

El esquizofrénico y su trastorno

Nociones subjetivas del devenir psicótico

Carlos A. León*

Summary

A group of patients included in the International Pilot Study on Schizophrenia supported by the W.H.O. was followed up for a 10 year period and was evaluated with standardized methods and with clinical interviews performed after 2 and 5 years as well as the end of the follow-up period. Based on these evaluation and the additional data obtained from ideal informants, we elaborated a scheme of the clinical course, the mental function events and the social adjustment for the 10 year evolution period.

Concurrently with the information provided by structured interviews applied at the 2 and 5 years evaluations, a group of notions and perceptions of the patients current state and way of conceptualisation and perception of the disorder and its evolution was explored.

A revision of the most significant events that happened on the follow-up period was listed and the patients were invited to evaluate their own physical and psychological characteristics as well as their social relations.

This paper describes the results of the analysis of the self evaluation of each patient, and compares it with the data obtained from the clinical examination and the information provided by their family. In this way, with the introduction of a subjective element provided by the patient, and within an epidemiological frame we will have a more complete point of view of schizophrenia as a life experience.

Resumen

Un grupo de pacientes incluidos en el Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia, patrocinado por la O.M.S., fue seguido por un periodo de 10 años y evaluado mediante el empleo de métodos estandarizados y entrevistas clínicas realizadas al cabo de 2 y 5 años de su examen inicial y al final del periodo de seguimiento. Sobre la base de estas evaluaciones y con datos adicionales obtenidos de la revisión de las historias clínicas y de las entrevistas con informantes idóneos, se pudo elaborar un esquema del curso clínico y de las diversas vicisitudes del funcionamiento mental y del desempeño social de los pacientes a lo largo del decenio. Además en las evaluaciones hechas a los 5 y 10 años se exploró, por medio de entrevistas estructuradas, un conjunto de nociones y percepciones del paciente acerca de su estado actual y de la manera de concebir e interpretar el trastorno y su evolución. También se hizo una revisión de los eventos más significativos ocurridos en el periodo de seguimiento y se invitó al paciente a evaluar sus propias características físicas y psicológicas y sus relaciones sociales. El presente trabajo describe los resultados del análisis de las evaluaciones efectuadas por cada paciente sobre sí mismo y los compara con los datos

obtenidos por el examen clínico y las informaciones de los familiares. De este modo, con la introducción de un elemento subjetivo aportado por el paciente y con un enfoque epidemiológico, se busca lograr una visión más completa de la esquizofrenia como experiencia vital.

Introducción

El seguimiento de una cohorte de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos e incluidos en el Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia (E.P.I.E.) (1), permitió lograr una visión bastante clara del curso clínico y evolución final de cada caso, tanto desde el punto de vista médico como del social, y recoger un acopio de información sobre diversos aspectos de su funcionamiento durante el periodo (2). Este seguimiento que cubrió un periodo de 10 años se realizó mediante el uso de instrumentos estandarizados y con la ayuda de la revisión de historias clínicas y entrevistas a informantes idóneos.

El presente trabajo se propone enfocar un aspecto complementario de los anteriores mediante la exploración de las nociones, actitudes, sentimientos y expectativas desarrollados por los pacientes hacia su enfermedad y establecer una comparación entre estas experiencias subjetivas y los hallazgos de las evaluaciones clínicas y sociales de cada caso. Entre los exámenes realizados al cabo de los 5 y 10 años de la entrevista inicial, se incluyó la exploración de las nociones subjetivas de los pacientes sobre su trastorno, mediante el uso de una entrevista estructurada, con una serie de preguntas dirigidas a evaluar la experiencia de haber enfermado, las interpretaciones sobre la naturaleza del problema y las respuestas emocionales hacia lo ocurrido y sus consecuencias. Dicha exploración busca lograr una visión de cómo se afectó la vida de los pacientes por su enfermedad, cómo percibieron el impacto del trastorno, cómo han sido capaces de sobrellevar la noción de haber enfermado o estar enfermos y cómo se enfrentan al futuro.

En contraste con el gran número de publicaciones dedicadas al estudio de los síntomas y la psicopatología de la esquizofrenia, el de las experiencias subjetivas de los pacientes en lo relativo a la manera como perciben el trastorno, su impacto y sus consecuencias, puede considerarse como exiguo y orientado de preferencia al análisis de casos individuales, con énfasis

* Director. Centro Colaborador de la O.M.S. Hospital Universitario del Valle, Ap. 1418, Cali, Colombia.

en lo autobiográfico o en la descripción de una relación terapéutica (3-8). Es conveniente advertir que la validez del diagnóstico de esquizofrenia en varios de los casos presentados en estos estudios ha sido cuestionada (9).

Como documento vital no hay sustituto para el estudio del caso individual, que recoge la amplitud y profundidad de la experiencia íntima y todos los matices afectivos de cada vivencia como lo hace el análisis existencial (4, 10). Pero, forzosamente, este método resulta muy limitado frente a la necesidad de generalizar los hallazgos, pues omite el reconocimiento de la gran variabilidad de la experiencia humana y si bien ilustra con todo el patetismo posible el impacto del trastorno sobre la vida de un ser, no contribuye mucho a la identificación de los elementos constitutivos y patrones estructurales que pudieran conformar un modelo aplicable al estudio de grupos de pacientes. Para este fin, el examen de una serie de casos, explorados de manera sistemática y con el uso de métodos uniformes, puede constituir un aporte útil y valioso. Unos pocos esfuerzos en esta dirección se han realizado en las últimas décadas, orientados principalmente al estudio de las actitudes de los pacientes hacia su enfermedad y la adaptación post-mórbida observada (11-16). Varios de ellos han intentado el uso de métodos estandarizados para el examen de grupos de pacientes, no siempre homogéneos desde el punto de vista clínico y más bien escasos en número.

A comienzos de siglo, el psiquiatra alemán W. Mayer-Gross presentó una tentativa de caracterización de las actitudes predominantes en pacientes con "psicosis aguda" hacia su trastorno, después que ésta hubiera completado su curso (17). El estudio contiene descripciones detalladas y numerosas ilustraciones clínicas, pero como es habitual en los estudios de esa época, hay notables omisiones metodológicas, tales como la falta de mención del número de pacientes observados y de su distribución en cuanto a características demográficas y clínicas. Tampoco se describe el procedimiento empleado para clasificar los casos dentro de las diversas categorías ni hay datos sobre la proporción de pacientes asignados a cada una de ellas. Se trata más bien de un documento destinado a recoger las opiniones del autor formuladas sobre la base de su rica experiencia clínica. Sin embargo, no es por ello menos fecundo en planteamientos y sugerencias y la validez de sus afirmaciones ha sido analizada tomándolas como hipótesis en varios de los estudios recientes arriba mencionados. Mayer-Gross agrupa las formas de concebir la experiencia psicótica en 5 categorías designadas como: "desesperación", "nueva vida", "exclusión", "conversión" y "fusión". La *desesperación* (*Verzweiflung*) surge como una experiencia catastrófica, resultante de la pérdida de los valores y la incapacidad para restablecer la continuidad psíquica y representa una negación del futuro. La *nueva vida* (*Neues Leben*) es un intento de reconstrucción de la existencia, basada en la negación del pasado. La *conversión* (*Bekehrung*), usando el término en el sentido religioso, es una tentativa de encontrar un sentido tras-

cedental y normativo derivado de la vivencia misma de la psicosis. La *exclusión* (*Ausscheidung*) y la *fusión* (*Einschmelzung*) representan 2 posiciones antagónicas o polaridades: la exclusión se basa en una negación global o parcial de la experiencia y la fusión o integración designa la capacidad de asimilar la psicosis y aceptarla como parte de la vida psíquica del paciente.

Las observaciones de Mayer-Gross tienen una importancia capital y un buen número de estudios en las décadas siguientes se refieren de una u otra manera al trabajo de este autor. Si bien no es nuestro propósito someter a prueba la validez de los hallazgos de Mayer-Gross, los consideramos como una guía muy valiosa para la indagación de las experiencias subjetivas de nuestros pacientes.

Aspectos metodológicos

Como ya se mencionó, el propósito del presente trabajo es el de explorar las nociones, actitudes, sentimientos y expectativas desarrollados por los pacientes hacia su enfermedad y establecer el tipo de asociación existente entre estas formas de la experiencia subjetiva y los hallazgos de las evaluaciones clínicas y sociales obtenidos al final de un periodo de seguimiento de 10 años, en una cohorte de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos y estudiados mediante el uso de procedimientos estandarizados.

De un total de 127 pacientes incluidos en el E.P.I.E. en Cali, Colombia, 101 recibieron el diagnóstico de esquizofrenia y 84 de ellos pudieron ser evaluados en el seguimiento de los 10 años. En esta oportunidad y con el beneficio del examen retrospectivo, se determinó que en 8 casos el diagnóstico de esquizofrenia debía cambiarse y esta decisión dejó un total de 76 pacientes en quienes existe *certeza clínica* en cuanto al diagnóstico de esquizofrenia. De estos 76 pacientes, 64 pudieron ser sometidos a todos los exámenes requeridos por el seguimiento, tener una entrevista especial con el psiquiatra, realizada con el propósito de explorar las experiencias subjetivas de cada individuo acerca de su enfermedad. Las características socio-demográficas de los 64 pacientes incluidos en el presente estudio no difieren de las correspondientes a los 76 diagnosticados como esquizofrénicos y se resumen en el cuadro 1.

1) Entrevista estructurada

El instrumento utilizado para la recolección de datos consiste en una lista de tópicos que se usaron para configurar una entrevista estructurada. Más bien que un cuestionario es un conjunto de elementos que el examinador debe incluir en forma *sistemática* en su exploración a fin de evaluar lo experimentado por el paciente durante el periodo de seguimiento y especialmente sus nociones acerca de la enfermedad y sus efectos (cuadro 2).

CUADRO 1
Características demográficas registradas en el examen inicial
de un grupo de esquizofrénicos observados en seguimiento a 10 años

Sexo			Edad			Educación	Estado civil				Nivel económico			
	N	%		N	%		N	%		N	%		N	%
Masculino	36	56	- 20 años	16	25	Primaria incompleta	30	47	Soltero	47	73	Alto	8	13
Femenino	28	44	20 - 24	24	37	Primaria completa	15	43	Casado	17	27	Medio	20	31
	64	100	25 - 29	12	19	Secundaria o más	19	30		64	100	Bajo	36	56
			30 +	12	19		64	100					64	100
				64	100									

También se administró un cuestionario de auto-evaluación que contiene una serie de preguntas sobre el desempeño en las áreas familiar, social, laboral, económica y recreativa. Se indaga sobre las relaciones del paciente con el cónyuge, conviviente o novio; las relaciones con sus vecinos, con sus amigos, con las personas del sexo opuesto; las relaciones con la gente en general; el trabajo y desempeño en las ocupaciones o las tareas domésticas. Se interroga al paciente sobre el estado de salud general, cómo se ha sentido y cómo se siente en los aspectos somáticos y mentales. Para terminar, se evalúa la situación económica presente y las actividades recreativas.

2) Variables utilizadas para el análisis

Las respuestas a los temas planteados en la entrevista estructurada, consideradas en forma *individual*, pueden utilizarse con fines descriptivos*, pero el interés fundamental del presente estudio se enfoca en otra dirección. En efecto, su propósito esencial es el de analizar la relación de las experiencias subjetivas del paciente acerca de su enfermedad con las evaluaciones hechas por los clínicos sobre la evolución y desenlace de la misma y con los datos suministrados por los informantes sobre el desempeño social. Con éste se decidió utilizar tres tipos de variables que recojan lo esencial de cada aspecto:

A). Para resumir en su totalidad el conjunto de las experiencias subjetivas del paciente, se recurrió a la elaboración de una variable compuesta construida sobre la base del *análisis del contenido* de la entrevista estructurada a la que se designó como "Experiencia Subjetiva Global" (E.S.G.) (véase definición más adelante). Del conjunto de nociones subjetivas se decidió separar las actitudes o expectativas hacia el futuro (E.F.) para analizarlas de manera independiente.

B). El aspecto clínico, representado por la evaluación psiquiátrica de cada caso, se cubre de manera general con el uso de la variable "Evolución Clínica

Global" (E.C.G.) (véase definición más adelante). Como variables clínicas adicionales se incluyen: el tipo de curso clínico seguido por los pacientes (C.C.), el diagnóstico de formas clínicas de esquizofrenia hecho en la evaluación final (D.C.), la totalidad del tiempo que permanecieron en estado psicótico (T.E.P.) y la duración total de las hospitalizaciones (D.H.) expresadas, estas últimas, en forma de porcentajes sobre el tiempo total de seguimiento.

C). Variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, educación y nivel económico. El funcionamiento social observado a lo largo del periodo del seguimiento se analiza con el uso de la variable "Desempeño Social" (D.S.)

Nociones directrices para la selección de las variables analíticas y definición de las mismas. Hipótesis

1. Vivencias subjetivas

Una aproximación adecuada a la experiencia subjetiva del paciente frente a su trastorno exige el uso de un marco fenomenológico-existencial para poder captar en toda su dimensión la gran riqueza del contenido vivencial del proceso de enfermar, sus implicaciones y consecuencias. Traducir estas vivencias a un lenguaje y a datos compatibles con la tarea de analizar la correspondencia entre las nociones subjetivas del paciente, las observaciones clínicas hechas por el médico y los datos aportados por los familiares sobre el desempeño social, no es una labor fácil y demanda un considerable esfuerzo conceptual y operativo. Ante todo es necesario condensar la información y elaborar una variable que represente una síntesis de las nociones, actitudes y sentimientos del paciente hacia su enfermedad; es decir, cómo la ha experimentado, qué tipo de adaptación logró con respecto a ella y cuál es el significado del trastorno para su existencia. Con este fin se decidió realizar un *análisis del contenido* de todo el material aportado por el paciente en el curso de la entrevista estructurada y particularmente de sus respuestas a las preguntas sobre su estado actual y sobre sus nociones acerca de: el problema inicial, la na-

*Aunque también sería posible usarlas con fines analíticos si las examináramos en conjunto respecto a su asociación con una variable dependiente.

CUADRO 2
Preguntas utilizadas para explorar las nociones subjetivas del paciente acerca de sus experiencias

1. En general, ¿cómo se siente en el momento actual?
2. En general, ¿siente Ud. que su vida es: feliz, más bien feliz, poco feliz, nada feliz?
3. En el momento actual, ¿se siente enfermo, o mal de salud, ya sea en el organismo o en la mente (cabeza)?
4. Si contesta "SI", ¿de qué?, ¿en que consiste su enfermedad?
5. Si contesta "SI", ¿es ésta la misma enfermedad o dolencia que tuvo hace diez años cuando vino al hospital por primera vez?
6. ¿Cuál fue la razón para haber venido al hospital hace diez años cuando fue visto por primera vez?, ¿qué fue lo que le pasó?
7. ¿Cómo se explica lo que le pasó?
8. ¿A qué se lo atribuye?
9. ¿Considera que lo que tuvo fue una enfermedad?
10. Si contesta "NO", entonces, ¿qué fue?
11. Si contesta "SI", ¿qué clase de enfermedad?
12. Si contesta "SI", ¿logró mejorarse?
13. Si contesta "SI", ¿cómo?, especifique.
14. Por favor dígame, en pocas palabras, lo que ha sucedido a Ud. desde cuando lo vimos la primera vez aquí hace diez años, hasta el momento actual. (Narración).
15. En estos diez años, ¿cuáles son las cosas más agradables que le han sucedido?
16. ¿Y las más desagradables?
17. En general, ¿cuáles diría Ud. que son las mejores cualidades suyas?
18. ¿Y los peores defectos?
19. ¿Qué espera del futuro?
20. Si Ud. pudiera cambiar alguna cosa de su vida pasada ¿qué es lo que cambiaría?
21. ¿Qué es lo que más le gusta?

turalidad del trastorno, cómo se lo explica y cómo logró superarlo. A esto se agregan los datos de la narración sobre lo ocurrido durante el periodo de seguimiento, sus experiencias más significativas, la evaluación de sus cualidades y defectos y sus actitudes hacia el pasado y el futuro. La caracterización final de cada caso fue el resultado del consenso entre un psiquiatra, una trabajadora social y una psicóloga.

Al hacer un intento de clasificación de los resultados del análisis del contenido nos encontramos de inmediato con una *constante* explícita o encubierta representada por el desconcierto y la alarma iniciales frente a la irrupción del trastorno. La conmoción psíquica resultante de este impacto, puede presentar características variables en la intensidad o en el modo de expresarse, pero continúa obrando de un modo u otro a lo largo de todo el curso clínico. Después de un lapso también variable se *consolida* una noción subjetiva de la experiencia psicótica y ésta noción constituye un núcleo vivencial alrededor del cual se organiza un sistema de ideas, percepciones, actitudes y sentimientos relativos a la enfermedad y sus consecuencias. Todo este conjunto puede considerarse de manera sintética como la *experiencia subjetiva global del trastorno*. Esta configuración no sólo representa una interpretación del pasado sino que implica una *manera de estar en el mundo* y de proyectarse hacia el futuro. Pero, las expectativas hacia el futuro constituyen una dimensión de tal importancia que es preferible individualizarlas y analizarlas separadamente.

El análisis del contenido, arriba mencionado, nos permite identificar por lo menos cuatro grandes categorías o variedades de la experiencia subjetiva global y otras tantas de las actitudes del paciente hacia el futuro. Para designarlas utilizamos términos que describen lo característico de cada una de ellas.

A). *Experiencia subjetiva global (E.S.G.)*

Dentro de la experiencia subjetiva global se incluyen las siguientes categorías: 1) *Integración*. Término que denota la capacidad de incorporar la experiencia del trastorno como una parte constitutiva del devenir, dentro de la continuidad de la vida psíquica. Una asimilación de la idea de haber enfermado mentalmente y un sentido de reconocimiento de la experiencia como algo que le puede ocurrir a cualquier ser humano, sin ocultar la percepción de la severidad de la patología y las perturbaciones producidas. En la mayoría de los casos, un estado de cierta resignación con lo ocurrido, acompañado de una clara disposición a impedir que el trastorno reaparezca. 2) *Atenuación*. Caracteriza una tendencia a reducir la severidad del trastorno sin llegar a negarlo o rehuir su evocación. La necesidad de justificar, explicar o disculpar lo ocurrido se traduce en expresiones tales como "fue una cuestión de nervios", "me mantenía muy intranquilo". En todos los casos se advierte una propensión a disminuir el impacto emocional causado por el trastorno, calificándolo como un estado de "nerviosidad", "preocupaciones", y "problemas". Por otro lado, es también posible detectar un temor manifiesto o encubierto a la reaparición de la enfermedad. 3) *Negación*. El paciente tiende a olvidar todo lo relativo al trastorno. No recuerda o pretende no recordar cuándo ni cómo empezó, ni los síntomas que lo caracterizaron. Muestra una fuerte disposición a rechazar todo lo relacionado con la enfermedad y si se ve forzado a admitir su existencia, lo hace con acentuada dificultad, de manera vaga o impersonal y eventualmente la atribuye a factores físicos: traumáticos, infecciosos o tóxicos. Lo característico es una tendencia permanente a ignorar o bloquear la percepción del trastorno. Diríase de un proceso de expulsión de la vivencia o de su encapsulamiento, como si se tratase de un cuerpo extraño, para aislarlo del resto de la vida

CUADRO 3
Distribución de casos de acuerdo con
las diversas categorías de la experiencia
subjetiva global del trastorno

<i>Experiencia subjetiva global</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Integración	12	19
Atenuación	22	34
Negación	11	17
Falsificación	19	30
	64	100

psíquica. 4) *Falsificación*. La existencia está regida por interpretaciones distorsionadas de la realidad, usualmente elaboradas sobre la base de experiencias delirantes o alucinatorias pasadas o presentes. No existe percepción del trastorno psíquico como tal y el contacto con la realidad está alterado en forma total o parcial. Aun en aquellos casos donde faltan síntomas activos de psicosis el paciente ajusta su comportamiento a nociones elaboradas en torno a experiencias alucinatorias y delirantes previas. Algunos pacientes se muestran satisfechos con su condición y no buscan ni aceptan cambios. Una posición limitrofe en esta categoría la ocupan ciertos pacientes que añoran la experiencia psicótica y se sienten privados de ella en el momento actual.

B). Actitudes hacia el futuro o expectativas (E.F.)

En cuanto a las expectativas, como se dijo, pueden también clasificarse en cuatro grandes categorías: 1) Un primer grupo caracterizado por sentimientos optimistas de diversa índole, formulaciones concretas acerca de lo esperado, con ánimo confiado y ambiciones específicas bien enunciadas y ajustadas a lo posible, pero acompañadas a veces de planes demasiado ambiciosos. Se las designa como *expectativas optimistas amplias*. 2) Un segundo grupo que aunque también participa del carácter optimista del anterior lo hace de manera más bien restringida, limitándose a unas pocas áreas y orientando la mayoría de sus aspiraciones a la eliminación de problemas o deficiencias. Las formulaciones son generalmente escuetas o vagas, p. ej. "más tranquilidad", "que mejore mi salud", "que me vaya mejor". Se las designa como *expectativas optimistas limitadas*. 3) Un tercer grupo corresponde a las *expectativas pesimistas*: una visión sombría del futuro con predominio de la zozobra y la desesperanza o por lo menos con una acentuada incertidumbre, sin metas claras ni planes definidos y una noción general de futilidad de los esfuerzos. 4) Finalmente, observamos la presencia de expectativas sin visos de realidad y generalmente derivadas de nociones mágicas y delirantes. El término "ilusorias" puede ser el más indicado para designar estas expectativas.

2. Variables clínicas y sociales

Todas las variables clínicas y sociales que se describen a continuación son las mismas utilizadas en el estudio de seguimiento de 10 años (2) el cual debe consultarse en caso de requerir información más específica.

A). Evolución clínica global (E.C.G.)

Esta variable representa una síntesis de la condición clínica y muestra en forma clara el nivel de funcionamiento del paciente a lo largo del periodo de seguimiento. Resulta de un examen de la evolución clínica, del estado presente y de un juicio sobre el número y calidad de las vicisitudes ocurridas durante el periodo (2). Incluye las siguientes categorías:

1) *Excelente* (remisión completa). A tiempo del seguimiento y de manera ininterrumpida a lo largo de todo el periodo siguiente al episodio de inclusión: ausencia de síntomas de trastorno mental; introspección plena; buena capacidad para la comunicación y las relaciones interpersonales. 2) *Buena* (recuperación). A tiempo del seguimiento y durante la mayor parte del periodo: ausencia de síntomas de psicosis; desaparición o reducción notable de otros síntomas; conciencia de haber estado mentalmente enfermo; capacidad aceptable para la comunicación y las relaciones interpersonales. Pero historia de hasta 3 episodios psicóticos durante el periodo y/o evidencia de algún tipo de trastorno relacionado con el episodio de inclusión. 3) *Regular* (menoscabo). A tiempo del seguimiento y/o durante la mayor parte del periodo: presencia de síntomas que distorsionan la realidad y/o perturban la comunicación y las relaciones interpersonales (aunque algunos individuos puedan desempeñarse adecuadamente en ciertas áreas); introspección defectuosa o historia de más de 3 episodios psicóticos durante el periodo. 4) *Mala* (incapacidad). A tiempo del seguimiento y en forma continua o muy frecuente a lo largo del periodo: presencia de síntomas de psicosis que producen tanto una perturbación severa del comportamiento, como fallas del contacto con la realidad, trastornos severos en la comunicación y las relaciones interpersonales, completa ausencia de introspección y/o deterioro de los patrones adaptativos del comportamiento.

CUADRO 4
Distribución de casos de acuerdo con los diversos
tipos de expectativas

<i>Expectativas</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Optimistas amplias	16	25
Optimistas limitadas	25	39
Pesimistas	8	12.5
ilusorias	15	23.5
	64	100.0

Para fines prácticos se decidió agrupar las dos primeras categorías en una y conservar las otras dos. De este modo la E.C.G. puede describirse de manera resumida como "buena", "regular" y "mala" (ver cuadro 5).

B). *Curso clínico (C.C.)*

El curso clínico observado durante el seguimiento de 10 años pudo clasificarse en tres categorías genéricas: episódico, mixto o intermedio y continuo (2). Cada una de estas categorías comprende 3 subcategorías pero para el estudio presente sólo se usan las categorías genéricas (ver cuadro 6).

C). *Diagnóstico clínico específico hecho en la evaluación final*

Este diagnóstico se hizo con carácter *retrospectivo* para definir el cuadro clínico de una manera *integral*, al observarlo a lo largo del periodo de seguimiento y en su condición actual (2). Para propósitos prácticos los tipos clínicos se han agrupado en 4 categorías: tipo agudo, tipo esquizoafectivo, tipo paranoide, tipo indiferenciado crónico y otros (ver cuadro 7).

D). *Tiempo transcurrido en estado psicótico (T.E.P.)*

Esta variable se expresa en términos del porcentaje del periodo total de seguimiento durante el cual el paciente estuvo en estado psicótico (2). Para fines de comparación con otros estudios se adoptó la división en las siguientes categorías: 1) hasta el 5% del tiempo; 2) del 6 al 15% del tiempo; 3) 16% del tiempo o más (ver cuadro 8).

E). *Duración del total de las hospitalizaciones (D.H.)*

Comprende el lapso total de permanencia del paciente en el hospital y también se expresa en porcentajes del periodo total del seguimiento (2). Incluye las siguientes categorías: 1) no hospitalizado o menos del 1% del tiempo; 2) entre 1 y 2.9% del tiempo; 3) 3% del tiempo o más (ver cuadro 9).

F). *Desempeño social (D.S.)*

Representa una evaluación global del funcionamiento social de cada paciente, elaborada sobre la base de los datos suministrados por un informante idóneo (2). Para la evaluación se sigue un criterio longitudinal dinámico, mediante la indagación de lo predominante a lo largo del periodo en 7 áreas de funcionamiento: familiar, conyugal-sexual, laboral, contactos sociales, estigma, rechazo y recreación. Las categorías describen los diferentes grados de perturbación: ausente o mínima, ligera, moderada y severa (2) (ver cuadro 10).

3. *Hipótesis*

Como el propósito fundamental del estudio es determinar el tipo de asociación entre la experiencia subjetiva del paciente como un conjunto, y las evaluaciones obtenidas y las características demográficas, clínicas y sociales en cada caso, es preferible formular una serie de hipótesis relativas al comportamiento de dichas variables analíticas.

La experiencia subjetiva global mostrará una asociación significativa con: 1) variables socio-demográficas (sexo, edad, estado civil, educación, nivel económico). 2) Igualmente, habrá una asociación significativa de la E.S.G. con la evolución clínica global (E.C.G.), 3) con el tipo de curso clínico (C.C.) observado a lo largo del periodo de seguimiento, 4) con el diagnóstico de la forma clínica de esquizofrenia (D.C.), 5) con el tiempo transcurrido en estado psicótico durante el periodo de seguimiento (T.E.P.), 6) con la duración de las hospitalizaciones requeridas durante el periodo de seguimiento (D.H.) y, 7) con el desempeño social observado a lo largo del seguimiento (D.S.).

Igual número de hipótesis se plantearán con respecto a las expectativas futuras, para determinar su asociación con cada una de las variables clínicas y sociales.

Por otra parte, se explorará también la estabilidad y el valor predictivo de las actitudes hacia el futuro y de la experiencia subjetiva global comparando las evaluaciones obtenidas en los 5 y 10 años de seguimiento.

Como los datos recogidos en las diversas evaluaciones se expresan en términos categóricos, se usará como prueba de asociación la de Chi cuadrada (X^2), con un nivel de significancia fijado en $p = 0.05$.

Análisis de los resultados correspondientes a las hipótesis

No se observa asociación significativa de la E.S.G. con ninguna de las variables socio-demográficas consideradas (sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel económico).

La asociación entre la E.S.G. y la evolución clínica es altamente significativa ($X^2 = 43.22$, G.L. = 6, $p = 0.00001$), lo cual muestra una excelente correspondencia entre los tipos o categorías de la evolución clínica y las categorías de la experiencia subjetiva. En efecto, todos los casos incluidos en la categoría *integración* corresponden a una evolución buena y la mayoría de casos de *falsificación* a una evolución mala (ver cuadro 5).

La asociación entre el curso clínico observado durante el seguimiento y la E.S.G. evaluada a los 10 años es también significativa ($X^2 = 45.5$, G.L. = 6, $p = 0.00001$). Las formas episódicas de curso se corresponden muy bien con la categoría de integración y las continuas con la de falsificación (ver cuadro 6).

Al cotejar las categorías de la experiencia subjetiva con el diagnóstico específico de los tipos clínicos de la esquizofrenia hecho en la evaluación de casos a los

CUADRO 5
Distribución de casos de acuerdo con el tipo de experiencia subjetiva y la evolución clínica global

Experiencia subjetiva del trastorno	Evaluación clínica global			Totales	
	Buena	Regular	Mala	N	%
Integración	12			12	19
Atenuación	9	11	2	22	34
Negación	2	6	3	11	17
Falsificación		7	12	19	30
Totales	N	23	24	17	64
	%	36	37	27	100

$X^2 = 43.22$; G.L. = 6; $p < 0.00001$

10 años, se observa una asociación altamente significativa ($X^2 = 33.3$, G.L. = 9, $p = 0.0001$) que muestra cómo hay un mayor número de casos de esquizofrenia de tipo agudo en la categoría de integración; de esquizofrenia esquizoafectiva en la categoría de atenuación y de esquizofrenia paranoide en la de falsificación (ver cuadro 7).

Se observa una asociación significativa de la E.S.G. con la proporción del periodo total transcurrido en estado psicótico a lo largo del seguimiento ($X^2 = 19$, G.L. = 6, $p = 0.004$). Los casos que permanecieron en condición psicótica franca por menor tiempo corresponden a los incluidos en las categorías de integración y atenuación. Conviene anotar que la mitad de los pacientes de la cohorte sólo permanecieron en estado psicótico por un periodo no mayor del 15% del tiempo total de seguimiento (ver cuadro 8).

No se detecta asociación significativa de la E.S.G. con el tiempo total de hospitalización registrado a lo largo del seguimiento.

La asociación entre la E.S.G. y el desempeño social observado a lo largo del periodo de seguimiento alcanza a ser significativa ($X^2 = 18.8$, G.L. = 9, $p = 0.026$). Es interesante observar que de los doce casos incluidos en la categoría de integración, sólo uno está libre de perturbaciones en el desempeño social, pero siete de ellos presentan perturbaciones ligeras. También

CUADRO 6
Distribución de casos de acuerdo al tipo de experiencia subjetiva y al curso clínico observado

Experiencia subjetiva global	Curso clínico			N	%
	Episódico	Mixto	Continuo		
Integración	12			12	19
Atenuación	13	8	1	22	34
Negación	3	3	5	11	17
Falsificación		4	15	19	30
Totales	N	28	15	21	64
	%	44	23	33	100

$X^2 = 45.5$; G.L. = 6; $p < 0.00001$

sorprende observar cómo en la categoría de falsificación la mayoría de casos no presenta perturbaciones severas sino más bien ligeras o moderadas.

La importancia de las actitudes hacia el futuro como dimensión existencial hace aconsejable, según lo ya anotado, considerarlas como una variable distinta y examinarlas por separado. Al distribuir las de acuerdo con las categorías de la E.S.G. observamos una asociación altamente significativa ($X^2 = 36.4$, G.L. = 9, $p = 0.00003$), con una concentración de casos con expectativas optimistas en las categorías de integración y atenuación y de aquellos con expectativas pesimistas o ilusorias en las de negación y falsificación. Pero es interesante observar cómo en la categoría de integración figuran más bien pocos casos con expectativas optimistas amplias y sí muchos con expectativas optimistas limitadas.

No se observa asociación significativa de las actitudes hacia el futuro con ninguna de las variables socio-demográficas.

Se observa una asociación altamente significativa entre los diversos tipos de expectativas y las categorías de la evolución clínica global ($X^2 = 27.34$, G.L. = 6, $p = 0.0001$). La mayoría de expectativas optimistas se asocian con una buena evolución y las de tipo pesimis-

CUADRO 7
Distribución de casos de acuerdo con el tipo de experiencia subjetiva y el diagnóstico clínico (10 años)

Experiencia subjetiva	Esquizofrenia				N	%
	Aguda	Esquizoafectiva	Indif. crónica y otras	Paranoide		
Integración	6	3	3		12	19
Atenuación	3	10	5	4	22	34
Negación	1	4	3	3	11	17
Falsificación			7	12	19	30
Totales	N	10	17	18	19	64
	%	16	26	28	30	100

$X^2 = 33.3$; G.L. = 9; $p = 0.0001$

CUADRO 8

Distribución de casos de acuerdo al tipo de experiencia subjetiva y al porcentaje del tiempo de seguimiento transcurrido en estado psicótico

Experiencia subjetiva global	Tiempo en estado psicótico			N	%
	1-5%	6-15%	16% +		
Integración	7	5		12	19
Atenuación	3	10	9	22	34
Negación	2	6	3	11	17
Falsificación	2	5	12	19	30
N	14	26	24	64	100
%	22	41	37		

$X^2 = 19$; G.L = 6; $p = 0.004$

ta o ilusorio, con una mala evolución. Iguales resultados se observan para la asociación de las E.F. con el curso clínico ($X^2 = 26.7$, G.L. = 6, $p = 0.0001$).

La distribución de los tipos de expectativas de acuerdo con el diagnóstico de las formas clínicas de la esquizofrenia revela una asociación altamente significativa ($X^2 = 36.5$, G.L. = 9, $p = 0.00003$). Se observa un predominio de expectativas optimistas limitadas en los tipos agudo y esquizoafectivo de la esquizofrenia y una mayoría de expectativas ilusorias en el tipo paranoide.

Las E.F. también muestran una asociación significativa con la proporción del tiempo de seguimiento transcurrido en condición clínica de psicosis manifiesta ($X^2 = 14.7$, G.L. = 6, $P = 0.02$). Es particularmente notoria la concentración de casos con expectativas ilusorias en el grupo de pacientes cuyos episodios psicóticos duraron por encima del 15% del tiempo de seguimiento. En contraste con este hallazgo, la asociación de las E.F. con la proporción de tiempo transcurrido en hospitalización no es significativa. Tampoco se observa una asociación significativa entre las E.F. y el desempeño social evaluado a lo largo del periodo de seguimiento.

Un interrogante de gran interés, tanto en el terreno clínico como en el conceptual, es el relativo a la *estabilidad en el tiempo* de las nociones subjetivas del paciente sobre su trastorno. Al comparar la distribución de las categorías de la E.S.G. consigo mismas, de acuerdo a lo explorado en las entrevistas hechas a los 5 y 10 años, observamos una asociación altamente significativa ($X^2 = 39.6$, G.L. = 9, $p = 0.000009$), con una correspondencia notable de las categorías de integración y atenuación y una aparente tendencia por parte de la negación a convertirse en falsificación con el transcurso del tiempo (ver cuadro 12). De todas maneras, una asociación significativa alta indica la persistencia del modo como el paciente vive su trastorno. No ocurre lo mismo con las actitudes hacia el futuro, pues al comparar las exploradas en las entrevistas hechas a los 5 y 10 años, no se observa una asociación significativa ($X^2 = 10.47$, G.L. = 9, $p = 0.31$) (ver cuadro 13). Lo cual indica que en el intervalo de 5 años se produjo un reajuste notable en el tipo de expectativas.

Comentarios finales

Durante los últimos 30 o 40 años han surgido tentativas esporádicas de realizar estudios longitudinales de pacientes esquizofrénicos con el fin de establecer el patrón utilizado para la asimilación de sus experiencias vitales relacionadas con la percepción de la psicosis. Hacia fines de los años 50 y comienzos de los 60 trató de plasmarse una especie de visión romántica de la psicosis y esto coincidió con el advenimiento de la era psicodélica ("periodo acuario") cuando cientos de miles de individuos, muchos de ellos jóvenes e inteligentes, comenzaron a explorar las posibilidades de la así llamada "expansión de la conciencia". El uso de diversas sustancias psicoactivas condujo eventualmente a experimentar formas insospechadas de percepción intrapsíquica y algunos de los sujetos pretendieron extrapolar la concepción de estas experiencias al campo de la psicosis. Se produjo así una especie de visión idealizada de la psicosis, concibiéndola como un suceso deseable, un medio para que el individuo explore sus propios abismos, sus características negativas y temibles y pueda de este modo enriquecer su introspección al asimilar la experiencia; y es así como ciertos círculos adoptaron con la vehemencia de un credo esta nueva versión del "Elogio de la Locura". Pero como lo epitomiza el estudio de Soskis y Bowers (11), a despecho de los supuestos iniciales, la expectativa de encontrar que los pacientes mentales hubiesen experimentado la psicosis como algo valioso y positivo no se cumplió. La noción de haber derivado algún beneficio de la enfermedad apenas se esbozó en unos pocos casos, sin aparecer como algo claro y definido. En realidad, la actitud general respecto a la psicosis es la de *preferir no haberla sufrido...* y lo observado en nuestra cohorte confirma a plenitud esta noción. Sólo en la categoría de falsificación se encuentran pacientes que al interpretar su trastorno de manera delirante atribuyen un significado trascendental grandioso o benéfico a sus experiencias.

Si excluimos la experiencia de falsificación, los mecanismos de organización mental de las experiencias

CUADRO 9

Distribución de casos de acuerdo al tipo de experiencia subjetiva y al porcentaje del tiempo de seguimiento transcurrido en hospitalización

Experiencia subjetiva global	Tiempo de hospitalización			N	%
	-1%	1-2.9%	3% +		
Integración	7	4	1	12	19
Atenuación	7	4	11	22	34
Negación	5	5	1	11	17
Falsificación	6	7	6	19	30
N	25	20	19	64	100
%	39	31	30		

$X^2 = 10.4$; G.L = 6; $p = 0.107$

CUADRO 10

Distribución de casos de acuerdo al tipo de experiencia subjetiva global y al grado de perturbación en el desempeño social

Experiencia subjetiva global	Perturbación desempeño social				N	%
	Ausente o mínima	Ligera	Moderada	Severa		
Integración	1	7	4		12	19
Atenuación	6	8	7	1	22	34
Negación	3	1	7		11	17
Falsificación		6	9	4	19	30
N	10	22	27	5	64	100
%	16	34	42	8		

$\chi^2 = 18.8$; G.L = 9; $p = 0.026$

subjetivas implicadas en la percepción global del trastorno y en el proceso de recuperación no parecen diferir en esencia de aquellos utilizados por personas normales: integración, atenuación, negación, son formas frecuentes de manejo de las experiencias vitales. Gracias a estos procesos lo que aparecía inicialmente como confuso y fragmentario puede llegar a consolidarse en una configuración unitaria. En el concepto de M. Bleuler, el análisis existencial ha mostrado cómo "la vida psíquica de los esquizofrénicos de ningún modo es sólo caos sino que más bien está estructurada y sus procesos internos se combinan para formar un todo, similar a una *Gestalt* (18, p. 486).

No resulta claro todavía si los diferentes estilos de asimilación de la experiencia psicótica reflejan características estables de la personalidad, si se modifican con cada episodio psicótico o si pueden ser susceptibles de transformación mediante recursos terapéuticos empleados en el curso natural de la remisión. Se ha especulado sobre si las dos variedades antagónicas de integración y negación pudieran representar modalidades intrínsecas y características de la personalidad para enfrentar las experiencias vitales, sin dejarse influir por el estrés inmediato o el estado mental particular del sujeto (13). A veces es muy difícil determinar si la negación representa una solución psicótica del episodio o más bien una fase temprana en el proceso de recuperación. Hay quienes suponen que la negación o exclusión sería una forma de *autocuración*, un meca-

nismo de autorreparación del trastorno esquizofrénico que debería respaldarse con fines terapéuticos (15).

Varios de los hallazgos de nuestro estudio corroboran lo encontrado en trabajos previos, y así al tomar la categoría de integración se anota que no está asociada con las características demográficas (17), edad, sexo, tipo de iniciación del trastorno ni características de la hospitalización (13, 15). Pero sí se observa una asociación con respecto al ajuste social (11). Igualmente, se ha señalado que una actitud muy positiva hacia el futuro no está necesariamente asociada con un buen desenlace clínico (13). Pero hay una notable disparidad entre nuestras observaciones y las de McGlashan y colaboradores (13) respecto a la asociación entre integración-negación y la evolución clínica, la cual es altamente significativa en nuestra cohorte e inexistente en su grupo de pacientes.

El análisis de los resultados nos muestra en forma evidente cómo existe una concordancia muy alta entre las experiencias y nociones subjetivas del paciente y la evolución de su cuadro clínico. La significancia tan alta de la asociación entre la E.S.G. y la evolución clínica puede explicarse por la *participación implícita* del componente *introspección* en ambas variables, pero esta explicación no resulta suficiente para comprender la asociación de la E.S.G. con el curso clínico.

En cuanto a los tipos clínicos de esquizofrenia, si bien se demostró su baja estabilidad (2), los diagnósticos específicos hechos en la evaluación de los 10 años muestran una asociación altamente significativa

CUADRO 11

Distribución de casos de acuerdo con los tipos de expectativas y de experiencia subjetiva

Expectativas	Experiencia subjetiva global				N	%
	Integración	Atenuación	Negación	Falsificación		
Optimistas amplias	2	11	2	1	16	25
Optimistas limitadas	9	8	6	2	25	39
Pesimistas	1	1	1	5	8	13
Ilusorias		2	2	11	15	23
Totales N	12	22	11	19	64	
%	19	34	17	30		100

$\chi^2 = 36.43$; G.L = 9; $p = 0.00003$

CUADRO 12
Distribución de casos de acuerdo con los tipos de experiencia subjetiva evaluados a los 5 y 10 años

Experiencia subjetiva (5 años)	Experiencia subjetiva global (10 años)				N	%
	Integración	Atenuación	Negación	Falsificación		
Integración	5				5	9
Atenuación	5	15	5	2	27	52
Negación	2	4	3	8	17	32
Falsificación				4	4	7
Totales	N	12	19	8	14	53
	%	23	36	15	26	100

$\chi^2 = 39.6$; G.L. = 9; $p = 0.000009$

con la E.S.G. y lo mismo, aunque en menor nivel ocurre con los diagnósticos hechos en el examen inicial. Por lo tanto, este hallazgo sugiere un vínculo importante entre la *naturaleza* del trastorno y la manera como lo percibe el paciente, debiendo destacarse la persistencia de la categoría de *falsificación* en la forma paranoide.

Un hallazgo inusitado es la falta de asociación significativa de la E.S.G. con el tiempo total de hospitalización registrado en el periodo de seguimiento. Es bien sabido que la hospitalización a menudo constituye una experiencia traumática y estigmatizante y es de esperar que ello hubiera influido sobre la concepción general del trastorno pero no ocurrió así.

La correspondencia de la E.S.G. con el desempeño social alcanza a ser significativa pero muestra que los casos de integración contrariamente a lo esperado no están libres de perturbación social. Quizás esto pueda explicarse por un aumento en la introspección sobre su estado que los hace más cautos en sus actividades sociales. También es sorprendente observar cómo los casos de falsificación puedan en su mayoría tener un desempeño social aceptable.

La comparación de las características de la experiencia subjetiva observada a los 5 años con su homóloga de los 10 años nos muestra una asociación significativa, indicando su valor predictivo. Por otra parte observamos un patrón indicativo de una doble tendencia, pues tanto los casos de integración como los de

falsificación registrados a los 10 años aumentan en número a expensas de las categorías de atenuación y negación, las cuales, de este modo, aparecen como si fuesen transicionales. Esto coincide con la observación de Mayer Gross (17) quien ya anotó que el grado de negación cambia en el curso del trastorno. Por otra parte, varios autores (19-21) postulan que la depresión post-psicótica aparece como resultado de una disminución de la negación y un aumento correlativo de la introspección. A este respecto, el hallazgo de una asociación significativa entre integración y el uso de "mecanismos de defensa menos primitivos" (16) contribuiría a explicar el flujo de algunos casos de negación hacia la integración y otros (con mecanismos de defensa más primitivos?) hacia la falsificación.

También se observa una asociación significativa de la E.S.G. evaluada a los 5 años con la evolución clínica y el curso registrados a los 10 años, pero no con el desempeño social observado a lo largo del periodo.

Al comparar las actitudes hacia el futuro evaluadas a los 5 y a los 10 años se observa una notoria falta de correspondencia, con desplazamientos sustanciales de unas categorías a otras y un incremento del número de casos en la categoría "ilusorias", a expensas de todas las demás.

En resumen, los hallazgos del presente estudio nos permiten concluir que existe una asociación altamente significativa entre las experiencias subjetivas o estilos de asimilación de la psicosis y las características clíni-

CUADRO 13
Distribución de casos de acuerdo con el tipo de expectativas a los 5 y 10 años

Expectativas 5 años	Expectativas 10 años				N	%
	Optimistas amplias	Optimistas limitadas	Pesimistas	Ilusorias		
Optimistas amplias	5	4	1	2	12	23
Optimistas limitadas	6	14	2	6	28	53
Pesimistas	1	6	1	2	10	19
Ilusorias			1	2	3	5
Totales	N	12	24	5	12	53
	%	23	46	8	23	100

$\chi^2 = 10.47$; G.L. = 9; $p = 0.31$

casos de la evolución del trastorno. La proporción de casos que al cabo de 10 años ha logrado alcanzar niveles satisfactorios de adaptación representados por las categorías de integración y atenuación es bastante alta y muestra una gran concordancia con los tipos favorables de la evolución y curso clínicos. La implicación fundamental de este hallazgo es la de contradecir la noción tradicional que atribuye a la esquizofrenia una inherente tendencia al deterioro. Para el clínico hay un mensaje alentador dirigido a fomentar sus esfuerzos para el descubrimiento de los mecanismos que favorezcan el proceso de recuperación en cada caso indivi-

dual y un llamado a no abandonar la esperanza... En las palabras de Manfred Bleuler (22): "El trágico error de creer que las psicosis esquizofrénicas progresan necesariamente hacia la demencia y la muerte mental, se ha corregido. Incluso los pacientes de esquizofrenia crónica tienen una vida interior rica y humana oculta tras la máscara de la psicosis. Casi un tercio de los esquizofrénicos se recuperan de modo permanente. En general, la psicosis no progresa después de los cinco años de su iniciación sino que más bien mejora. Las mejorías muy tardías son frecuentes y las recuperaciones muy tardías suelen ocurrir".

REFERENCIAS

1. World Health Organization: *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*. World Health Organization Press, Ginebra, 1973.
2. LEON CA: Curso clínico y evolución de la esquizofrenia en Cali. Un estudio de seguimiento de diez años. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat*, 32:95-136, 1986.
3. BOISEN AT: *The Exploration of the Inner World*. Harper, Nueva York, 1936.
4. BINSWANGER L: The case of Ellen West: An anthropological study. En: Angel E, Ellenberger HF (Eds.). *Existence: a New dimension in Psychiatry and Psychology*, pp. 214-364. Basic Books, Nueva York, 1958.
5. SECHEHAYE M: *Journal d'une Schizophrenie*. Presses Universitaires Françaises, París, 1950.
6. GREEN H: *I Never Promised you a Rose Garden*. Holt, Rinehart & Winston, Nueva York, 1964.
7. VONNEGUT M: *The Eden Express*. Frederick A Praeger Inc. Publishers, Nueva York, 1975.
8. SHEEHAN S: *Is There No Place on Earth for Me?* Houghton Mifflin, Boston, 1982.
9. NORTH C, CADORET R: Diagnostic discrepancy in personal accounts of patients with Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 38:133-137, 1981.
10. BINSWANGER L: The existential analysis school of thought. En: Angel E, Ellenberger HF (Eds.). *Existence: A New Dimension in Psychiatry and Psychology*. Basic Books, pp. 191-213, Nueva York, 1958.
11. SOSKIS DA, BOWERS MB: The schizophrenic experience: A follow-up study of attitude and post hospital adjustment. *J Nerv Ment Disease*, 149:443-449, 1969.
12. McGLASHAN TH, LEVY ST, CARPENTER WT Jr: Integration and sealing over: Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 32:1269-1272, 1975.
13. McGLASHAN TH, CARPENTER WT Jr: Does attitude toward psychosis relate to outcome? *Am J Psychiatry*, 138:797-801, 1981.
14. BOKER W, BRENNER HD, GERSTNER G, KELLER F, MULLER J, SPICHTIG L: Self-healing strategies among schizophrenics: attempts at compensation for basic disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 69:373-378, 1984.
15. MULLER P, GUNTHER U: Schizophrenic patient's attitudes toward their former illness. *Psychopathology*, 17:217-227, 1984.
16. D'ANGELO EJ, WOLOWITZ HM: Defensive constellation and styles of recovery from schizophrenic episodes. *Hillside J Clin Psychiat*, 8:3-14, 1986.
17. MAYER-GROSS W: Über die stellungnahme zur abgelaufenen akuten psychose. *Z Ges Neurol Psych*, 60:160-212, 1920.
18. BLEULER M: *The Schizophrenic Disorders: Long Term Patient and Family Studies*. Yale University Press, Londres, 1978.
19. SEMRAD EV: Long term therapy of schizophrenia. En: Usdin G (Ed.). *Psychoneuroses and Schizophrenia*. J.B. Lippincott Co., pp. 155-173, Philadelphia, 1966.
20. DONLON PT, BLACKER KH: Stages of schizophrenic decompensation and reintegration. *J Nerv Ment Disease*, 157:220-229, 1973.
21. KAYTON L: Good outcome in young adult schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 29:103-110, 1973.
22. BLEULER M: On schizophrenic psychoses. *Am J Psychiatry*, 136:1403-09, 1979.