

Resumen

La esquizofrenia, limitada actualmente a ser conceptualizada desde el DSM-III como una afección crónica, arrastra, sin embargo, la distinción que se hacía antes de esquizofrenia “aguda” y “crónica”. Aunque se ha rechazado la denominación de “esquizofrenia aguda”, lo psicótico de la esquizofrenia aparece actualmente constituido por la reiteración de episodios agudos, mientras que su cronicidad es sólo conceptualizada como residuo de esas crisis. Sumando los “síntomas positivos” como si fueran fenómenos aislables y entendiendo los “síntomas negativos” como pérdida de funciones, se han desdibujado la estructuración psicopatológica de todos los síntomas y el carácter específico del déficit esquizofrénico.

La praxis psiquiátrica a partir de los 70 basada, sucesivamente, en la reacción crítica a una teorización psicoanalítica que minimizó el diagnóstico, en la recuperación de esta práctica sobre la base de criterios operacionales y en el consiguiente incremento de la comorbilidad, ha llevado a la psiquiatría nuevamente al campo psicopatológico, o sea, a la necesidad de operar con un modelo de organización y desorganización de la mente.

En esta presentación se analiza la evolución en los criterios de diagnóstico y de ordenación de los trastornos psicóticos en los sistemas actuales, especialmente en relación con los episodios agudos. Esta evolución constituye un ejemplo de la reciprocidad que en medicina tienen teoría y praxis. Una práctica asistencial continua y coordinada aparece así como lo que hace posible que la atención sea responsable y que los desarrollos académicos generen teorías científicas objetivas.

Summary

Schizophrenia, nowadays limited to be conceptualized from its DSM-III definition as a chronic disorder; carries, however, overtones of the old distinction between “acute” and “chronic” schizophrenia still remain. Although the term “acute schizophrenia” has been rejected, the psychotic component of schizophrenia is nowadays seen as a recurrence of acute episodes, whereas its chronic nature is only conceptualized as the residue of those crises. Summing up the “positive episodes” as if they could be dealt with in isolation, and understanding “negative symptoms” as merely loss of function(s), has led to a blurring of the psychopathological structuring of all the symptoms, and a loss of clarity about the specific nature of the schizophrenic deficit.

Psychiatric praxis since the 1970's has been based successively on a critical reaction against psychoanalytical theorizing that minimized the importance of the diagnosis, on a return to this practice based on operational criteria and on the consequent increase in co-morbidity. This has led the discipline of psychiatry back, once again, into the psychopathological field, that is, the need to work with a model of the organization and disorganization of the mind.

In this presentation the evolution of diagnostic criteria and the ways psychotic disturbances are classified in modern systems will be analysed, with special regard to acute schizophrenic episodes. This evolution constitutes an example of the reciprocal relationship that exists in medicine between theory and praxis. A long-term, continuous and well-coordinated practice of care then emerges as the approach that enables both responsible treatment, and the generation of objective scientific theories based on research activity.

Autor

Humberto Casarotti

Médico Psiquiatra, Neurólogo y Legista. Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey.

Presidente Berro 2531.

E-mail:

hcasaro@adinet.com.uy

Palabras clave

Esquizofrenia
Trastorno psicótico breve
Criterios operacionales
Comorbilidad
Teorías psiquiátricas
Praxis psiquiátricas
DSMs

Keywords

Schizophrenia
Brief psychotic disorder
Operational criteria
Comorbidity
Psychiatric theories
Psychiatric praxis
DSMs

* Con la palabra “negativo” de los sistemas actuales de diagnóstico no se diferencia entre síntoma y estructura negativa. Entendiendo a los síntomas negativos como “pérdida de funciones”, y considerándolos a todos de la misma naturaleza (“inespecíficos”, “en continuidad con la normalidad”), se los clasifica en primarios (los que son consecuencia del proceso esquizofrénico) y en secundarios (los que resultan de un medicamento, por trastorno del humor, por falta de estímulo, por carencia de estimulación ambiental o por desmoralización). Es decir, se hace a realidades diferentes, especies de un mismo género, sin categorizar la naturaleza del déficit negativo “primario”, aquello por lo que el trastorno es precisamente “esquizofrénico”.

** Esta conceptualización simplificada es facilitada por algunos desarrollos técnicos (neuroimagenología estructural y funcional, etc.) que a pesar de su carácter moderno vuelven a topografiar a las “funciones mentales” en el cerebro, al estilo de la freniatria del siglo XIX.

*** Ey se refiere a la denominación de “esquizofrenia aguda” como una “notion bâtarde” en el sentido estricto de que es un término híbrido, ilegítimo porque se basa en géneros distintos y porque expresa una opción imprecisa. J. C. Maleval llama “teratológicos” a términos de este tipo (Locuras histéricas y psicosis disociativas. Paidós, Buenos Aires, 1987).

Diversas circunstancias hacen que un psiquiatra formado en los últimos años se encuentre en una situación contradictoria al tener que plantear el diagnóstico de esquizofrenia, ya que, por un lado, define a la esquizofrenia como un proceso crónico de “síntomas negativos” y, por otro, considera que esa cronicidad es el resultado de la reiteración de episodios psicóticos agudos.

Desde el punto de vista teórico conceptúa a esta afección como un proceso crónico que tiende a un déficit progresivo¹, cuyos “síntomas positivos y negativos” le permiten hacer el diagnóstico aun sin disponer de “criterios objetivos”², y cuya evolución longitudinal variable se caracteriza por fases “activas” y períodos “residuales”. Es decir, piensa a la esquizofrenia como un proceso patológico entendido como un déficit progresivo que se manifiesta en “síntomas negativos”*.

Por otro lado, ha sido llevado en su práctica cotidiana a vincular las fases activas a los “síntomas psicóticos”, luego a definir estos por los “síntomas positivos”, posteriormente a reducir de hecho los síntomas positivos a las alucinaciones e ideas delirantes y, finalmente, a aceptar que estos síntomas psicóticos “básicos” pueden ser descritos como fenómenos aislados, siempre iguales a sí mismos y “separables” de la estructura de la vida mental**. Aplicando esta progresiva reducción, piensa a la esquizofrenia como un proceso crónico, pero cuya cronicidad está dada por la repetición de episodios “esquizofrénicos” de síntomas psicóticos.

Esta situación contradictoria de entender a la “esquizofrenia como un déficit «negativo» específico” y de operar identificando a la esquizofrenia con los episodios de “síntomas positivos”, determina consecuencias prácticas y teóricas. En la práctica los técnicos se encuentran con dificultades para el diagnós-

tico positivo y diferencial. Primero, porque los “síntomas psicóticos”, que son, de acuerdo con el DSM-IV, “lo definitorio” del grupo de los “trastornos psicóticos”, están presentes en otros trastornos mentales (del humor, demencia, etc.) y segundo, porque las alucinaciones y las ideas delirantes aparecen en todos los trastornos psicóticos. Con lo cual en la teoría y como respuesta a esa práctica imprecisa, se ven llevados a distinguir “esquizofrenias agudas” y “esquizofrenias crónicas”. Una distinción que aparece como muy natural y muy práctica a pesar de que la evolución en el diagnóstico la ha explícitamente rechazado.

Esta presentación tiene dos objetivos. En primer lugar, repasar los criterios que llevaron a hacer de la esquizofrenia un proceso de enfermedad y analizar por qué después de que la esquizofrenia había sido conceptualizada como enfermedad crónica se comenzó a hablar de “esquizofrenia aguda”*** y por qué posteriormente se volvió a rechazar esa denominación, distribuyéndose los cuadros que la habían determinado en varias categorías diagnósticas. En segundo lugar y sobre la base del análisis previo, considerar la incidencia recíproca que con relación a la esquizofrenia han tenido teoría y praxis psiquiátricas. Considerando de qué modo las teorías han influido sobre la actividad psiquiátrica, y la importancia de la práctica asistencial y docente en lo que se piensa de la esquizofrenia.

I.

Después de una larga evolución y pasando por diferentes criterios de unificación se conceptuó que los pacientes esquizofrénicos, a pesar de su heterogeneidad, correspondían a un mismo proceso de enfermedad crónica que con frecuencia presentaba episodios agudos. El

carácter persistentemente negativo del trastorno que padecen estos pacientes siempre fue percibido, pero el desarrollo de los conceptos que subtienden esta cronicidad constituyó, como lo señaló E. Bleuler³ “una parte importante del desarrollo de la psiquiatría teórica”. Desde la segunda mitad del siglo XIX se sabía que muchas psicosis agudas mejoraban, que otras tendían a un déficit progresivo, y que una cronicidad semejante se observaba en pacientes que no habían presentado síntomas agudos. Es decir, que con relación a la esquizofrenia es necesario considerar cuidadosamente los aspectos de evolución crónica y de episodios agudos.

La esquizofrenia como un tipo de enfermedad mental crónica

La psiquiatría durante el siglo XIX fue describiendo progresivamente las fisonomías clínicas de la patología mental crónica y aguda, elaborando diferentes teorías para dar cuenta de su naturaleza y de su etiopatogenia. Por conceptualizar esas enfermedades mediante criterios sintomáticos, los psiquiatras se vieron en la necesidad de afirmar que la enfermedad cambiaba toda vez que se modificaban sus síntomas.

Ese criterio sintomático, a pesar de no ser realmente un criterio de enfermedad, no impidió construir los tipos clínicos agudos: manía, melancolía, bouffée delirante y confusión mental. Este hecho parece guardar relación con algunas características de este tipo de patología mental: a) que las sumatorias de sus síntomas se organizan bastante rápidamente, a pesar de la variabilidad con que se presentan, b) que con frecuencia son cuadros relacionados causalmente a procesos somáticos evidentes (“secundarios a...”), y c) que son crisis o episodios con tendencia a repetirse. Estos rasgos de su fisonomía clínica permitieron considerarlas, a pesar de la insuficiencia del criterio sintomático, al modo de las enfermedades de la patología general.

Los cuadros crónicos, en cambio, exigieron por su naturaleza que se construyera un verdadero concepto de enfermedad mental y eso no sucedió hasta la obra de E. Kraepelin. Fue a partir de ese momento que, abandonando

los superficiales criterios sintomáticos, se ingresó al análisis de lo mental de la patología psiquiátrica. Para hacerlo se comenzó por aligerar las enfermedades mentales crónicas del peso de los cuadros agudos que embrollaban su comprensión y su clasificación. Luego, Kraepelin continuó la línea de investigación de Kahlbaum sobre catatonía y de Hecker en hebefrenia, comprobando que estos distintos pacientes, junto a la mayor parte de los delirantes crónicos, se caracterizaban por tender a presentar un déficit tardío no propiamente demencial, semejante al descrito por Morel en su “demencia precoz”^{4, 5}. De ese modo reunió provisoriamente “con el nombre de *dementia praecox* una serie de cuadros patológicos cuya característica es la de terminar en un estado especial de déficit mental”⁶. Señalaba que “esta evolución desfavorable aunque no es inexorable, es tan frecuente que hasta lograr dilucidar mejor esta cuestión clínica, debemos mantener esa denominación”. Afirmaba que “el hecho decisivo para el diagnóstico debe ser siempre el cuadro completo y no los síntomas aislados”, señalando que si bien “es posible pensar que diferentes procesos patológicos determinen transitoriamente cierto grupo de síntomas semejantes, es muy improbable que el cuadro clínico sea absolutamente igual, y menos aun al tomar en cuenta el modo de inicio, la evolución y la terminación de la afección”. Al hacer esa comprobación afirmaba que aun cuando los cuadros eran diferentes sintomáticamente en sus inicios y durante el período de estado, los pacientes sufrían la misma enfermedad mental, ya que evolucionaban hacia un déficit semejante. Con este concepto de enfermedad Kraepelin entendía, por un lado, que un mismo proceso mental se manifestaba a través de diferentes síntomas psíquicos (ideas delirantes, síntomas catatónicos, conductas hebefrénicas) y por detrás de los síntomas intuía la existencia de una organización mental que se desorganizaba.

Considerando a la demencia precoz una psicosis crónica frente a la psicosis maniaco-depresiva, describía su cuadro clínico como de evolución casi continua y progresiva, señalando algunos casos con la particularidad de tener una evolución cíclica o intermitente.

El criterio evolutivo con el cual Kraepelin unificó a pacientes tan heterogéneos, fue

* E. Bleuler decía en su relato sobre "La schizophrénie" en el XXX Congreso de Médicos Alienístas y Neurólogos de Francia y de los países de lengua francesa (Masson, Paris, 1926, nota 1, p.5) que "Si el término de «locura discordante» de Chaslin ya hubiese existido, habría podido elegirlo".

** La descripción de estas "peculiaridades" de los síntomas, es decir, lo que los hace ser síntomas de una estructura esquizofrénica, constituye el objetivo central de la obra de Bleuler. Esa razón lo lleva necesariamente a dedicar más espacio a la descripción de los síntomas accesorios (pp. 94-226) que a la de los síntomas fundamentales (pp. 13 a 94). También en los llamados "síntomas fundamentales" lo fundamental es su peculiar estructuración esquizofrénica.

*** Las 4 A de la psiquiatría norteamericana hasta el DSM-III.

**** H. Ey, comentando el Manual de Psiquiatría de S. Arietti (Ey H, Duchene H. A propos de: Arietti S. (ed) "American Handbook of Psychiatry", Evolut. Psychiat. 38:175-184), al comprobar la "frágil base, la fluidez y la ligereza" de muchos de sus trabajos clínicos, decía: "O bien en EE. UU. la psicosis maniaco depresiva ha disminuido y la esquizofrenia ha aumentado, o bien los médicos tienen allí la tendencia a llamar esquizofrénicos a pacientes que antes denominaban psicóticos maniaco-depresivos."

sustituido luego por el criterio estructural de E. Bleuler (fenomenología y psicoanálisis). En medio de conceptos psicopatológicos y psicoanalíticos E. Bleuler buscó describir lo típico del proceso de enfermar de la demencia precoz. Con ese objetivo y más interesado por el análisis estructural de los cuadros sintomáticos que por la evolución deficitaria, se vio obligado a denominar de otro modo a esta patología crónica. Diciendo que "estos pacientes no son dementes precoces porque son esquizofrénicos" no buscó un simple cambio de nombre, sino que el nombre expresase lo esencial del proceso esquizofrenia. Para Bleuler lo esencial del proceso no era el déficit evolutivo que era contingente, sino el carácter de fragmentación y de discordancia* de la vida mental de estos pacientes. Con esa teoría sobre la esquizofrenia, Bleuler distinguió dos tipos de síntomas: los fundamentales o "característicos de la esquizofrenia" y los accesorios "que también pueden aparecer en otras enfermedades... pero que son síntomas que al ser analizados cuidadosamente revelan las peculiaridades de génesis y de manifestación que sólo se encuentran en la esquizofrenia"***. Los fundamentales: los trastornos de la asociación, de la afectividad, la ambivalencia y el autismo*** "están presentes siempre y durante todos los períodos de la enfermedad, aunque deban lograr cierta intensidad para ser reconocidos con seguridad". Los síntomas accesorios se presentan bajo la forma de manifestaciones psiquiátricas variadas y de todo el abanico de los "síndromes agudos", y son accesorios "ya que el paciente continúa tan enfermo como antes cuando los síntomas ya no están presentes". A partir de la concepción bleuleriana las enfermedades mentales serán entendidas como formas empobrecidas de actividad mental, que no pueden ser definidas por uno u otro síntoma, ni tampoco por su simple sumatoria, sino por la organización deficitada que adopta la vida mental, o sea, por la estructura típica que constituye.

El concepto de Bleuler con relación a esquizofrenia significaba el reconocimiento de la existencia de formas típicas (que posibilitaban la percepción y la descripción de la estructura típica) y de formas marginales o atípicas (que exigían discutir el diagnóstico con relación a la tipicidad de las formas centrales). Fue por esa

razón que este concepto facilitó que el diagnóstico de esquizofrenia se aplicara de modo abusivo en los trastornos que constituían las fronteras naturales del diagnóstico diferencial: las demencias, los delirios crónicos, las neurosis y trastornos de carácter y las psicosis agudas. En EE. UU., en la línea de la teoría psicobiológica de A. Meyer y por la influencia psicoanalítica, el dominio de la esquizofrenia se fue extendiendo progresivamente, incluyendo todas las formas delirantes agudas y crónicas, diversos cuadros neuróticos y especialmente las formas atípicas de episodios del humor con "síntomas psicóticos".

En Europa, en cambio, guiados por minuciosos análisis semiológicos se mantuvo la necesidad de mantener separada a la esquizofrenia nuclear de esos diferentes grupos marginales. P. Guiraud en Francia fue partidario de separar el campo de la esquizofrenia bleuleriana, conservando la demencia precoz (cuadros hebefrénicos y catatónicos o formas severas de tipo kraepeliniano) y estableciendo el grupo que llamó de las "esquizosis" (esquizeurosis, esquizofrenias afectivas, etc.). En los países de habla alemana también se hizo sentir esta necesidad, especialmente en la escuela de K. Kleist (1912) y K. Leonhard (1939)⁷. Este autor fue quien introdujo en 1939 el concepto de psicosis esquizofreniforme, estableciendo una distinción de valor pronóstico entre la esquizofrenia "procesual" (la antigua demencia precoz) y la esquizofrenia "reactiva" (o reacciones esquizofrénicas). Estas reacciones que tenían mejor pronóstico dado que se presentaban en pacientes con personalidad bien adaptada y como reacción a experiencias traumáticas, se caracterizaban por síntomas de tipo agudo.

La distinción referida, aunque implicaba en el pensamiento de K. Leonhard sólo diferentes grados de severidad de un continuo psicopatológico, llevó a que en los EE. UU. se comenzase a hablar de "esquizofrenia aguda", y que el DSM-I⁸ y el DSM-II⁹ lo consideraran una categoría diagnóstica. Esta categoría de "esquizofrenia aguda" se fue inflando progresivamente a expensas de los episodios del humor de la psicosis maniaco-depresiva como lo mostró el estudio piloto de la OMS de 1973¹⁰ sobre las diferencias epidemiológicas entre EE. UU. e Inglaterra****. Aunque el

DSM-II mantendrá las mismas categorías no utilizará el término “reacción”, estimulará el diagnóstico múltiple y dado el bajo acuerdo entre los técnicos investigará la fiabilidad del diagnóstico. Un persistente trabajo de revisión semiológica condicionado y exigido por los desarrollos terapéuticos y por la crítica a las teorizaciones psicoanalíticas abusivas, se concretará en el DSM-III.

Con relación a esquizofrenia en el DSM-III se volverá al concepto de cronicidad de este proceso, lo cual implicó definirlo de manera restrictiva. Esta definición restrictiva de la esquizofrenia¹¹ se reconoce en cuatro de las decisiones adoptadas: 1) era necesario desde el punto de vista semiológico que, además de un período de síntomas psicóticos activos*, el trastorno persistiese de modo continuo (incluyendo las fases prodrómicas y residuales); 2) había que excluir a las formas simples y latentes; 3) era necesario eliminar la categoría de esquizofrenia “aguda” y 4) no había que diagnosticar como esquizofrenia a los episodios agudos del humor atípicos por sus síntomas psicóticos.

Este retorno a definir a la esquizofrenia sobre la base de sus formas nucleares y a estas por el déficit negativo específico, a pesar de ser el reflejo de la clínica objetiva cotidiana, no fue expresado en conceptos semiológicos propiamente psicopatológicos. Tanto el déficit nuclear como la exclusión de las formas marginales fueron establecidos sobre la base de criterios inespecíficos. No se precisó en qué consiste el déficit esquizofrénico, se excluyeron las formas latentes por no presentar “síntomas psicóticos positivos”, y la esquizofrenia “aguda” por su breve duración. En ese contexto psicopatológicamente pobre el sistema se vio obligado a la generación de una categoría híbrida: la de trastorno esquizofreniforme, el cual era definido con características de episodio agudo pero que se parecía a la esquizofrenia, de la que también se distinguía por su menor duración. Este hecho que no pasó inadvertido a autores europeos como P. Pichot¹² fue sin embargo valorado como “secundario” pensando que “se trataba sólo de dificultades transitorias”.

El desarrollo sucesivo de los sistemas norteamericanos mostró en el área de los trastornos psicóticos que estos problemas no eran

ni secundarios ni transitorios. Los cambios que se fueron dando desde el DSM-III¹³ al DSM-IV¹⁴ que no modificaron la definición de la esquizofrenia como proceso crónico tienen interés por los criterios que fueron utilizados progresivamente para ordenar los trastornos psicóticos¹⁵. Por un lado, han llevado a la solución simplificadora de considerar a cada trastorno psicótico un capítulo; por otro, responden a las exigencias psicopatológicas de la clínica: a) incluyendo a la “psicosis delirante aguda” de la escuela francesa (“trastorno psicótico breve”), b) revisando la posibilidad de incluir nuevamente a la esquizofrenia simple, y c) intuyendo la necesidad de criterios psicopatológicos (“descriptores dimensionales”) para categorizar las formas evolutivas de esquizofrenia. Todo lo cual se hace evidente cuando se reflexiona en el sentido de una afirmación del DSM-IV-TR¹⁶. Contradiendo lo que había sido afirmado en el DSM-IV, que definía a los trastornos psicóticos como los que “tienen síntomas psicóticos como característica definitoria”, el texto revisado publicado ocho años después dice que “los síntomas psicóticos no tienen que ser considerados necesariamente los rasgos fundamentales de estos trastornos”. Esta afirmación que es contradictoria si se la considera desde la perspectiva de hacer sumatorias de síntomas, no lo es, en cambio, cuando se piensa que lo que constituye lo propio de cada trastorno mental es la estructura que cada tipo patológico presenta. La afirmación del texto revisado impresiona como un reconocimiento tácito e incipiente de la necesidad de describir y reconocer esa “estructuración” que caracteriza a cada trastorno mental. Reconocimiento que constituye un reencuentro con el trabajo psicopatológico que, iniciado en el siglo XIX, fue completado con la resolución del problema de las “psicosis agudas” llevada a cabo por H. Ey¹⁷ a mediados del XX.

Los episodios agudos en la evolución crónica de la esquizofrenia** 18, 19

Establecida la distinción entre lo típico de la esquizofrenia como un déficit crónico continuo y lo típico de la “psicosis maniaco-depresiva” (trastorno bipolar) como enfermedad crónica periódica, se hizo necesario discutir

* Para los síntomas psicóticos positivos fueron utilizados los “síntomas de primer rango” de K. Schneider en el sentido estricto señalado por este autor: “sólo son síntomas que tienen importancia para el diagnóstico, y no tienen relación con la teoría de la esquizofrenia, relación que sí tienen los síntomas fundamentales y los accesorios de Bleuler” (Schneider K. *Psychopathologie clinique*. 4è. éd. Nauwelaerts, Louvain, 1973; p. 130).

** El análisis que sigue se fundamenta en la obra de Henri Ey con relación a esquizofrenia (en especial en el relato que presentó en el 2º Congreso Mundial de Psiquiatría en Zúrich, en 1957).

* Como consecuencia de no utilizar aún los criterios específicos con los que H. Ey define los niveles de desestructuración del campo de conciencia, las “psicosis delirantes agudas” de la escuela francesa aún son distribuidas en tres categorías del DSM: en trastorno psicótico breve, en trastorno esquizofreniforme de buen pronóstico y en formas maníacas del trastorno esquizoafectivo. Pero es un hecho que en la evolución de los sistemas de diagnóstico, constituye una categoría que ha logrado imponerse. Primeramente el DSM-III excluyó la denominación de “esquizofrenia aguda” y ubicó a este cuadro imprecisamente en el capítulo de los trastornos psicóticos atípicos. Luego el DSM-III-R la perfiló con más claridad dentro de las psicosis reactivas breves y esquizofreniforme de buen pronóstico y finalmente el DSM-IV la definió por su estructura propia: la de ser una psicosis aguda (trastorno psicótico breve) donde lo reactivo es secundario.

el diagnóstico de casos maníacos y melancólicos atípicos que, teniendo una evolución intermitente, pasaban a una cronicidad más o menos demencial²⁰.

Frente al concepto de que la esquizofrenia típica no podía ser cíclica al modo de la psicosis maníaco-depresiva, estos casos no eran considerados casos de esquizofrenia, porque el concepto de esta enfermedad excluía el tipo de remisiones que se presentan en aquella afección. Sin embargo, subsistía el problema de que estas crisis que, como tales, no formaban parte del cuadro típico de la esquizofrenia; sin embargo, se le parecían por los síntomas. Al comenzar a hacerse el diagnóstico basado en estos síntomas (“de primer rango” de K. Schneider) y al no exigirse el criterio de evolución crónica, se comenzó a hablar de esquizofrenia aguda y crónica (DSM I y II). Dependiendo el diagnóstico de estas “crisis esquizofrénicas” o “esquizofrenias agudas” de una lista de síntomas imprecisos donde destacaban los fenómenos alucinatorios y delirantes. Para poder hablar de esquizofrenia aguda y de esquizofrenia crónica sería necesario tener una definición de la esquizofrenia que no contemple el criterio evolutivo. Como fue señalado, el trabajo diagnóstico desde el DSM-III ha consistido en recuperar la noción de esquizofrenia como proceso crónico, lo que no permite hablar de esquizofrenia aguda.

Es interesante señalar que en forma simultánea a la recuperación del carácter crónico de la esquizofrenia se fue haciendo necesario reconocer la realidad clínica de las “psicosis delirantes agudas” (H. Ey 1954), las que han sido recuperadas bajo la denominación de trastorno psicótico breve (a pesar de que los sistemas le permiten que su realidad clínica pueda ser diagnosticada en diferentes categorías*).

La psiquiatría actual, reconociendo que la estructura de estos cuadros agudos difiere de la estructura negativa y progresiva de la esquizofrenia, enfrenta la necesidad de precisar qué tipos de episodios agudos presenta la esquizofrenia. La investigación ha señalado que en la esquizofrenia se presentan dos tipos de episodios agudos: unos que son trastornos psicóticos breves y otros que son crisis agudas (brotes, empujes) pero de descompensación del “equilibrio patológico”, que es el proceso

esquizofrénico. Con lo cual surge nuevamente la necesidad de saber en qué se distingue el trastorno psicótico breve de los otros cuadros agudos que presenta la esquizofrenia. Hoy se afirma que más del 50% de los pacientes con esquizofrenia evolucionan presentando entre 2 y 4 episodios durante los 5 primeros años²¹. Cuando en una crisis con síntomas considerados característicos de esquizofrenia, se habla de esquizofrenia, lo que se hace es afirmar que en los años siguientes los pacientes van a presentar el característico déficit esquizofrénico. Y lo que acontece, en cambio, es algo distinto, ya que:

a) sólo un porcentaje de pacientes con episodios agudos evoluciona a ser esquizofrénico, b) la mitad de los pacientes, sean o no tratados, cura sin secuelas ni recaídas y c) si los pacientes evolucionan esquizofrénicamente pero fueron tratados, tienden a hacerlo en formas cíclicas y menores (del tipo de las formas “esquizoneuróticas”).

Con lo cual la distinción entre trastorno psicótico breve y presentación aguda de esquizofrenia es una exigencia que el práctico no puede obviar por las consecuencias que implica, porque no trata a un paciente esquizofrénico como corresponde, o porque trata a un trastorno psicótico breve como no corresponde. Siendo la evolución natural de este último trastorno a la mejoría, tratarlo como esquizofrenia es en detrimento del paciente y hace sobrestimar la eficacia de los tratamientos. Este diagnóstico diferencial sigue siendo una exigencia de la clínica psiquiátrica y no plantearse es volver a una situación semejante a la que se encontraba E. Kraepelin, la de tener que esperar la evolución para definir si se trata de una afección transitoria o permanente.

Las características con las que son descritos los empujes de la esquizofrenia (o fases activas de Berze) y los trastornos psicóticos breves, no permiten establecer una diferencia. De la literatura se deriva que en realidad estos trastornos diferentes son considerados “lo mismo” y que la diferencia entre una y otra realidad clínica sólo depende de la evolución posterior. En realidad, una semiología centrada en que “lo psicótico” son los “átomos” alucinatorios y delirantes no permite establecer las diferencias.

H. Ey señala en cambio algunas características semiológicas para este diagnóstico diferencial.

1. Para el diagnóstico de “psicosis delirante aguda” como forma característica de la desestructuración del campo de conciencia: a) inicio súbito, b) polimorfismo temático, c) variaciones del cuadro de un día al otro, d) recrudescencia en las fases parahípnicas, e) continuidad de las experiencias delirantes con las vivencias bajo narcosis, f) carácter de actualidad inmediatamente vivida, g) oscilaciones de creencia y conciencia, h) prevalencia de la actividad alucinatoria visual sobre lo ideoverbal, i) relativa brevedad de los accesos y j) sustrato de angustia pantofóbica o de euforia.

2. Para el diagnóstico de los “empujes” esquizofrénicos propiamente dichos: a) el ser menos bruscos y generalmente precedidos de una meditación delirante, b) el sobrevenir en pacientes al borde del delirio y c) el suceder en pacientes con un sistema de creencias y de sentimientos previamente alterado.

Al decir Ey que estos brotes son “experiencias de irrealidad que se integran a concepciones abstractas de la existencia... y que quedan como independientes de la vivencia delirante actual”, remarca dos aspectos teóricos importantes. Por un lado, señala al trabajo interno de destrucción característico del proceso esquizofrénico (lo “endógeno”²²), como lo nuclear de estos episodios agudos o subagudos. Por otra parte, insiste de ese modo en que la esquizofrenia no radica en el empuje. “La esquizofrenia... es un potencial evolutivo del que las crisis solo representan una contingencia relativa de evolución”. “Lo esencial de los episodios agudos no es lo esencial del proceso esquizofrénico... y sólo son esquizofrénicos en la medida en que la esquizofrenia los precede o los sobrevive”^{*}.

El concepto eyiano del proceso esquizofrénico determinado por una “organogénesis dinámica” permite conceptualizar este juego evolutivo de los episodios agudos y la evolución crónica, no conceptualizando lo esencial del proceso ni en los accidentes agudos ni en un final “demencial” contingente, sino en el proceso de transformación que sufre la persona^{23, 24}. Proceso esquizofrénico que los tratamientos biológicos y psicológicos han posibilitado mo-

dificar en las formas más severas, y mejorar en las formas de mediana evolutividad.

II. Reciprocidad de teoría y praxis en la evolución de la medicina

Las obras históricas como las de P. Lain Entralgo evidencian²⁵ que el sustrato sólido de la medicina en su evolución ha sido la objetivación progresiva de formas clínicas típicas. Esto ha sido así especialmente con relación a la patología mental, ya que es la tipicidad de las fisonomías psicopatológicas, o sea, su heterogeneidad respecto a las vivencias normales, lo que garantiza su “organicidad”. De ahí deriva el “primado de la clínica”²⁶ frente a las teorías y a las hipótesis etiopatogénicas.

Pero el análisis histórico también revela que esa objetivación de formas clínicas con sus reglas diagnósticas y pronósticas, guarda estrecha relación y es inseparable de los cambiantes contextos de la teorización y de la praxis que caracterizan a cada etapa. Las etapas evolutivas de la medicina pueden ser descritas desde dos perspectivas: una teórica y otra pragmática. La primera se logra a través de la consideración de las hipótesis etiopatogénicas, del descubrimiento progresivo de los tratamientos eficaces y seguros y globalmente por las teorías elaboradas respecto al proceso de enfermar. La segunda perspectiva consiste en analizar las formas concretas que en cada época adopta la atención médica en la organización de los servicios y los problemas de responsabilidad profesional que implica, los aspectos económicos y de relación profesional, etc. A lo largo de la historia de la medicina se comprueba la incidencia que ambas perspectivas han tenido en la objetivación clínica, predominando unas veces las teorizaciones y otras los aspectos pragmáticos, pero siempre interrelacionados necesariamente. Sucediendo con frecuencia que las teorizaciones ocupaban el primer plano en épocas donde no se disponía de posibilidades terapéuticas reales, y siendo priorizadas en cambio las cuestiones prácticas en los períodos en que se descubrían tratamientos eficaces.

* En este esquema los sistemas de diagnóstico actuales son deudores de la distinción hecha por Berze (citado por Ey H. *Traité des hallucinations*, II tomo, Paris, Masson et Cie, 1973; pp. 774-800) en el proceso esquizofrénico de “fases activas” y “fases residuales”. Sin embargo, el presentar lo esencial del proceso como semiología “prodrómica” o “residual” no facilita esta comprensión. Frente a este déficit específico de estructuración negativa (cf. nota i) que aún no es tratable, para el práctico la posibilidad de tratamiento de algunos episodios agudos sigue teniendo prioridad.

* P. McHugh y Ph. Slavney, en su instructivo análisis sobre las teorizaciones en psiquiatría, denominan “doctrina” a aquellos “constructos que explican todo lo observable pero que no pueden ponerse a prueba” (cf. *Perspectivas de la psiquiatría*. Masson, Barcelona, 1983).

** Es conveniente tener claro en qué sentido el DSM-III fue presentado como un sistema “ateórico”. Spitzer señaló que “la aproximación elegida para el DSM-III es ateórica en lo que se refiere a la etiología y a los procesos psicopatológicos”. H. Ey, que desde 1954 (cf. op. cit.: *Etudes psychiatriques III T, Etude 20*) preconizaba la necesidad de distinguir los tipos psicopatológicos de los procesos etiológicos, hubiese compartido esta teorización respecto a la etiología, pero habría señalado que es imposible ser ateórico con relación al análisis de los tipos psicopatológicos. Poder describir y percibir los “síntomas” de los trastornos psiquiátricos implica necesariamente hacerlo desde una teoría del psiquismo y de su desorganización (Ey H. *Outline of an organo-dynamic conception of the Structure, Nosography, and Pathogenesis of mental diseases*. In: Natanson M. *Psychiatry and Philosophy*. Berlin, Springer-Verlag, 1969: 111-161).

En el momento actual la medicina ha ingresado a una fase donde predominan los aspectos prácticos frente a las teorizaciones, y que se caracteriza por los desarrollos terapéuticos, por la tendencia a la colectivización de la atención y, dado el alto costo de los servicios, por una mayor organización administrativa. En psiquiatría ha sucedido una evolución terapéutica semejante e incluso más marcada que en otras áreas de la medicina. En esta especialidad fue precisamente la posibilidad creciente de tratar con eficacia lo que inició, a partir de los años 60, el movimiento de retorno al quehacer diagnóstico positivo y diferencial referido antes. Este retorno, esencial para el desarrollo de la psiquiatría y exigido por la praxis terapéutica, fue hecho posible por disponer, entre otros medios, de escalas de medición y de entrevistas semiestructuradas, de métodos estadísticos más adaptados a los fenómenos psiquiátricos, así como de instrumentos capaces de manejar gran número de datos²⁷.

El volver al diagnóstico, determinado también por una reacción frente a la prolongada etapa conceptual centrada en “doctrinas”^{*} psicociogenéticas, se ha acompañado simultáneamente de un relativo desinterés por la teorización^{**}. Este desinterés por la teorización en psiquiatría ha sido en realidad un desinterés por la psicopatología con consecuencias como las que fueron señaladas previamente. En psiquiatría, de modo más exigente que en el resto de la medicina, la praxis asistencial y los conceptos de salud y de enfermedad guardan entre sí una relación de necesidad. La realidad de las enfermedades mentales determina el carácter “especial” que debe tener la atención²⁸, y recíprocamente los conceptos psiquiátricos se vuelcan sobre la organización de la asistencia, de la investigación y de la docencia psiquiátricas.

No es que actualmente no se profile una teorización de la praxis psiquiátrica, sino que lo que sucede es que los postulados teóricos que la subtienden, simplificados por las exigencias pragmáticas, se dan como tesis participadas por los técnicos, aunque no hayan sido analizadas ni discutidas. Con lo cual se reitera en el momento actual el hecho de que la historia de la psiquiatría ha mostrado una y otra vez que dificultades epistemológicas y culturales^{29, 30}

que debieron ser vencidas para percibir a los “fenómenos psicopatológicos” en su realidad natural, tienden a reaparecer.

Como fue analizado previamente esa reiteración ha sido evidente en los cambios que desde el DSM-I hasta el texto revisado del DSM-IV se han considerado útiles para definir y ordenar los trastornos psicóticos. Ahí se ha visto reaparecer dificultades conceptuales que, aunque inherentes a la realidad de las “psicosis”, ya habían sido encaradas e incluso solucionadas por la evolución. Dificultades conceptuales que al reaparecer desprendidas de la historia de la psicopatología han generado una teorización empobrecida y consecuencias con relación al diagnóstico de los trastornos psicóticos. Los técnicos, a pesar de disponer en la actualidad de criterios válidos de diagnóstico, aparecen desprovistos en su práctica del marco conceptual que necesitan tener para poder ejercer el “juicio clínico” (cf. *DSM-IV*, pp. 5-6) que la aplicación de esos criterios exige.

Las teorizaciones sobre esquizofrenia han incidido marcadamente en la praxis asistencial y docente de los últimos 40 años, y a su vez estas praxis han moldeado los sucesivos desarrollos teóricos.

Puede decirse que el movimiento inicial puesto en marcha en los 60 por exigencias prácticas, fue adoptar la posición teórica de que era necesario aumentar el acuerdo entre los psiquiatras y que para lograrlo había que mejorar la fiabilidad de los criterios diagnósticos. En eso consistió el DSM-III con sus resultados positivos y negativos. El segundo movimiento comenzó en relación directa con los cambios que la utilización de los sistemas de diagnóstico fue produciendo en la práctica. Esos cambios han permitido corregir progresivamente las carencias en los criterios y en las reglas de ordenación. Con relación a los criterios diagnósticos se comienza en la psiquiatría actual a percibir la exigencia de que para aprehender el objeto de su saber y de su praxis, los criterios tienen que ser necesariamente psicopatológicos, lo que a su vez exige tener una teoría del orden psíquico y de su desorganización. Respecto a las reglas de ordenación del sistema, la psiquiatría comienza a liberarse de las tradicionales distinciones de “exógeno, endógeno y reactivo” por su insuficiencia como criterios de sistematización.

Criterios operacionales y diagnóstico de esquizofrenia

Uno de los aspectos teóricos que marcó el campo del diagnóstico psiquiátrico desde los DSMs fue la utilización de un método operacional en la construcción de los criterios*.

En primer término corresponde señalar con M. Maj³¹ la diferencia que hay entre la aplicación que se hacía al crearse los criterios de St. Louis³² y los RDC³³ y aplicar los criterios de los sistemas diagnósticos actuales. Mientras que los primeros fueron diseñados para ser utilizados por psiquiatras de experiencia que sabían psicopatología, los últimos, en cambio, son utilizados por estudiantes, “quienes con frecuencia contactan por primera vez con la esquizofrenia a través de sus criterios” y para quienes los DSMs siguen siendo la única fuente de conocimiento. Este hecho, agravado por la generación de escalas derivadas “en segundo grado” a partir de los sistemas, determinó que los creadores del sistema tuviesen que insistir sobre la “significación clínica”³⁴ que la aplicación de cada criterio implica.

La definición de esquizofrenia en el DSM-IV se basa en tres criterios de inclusión y algunos de exclusión.

Los criterios de inclusión que son los que aquí interesa analizar son:

1) una sumatoria algorítmica de síntomas positivos y negativos como criterio sintomatológico,

2) la persistencia de esos síntomas incluyendo pródromos y fases residuales como criterio cronológico y

3) la consecuente disfunción en diversas áreas de la existencia como criterio funcional.

La sumatoria que establece el criterio sintomatológico presenta algunas dificultades. En primer lugar, esa sumatoria se encuentra también en varios trastornos agudos (en trastornos del humor con síntomas psicóticos, en delirium de la confusión mental, en trastorno psicótico breve, etc.). En segundo lugar, sus síntomas “pesan” igual sin permitir percibir el síndrome psicopatológico que caracteriza al proceso esquizofrénico (discordancia y autismo).

Reconocer la necesidad de que el trastorno persista, como criterio para diferenciar a la esquizofrenia de otros cuadros psicóticos, refleja la realidad de su potencial evolutivo de cronicidad. Pero no alcanza con que un trastorno psicótico se prolongue para que sea esquizofrénico, porque eso sucede a veces con trastornos como el psicótico breve o la forma “de buen pronóstico” del esquizofreniforme. Valorando excesivamente el criterio “duración” en los DSMs se obvia la penetración que es necesario hacer para describir la estructura psicopatológica de esos diferentes trastornos.

De los criterios operacionales el más cuestionable desde el punto de vista psicopatológico es el de la “disfuncionalidad”, ya que no especifica la naturaleza del déficit psíquico esquizofrénico. Enfrentados a la dificultad para describirlo, se optó por igualarlo con otras consecuencias negativas (por efecto de fármacos, por depresión, por falta de estimulación, etc.).

Lo que es el fundamento de los sistemas de diagnóstico, la realidad de la enfermedad mental lleva a que de modo persistente aparezca la necesidad de que la semiología psiquiátrica se organice sobre la base de criterios que reflejen la estructura psicopatológica de los trastornos mentales. La naturaleza mental de estas estructuras cuestiona el hecho de que los criterios operacionales puedan ser aplicables en todas las áreas. Una de estas áreas, como parece demostrarlo la evolución señalada previamente, es la de los trastornos psicóticos, y centralmente la de esquizofrenia.

Comorbilidad en esquizofrenia

La aplicación de los criterios operacionales en un contexto nosológico creciente incrementó naturalmente el diagnóstico de comorbilidad, también en esquizofrenia. Un sistema jerárquico de conceptualización y de clasificación aplicado a la esquizofrenia significa no poder diagnosticar otros trastornos. Sin embargo, destacar mediante otros diagnósticos la presencia en el proceso esquizofrénico de conjuntos sintomáticos “inferiores” comórbidos (crisis de angustia, depresión y síntomas obsesivos)

* A este propósito es útil la lectura de los primeros capítulos del libro referido de McHugh y Slavney.

puede tener significado positivo con relación al tratamiento y al pronóstico³⁵.

Llamativamente, en el caso de la esquizofrenia, una mejor asistencia de los pacientes prestando mayor atención a su comorbilidad, lo mismo que encarando los síntomas negativos “secundarios” por disponer de medicaciones más eficaces y seguras, ha generado una situación favorable al saber psicopatológico. El “ascetismo” de los criterios operacionales y el “parásito de toda nosografía”³⁶ que es la comorbilidad han servido para percibir los límites de aplicación y carencias psicopatológicas de los criterios diagnósticos, así como las insuficiencias de la estructura global del sistema*. Cuando las exigencias de la atención de los pacientes llevan a encarar aspectos prácticos “secundarios” (comorbilidad y atención a los síntomas negativos secundarios), entonces lo “primario” de cada trastorno reaparece con las exigencias que son propias a una perspectiva psiquiátrica.

* Esta necesidad de pasar en los trastornos psicóticos de los “síntomas” a la “estructura psicopatológica”, o sea, donde el síntoma adquiere su sentido, es a lo que parece apuntar la modificación referida en el texto revisado del DSM-IV, cuando afirma que “los síntomas psicóticos no tienen que ser considerados necesariamente los rasgos fundamentales de estos trastornos”.

** El sentido de responsabilidad que implica la atención médica en general y en especial la psiquiátrica queda claramente encuadrado en la atención como “prise en charge” de la lengua francesa, que significa “tomar a cargo”, “responsabilizarse por”.

*** La fragmentación en la asistencia psiquiátrica además de conspirar contra una buena atención de los pacientes y contra la satisfacción técnica del psiquiatra, permite que los técnicos se muevan con la idea de que su responsabilidad queda limitada a “sus espacios y sus tiempos” de asistencia. En realidad la responsabilidad la tiene el grupo asistencial a través de la necesaria unificación técnico-administrativa de la atención.

**** El grado de eficacia de los antipsicóticos en esquizofrenia abre la posibilidad de que se banalice su uso, especialmente cuando se parte de modelos mecanicistas de tipo “neurológico”.

Perspectiva psiquiátrica en esquizofrenia

Referirse a una perspectiva psiquiátrica en esquizofrenia significa tener una teoría sobre el proceso esquizofrénico, de su realidad y su evolución, que recoja las enseñanzas que surgen del análisis del desarrollo histórico de este concepto y que sea el fundamento de un “saber hacer” objetivo y responsable. Una perspectiva psiquiátrica con esas características es necesaria para asegurar la construcción de un sistema asistencial organizado y continuo y para lograr el desarrollo de un sistema docente que responda a las exigencias asistenciales y académicas.

Entre las exigencias de una atención responsable** de los pacientes esquizofrénicos la evolución ha reiterado una y otra vez la necesidad central de dar continuidad a la asistencia. Esta continuidad pasa por lograr una organización de los servicios que cumpla con dos requerimientos.

Por un lado, que asegure al paciente el ser asistido en las diferentes fases de su enfermedad (consultorio, hospitalización breve, atención en crisis, rehabilitación, hogares

y talleres protegidos, etc.), sin quedar restringida la asistencia sólo a las fases agudas. La separación de los pacientes psiquiátricos, especialmente de los pacientes esquizofrénicos, en agudos y crónicos no es ni operativa ni económica. En el seguimiento cotidiano se comprueba la intrincación permanente de las fases en la evolución de esta afección, lo que en la práctica lleva a que los llamados “servicios de agudos” y los dedicados a los pacientes “asilados” necesiten crear espacios para cubrir todos los aspectos. Aunque naturalmente la continuidad de la atención en los servicios del MSP como en los de tipo colectivizado (y también en los de atención gerenciada) no puede consistir en que todo sea realizado por el mismo técnico, sí exige que los técnicos operen participando de conceptos comunes en esquizofrenia a la hora de las decisiones que en su función tienen que tomar. También exige que cuando los técnicos deciden lo hagan formando parte de un grupo que además de sentirse se sepa responsable globalmente de la atención***.

Por otro lado, la esquizofrenia ha sido la afección que más claramente ha mostrado la necesaria “combinación” artesanal de los métodos biológicos y psicológicos en el tratamiento, y respecto a qué objetivo cada una de estas técnicas puede y debería ser aplicada. Actualmente, cuando la eficacia de los antipsicóticos con relación a los síntomas “positivos” está fuera de discusión****, han surgido dos problemas. En primer lugar, la necesidad de ir más allá de las fases “activas” para encarar las fases “residuales”. Partiendo de la idea de que estas fases “residuales” constituyen otra forma de actividad del proceso, aparece la necesidad de encarar su tratamiento. La esquizofrenia es un trastorno de mal pronóstico, pero si se entiende el dinamismo de fases que subtiende este pronóstico es posible excluir la idea nefasta de incurabilidad, porque si bien es verdad que la esquizofrenia es una forma de organización permanente de fracaso existencial, también es verdad que esa organización no se consuma definitivamente sino al final de la evolución. En segundo lugar, la evolución ha mostrado que para encarar el proceso “negativo” de la esquizofrenia al aporte de los antipsicóticos atípicos debe sumarse la aplicación de métodos psicológicos,

especialmente en las fases (¿“residuales”?) en que predomina el trabajo de la construcción ideo-verbal del mundo delirante.

La importancia para la docencia aparece cuando se toma conciencia, tanto de los desarrollos evolutivos que ha exigido la naturaleza del proceso esquizofrénico, como de los cambios socioculturales y económicos que subtienden la asistencia de estos pacientes. Una adecuada perspectiva psiquiátrica debería lograr el desarrollo de un sistema docente que le permita cumplir con la doble función que la sociedad le ha entregado para que “administre”.

En primer lugar, la de preparar a los psiquiatras para poder trabajar cotidianamente dentro de las condiciones de los servicios del MSP y del sistema de atención colectivizada, buscando crear estructuras que permitan cumplir con la “atención altamente especializada”^{*} que la esquizofrenia requiere.

En segundo lugar, la de construir un medio académico cuyo desarrollo esté generado básicamente por una práctica asistencial continua y cuya producción consista en una discusión teórica que se vierta sobre esa práctica asistencial^{**}. Cada vez se hace más necesario “discutir problemas de psiquiatría general, no por el gusto de hacer abstracciones o por especular, sino porque se debe tomar una posición concreta con relación a un pronóstico o a una decisión terapéutica”. La mejor teorización de “psiquiatría general es la que se refleja en la clínica cotidiana bajo la forma de una buena psiquiatría particular”³⁷.

Referencias bibliográficas

- Buchanan RW, Carpenter WT.** Schizophrenia: Introduction and Overview. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7th ed). Williams & Wilkins, Baltimore, 1995 pp. 889-902.
- Lipton AA, Cancro R.** Schizophrenia: Clinical Features. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7th ed). Williams & Wilkins, Baltimore, 1995 pp. 968-987.
- Bleuler E.** Dementia Praecox or the group of schizophrenias. International Univ. Press, New York, 1950.
- Ey H.** Schizophrenies. *Encycl. méd. Chirurg.*, Paris, 37286, A10,2, 1955.
- Minkowski E.** La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels (une page d’histoire contemporaine de la psychiatrie). *Évolut. Psychiat.*, Payot, Paris, 1925.
- Kraepelin E.** *Trattato di psichiatria. II: Psichiatria Speciale.* 7ª. ed. Vallardi, Milano, 1906.
- Leonhard K.** Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferenciada. Polemos, Buenos Aires, 1999.
- Brill H.** Nosology. In: Freedman AM, Kaplan HI. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (1st ed). Williams & Wilkins, Baltimore, 1967; pp. 581-589.
- Spitzer RL, Wilson PT.** Nosology and the official psychiatric nomenclature. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2nd.ed). Williams & Wilkins, Baltimore, 1967; pp. 826-845.
- World Health Organization.** Report of the International Pilot Study of Schizophrenia, vol. 1. WHO, Geneva, 1973.
- Skodol AE, Spitzer RL.** DSM-III: rationale, basic concepts and some differences from ICD-9. In: Pichot P. (ed). *DSM-III et psychiatrie française.* CR Congrès Paris 1984. Paris, Masson, 1985; pp. 7-18.
- Pichot P, Guelfi JD.** DSM-III devant la psychopathologie française. In: Pichot P. (ed). *DSM-III et psychiatrie française.* CR Congrès Paris 1984. Paris, Masson, 1985; pp. 1-6.
- American Psychiatric Association, DSM-III.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed), A.P.A., Washington DC, 1980.
- American Psychiatric Association, DSM-IV.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th.ed), A.P.A., Washington DC, 1994.
- Casarotti H.** La aportación de H. Ey al diagnóstico de la psicosis delirante. En: Ey H. *Estudios sobre los delirios* (reed). Triacastella, Madrid, 1998; pp.33-66.
- Asociación Psiquiátrica Americana.** DSM-IV-TR. Masson, Barcelona, 2002.

* Cuando se conoce el riesgo de “muerte psíquica” que implica padecer una esquizofrenia y los costos indirectos de esta afección, correspondería preguntarse por qué los psiquiatras no exigen que el tratamiento de estos pacientes forme parte del Fondo Nacional de Recursos, es decir, de los Institutos de Medicina Altamente Especializados.

** Un punto que en Uruguay convendría considerar con relación a esquizofrenia es, por ejemplo, el contexto contradictorio de formación, ya que la esquizofrenia que sigue siendo definida por los docentes de acuerdo con el pensamiento francés sobre la base de los “síntomas fundamentales” de Bleuler (discordancia y autismo), es, sin embargo, “practicada” a partir de la influencia de la psiquiatría norteamericana sobre la base de los síntomas de primer rango de K. Schneider.

17. **Ey H.** Etudes psychiatriques: Structure des psychoses naïgues et déstructuration de la conscience (t. III). Desclée de Brouwer, Paris, 1954.
18. **Ey H.** Le problème de la délimitation et la définition du groupe des schizophrénies. Congrès de Zurich, C.R., 1957:144-151.
19. **Ey H.** Les problèmes cliniques des schizophrénies. *Evolut. Psychiat.*, 23, 1958, 2:149-211.
20. **Rouart J.** Psychose maniaque dépressive et folies discordantes. Thèse, Paris, 1935.
21. **Herz MI, Liberman RP, Liberman PA, Marder SR, McGlashan TH, Wyatt RJ, Wang P.** Treatment of patients with schizophrenia. In: American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders. Compendium 2002. A.P.A., Washington DC, 2002; pp. 349-461.
22. **Ey H.** Le centenaire de Kraepelin. Le problème des "Psychoses endogènes" dans l'école de langue allemande. *Evolut. Psychiat*, 21, 1956, 4:951-958.
23. **Ey H.** La esquizofrenia según la concepción órgano-dinámica. In: López-Ibor JJ ed. Symposium sobre esquizofrenia. T.G. "Victoria", Madrid, 1957: 225-241.
24. **Ey H.** La notion de schizophrénie. (Seminaire de Thuir). Ed. Desclée de Brouwer, 1977.
25. **Lain-Entralgo P.** Historia de la medicina (reedic). Salvat, Barcelona, 1981.
26. **Ey H.** K. Schneider ou le primat de la clinique. *Psychopathologie Heute*. Kranz H. (ed) George Thieme Verlag, Stuttgart, 1962.
27. **Klerman GL.** The significance of DSM-III in american psychiatry. In: Pichot P. (ed). DSM-III et psychiatrie française. CR Congrès Paris 1984. Paris, Masson, 1985; pp. 19-40.
28. **Ey H.** Existence de la psychiatrie (Réflexions sur le problème de l'intégration des Hôpitaux psychiatriques dans les Hôpitaux généraux), *Presse méd*, 67, suppl. au n° 33, 4 juillet, 1959:257-258.
29. **Ey H.** La naissance de la psychiatrie (Centenaire de l'Hôpital du Vinatier). *Actualités psychiatriques*, 5, 1977:9-24.
30. **Ey H.** La psychiatrie dans le cadre des sciences médicales. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie* (1), 37005 A20, 2, 1955.
31. **Maj M.** Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *British J Psychiatry*, 1998, 172: 458-460.
32. **Feighner JP, Robins E, Guze SB, et al.** Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch General Psychiatry*, 1972, 26:57-63.
33. **Spitzer RL, Endicott J, Robins E.** Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders (3rd ed). New York State Psychiatric Institute, New York, 1978.
34. **Spitzer RL, Wakefield JC.** DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *Am J Psychiatry*, 1999; 156: 1856-1864.
35. **Hang MY, Bermanzohn PC (eds).** Schizophrenia and comorbid conditions. Diagnosis and treatment. American Psychiatric Press, Washington DC, 2001.
36. **Van Praag HM.** "Make-believes" in psychiatry or the perils of progress. Brunner/Mazel, New York, 1993.
37. **Ey H.** A propos de: Guiraud P. Psychiatrie générale. *Evolut. Psychiat.*, 1950, 15, 4: 651-658.