

SINTOMAS DE PRIMER ORDEN DE SCHNEIDER EN ESQUIZOFRENIA, MANIA Y DEPRESION

ALFREDO SAAVEDRA C *

KEY WORDS: *Schneider's first rank symptoms – Schizophrenia – Mania-Depression*

PALABRAS CLAVE: *Síntomas de primer orden de Schneider – Esquizofrenia – Manía – Depresión.*

Se realizó un estudio comparativo sobre la presencia de síntomas de primer orden de Schneider (SPO) en una muestra obtenida de tres centros psiquiátricos que incluía 37 pacientes esquizofrénicos, 12 maníacos y 4 deprimidos diagnosticados según los criterios del DSM-III. Se utilizó un instrumento obtenido del Manual de Evaluación de Esquizofrenia de Landmark, siguiendo las recomendaciones técnicas de aproximación inicial sugeridas en el uso del BPRS. En el 84o/o de los pacientes esquizofrénicos, el 33o/o de los maníacos y en ningún deprimido se encontraron SPO. El 96o/o de los esquizofrénicos paranoides tuvieron SPO. En el 65o/o de la muestra esquizofrénica se hallaron más de tres síntomas de primer orden. En el 16o/o de los esquizofrénicos en su mayoría del tipo no paranoide no se hallaron SPO. En el 50o/o de los maníacos psicóticos se encontraron SPO. En el 50o/o de los maníacos psicóticos se encontraron SPO. Se analizan los resultados y se comparan con los obtenidos en la literatura internacional, focalizando sobre los aspectos metodológicos y su implicancia en la clínica psiquiátrica.

Schneider's First Rank Symptoms in Schizophrenia, Mania and Depression

A comparative study on the prevalence of Schneider's First Rank Symptoms (FRS) was carried out. The sample was gathered from three psychiatric centers and included 37 schizophrenics, 12 manics and 4 depressive patients who satisfied DSM-III criteria. The instrument used was obtained from the Landmark's Manual of Assessment of Schizophrenia following the technical recommendations used in the introductory section of the B.P.R.S. 84o/o of the schizophrenics and 33o/o of the manics had FRS. No depressive patient reported FRS. 96o/o of the paranoid type schizophrenics had FRS. 65o/o of the schizophrenic sample reported more than three FRS.

(*) Médico Residente de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

160/o of the schizophrenics, predominantly of the non paranoid type, did not report FRS. 500/o of the manics with psychotic features had FRS. The results are analyzed and compared with those described in the literature giving special consideration to methodological issues and the implications for psychiatric practice.

Schneider (1970) identificó 11 síntomas de primer orden (SPO), también llamados de primer rango o categoría, que fueron considerados por mucho tiempo como patognomónicos de la esquizofrenia en ausencia de trastornos orgánicos o tóxicos, y también utilizados para hacer la distinción con la psicosis maníaco-depresiva (Desorden afectivo bipolar según el DSM-III). Tal punto de vista se tuvo en cuenta durante varios años hasta que posteriormente surgieron nuevos estudios que ponían en tela de juicio la validez de la especificidad de tales síntomas.

Por ello cabe preguntarse: ¿con qué frecuencia se presentan estos síntomas en la esquizofrenia y si pueden ser realmente considerados como patognomónicos? Estos interrogantes han encontrado respuestas diversas según diferentes autores.

La literatura reporta variaciones que van desde el 720/o (Mellor, 1970) hasta el 280/o (Taylor, 1972) y últimamente Radhakrishnan y col., (1983). El motivo de tal diversidad reside en múltiples factores, tales como el método de los investigadores o los sistemas de clasificación.

El status patognomónico de los

neuróticos y de la personalidad (Carpenter y col., 1974).

Otros estudios han demostrado que estos síntomas tampoco tienen valor pronóstico. En un tiempo se pensó que los SPO seleccionaban a los esquizofrénicos de mal pronóstico; sin embargo, estudios ulteriores (Mellor, 1970; Straussy y col. 1974; Stryhorn, 1982), han mostrado que los pacientes con sintomatología de primer rango cursan de la misma manera que aquellos que no los tienen.

El presente estudio tiene como finalidad estudiar la frecuencia de los SPO en la esquizofrenia, manía y depresión y comparar los resultados obtenidos con los señalados en investigaciones psiquiátricas foráneas. Analizamos los resultados focalizando su implicancia en la clínica psiquiátrica, así como el grado de especificidad de los SPO.

SPO ha sido cuestionado por varios autores (Preiser, 1979; Carpenter y col. 1974; Radhakrishnan y col., 1983). Pese a tales críticas, se ha demostrado que son altamente discriminativos de la esquizofrenia (Wing y Nixon, 1975), siendo factible que puedan encontrarse en otras entidades psiquiátricas funcionales, v. gr. desorden bipolar, depresión mayor, así como en trastornos

MATERIAL Y METODO

La muestra para el presente estudio se obtuvo de tres centros psiquiátricos: el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM HD-HN), la Clínica San Martín de Porras (CSMP), y el Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH). Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, depresión mayor unipolar y desorden bipolar en fase depresiva, así como de manía según el DSM III, que ingresaron desde octubre de 1985 hasta febrero de 1986, exceptuando diciembre de 1985.

El estudio comprende pacientes de ambos sexos, de edades entre 16 y 60 años. En relación al desorden bipolar en fase maníaca, sólo se incluyeron los pacientes con más de un episodio previo de manía. Además, sólo fueron seleccionados aquellos pacientes que tuvieron tal grado de alteraciones que requirieron tratamiento hospitalario. Se excluyeron los pacientes con trastorno orgánico cerebral, dependencia o abuso de drogas, incluyendo alcohol; aquellos con Retardo Mental, desorden ciclotímico o trastornos de diagnóstico incierto o problema.

El estudio fue de tipo transversal con una muestra no aleatoria, y las evaluaciones fueron hechas por el investigador en las primeras dos semanas de hospitalización. El interrogatorio fue semiestructurado utilizando en la primera fase las reco-

mendaciones técnicas de aproximación inicial recomendadas en el uso del BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) de Overall y Gorham (1962), con el fin de conseguir suficiente simpatía con y accesibilidad del paciente.

En una segunda fase, pasamos a la parte estructurada que se obtuvo del Manual de Evaluación de Esquizofrenia (Landmark, 1982), utilizando las definiciones de los síntomas de primer rango de Schneider según Mellor (1970).

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 53 pacientes, de los cuales 37 (70o/o) fueron esquizofrénicos (22 del INSM HD-HN, 7 de la CSMP y 8 del HVLH); 4 (7o/o) deprimidos: 2 bipolares y 2 unipolares (todos del INSM HD-HN); y 12 (23o/o) fueron maníacos (4 del INSM HD-HN, 6 de la CSMP y 2 del HVLH).

Las características demográficas de la muestra obtenida fueron las siguientes: en los 37 esquizofrénicos, la edad promedio fue de 25 años (rango 16-43 años); 22 fueron varones y 15 mujeres. Además de esta muestra, 31 (83o/o) fueron crónicos (más de 2 años de enfermedad) y 6 (7o/o) fueron subcrónicos (menos de 2 años del padecimiento). En 8 (21o/o) se halló historia familiar positiva de esquizofrenia.

En los 4 deprimidos, la edad promedio fue de 37 años (rango: 29-53 años), todas mujeres. En relación a

los antecedentes familiares, sólo hubo una con historia de alcoholismo y trastorno afectivo.

Por último, en los 12 maníacos, la edad promedio fue de 34 años (rango: 29-60 años) siendo 6 varones y 6 mujeres. En la historia familiar de estos maníacos, sólo hubo 1

con historia de esquizofrenia y otro caso con historia de alcoholismo y trastorno afectivo. En el cuadro No. 1 se puede ver la frecuencia de los síntomas de primer rango de Schneider en la muestra de esquizofrénicos y depresivos.

CUADRO No. 1

CASOS CON SPO DE LA MUESTRA ESTUDIADA

| Grupo de pacientes | Total | CASOS CON SPO | |
|----------------------------|-------|---------------|------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje |
| | 53 | 35 | 66o/o |
| Esquizofrénicos | 37 | 31 | 84o/o |
| Maníacos | 12 | 4 | 33o/o |
| Deprimidos Uni y Bipolares | 4 | 0 | 0o/o |

Como se puede observar, la frecuencia de los SPO en los esquizofrénicos del presente estudio llegó hasta un 84o/o, un porcentaje bastante alto en relación a los descritos anteriormente en la literatura.

Analizando cada grupo de pacientes por separado se tiene, en primer término, la Gráfica No. 1 concerniente sólo a los esquizofrénicos.

En relación a la frecuencia de los SPO en los subtipos de esquizofrenia tenemos la Gráfica No. 2, donde debe resaltarse la elevada frecuencia (96o/o) de los SPO en los esquizofrénicos paranoides. Por otro lado, es importante anotar la escasa frecuencia de los mismos en los hebe-

frénicos y la ausencia en los catatónicos e indiferenciados.

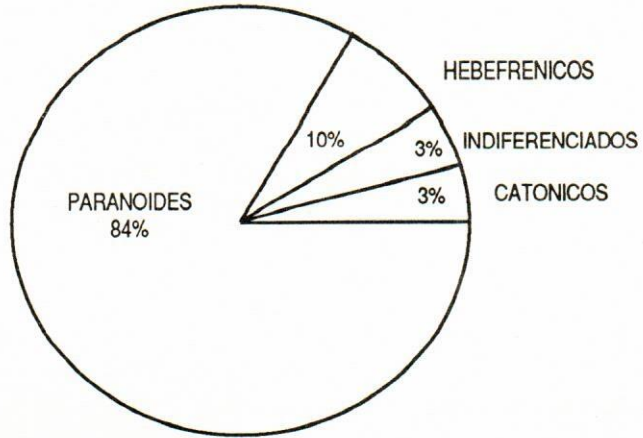
La distribución de cada uno de los SPO en la muestra de esquizofrénicos puede apreciarse en la Gráfica No. 3.

En la Gráfica No. 4 se expone la cantidad de síntomas hallados en cada paciente.

Como se puede apreciar en esta gráfica, se halló un número elevado de SPO en la muestra estudiada. Como se observa, 84o/o de los pacientes esquizofrénicos tuvo algún síntoma de primer orden. Cabe resaltar que 65o/o de la muestra tuvo más de tres síntomas de primer rango, a diferencia de otros estudios

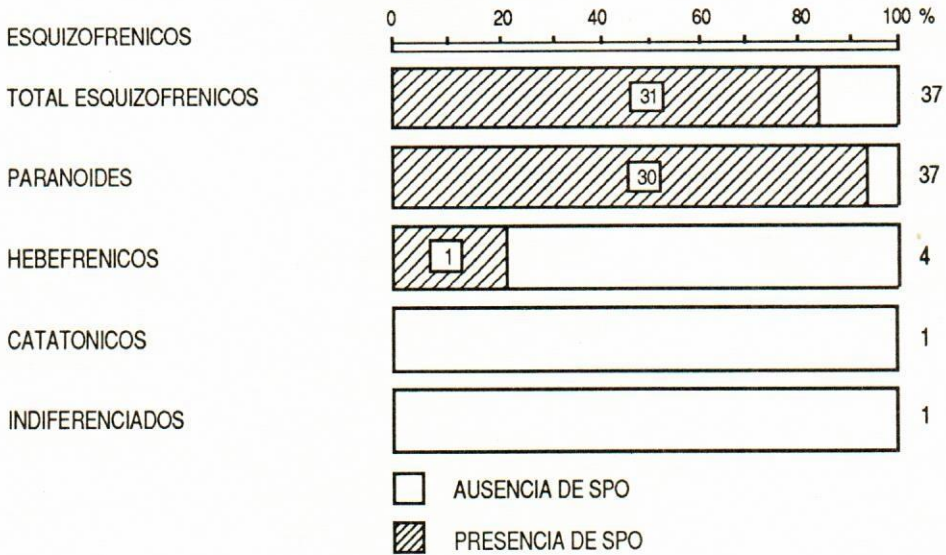
GRAFICA N° 1

TIPO DE ESQUIZOFRENICOS DE LA MUESTRA ESTUDIADA



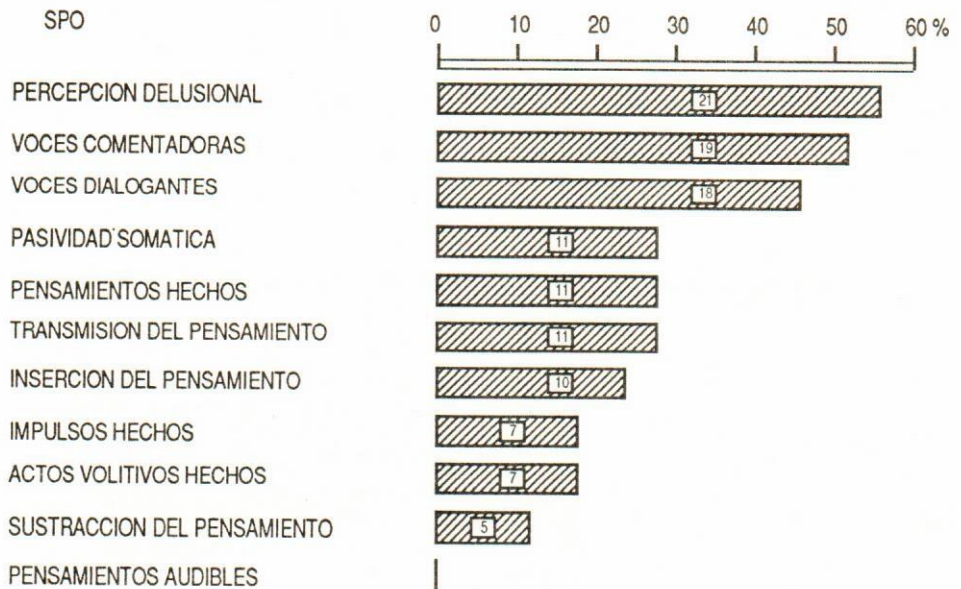
GRAFICA N° 2

PRESENCIA Y AUSENCIA DE SPO EN LA MUESTRA DE LOS ESQUIZOFRENICOS

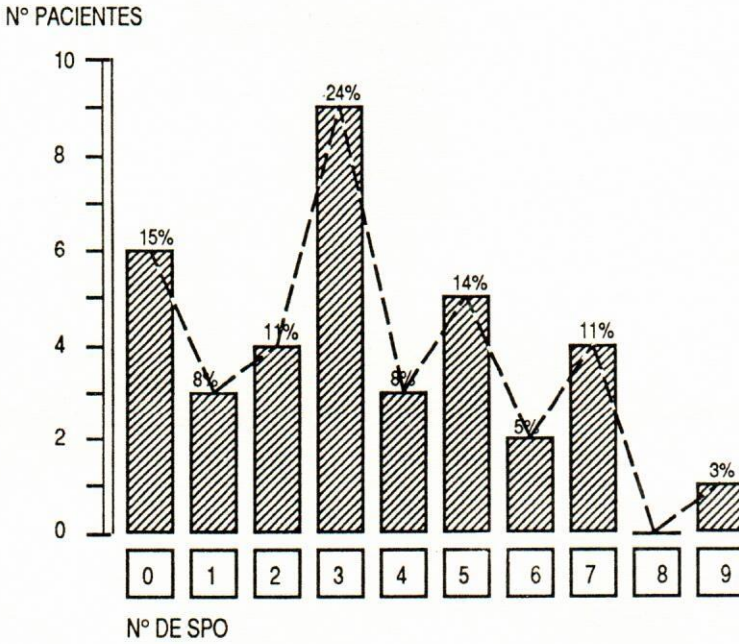


GRAFICA N° 3

DISTRIBUCION DE LOS SPO EN LA MUESTRA DE LOS ESQUIZOFRENICOS

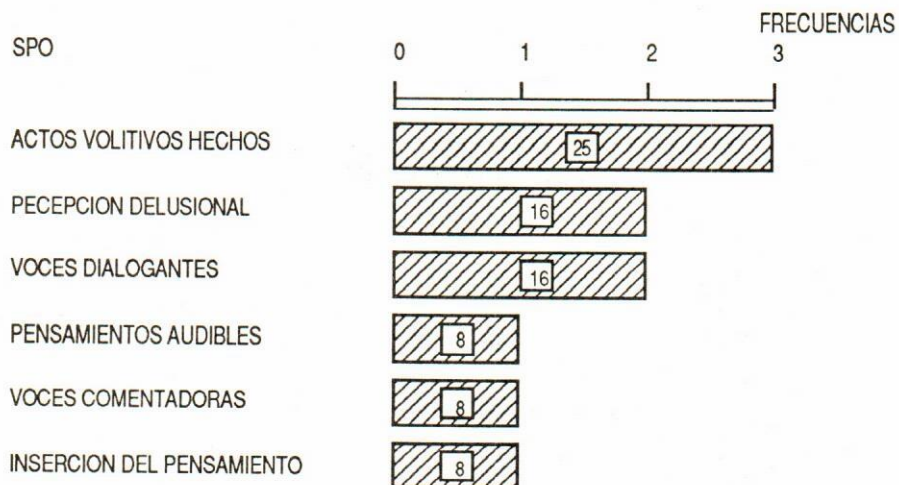


GRAFICA N° 4
FRECUENCIA DE LOS SPO EN LA MUESTRA DE
ESQUIZOFRENICOS



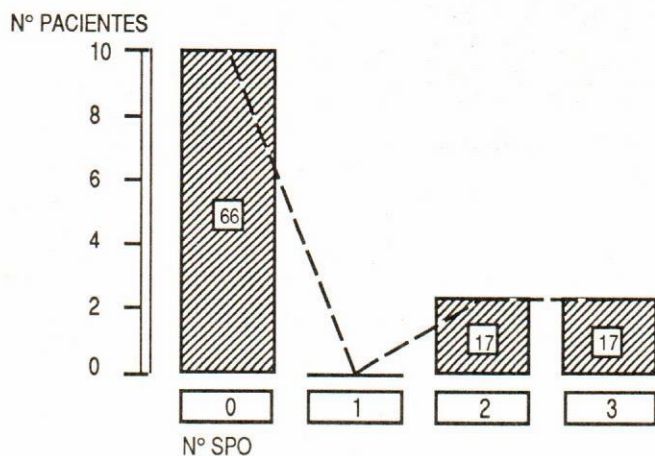
GRAFICA N° 5

DISTRIBUCION DE LOS SPO EN LA MUESTRA DE LOS MANIACOS



GRAFICA N° 6

FRECUENCIA DE LOS SPO EN LA MUESTRA DE LOS MANIACOS



de esta naturaleza, donde la frecuencia reportada es mucho menor. Por otro lado 6 esquizofrénicos (16o/o) no tuvieron síntoma alguno de primer rango: 3 hebefrénicos, 1 indi-

ferenciado, 1 catatónico y 1 paranoide.

Para analizar la frecuencia de los SPO en los maníacos, presentamos el cuadro No. 2.

CUADRO No. 2

CASOS CON SPO POR SUBTIPOS DE MANIA

| Maniacos según DSM-III | Total | Casos con SPO | |
|------------------------|-------|---------------|-------|
| | | No. | o/o |
| | 12 | 4 | 33o/o |
| Psicóticos | 8 | 4 | 50o/o |
| No Psicóticos | 4 | 0 | 0o/o |

En el cuadro No. 2 puede constatar-se que, de la muestra total de maníacos, un 33o/o (4) presentaron síntomas de primer orden de Shneider. Si se divide a los maníacos en psicóticos y no psicóticos según el DSM-III, se encuentra que 50o/o de la muestra psicótica tuvo SPO. Como se puede observar, un porcentaje alto a pesar de la muestra reducida.

En relación a la distribución de los SPO en los maníacos tenemos la Gráfica No. 5.

Por último, la Gráfica No. 6, que nos muestra la frecuencia de los SPO en los maníacos.

DISCUSION

La discusión del presente estudio se divide de la siguiente manera: significado de los SPO, frecuencia y distribución de los SPO en la esqui-

zofrenia; depresión y SPO; SPO y su implicancia pronóstica.

Significado de los SPO

En el estudio realizado se encontraron SPO en 33o/o ($n = 4$) de pacientes maníacos y en 84o/o ($n = 31$) de pacientes esquizofrénicos.

Para analizar el significado de los SPO empezaremos por citar lo que dijo Kurt Schneider de los síntomas de primera categoría para el diagnóstico psiquiátrico: "...allí donde existan sin lugar a dudas uno de estos modos de vivencia (SPO), sin que pueda ponerse de relieve ninguna enfermedad corporal (orgánica), hablaremos clínicamente con toda prudencia de esquizofrenia..." (Schneider, 1970). Schneider manifestaba que estos síntomas podían presentarse en entidades orgánicas

tales como psicosis alcohólicas, estados crepusculares epilépticos, psicosis anémicas y otras psicosis sintomáticas de los más diversos procesos cerebrales. Sin embargo, consideraba a estos síntomas útiles para la distinción entre la psicosis maníaco-depresiva y la esquizofrenia, resaltando su presencia en esta última.

La vigencia de tal concepto perduró por varios años hasta la aparición de artículos que lo cuestionaron y reportaban la presencia de SPO en otras entidades funcionales. Así, en el estudio de Carlson y Goodwin (1973) sobre "los estadios de manía", se encontró que el 15o/o de los pacientes maníacos evaluados, sin historia previa de SPO, desarrolló tales síntomas durante el curso de la hospitalización.

En ese estudio, los autores analizan los síntomas psicóticos de la manía y resaltan la llamada "manía delirante" de Kraepelin en la que el paciente llega a una desorganización completa de su conducta asociada a severos trastornos del pensamiento y la percepción.

A su vez, en el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (Carpenter y Strauss, 1974) fueron hallados SPO en otras entidades. Reportan 23o/o (n = 66) en psicosis maníaca, 16o/o (n = 119) en psicosis depresiva y 4o/o (n = 123) en los trastornos de personalidad y neurosis.

En uno de los más recientes trabajos sobre los SPO, Radhakrishnan y col. (1983) también encon-

traron la presencia de SPO en 28o/o de pacientes (n = 46) con desórdenes afectivos, en 23o/o (n = 39) con psicosis histérica, en 4o/o (n = 6) con estados paranoides y en 5o/o (n = 9) con reacciones psicóticas agudas.

La presencia de los SPO en diversas entidades, como lo reportan los trabajos anteriormente mencionados, nos lleva a pensar que éstos no son específicos de una sola entidad.

A la luz de los estudios anteriormente expuestos, observamos que la frecuencia total de los SPO en manía es baja.

En el presente estudio cabe preguntarse: ¿Qué factores han intervenido para obtener mayor frecuencia de SPO en los pacientes maníacos? Consideramos cuatro aspectos como los más resaltantes: la severidad del trastorno, la evaluación bajo tratamiento neuroléptico, el diagnóstico y el total de la muestra maníaca.

En cuanto a la severidad del trastorno, los pacientes evaluados requirieron hospitalización para su tratamiento. Esto implica una mayor probabilidad de "manía delirante" kraepeleniana. En estudios previos, tales como el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (1974) y el de Radhakrishnan y col. (1983), los pacientes fueron evaluados dentro de un contexto ambulatorio, lo que sugiere que se trataba de trastornos menos severos.

Considerando la dificultad que presenta el paciente maníaco para su evaluación, observamos que en

el estudio de Radhakrishnan y col. (1983), los pacientes fueron evaluados sin medicación y en el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (Carpenter y Strauss, 1974) no se alude al tratamiento durante la entrevista.

En este estudio todos los pacientes maníacos fueron evaluados bajo medicación neuroléptica, lo cual facilitó la entrevista ya que en la fase aguda, ésta es casi imposible de realizarse por el grado de agitación y desorganización del paciente, así como por la inconsistencia de sus respuestas. Como se sabe, los neurolépticos no tienen una acción tan inmediata y selectiva para contrarrestar la ideación maníaca (Shop-sin, 1979) al menos en las primeras semanas. Estos actúan más sobre el componente motor, mientras que para la ideación maníaca las sales de litio son más específicas.

Con respecto al diagnóstico, puede argüirse que los pacientes maníacos evaluados fuesen esquizofrénicos por la presencia de los SPO.

Considerando ello se decidió incluir en la muestra sólo pacientes con más de un episodio. Se sabe que en el primer episodio el cuadro clínico puede prestarse a confusión. Con esta selección se reduce tal posibilidad. Cabe mencionar el estudio sobre la "Fenomenología de la Manía" en donde Taylor y Abraham (1973) evaluaron pacientes que inicialmente fueron diagnosticados como esquizofrénicos ($n = 48$) y de otras enfermedades no afectivas; posteriormente, en una evaluación

más concienzuda, teniendo en cuenta la fenomenología, la historia familiar y la respuesta al tratamiento, resultaron ser pacientes con trastornos afectivos. Estos autores subrayan en el artículo la importancia de no dejarse llevar por la sintomatología de "tipo esquizofrénico" (SPO, delusiones de persecución, alucinaciones auditivas, catatonía) para la determinación del diagnóstico.

En un trabajo posterior, en el cual también se prestó atención a la fenomenología, la historia familiar y a la respuesta al tratamiento, Abraham y Taylor (1974) encontraron lo siguiente: Inicialmente, 41 pacientes fueron diagnosticados como esquizofrénicos paranoides; de éstos el 14.3o/o correspondió a pacientes maníacos. La presencia de los SPO, las alucinaciones auditivas y otros trastornos del pensamiento habían influido para el diagnóstico inicial.

Por último no podemos soslayar el factor del total de la muestra. Como se sabe, fueron 12 maníacos, de los cuales 8 fueron psicóticos y 4 de éstos tuvieron SPO. Este número reducido de pacientes maníacos puede haber influido también de manera causal en el porcentaje relativamente elevado de tales síntomas.

Frecuencia de los SPO en la Esquizofrenia

En el presente estudio se encontraron SPO en el 84o/o del total de la muestra esquizofrénica ($n = 37$). La revisión de diversos trabajos nos

indica que la presencia de los SPO en la esquizofrenia es variable. Así Mellor (1970), en el Reino Unido, encontró cifras similares al presente estudio, hallando SPO en 71o/o (n = 119) de sus esquizofrénicos. Carpenter y col. (1973) encontraron en su estudio un 51o/o (n = 103); Preiser y Jeffrey (1979), hallaron un 47o/o (n = 25). El rango mostró ser muy variado en el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (Carpenter y Strauss, 1974), en donde se obtuvo un 31o/o (n = 48) para URSS; 48o/o (n = 8) para India; 76o/o (n = 94) en el Reino Unido; 79o/o (n = 136) en Taiwan; 64o/o (n = 130) en Colombia, etc. En uno de los más recientes estudios, Radhakrishnan y col. (1983) encontraron SPO en 35o/o (n = 31) de su muestra esquizofrénica.

¿Por qué en el presente estudio hay una elevada frecuencia de SPO en la esquizofrenia? Al respecto hay una serie de aspectos a considerar: el sistema de clasificación, la entrevista, los factores relacionados al instrumento utilizado, el tiempo disponible para la evaluación, al subtipo de esquizofrenia y el factor sesgo.

En cuanto al sistema de clasificación, Mellor (1970) por ejemplo no especifica qué criterios empleó en su muestra para hacer el diagnóstico de esquizofrenia, lo que da lugar a varias interrogantes en relación a los límites de inclusión y exclusión de sus pacientes. A diferencia de Mellor, para el presente estudio se usa-

ron los criterios diagnósticos del DSM-III, lo cual homogenizó la muestra definiendo el concepto de "esquizofrenia" operacionalmente. A su vez, en el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (1974), fueron incluidos en la muestra esquizofrénica, los subtipos simple, latente y residual, diagnósticos que no fueron considerados en el presente estudio. Los dos primeros no son catalogados en el DSM-III como Desórdenes Esquizofrénicos y el último es una fase inactiva de la condición. La inclusión de tales categorías por las características de las mismas puede haber disminuído el porcentaje total de SPO en la muestra.

Durante la entrevista es importante el modo de obtener los síntomas. En la muestra estudiada se utilizó el método semiestructurado que se adapta bastante bien a la realidad clínica. Al evaluar a un paciente es fundamental llegar a conseguir la confianza y simpatía de éste, ya que sin ellos con seguridad, se van a perder muchas de las experiencias que en variadas ocasiones están disimuladas o encapsuladas.

Revisando los instrumentos utilizados, vemos que en el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (1974) no se usó el PSE (Present State Examination) en su totalidad. Se excluyeron la percepción delusional y la pasividad somática por una inadecuada definición de las mismas. En el presente estudio sí se evaluaron tales síntomas. Si tomamos ello en consideración y compa-

ramos los resultados de tal estudio y el presente, vemos que la percepción delusional fue el SPO más frecuente. Estuvo presente en el 56o/o de los pacientes esquizofrénicos ($n = 37$), mientras que la pasividad somática lo estuvo en el 29o/o de tal muestra. En otros estudios, tales como los de Strauss y col. (1974) y de Preiser y Jeffrey (1979) no se utilizaron instrumentos estructurados. Se trabajó sólo con los conceptos de Mellor (1970), predisponiendo a una variabilidad de los resultados.

Consideramos que el tiempo requerido para la evaluación es un factor importante. En el presente estudio se utilizaron las dos primeras semanas de hospitalización. Por la agudeza del cuadro el paciente muchas veces no colaboraba y/o negaba síntomas. Entonces se difería el interrogatorio estructurado para unos días después. Esto no significaba ausencia de los SPO, sino que la actitud hacia el entrevistador con frecuencia era una conducta sintomática de la enfermedad. Por lo general en este tipo de pacientes los SPO se obtuvieron días después.

En el estudio de Mellor (1970), los pacientes fueron evaluados durante las primeras 48 horas de ingreso, mientras que en el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (1974), lo fue durante la primera semana, hecho que da un margen más corto para la obtención de la sintomatología schneideriana.

Aspecto adicional a considerar es el subtipo de esquizofrenia. En los resultados del presente estudio,

los pacientes esquizofrénicos paranoides llegaron a un 84o/o ($n = 31$). De estos el 96o/o tuvieron SPO. Mellor (1970) en su muestra de 119 pacientes no encontró relación alguna entre las subcategorías de esquizofrenia y los SPO; sin embargo en el trabajo de Carpenter y col. (1973), los esquizofrénicos paranoides tuvieron SPO en 67o/o de los casos a diferencia de un 35o/o en los esquizofrénicos no paranoides. Igualmente, en el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (1974), se observó que los esquizofrénicos paranoides tuvieron una alta incidencia de SPO. Por ejemplo, en Dinamarca se encontraron SPO en el 66o/o ($n = 19$), en la India 53o/o ($n = 8$), en Nigeria 70o/o ($n = 35$), en Checoslovaquia 62o/o ($n = 23$), en Moscú 38o/o ($n = 5$), etc.

Finalmente está el factor sesgo del investigador. Aún cuando se hizo una entrevista homogénea, en la parte no estructurada es imposible evitar algunos errores de medición.

Otro factor relevante al presente estudio es la ausencia de SPO en 16o/o ($n = 6$) de la muestra esquizofrénica. En este sentido es pertinente recordar lo que Kurt Schneider dice en su libro de texto (Schneider, 1970): "... los síntomas de primera categoría o primer rango no han de estar necesariamente presentes para hacer el diagnóstico de esquizofrenia, al menos no siempre son visibles. Muchas veces nos vemos forzados a fundamentar el diagnóstico de esquizofrenia con los síntomas de segunda categoría e in-

cluso con las solas manifestaciones patológicas de la expresión (llamados posteriormente de tercera categoría)". Los síntomas de segundo rango se refieren a los diversos errores sensoriales (alucinaciones no del tipo de los SPO) y a las ocurrencias delirantes (otro tipo de delusiones diferentes a los SPO. Los síntomas de tercer rango se refieren a las anormalidades conductuales v. gr. de expresión, el desorden del lenguaje o de la escritura. Lo que Schneider manifestara hace aproximadamente medio siglo es una realidad que aún mantiene vigencia clínica.

En la descripción que hace Schneider en relación a los síntomas de segunda y tercera categoría, se ubicarían los 6 pacientes esquizofrénicos de la muestra que no tuvieron SPO: 3 hebefrénicos, 1 paranoide, 1 catatónico y 1 indiferenciado. En los hebefrénicos había un marcado deterioro de la personalidad, asociado a incoherencia y en quienes no se pudo obtener una respuesta adecuada debido a las constantes y reiteradas pararrespuestas y al lenguaje disgregado. El catatónico tenía una historia antigua con síntomas catatónicos, trastornos perceptivos y del pensamiento, típicos de esquizofrenia; sin embargo, al examen, no manifestó síntoma del grupo de los SPO. En este caso la "ausencia" de los SPO podría deberse al negativismo sintomático propio de la enfermedad (lo que Kurt Schneider denominó como trastorno de la expresión). Asimismo el paciente paranoide negó síntomas de SPO por

su excesiva desconfianza durante las dos primeras semanas de hospitalización. Cabe la posibilidad de que habiéndolos tenido, no los haya reportado.

El último paciente de este grupo (esquizofrenia indiferenciada) tenía delusiones cenestopáticas. Decía que los huesos de su cabeza estaban desencajados y no unidos, que sus ojos se estaban hundiendo, percibiéndose anormal. No se hallaba evidencia alguna de compromiso o deformación física, sin embargo su historia consignaba un deterioro socio-laboral muy marcado desde hacía 4 años.

Distribución de los SPO en la Esquizofrenia

En este estudio se halló un porcentaje alto en varios de los SPO. Así, la percepción delusional, estuvo presente en el 56o/o (n = 21) de la muestra, seguida por las voces comentarías 51o/o (n = 19), las dialogantes en 48o/o (n = 18) y, en menos frecuencia, el resto de síntomas. No se encontraron pensamientos audibles en los pacientes examinados.

La distribución de los SPO, al igual que la frecuencia de los mismos ha sido variable en la literatura foránea.

Mellor (1970) encontró la transmisión y la inserción del pensamiento como los síntomas más frecuentes: 21o/o (n = 37) y 19o/o (n = 34) respectivamente. El resto de síntomas fue menos frecuentes (menor al

130/o). Igualmente, Carpenter y col. (1973) hallaron la transmisión del pensamiento, los actos volitivos hechos y la inserción del pensamiento como los más frecuentes, con porcentajes entre el 20 y 330/o ($n = 103$). Siguieron en menor porcentaje el resto de síntomas. En el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (1974) los SPO más relevantes fueron los actos volitivos hechos 290/o ($n = 129$), los pensamientos audibles 280/o ($n = 128$), la transmisión del pensamiento 260/o ($n = 119$), la sustracción del pensamiento 250/o ($n = 115$), siguiendo en menor porcentaje el resto de síntomas. En trabajos del último lustro, como el de Radhadrishnan y col. (1983), prevalecieron las voces comentadoras, las experiencias pasivas, la inserción del pensamiento y las voces dialogantes.

Llama la atención la variabilidad de los resultados expuestos anteriormente. En nuestro estudio encontramos una alta frecuencia de los SPO en comparación a lo descrito en la literatura foránea.

Los factores que pueden haber influido en el porcentaje elevado que tuvieron algunos de los SPO son los mismos que, consideramos, influyeron en la frecuencia total de los SPO.

Siguiendo con la distribución de los SPO, los pensamientos audibles no estuvieron presentes en la muestra esquizofrénica. A propósito de ello, Mellor (1970) encontró dicho síntoma en el 11.60/o ($n = 20$), Carpenter y col. (1973) en 200/o

($n = 20$), Bland y Orn (1979) en 20/o ($n = 1$); y en el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (Carpenter y Strauss, 1974) fue uno de los síntomas más frecuentes: 280/o ($n = 128$).

Para explicar la diversidad entre los hallazgos de este estudio y los de los autores citados, tendríamos que remitirnos a los factores metodológicos. En el presente estudio, la búsqueda del pensamiento sonoro se hizo siguiendo un interrogatorio bastante rígido de 5 preguntas que evalúan con certeza la presencia del fenómeno.

Si se revisa la parte estructurada del PSE, instrumento utilizado en el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (1974) el síntoma en cuestión es evaluado someramente mediante dos preguntas.

También los factores socioculturales pueden haber influido en la ausencia del síntoma, como es el caso de la esquizofrenia catatónica, cuya incidencia ha ido decayendo con el transcurrir de los años.

Depresión y los SPO

En este trabajo no se encontraron SPO en los pacientes deprimidos. Esto era de esperarse, dada las características de la muestra, que además de no muy numerosa, comprendió sólo casos de depresión mayor sin síntomas psicóticos (DSM-III).

En la literatura se ha reportado la presencia de los SPO en depresión, con una incidencia menor que en la

manía (Sinaikin, 1985). Hay autores que consideran, en general, a los síntomas psicóticos como un factor de pobre pronóstico en depresión (Sinaikin, 1985).

Otra dificultad que se encuentra en diversos estudios de los SPO, es que se reportan dentro de las psicosis afectivas, pero sin especificar el porcentaje en la depresión.

Los SPO y su implicancia pronóstica

En este estudio no se pudo evaluar tal factor, ya que la investigación fue realizada de manera transversal, en un lapso no mayor de dos semanas, hecho que no permitía el seguimiento indispensable para la evaluación pronóstica.

Algunos autores han adjudicado a los SPO una valoración de mal pronóstico en la esquizofrenia. Esta posibilidad fue desarrollada después de Schneider, quien sólo les adjudicó un valor diagnóstico, pero en ningún momento se pronunció acerca de la significación pronóstica.

Empero, hay numerosos autores como Carpenter y col. (1973), Strauss y col. (1974); Preiser y Jeffrey (1979); Bland y Orn (1979); Radhakrishnan y col (1983), quienes han demostrado que los SPO no tienen implicancia pronóstica, apoyándose preferentemente en estu-

dios de seguimiento.

CONCLUSIONES

1. En el 84o/o de los pacientes esquizofrénicos, el 33o/o de los maníacos y en ningún deprimido se encontraron SPO.
2. En el 96o/o de la muestra de esquizofrénicos paranoides (DSM-III) se encontraron presentes los SPO.
3. En el 65o/o de la muestra esquizofrénica, se hallaron más de tres síntomas de primer orden.
4. En la muestra esquizofrénica, la percepción delusional, las voces comentadoras y las dialogantes son los SPO de mayor frecuencia.
5. En el 16o/o de la muestra esquizofrénica, predominantemente del tipo no paranoide, no se hallaron los SPO, a pesar de tener una historia y cumplir criterios suficientes del DSM-III para ser considerados como esquizofrénicos.
6. En el 50o/o de los maníacos psicóticos (DSM-III) de la muestra estudiada se encontraron los SPO.
7. En la muestra maníaca, los actos volitivos hechos, la percepción delusional y las voces dialogantes fueron los SPO de mayor frecuencia.

REFERENCIAS

1. ABRAHAM, R.; TAYLOR, M.; GAZTANGA, P. (1974): "Manic-depressive illness and paranoid schizophrenia". *Arch. Gen. Psychiatry*, 31: 640-642.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980): "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", A.P.A. 3a. ed. Washington.
3. BLAND, R.; ORN, H. (1979): "Schizophrenia: Diagnostic criteria and outcome". *Brit. J. Psychiatry*, 134: 34-39.
4. BLAND, R.; ORN, H. (1980): "Schizophrenia: Schneider's first rank symptoms and outcome". *Brit. J. Psychiatry*, 137: 63-68.
5. CARLSON, G.; GOODWIN, K. (1973): "The stages of mania: A longitudinal analysis of the manic episode". *Arch. Gen. Psychiatry*, 28: 221-228.
6. CARPENTER, W.; STRAUSS, J.; MULEH, S. (1973): "Are there pathognomonic symptoms of schizophrenia?". *Arch. Gen. Psychiatry*, 28: 847-852.
7. CARPENTER, W.; STRAUSS, J. (1974): "Cross cultural evaluation of Schneider's first rank symptoms of schizophrenia: A report from the International Pilot Study of Schizophrenia". *Am. J. Psychiatry*, 131: 682-687.
8. KOEHLER, K. (1979): "First rank symptoms of schizophrenia: Questions concerning clinical boundaries". *Brit. J. Psychiatry*, 134: 236-248.
9. LANDMARK, J. (1982): "A manual os Assessment of schizophrenia". *Acta psychiat. Scand. Supplementum*, 298, 65: 7-88.
10. LEHMANN, J. (1980): "Schizophrenia: Clinical features". En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Ed por Kaplan, H., Freedman, A., Sadock, B. Williams & Wilkins, Baltimore.
11. MELLOR, C. (1980): "First rank symptoms of schizophrenia". *Brit. J. Psychiatry*, 117: 15-23.
12. MELLOR, C. (1982): "The present status of the first rank symptoms". *Brit. J. Psychiatry*, 140: 423-424.
13. OVERALL, J.; GORHAM, D. (1962): "The Brief Psychiatric Rating Scale". *Psychological Reports*, 10: 779-812.
14. PREISER, M.; JEFFREY, W. (1979): "Schizophrenia patients and Schneiderian first rank symptoms". *Am. J. Psychiatry*, 136: 323-326.
15. RADHAKRISHNAN, J.; MATHEW, K.; RICHARD, J.; VERGHESE, A. (1983): "Schneider's first rank symptoms-prevalence, diagnostic use and pronostic implications". *Brit. J. Psychiatry*, 143: 557-559.
16. SCHNEIDER, K. (1970): "Ciclotimia y Esquizofrenia". En: *Psicopatología clínica*, de K. Schneider. Editorial Paz Montalvo. Trad. del alemán. Madrid, 132-213.
17. SHOPSIN, B.; GEORBOTAS, A.; KANE, S. (1979): "Psychopharmacology of mania". En: *Manic Illness*, ed. por Shopsin, Raven Press Books, New York, 177-218.
18. SINAIKIN, P. (1985): "A clinical relevant guide to the differential diagnosis of depression". *J. Ner. Ment. Dis.* 173: 199-211.
19. STRAUSS, J.; ROCHESTER, CARPENTER, W.; BETHESDA. (1974): "Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia". *Arch. Gen. Psychiatry*, 30: 429-434.
20. STRAYHORN, J. (1982): "Schizophrenic Disorders". En: *Foundations of Clinical Psychiatry*, ed por J. Stryhorn, Year Book Medical Publishers, Chicago, 132-136.
21. TAYLOR, M.; ABRAHAM, R.

- (1973): "The phenomenology of mania". *Arch. Gen. Psychiatry*, 29: 520-522.
22. TAYLOR, M. (1972): "Schneiderian first rank symptoms and clinical prognostic features in schizophrenia". *Arch. Gen. Psychiatry*, 26: 64-67. Citado por Carpenter (7).
23. TAYLOR, M.; ABRAHAM, R. (1975): "Acute mania". *Arch. Gen. Psychiatry*, 32: 863-865.
24. WING, J.; NIXON, J. (1975): "Discriminating symptoms in Schizophrenia". *Arch. Gen. Psychiatry*, 32: 853-859.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las personas que colaboraron en la realización del presente estudio. Especialmente a mi padre, Dr. Alfredo Saavedra Villalobos, Director de la Clínica San Martín de Porras; al Dr. Javier Mariátegui Chiappe, al Dr. Grover Mori Romero, al Dr. José Valverde Cárdenas. Igualmente al Sr. Joaquín Novara, que fuera Jefe de la Unidad de Cómputo y al Sr. Luis Sales Ramos, Jefe de la Unidad de Estadística, ambos del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.

Asimismo va mi agradecimiento a los colegas que contribuyeron en la realización de esta investigación y a las Sras. Gladys Delgado Medina, Ana Sosa Naverro y Esther Alarcón Sandoval, secretarías de la Clínica San Martín de Porras.

Dirección Postal
Av. J. Gálvez Barrenechea 274 - Corpac
Lima 27