

Revisión de las formas clínicas de la esquizofrenia desde una perspectiva histórica. Estudio retrospectivo

Luis Fernando Abejaro de Castro*

RESUMEN

Se realiza una revisión de Historias Clínicas de enfermos que han estado ingresados en la Clínica Militar Psiquiátrica de Ciempozuelos (Madrid) en las seis últimas décadas de 1924 a 1988. La componen individuos varones que pertenecen a las Fuerzas Armadas y que son ingresados en un Hospital de Crónicos.

De estas Historias se seleccionan los diagnósticos de Esquizofrenia analizando las Formas Clínicas agrupándolas por intervalos temporales en un estudio retrospectivo y evolutivo. Para ello se utilizan una serie de instrumentos metodológicos como son los criterios nosológicos del DSM-III-R, los criterios fenomenológicos (síntomas primarios y secundarios) de Kurt Schneider y un cuestionario de recogida de datos de cada Historia Clínica que comprende datos socio demográficos, curso previo de la enfermedad, cuadros de comienzo, de estado y tratamientos aplicados.

Se observa que se ha asistido en las últimas décadas a un cambio cronológico en la frecuencia de las Formas Clínicas de la Esquizofrenia que afectan tanto a las Formas de Inicio (Agudas e Insidiosas) como a las Formas de Estado (Paranoide, Catatónica, Desorganizada, Indiferenciada y Defectual) siendo el estudio de esta patomorfosis el objetivo de la presente investigación.

Palabras clave: Formas Clínicas, Esquizofrenia, Evolución Histórica.

SUMMARY

I have made a revision of Clinic Histories of patients who have been admitted to the Psiquiatric Militar Clinic of Ciempozuelos (Madrid), during the last six decades, from 1924 to 1988. This is made up by male members of the Army who were admitted to Hospital of Chronic Treatment.

From these Histories, diagnoses of squizophrenia were selected and Clinic Forms were analyzed and grouped in temporal intervals in a retrospective and evolutionary study. To do that a serie of methodological instruments were used, as the nosological criteria of the DSM-III-R, Kurt Schneider's phenomenological criteria (primary and secondary symptoms) and a form to collect information of each Clinic History including sociodemographic data, previous course of the disease, outset and state charts and therapy applied.

It can be observed that in the last decades there has been a chronological change in the frequency of the Clinic Forms of Squizophrenia, which affects the Forms of State (Paranoid, Catatonic, Dispersed, Indiferenciated and Defectual). The study of this pathomorphosis is the aim of this research.

Key words: Clinic Forms, Squizophrenia, Historic Evolution.

2. INTRODUCCION

Desde una perspectiva histórica los trastornos mentales considerados como esquizofrénicos han sufrido un conjunto de modificaciones en función de los criterios de denotación, designación

y especialmente nosológicos. La esquizofrenia en el sentido estricto del término ha presentado hasta nuestros días una evolución histórico-conceptual que afecta no sólo a los criterios etiopatogénicos sino también en lo referente a las formas clínicas objeto del presente trabajo. Estos subtipos, formas clínicas o conjuntos sindrómicos constituyen una constelación sintomática que arranca del trastorno principal de fondo endógeno y que adquiere una morfolo-

gía cuyas fuentes pertenecen al terreno de los factores patoplásticos o modeladores entre los que se encuentran los contenidos biográficos, la personalidad premórbida, las influencias socioculturales, el ambiente familiar, las experiencias precoces, los aspectos constitucionales y biofísicos, las actuaciones terapéuticas y en suma un sinfín de posibilidades cuyo origen principal actualmente permanece a oscuras. La Psiquiatría comparada o transcultural

* Capitán Médico Alumno del diploma de psiquiatría. Sección Hospitalaria Psiquiátrica de Ciempozuelos. Hospital Militar Central "Gómez Ulla".

muestra como existen una serie de diferencias semiológicas en la esquizofrenia a lo largo de las diferentes culturas o etnias y la Psiquiatría antropológica o transhistórica muestra como existe una transformación, una modificación de los cuadros clínicos desde una perspectiva histórica. Esta patomorfosis es el objetivo del presente estudio en una escala histórica y referente a las últimas seis décadas mediante una revisión de historias clínicas en un estudio retrospectivo de enfermos ingresados.

El diagnóstico de esquizofrenia como todo trastorno psiquiátrico presenta tres aspectos: el etiopatogénico, el nosológico y el fenomenológico. La evolución histórica conceptual de lo que entendemos por esquizofrenia es muy antigua y a efectos prácticos se considera que se inicia en 1896 en que Emil Kraepelin utiliza para el diagnóstico de lo que él llama Demencia Precoz unos criterios descriptivos en cierto modo multiaxiales en los que tiene en cuenta: 1. Una etiología endógena y por tanto expresión de una enfermedad constitucional o de base orgánica; 2. una sintomatología cuyo síndrome clínico se caracteriza por una destrucción de la armonía interna de la personalidad con preferente participación de la afectividad y la voluntad; 3. con un curso evolutivo que comienza en etapas tempranas y se desarrolla irremisiblemente hacia la demencia. En 1911 Eugen Bleuler abandona el término de Demencia Precoz y acuña el de Esquizofrenia señalando que el trastorno fundamental sería la escisión o disociación de las funciones psíquicas considerando tres principios en la por él llamada Esquizofrenia: 1. Que no es una Demencia en el sentido estricto del término; 2. puede aparecer en edades tardías; 3. no tiene por qué terminar fatalmente. Karl Jaspers en 1942 describe utilizando la metodología explicativa y comprensiva y crea los conceptos básicos de Fase, Proceso y Brote aplicable a las formas evolutivas de la esquizofrenia lo que aclara en cierta medida el curso de esta enfermedad. Kurt Schneider realiza una ordenación psicopatológica basándose en criterios clínico fenomenológicos en un corte transversal, para lo cual señala la existencia de síntomas de primer orden y síntomas de segundo orden y cuya presencia es suficiente para el diagnóstico de esquizofrenia. Por tanto y siguiendo a estos autores el diagnóstico de esquizofrenia se efectúa bajo dos dimensiones: una transversal (fenomenológica, sintomática) y otra longitudinal (evolutiva, con o sin deterioro). Estas dos dimensiones la fenomenoló-

gica y la cronoevolutiva imperan en todas las clasificaciones diagnósticas actuales.

Con respecto a las Formas Clínicas históricamente en 1860 fue el francés Morel el primer autor que introdujo el término Demencia Precoz para definir una enfermedad que se presenta en edades jóvenes y en la que se daban tres condiciones: precocidad de comienzo a veces por acceso agudo, rapidez de evolución y terminación en demencia progresiva y profunda. En 1871 Hecker aisló la Hebefrenia. En 1868 Khalbaum las catatonias estupefosa y agitada. Ambos posteriormente la Hebidofrenia. En 1868 Sander señaló la forma Paranoide. En 1896 el alemán Emil Kraepelin engloba a todas las formas anteriores y reconoció tres tipos clínicos de Demencia Precoz: la Hebefrenia, la Paranoide y la Catatónica. En 1911 el suizo Eugen Bleuler designa a la Demencia Precoz con el término de Esquizofrenia añadiendo a las tres formas clínicas de Kraepelin la forma Simple. Estos cuatro tipos clínicos de Esquizofrenia (Catatónica, Paranoide, Hebefrénica y Simple) han sido las cuatro formas clásicas más aceptadas por casi todos los autores. En los años siguientes se van añadiendo nuevos subtipos clínicos. En 1911 la Esquizofrenia Latente de Bleuler, en 1933 Langfeldt distingue las Psicosis Esquizofrénicas y las Psicosis Esquizofréniformes que remiten totalmente y en las que incluye las Psicosis exógenas y las psicosis psicogénicas. En 1933 Hoch y Pollatin añaden la Esquizofrenia Pseudoneurótica. En 1933 Kasanin la forma Esquizoaffectiva. En 1953 el estado limítrofe de Knight. En 1960 dos autores Kleist y Leonhard diversificaron las formas clínicas dentro de las ya señaladas cuatro tipos clásicos y además introdujeron los conceptos de: Kleist las formas Nucleares (Malignas) y las formas Marginales (Benignas), y Leonhard las formas Sistemizadas (Malignas) y las formas Asistemizadas (Benignas). En esta constelación de formas clínicas señaladas imperan varias escuelas psiquiátricas como son, en Norteamérica la de Adolf Meyer (tipos de reacción) y en Europa la de la escuela suiza de Bleuler (con o sin defecto) la germánica de Kraepelin (procesual) y la Francesa de Henry Ey (esquizofrenias, bouffés delirantes, psicosis delirantes agudas y crónicas). Necesariamente surge en este maremagnum fenomenológico y bajo un consenso internacional unos criterios sintomáticos que son recogidos de una forma operativa y sistemática y que tienen como principal finalidad una homogeneización clínica y una validez diagnóstica lo que ha facilitado enormemente la investigación sobre las formas clínicas de la esquizofrenia, en esta línea se encuentra el RDC (Criterios Diagnósticos de Investigación) el ICD (Clasificación Interna-

cional de Trastornos Mentales de la OMS) o el DSM (Manual Diagnóstico Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría). En esta investigación teniendo en cuenta las formas clínicas desde una perspectiva histórico retrospectiva utilizaremos los criterios nosológicos establecidos en el DSM-III-R (última revisión del DSM) y a partir de aquí adaptarlos para su mejor comprensión a los criterios clásicos imperantes en las últimas décadas.

3. OBJETIVOS Y METODOLOGIA

1. Se pretende circunscribir la esquizofrenia como grupo morboso partiendo de los criterios diagnósticos sistematizados del DSM-III-R y de los síntomas primarios y secundarios de Kurt Schneider.

2. Agrupar los cuadros esquizofrénicos según los modos de comienzo y las formas de estado.

3. Muestra: La constituye una revisión de Historias Clínicas de enfermos que han estado ingresados en la Clínica Militar Psiquiátrica de Ciempozuelos en las seis últimas décadas. De estas historias se incluyen los diagnósticos de Esquizofrenia analizando las Formas Clínicas. Lo componen individuos pertenecientes a las Fuerzas Armadas y que son ingresados en un Hospital de Crónicos.

4. Criterios de inclusión: Lo componen los Trastornos Esquizofrénicos diagnosticados según criterios DSM-III-R, diagnosticándose únicamente cuando no se conozca la existencia de una etiología orgánica probable para este trastorno excluyéndose aquellos en que existan factores orgánicos conocidos. Los subtipos clínicos considerados deberán cumplir los criterios diagnósticos del DSM-III-R.

5. Criterios de exclusión: Historia de otras enfermedades sobreañadidas orgánicas posiblemente determinantes, enfermedades neurológicas, consumo de sustancias tóxicas, oligofrenias o sometidos a neurocirugía.

6. Instrumentos: (Figura I)

- El DSM-III-R. Se utilizará el Eje I de Síndromes Clínicos.
- Se utilizarán como criterios Fenomenológicos los Síntomas de Primer Orden y de Segundo Orden de Kurt Schneider.
- Se incluye un Cuestionario de recogida de datos de cada Historia Clínica que comprenderá: Las características sociodemográfica, los cuadros de comienzo y las formas de estado (Figura I).

4. MATERIAL CLINICO Y EVALUACION

1. La muestra queda constituida por varones que son ingresados en la

Revisión de las formas clínicas de la esquizofrenia desde una perspectiva histórica. Estudio retrospectivo

Clínica Militar Psiquiátrica de Ciempozuelos durante un período de observación con el objeto de pasar al Tribunal Médico Militar.

2. El período de observación oscila de las dos semanas a los dos meses en líneas generales durante el cual permanecen ingresados, pasando posteriormente Tribunal Médico Militar.

3. Todos ellos pertenecen a las Fuerzas Armadas de una forma directa como profesionales (Ejército, Guardia Civil y Policía) o indirecta realizando el Servicio Militar.

4. La muestra para el estudio se elige de las Historias pertenecientes al Archivo de la Clínica Militar Psiquiátrica de Ciempozuelos. En este Archivo se guardan las Historias Clínicas y expedientes de todo el personal que ha pasado Tribunal Médico Militar desde el año 1924 hasta el año 1988 en que finalizan los T.M.M. en esta Clínica Militar Psiquiátrica. Por tanto en el Archivo de la Clínica Militar Psiquiátrica de Ciempozuelos figura la primera Historia con fecha de ingreso de 15 de septiembre de 1924 hasta la fecha del año de 1988 en que finalizan los T.M.M. en esta Clínica. Por todo ello resulta de 1924 a 1988 un total de 64 años en el que están comprendidas 9.200 Historias Clínicas.

5. Para el estudio de estas 9.200 Historias Clínicas se determina elegir un total de 600 Historias aleatoriamente distribuidas proporcionalmente por años. Estas 600 Historias elegidas corresponden al 6,52% del total de Historias existentes en el Archivo y sobre ellas se efectúa una selección de tal forma que sólo son elegidas aquellas que cumplen los siguientes requisitos:

- Pasan T.M.M. y son dados por inútiles totales.
- Las Historias permiten hacer pasar el cuestionario de recogida de datos.
- Se trata de Esquizofrenias Procesuales de etiología endógena y evolución crónica.
- No existen factores orgánicos sobreañadidos.
- Permiten recoger la Forma Clínica de la que se trata.
- Se realiza un proceso de selección del total de Historias elegidas de tal forma que son eliminadas las que se señalan a continuación utilizando la terminología de la época: las incompletas por extravío de datos, los fallecidos, los dados por útiles, los considerados simuladores, los suicidios, las esquizofrenias injertadas en oligofrenias, los episodios psicóticos curados, las psicosis reactivas, las reacciones equizofrénicas,

cas, las psicosis marginales, las psicosis esquizofreniformes y otras patologías psiquiátricas no psicóticas.

6. Una vez excluidos los Trastornos señalados en el apartado anterior seleccionamos las esquizofrenias exclusivamente procesuales resultando un total de 171 Historias del total de las 600 que se eligieron al azar (a su vez de las 9.200 Historias que completan el Archivo de la Clínica). Según los datos porcentuales correspondería a un 28,5% de esquizofrenias endógenas y corresponden al 71,5% los trastornos ya señalados en el apartado anterior y que se han excluido.

7. Referente al tiempo de hospitalización de los que se ingresaban solía oscilar entre el mes y los dos meses para evaluar la enfermedad. Con respecto a la procedencia de los ingresos que llegaban a la Clínica Militar Psi-

quiátrica de Ciempozuelos eran de todos los puntos de la nación así como de ciudades africanas (Ceuta, Melilla, Tetuán y Sahara) además de las Islas con el gran número de Hospitales que ello representa. Existe un paréntesis correspondiente a los ingresos de los años 1936-1939 y que corresponden a la Zona Nacional de la Guerra Civil.

5. RESULTADOS

Una vez rellenados los Cuestionarios de las Historias Clínicas con diagnóstico de Esquizofrenia se efectúan dos procesos:

5.1.—Adaptación terminológica de las Formas Clínicas encontradas a la terminología actual del DSM-III-R de tal manera que distinguimos: El Tipo Desorganizado (295.1) que incluye a la Hebefrenia a la Heboidofrenia y a la

| | |
|---|----------------------------|
| PARTE I | |
| DATOS DE FILIACION Y LOCALIZACION CRONOLOGICA | |
| 1. Año de la Historia | 3. Procedencia Geográfica. |
| 2. Fecha de nacimiento. | 4. Nivel Cultural. |
| PARTE II | |
| CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA | |
| 5.—Síntomas Psicóticos según criterios DSM-III-R | |
| 6.—Síntomas de Primer Orden de Kurt Schneider | |
| 7.—Síntomas de Segundo Orden de Kurt Schneider | |
| PARTE III. CLINICA EVOLUTIVA | |
| 8.—Formas de Comienzo | |
| 1.—Agudas | |
| a. Catatónicas (agitadas, estuporosas o mixtas) | |
| b. Estados confuso-estuporosos | |
| c. Crisis delirantes y alucinatorias tipo bouffé delirante. | |
| d. Formas impulsivas con trastornos de conducta. | |
| 2.—Insidiosas y lentamente progresivas. | |
| a. Síndrome amotivacional o asténico | |
| b. Empobrecimiento o inadecuaciones afectivas | |
| c. Ideas delirantes o alucinaciones | |
| d. Formas pseudopsicopáticas o pseudoneuróticas | |
| e. Comienzo esquizoide con retraimiento. | |
| 9.—Edad de comienzo de la sintomatología | |
| 10.—Formas de Estado (criterios DSM-III-R) | |
| 1. Forma Paranoide | |
| 2. Forma Desorganizada | |
| 3. Forma Catatónica | |
| 4. Forma Indiferenciada | |
| 5. Forma Residual. | |
| 11.—Tipo de actuación Terapéutica | |
| 1. Tratamientos sintomáticos | |
| 2. Tratamientos Biológicos | |
| 3. Psicofármacos | |

Figura 1.—Cuestionario de recogida de datos

Esquizofrenia Simple. El Tipo Catatónico (295.2) que incluye la Agitación Catatónica, la Catatonía Estuporosa y la Catatonía Mixta. El Tipo Paranoide (295.3) que incluye a la Esquizofrenia Paranoide. El Tipo Indiferenciado (295.9) correspondiente a la Esquizofrenia Indiferenciada y el Tipo Residual (295.6) correspondiente a la Esquizofrenia Defectuosa.

5.2.—Se reparten por Intervalos Temporales obteniendo los siguientes resultados que se indican a continuación.

5.2.1. Años de 1924 al año de 1930

Referente a los datos Sociodemográficos encontrados el promedio de edades es de 21 a 23 años, los estudios inexistentes apareciendo en las Hojas de Filiación con frecuencia el epígrafe "no sabe leer ni escribir" y la procedencia es rural con profesiones de Labrador, Agricultor o Jornalero.

En las Formas de Inicio predominan las de Inicio Agudo con estados de excitación maniaca, formas impulsivo-agresivas, formas catatónicas estuporosas, de agitación catatónica y estados confusionales.

Las Formas de Estado predominantes (Figura III) son las Catatónicas seguidas de las Formas Desorganizadas.

En cuanto a los tratamientos aplicados en esta época se recurre en las formas agitadas a los abscesos de fijación con esencia de trementina, a la sujeción mecánica, a la piritoterapia con azufre vacunas antitíficas o antipalúdicas y a los fármacos sedativos como el bromuro potásico, el hidrato de cloral y las sales de magnesio. En las formas estuporosas a los fármacos cardiotónicos a los diuréticos y a la alimentación por sonda.

5.2.2. Años de 1930 al año de 1940

En los datos Sociodemográficos la edad de ingreso es de los 21 a los 25 años, en las Hojas de Filiación con frecuencia "no sabe leer ni escribir", la procedencia suele ser rural y las profesiones relacionadas con este origen.

En las Formas de Inicio continúan predominando las irrupciones agudas bajo las formas catatónicas sobre todo de inmovilidad.

Las Formas de Estado predominante (Figura III) son las Catatónicas seguidas de las Desorganizadas y las Paranoides.

Los tratamientos empleados son semejantes a los señalados para los años 1924 a 1930.

| INTERVALOS TEMPORALES | 1924 a 1930 | 1930 a 1940 | 1940 a 1950 | 1950 a 1960 | 1960 a 1970 | 1970 a 1980 | 1980 a 1988 |
|-----------------------------|--|---|---|--|---|--|---------------------------------------|
| NIVEL CULTURAL | Inexistente "no sabe leer ni escribir" | | Analfabetismo medio | | Estudios elementales | | Bachillerato y medios |
| PROCEDENCIA SOCIOGEOGRAFICA | Rural del campo Profesiones: "labrador, agricultor, jornalero". | | | La procedencia suele ser urbana de pequeñas y grandes ciudades con profesiones de comerciantes, estudiantes, dependientes y militares profesionales. | | | |
| PROMEDIO DE EDAD | De 21 a 25 años | | | De 21 a 30 años | | | 21 a 35 |
| TRATAMIENTOS | Medidas de sujeción, abscesos de fijación, piritoterapia y fármacos sedativos. | | Tratamientos Biológicos: Técnicas de Sakel, Von Meduna, y Cerletti. | | Psicofármacos Neurolépticos | | |
| FORMAS DE INICIO | Inicios Agudos, eclosión súbita, con estados de agitación o estupor catatónico, crisis delirantes y alucinatorias. | | | Formas Agudas larvadas y mixtas. | | Inicio lento insidioso a modo de síndrome amotivacional, perplejidad o bajo conductas esquizoides. | |
| FORMAS DE ESTADO | 1. Catatónicas 2. Desorganizadas. | 1. Catatónicas. 2. Desorganizadas. 3. Paranoides. | 1. Paranoides. 2. Catatónicas. 3. Residuales. | 1. Paranoides. 2. Catatónicas. 3. Residuales. 4. Desorganizadas. | 1. Paranoides. 2. Catatónicas. 3. Desorganizadas. 4. Residuales. | 1. Paranoides. 2. Desorganizadas. | 1. Paranoides. 2. Indiferenciadas. |

Figura II.—Evolución cronológica de las formas clínicas de la esquizofrenia relacionados con factores sociodemográficos y terapéuticos.

5.2.3. Años de 1940 al año de 1950

El promedio de edad es de 20 a 26 años, los estudios básicos con un analfabetismo medio, la procedencia demográfica suele ser de ambiente rural de ciudades y pueblos pequeños, en el epígrafe profesiones aparecen las de dependientes, campesinos, militares profesionales o contables.

En las Formas de Inicio predominan las agudas con estados delirantes, los incicios catatónicos con agitación o inhibición motórica y algunas formas esquizoides con retraimiento.

En las Formas de Estado (Figura III) se encuentran en primer lugar las Paranoides seguidas de las Catatónicas y las Residuales.

Referente a los tratamientos durante esta década se instauran los tratamientos biológicos representados por la Insulinoterapia de Sakel, la farmacconvulsivoterapia de Von Meduna con Cardiazol y la electroconvulsivoterapia de Cerletti-Beni. Estas técnicas fueron empleadas con asiduidad en los Trastornos Esquizofrénicos.

5.2.4. Años de 1950 al año de 1960

Los datos Sociodemográficos recogidos son semejantes a los de la década anterior.

Las Formas de Inicio son mixtas distribuyéndose en formas de inicio agudo (estados delirante-alucinatorios, las catatonías inhibidas) y las insidiosas

Revisión de las formas clínicas de la esquizofrenia desde una perspectiva histórica. Estudio retrospectivo

(empobrecimiento afectivo, comienzo esquizoide con retraimiento).

En las Formas de Estado (Figura III) aparecen en primer lugar las Formas Paranoides seguidas de las Catatónicas, Residuales y Desorganizadas.

Los tratamientos utilizados son semejantes a la década anterior.

5.2.5. Años de 1960 al año de 1970

El promedio de edad al ingreso oscila entre los 21 a los 35 años con estudios la mayoría elementales, la procedencia ya es urbana y las profesiones suelen ser las de comerciantes estudiantes y militares profesionales.

Referente a las Formas de Inicio la mayoría se instauran insidiosa y progresivamente existiendo algunos indicios agudos.

En las Formas de Estado (Figura III) se encuentran en primer lugar las Formas Paranoides seguidas de las Catatónicas, Desorganizadas y Residuales.

A partir de los años sesenta comienza el declive de las terapéuticas biológicas y comienza la era de los tratamientos psicofarmacológicos con Neurolépticos que van desplazando a los anteriores.

5.2.6. Años de 1970 al año de 1980

En las Hojas de Filiación predominan los estudios de Bachillerato y medios y profesionalmente son mayoría los Militares profesionales y Fuerzas de Orden Público (Guardia Civil y Policía Armada).

Las Formas de Inicio que predominan son las insidiosas bajo la forma de ideas delirantes o actividad alucinatoria y los comienzos esquizoides. Las Formas de Estado más frecuentes son las Paranoides seguidas de las Desorganizadas (Figura III). Los tratamientos aplicados son sobre todo Psicofarmacológicos.

5.2.7. Años de 1980 al año de 1988

Los datos Sociodemográficos y los tratamientos recogidos son semejantes a la década anterior, los inicios insidiosos (formas delirantes de contenidos persecutorios) y las Formas de Estado suelen ser (Figura III) las Paranoides seguidas de las Indiferenciadas.

6. CONCLUSIONES (Figura II)

6.1. Datos Sociodemográficos por intervalos temporales

6.1.1. Se ha observado que el promedio de edad ha variado a lo largo del tiempo con respecto a los pacientes ingresados para pasar T.M.M. por Es-

| INTERVALOS TEMPORALES | | FORMAS DE ESTADO (PROMEDIOS) (DSM-III-R) |
|-----------------------|-------|--|
| 1924-1930 | 55,5% | Catatónicas (295,2) 33% Catatónicas Estuporosas 11% Catatónicas Agitadas 11% Catatónicas Mixtas Desorganizadas (295,1) |
| | 44,4% | |
| 1930-1940 | 58,8% | Catatónicas (295,2) 47% Catatónicas Estuporosas 11,7% Catatónicas Agitadas Desorganizadas (295,1) |
| | 35,2% | |
| | 5,8% | Paranoides (295,3) |
| 1940-1950 | 66,6% | Paranoides (295,3) Catatónicas (295,2) 11% Catatónicas Agitadas 11% Catatónicas Mixtas Residuales (295,6) |
| | 22,2% | |
| | 11% | |
| 1950-1960 | 40% | Paranoides (295,3) Catatónicas (295,2) Residuales (295,6) Desorganizadas (295,1) |
| | 20% | |
| | 20% | |
| | 20% | |
| 1960-1970 | 50% | Paranoides (295,3) Catatónicas (295,2) Catatónicas Estuporos. Desorganizadas (295,1) Residuales (295,6) |
| | 16,6% | |
| | 16,6% | |
| | 16,6% | |
| | 16,6% | |
| 1970-1980 | 80% | Paranoides (295,3) Desorganizadas (295,1) |
| | 20% | |
| 1980-1988 | 83,3% | Paranoides (195,3) Indiferenciadas (295,9) |
| | 16,6% | |

Figura III.—Promedios de las formas de estado de la esquizofrenia relacionadas con los intervalos temporales.

quizofrenia de tal forma que en el intervalo de 1924 a 1940 se sitúa entre 21 y 25 años apareciendo de 21 a 30 años en los años cincuenta y de 21 a 35 años en los ochenta. Ello se atribuye a que del año 1924 al 1940 los pacientes que ingresaban eran sobre todo soldados de reemplazo así como las circunstancias de la Guerra Civil y en las últimas décadas acuden preferentemente profesionales.

6.1.2. Referente al nivel cultural de los ingresados ha variado considerablemente, encontrándose que el nivel de estudios desde 1924 a 1940 es prácticamente inexistente modificándose en la época de la postguerra con un analfabetismo medio, pasando a unos estudios elementales en los sesenta y a estudios de bachillerato y medios a partir de los setenta.

6.1.3. En el intervalo de 1924 a

1940 en las Hojas de Filiación aparece el epígrafe procedencia los nombres "rural del campo" circunstancia que iba muy relacionada con la profesión. A partir de los cincuenta se asiste a un cambio progresivo hasta los años sesenta en que la procedencia suele ser urbana con profesiones más técnicas.

6.2. Formas de Inicio de la Esquizofrenia

Con la lectura de las Historias Clínicas en este recorrido histórico se observa que se va asistiendo a una disminución de los comienzos agudos llenos de dramatismo y aparatosidad de tal manera que la tan llamada Esquizofrenia Incipiente se ha ido volviendo más insidiosa y solapada y que por tanto parece que ha existido una cierta patomorfosis. Así nos encontramos que en el intervalo desde 1924 hasta 1950

predominan las Formas Clínicas de Inicio Agudo caracterizadas sobre todo por estados de excitación que en la terminología de la época llamaban casi de forma sistemática "Manía Aguda" (término que se presta a muchas confusiones hoy en día), Formas Catatónicas y las Formas Delirantes súbitas. De esta situación se asiste a un paso progresivo a las Formas de Inicio lento insidioso en las que va predominando el componente afectivo a modo de un síndrome amotivacional, perplejidad, desorientación, o los indicios bajo conductas esquizoides. Este paso de lo agudo a lo larvado tiene su comienzo en la década de los cincuenta y se va haciendo manifiesto a partir de los años setenta.

6.3. Formas de Estado de la Esquizofrenia

Se han encontrado los resultados porcentuales que se señalan en la Figura III y en la Figura IV.

6.3.1. La Forma Catatónica constituye la Primera Forma Clínica desde 1924 a 1940 pasando a segundo lugar en el intervalo de 1940 a 1970 y prácticamente desapareciendo a partir de esta fecha. El Tipo Catatónico más frecuente lo constituye la Forma Estuporosa.

6.3.2. La Forma Paranoide es la Forma de Estado más frecuente en la época de la postguerra Civil incrementándose progresivamente desde los años cuarenta a los ochenta en las que constituye un alto porcentaje.

6.3.3. Las Formas Clínicas Desorganizada, Indiferenciada y Residual no parecen haber variado en el curso del tiempo en cuanto a su frecuencia significativamente teniendo en cuenta que bajo estas Formas se han incluido las Formas Clásicas, Simple, Hebefrenia, Heboidofrenia y Residual.

6.3.4. Por tanto en lo referente a las Formas Clínicas se ha asistido a una inversión porcentual de tal manera que si durante las primeras décadas la Forma Catatónica y sobre todo las Estuporosas eran las más frecuentes, en las últimas décadas prácticamente se han convertido en una "pieza de museo" (actualmente en la C.M.P. de Ciempozuelos sólo existe una Esquizofrenia Catatónica de 68 Esquizofrenias ingresadas) de tal manera que ha sido "sustituida" por la Forma Paranoide que se ha ido afianzando como la

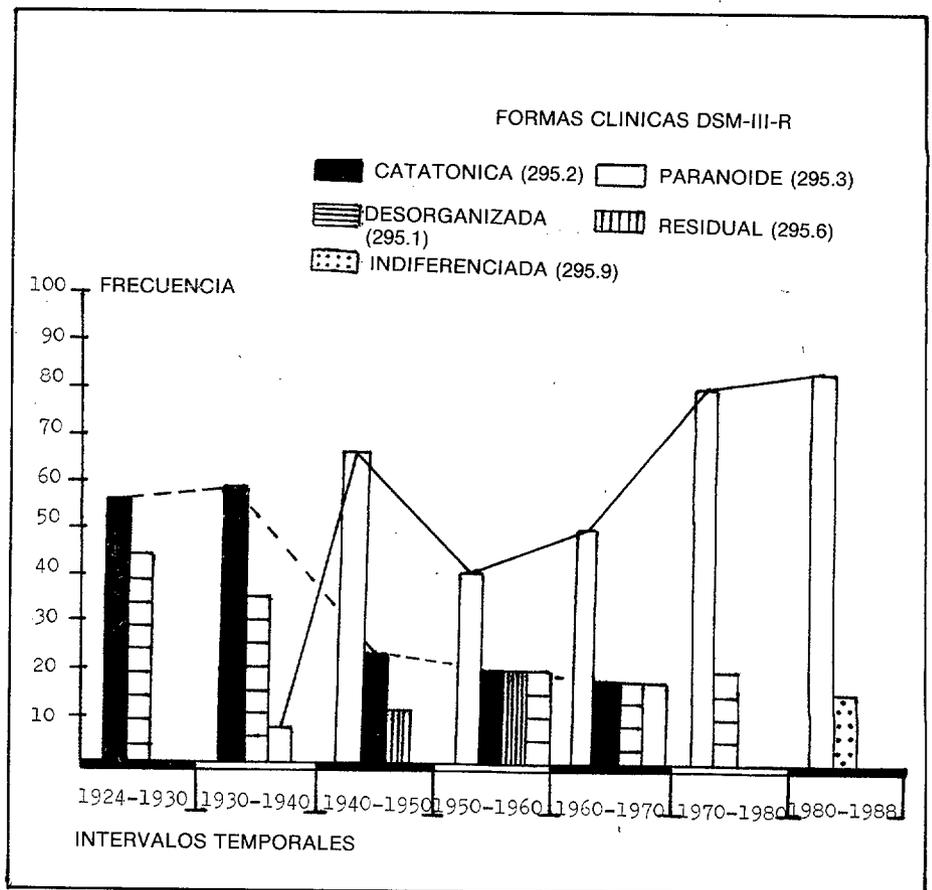


Figura IV Formas de estado de las esquizofrenias desde 1924 a 1988.

Forma Clínica de Estado más frecuente en la actualidad.

6.4. Tratamientos

Respecto a los tratamientos el cambio histórico ha sido importante preguntándonos hasta qué punto junto con los factores sociodemográficos han sido decisivos en la patomorfosis ya señalada. Se asiste en los años de 1924 a 1940 a los tratamientos de alguna manera artesanales como eran las "camisas de fuerza" o los "abscesos de fijación", a los años cuarenta en que comienza a imperar el cientifismo con los tratamientos biológicos y a los años

sesenta en que se asiste a la implantación definitiva de los neurolépticos.

6.5. Por último y como conclusión final a modo de resumen se señala que en el estudio efectuado se han constatado un conjunto de modificaciones desde una perspectiva histórica en los cuadros clínicos de la Esquizofrenia que afecta tanto a las Formas de Inicio como a las Formas de Estado y que los hechos moduladores o patoplásticos son muy complejos señalando sin entrar en causalidades, que se han acompañado también de un cambio en cierta medida paralelo que también afectan a dos tipos de factores, los sociodemográficos y los terapéuticos.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO FERNANDEZ, F.: "Fundamentos de la Psiquiatría Actual". Tomo II, 4.ª ed., págs. 336-347. Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1979.
- CHINCHILLA MORENO, A.: "Tratamientos Psicofarmacológicos en Psiquiatría", págs. 133-153. Editorial Viking, Barcelona, 1989.
- DSM-III-R: "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", págs. 107-112. Editorial Masson, S.A., Barcelona, 1988.
- HENRY E.Y., BERNARD, P. y BRISSET, CH.: "Tratado de Psiquiatría", 8.ª ed., págs. 502-521. Editorial Toray-Masson, Barcelona, 1978.
- JASPERS, K.: "Psicopatología General", 4.ª ed., págs. 351-357. Editorial Beta, Buenos Aires, 1980.
- KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: "Compendio de Psiquiatría", 2.ª ed., págs. 210-227. Salvat Editores, Barcelona, 1987.
- MAYER GROSS, W.: "Psiquiatría Clínica". Tomo I, 2.ª ed., págs. 397-432. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1974.
- MIRA LOPEZ, E.: "Psiquiatría", Tomo II, 4.ª ed., págs. 562-605. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1955.
- VALLEJO NAJERA, A.: "Tratado de Psiquiatría", 3.ª ed., págs. 567-568 y 666-686. Salvat Editores, Barcelona, 1954.
- VALLEJO NAJERA, J.A.: "Introducción a la Psiquiatría", 15.ª ed., págs. 348-354. Editorial Científico Médica, Barcelona, 1981.
- VALLEJO RUILOBA, J.: "Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría", 2.ª ed., págs. 542-544. Editorial Salvat, Barcelona, 1985.
- WEITBRECHT, H.J.: "Manual de Psiquiatría", 1.ª ed., págs. 484-495. Editorial Gredos, Madrid, 1969.