis entrevistas había una simultánea y además se organizaron 45 entrevistas consecutivas en las que un mismo paciente era interrogado en dos ocasiones distintas con algunos días de intervalo. Para analizar la objetividad de los valores atribuidos a cada rúbrica se empleó el coeficiente de correlación en la clase. La variación observada en los centros entre pares de psiquiatras fue de 0,43-0,97, con una mediana de 0,77. La valoración de las rúbricas, basada en las manifestaciones de los pacientes, era más objetiva que la basada en la observación.

Aunque hubiera facilitado la evaluación y el mantenimiento de la

objetividad, por desgracia no fue posible que un psiquiatra de la Sede de la OMS dedicara tiempo suficiente a evaluar y comparar personalmente las técnicas empleadas para las entrevistas en los distintos centros. Se pusieron a prueba la valoración de las respuestas de los pacientes, y el cifrado y la clasificación de los resultados, pero sin que se pudiese saber si las técnicas de entrevista variaban considerablemente de un centro a otro. Indudablemente se cometieron errores de valoración, como se ha indicado en el Capítulo 6. Pero, según los resultados de la prueba de fiabilidad, parece que han sido relativamente pocos. No obstante, los que se descubrieron resultaron muy instructivos. Se hizo evidente la necesidad de un glosario especial de síntomas para definir claramente la diferencia entre determinados síntomas (por ejemplo, entre las ideas delirantes de referencia y las alucinaciones auditivas que hablan en tercera persona, entre las ideas delirantes de influencia y la creencia subcultural de ser poseído, o entre la imposición de pensamientos y la convicción exaltada de que éstos vienen de Dios).

Así, el EEA fue objeto de una comprobación bastante amplia en nueve centros diferentes y pareció aceptable, aplicable y fiable.

No se recomienda el empleo generalizado de la versión del EEA utilizada en el EPIE; sólo se debería emplearla en estudios de fines semejantes a los del Estudio y con una formación especializada. En los centros de investigación se procedió a extensos ensayos clínicos del EEA que permitieron revisarlo y hacerlo aún más útil para el Estudio Piloto Internacional. La experiencia adquirida en este Estudio ha suministrado abundante material para nuevas revisiones o adaptaciones del EEA para otros estudios nacionales, internacionales o transculturales.

Otras técnicas fueron elaboradas especialmente para este estudio. En consecuencia, están todavía relativamente poco normalizadas y son bastante menos seguras que el EEA. Es sumamente difícil hacer evaluaciones transculturales comparables de detalles de la historia psiquiátrica, y de los antecedentes sociales o funcionales. No obstante, dada la capital importancia de esas evaluaciones para el estudio de los trastornos psiquiátricos, es indispensable que se siga trabajando en la elaboración de métodos adecuados para evaluar esas variables.

### *Organización de equipos de investigadores*

Se escogieron nueve centros que tenían psiquiatras interesados y experimentados en epidemiología y que satisfacían los criterios expuestos en el Capítulo 2, de forma que era probable que se pudiese disponer de una serie adecuada de pacientes. Cinco centros estaban en institutos de investigación con una antigua tradición de trabajo científico que aportaron su propio personal e instalaciones e introdujeron el EPIE en sus

programas de investigación. Los otros cuatro centros estaban en departamentos universitarios de psiquiatría situados en ciudades de países en desarrollo.

A los psiquiatras y especialistas en ciencias sociales de los nueve centros les resultó relativamente fácil dominar las técnicas empleadas en el estudio y aplicarlas adecuadamente, colaborar en la preparación y dirección de las actividades de investigación, organizar y dirigir el acopio, cifrado y envío de los datos y cooperar unos con otros para asegurar el progreso equilibrado de todo el proyecto.

Todos los equipos de investigadores encontraron la experiencia interesante desde los puntos de vista científico y clínico, y el espíritu que reinaba en todos los grupos hizo que la colaboración fuese mutuamente instructiva y satisfactoria. Los resultados del estudio han sugerido varios temas de investigación, cada uno de los cuales está siendo estudiado en colaboración por dos o más centros. También se ha enriquecido la formación clínica.

Cabe, pues, concluir que es posible adiestrar a equipos de investigadores en el empleo de técnicas y métodos normalizados de investigación de forma que se puedan hacer observaciones comparables tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Ese aspecto del EPIE ha sido un éxito notable.

La organización de equipos de este género tiene otra consecuencia importante, sobre todo en los países en desarrollo. Una vez creada en una escuela la tradición de un trabajo epidemiológico especializado, algunos de los psiquiatras jóvenes allí formados querrán especializarse en esta disciplina. Es de esperar que el presente estudio haya servido para formar futuros profesores de epidemiología psiquiátrica.

#### CUESTIONES SOBRE LA NATURALEZA Y LA DISTRIBUCION DE LA ESQUIZOFRENIA

De las cuestiones relativas a la naturaleza de la esquizofrenia planteadas en el Capítulo 1, no se pueden examinar las relativas a su curso hasta que no esté terminado el análisis de la evolución ulterior. Las otras cuestiones se refieren a la identificación de la esquizofrenia en distintas partes del mundo, a las analogías y diferencias entre grupos de esquizofrénicos de diferentes países y a las analogías y diferencias entre la esquizofrenia y otras psicosis funcionales. Estas cuestiones han sido abordadas de cinco maneras principales: determinación de la distribución de los diagnósticos en las nueve series de pacientes, análisis de la psicopatología de grupos de pacientes, aplicación del diagnóstico mediante ordenadora, análisis de racimos e identificación y descripción de un grupo concor-

dante de esquizofrénicos en cuyo diagnóstico coinciden los tres métodos de clasificación.

### *Distribución de los diagnósticos clínicos*

El método más directo para investigar si es posible identificar la esquizofrenia y otras psicosis funcionales en poblaciones de culturas diferentes consistía en estudiar la distribución de los diagnósticos en las nueve series de pacientes. Cuando el criterio aplicado fue el diagnóstico clínico, apenas cabía duda de la respuesta, ya que todos los centros aportaron casos diagnosticados de esquizofrenia, manía y psicosis depresiva. Esto, evidentemente, no deja zanjado el problema, ya que es concebible que esos términos signifiquen cosas diferentes según los países. Los otros cuatro procedimientos permitieron examinar la cuestión más detalladamente.

### *Análisis de la psicopatología*

Como todos los pacientes habían sido sometidos al EEA, era posible describir los perfiles clínicos de los diversos grupos de diagnósticos que señalaban la frecuencia de los síntomas sobre la base de las puntuaciones en las rúbricas del EEA, pudiéndose entonces comparar los perfiles de los diferentes centros y grupos de diagnóstico. Esa comparación reveló que el grupo de pacientes a los que se había diagnosticado de esquizofrenia (categoría 295 de la CIE) en un centro solían tener un perfil sintomatológico semejante al de los pacientes que habían recibido el mismo diagnóstico en los demás centros. Lo mismo cabe decir de los pacientes con depresión psicótica (296.0, 296.2 y 298.0). El perfil del grupo de pacientes esquizofrénicos es muy diferente del de los que padecen depresión psicótica.

También era muy grande la semejanza entre los centros en lo que respecta a la psicopatología de distintos subgrupos de la esquizofrenia cuando se establecieron las comparaciones entre aquellos centros que tenían un número de pacientes de cada subgrupo lo bastante grande para permitir el análisis. No obstante, la clasificación de la esquizofrenia en subgrupos no es totalmente satisfactoria, ya que la semejanza entre los distintos subgrupos esquizofrénicos de un mismo centro era tan grande o mayor que la semejanza de los subgrupos entre los distintos centros. Se está procediendo a nuevos análisis para estudiar la cuestión más detenidamente.

### *Diagnóstico mediante ordenadora*

Se intentó normalizar los principios diagnósticos que parecen utilizar los clínicos y aplicarlos, en forma de un programa de cálculo electrónico,

a los datos del EEA con objeto de obtener una clasificación de referencia totalmente normalizada. Si la clasificación así obtenida coincidía con la clasificación resultante de los diagnósticos de los psiquiatras participantes, apenas cabría dudar de que *a*) las normas diagnósticas de los psiquiatras habían quedado representadas de alguna manera claramente especificable en el programa de instrucciones de la ordenadora, y de que *b*) sería preciso aplicar los mismos principios en todos los centros. En este caso, para averiguar la distribución de los principales grupos de diagnóstico en las nueve series, podrían servir tanto la clasificación de la ordenadora como los diagnósticos de los psiquiatras.

Si, en cambio, hubiese divergencias entre ambos tipos de clasificación, tal vez se podría aprovecharlas para hacer más objetivo el diagnóstico. Si, por ejemplo, la clasificación de la ordenadora coincide con los diagnósticos de un grupo de psiquiatras pero no con los de otros grupos, un estudio de las divergencias revelaría tal vez qué criterios de diagnóstico aplica cada grupo y si se podrían eliminar esas divergencias.

De hecho, fue muy grande la coincidencia entre la clasificación CATEGO y los diagnósticos clínicos (distribuidos en esquizofrenia, manía y depresión psicótica) en siete de los centros, y considerable en los dos centros restantes. Dentro de los límites fijados por el EEA y el sistema CATEGO, cabe, por lo tanto, una respuesta inequívoca en cuanto a la distribución de las psicosis funcionales. Aplicando como criterio una clasificación coincidente por el psiquiatra del centro y por el sistema CATEGO, en las nueve series de pacientes se registran las tres psicosis funcionales. Concretamente, la esquizofrenia, en una forma inmediatamente reconocible para la mayoría de los psiquiatras del mundo (y diagnosticada ordinariamente como de tipo paranoide), es con mucho el trastorno más frecuente en cada serie. Los síntomas centrales son en la mayoría de los casos las ideas delirantes de influencia, la publicación del pensamiento, la imposición de pensamientos, el robo del pensamiento y ciertos tipos de alucinaciones auditivas. También se registran en las nueve series la manía y los trastornos depresivos.

No resultó tan convincente la identificación de subgrupos de la esquizofrenia. El sistema CATEGO no permitía distinguir con facilidad entre los tipos paranoide, hebefrénico, agudo y esquizoafectivo. Los perfiles eran muy semejantes (véase el Capítulo 5). Tal vez sería posible efectuar un diagnóstico diferencial fiable teniendo en cuenta otros factores, como la edad, el sexo, el modo de comienzo y la personalidad anterior.

Las únicas divergencias importantes con la clasificación CATEGO se encontraron en las dos series recogidas en Moscú y en Washington. El centro de Moscú es famoso por su escuela de pensamiento en materia de diagnóstico, cuyos principios se han resumido en el Capítulo 3. Se da gran importancia al curso de la enfermedad, así como a ciertas altera-

ciones de la personalidad del paciente. Esta es precisamente la clase de factores que no se tiene en cuenta en el sistema CATEGO. La situación en Washington es parecida en términos generales, aunque difiera en los detalles. También aquí se da considerable importancia a las alteraciones de la personalidad, al comportamiento social y a detalles de la historia clínica, que no se toman en consideración en el sistema CATEGO. Aunque la escuela de Moscú utiliza subgrupos de la esquizofrenia poco conocidos en otras partes (de curso escalonado, lenta y periódica), mientras que el centro de Washington utiliza las categorías tradicionales, el resultado es en ambos casos una ampliación considerable de los límites de la esquizofrenia en comparación con lo habitual en los otros siete centros y en el sistema CATEGO. Es imposible decir si se podría fijar una nueva serie de normas precisas aplicables a datos comprobados de la historia clínica, pero merecería la pena intentarlo.

Ciertas divergencias poco frecuentes pero importantes entre la clasificación efectuada por diagnóstico y la operada mediante ordenadora señalaron la necesidad de definir mejor síntomas como las ideas delirantes de influencia, la imposición de pensamientos y diversos tipos de alucinaciones auditivas. Cabría incorporar esas definiciones en los futuros estudios.

### *Análisis de racimos*

El método CATEGO se basa en un principio jerárquico análogo al aplicado por los clínicos en el diagnóstico. Si se observan ciertos síntomas esquizofrénicos fundamentales, se hace un diagnóstico de esquizofrenia independientemente de los otros síntomas que existan, a menos, evidentemente, que sean de origen orgánico. Sólo cuando no se diagnostica esquizofrenia se piensa en otro diagnóstico. Aunque no siempre suceda así, parece ser lo más frecuente. El análisis de racimos es un método completamente distinto, en el que a todas las rúbricas valoradas en el EEA se da la misma importancia para el diagnóstico. Una vez establecido el programa de análisis es posible clasificar a una serie de pacientes sin recurrir a juicio clínico alguno. De los diversos métodos de análisis de racimos, se prefirió la técnica de McKeon para una aplicación amplia y se compararon los racimos así obtenidos con los diagnósticos de los centros, por una parte, y con la clase CATEGO, por la otra.

Examinados los grupos clínicos o CATEGO desde el punto de vista de los racimos, parecen tener poca homogeneidad o fundamento. La esquizofrenia paranoide, por ejemplo, que parece tan uniforme y estable en los perfiles del Capítulo 5 y que resulta confirmada como el grupo esquizofrénico central por el sistema CATEGO en el Capítulo 6, tiende a disgregarse si se la considera desde el punto de vista de los racimos de

McKeon. Ello obedece probablemente a que en los criterios aplicados para el análisis de racimos se da la misma importancia a un síntoma como la ansiedad que a otro como las alucinaciones auditivas. Los racimos son, por lo tanto, totalmente diferentes de los grupos de diagnósticos, aunque aparezcan síndromes identificables clínicamente. El análisis de racimos tiene también la limitación de que no da una clasificación definitiva de los pacientes, ya que la distribución de éstos en los racimos depende siempre en parte de la serie concreta de casos de la población que se evalúa. No obstante, de los tres métodos de clasificación aplicados en este estudio, es el único capaz de ofrecer nuevas posibilidades de clasificación basadas en el análisis de los datos de la serie completa. Es también el único con el que se pueden formar grupos de pacientes diferentes de los tradicionales: esquizofrenia, manía y depresión. Por ejemplo, con esta técnica fue posible separar del resto de la serie de 1202 pacientes a 28 del centro de Agra que presentaban una sintomatología especialmente florida e insólita.

El análisis de racimos sirvió en algo también para apreciar la validez de dos subgrupos diagnósticos de la esquizofrenia, la forma catatónica y la hebefrénica, ya que los pacientes diagnosticados así en los centros tendían a concentrarse en determinados racimos. Aunque en el Capítulo 5 se pudo observar que en determinados subgrupos de esquizofrénicos diagnosticados clínicamente son muy frecuentes ciertos síntomas, ni los perfiles de los grupos diagnósticos descritos en ese capítulo ni el procedimiento CATEGO expuesto en el Capítulo 6 permitieron corroborar la validez de los subgrupos de la esquizofrenia.

Los grupos de pacientes obtenidos por cualquier sistema de clasificación serán en último término válidos o no según su utilidad clínica y el grado en que ayuden a prever el desenlace u otras variables que sirvan para confirmar su validez. Indudablemente, cabe profundizar mucho más el análisis de racimos, por lo que el Capítulo 7 sólo es una introducción a una cuestión que será un tema importante de investigación en lo futuro.

### *El grupo concordante*

Otra manera de investigar la cuestión de si hay grupos análogos de esquizofrénicos en los diferentes centros era comparar los resultados del diagnóstico clínico, de la clasificación CATEGO y del análisis de racimos. Se estimó que los pacientes a los que se había diagnosticado de esquizofrenia tanto por el examen clínico como por el método CATEGO y que habían sido incluidos en racimos que seleccionaban a pacientes esquizofrénicos representaban un grupo en el que había pocos pacientes considerados esquizofrénicos por falta de normalización del proceso diagnós-

tico o por factores relacionados con el medio cultural. Este grupo de pacientes, en el que coincidían los tres sistemas de clasificación, fue denominado grupo concordante. Se observó que había esquizofrénicos pertenecientes a este grupo en las nueve series de pacientes, otro hecho que permite afirmar que hay grupos semejantes de esquizofrénicos en cada uno de los nueve centros de este estudio. Los esquizofrénicos del grupo concordante de los diversos centros eran más homogéneos que los del grupo de todos los esquizofrénicos. Durante la etapa de observación ulterior del estudio se prestará especial atención al grupo concordante para determinar si su pronóstico y su curso son más o menos uniformes que el pronóstico y el curso del grupo de todos los esquizofrénicos o de determinados subgrupos clínicos.

### CONCLUSIONES

Los resultados que se acaban de resumir indican que con los métodos puestos en el Capítulo 1 es posible encontrar casos de esquizofrenia, manía y psicosis depresivas en las series de pacientes recogidas en los nueve centros. Otros sistemas de acopio de datos y otros criterios de clasificación hubieran tal vez llevado a resultados diferentes, mucho menos favorables a la nosología actual. En relación con lo debatido en el Capítulo 3, el Estudio Piloto Internacional sobre la Esquizofrenia ha demostrado la posibilidad de llevar a cabo en diferentes partes del mundo estudios sobre la esquizofrenia, en el sentido estricto de la palabra, con la seguridad de que los resultados serán comparables, a condición de que se apliquen técnicas análogas a las empleadas en este estudio. Esto representa un progreso considerable, aunque limitado. Naturalmente, no es necesario desechar el concepto más amplio de esquizofrenia utilizado (aunque probablemente en sentido diferente) en Moscú y Washington, pero cualquiera que sea la explicación de la diferencia entre la definición estricta (susceptible ahora de delimitación precisa) y la definición amplia tiene los mismos inconvenientes que solía tener el concepto global de esquizofrenia. Mientras no se pueda darle una definición práctica y de fácil aplicación, comunicable a otros sin dificultad, no se podrá estudiarla con la esperanza de obtener resultados comparables en todos los centros de investigación. Esto no significa que sea imposible hacer un trabajo útil, sino que son menos probables los resultados satisfactorios. Este es, pues, un tema de investigación que es urgente explorar.

Hay menos controversias respecto a la manía y las depresiones, pero de todos modos es alentador poder identificar con seguridad esas afecciones y distinguir las de la esquizofrenia. Un aspecto que los métodos

aplicados no permiten evaluar con la certidumbre deseable es si existen también diferencias considerables entre pacientes con un mismo diagnóstico, como esquizofrenia, manía o trastorno depresivo. Nuestras técnicas están ideadas principalmente para descubrir características comunes, que indudablemente existen. No obstante, el análisis de racimos hace pensar que también hay diferencias entre pacientes que han recibido el mismo diagnóstico en centros diferentes. Tal vez lleguen también a resultar útiles otros sistemas de investigación además del aplicado actualmente.

La etapa de observación ulterior del EPIE permitirá poner a prueba diversas hipótesis surgidas de los análisis efectuados en el presente volumen. Por ejemplo, con arreglo a las hipótesis jerárquicas incorporadas en el programa CATEGO, es de esperar que pocos pacientes de los grupos afectivos manifiesten síntomas esquizofrénicos durante el periodo de observación ulterior, mientras que estos síntomas se observarán probablemente en muchos esquizofrénicos. Por otra parte, ambos grupos manifestarán ordinariamente síntomas afectivos. Para confirmar estas previsiones apenas cabe recurrir a la comprobación externa; se trata más bien de continuidad en el tiempo. El desenlace social puede constituir un criterio más externo. También cabe basarse en la respuesta al tratamiento. Estos criterios externos pueden servir asimismo para determinar el valor de previsión de los diagnósticos clínicos, de las unidades de análisis, de los racimos obtenidos por vía empírica y del grupo concordante de esquizofrénicos.

La etapa de observación ulterior permitirá también describir la evolución clínica y social de los diversos grupos diagnósticos en nueve países diferentes. En los Volúmenes 2 y 3 del informe del EPIE se presentarán los resultados de esos estudios.

Así, pues, además de los temas concretos de investigación sugeridos por los resultados del EPIE (¿Por qué la manía es tan frecuente en la serie de Aarhus? ¿Por qué son tan frecuentes en Agra los diagnósticos de esquizofrenia catatónica y de tipo no especificado? ¿Cuáles son las características de los casos diagnosticados de esquizofrenia únicamente en Moscú y Washington?), convendría indagar diversas cuestiones de carácter general. La posibilidad demostrada de realizar vastos estudios transculturales en los que colaboren psiquiatras y otro personal de salud mental de países muy separados y diferentes por sus características socio-culturales y el establecimiento de centros de investigación capaces y deseosos de proseguir esa colaboración parecen indicar que será posible llevar a cabo esa labor.

Aparte de las respuestas precisas que se pueden dar a las cuestiones relativas a la naturaleza y a la distribución de la esquizofrenia, la principal utilidad del EPIE es haber demostrado la posibilidad de aplicar

técnicas para describir y clasificar los fenómenos clínicos de forma normalizada, de modo que por lo menos tres grupos principales de diagnósticos pueden ser identificados, dentro de ciertos límites, en muchas partes del mundo. La mayor comparabilidad que ello implica facilitaría los estudios genéticos, etiológicos, epidemiológicos, terapéuticos y del pronóstico. Pero, sobre todo, la importancia de la psiquiatría en los programas de salud pública cada vez más vastos que están organizando la OMS y los gobiernos de los países depende de que tenga una sólida base clínica que pueda servir para la planificación y evaluación. Se estima que, gracias al Estudio Piloto Internacional sobre la Esquizofrenia, la psiquiatría clínica reposa sobre fundamentos más firmes y precisos que antes.

---

## BIBLIOGRAFIA

- Baruk, H. (1959) *Traité de psychiatrie, tome 1*, Paris, Masson
- Baruk, H. (1963) Le problème de la schizophrénie. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 147, N° 18-19
- Birnbaum, A. y Maxwell, A. E. (1961) Classification procedures based on Bayes's formula. *Applied Statistics*, 9, 152
- Bleuler, E. (1911) Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. En: Aschaffenburg, D., ed. *Handbuch der Psychiatrie*, Leipzig y Viena, Deuticke
- Bleuler, M. (1972) Klinik der schizophrenen Geistesstörungen. En: *Psychiatrie der Gegenwart*, Heidelberg, Springer, vol. 2, pág. 1
- Bonnaud, M. (1970) Enquête sur la santé mentale en Polynésie française. *Annales médico-psychologiques*, 128, I (3), 375-421
- Brooke, E. M. (1967) *A census of patients in psychiatric beds*, Londres, Her Majesty's Stationery Office
- Brown, G. W. y cols. (1966) *Schizophrenia and social care*, Londres, Oxford University Press (*Maudsley Monograph Series*, N° 17)
- Collomb, H. (1968) *Ethnopsychiatrie et évolution de la schizophrénie (Confrontations psychiatriques, 2)*
- Cooper, J. E. (1970) Use of a procedure for standardising psychiatric diagnosis. En: Hare, E. H. y Wing, J. K., ed. *Psychiatric epidemiology*, Londres, Oxford University Press, pág. 109
- Cooper, J. E. y cols. (1969) Comparative study of diagnosis of mental disorders: some results for the first comparative investigation. *American Journal of Psychiatry*, 125, supl. 10, 21
- Cooper, J. E. y cols. (1972) *Psychiatric diagnosis in New York and London*, Londres, Oxford University Press (*Maudsley Monograph Series*, N° 20)
- Davison, K. y Bagley, C. R. (1969) Schizophrenia-like psychoses associated with organic disorders of the central nervous system: a review of the literature. En:

- Herrington, R. N., ed. *Current problems in neuropsychiatry*, Londres, pág. 113 (British Journal of Psychiatry Special Publication N° 4)
- Dunaif, S. y Hoch, P. H. (1955) Pseudopsychopathic schizophrenia. En: Hoch, P. H. y Zubin, J., ed. *Psychiatry and the law*, Nueva York y Londres, Grune & Stratton, pág. 169
- Dunham, H. W. (1965) *Community and schizophrenia: an epidemiological analysis*, Detroit, Michigan, Wayne State University Press
- Edwards, D. A. W. (1971) Discriminative information in diagnosis. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, **64**, 676
- Ey, H. (1957) *Unité et diversité de la schizophrénie. 2me Congrès Mondial de Psychiatrie*, Zurich, Orell Füssli, vol. 1, pág. 144
- Fleiss, J. L. y Zubin, J. (1969) On the methods and theory of clustering. *Multivariate Behaviour Research*, **4**, 235
- Fremming, K. H. (1951) *The expectation of mental infirmity in a sample of the Danish population*, Londres, Cassell and the Eugenics Society (*Occasional Papers on Eugenics*, N° 7)
- Goldberg, E. M. y Morrison, S. L. (1963) Schizophrenia and social class. *British Journal of Psychiatry*, **109**, 785
- Greenhouse, S. W. y Geisser, R. (1959) On methods in the analysis of profile data. *Psychometrika*, **24**, 95
- Gruenberg, E. M., ed. (1966) Evaluating the effectiveness of community mental health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, **64** (1), parte 2, 11
- Gruhle, H. W. (1963) Über den Wahn bei Epilepsie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, **154**, 345
- Gurland, B. J. y cols. (1969) Cross-national study of diagnosis of the mental disorders: some comparisons of diagnostic criteria from the first investigation. *American Journal of Psychiatry*, **125**, supl. 10, 30
- Hagnell, O. (1966) *A prospective study of the incidence of mental disorder*, Lund, Svenska Bokförlaget
- Hare, E. H. (1956) Mental illness and social conditions in Bristol. *Journal of Mental Science*, **102**, 349
- Hoch, P. H. y Polatin, P. (1949) Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, **23**, 248
- Hollingshead, A. B. y Redlich, F. C. (1958) *Social class and mental illness: a community study*, Nueva York, Wiley
- Ingham, J. G. y cols. (1972) Psychiatric disorder and its declaration in contrasting communities in South Wales. *Psychological Medicine*, **2**, 281
- Kasanin, J. (1933) The acute schizo-affective psychoses. *American Journal of Psychiatry*, **13**, 97
- Kendell, R. E. y Gourlay, J. (1970) Clinical distinction between the affective psychoses and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, **117**, 261
- Kendell, R. E. (1971) Psychiatric diagnosis in Britain and the United States. *British Journal of Hospital Medicine*, **7**, 147
- Kendell, R. E. y cols. (1971) The diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, **25**, 123
- Knight, R. P. (1953) Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, **17**, 1
- Kohn, M. L. (1968) Social class and schizophrenia: a critical review. En: Rosenthal, D. y Kety, S., ed. *Transmission of schizophrenia*, Londres y Nueva York, Pergamon, pág. 155
- Kraepelin, E. (1896) *Psychiatrie*, 5ª ed., Leipzig, Barth
- Kraepelin, E. (1899) Zur Diagnose und Prognose der Dementia Praecox. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*, **56**, 254

- Kramer, M. (1963) Some problems for international research suggested by observations on differences in first admission rates to the mental hospitals of England and Wales. En: *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry, Montreal, 1961*, Montreal, University of Toronto Press y McGill University Press, vol. 3, pág. 153
- Kramer, M. (1969a) *Applications of mental health statistics*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud
- Kramer, M. (1969b) Cross-national study of diagnosis of the mental disorders: origin of the problem. *American Journal of Psychiatry*, **125**, supl. 10, 1
- Langfeldt, G. (1963) Atypical schizophrenias, with special reference to the content of the term « schizophreniform psychoses ». En: *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry, Montreal, 1961*, Montreal, University of Toronto Press y McGill University Press, vol. 3, pág. 33
- Leighton, D. C. y cols. (1963a) *Psychiatric disorder among the Yoruba*, Nueva York, Cornell University Press
- Leighton, D. C. y cols. (1963b) *The character of danger: psychiatric symptoms in selected communities*, Nueva York, Basic Books
- Lemkau, P. y cols. (1941) Mental hygiene problems in an urban district. *Mental Hygiene*, **25**, 624
- Lewis, A. (1950) En: *Proceedings of the First World Congress of Psychiatry, vol. 2*, París, Hermann, pág. 247
- Lewis, A. J. (1953) Health as a social concept. *British Journal of Sociology*, **4**, 109
- Lin, T.-Y. (1953) A study of the incidence of mental disorders in Chinese and other cultures. *Psychiatry*, **16**, 313
- Lin, T.-Y. y Standley, C. C. (1962) *Importancia de los métodos epidemiológicos en psiquiatría*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (*Cuadernos de Salud Pública*, N° 16)
- Malzberg, B. (1940) *Social and biological aspects of mental disease*, Utica, Nueva York, State Hospital Press
- Maxwell, A. E. (1970) Comparing the classification of subjects by two independent judges. *British Journal of Psychiatry*, **116**, 651
- McKeon, J. J. (1967) *Hierarchical cluster analysis*, Washington, Laboratorio Biométrico de la Universidad George Washington
- Meehl, P. E. y Rosen, A. (1955) Antecedent probability and the efficiency of psychometric signs, patterns or cutting scores. *Psychological Bulletin*, **52**, 194
- Meyer, A. (1948) The dynamic interpretation of dementia praecox. En: Lief, A., ed. *The commonsense psychiatry of Dr Adolf Meyer*, Nueva York, McGraw-Hill, pág. 247
- Murphy, H. B. M. (1965) The epidemiological approach to transcultural psychiatric research. En: Rueck, A. V. S. y Porter, R., ed. *Transcultural psychiatry*, Londres, Churchill, pág. 303
- Murphy, H. B. M. (1968a) Cultural factors in the genesis of schizophrenia. En: Rosenthal, D. y Kety, S., ed. *Transmission of schizophrenia*, Londres y Nueva York, Pergamon, pág. 137
- Murphy, H. B. M. (1968b) Sociocultural factors in schizophrenia: a compromise theory. En: Zubin, J. y Freyhan, F. A., ed. *Social psychiatry*, Nueva York y Londres, Grune & Stratton
- Murphy, H. B. M. y Raman, A. C. (1971) Course of schizophrenia in indigenous tropical peoples. *British Journal of Psychiatry*, **118**, 489
- Naciones Unidas (1951) *Aplicación de normas internacionales a los datos censales de la población económicamente activa*, Nueva York (*Estudios Demográficos*, N° 9)

- Norris, V. (1956) *Mental illness in London*, Londres, Chapman & Hall (*Maudsley Monographs*, N° 6)
- Ødegaard, Ø. (1946) Marriage and mental disease. *Journal of Mental Science*, **99**, 778
- Ødegaard, Ø. (1952) The incidence of mental disease as measured by census investigations versus admission statistics. *Psychiatric Quarterly*, **26**, 212
- Ødegaard, Ø. (1956) The incidence of psychoses in various occupations. *International Journal of Social Psychiatry*, **2**, 85
- Organización Mundial de la Salud (1960) *Epidemiología de los trastornos mentales*, Ginebra (*Serie de Informes Técnicos*, N° 185)
- Organización Mundial de la Salud (1968) *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción*, 8ª revisión, Ginebra
- Organización Mundial de la Salud (1974) *International pilot study of schizophrenia, vol. 1*, Ginebra (*WHO Offset Publications*, N° 2)
- Reid, D. D. (1960) *Los métodos epidemiológicos en el estudio de los trastornos mentales*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (*Cuadernos de Salud Pública*, N° 2)
- Rin, H. y Lin, T.-Y. (1962) Mental illness among Formosan aborigines as compared with the Chinese in Taiwan. *Journal of Mental Science*, **108**, 134
- Rueck, A. V. S. y Porter, R., ed. (1965) *Transcultural psychiatry*, Londres, Churchill (Simposio de la Fundación Ciba)
- Sartorius, N. (1972) The programme of the World Health Organization on the epidemiology of mental disorders. En: *Proceedings of the Fifth World Congress of Psychiatry, Mexico, D. F., 25 November-4 December 1971*, Amsterdam, Excerpta Medica (*International Congress Series*, N° 274), pág. 13
- Schneider, K. (1957) Primäre und sekundäre Symptome bei der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, **25**, 487
- Schneider, K. (1971) *Klinische Psychopathologie*, 9ª ed., Stuttgart, Thieme
- Snežnevskij, A. V. (1972) Nosos et pathos schizophreniac. En: Snežnevskij, A. V., ed. *Shizofrenija: multidisciplinaroe issledovanie*, Moscú, Medgiz, pág. 5
- Sokal, R. R. y Sneath, P. H. A. (1963) *Principles of numerical taxonomy*, San Francisco, Freeman
- Stein, L. (1957) « Social class » gradient in schizophrenia. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, **11**, 181
- Strömngren, E. (1938) *Beiträge zur psychiatrischen Erblehre*, Copenhagen, Munksgaard
- Sullivan, H. S. (1953) *The interpersonal theory of psychiatry*, Nueva York, Norton, pág. 313
- Tissot, R. (1974) Thérapeutique médicamenteuse au long cours des psychoses. En: Chiland, C. y Béquart, P. ed. *Traitements aux longs cours des états psychotiques*, París
- Vaillant, G. E. (1962) The prediction of recovery in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* **135**, 534
- Vaillant, G. E. (1964) An historical review of the remitting schizophrenias. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **138**, 48
- Venables, P. (1968) Experimental psychological studies of chronic schizophrenia. En: Shepherd, M. y Davies, D. L., ed. *Studies in psychiatry*, Londres, Oxford University Press, pág. 83
- Venables, P. y Wing, J. K. (1962) Level of arousal and the subclassification of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, **7**, 114

- Wing, J. K. y Bransby, R. (1970) *Psychiatric case registers*, Londres, Her Majesty's Stationery Office (*Health Statistical Report Series*, N° 8)
- Wing, J. K. y Brown, G. W. (1970) *Institutionalism and schizophrenia*, Londres, Cambridge University Press
- Wing, J. K. y Hailey, A. (1972) *Evaluating a community psychiatric service*, Londres, Oxford University Press
- Wing, L. y cols. (1967) Use of psychiatric services in three urban areas: an international case register study. *Social Psychiatry*, 2, 158
- Wing, J. K. y cols. (1974) *Measurement and classification of psychiatric symptoms*, Londres, Cambridge University Press
- Zetzel (1971) A developmental approach to the borderline patient. *American Journal of Psychiatry*, 127, 867