



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Téllez R., Gerardo; Sánchez P., Ricardo; Jaramillo, Luis Eduardo
Análisis de la estructura del síndrome psicótico agudo
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 41, núm. 1, enero-abril, 2012, pp. 48-60
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80624093005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Análisis de la estructura del síndrome psicótico agudo

Gerardo Téllez R.¹
Ricardo Sánchez P.²
Luis Eduardo Jaramillo³

Resumen

Introducción: La psicosis es una entidad clínicamente heterogénea. Estudios previos han encontrado una estructura multifactorial de dicho síndrome. El objetivo del presente estudio fue evaluar posibles categorías diagnósticas en pacientes con sintomatología psicótica aguda, a partir de las características de los síntomas en una evaluación transversal. *Métodos:* Se ensambló un instrumento a partir de las escalas SANS, SAPS, BPRS, EMUN y de depresión de Zung. Con base en criterios de redundancia y de tipo estadístico, un instrumento inicial de 101 ítems fue reducido a 57. El instrumento fue aplicado a 232 pacientes con sintomatología psicótica aguda no orgánica que asistieron a la Clínica de la Paz de Bogotá, y al Hospital San Juan de Dios, de Chía, entre abril del 2008 y diciembre del 2009. Se aplicaron técnicas estadísticas de análisis multivariado. *Resultados:* Casi 80% de los pacientes tuvo diagnóstico de esquizofrenia. El síndrome psicótico agudo se encontró conformado por los siguientes seis dominios: deficitario, agresivo-paranoide, desorganizado, depresivo, delirios extraños, alucinaciones. El análisis de conglomerados reveló ocho subtipos que, a partir de la estructura factorial, pueden denominarse así: 1) delirios extraños-alucinaciones; 2) deterioro y síntomas de desorganización; 3) deterioro; 4) deterioro con paranoia, ansiedad y agresividad; 5) delirios extraños; 6) paranoia, ansiedad, agresividad; 7) síntomas depresivos y delirios extraños; 8) paranoia, ansiedad, agresividad con síntomas depresivos. *Conclusión:* Los subtipos permiten una caracterización más exhaustiva que la que permiten los sistemas de clasificación vigentes. Es necesario validar estas agrupaciones en estudios longitudinales.

Palabras clave: Trastornos psicóticos, esquizofrenia, signos y síntomas, clasificación, cuestionario, análisis multivariante

Title: Analysis of the Structure of Acute Psychotic Disorder

Abstract

Introduction: Schizophrenia is a clinically heterogeneous disorder. A multifactorial structure of this syndrome has been described in previous reports. The aim of this study was to evaluate

- ¹ Psiquiatra. Clínica Nuestra Señora de la Paz. Docente adjunto del Departamento de Psiquiatría, de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- ² Psiquiatra. MSc en Epidemiología Clínica. Especialista en Estadística. Profesor titular del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- ³ Psiquiatra. MSc en Farmacología, profesor asociado del Departamento de Psiquiatría, de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

what are the possible diagnostic categories in patients having acute psychotic symptoms, studying their clinical characteristics in a cross-sectional study. *Methods:* An instrument for measuring psychotic symptoms was created using previous scales (SANS, SAPS, BPRS, EMUN, Zung depression scale). Using as criteria statistical indexes and redundancy of items, the initial instrument having 101 items has been reduced to 57 items. 232 patients with acute psychotic symptoms, in most cases schizophrenia, attending Clínica Nuestra Señora de la Paz in Bogotá and Hospital San Juan de Dios in Chía have been evaluated from April, 2008 to December, 2009. Multivariate statistical methods have been used for analyzing data. *Results:* A six-factor structure has been found (Deficit, paranoid-aggressive, disorganized, depressive, bizarre delusions, hallucinations). Cluster analysis showed eight subtypes that can be described as: 1) bizarre delusions-hallucinations; 2) deterioration and disorganized behavior; 3) deterioration; 4) deterioration and paranoid-aggressive behavior; 5) bizarre delusions; 6) paranoia-anxiety-aggressiveness; 7) depressive symptoms and bizarre delusions; 8) paranoia and aggressiveness with depressive symptoms; *Conclusion:* These subtypes allow a more exhaustive characterization that those included in standard classification schemes and should be validated in longitudinal studies.

Key words: Psychotic disorders, schizophrenia, signs and symptoms, classification, questionnaires, multivariate analysis.

Introducción

Los trastornos esquizofrénicos, probablemente, dentro del conjunto de los trastornos psiquiátricos, son los que presentan una mayor variedad y riqueza de síntomas. Históricamente, se ha usado el término

esquizofrenia para denominar un trastorno que podría ser etiológica y fisiopatológicamente heterogéneo, y que, en realidad, podrían ser múltiples enfermedades (1). La esquizofrenia es una entidad clínica definida operativamente en varios sistemas de diagnóstico y de clasificación (CIE 10, DSM IV), que incluye delirios, otros trastornos del pensamiento, alucinaciones, alteraciones en la expresión emocional, interacción social, atención y volición, entre otros (2,3).

La definición del DSM IV para la esquizofrenia incluye un criterio de síntomas transversales, un criterio de tiempo, un criterio funcional y criterios de exclusión. Se han hecho múltiples críticas a este método de diagnóstico (4), ya que, al no existir síntomas patognomónicos, se le da el mismo peso a todos los síntomas dentro del criterio A, y es igual un paciente con alogia y comportamiento desorganizado, que uno con alucinaciones e ideas delirantes (5,6).

Considerando el cuestionamiento anterior, algunos autores sugieren que la heterogeneidad de la esquizofrenia se debe describir en términos de síndrome (7). Por otro lado, el trastorno esquizoafectivo es uno de los diagnósticos psiquiátricos más controvertidos, al compartir síntomas con la esquizofrenia y los trastornos afectivos. Este concepto fue introducido por Kahlbaum al referirse a un grupo de trastornos como *vesania typica circularis* (8); posteriormente, Kraepelin, utilizando

un sistema de clasificación que integraba aspectos longitudinales y transversales, reconoce la existencia de un gran número de casos que comparten características tanto de demencia precoz como de enfermedad maniaco-depresiva (8).

Hasta ahora la controversia sobre si el trastorno esquizoafectivo es un subtipo de esquizofrenia o un “tercer tipo de psicosis” no se ha podido dilucidar, a pesar de los estudios sobre el tema. Chen y colaboradores, en un estudio de seguimiento a 43 pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, encontraron que solo ocho persistían con el mismo diagnóstico al final del estudio (9). Un estudio realizado en Colombia encontró que las características clínicas de los pacientes con trastornos esquizoafectivos tenían mayor similitud con cuadros esquizofrénicos (10). La definición del síndrome esquizofrénico ha requerido frecuentes revisiones y cambios.

En 1974, Strauss, Carpenter y Bartko partieron del modelo anatomoclínico de enfermedad y concluyeron que las manifestaciones de los trastornos esquizofrénicos podían agruparse en tres categorías de síntomas: positivos, negativos y de relaciones personales (11). Posteriormente, Crow, en su clasificación de los trastornos esquizofrénicos, planteó que los síntomas positivos y negativos representaban diferentes subtipos de esquizofrenia (12); sin embargo, la validez de esta teoría se cuestionó al observar el solapamiento

de estos síntomas en el curso de la enfermedad y al aplicar un modelo de análisis factorial confirmatorio (13).

A pesar de esto, gran parte de la investigación clínica se basa en instrumentos que evalúan solo las dimensiones de síntomas positivos y negativos, tal como lo muestra el uso ampliamente difundido de las escalas enfocadas a esas dimensiones (14,15). Por otro lado, la subdivisión clásica en esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica y simple resultó insatisfactoria, debido a que muchos pacientes exhibían características de más de uno de estos subtipos, lo que obligó a adoptar un nuevo subgrupo llamado *esquizofrenia indiferenciada*.

En 1992, Peralta encuentra en un grupo de 115 pacientes los siguientes dominios: síntomas negativos, ideas delirantes, alucinaciones y desorganización (16). Lenzenweger y Dworkin reportan una estructura con cuatro dominios: síntomas negativos, pobre ajuste premórbido, distorsión de la realidad y desorganización (17). Estudios posteriores hicieron énfasis en una estructura con tres factores: desorganización, pobreza psicomotora y distorsión de la realidad (18-20). Algunos autores han propuesto estructuras más simples, basadas en el pronóstico de la enfermedad o en algunos síntomas centrales, por ejemplo las dicotomías insidioso-no insidioso, típico-atípico o paranoide-no paranoide (21). En un estudio posterior, Peralta describe ocho dimensiones dentro del

síndrome esquizofrénico: psicosis, desorganización, sintomatología negativa, manía, depresión, excitación, catatonía y falta de introspección (22).

En Colombia, un estudio con 217 pacientes, utilizando métodos factoriales para datos categóricos, reporta una estructura con tres dimensiones: delirios-alucinaciones, catatonía y síntomas desorganizados y negativos (23).

En el presente estudio se analiza la sintomatología de un grupo de pacientes con diagnóstico de trastornos psicóticos agudos o en exacerbación, mediante escalas que valoran diferentes síntomas en enfermedades mentales, con el fin de analizar la estructura multidimensional de los síndromes psicóticos agudos y establecer posibles categorías, mediante la utilización de métodos de análisis factorial (24) y de conglomerados.

Material y métodos

Se efectuó un estudio observacional, analítico, en el que se aplicó un instrumento ensamblado para medir sintomatología relacionada con cuadros esquizofrénicos a un total de 232 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico no especificado, que hubieran asistido a consulta de urgencias o se encontraran hospitalizados en las clínicas Nuestra Señora de la Paz y Hospital San Juan de Dios, de Chía, durante el periodo comprendido entre abril de 2008 y

diciembre de 2009. Para incorporar los pacientes dentro del estudio, el diagnóstico debía ser concordante entre dos clínicos con experiencia.

A los pacientes que ingresaban en el estudio, dentro de los primeros dos días del ingreso o la consulta inicial, se les aplicó un instrumento que medía 101 características clínicas, relacionadas con síntomas negativos y positivos del espectro esquizofrénico (SANS y SAPS), con síntomas psicóticos generales (BPRS), con manía (EMUN) y con depresión (ZUNG). La selección de tales instrumentos obedeció a que se encuentran validados en muestras de pacientes colombianos.

El instrumento fue una escala unificada, en la que se redujeron aquellos síntomas que eran redundantes en las escalas mencionadas. Luego fue sometido a un proceso de validación de apariencia en un consenso no formal que incorporó cuatro expertos; posteriormente, se realizó un estudio piloto en el que cuatro clínicos con experiencia aplicaron el instrumento a nueve pacientes. El instrumento final incorporó una metodología tipo Likert unificada para la medición de cada síntoma.

Se efectuó un análisis descriptivo de las variables del estudio, utilizando las medidas de resumen acordes con la naturaleza de las variables: proporciones para variables categóricas, medianas para ordinales y medias para continuas no sesgadas, usando como medidas de dispersión rangos intercuartílicos

(RIC) o desviaciones estándar (DE), dependiendo de las características del estimador. Para el análisis factorial se utilizó el método de factores principales, previa comprobación de la posibilidad de factorizar la matriz de datos, mediante las pruebas de esfericidad de Bartlett y de Kaiser-Meyer-Olkin (25).

El número óptimo de factores por analizar se determinó con base en tres criterios: proporción de varianza explicada, características del gráfico de sedimentación e *interpretabilidad* de la solución factorial (26). El análisis se complementó con rotaciones ortogonales u oblicuas de los ejes factoriales. Además de utilizarse para determinar la estructura de variables latentes, el método de factores principales se utilizó para eliminar ítems redundantes en el instrumento; para esta eliminación se consideraron los siguientes criterios: a. valores de unicidad en el análisis de factores principales mayor que 0,9. b. aumento de los valores del coeficiente α de Cronbach del instrumento al retirar el ítem. c. Efecto de piso o techo en el ítem dado por mediana equivalente al menor valor de la escala, junto con un RIC igual a dicho valor (27).

Para cada uno de los dominios evaluados en el análisis factorial se calculó su respectivo componente principal, el cual se manejó como una variable continua. Adicionalmente, se practicó un análisis de conglomerados de individuos, utilizando un método jerárquico de vinculación con

promedios ponderados, teniendo en cuenta el requerimiento de manejo de grupos de diferente tamaño (28). Para determinar el número óptimo de grupos en el análisis de conglomerados se utilizó como regla de parada el índice de Duda y Hart (29). Los análisis estadísticos se efectuaron con el programa STATA 11. El presente estudio fue aprobado por el comité de ética de las instituciones donde estaban los pacientes que participaron en la investigación.

Resultados

Durante el periodo del estudio se evaluaron 232 pacientes, con una media de edad de 41,5 años (DE = 13 años). El 60,8% de los pacientes eran hombres ($n = 141$). El 79,3% de los pacientes tenían diagnóstico de esquizofrenia (tabla 1). El subtipo más frecuente fue esquizofrenia paranoide (30%), seguido por esquizofrenia residual (14%). Con la aplicación de los criterios para reducir ítems previamente mencionados, el instrumento final que se sometió a análisis quedó conformado por 57 ítems. De la escala BPRS, los síntomas se retiraron principalmente por redundancia; solo se preservaron los ítems “ansiedad psíquica”, “aislamiento emocional”, “tensión”, “hostilidad”, “susplicacia”, “enlentecimiento psicomotor” y “falta de colaboración”.

De la escala SAPS y de las escalas que exploran síntomas afectivos, el criterio de retirada fue princi-

Tabla 1. Distribución de los pacientes según diagnóstico

Diagnóstico	n	%
Esquizofrenia paranoide	100	43,10
Esquizofrenia residual	46	19,83
Trastorno esquizoafectivo	30	12,93
Esquizofrenia indiferenciada	24	10,34
Esquizofrenia desorganizada	13	5,60
Trastorno esquizofreniforme	8	3,45
Trastorno delirante	7	3,02
Trastorno psicótico no especificado	3	1,29
Esquizofrenia catatónica	1	0,43
Total	232	100,00

palmente estadístico: de la escala EMUN solo se conservó el ítem que explora afecto irritable, del SAPS se retiró el ítem que explora delirios de culpa o pecado, y de la escala de Zung se conservaron los síntomas “mi cabeza está tan despejada como antes”, “hago las cosas con la misma facilidad que antes”, “encuentro fácil tomar decisiones” y “encuentro agradable vivir mi vida” (debe tenerse en cuenta que para estos síntomas, a mayor puntaje, menor intensidad del atributo).

La mejor solución factorial correspondió a la de seis dominios. Esta solución explica el 77% de la varianza total. La varianza explicada por cada factor fue: factor 1, 35,7%; factor 2, 12,2%; factor 3, 9,6%; factor 4, 8,8%, y factor 5, 6%, 5,2%. Los dominios que se configuran pueden denominarse, según sus síntomas predominantes, como dominio deficitario motor y cognitivo

(factor 1), dominio de delirios de tipo paranoide-ansiedad-agresividad (factor 2), dominio depresivo (factor 3), dominio de desorganización cognitiva y comportamental (factor 4), dominio de delirios extraños (factor 5) y dominio de alucinaciones (factor 6). La tabla 2 muestra la estructura de cada uno de los dominios con sus correspondientes cargas factoriales. Para cada uno de los seis dominios se calculó el correspondiente componente principal, que, para fines del análisis, se tomó como una variable continua.

De acuerdo con los valores de índice de Duda y Hart (valor $Je_{(2)}/Je_{(1)}$ más alto y pseudo T^2 más bajo), se encontró como adecuada una solución de ocho grupos para el análisis de conglomerados (tabla 3). El número de sujetos incluidos en cada uno de los ocho grupos fue 20 (grupo 1), 29 (grupo 2), 28 (grupos 3 y 4), 45 (grupo 5), 20 (grupo 6) 51 (grupo 7) y

Tabla 2. Cargas factoriales para la solución de seis dominios

Síntoma explorado	f1	f2	f3	f4	f5	f6	U*
Expresión facial no cambiante	0,834	-0,042	-0,020	-0,101	-0,169	0,121	0,249
Disminución de movimientos espontáneos	0,796	-0,055	-0,008	-0,039	-0,178	0,130	0,314
Disminución de gestos expresivos	0,866	-0,067	-0,024	-0,089	-0,139	0,176	0,188
Pobre contacto visual	0,743	0,004	-0,034	0,050	-0,160	0,147	0,398
Falta de respuesta afectiva	0,841	-0,086	0,023	-0,074	-0,169	0,177	0,220
Falta de inflexiones vocales	0,839	-0,140	0,001	-0,070	-0,185	0,187	0,203
Pobreza del lenguaje	0,748	-0,180	0,102	-0,064	-0,096	-0,061	0,380
Pobreza de contenido del lenguaje	0,710	-0,202	0,085	-0,015	-0,112	-0,076	0,429
Bloqueos	0,673	-0,071	-0,003	0,018	0,020	0,005	0,541
Aumento del tiempo de latencia en respuestas	0,782	-0,172	0,039	-0,050	-0,032	-0,021	0,353
Falta de cuidado e higiene	0,534	0,055	-0,050	0,359	0,073	-0,277	0,498
Falta de persistencia en el trabajo o la escuela	0,703	0,120	0,061	0,117	0,041	-0,281	0,394
Anergia física	0,744	0,053	0,090	0,117	0,032	-0,266	0,351
Desinterés por actividades recreativas	0,794	0,092	0,200	0,057	0,101	-0,277	0,231
Desinterés en actividad sexual	0,788	0,034	0,230	0,035	0,097	-0,290	0,231
Incapacidad para sentir intimidad y cercanía	0,794	0,064	0,186	0,052	0,106	-0,250	0,254
Incapacidad en relación con amigos y compañeros	0,799	0,060	0,242	0,044	0,161	-0,232	0,218
Inatención social	0,750	-0,003	0,138	0,101	0,135	-0,252	0,326
Inatención durante pruebas de estado mental	0,717	0,033	0,067	0,150	0,142	-0,197	0,399
Alucinaciones auditivas	-0,205	0,135	-0,016	0,052	0,176	0,773	0,309
Voces que comentan	-0,129	0,156	-0,022	0,068	0,176	0,761	0,344
Voces que conversan	-0,092	0,096	-0,023	0,115	0,346	0,533	0,565
Alucinaciones somáticas o táctiles	-0,028	0,038	0,008	-0,057	0,121	0,335	0,925
Alucinaciones visuales	-0,164	0,133	0,001	-0,123	0,144	0,298	0,850
Delirios persecutorios	-0,172	0,449	-0,107	-0,182	0,279	0,292	0,562
Delirios de referencia	-0,127	0,301	0,034	-0,150	0,118	0,271	0,786
Delirios de estar controlado	-0,001	0,075	-0,058	-0,030	0,294	0,082	0,897
Delirios de lectura de pensamiento	-0,020	0,104	-0,019	-0,069	0,776	0,087	0,374

Síntoma explorado	f1	f2	f3	f4	f5	f6	U*
Delirios de difusión de pensamiento	-0,090	0,044	-0,095	-0,039	0,733	0,137	0,424
Delirios de inserción de pensamiento	-0,066	0,098	-0,065	0,012	0,795	0,069	0,345
Delirios de robo de pensamiento	-0,099	0,084	-0,127	-0,058	0,726	0,131	0,419
Vestido y apariencia	0,109	0,058	-0,071	0,551	0,050	-0,161	0,648
Comportamiento social y sexual	0,006	0,094	-0,108	0,438	0,051	-0,095	0,776
Comportamiento agresivo o agitado	0,004	0,667	-0,048	0,093	0,093	-0,027	0,534
Comportamiento estereotipado	0,386	0,035	-0,053	0,241	-0,108	-0,067	0,773
Pérdida de asociaciones	0,094	0,039	-0,081	0,688	-0,057	-0,043	0,505
Pararrespuestas	0,125	-0,001	0,016	0,466	-0,089	-0,020	0,758
Incoherencia	0,103	0,045	-0,059	0,640	0,010	-0,067	0,569
Pensamiento ilógico	-0,009	0,077	0,018	0,635	0,019	0,150	0,568
Circunstancialidad	-0,056	0,159	0,050	0,487	-0,076	0,174	0,697
Presión del habla	-0,321	0,127	-0,015	0,652	-0,098	0,203	0,405
Facilidad de distracción	-0,143	0,144	0,108	0,512	-0,128	0,180	0,636
Asociaciones por asonancia	-0,019	0,020	0,056	0,288	-0,026	0,051	0,910
Afecto inapropiado	-0,190	-0,071	-0,174	0,389	-0,124	-0,070	0,757
Ansiedad	-0,111	0,753	0,067	0,095	0,043	0,139	0,387
Aislamiento emocional	0,737	-0,099	0,023	-0,071	0,017	-0,177	0,410
Tensión	-0,079	0,546	-0,027	0,161	0,075	0,153	0,641
Hostilidad	-0,085	0,820	-0,050	0,028	0,037	0,041	0,315
Susplicacia	-0,210	0,638	-0,063	-0,055	0,142	0,251	0,459
Enlentecimiento psicomotor	0,720	-0,319	0,140	-0,029	0,001	-0,141	0,340
Falta de colaboración	0,146	0,433	-0,069	0,241	0,086	-0,177	0,689
Irritabilidad	-0,102	0,645	-0,057	0,152	0,097	-0,050	0,536
Ánimo triste	-0,039	0,047	0,762	-0,055	-0,096	0,062	0,399
Sensación de claridad mental	0,215	-0,030	0,869	0,027	-0,040	-0,002	0,195
Sensación de hacer las cosas con facilidad	0,190	-0,061	0,832	0,009	-0,047	-0,028	0,264
Dificultad para tomar decisiones	0,200	-0,090	0,830	-0,056	0,008	-0,083	0,253
Sensación de que la vida es desagradable, no plena	0,096	0,033	0,776	-0,042	-0,103	0,002	0,375

* Unicidad.

Tabla 3. Resultados del índice de Duda y Hart para selección del número de grupos

Número de conglomerados	Duda/Hart	
	$Je_{(2)}/Je_{(1)}$	Pseudo T ²
1	0,9125	22,06
2	0,7806	47,22
3	0,9619	2,85
4	0,8773	8,39
5	0,8014	17,35
6	0,9366	2,03
7	0,9086	9,46
8	0,9715	2,35
9	0,8417	5,27
10	0,8255	5,92

Nota: El índice más adecuado corresponde al valor $Je_{(2)}/Je_{(1)}$ más alto y al pseudo T² más bajo.

11 (grupo 8), respectivamente. Para cada uno de los grupos se estimó la media de cada uno de los componentes principales establecidos en la fase

de análisis factorial. Los valores de las medias de cada factor permiten aproximarse a una denominación de los grupos del análisis jerárquico de la siguiente manera (tabla 4):

Grupo 1: Caracterizado por la presencia de delirios extraños y alucinaciones.

Grupo 2: Categoría en la cual se presentan síntomas deficitarios y de desorganización.

Grupo 3: Es una categoría con síntomas predominantes de deterioro.

Grupo 4: Caracterizado por síntomas de deterioro, junto con ansiedad, agresividad y paranoia.

Grupo 5: Caracterizado por presencia de delirios extraños.

Grupo 6: Corresponde a pacientes con síntomas delirantes de características paranoides, ansiedad y agresividad.

Grupo 7: Categoría en la que se presentan delirios extraños y síntomas depresivos.

Tabla 4. Valores de las medias de los componentes principales de cada factor dentro de cada grupo del análisis de conglomerados

Conglomerado	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
1	0,745	-1,012	0,695	-1,225	1,711	0,897
2	3,672	-1,000	0,083	0,942	-0,317	0,424
3	5,723	-1,402	-0,310	-1,716	-0,742	0,154
4	3,172	2,681	0,647	-0,195	0,348	-1,044
5	-2,708	-1,953	0,101	-0,531	0,935	-0,924
6	-1,907	1,610	-2,474	-0,743	-0,135	-0,281
7	-3,474	0,118	0,890	-0,456	0,965	-0,025
8	-4,570	3,058	5,033	-0,975	-3,339	2,232
Total	-0,944	-0,288	0,139	-0,543	0,094	-0,036

Nota: Se destacan los valores mayores o cercanos a uno.

Grupo 8: Categoría con síntomas depresivos, junto con características paranoides, ansiedad y agresividad.

Discusión

En el presente estudio se buscó la estructura de grupos que conforma el síndrome psicótico. Para esto se siguieron dos fases: en la primera se determinó la estructura factorial, a partir de un conjunto de síntomas que pretendió ser exhaustivo; en la segunda fase se establecieron agrupaciones, a partir de características clínicas de los sujetos, y se aprovechó la caracterización producida en la fase inicial para poder realizar una denominación y descripción clínica de tales agrupaciones.

En la estructura factorial desarrollada en la primera fase se encontró que la mayor variabilidad de las manifestaciones clínicas tiene que ver con el dominio de síntomas negativos; este hallazgo puede relacionarse con el predominio de trastornos esquizofrénicos en la muestra estudiada, junto con la probable evolución prolongada de los cuadros clínicos evaluados (en el estudio, la media de edad de 41,5 años sugiere que los pacientes tienen trastornos de varios años de evolución). Sin embargo, también es importante resaltar que los síntomas negativos o de déficit son nucleares al diagnóstico de esquizofrenia, tal como lo señaló Bleuler (30).

Un dominio encontrado en el presente estudio, que no ha sido reporta-

do frecuentemente, pero que ha sido descrito en algunos estudios previos (31), se relaciona con el síndrome depresivo. Este hallazgo sugiere que el componente afectivo (32,33) amerita ser explorado sistemáticamente en pacientes con cuadros psicóticos agudos, independientemente de si se trata de aquellos correspondientes al síndrome esquizofrénico. En este estudio los síntomas que exploraron características maníacas y de activación no resultaron importantes en este grupo de pacientes; lo anterior puede concordar con la propuesta de independizar las categorías correspondientes a esquizofrenia (demencia precoz) y trastorno bipolar (enfermedad maniaco depresiva), conforme con la propuesta clásica krepeliana. Otros síntomas que no tuvieron una adecuada representación en esta muestra fueron las alucinaciones visuales y olfatorias (probablemente más asociadas con cuadros de *delirium* o de etiología orgánica) y las ideas delirantes de culpa y pecado (más asociadas con cuadros depresivos primarios).

En un estudio previo con pacientes colombianos (23) se encontró una estructura factorial más simple (delirios/alucinaciones, desorganizado, negativo/desorganizado), lo cual puede corresponder a que en ese estudio solo se incluyeron pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Las seis dimensiones encontradas en nuestro estudio abarcan una gama más amplia de diagnósticos, en los que se incorporan categorías

polémicas, como el trastorno esquizofreniforme, el esquizoafectivo y el delirante, que algunos autores no diferencian netamente del síndrome esquizofrénico (34). Otro hallazgo relacionado con la estructura factorial tiene que ver con la identificación de un grupo de síntomas que configuran las formas clásicas de paranoia, en la cual los síntomas de ansiedad, irritabilidad y agresividad se relacionan con temas delirantes, generalmente de tipo persecutorio (35).

En el sistema de clasificación que desarrollamos con esta muestra de pacientes se destacan tres categorías en las que el síntoma central es el deterioro: en una de ellas hay presencia de deterioro puro y en las otras, este se acompaña de desorganización o de agresividad y paranoia. Consideramos que dichas categorías deben validarse en estudios longitudinales y prospectivos, dada la implicación pronóstica que puede tener esta caracterización. Adicionalmente, se demarcan varias agrupaciones que no resultan claramente diferenciadas dentro de los sistemas de clasificación actuales. Es así como se detectó un subgrupo de pacientes con delirios extraños y alucinaciones, otro con solo delirios extraños y un tercero con ideación de características persecutorias, ansiedad y agresividad.

En los sistemas de diagnóstico vigentes, estas tres categorías pueden quedar englobadas en una sola agrupación (esquizofrenia paranoide), lo cual puede generar una falta

de diferenciación con implicaciones graves sobre la investigación y el tratamiento de los pacientes. El tipo de categorías encontradas en este estudio tiene cierta semejanza con las reportadas en otros (36-38).

Incluir pacientes con diferentes tipos de cuadros psicóticos, tratando de elaborar agrupaciones sintomáticas a partir de características transversales, es una limitación del estudio, ya que no tener en cuenta el componente longitudinal puede generar una clasificación sesgada. Sin embargo, esta metodología de estudio transversal se ha usado frecuentemente, incluso utilizando los mismos instrumentos (SANS y SAPS), aunque ha reportado alta variabilidad en el número y características de las dimensiones en pacientes con cuadros psicóticos agudos o exacerbados (31,39,40).

Otra limitación es que “la falta de introspección” no fue explorada en este caso; ese es uno de los síntomas que algunos de los estudios encontraron como característica central de diversas agrupaciones (41,42).

Referencias

1. Csernansky JG. Schizophrenia: a new guide for clinicians. New York: Marcel Dekker; 2002.
2. World Health Organization (WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
3. American Academy of Family Physicians, American Psychiatric Association (APA). Work Group on DSM-IV-PC. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition : pri-

- mary care version. 1st ed. Washington: APA; 1995.
4. Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1998;172:458-60.
5. Andreasen NC. Symptoms, signs, and diagnosis of schizophrenia. *Lancet*. 1995;346:477-81.
6. Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, et al. Symptoms of schizophrenia. Methods, meanings, and mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:341-51.
7. Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE, et al. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:165-71.
8. Marneros A, Akiskal HS. The overlap of affective and schizophrenic spectra. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
9. Chen YR, Swann AC, Johnson BA. Stability of diagnosis in bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186:17-23.
10. Rodríguez Losada JRS. La sintomatología afectiva en el trastorno esquizoafectivo evaluada con un instrumento de auto-reporte: Implicaciones para el diagnóstico. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2004;67:52-63.
11. Strauss JS, Bartko JJ, Carpenter WT, Jr. New directions in diagnosis: the longitudinal processes of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1981;138:954-8.
12. Crow TJ. Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *Br J Psychiatry*. 1980;137:383-6.
13. Cuesta MJ, Peralta V. Psychopathological dimensions in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1995;21:473-82.
14. Andreasen NC, Arndt S, Miller D, et al. Correlational studies of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms and the Scale for the Assessment of Positive Symptoms: an overview and update. *Psychopathology*. 1995;28:7-17.
15. Andreasen NC. The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *Br J Psychiatry Suppl*. 1989;7:49-58.
16. Peralta V, de León J, Cuesta MJ. Are there more than two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive-negative dichotomy. *Br J Psychiatry*. 1992;161:335-43.
17. Lenzenweger MF, Dworkin RH. The dimensions of schizophrenia phenomenology. Not one or two, at least three, perhaps four. *Br J Psychiatry*. 1996;168:432-40.
18. Malla AK, Norman RM, Williamson P, et al. Three syndrome concept of schizophrenia. A factor analytic study. *Schizophr Res*. 1993;10:143-50.
19. Liddle PF. Syndromes of schizophrenia on factor analysis. *Br J Psychiatry*. 1992;161:861.
20. Liddle PF, Barnes TR, Morris D, et al. Three syndromes in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*. 1989;7:119-22.
21. Craig TJ, Siegel C, Hopper K, et al. Outcome in schizophrenia and related disorders compared between developing and developed countries. A recursive partitioning re-analysis of the WHO DOSMD data. *Br J Psychiatry*. 1997;170:229-33.
22. Peralta V, Cuesta MJ. How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophr Res*. 2001;49:269-85.
23. García J, Rodríguez A, Arbeláez M, et al. Identificación empírica de subtipos clínicos de esquizofrenia. *Rev Col Psiquiatr*. 2010;39:45-66.
24. Bartko JJ, Carpenter WT, Jr, Strauss JS. Statistical basis for exploring schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1981;138:941-7.
25. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis : the use of factor analysis for instrument development in health care research. Thousand Oaks, Ca: Sage Pub; 2003.
26. Child D. The essentials of factor analysis 3rd ed. London: Continuum; 2006.
27. Allen MJ, Yen WM. Introduction to measurement theory. Monterrey, Ca: Brooks/Cole Pub. Co.; 1979.
28. Rencher AC. Methods of multivariate analysis 2nd ed. New York: J. Wiley; 2002.
29. Duda RO, Hart PE, Stork DG. Pattern classification 2nd ed. New York: Wiley; 2001.

30. Bleuler E. Textbook of psychiatry. New York: Arno Press; 1976.
31. Masiak M, Loza B. Core factors of schizophrenia structure based on PANSS and SAPS/SANS results. Discerning and head-to-head comparisson of PANSS and SASPS/SANS validity. Psychiatr Pol. 2004;38:795-808. [Artículo en polaco].
32. Berrios GE, Bulbena A. Post psychotic depression: the Fulbourn cohort. Acta Psychiatr Scand. 1987;76:89-93.
33. Birchwood M, Iqbal Z, Upthegrove R. Psychological pathways to depression in schizophrenia: studies in acute psychosis, post psychotic depression and auditory hallucinations. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2005;255:202-12.
34. Pope HG, Jr, Lipinski JF, Cohen BM, et al. "Schizoaffective disorder": an invalid diagnosis? A comparison of schizoaffective disorder, schizophrenia, and affective disorder. Am J Psychiatry. 1980;137:921-7.
35. Mazumdar PK, Chaturvedi SK, Gopinath PS. A study of thought disorder in paranoid and non-paranoid schizophrenia. Psychopathology. 1991;24:166-9.
36. Helmes E, Landmark J. Subtypes of schizophrenia: a cluster analytic approach. Can J Psychiatry. 2003;48:702-8.
37. Gur RE, Mozley PD, Shtasel DL, et al. Clinical subtypes of schizophrenia: differences in brain and CSF volume. Am J Psychiatry. 1994;151:343-50.
38. Hill SK, Ragland JD, Gur RC, et al. Neuropsychological differences among empirically derived clinical subtypes of schizophrenia. Neuropsychology. 2001;15:492-501.
39. Peralta V, Cuesta MJ. Dimensional structure of psychotic symptoms: an item-level analysis of SAPS and SANS symptoms in psychotic disorders. Schizophr Res. 1999;38:13-26.
40. Kimhy D, Yale S, Goetz RR, et al. The factorial structure of the schedule for the deficit syndrome in schizophrenia. Schizophr Bull. 2006;32:274-8.
41. Buchy L, Torres IJ, Liddle PF, et al. Symptomatic determinants of insight in schizophrenia spectrum disorders. Compr Psychiatry. 2009;50:578-83.
42. Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Psychopathological dimensions and lack of insight in schizophrenia. Psychol Rep. 1998;(3 Pt 1):895-8.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 20 de marzo de 2011
Aceptado para publicación: 12 de diciembre de 2011*

Correspondencia
Gerardo Téllez R.
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia, oficina 201
Ciudad Universitaria
Bogotá, Colombia
naikiko@gmail.com