

# Historia natural de la esquizofrenia

C. DE LAS CUEVAS CASTRESANA, J.L. GONZÁLEZ DE RIVERA\*

*Profesor Asociado de Psiquiatría. \*Catedrático de Psiquiatría. Cátedra de Psiquiatría. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife*

## RESUMEN

Con el objetivo de identificar y analizar aquellas variables sociodemográficas y clínicas que pudieran influir en el curso de la esquizofrenia, se procede al estudio de una muestra constituida por 50 pacientes que reunían criterios diagnósticos clínicos suficientes de esquizofrenia según la CIE-10 y una historia de por lo menos cuatro años de evolución de su trastorno. Ni el sexo ni la edad de los pacientes influyó de forma significativa en el modo de aparición del trastorno o en el curso del mismo. En el 60% de los pacientes el modo de aparición fue agudo-subagudo, mientras que en el 40% restante lo fue gradual-insidioso. En cuanto al curso de la esquizofrenia, el 16% de los pacientes experimentó un único brote sin deterioro, el 46% sufrió varios episodios que cursaron sin o con un mínimo deterioro, el 16% presentó deterioro tras el primer episodio con subsecuentes exacerbaciones y sin retorno a la normalidad, y el 22% presentó un deterioro que se incrementó con cada episodio que experimentaban y sin retorno a la normalidad. Se pudo de manifiesto una asociación estadísticamente significativa entre el modo de aparición del trastorno y el tipo de evolución del mismo.

**PALABRAS CLAVE:** Esquizofrenia. Curso. Evolución. Historia

Las descripciones clásicas del curso y pronóstico de la esquizofrenia probablemente no fueron representativas del rango completo de posibilidades clínicas de este trastorno (Harding y cols., 1992), a pesar de lo cual han constituido la base para la construcción del pensamiento psiquiátrico. Los estudios prospectivos a largo plazo de pacientes de cohortes intactas reintegrados en la comunidad suministran grandes dudas sobre la, hasta no hace mucho tiempo, incuestionable cronicidad del trastorno, demostrando incluso que cierto número de pacientes que en algún momento fueron considerados como crónicos mejoran de forma significativa y se recuperan con el transcurso del tiempo (Bleuler, 1983).

En medicina, el término "crónico", derivado del griego *chronos* que significa tiempo, denota una enfermedad de larga duración o una de recurrencia frecuente. Sin embargo, cuando este término es emparejado con el de esquizofrenia, la connotación conlleva una expectativa de dete-

## SUMMARY

In order to identify and analyze those clinical and sociodemographic variables that could influence the course and outcome of schizophrenia, a study of a sample constituted by 50 CIE-10 schizophrenic patients was carried out. Neither sex nor age were of significance in relation to mode of onset and course of the disorder. 60% of the patients had an acute-subacute mode of onset, while in the other 40% it was gradual-insidious. According to the course of the disorder: 16% of the patients had only one episode without impairment; 46% presented several episodes with no or minimal impairment; 16% experienced impairment after the first episode with subsequent exacerbation and no return to normality; and 22% had an impairment increasing with each of several episodes and no return to normality. A significant association between mode of onset and course of the disorder was found.

**KEY WORDS:** Schizophrenia. Course. Outcome. Natural history.

rioro, defecto o estado deficitario (Cutting, 1983) y esto dista de ser totalmente cierto.

El concepto de "curso o historia natural de la enfermedad" que antaño hacía referencia a una condición en la cual la naturaleza seguía su curso sin intervención humana alguna, o bajo intervención mínima accidental, no tiene sentido en la actualidad en los países industrializados, y menos en lo referente a la esquizofrenia, al no ser posible el estudio de este trastorno sin la presencia de algún tipo de intervención terapéutica. Únicamente, en los países en vías de desarrollo podría hacerse uso de este concepto, pero incluso allí, tan pronto como la enfermedad fuera sometida a observación, dejaría de ser natural su curso (Zubin y cols., 1992). En el presente estudio consideraremos la historia natural de la esquizofrenia como aquella que tiene lugar en los pacientes sometidos a las medidas estándar de tratamiento de nuestro entorno, e intentaremos identificar y analizar aquellas variables sociodemográficas y clínicas que pudieran influir en el curso de la esquizofrenia mediante el estudio de una muestra de pacientes esquizofrénicos asistidos en la comunidad.

## MATERIAL Y METODO

La muestra objeto de nuestro estudio está constituida por 50 pacientes (29 varones y 21 mujeres) asistidos de forma regular en la Unidad de Salud Mental de Tacoronte-Tejina dependiente del Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria de Santa Cruz de Tenerife que reunían criterios diagnósticos clínicos suficientes de esquizofrenia según la CIE-10 y una historia de por lo menos cuatro años de evolución de su trastorno psicopatológico.

Para nuestra definición de trabajo, la recaída tiene lugar cuando un paciente en remisión (aquel que o bien está totalmente libre de síntomas o bien muestra tan sólo síntomas residuales de larga evolución) de nuevo desarrolla síntomas suficientes para satisfacer los criterios de un episodio activo de esquizofrenia.

Consideraremos el *deterioro esquizofrénico* como caracterizado por la presencia destacada y continuada de los llamados síntomas negativos de la enfermedad (inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad y contenido del lenguaje, comunicación no verbal empobrecida, deterioro del aseo personal y del comportamiento social).

En cuanto al modo de aparición, consideraremos:

*Agudo*: El desarrollo de un estado psicótico florido en el plazo de unos días (más de una semana). Los signos o síntomas prodrómicos ("sugestivos", no psicóticos) son leves o están ausentes.

*Subagudo*: Cuando los síntomas aparecen y se desarrollan en un estado claramente psicótico en un periodo superior a un mes.

*Gradual*: Sería el lento y progresivo desarrollo de síntomas psicóticos en un periodo superior a un mes; los signos prodrómicos (si hay alguno) no pueden ser distinguidos de forma clara de los síntomas manifiestamente psicóticos en cuanto a su aparición, a causa de una transición gradual de unos a otros.

*Insidioso*: No puede hacerse una demarcación clara entre la personalidad premórbida del paciente y la aparición del trastorno esquizofrénico, y el modo de aparición como tal no puede ser evaluado.

## RESULTADOS

La edad media actual de la muestra es de 35,32 años (t 12,1) con una rango que oscila entre los 20 y los 77 años. La edad media de las mujeres (n = 21) fue casi significativamente mayor que la de los varones (n = 29) ( $p < 0,1$ , 32,58 vs. 39,09). La edad media de inicio del trastorno fue de 23,9 años (t 6,5) para la muestra global, siendo casi idéntica en ambos sexos (varones = 23,8 vs. mujeres = 24). El tiempo medio de evolución fue de 11,42 años ( $\pm 10,7$ ), siendo de cuatro años el menor de los mismos.

En cuanto al estado civil de los pacientes, el 74% estaba soltero, el 20% casado, el 4 % viudo y el 2 % separado.

Con respecto al nivel cultural, el 6 % de los pacientes era analfabeto, otro 6 % apenas sabía leer y escribir, el 66% había completado sus estudios primarios, el 18% había alcanzado el grado de bachiller y el 14% había finalizado una carrera media.

En relación con la actividad laboral actual, únicamente el 20 estaba en activo, el 42 % está en paro laboral o se dedicaba a las labores domésticas, y el 38% era beneficiario de pensiones.

En el 30% de los pacientes se pudo constatar la existencia de antecedentes psiquiátricos familiares en familiares consanguíneos, de los cuales un 10% correspondía a

trastornos esquizofrénicos, y un 20% a trastornos afectivos.

En el 60% de los pacientes el modo de aparición fue agudo- subagudo, mientras que en el 40% restante lo fue gradual-insidioso, no existiendo diferencias en esta distribución en función del sexo. Al relacionar la edad con el modo de aparición del trastorno esquizofrénico registramos una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en la edad de aparición entre los modos agudo-subagudo y gradual (25,3 años vs. 20,7 años). En el modo de aparición insidioso no pudo constatar dicho dato al ser muy difícil la diferenciación clara entre la personalidad premórbida del paciente y el momento de aparición del trastorno esquizofrénico.

En cuanto al curso de la esquizofrenia, los patrones evolutivos suministrados por los pacientes constituyentes de la muestra se ajustan con bastante fidelidad a los descritos por Shepherd y cols. (1989). Tomando como base los cuatro posibles tipos de evolución descritos por estos autores obtuvimos que, el 16% de los pacientes experimentó un único brote sin deterioro (*tipo I*), el 46% sufrió varios episodios que cursaron sin o con un mínimo deterioro (*tipo II*), el 16% presentó deterioro tras el primer episodio con subsecuentes exacerbaciones y sin retorno a la normalidad (*tipo III*), y el 22% presentó un deterioro que se incrementó con cada episodio que experimentaban y sin retorno a la normalidad (*tipo IV*) (Fig. 1). La variable sexo no produjo variaciones significativas en la distribución de los distintos posibles cursos evolutivos. Con respecto a la edad, los pacientes con evoluciones de tipo III y IV fueron los que registraron un debut más temprano del trastorno esquizofrénico.

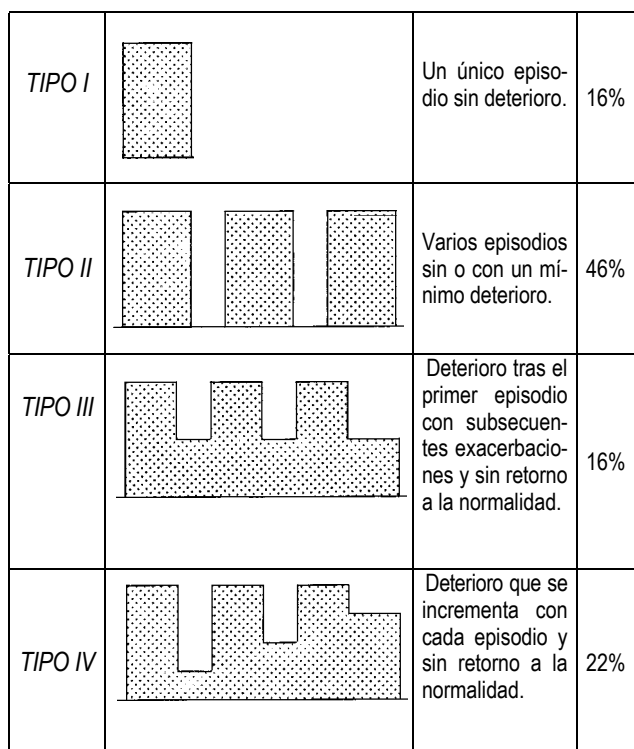


Fig. 1. Patrones evolutivos registrados en la muestra de pacientes afectos de trastorno esquizofrénico de al menos cuatro años de evolución.

La existencia de antecedentes psiquiátricos familiares de esquizofrenia se correlacionó ( $p < 0,05$ ) con el patrón evolutivo de deterioro (tipos III y IV), mientras que los pa-

cientes con antecedentes familiares de trastornos afectivos tenían tendencia a evolucionar según el tipo II, al estar sobre representados en esta forma de evolución.

Al someter a la prueba de la Chi<sup>2</sup> las variables modo de aparición y tipo de evolución (*la Tabla I muestra las distintas frecuencias observadas*) para intentar determinar la posible asociación entre ambas, registramos una Chi<sup>2</sup> de 21,69 con 9 grados de libertad y una probabilidad menor de 0,01, siendo por tanto dicha asociación significativa. Si bien es cierto que hay que tener en cuenta que pudiera ser no representativa al existir más de un 20% de las celdas con menos de 5 casos. El cálculo de coeficiente V de asociación de Cramer registró un valor de 0,40. Asimismo, para valorar en qué sentido se da la asociación registrada entre estas dos variables, sometimos a un análisis RIDIT (Bross, 1958) a las mismas y obtuvimos un valor de R de 0,75 (error estadístico 0,08, z =2,84 y p =0,0044). Según estos datos cuanto más gradual e insidioso es el modo de aparición mayor probabilidad hay de una evolución que conlleva deterioro (tipos III y IV).

TABLA I

TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS.  
MODO DE APARICION/TIPO DE EVOLUCION

|           | Tipo I | Tipo II | Tipo III | Tipo IV | Total |
|-----------|--------|---------|----------|---------|-------|
| Agudo     | 5      | 9       | 1        | 0       | 15    |
| Subagudo  | 2      | 8       | 2        | 3       | 15    |
| Gradual   | 1      | 6       | 3        | 3       | 13    |
| Insidioso | 0      | 0       | 2        | 5       | 7     |
| Total     | 8      | 23      | 8        | 11      | 50    |

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Nuestros resultados son similares a los registrados por Ruiz Ogara y cols. (1990), al menos en cuanto a la asociación

existente entre el inicio precoz del trastorno y el desarrollo de cuadros crónicos con tendencia al deterioro, y con respecto a la correlación entre la existencia de antecedentes familiares de trastornos esquizofrénicos y la evolución defectual. El porcentaje de cuadros con evolución hacia el deterioro también es similar en ambos estudios, aunque el hecho de partir de distinta definición de patrones evolutivos hace difícil la comparación de los datos. A este respecto, nuestros datos son coincidentes con los informados por Shepherd y cols. (1989), en cuanto a que el tipo II de evolución es el más frecuente, así como en que obtenemos un porcentaje muy similar (38% en nuestro estudio vs. 43% en el de Shepherd) de cuadros que evolucionan con un marcado deterioro.

Merece la pena reseñar el dato correspondiente al tipo de evolución del trastorno esquizofrénico de los pacientes con antecedentes familiares de trastorno afectivo. Nuestros datos son congruentes con las sugerencias que Bleuler hace a Zubin (Zubin y cols., 1992) en base a la asociación que encuentra en sus estudios entre la existencia de antecedentes familiares de trastorno maniaco-depresivo y el curso intermitente con numerosas recaídas de los pacientes afectados de esquizofrenia.

A diferencia de lo que ocurre en el estudio llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (Jablensky y cols., 1992) sobre la incidencia, curso y pronóstico de la esquizofrenia en diferentes culturas, no encontramos grandes diferencias ni en el modo de aparición del trastorno ni en el curso del mismo en función del sexo del paciente. Sin embargo, sí coincidimos con este estudio en cuanto a la relación existente entre el modo de aparición del trastorno y el tipo de evolución de éste.

Nuestros resultados confirman la existencia de distintos cursos evolutivos en el trastorno esquizofrénico, no todos ellos asociados a un deterioro manifiesto, y animan al estudio de todos aquellos factores que puedan estar relacionados con la vulnerabilidad de los pacientes a la recaída. Cuando podamos determinar cuáles son las características de los pacientes que no recaen y qué posibles estrategias han desarrollado para prevenir dicha recaída, podremos centrar nuestros esfuerzos en la prevención del trastorno.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bleuler M. Schizophrenic Deterioration (a multi-author discussion of the topic). Br J Psychiatry 1983; 143: 78-79.
2. Bross J. Ridit Analysis. En: Statistical Methods for Rates and Proportions. John Wiley and Sons. Chichester 1981.
3. Cutting J. Schizophrenic Deterioration (a multi-author discussion of the topic). Br J Psychiatry 1983; 143: 77-84.
4. Harding CM, Zubin J, Strauss JS. Chronicity in Schizophrenia: Revisited. Br J Psychiatry 1992; 161 (suppl 18): 27-37.
5. Jablensky A. Schizophrenia: Manifestations, Incidence and Course in Different Cultures. A World Health Organization Ten-Country Study. Psychological Medicine 1992; Suppl 20.
6. Ruiz Ogara C, Giner Ubago J, González Infante JM, Medina León A. Estudio de Evolución en la Esquizofrenia. Folia Neuropsiquiátrica 1990; 3: 167-186.
7. Shepherd M, Watt D, Falloon I et al. The Natural History of Schizophrenia: A Five Year Follow-up Study of Outcome and Prediction in a Representative Sample of Schizophrenics. Psychological Medicine 1989; Suppl 15: 46.
8. Zubin J, Steinhauer SR, Condray R. Vulnerability to Relapse in Schizophrenia. Br J Psychiatry 1992; 161 (suppl 18): 13-18.