

Diagnóstico retrospectivo de una muestra de pacientes egresados con el diagnóstico de Esquizofrenia.

Lorena Piñerúa-Shuhaibar^{}, Dexy Prieto-Rincón^{*}, Ernesto Borilla^{**}.*

^{*}Instituto de Investigaciones Biomédicas (INBIOMED), FUNDACITE - Zulia. ^{**}Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Apartado 376, Maracaibo 4001-A, Venezuela.

Palabras Claves: Esquizofrenia, trastorno esquizofrénico.

Recibido: 08-07-92. Aceptado: 20-10-92.

Resumen. Se realizó el diagnóstico retrospectivo de una muestra de 300 pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico de Maracaibo (Venezuela), con el diagnóstico clínico de Esquizofrenia. Estas historias fueron evaluadas con los criterios clínicos del DSM-III, utilizando formatos estructurados aplicados por dos psiquiatras. El 46,3% de los pacientes cumplió con los criterios correspondientes al Trastorno Esquizofrénico; del 53,6% restante, el 19,6% no aportó información suficiente para incluirla dentro de esta categoría diagnóstica, y el 34,6% fue clasificado dentro de otros desórdenes psiquiátricos. Los pacientes con Trastorno Esquizofrénico eran, en su mayoría (61,2%), del sexo masculino, solteros, y venezolanos; el 84,9% inició su cuadro clínico durante la segunda o tercera década de la vida; el 89,9% recibió instrucción escolar. La sintomatología predominante fue: deterioro en las relaciones sociales (93,5%), deterioro en la higiene y cuidado personal (92,5%), deterioro en la actividad laboral (87,1%), pensamiento ilógico (86,3%), con predominio del delirio persecutorio, alucinaciones auditivas y diálogo alucinatorio (84,6%), delirio de grandeza (48,2%) y vivencias de cambio corporal (45,3%). Las alteraciones del afecto estuvieron presentes en todos los pacientes y el subtipo predominante correspondió al Paranoide que se observó en un 80,6% de los casos. Los antecedentes familiares positivos se comprobaron en el 41% de los casos. Nuestros hallazgos confirman la necesidad de unificar criterios para el diagnóstico de los trastornos mentales, ya que se hace evidente que la variabilidad diagnóstica dificulta la investigación psiquiátrica.

INTRODUCCION

Uno de los mayores problemas en Psiquiatría ha sido la variabilidad diagnóstica, lo que plantea la necesidad de utilizar un sistema diagnóstico adecuado para evitar la diversidad de criterios hasta ahora utilizados, especialmente para la clasificación de los síntomas de la Esquizofrenia.

Desde los inicios de la Psiquiatría, el concepto de Esquizofrenia ha sido un punto de especial interés en el estudio de las enfermedades mentales. En 1919 Kraepelin realizó su primera definición: "*dementia praecox*". La describió como una especie de locura, caracterizada por un progresivo deterioro psíquico y profundos trastornos afectivos, con un inicio temprano y un curso deteriorante (13). En ese momento se inició una etapa de controversias y diferencias de criterios, que han expandido y contraído los límites del concepto de la Esquizofrenia a través del tiempo. Estos cambios han dificultado la interpretación de los estudios previos.

Posteriormente, Bleuler amplió enormemente el concepto e introdujo el término "Esquizofrenia". Enfatizó las características fenomenológicas del episodio, considerándolas más importantes que su curso y evolución. Bleuler introdujo además el concepto de heterogeneidad e hizo referencia a lo que denominó el "Grupo de las Esquizofrenias (5).

En los años subsiguientes, autores como Feighner(10), se abocaron al estudio del diagnóstico de Esquizofrenia, estrechando aun más el concepto del trastorno (3).

La aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM III) (1) simplificó, en buena medida, el diagnóstico de Esquizofrenia, al mejorar la confianza y credibilidad en la investigación psiquiátrica, permitiendo relacionar más estrechamente el tratamiento y el pronóstico, minimizando el estigma de la clasificación, y al mismo tiempo reduciendo las diferencias entre colegas de otras latitudes. A su vez este sistema multiaxial, permite considerar al individuo de una manera integral. Por otro lado, la puntualización y consideración de cada uno de los aspectos de la enfermedad, introdujo precisión dentro de las reglas de la clasificación y aclaró los diagnósticos diferenciales (2).

Basándonos en la necesidad de establecer líneas de investigación en los hospitales psiquiátricos, cimentadas en la uniformidad de criterios diagnósticos y estimulados por los avances en la confiabilidad y validez de las modernas nomenclaturas nosológicas y multiaxiales, nos abocamos a la realización de un estudio retrospectivo de 300 pacientes clasificados como Esquizofrénicos según la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales en su IX Revisión (ICD-9) (16). Aplicando los criterios diagnósticos del DSM-III, comparamos nuestros resultados con los anteriores, con la finalidad de evaluar nuestra correspondencia en el diagnóstico, para poder establecer sistemas diagnósticos acordes con el avance de la investigación en Psiquiatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron 300 historias clínicas de pacientes ingresados al Hospital Psiquiátrico del Estado Zulia (Maracaibo-Venezuela), durante los años 1987 a 1989. Las historias consideradas para el estudio, fueron aquellas con diagnóstico de egreso de Psicosis Esquizofrénica, según la ICD-9.

No se incluyeron aquellas historias con diagnósticos pertenecientes al "espectro" o relacionadas con el trastorno, tales como: Psicosis Esquizofreniforme, Psicosis Esquizoafectiva y Reacción Psicótica Esquizoide. Se excluyeron también aquellas historias de pacientes con Síndrome Orgánico Cerebral, Incapacidad Sensoriomotriz y Trastornos Neuroendocrinos diagnosticados.

Las 300 historias seleccionadas al azar, fueron reevaluadas y diagnosticadas por 2 psiquiatras, que trabajaron individualmente, quienes aplicaron un formato de historia clínica diseñado en base a los criterios diagnósticos del DSM III, incluyendo todos sus ítems.

Se descartaron aquellas historias que no llenaban los ya mencionados criterios diagnósticos. De esta manera se obtuvo una muestra de 139 casos, los cuales se reevaluaron considerando las siguientes variables: Nombre, No. de historia, sexo, estado civil, escolaridad, procedencia, número de ingresos al hospital, así como también la sintomatología claramente detallada en las historias clínicas y mencionada al menos una vez; se evitó inferir conclusiones po-

sitivas de descripciones circunstanciales.

Los signos y síntomas considerados fueron los reportados en los diferentes ingresos: alucinaciones auditivas, voces que comentan o critican, ideación delirante y su contenido, pensamiento ilógico, pobreza en el lenguaje, y aplanamiento o incongruencia afectiva; otras variables como conducta desorganizada o catatónica, abandono de su actividad laboral y social y descuido personal, fueron consideradas como indicativas de su deterioro. La evolución en años y el subtipo de Esquizofrenia fueron otros parámetros evaluados.

El 61,2% (n= 85) de la muestra correspondió al sexo masculino y el 38,8% (n= 54) al femenino y las edades estaban comprendidas entre 19 y 69 años, con un promedio de $36,31 \pm 10,6$ años. El 87,8% estaba constituido por venezolanos de origen, solteros en un 79,1%. El 89,9% (n= 125) recibió instrucción académica, correspondiendo el 47,1% (n= 65) al nivel primario, el 31% (n= 43) a educación secundaria, el 2,2% (n= 3) al nivel técnico superior y el 9,4% (n= 13) tenía instrucción universitaria.

En un 84,9% de los pacientes se inició el cuadro clínico durante la segunda o tercera década de la vida (a los 30 años o antes) con un promedio de $6,88 \pm 5,30$ años de hospitalización. Toda la información obtenida fue tabulada. Se obtuvo la frecuencia de cada variable en particular y se realizaron correlaciones entre ellas y los subtipos del Trastorno Esquizofrénico. Los datos fueron analizados mediante la prueba de

chi cuadrado (20). Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

La muestra obtenida del diagnóstico retrospectivo de 300 historias clínicas, luego de aplicarle los criterios del DSM III, se redujo a 139 historias, con diagnóstico de Trastorno Esquizofrénico, lo que representó el 46,3% del universo estudiado (Tabla I). De las restantes 161 historias, 59 (19,6%) correspondieron a la categoría de datos insuficientes, refiriéndose a aquellas historias que no aportaron información suficiente para incluirla dentro de esta categoría diagnóstica (Tabla II). Al trastorno por uso de sustancias correspondió el 11,3%; cabe destacar que dentro de este diagnóstico se excluyeron aquellos casos con historia de consumo crónico de alcohol, los cuales representaron el 1,1% ($n = 3$) del total de los casos descartados. También en la Tabla II puede observarse que el desorden mental orgánico, representó el 10,6% ($n = 32$) de los casos, los desórdenes afectivos el 6,6% ($n = 20$), la Psicosis Atípica, el

3,3% ($n = 10$), y el Retardo Mental el 1,1% ($n = 3$).

La Tabla III muestra los hallazgos sintomatológicos y la evolución de los 139 casos con diagnóstico, de Trastorno Esquizofrénico. Es de hacer notar que los signos y síntomas evaluados, fueron reportados, al menos en una oportunidad, en las historias hospitalarias. Estas describían la evolución de los síntomas y recopilaban el discurso textual de los pacientes, expresando sus ideas, alucinaciones y otros síntomas cuantificadores de deterioro en la evolución. En el 93,5% de los casos ($n = 130$) se observó deterioro en las relaciones sociales, en el 92,5% ($n = 129$) deterioro de la higiene y cuidado personal, y en el 87,8% ($n = 122$), deterioro en la actividad laboral. Igualmente, la conducta gravemente desorganizada se demostró en un 87,1% ($n = 121$) de los casos; pensamientos ilógico en el 86,3% ($n = 120$), delirio persecutorio en el 76,3% ($n = 106$), alucinaciones auditivas y diálogos alucinatorios (voces que comentan o critican) en el 84,6% ($n = 119$), ideas de grandeza en el 48,3% ($n = 63$). Las alteraciones del afecto estuvieron presentes en todos los

TABLA I

FRECUENCIA DE ESQUIZOFRENICOS, DIAGNOSTICADOS SEGUN EL DSM-III, EN UNA MUESTRA DE 300 PACIENTES

	No. Casos n	Frecuencia %
Esquizofrénicos	139	46,3
No Esquizofrénicos	161	53,6

TABLA II
FRECUENCIA DE HISTORIAS DESCARTADAS PARA ESQUIZOFRENIA,
SEGUN EL DSM III

	No. Casos n	Frecuencia %
Datos insuficientes	59	19,6
Trastorno por uso de substancias	34	11,3
Trastorno mental organico	32	10,6
Trastornos afectivos	20	6,6
Psicosis atípica	10	3,3
Abuso de alcohol	3	1,1
Retardo Mental	3	1,1
Total	161	53,6 %

pacientes, distribuyéndose de la siguiente manera: afecto incongruente en el 45,3% de los casos, hipoafectividad en el 30,2%, y aplanamiento afectivo en el 24,5%.

Al realizar la clasificación por subtipos se encontró la mayor frecuencia para el subtipo Paranoide, con un 80,6% (n= 112) de los casos [Tabla IV].

La Tabla V corresponde a la frecuencia de los diferentes síntomas en cada uno de los subtipos. Cabe destacar que de los 112 casos de Esquizofrenia Paranoide, 61 (54,46%) presentaron ideas de grandeza ($X^2 : 9,169$, g de l = 3, $p < 0.027$), mientras que la presencia de este

síntoma no fue estadísticamente significativa para los otros subtipos.

En 55 casos de Esquizofrenia Paranoide se presentaron ideas religiosas en un 49,1% de los casos ($X^2 : 10.548$, g de l = 3, $p < 0.014$). Las ideas persecutorias, predominaron en los Esquizofrénicos Paranoides con 94 casos (83,9%) ($X^2 : 21.035$, g de l = 3, $p < 0.0001$).

La incoherencia prevaleció en el subtipo Desorganizado, con 5 casos (83,3%) lo cual fue significativo ($X^2 : 11,174$, g de l = 3, $p < 0.001$).

Con respecto a la pobreza en el contenido del lenguaje se reportan 7 casos del subtipo catatónico (77,7%) ($X^2 : 32.016$, g de l = 3, $p < 0.0001$)

TABLA III
FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS EN LOS PACIENTES CON
TRASTORNO ESQUIZOFRENICO, SEGUN EL DSM-III

Sintomatología	Frecuencia	n
Alucinaciones auditivas	26,6	37
Voces dialogadas, que comentan o critican	59,0	82
Ideas de control exterior	33,8	47
Transmisión del pensamiento	24,5	34
Robo del pensamiento	25,9	36
Vivencias de cambio corporal	45,3	63
Delirios somáticos	19,4	27
Delirios de grandeza	48,2	67
Ideas místico religiosas	42,4	59
Ideas nihilistas	4,3	6
Delirio persecutorio	76,3	106
Ideas celotípicas	0,7	1
Incoherencia	33,8	47
Pensamiento ilógico	86,3	120
Pobreza en el contenido del lenguaje	16,5	23
Hipoafectividad	30,2	42
Aplanamiento afectivo	24,5	34
Incoherencia afectiva	45,3	63
Conducta catatónica	12,9	18

TABLA IV
FRECUENCIA DE LOS SUBTIPOS EN 139 PACIENTES
DIAGNOSTICADOS SEGUN EL DSM III

Subtipo	No. Casos n	Frecuencia %
Paranoide	112	80,6
Indiferenciado	12	8,6
Catatónico	9	6,5
Desorganizado	6	4,3
Total	139	100%

TABLA V
SINTOMAS OBSERVADOS EN LOS SUBTIPOS DE TRASTORNO
ESQUIZOFRENICO

	Paranoide (n = 112)	Indiferenciado (n = 12)	Catatónico (n = 9)	Desorganizado (n = 6)
Pensamiento ilógico	100	8	7	5
Incoherencia	32	7	3	5
Pobreza del Lenguaje	10	4	7	2
Trastorno del afecto:				
a) Incongruente	54	7	1	1
b) Embotado	22	3	7	2
c) Aplanado	36	2	1	3
Deterioro Laboral	95	12	9	6
Deterioro en las relaciones sociales	103	12	9	6
Deterioro en el cuidado personal	102	12	9	6
Ideas de ser controlado	40	3	2	2
Transmisión del pensamiento	31	1	1	1
Robo del pensamiento	31	2	1	2
Vivencia de cambio corporal	55	5	1	2
Ideas somáticas	21	2	3	1
Ideas de grandeza	61	3	2	1
Ideas religiosas	55	2	1	1
Ideas nihilistas	5	1	0	0
Ideas persecutorias	94	7	3	2
Ideas celotípicas	1	0	0	0

y dentro de los trastornos del afecto, los hallazgos fueron significativos para el subtipo Paranoide ya que 54 pacientes (48,2%) presentaron afecto incongruente; 36 (32,1%) correspondieron al aplanamiento afectivo y 22 (19,6%) a la hipoafectividad (χ^2 :18.514, g de l= 6 ,p < 0.0005).

DISCUSION

Nuestros resultados son compatibles con estudios previos realizados en otros países, donde se observa que las características demográficas de la muestra son similares, en la mayoría de los casos; se trata de jóvenes adultos solteros o sin uniones maritales estables, de nivel edu-

cacional medio y sin predominio por sexo, raza, religión o estado socioeconómico, aun cuando, clásicamente se reporta mayor frecuencia de la enfermedad en los grupos de los estratos sociales inferiores (12,14). Observamos una evolución crónica de más de dos años, con un mayor número de ingresos hospitalarios, durante el primer quinquenio de evolución de la enfermedad (49,6%) lo que utilizamos como indicativo de deterioro, concordando con lo reportado por otros autores, quienes observaron, un deterioro característico del Trastorno Esquizofrénico, en sus primeras etapas (13). Contrario a la descripción clásica, observamos una tendencia a la estabilización alrededor de la primera década de evolución de la enfermedad, lo que coincide con el proceso de "nivelación" en esquizofrénicos crónicos (14), descrito por otros autores, el cual una vez instalado parece ser estable, sugiriendo que el Trastorno Esquizofrénico es una enfermedad crónica, deteriorante, pero de evolución heterogénea, dependiendo de variables como el subtipo, edad de inicio, sexo, nivel educativo, salud mental premórbida, etc.

Es importante tener en cuenta, el hecho de que "nuestros pacientes", con el paso de los años, abandonan el control médico, rechazan cada vez más la hospitalización y acuden menos en busca de ayuda profesional, contribuyendo esto al deterioro y empobrecimiento de sus capacidades integrales; lo que nos plantea la necesidad de realizar estudios de seguimiento para evaluar el efecto del tratamiento y la adecuada atención psiquiátrica sobre el

proceso evolutivo de la enfermedad. En nuestro medio carecemos de recursos adecuados para la atención y rehabilitación de pacientes esquizofrénicos, y esto incide de manera negativa en el curso de la enfermedad lo que coincide con los resultados del Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (15), donde se incluyeron países latinoamericanos en vías de desarrollo, al igual que el nuestro, evidenciándose una pobre evolución en los pacientes estudiados; lo cual coincide con lo reportado por nosotros.

Con respecto al diagnóstico pudimos observar que en nuestro estudio de la muestra inicial de 300 pacientes codificados como Esquizofrénicos según la IC-9 sólo 139 casos (46,3%) cumplieron los criterios diagnósticos del DSM III, lo cual nos evidencia la variabilidad o heterogeneidad en los diferentes métodos diagnósticos, punto crucial para la investigación en psiquiatría, planteándonos la necesidad de la utilización de modernos sistemas diagnósticos estructurados y multiaxiales; de esta manera, se logrará la unificación de criterios, lo que permitirá un mejor entendimiento entre los psiquiatras y, por ende, una mejor atención al paciente esquizofrénico, facilitando a su vez las investigaciones dentro de este campo.

Cabe destacar la necesidad de realizar una recolección fidedigna de los datos en la historia clínica, ya que evidenciamos que un 19,6% de nuestra muestra no pudo ser incluida en ninguna categoría diagnóstica dado que la información era insuficiente. Igualmente, al momento del ingreso no se clarificaron las causa-

les orgánicas subyacentes, encontrándose que un 10,6% de la muestra inicial fue codificada como Trastorno Mental Orgánico.

En cuanto a los trastornos afectivos, es imprescindible, que el diagnóstico diferencial sea explícito, ya que muchos procesos Esquizofrénicos cursan al inicio con un cuadro afectivo, generalmente depresivo, que en algunos casos enmascara el diagnóstico. Teniendo en cuenta que la Esquizofrenia es asociada a un alto riesgo de suicidio con respecto a la población general (8,24) es importante, entonces, evaluar al paciente en las etapas tempranas de la enfermedad, para clarificar el diagnóstico y prever este riesgo.

Al analizar la Tabla III, en la cual se observa la sintomatología predominante en nuestros pacientes, pudimos notar que en la mayoría de éstos, el deterioro es evidente tanto en las relaciones sociales como en la higiene, el cuidado personal y la actividad laboral. Las alteraciones del afecto estuvieron presentes en todos los casos. Aunque ninguno de estos síntomas son patognomónicos ni exclusivos del trastorno esquizofrénico, si son descritos como parte del cuadro sintomático del mismo, y la multiplicidad de éstos, reflejan un amplio rango de disfunciones cognitivas y emocionales, que se hacen más evidentes cuando se evalúan en una población significativa como la nuestra.

Clásicamente, se ha descrito a la Esquizofrenia como una enfermedad de curso crónico y deteriorante, que progresivamente culmina en la demencia (13). Este concepto ha evolucionado en los últimos años y

aunque el deterioro de las funciones caracteriza el trastorno, y de hecho es un criterio diagnóstico del DSM III, su evolución es heterogénea, ya que se observan casos que van desde la parcial restitución de sus funciones, hasta la incapacidad total (4, 12, 21).

En nuestro estudio podemos observar que aunque con un curso crónico y con una duración de 1 a 26 años (79,1%), la sintomatología y la evolución son heterogéneas. Observamos que muchos pacientes reingresan con un mayor deterioro en cada oportunidad, otros conservan una sintomatología estable y persistente, con exacerbaciones agudas; y una minoría no reingresa al hospital, bien sea porque no asiste al control psiquiátrico como expusimos anteriormente, o porque restituye sus funciones a un nivel que les permite interactuar en el medio.

Durante los últimos años, se han dividido los síntomas esquizofrénicos en dos grandes grupos, los síntomas floridos o positivos y los síntomas deficitarios o negativos. (6, 7, 22). El grupo de los síntomas positivos tienden a representar la distorsión o exageración de las funciones normales y esto incluye los delirios, alucinaciones y anormalidades en el lenguaje y comportamiento. Por otro lado, los síntomas negativos representan una disminución o pobreza del contenido del pensamiento, bloqueo afectivo, retraimiento social, inhibición motriz y anhedonia. Algunas evidencias sugieren que los síntomas positivos pueden ocurrir más frecuentemente durante las etapas iniciales de la enfermedad, (23) mientras que los síntomas negativos

se hacen prominentes con la evolución, en las etapas posteriores del trastorno. Mas aún, cuando se presentan, los síntomas negativos tienden a persistir (17). También existen datos que sugieren que los pacientes que exhiben síntomas negativos son mas refractarios al tratamiento con neurolépticos que los pacientes que exhiben síntomas positivos predominantemente (25, 26).

Investigaciones recientes identificaron un tercer grupo de síntomas, los llamados desórdenes en el funcionamiento social, y sugieren que estos reflejan un proceso longitudinal sem independiente en el desarrollo de la Esquizofrenia y que conjuntamente con los síntomas positivos y negativos, influyen sobre el curso de la enfermedad, de manera aún imprecisa (9).

Aun cuando, en nuestra investigación no aplicamos directamente la tipología de Crow, sino que nos seguimos estrictamente por los criterios diagnósticos del DSM III, podemos afirmar que éstos son aplicables a nuestra población, y que el hecho de contar con un tercer grupo de síntomas (los desórdenes de funcionamiento social) modifica o amplía mas el concepto de Esquizofrenia haciéndolo, mediante el concurso de todos estos factores, más integral y dinámico. Esto nos traslada, quizás, al concepto "grupo de las Esquizofrenias" de Bleuler que claramente lo describió como formado por diferentes manifestaciones de un mismo trastorno (5).

Al evaluar los subtipos, en nuestros pacientes esquizofrénicos, encontramos marcado predominio del Trastorno Esquizofrénico Para-

noide (80,6%) seguido en frecuencia por el subtipo Indiferenciado, Catafónico y Desorganizado, lo que coincide con otros reportes donde encontraron hallazgos comparables (11, 12). Otro aspecto evaluado en esta investigación fueron los antecedentes familiares positivos de enfermedad mental; en efecto, reportamos un 41% de casos positivos en la población estudiada, lo que apoya una vez más la importancia del concurso de los factores genético-hereditarios en la aparición del trastorno esquizofrénico (18, 19).

Por lo anteriormente expuesto, es palpable que la investigación en Psiquiatría se dificulta por la variabilidad diagnóstica, y es por ello que cada vez es prioritario el establecimiento de criterios unificados para el diagnóstico, con la finalidad de poder contar con resultados comparables, que faciliten los estudios epidemiológicos. A pesar de que esta es una situación que se presenta mundialmente, tenemos la certeza de que en nuestro país el problema se agrava, ya que carecemos de metodología en el diagnóstico y nos encontramos con el uso de diversos métodos que entorpecen el emprender futuras investigaciones, e implementar programas terapéuticos y de rehabilitación aplicables a nuestro medio; lo que permitiría mejorar las condiciones de vida del paciente esquizofrénico y, de esta manera, disminuir su inevitable progreso al deterioro, lo que se traduce en una carga para la familia, el estado y la sociedad.

AGRADECIMIENTO

Este proyecto de investigación ha sido subvencionado por La Cerveceria Modelo, Lagoven y Maraven.

ABSTRACT

Retrospective study from a sample of patients discharged with the diagnosis of schizophrenia. Piñerúa - Shuhaibar L. (Instituto de Investigaciones Biomédicas (INBIOMED)-Fundacite Zulia. Apartado 376, Maracaibo 40001-A, Venezuela), Prieto- Rincón D., Bonilla E. *Invest Clín* 33(3): 107-119, 1992.

A retrospective diagnosis was obtained from a sample of 300 patients discharged from the Psychiatric Hospital of Maracaibo (Venezuela), with the clinical diagnosis of schizophrenia. These medical records were evaluated under DSM-III criteria, by two psychiatrists using structured formats. We found that 46,3 % of the patients met the criteria corresponding to the schizophrenic disorder; from the remaining 53,6%, 19,6% did not have enough information to be included in this category, and 34,6% was classified under other psychiatric disorders. Of the patients with schizophrenic disorders, 61,2% were male, single, and Venezuelan citizens; 84,9% began their clinical manifestations during the second or third decade of their lives; 89,9% received education. The predominant symptomatology was impairment in social relations (93,5%), deterioration in hygiene and self-care

(92,5%), impairment in functioning (87,1%), illogical thinking (86,3%), with predominant persecutory delusions, auditory hallucinations, dialogue hallucinations (84,6%), grandiose delusions (48,2%), and personal experiences of corporal changes (45,3%). Affective symptomatology were present in all patients and the predominant subtype was the paranoid, that was observed in 80,6% of the cases. Positive signs of this disease in family history were present in 41 percent of the cases. Our findings confirm the necessity to unify criteria concerning the diagnosis of mental disorders, as it became evident that the variability in diagnosis, makes more difficult the psychiatric research in our country.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 3rd ed. Washington, DC: The Association, 1987.
- 2- ANDREASEN N.: The Diagnosis of Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1:9-22, 1987.
- 3- ANDREASEN N., FLAUM M.: Schizophrenia: The Characteristic Symptoms. *Schizophr. Bull.* 1:27-46, 1991.
- 4- ANGST J.: European Long-Term-Follow up Studies of Schizophrenia. *Schizophr Bull* 4:501-513, 1988.
- 5- BLEULER E.: *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias* (1911). Translated by J. Zinkin New York: International Universities Press, 1950.
- 6- CROW T.J.: Molecular pathology of Schizophrenia: more than one

- disease process? *Br Med J* 280:66-68, 1980
- 7- CROW T.J.: The two-Syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull* 11:471-486, 1985.
 - 8- DINGMAN C.W., Mc GLASHAN T.H.: Discriminating characteristic of suicides: Chesnut Lodge follow up Sample including patients with affective disorder. Schizophrenia and Schizoaffective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 74:91-97, 1986.
 - 9- DWORKIN R., BERSNTEIN G., KAPLANSKY L., y cols.: Social Competence and Positive and Negative Symptom: A Longitudinal Study of children and Adolescents at Risk for Schizophrenia and Affective Disorder. *Am J Psychiatry* 148:1182-1188, 1991.
 - 10- FEIGHNER J.P., ROBINS E., GUZE S.B., WOODRUFF R.A., WINOKUE G., MUÑOZ R.: Diagnostic criteria for use in Psychiatric Research. *Arch Gen Psychiatry*, 26:57-63, 1972.
 - 11- GRUENBERG A., KENETH K., TSUANG M.: Reliability and concordance in the subtyping of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 142:1355-1358, 1985.
 - 12- HARDING C., BROOKS G., ASHIKAGA T., STRAUSS J., BREIER A.: The Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness. II: Long Term Outcome of Subjects who retrospectively met DSMIII criteria for Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 144:727-735, 1987.
 - 13- KRAEPELIN E.: *Dementia Praecox*. Translated by R.M Barclay. Edinburgh: E and S. Livinstone, 1971.
 - 14- Mc GLASHAN. T.H.: A selective review of recent North American long-term follow up studies of Schizophrenia. *Schizophr Bull* 4:515-542, 1988.
 - 15- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Esquizofrenia, un estudio multinacional. Cuadernos de Salud Pública 63, Ginebra, 1976.
 - 16- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Accidentes y Causas de Muerte. Novena Edición, Ginebra, 1978.
 - 17- PFOHZ B., WINOKUR G.: The evolution of symptoms in institutionalized hebephrenic, catatonic schizophrenics. *British J Psychiatry* 141:567-572, 1982.
 - 18- PRIETO de R., D., PIÑERUA DE S., L., CEDEÑO de R., R., BONILLA E.: Estudio de una familia con alta frecuencia de Trastorno Esquizofrénico. *Invest Clín* 30:73-99, 1989.
 - 19- SLATER E., COWIE V.: The genetic of Mental Disorders. London- Oxford Monographs in Medical genetic, University Press, pp 12-16, 1971.
 - 20- STATISTICAL ANALISIS SYSTEM. SAS. USERS GUIDE. RALEIGH. NC. U.S.A., S.A.S. Inc, 1985.
 - 21- STEPHENS J.H.: Long term prognosis and follow up in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 4:25-47, 1978.
 - 22- STRAUSS J.S., CARPENTER W.T. Jr, BARTKO J.J. : Schizophrenic signs and symptoms. *Schizophr Bull* 4:61-69, 1974.
 - 23- STRAUSS J.S., CARPENTER W.T. Jr, BARTKO J.J.: The diagnosis and understanding of schizophrenia part III: Speculations on the process that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophr Bull* 1:61-69, 1974.

24- TSUANG M.T., WOOLSON R.F.:
Excess mortality in
schizophrenia and affective dis-
orders: Do suicides and acciden-
tal deaths solely account for this
excess. Arch. Gen. Psychiatry.
35: 1181-1185, 1978.

25- VAILLANT G.E.: The prediction of
recovery in schizophrenia. J Nerv
Ment Dis 135:534-543, 1962.

26- WEIBERGER D.: Schizophrenia
and the frontal lobe. TINS 11(8):
367-370, 1988.