

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autor: Daniel Roberto Martínez

LA RELEVANCIA LEGAL DE LA DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA Y EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA PSICOSIS CICLOIDES

2010

Citar como: Marínez, D. R. (2010). La relevancia legal de la definición de esquizofrenia y el diagnóstico diferencial con la psicosis cicloides. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE

I. RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
3. DESARROLLO	5
3.1 SOBRE LA DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA	
3.2 LAS PSICOSIS CICLOIDES: EL CAPÍTULO OLVIDADO DE LA PSIQUIATRÍA FORENSE	
3.3 LA DELIMITACIÓN CLÍNICA DE LAS PSICOSIS CICLOIDES	
3.4 LAS PSICOSIS CICLOIDES EN LA CIE-10 Y EL DSM-IV	
3.5 ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA DICOTOMÍA CICLOIDE/ESQUIZOFRÉNICO	
3.5.1 CODIGO CIVIL	
3.5.2 CODIGO PENAL	
3.6 LA DECONSTRUCCIÓN DE LA PSICOSIS	
3.6.1 ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA CLASIFICACIÓN DIMENSIONAL	
4. CONCLUSIONES	23
5. BIBLIOGRAFÍA	26

i. RESUMEN

El concepto de esquizofrenia ha sufrido cambios a lo largo de la historia y, actualmente, se discute su propia existencia como patología independiente. A pesar del desarrollo de los sistemas diagnósticos operacionales y del aumento de la confiabilidad en el diagnóstico psiquiátrico, la validez de la esquizofrenia continúa siendo cuestionada. Las propuestas de reemplazar la esquizofrenia y otras psicosis por un síndrome psicótico general o por nosologías no categoriales (dimensiones) están en plena discusión vinculadas a la edición del DSM-V. En el presente trabajo, se revisa el problema nosológico de la esquizofrenia y sus consecuencias médico-legales en relación con las psicosis cicloides. Estas últimas son psicosis de buen pronóstico y tienen un curso y un tratamiento diferenciado. Si bien fueron incorporadas en la CIE-10 con otra denominación, su conocimiento a en las distintas áreas profesionales resulta precario. La falta de difusión de las semejanzas y diferencias entre estos cuadros clínicos en los libros de medicina legal y psiquiatría forense atenta contra la labor del perito en el momento de emitir un dictamen. Esto podría tener consecuencias indeseables, como, por ejemplo, que se declare insano o inhabilite a quien no corresponda o que se declare inimputable a quien tiene la capacidad de comprender la comisión de un delito. Por esta razón, se deben profundizar los estudios de clínica psiquiátrica en la formación de los médicos legistas y proponer una fina delimitación clínica de los cuadros psicóticos en las carreras de especialización en psiquiatría para promover la discusión y el reconocimiento de los posibles diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: nosología – clasificaciones psiquiátricas - esquizofrenia – psicosis cicloides - DSM – CIE - psiquiatría forense – medicina legal

1. INTRODUCCIÓN

La clasificación de las psicosis endógenas (idiopáticas) constituye un problema histórico de difícil resolución para la psiquiatría. Uno de los cuadros emblemáticos de nuestra cuestionada nosografía es sin dudas el de la esquizofrenia. Tanto en su versión singular (como unidad nosológica) como la plural (como conjunto de enfermedades), la esquizofrenia ha sufrido la embestida de diversos actores del campo psicopatológico. Una de ellas, la antipsiquiatría (curiosamente resucitada en los últimos tiempos) niega la existencia de las enfermedades mentales y por consiguiente la de la propia esquizofrenia. Desde el punto de vista clínico, por otra parte, existen diversas posturas, ninguna de las cuales niega la realidad de los procesos morbosos. Básicamente, la discusión se centra en la delimitación de los caracteres distintivos de la enfermedad y en la elaboración de los criterios diagnósticos correspondientes. El problema de la esquizofrenia es un problema de validez. Existen datos concluyentes, que más adelante aportaremos, de que el diagnóstico de esquizofrenia puede superponerse (confundirse) con el de un grupo de psicosis de buen pronóstico que se conocen como psicosis cicloides, que no dejan defecto, a diferencia de la primera. Si bien en algún punto la sintomatología de ambos cuadros tiene similitudes, también es cierto que sus diferencias son notorias, sobre todo en el curso y evolución. Mientras la esquizofrenia es una enfermedad crónica, o sea, con alteraciones psíquicas permanentes de variada magnitud, las psicosis cicloides son patologías benignas que remiten con restitución *ad integrum*. Esto significa que, pasado el episodio psicótico, los pacientes cicloides vuelven a la normalidad, recuperan todas sus capacidades psíquicas previas. Desde el punto de vista médico-legal esta diferencia es sustancial, ya que constituye el límite que el perito debe determinar para que la justicia tome decisiones tan importantes como declarar una insanía o una inimputabilidad. Lamentablemente estas distinciones no forman parte de los textos clásicos o actuales de medicina legal de uso corriente en nuestro país. Por estos motivos, se justifica la discusión teórica basada en evidencias clínicas y, a partir de ella, el esclarecimiento del tema en cuestión.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el presente trabajo vamos a aportar pruebas clínicas y teóricas, a partir del marco que ofrece la psicopatología descriptiva, que apoyen la relevancia del diagnóstico diferencial entre las patologías mencionadas más arriba con el objetivo general de confirmar esta distinción nosológica y el objetivo específico de exponer las

consecuencias médico-legales de esta última. La definición de esquizofrenia en los diferentes sistemas diagnósticos y su justificación será el eje fundamental de la discusión y el punto de partida para la comparación y diferenciación con las psicosis cicloides. En primer lugar, vamos a desarrollar en un eje paradigmático las diversas conceptualizaciones de la esquizofrenia y sus respectivas consecuencias para posteriormente introducirnos en el círculo de las psicosis cicloides y su posición clínica, en el marco de las diversas escuelas clásicas de psiquiatría, así como en los sistemas diagnósticos operacionales. Finalmente, abordaremos el enfoque dimensional que se presenta como proyecto para las futuras clasificaciones psiquiátricas y sus hipotéticas consecuencias para la medicina legal.

3. DESARROLLO

3.1 SOBRE LA DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA

Las dificultades para definir la esquizofrenia han caracterizado las discusiones nosológicas del último siglo y no han podido resolverse con la introducción de las llamadas definiciones operacionales. Cuando Percy Bridgman[19], premio Nobel de Física, introduce el pensamiento operacional en las ciencias, lo hace pensando en que verdaderas operaciones que pueden identificar un objeto X deben ser consideradas como el concepto de X. De esta manera, pensaba Bridgman, se eliminarían conceptos extravagantes y sin relevancia empírica. Por ejemplo, el ácido, en este contexto, se define por la operación de colocar en un líquido un papel de tornasol azul, el cual cambiará de color -se volverá rojo- si aquel es un ácido. Nada más alejado de una definición operacional en psiquiatría. La propuesta del filósofo Carl Hempel[38] de juzgar la percepción como una operación en el sentido de Bridgman puede considerarse un exceso semántico. En efecto, la utilización de sistemas diagnósticos operacionales no implica la existencia de una operación en sentido estricto sino la explicitación de síntomas observables. A este tipo de definiciones sería preferible llamarlas “definiciones hipotéticas”, ya que son indicadores, es decir, relaciones entre propiedades observables e inobservables, de una patología que debe verificarse[56]. Las definiciones hipotéticas, entonces, mejoraron la confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos, incluido el de esquizofrenia, pero no obtuvieron resultados satisfactorios en relación con la validez.

Resulta interesante observar que el diagnóstico de esquizofrenia ha sufrido variaciones a lo largo de la historia. Hegarty y otros[37] en un metaanálisis de la bibliografía sobre el desenlace de la esquizofrenia en casi cien años encontraron

resultados llamativos. Los autores seleccionaron 320 estudios que involucran a 51.800 pacientes. En aquellos casos en que se utilizaron criterios diagnósticos amplios o indefinidos se observó una mejoría en el 46,5% de los casos. Cuando se utilizaron criterios más restrictivos, el porcentaje bajó al 27,3%. De especial interés resulta la evolución a lo largo del tiempo: hasta 1955, el porcentaje de mejoría fue del 35,4%; entre 1955 y 1985, del 48,5%; después de 1985 volvió a niveles cercanos al primer período: 36,4%. De no ser por este último resultado, podría pensarse que el aumento de las mejorías clínicas se debió, por ejemplo, a la introducción de los modernos psicofármacos. Sin embargo, el análisis demuestra que existe una correlación significativa con los criterios diagnósticos utilizados. A partir de los 80, con el surgimiento del DSM-III[5], volvieron a usarse criterios diagnósticos más restrictivos. Cuando se habla de criterios restrictivos, se entiende que se trata de una concepción clínica kraepeliniana, aunque no exista una extrapolación nosográfica exacta. Los síntomas característicos de la demencia precoz de Kraepelin[47] fueron “operacionalizados”, es decir explicitados, por el psiquiatra austríaco Peter Berner y sus colaboradores[14]. Además de una serie de síntomas bien conocidos (trastornos de la atención y la comprensión, alucinaciones auditivas, sonorización, influencia y trastornos formales del pensamiento, debilitamiento cognitivo, aplanamiento afectivo, y diversas alteraciones de conducta, sobre todo relacionadas con la esfera catatónica y esquizofásica), se incluye en la descripción un criterio evolutivo: cursa hacia la invalidez psíquica. Este criterio no figura en los sistemas diagnósticos más usados pero la llamada restricción se asocia a cuestiones cronológicas: los 6 meses de alteración que prescribe el DSM-IV[6], por ejemplo, frente al mes de la CIE-10[58]. Los síntomas fundamentales y accesorios de Bleuler[17] (las famosas aes, en el primer caso) también han sido incluidos de una u otra forma en los sistemas operacionales. Queda claro que quien se apoya en los criterios diagnósticos de Bleuler no debería tener en cuenta la observación pronóstica de Kraepelin, pero esta premisa no se cumple en los sistemas diagnósticos operacionales.

Existe además otra serie de síntomas que determinan el diagnóstico de esquizofrenia y que pueden crear problemas diagnósticos. La OMS los adoptó como criterios principales y los podemos observar en los primeros ítems de la sección F20 de la CIE-10. El grupo A incluye el eco, robo, inserción o difusión del pensamiento; el B, ideas delirantes de ser controlado, de influencia y de pasividad, además de la percepción delirante, y el grupo C, voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas, etc. Como vemos, la OMS adoptó como criterios

diagnósticos aquellos síntomas que Kurt Schneider[71] denominó síntomas de primer orden. Diversos estudios[16,45] demostraron que los síntomas de primer orden tienen menor valor pronóstico que otros sistemas operacionales y su aparición en pacientes esquizofrénicos no es contundente. En trabajos realizados en distintos países de Asia [69], el porcentaje de síntomas de primer orden en pacientes esquizofrénicos varió entre el 25 y el 35%, aproximadamente. En trabajos realizados en Europa, como el de Marneros[53], el porcentaje llegó al 47% de los casos. Pero más importante aún resulta la aparición de síntomas de primer orden en otras patologías. En un estudio llevado a cabo por Beckmann y sus colaboradores[10], se detectaron síntomas de primer orden en más del 60% de los casos de psicosis cicloides, que son trastornos benignos por excelencia[8,49,50]. En un trabajo llevado a cabo en Argentina y Alemania se encontraron síntomas de primer orden el 55% de las esquizofrenias y el 36% de las psicosis cicloides[55]. A partir de estos datos, no se nos escapa el dudoso valor diagnóstico de estos síntomas.

La CIE-10, por otra parte, al igual que cualquier sistema diagnóstico, debe guardar una coherencia interna, lo que condiciona las elecciones diagnósticas. En el apartado F23 (trastornos psicóticos agudos y transitorios), se incluyen las psicosis cicloides como trastorno psicótico agudo polimorfo. Este trastorno puede incluir síntomas esquizofrénicos que no deben durar más de un mes, de lo contrario el diagnóstico debe modificarse por el de esquizofrenia. Sabemos que las fases de las psicosis cicloides duran en promedio tres meses y que muchos síntomas, por ejemplo las alteraciones motoras, pueden (o deben) ser considerados como esquizofrénicos, ya que los síntomas motores no están incorporados a los criterios diagnósticos del trastorno psicótico agudo polimorfo. Por este motivo, los síntomas característicos de las psicosis de la motilidad tienen que considerarse necesariamente como esquizofrénicos. De esta manera, se sobreestimaría la casuística de esquizofrenia en detrimento de las psicosis cicloides. Otras categorías diagnósticas como el trastorno esquizofreniforme y los trastornos esquizoafectivos podrían contribuir a la depreciación de estas psicosis.

En relación con los trastornos psicóticos agudos y transitorios, cabe recordar que existen pocos estudios longitudinales. Estos estudios, además, fueron realizados sobre un número pequeño de casos. Abe y cols.[1], por ejemplo, publicaron un estudio retrospectivo de 16 casos de 12 años de evolución, llevado a cabo en Japón, en el cual se tuvo que rediagnosticar el 37,5% de los probandos. Cinco casos fueron rediagnosticados como esquizofrenia y uno como trastorno de personalidad

emocionalmente inestable. La conclusión de éste como de otros trabajos[54] es que el trastorno psicótico agudo polimorfo no es una entidad clínica homogénea. Por el contrario, las psicosis cicloides mantienen su independencia nosológica de las dos psicosis kraepelinianas. En un estudio publicado en Alemania por Jabs y cols.[41], en el cual se examinaron 356 familiares de primer grado de pacientes cicloides y maníaco-depresivos, según los criterios diagnósticos de Leonhard, se encontró que el riesgo de padecer un cuadro psicótico se elevaba al 36% en familiares de pacientes con psicosis maníaco depresiva (PMD) y al 10,5% en familiares de cicloides; el riesgo de padecer una PMD llegaba al 30,5 y 4,3%, respectivamente. En todos los casos, la diferencia entre el grupo cicloide y el control no fue significativa, al igual que el riesgo de familiares de cicloides de padecer esta enfermedad o una PMD. Con estos resultados, resulta inadmisibles la inclusión de las psicosis cicloides en un hipotético "espectro bipolar". Si el concepto de espectro bipolar, señalan los autores, indicara un *continuum* genético de psicosis bipolares fásicas que va de las formas más leves a las más graves, deberíamos esperar la más alta morbilidad familiar en las psicosis cicloides, debido al mayor peso de los síntomas psicóticos severos. Por el contrario, los resultados de la investigación no avalan esta idea y tampoco permiten pensar en la presencia de trastornos esquizoafectivos.

Como sabemos, las inconsistencias en la clasificación llevan a inconsistencias diagnósticas. Pero la coherencia interna de una clasificación no garantiza la validez de un trastorno. Debido a que los resultados de las investigaciones están íntimamente relacionados con los sistemas diagnósticos utilizados y estos a su vez están influidos (o deberían estarlo) por los resultados de las investigaciones, no es de extrañar que nos encontremos en un callejón sin salida. No debemos olvidar que los síntomas psicóticos mencionados en los sistemas llamados operacionales son lo que la fiebre a las enfermedades infecciosas. Los psiquiatras nos convencemos de que diferenciamos trastornos específicos a partir de esos síntomas y, peor aún, de criterios cronológicos, como si un infectólogo pudiera distinguir enfermedades por un grado más o un grado menos de temperatura o un día más o un día menos de sudor y taquicardia.

Estas inconsistencias diagnósticas tendrán su correlato médico-legal desde el momento en que un cuadro de buen pronóstico puede ser diagnosticado como una esquizofrenia, cuyas consecuencias veremos con detenimiento más adelante. Antes de adentrarnos en estos aspectos, corresponde discutir la posición clínica de las psicosis cicloides y sus relaciones sintomatológicas con los cuadros esquizofrénicos.

3.2 LAS PSICOSIS CICLOIDES: EL CAPÍTULO OLVIDADO DE LA PSIQUIATRÍA FORENSE

Llama poderosamente la atención, que un grupo de patologías tan importantes como las psicosis cicloides no tengan un lugar, ni siquiera marginal, en los textos argentinos de medicina legal y psiquiatría forense[18,20,21,61,82]. Esta falencia difícilmente pueda ser compensada con una mención circunstancial. De todas formas, no descartamos que una discusión académica pueda dar inicio a la revisión teórica de una tradición insuficiente. Por esta razón, trataremos de presentar de manera detallada la posición que ocupan estas enfermedades en el círculo de las psicosis idiopáticas.

3.3 LA DELIMITACIÓN CLÍNICA DE LAS PSICOSIS CICLOIDES

En primer lugar, conviene aclarar que vamos a referirnos a un grupo de psicosis que han recibido diferentes nombres, según el autor que las haya descrito, y que su correspondencia no es estrictamente recíproca. Por ejemplo, a fines del siglo XIX, el psiquiatra francés Valentin Magnan[52] les dio el nombre de bouffée délirante polymorfe de los degenerados. Más tarde, los alemanes Kleist[46] y Leonhard[49] delimitaron el grupo de las psicosis cicloides; Kasanin[42], en EEUU, describió las psicosis esquizoafectivas agudas y, en los países escandinavos, Langfeldt[48] y Wimmer[74] describieron las psicosis esquizofreniformes y reactivas, respectivamente. A continuación vamos a describir los síntomas fundamentales de estos trastornos, tomando como referencia las bouffées delirantes y las psicosis cicloides, para luego establecer conexiones entre estos cuadros y las clasificaciones psiquiátricas actuales con la finalidad de aclarar las relaciones existentes entre los distintos sistemas diagnósticos y sus implicancias médico-legales.

Las bouffées delirantes de Magnan son cuadros psicóticos breves que se presentan en personalidades frágiles sin la intervención de factores desencadenantes de importancia. Fueron descritas de manera excepcional por su discípulo Legrain, quien escribió que estos cuadros comienzan bruscamente e irrumpen de manera inesperada "como un rayo en el cielo azul" [65]. Los delirios son variables y responden a diversos temas (persecución, místico, megalómano, erótico, etc.) y pueden acompañarse de ilusiones y alucinaciones, aunque las alteraciones sensorio-perceptivas no se consideran esenciales. Los síntomas varían generalmente desde la agitación hasta la inercia y son característicos la inestabilidad emocional y cierto grado de confusión. El cuadro remite en forma rápida. En el caso de episodios recurrentes con intervalos libres, Magnan hablaba de bouffée délirante de tipo intermitente. En la clasificación francesa actual, a

diferencia de la descripción original, se incluyó una forma reactiva de bouffée delirante, que tendría muchos puntos en común con la reacción paranoide aguda de los escandinavos[64].

El diagnóstico de bouffée delirante fue operacionalizado por Pull et al. [66] de la siguiente manera: A) Edad de comienzo: aproximadamente entre los 20 y 40 años. B) Comienzo: agudo, sin historia psiquiátrica previa (o con episodios idénticos). C) Sin cronicidad: las fases activas remiten completamente en algunas semanas o meses. Pueden reiterarse de la misma forma. El paciente permanece libre de anormalidades durante el intervalo. D) Síntomas característicos (todos los siguientes): (1) Delirios y/o alucinaciones de cualquier tipo. (2) Despersonalización/desrealización y/o confusión. (3) Depresión y/o euforia. (4) Los síntomas varían de día en día o de hora en hora. E) No se debe a ningún trastorno mental orgánico, alcoholismo o abuso de drogas.

En nuestra opinión, la descripción de Magnan y Legrain contiene todos los elementos esenciales que otros autores utilizarán más tarde en referencia a las psicosis atípicas. Influenciado por esta doctrina, Schröder (1921, 1926) propuso el término "psicosis degenerativas". Esta tesis fue elaborada por Kleist en 1928 [46], quien, a su vez, introdujo el término "psicosis marginales" para referirse a las psicosis atípicas que tenían rasgos en común con las formas más conocidas de psicosis, como la locura circular, la paranoia y la epilepsia. La clasificación de Kleist sería reelaborada por Leonhard, quien redujo considerablemente su nosología y adoptó el término "psicosis cicloides" que había sido acuñado por Kleist para designar a uno de los grupos de psicosis marginales. Leonhard mantuvo las características esenciales sobre la agudeza de los episodios, la tendencia a la periodicidad y la buena recuperación.

De acuerdo con Leonhard[51], las psicosis cicloides se componen de tres enfermedades diferentes: psicosis de la motilidad, confusional y de angustia-felicidad. La *psicosis de la motilidad* se caracteriza por un aumento de los movimientos expresivos y reactivos en su polo hiperkinético. Los pacientes gesticulan, bailan o manifiestan cambios mímicos constantes. Los movimientos se desarrollan armónicamente. En el polo acinético desaparecen los movimientos reactivos y el juego mímico y los pacientes se tornan rígidos. En la *psicosis confusional* la incoherencia de la selección temática es el síntoma fundamental del polo excitado, en el cual aparecen con frecuencia falsos reconocimientos de personas, ideas de referencia y alucinaciones auditivas transitorios. En el polo inhibido se puede llegar al estupor con perplejidad. Por último, en la *psicosis de angustia-felicidad*: el polo ansioso se caracteriza por la presencia de un cuadro severo de ansiedad con desconfianza y autorreferencias. En el polo opuesto

predominan los sentimientos placenteros, que pueden llegar al éxtasis. Los pacientes bendicen y predicán y presentan alucinaciones auditivas y visuales de contenido preferentemente religioso.

Los cambios afectivos son comunes a las tres psicosis cicloides, al igual que la combinación de los síntomas descritos para cada una de ellas. Esto último llevó a Perris y Brockington[62] a considerar que las formas puras son una excepción y consecuentemente elaboraron criterios diagnósticos tomando a las psicosis cicloides como una unidad. Estos criterios son: **1.** Estado psicótico agudo no relacionado con la administración o abuso de drogas o daño cerebral, que ocurre por primera vez en sujetos que tienen entre 15 y 50 años de edad. **2.** Tiene comienzo repentino, con una evolución rápida del estado de salud a un estado psicótico completo en pocas horas o a lo sumo pocos días. **3.** Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas: A) Algún grado de confusión, generalmente expresada como perplejidad. B) Delirios de cualquier tipo incongruentes con el estado de ánimo, las más de las veces de contenido persecutorio. C) Alucinaciones de cualquier tipo, frecuentemente relacionadas con la muerte. D) Un pavoroso, abrumador sentimiento de ansiedad no ligado a situaciones o circunstancias determinadas (panansiedad). E) Profundos sentimientos de felicidad o de éxtasis con frecuente matiz religioso. F) Alteraciones de la motilidad de tipo acinético o hipercinético, generalmente de carácter expresivo. G) Un interés particular por la muerte. H) En segundo plano, fluctuaciones del estado de ánimo no tan pronunciadas como para justificar el diagnóstico de trastorno afectivo. **4.** No hay una combinación sintomatológica fija. Por el contrario, la sintomatología puede variar frecuentemente durante el mismo episodio y mostrar características bipolares.

Como vemos, Perris y Brockington resumen prácticamente la descripción de Leonhard, aunque conviene subrayar algunas diferencias. En primer lugar, no se considera cada psicosis cicloide como una enfermedad independiente, sino que se hace hincapié en la combinación de los diferentes síntomas. En segundo lugar, introducen como criterio diagnóstico los delirios incongruentes con el estado de ánimo, que nunca fueron considerados por Leonhard. Los criterios aquí utilizados son similares a los que elaboraron Pull et al. para la bouffée delirante, con la excepción que estos no incorporan dentro de los síntomas característicos las alteraciones motoras y que Perris y Brockington hacen una enumeración más detallada de los síntomas. Este solapamiento conceptual no es ajeno a la consideración de otros autores. De acuerdo con la investigación de Zaudig[81], por ejemplo, los conceptos de cicloides y bouffée delirante serían prácticamente intercambiables, ya que se trata de grupos separados y

homogéneos. Esta idea ha alcanzado consenso en la actualidad. Tanto es así, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó ambas psicosis en la CIE-10[58] dentro de los "trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23)" como trastorno psicótico agudo polimorfo (TPAP) sin síntomas de esquizofrenia (F23.0) y con síntomas de esquizofrenia (F23.1). Sus equivalentes en la CIE-9[57] son: reacción paranoide aguda (298.3) y confusión reactiva (298.2) para el primero, y episodio esquizofrénico agudo (295.4), reacción paranoide aguda (298.3) y confusión reactiva (298.2) para el segundo[35].

3.4 LAS PSICOSIS CICLOIDES EN LA CIE-10 Y EL DSM-IV

Durante los trabajos de campo de la CIE-10, Albus et al.[2] reconocieron que la definición de trastorno psicótico esquizofreniforme agudo (F23.2) con una duración máxima de un mes llevaría a un incremento en el diagnóstico de esquizofrenia en comparación con la CIE-9 y el DSM-III (que requiere seis meses) y a una superposición entre los diagnósticos de esquizofrenia (F20) y trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23). Esta observación puede hacerse extensiva al TPAP, ya que los síntomas de primer rango de Kurt Schneider [71] incluidos en los criterios diagnósticos de esquizofrenia(F20) son de frecuente aparición en las psicosis cicloides[13], como ya apuntamos anteriormente. Debemos agregar que el trastorno psicótico esquizofreniforme agudo (F23.2), caracterizado por la estabilidad de sus síntomas y por cumplir con los criterios de esquizofrenia pero con una duración menor de un mes, puede presentar cierto grado de inestabilidad emocional aunque sin la amplitud con que se manifiesta en el TPAP. Como la evaluación de esta amplitud depende de cada observador, la inclinación por un diagnóstico o por otro puede resultar azarosa. De esta manera, podría ocurrir que una catatonía periódica deje de ser una esquizofrenia y que una psicosis de la motilidad se transforme en esquizofrenia por veinticuatro horas de diferencia. Por otra parte, debemos tener en cuenta que la duración de las fases de las psicosis cicloides es de tres meses *en promedio*, por lo cual aquellos pacientes con fases prolongadas no podrán ser incluidos dentro del TPAP, cuyo límite cronológico es de tres meses. Recordemos, además, que los síntomas motores no están explicitados en la CIE-10 (salvo en la versión Criterios Diagnósticos de Investigación[59]), lo que puede influir negativamente en la decisión diagnóstica entre TPAP y esquizofrenia. Otra cuestión a considerar es la relación entre las psicosis cicloides y los trastornos esquizoafectivos. El propio Leonhard juzgaba que este término incluía tanto a las psicosis cicloides como a las esquizofrenias asistemáticas.

(Estas esquizofrenias tienen rasgos sintomatológicos en común con las psicosis cicloides pero son de mal pronóstico pues conducen a estados defectuales de grado variable). Martínez[55] encontró una concordancia elevada entre la CIE-10 y la clasificación de Leonhard en el diagnóstico de esquizofrenia y una baja concordancia entre TPAP y psicosis cicloides debido al límite cronológico de tres meses que incluye la OMS. Por este motivo, casi un 30 % de las psicosis cicloides tuvo que clasificarse como “otros trastornos psicóticos no orgánicos” (F28).

Las observaciones hechas hasta ahora con respecto a la clasificación internacional pueden hacerse extensivas al DSM-IV, cuyas características generales son bastante similares. No obstante, mantiene algunas diferencias relevantes para nuestro tema: la clasificación norteamericana no distingue el grupo de los trastornos psicóticos agudos y transitorios, es decir, las psicosis que estamos estudiando. En su lugar, estos cuadros podrían clasificarse como esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve y trastorno esquizoafectivo. El DSM-IV sólo hace referencia a la confusión o perplejidad como característica de buen pronóstico en el trastorno esquizofreniforme y al comportamiento catatónico en el trastorno psicótico breve, cuya duración debe ser inferior a un mes.

3.5 ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA DICOTOMÍA CICLOIDE/ESQUIZOFRÉNICO

De acuerdo con lo que hemos visto hasta ahora, la indeterminación del diagnóstico de esquizofrenia puede tener importantes consecuencias clínicas y médico-legales. Nosotros vamos a detenernos en estas últimas. Con fines didácticos, vamos a dividir la exposición en dos partes, la primera relacionada con los aspectos civiles y la segunda, con los penales, respectivamente.

3.5.1 CODIGO CIVIL

Antes de introducirnos de lleno en la discusión sobre los aspectos civiles implicados en el diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y psicosis cicloides, vamos a exponer los artículos del Código Civil[22] que consideramos más importantes para el desarrollo posterior de los argumentos, y que son aquellos relacionados con la capacidad civil:

Art.140.- Ninguna persona será habida por demente, para los efectos que en este Código se determinan, sin que la demencia sea previamente verificada y declarada por juez competente.

Art.141.- Se declaran incapaces por demencia las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes.

Art.142.- La declaración judicial de demencia no podrá hacerse sino a solicitud de parte, y después de un examen de facultativos.

Art.143.- Si del examen de facultativos resultare ser efectiva la demencia, deberá ser calificada en su respectivo carácter, y si fuese manía, deberá decirse si es parcial o total.

Art.152 bis.- Podrá inhabilitarse judicialmente:

- 1) A quienes por embriaguez habitual o uso de estupefacientes estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio;
- 2) A los disminuidos en sus facultades cuando sin llegar al supuesto previsto en el artículo 141 de este Código, el juez estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resultar presumiblemente daño a su persona o patrimonio;
- 3) A quienes por la prodigalidad en los actos de administración y disposición de sus bienes expusiesen a su familia a la pérdida del patrimonio. Sólo procederá en este caso la inhabilitación si la persona imputada tuviere cónyuge, ascendientes o descendientes y hubiere dilapidado una parte importante de su patrimonio. La acción para obtener esta inhabilitación sólo corresponderá al cónyuge, ascendientes y descendientes.

Se nombrará un curador al inhabilitado y se aplicarán en lo pertinente las normas relativas a la declaración de incapacidad por demencia y rehabilitación.

Sin la conformidad del curador los inhabilitados no podrán disponer de sus bienes por actos entre vivos.

Los inhabilitados podrán otorgar por sí solos actos de administración, salvo los que limite la sentencia de inhabilitación teniendo en cuenta las circunstancias del caso.

En relación con los artículos precedentes, debemos afirmar que en la esquizofrenia se produce una afectación general de la vida psíquica. Pasado el episodio agudo, en cualquiera de sus formas, queda una secuela que clínicamente se conoce como "defecto". El estado defectual para la escuela de Leonhard es la forma de expresión acabada del desarrollo progresivo de la enfermedad. Las formas defectuales no requieren necesariamente la presencia de síntomas productivos permanentes o residuales. En las hebefrenias, por ejemplo, y en las catatonías sistemáticas, el cuadro clínico se caracteriza por las alteraciones conductuales, englobadas groseramente en el término "esquizofrenia residual" de otras clasificaciones. En el caso de las psicosis cicloides, en cambio, el paciente retorna a su estado mental previo, recupera su

personalidad, a diferencia de la esquizofrenia. En los episodios agudos, cualquiera sea la patología, no habría dudas acerca del estado de alienación mental que sufren los afectados. Sin embargo, el desconocimiento de este diagnóstico diferencial puede tener varias consecuencias negativas. En primer lugar, confundir una psicosis cicloide con una esquizofrenia puede dar lugar a la instauración de un tratamiento neuroléptico permanente, lo que está en general contraindicado en los pacientes cicloides porque puede producir un pseudodefecto farmacológico. En segundo lugar, esta impresión puede llevar al perito a creer que está ante una esquizofrenia residual y pronunciarse a favor de una interdicción. Debe quedar claro que las personas que sufren de psicosis cicloides y están bien diagnosticadas y tratadas no deben ser declarados incapaces ni ser inhabilitados –salvo contadas excepciones (por ej. cicladores rápidos refractarios al tratamiento)- por la naturaleza benigna de la propia enfermedad. Es probable que los pacientes presenten episodios únicos o poco frecuentes o que, en los casos recurrentes, un tratamiento adecuado prevenga la irrupción de nuevas fases. Este punto es relevante: el tratamiento de ambas patologías no es intercambiable. Mientras en las esquizofrenias está indicado el uso continuo de antipsicóticos, en las psicosis cicloides deben retirarse absolutamente una vez desaparecido el último síntoma y debe instaurarse un tratamiento preventivo con antirrecurrenciales. La calidad de vida, el rendimiento social y laboral de los pacientes cicloides es altamente superior a la de los esquizofrénicos. Un dictamen equivocado podría condenar a una persona normal a la pérdida o restricción de sus derechos civiles.

3.5.2 CÓDIGO PENAL

El inciso 1 del artículo 34 del Código Penal argentino[23] señala que no es punible “el que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.”

Para comprender en profundidad este párrafo conviene que analicemos algunos de sus términos fundamentales. En primer lugar, surge el concepto de facultades, que, básicamente, podríamos hacer sinónimo de actividad psíquica o del conjunto de todas las facultades mentales innatas y adquiridas. A partir de allí, la insuficiencia de las facultades se identifica claramente con el grupo de las oligofrenias (retrasos mentales) y la alteración morbosa de aquellas se refiere de manera más general a las enfermedades mentales sin ningún tipo de aclaración o restricción. El estado de

inconciencia, por su parte, hace alusión a los estados transitorios de alteración de la conciencia que desaparecen sin dejar secuelas en la personalidad (por ejemplo, epilepsia).

No deja de ser problemática la discusión acerca de la caracterización de los retrasos mentales exclusivamente como casos de insuficiencia de las facultades, ya que las formas graves bien pueden considerarse como ejemplos de alteración morbosa por su etiología y sintomatología (alienación mental). Es decir, que en los casos graves no deja de existir insuficiencia pero ésta es de tal magnitud que genera alienación mental. Pero la inimputabilidad no se limita al reconocimiento en el sujeto de un trastorno mental, pues debe requerir además que se compruebe que éste no puede comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. Como señalan Finol y Piña[29], “para que se halle ausente la imputabilidad, se suele exigir que el sujeto que ha realizado tal comportamiento antijurídico -con conciencia y voluntad-, no tenga la capacidad de comprender su significado antijurídico y en consecuencia no pueda dirigir su actuación conforme a esa comprensión. Es decir, cuando el sujeto que ha cometido el acto antijurídico se halla en una situación mental que le impide entender que tal hecho está prohibido por el derecho, y cuando el sujeto además es incapaz de autodeterminarse, de autocontrolarse con arreglo a la comprensión de lo injusto o ilícito del hecho, faltando los elementos de la imputabilidad. No obstante, puede ocurrir que exista la suficiente capacidad de comprensión -inteligencia- y hallarse ausente el elemento de autocontrol según dicho entendimiento -voluntad-. De lo anterior, se puede concluir que la inimputabilidad requiere que al momento de cometerse el hecho delictivo, las personas además de presentar una enfermedad mental y estar relacionada con los hechos, tenga afectadas algunas de las condiciones precitadas: conciencia, inteligencia y voluntad.” La imputabilidad descansa sobre la actividad psíquica y física de la persona, basta que alguien cometa un delito y que su conducta sea producto de su actividad biosíquica, para considerarlo como imputable. Tal sujeto debe responder porque su delito ha demostrado una personalidad peligrosa¹ en mayor o menor medida que debe ser controlada y readaptada.

Por lo dicho anteriormente, se puede inferir que las complicaciones que surgen del diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y psicosis cicloides han de ser menores en el ámbito penal que en el civil. Una psicosis cicloide es un claro cuadro de alienación mental en pena fase y el individuo afectado es plenamente normal fuera de

¹ De acuerdo con Díaz Aguilar[26], el concepto de peligrosidad debe ser utilizado con suma prudencia porque puede dar lugar a la transgresión de las garantías individuales —y por ende de los derechos humanos— de los sujetos afectados, con la excusa de prevenir un supuesto que puede o no manifestarse.

ella. Tal vez surja alguna confusión en el caso que estemos frente a un pseudodefecto que nos lleve a una conclusión sesgada. Queda claro que un paciente cicloide es plenamente responsable de sus actos fuera del episodio psicótico agudo.

3.6 LA DECONSTRUCCIÓN DE LA PSICOSIS

En los últimos años, la discusión clínica sobre la soberanía de la esquizofrenia como categoría diagnóstica se ha reavivado con motivo de los proyectos de trabajo para las ediciones del DSM-V y la CIE-11. La definición de esquizofrenia ha sido cuestionada y la disputa ha adquirido nuevos ribetes a partir de la iniciativa conocida como “deconstrucción de la psicosis”, que veremos a continuación, y que está en consonancia con la aproximación al problema que acabamos de presentar.

Con el auspicio de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), la Organización Mundial de la Salud y tres institutos nacionales de salud de EEUU, se llevó a cabo una serie de conferencias para la identificación de campos de investigación que tuvieran influencia en la elaboración del DSM-V. Una de estas iniciativas, denominada “deconstrucción de la psicosis”, cuyo encuentro científico tuvo lugar en febrero de 2006, se centró en la revisión de los trastornos psicóticos como la esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos y psicosis inducidas por sustancias. Por razones operativas, fueron dejadas de lado otras psicosis como la paranoia, las psicosis asociadas a demencia y a enfermedades neurológicas como la enfermedad de Parkinson y la corea de Huntington[67]. Las conclusiones de los trabajos de los diferentes expertos fueron expuestas por dos grupos con la finalidad de formular recomendaciones para futuras investigaciones y propuestas para las próximas clasificaciones de enfermedades mentales, como el DSM-V y la CIE-11. El primer grupo propuso reemplazar las categorías diagnósticas actuales por un síndrome psicótico general que cubra todos los trastornos incluidos en las discusiones, reducir el criterio cronológico de la esquizofrenia de seis meses a un mes e incluir criterios dimensionales específicos en la investigación de síntomas positivos, negativos, depresión, manía, decadencia cognitiva y deterioro funcional. El segundo grupo, por su parte, recomendó armonizar las discrepancias existentes entre DSM y CIE en el criterio cronológico de la esquizofrenia a través del reanálisis de estudios prospectivos que permita maximizar la elección de validadores como la estabilidad diagnóstica, el pronóstico o la adaptación social. Este grupo expresó sus reservas sobre el impacto que tendría abandonar la distinción esquizofrenia/trastorno bipolar y además hizo hincapié en la necesidad de mejorar la

definición de los trastornos esquizoafectivos. Por último, acordó en la necesidad de una perspectiva dimensional para psicosis y trastornos del estado de ánimo [4]. Inquietudes similares fueron expresadas en la Conferencia Internacional sobre Investigación en Esquizofrenia llevada a cabo en Colorado Springs entre marzo y abril de 2007[9].

Las razones aducidas para la reconsideración de la psicosis pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: sociales, neurobiológicas, epidemiológicas y clínicas. Hagamos un breve repaso de los argumentos principales de cada área. Las razones sociales están relacionadas con el estigma que produce el diagnóstico de esquizofrenia. Es bien conocida la preocupación de distintos organismos internacionales por este tema. Una de las medidas que se recomiendan para atacar esta problemática es la simple abolición del término esquizofrenia. Existe un antecedente importante sobre esta medida en Japón, donde se cambió el nombre de la enfermedad hace varios años con resultados positivos[70]. En 1993 la Federación Nacional de Familias con Enfermos Mentales de Japón solicitó a la Sociedad Japonesa de Psiquiatría y Neurología que reemplace el término utilizado hasta ese momento para designar a la esquizofrenia, *Seishin Bunretsu Byo* (enfermedad de la mente escindida), por otro menos estigmatizante. Finalmente, en 1995 se decidió reemplazar la vieja denominación por la nueva *Togo Shitcho Sho* (trastorno de integración), que no tiene implícito el mal pronóstico como tenía la anterior. A partir de este cambio aumentó notablemente la frecuencia con que los pacientes fueron informados de su diagnóstico. Probablemente en este caso actúen influencias culturales y lingüísticas que no puedan extrapolarse a otros países. De todas formas, ya existen algunas propuestas para rebautizar la esquizofrenia. Además del mencionado “trastorno de integración”, se plantean, entre otros, los nombres “síndrome de Kraepelin-Bleuler”, “síndrome de hipolateralización” y “trastorno por desequilibrio de dopamina”[9], este último como hiperónimo de los trastornos psicóticos en general y por razones de validez clínica que veremos a continuación.

Dentro de las explicaciones biológicas, vamos a detenernos en los resultados de las investigaciones genéticas, farmacológicas y de neuroimágenes. Con respecto a las primeras, vamos a mencionar algunos ejemplos extraídos de la revisión de Owen, Craddock y Jablensky[60]. En primer lugar, el estudio familiar realizado a partir del registro sueco de pacientes internados, con datos de 13.000 casos de esquizofrenia y 5.000 casos de trastorno bipolar, muestra tasas elevadas de ambas patologías en familias de probandos con trastorno esquizoafectivo. En segundo lugar, algunos

estudios con gemelos sugieren que además de los genes específicos de esquizofrenia y trastorno bipolar existiría un tercer grupo de genes cuya influencia atraviesa ambas enfermedades y los trastornos esquizoafectivos. Existen también estudios de genética molecular que han identificado regiones cromosómicas para las cuales existiría evidencia de ligamiento para esquizofrenia y trastorno bipolar. Otros estudios, como los relacionados a genes individuales (NRG1, dysbindin, G72/G30, DISC1), mostrarían también una superposición en la susceptibilidad genética de las principales categorías kraepelinianas.

Con respecto a los argumentos farmacológicos, se centran básicamente en la eficacia de la misma medicación antipsicótica tanto en la esquizofrenia como en el trastorno bipolar. Tamminga y Davis[75] mencionan tres dominios sintomáticos independientes o dimensiones relacionadas con la esquizofrenia, que surgen a partir de estudios de análisis factorial y que podrían tener sus propios mecanismos: estas son psicosis, disfunción cognitiva y síntomas negativos. Por su parte, el trastorno bipolar compartiría alguno de estos dominios, como psicosis y disfunción cognitiva, y sumaría además la alteración del humor con manía y depresión. Teniendo esto en mente, se podría proponer el tratamiento de las enfermedades por dimensiones más que por su diagnóstico categorial. Queda claro que psicosis en este contexto no constituye una categoría mayor que abarca diversos trastornos sino solamente una subcategoría sintomática. En cuanto a la investigación, agregan los autores, las dimensiones serían de utilidad para evaluar la eficacia de las drogas. Por ejemplo, si se hubiera clasificado la manía como psicótica y no psicótica cuando fue probado inicialmente el litio, se hubiera conocido desde los primeros ensayos si el litio era efectivo para el componente psicótico de la manía. Por otra parte, establecer el mecanismo de acción de los antipsicóticos a través de los distintos diagnósticos permitirá profundizar el conocimiento de la fisiopatología de cada trastorno y del funcionamiento cerebral en general.

En relación a los estudios por imágenes, Gur y cols.[36] señalan que existe consistencia en los resultados obtenidos mediante distintos métodos dentro de una misma patología pero que hay pocos trabajos que permitan comparar la especificidad diagnóstica de los hallazgos. Por ejemplo, los estudios de resonancia magnética muestran diferencias morfométricas entre esquizofrénicos y personas sanas como la reducción del 3% del volumen cerebral, sobre todo en la región frontotemporal. Aparentemente, se encontrarían alteraciones similares pero menos marcadas en los trastornos afectivos. Otros estudios, como los de imagen por tensor de difusión, que

examinan la integridad de la sustancia blanca, sugieren una desorganización más que una reducción de la sustancia blanca en la esquizofrenia. Estudios funcionales con RM, PET y SPECT han demostrado mayormente hipofrontalidad y, en algunos casos, hiperfrontalidad en pacientes esquizofrénicos, al igual que en bipolares, pero no existe un número importante de comparaciones directas entre ambos grupos. En resumen, por el momento los estudios por imágenes no pueden darnos un patrón definido para la diferenciación de los cuadros psicóticos.

En relación con los estudios epidemiológicos, la discusión se basa en la presencia de síntomas psicóticos en la población general, lo que daría lugar a considerar la existencia de un *continuum* y no de categorías diferentes[78]. En un estudio llevado a cabo en gran Bretaña[80] sobre una muestra representativa de 8.580 adultos entre 16 y 74 años entrevistados por legos en el año 2000 y clasificados según la Escala de Entrevista Clínica Revisada (CIS-R), los participantes identificados con trastornos mentales o con síntomas neuróticos subclínicos fueron elegidos para su seguimiento, al igual que una muestra aleatoria del 20% de aquellos que no tenían alteraciones mentales. Los síntomas psicóticos se midieron mediante el Cuestionario de Investigación de la Psicosis (PSQ) al inicio y en el seguimiento. De los 1.965 participantes sin síntomas psicóticos al inicio, 134 (4,4%) refirieron síntomas psicóticos en el seguimiento, siendo los más comunes los pensamientos paranoides. Ciertamente, se puede afirmar que los trabajos con entrevistadores no expertos, y con encuestas poco específicas, tienden a generar falsos positivos. Por otra parte, los autores señalan que tampoco se puede descartar que las experiencias psicóticas referidas hayan tenido lugar por intoxicaciones o en el transcurso de otras enfermedades no psiquiátricas.

Evidentemente, todos estos cortocircuitos surgen de una inadecuada delimitación clínica de la patología, como ya señalamos en la primera parte, es decir, estamos ante un problema de validez de los cuadros psiquiátricos, a pesar de haber alcanzado en los últimos años una aceptable confiabilidad interjuicios. Estas insuficiencias motivaron la irrupción de aproximaciones nosológicas no categoriales como las dimensiones mencionadas anteriormente. Los modelos dimensionales incorporan elementos cuantitativos y grados de transición entre los trastornos o entre estos y la normalidad. Estos modelos llevan implícito el concepto de *continuum* y consideran las categorías como científicamente ilegítimas. Sin embargo, la propuesta de modelos mixtos categoriales y cuantitativos sugiere que no serían necesariamente excluyentes[28,39]. La utilización de dimensiones es importante cuando se observan

rasgos como en la descripción de la personalidad o de sus trastornos pero resulta difícil de imaginar en el terreno de las psicosis idiopáticas.

Allerdyce y cols[3], entre otros, señalan que las dimensiones son necesarias porque los síntomas que se usan para definir la esquizofrenia no son específicos y aparecen en otras psicosis. Agregan que los estudios que utilizan dimensiones psicopatológicas, es decir, correlaciones de síntomas mediante análisis estadísticos, indican que las diversas entidades diagnósticas son similares en lo que respecta a la dimensión psicosis, lo que sugiere que existirían variaciones dimensionales cuantitativas entre las distintas categorías diagnósticas más que diferencias cualitativas. Por ejemplo, en un estudio sobre distribución de dimensiones a través de las distintas psicosis realizado por Dikeos y cols[27], se entrevistaron 191 pacientes y se clasificaron según RDC y DSM-IV. Dos psiquiatras experimentados revisaron el material obtenido y completaron el archivo OPCRIT (Lista de Criterios Operacionales para Enfermedades Psíquicas y Afectivas). Para el análisis factorial, se obtuvo la solución de cinco factores que pueden considerarse representativos de manía, distorsión de la realidad, depresión, desorganización y síntomas negativos. La asociación más fuerte encontrada entre factores y características clínicas fue la del factor negativo y el curso en los esquizofrénicos, relacionado con pobre rendimiento premórbido, trastorno de la personalidad premórbido, inicio más insidioso, malas remisiones o falta de recuperación, falta de respuesta a neurolepticos y peor curso. La dimensión manía resultó ser el mejor discriminador entre esquizofrenia y trastornos afectivos. Como conclusión, los autores sostienen que las dimensiones son más útiles que las categorías diagnósticas como predictores del curso clínico y la decisión terapéutica.

A pesar de esta avanzada dimensionalista, existen otras voces que disienten y también fundamentan sus diferencias en datos empíricos. Es el caso, por ejemplo, de Tandon, Keshavan y Nasrallah[76,77] que en su detallada revisión sobre esquizofrenia afirman que utilizan el término enfermedad para referirse a la esquizofrenia en lugar del vago término "trastorno" porque enfermedad implica una entidad discreta y creen que existe evidencia suficiente para llamar esquizofrenia a una enfermedad relacionada con anormalidades cerebrales causadas por una combinación de factores genéticos y ambientales específicos. En la misma dirección avanzan los estudios surgidos de la escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard, aunque no comparten el concepto unitario de la enfermedad[11,32-34,41,63,72,73,83].

De todas formas, la discrepancia que existe entre los distintos investigadores

tiene como punto de partida un sistema diagnóstico insuficiente que se transforma en el eje de un círculo vicioso. No se puede validar una enfermedad mediante ningún tipo de investigación si no se tiene claramente definido el cuadro que se está investigando. Es muy probable que la esquizofrenia sea un grupo de enfermedades como pensaban los clásicos, sin embargo, no es solo la probable multiplicidad de subcategorías o de categorías relacionadas la que obstaculiza la validación, sino también la simplificación de la descripción psicopatológica. Para solucionar este problema no solo sería necesario incluir criterios diagnósticos complejos, sino también reconsiderar un grupo de cuadros mal definidos que cabalgan entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos, llámense trastornos esquizoafectivos, psicosis reactiva breve o trastornos psicóticos agudos y transitorios. Se evidencia además la necesidad de llevar a cabo estudios polidiagnósticos no limitados al DSM y la CIE.

En cuanto a la complejización de los criterios diagnósticos, resulta interesante la propuesta de Keefe y Fenton[43] de incluir el deterioro cognitivo dentro de los criterios de esquizofrenia del DSM-V. Diversos estudios han demostrado que los esquizofrénicos presentan déficits en las pruebas neurocognitivas, sobre todo en memoria, atención, memoria de trabajo, resolución de problemas, velocidad de procesamiento y cognición social. Estos trastornos existen antes del inicio del tratamiento antipsicótico y en algunos pacientes están presentes antes del comienzo de la enfermedad. Mientras los déficits cognitivos en los trastornos afectivos fluctúan junto con los síntomas, en la esquizofrenia constituyen el aspecto más estable del diagnóstico. Esto podría relacionarse con los resultados del trabajo de Dikeos y cols[27] mencionado más arriba, en el que el factor negativo se correlaciona fuertemente con el curso desfavorable, el inicio insidioso y la falta de respuesta a los neurolépticos. Seguramente podríamos relacionar estos factores con las esquizofrenias sistemáticas de Leonhard[51] en un hipotético estudio polidiagnóstico.

3.6.1 ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA CLASIFICACIÓN DIMENSIONAL

Este punto nos plantea un problema novedoso. Trataremos de descomponerlo en los distintos aspectos que hacen a su análisis. En el caso que prevalezca el concepto de psicosis única y se borren los límites de los diferentes trastornos, nos podemos encontrar con un conflicto similar al que se nos presentaba cuando mencionábamos la importancia del diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y psicosis cicloides. Si prevalecieran las clasificaciones dimensionales transcategoriales podría ocurrir que el concepto de psicosis se restringiera de manera tal que se perdieran de vista otros

síntomas que caracterizan a las diversas psicosis y que no son alucinaciones ni delirios. Esto está ocurriendo actualmente sin necesidad de incluir dimensiones, a partir de los principios establecidos en el DSM. Por ejemplo, en los casos en que antes se diagnosticaba una depresión endógena, los psiquiatras jóvenes influidos por el DSM no pueden ver un cuadro de alienación mental en la medida en que no haya alucinaciones y las ideas depresivas no sean groseramente delirantes. Lo mismo ocurre lamentablemente con las esquizofrenias residuales. La enajenación del juicio no se infiere solamente de la existencia de alucinaciones e ideas delirantes, sino también de la evaluación global de la conducta. Un hebefrénico, por ejemplo, puede tener conductas agresivas por su propio embotamiento ético y afectivo y no expresar ninguna idea delirante. El motivo del accionar delictivo no se infiere en este caso a partir del delirio, sino del desmoronamiento de la personalidad producto de la propia patología.

4. CONCLUSIONES

Hace muchos años, en un artículo provocativo, van Praag[79] reflató las ideas de la antipsiquiatría y propuso la denosologización de la psiquiatría a partir de la inespecificidad de los estudios neuroquímicos. Timothy Crow[24,25], por su parte, resucitó de alguna forma la vieja idea de la psicosis única. En este marco de incertidumbre y resurrecciones, deberíamos rescatar y reelaborar otras viejas ideas y desechar decididamente el concepto de esquizofrenia. Aunque útil por el momento en la práctica asistencial, no resulta adecuado para la investigación y es dudoso para la psiquiatría forense. Con los datos que tenemos hasta ahora podríamos validar en parte algunos síndromes. En medicina, sin duda, el tipo de validez más importante es la validez predictiva y el pronóstico de una enfermedad incluye tanto su evolución natural como la respuesta al tratamiento y el desarrollo de síntomas característicos. En este sentido, deberíamos revalorar la consistencia pronóstica de la demencia precoz de Kraepelin. Difícilmente puedan confundirse otras psicosis con aquellas de curso deteriorante que describiera el maestro de Munich. En cuanto a los síntomas característicos, es decir, desde el punto de vista de la expresión psicopatológica, convendría optar por la descripción de las variadas formas sistemáticas (oligosintomáticas, progresivas y de baja carga familiar) y asistemáticas (polimorfos, de curso remitente o progresivo y alta carga familiar) de Leonhard[51] por su riqueza y especificidad. Si queremos preservar el término esquizofrenia, aunque no parezca conveniente por la carga conceptual que supone, podríamos reservarlo para las formas

progresivas y de mal pronóstico. En relación con este punto, cabe recordar que los tratamientos psicofarmacológicos no han modificado el cuadro sintomático típico de estas enfermedades[12]. Así, esta primera restricción permitiría homogeneizar el universo de pacientes en estudio. Una segunda restricción debería estar relacionada con la aparición de síntomas característicos en estos cuadros de mal pronóstico. Por ejemplo, en distintos estudios se vio que las seis formas de esquizofrenia paranoide sistemática de Leonhard tienen múltiples superposiciones[31,32,55]. Este hecho hablaría a favor de la unificación del grupo paranoide pero no influiría en su diferenciación del grupo catatónico, con el que no tiene superposiciones. A partir de aquí la homogeneización sería mayor. Por el momento resulta difícil considerar las esquizofrenias asistemáticas como una unidad, salvo en su contraposición con las formas sistemáticas. De esta manera, las definiciones hipotéticas de esquizofrenia en este sentido restringido que se utilizarían en la investigación tendrían que incluir el mal pronóstico como criterio explícito, a diferencia de la actual clasificación de la OMS. Así, este grupo de enfermedades a las que todavía denominamos esquizofrenia, formarían parte de los trastornos mentales o psicosis defectuales. Las llamadas esquizofrenias de buen pronóstico (que remiten sin dejar defecto) no serían otra cosa que psicosis cicloides.

Lamentablemente, el DSM ha tenido consecuencias no deseadas para nuestra especialidad. Nancy Andreasen[7], una de las principales representantes de la psiquiatría clínica norteamericana, afirma que el DSM llevó a que se devaluara el conocimiento semiológico y a que las nuevas generaciones de psiquiatras ignoraran a los clásicos de la psicopatología. Por otra parte, agrega, a pesar de que el DSM aporta una nomenclatura común, sus diagnósticos no son útiles para la investigación por su falta de validez.

En este contexto, la llamada deconstrucción de la psicosis puede ser una oportunidad para profundizar los estudios psicopatológicos y, con ello, mejorar nuestra comprensión de los diversos trastornos. No estamos en desacuerdo con la inclusión de dimensiones para la investigación, siempre y cuando no se transformen en un fin en sí mismas y ocupen el lugar de un sistema diagnóstico diferenciado. Por otra parte, resulta imperiosa la complejización de los criterios diagnósticos y la utilización de otras experiencias clasificatorias enriquecedoras que puedan confrontarse e incluso incorporarse a los sistemas diagnósticos más utilizados. Deberíamos proponer que nuestros criterios clínicos sean más difíciles porque es la única manera de reflejar una realidad compleja y de contribuir a la validez de las patologías que nos ocupan. Para

terminar, nos preocupa la propuesta de reemplazar las categorías diagnósticas correspondientes por un síndrome psicótico general, noción que nos recuerda la idea obsoleta de la psicosis única. En este marco se inscribe también la renovada hipótesis del *continuum*[15]. Desde el punto de vista médico-legal deberíamos hacer hincapié en la profundización de los estudios de clínica psiquiátrica en la formación de los médicos legistas y en proponer una fina delimitación clínica de los cuadros psicóticos en las carreras de especialización en psiquiatría para promover la discusión y el reconocimiento de los posibles diagnósticos diferenciales. Los diversos cuadros psiquiátricos no se pueden reducir a la “dimensión psicosis” o “depresión” si queremos hacer un trabajo serio, tanto a nivel clínico como forense. La falta de reconocimiento de esta diversidad clínica puede tener como consecuencia que se declare insano o inhabilite a quien no corresponda o, más raramente, que se declare inimputable a quien tiene la capacidad de comprender la comisión de un acto antijurídico.

Estas consideraciones, claro está, no pretenden ser exhaustivas. Se trata simplemente de una invitación a la reflexión sobre nuestra propia actividad. El problema de la definición de esquizofrenia no es sólo lingüístico, sino que concierne a la identificación de una enfermedad con todo lo que ello implica. Por el momento, la clínica sigue siendo la herramienta fundamental para señalar el camino tanto a los investigadores como a los médicos asistenciales y forenses.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Abe T, Otsuka K, Kato S. Long-term clinical course of patients with acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60, 452-457, 2006.
2. Albus H et al. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (Section F2): Results of the ICD-10 field trial. *Pharmacopsychiatry*, 23(Suppl), 155-159, 1990.
3. Allardyce J, Gaebel W, Zielasek J, Van Os J. Deconstructing Psychosis Conference February 2006: the validity of schizophrenia and alternative approaches to the classification of psychosis. *Schizophrenia Bull*, 33, 863-867, 2007.
4. American Psychiatric Association. Deconstructing Psychosis (February 15-17, 2006). URL <http://psych.org>. Último acceso, agosto 2010.
5. American Psychiatric Association. DSM-III. Barcelona, Masson, 1985.
6. American Psychiatric Association. DSM-IV. Barcelona, Masson, 1990.
7. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bull*, 33, 108-112, 2007.
8. Barcia D. Las psicosis cicloides. Triacastela, Madrid, 1998.
9. Barnett J. DSM-V Stirrs Debate and Discussion. URL <http://www.schizophreniaforum.org>. Último acceso, agosto 2010.
10. Beckmann H et al. Prognostic validity of cycloid psychosis. A prospective follow-up study. *Psychopathology*, 23, 205-211, 1990.
11. Beckmann H, Franzek E, Stöber G. Genetic heterogeneity in catatonic schizophrenia: a family study. *Am J Med Genet*, 67, 289-300, 1996.
12. Beckmann H, Fritze H, Franzek E. The influence of neuroleptics on specific syndroms and symptoms in schizophrenics with unfavourable long-term course. *Neuropsychobiology*, 26, 50-58, 1992.
13. Beckmann H, Fritze J, Lanczik M. Prognostic validity of the cycloid psychoses. *Psychopathology*, 23, 205-211, 1990.
14. Berner P, Gabriel E, Katschnig H, Kieffer W, Koehler K, Lenz G et al. Diagnostic criteria for functional psychoses. Cambridge, Cambridge University Press, 1992.
15. Berrios GE, Beer D. The notion of unitary psychosis: a conceptual history. *History of Psychiatry*, 5, 13-36, 1994.

16. Bland RC, Orn H. Schizophrenia: diagnostic criteria and outcome. *Br J Psychiatry*, 134, 34-38, 1979.
17. Bleuler E. Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias. Hormé, Buenos Aires, 1960.
18. Bonnet, EFP. Medicina Legal, López Libreros, Buenos Aires, 1967.
19. Bridgman P.B. The logic of modern physics. Mc Millan, New York, 1927.
20. Cabello, V.P. Psiquiatría forense en el derecho penal. Buenos Aires, Hammurabi, 2005.
21. Ciaffardo, R. Psicopatología forense. El Ateneo, Buenos Aires, 1972.
22. Código Civil. a-Z editora, Buenos Aires, 2009.
23. Código Penal. a-Z editora, Buenos Aires, 2009.
24. Crow T. From Kraepelin to Kretschmer leavened by K. Schneider: the transition from categories of psychosis to dimensions of variation intrinsic to Homo sapiens. *Arch Gen Psych*, 55, 502-504, 1998.
25. Crow T. The continuum of psychosis and its implication for the structure of the gene. *Br J Psychiatry*, 149, 419-429, 1986.
26. Díaz Aguilar, C.N. Inimputabilidad y peligrosidad en el derecho penal contemporáneo. *Iter Criminis*, 3, 103-122, 2008.
27. Dikeos DG, Wickham H, McDonald C, Walshe M, Sigmundsson T, Bramon E et al. Distribution of symptom dimensions across kraepelinian divisions. *Br J Psychiatry*, 189, 346-353, 2006.
28. Dutta R, Greene T, Addington J, McKenzie K, Phillips M, Murray RM. Biological, life course, and cross cultural studies all point toward the value of dimensional and developmental ratings in the classification of psychosis. *Schizophrenia Bull*, 33, 868-876, 2007.
29. Finol, M.A., Piña, E.R. Intervención del psicólogo forense en la determinación de la enfermedad mental como causa de inimputabilidad. *Capítulo criminológico*, 36, 89-119, 2008.
30. Fish FJ, Astrup C. The classification of chronic schizophrenia. A follow up study. *Folia Psychiatri Neurol Jap*, 17-23, 1964.
31. Fish FJ. A clinical investigation of chronic schizophrenia. *J Ment Sci*, 104, 34-54, 1958.
32. Franzek E, Beckmann H. Different genetic background of schizophrenia spectrum psychoses: a twin study. *Am J Psychiatry*, 155, 76-83, 1998.

33. Franzek E, Beckmann H. Schizophrenia: nota disease entity? A study of 57 long-term hospitalized chronic schizophrenics. *Eur J Psychiatry*, 6, 97-108, 1992.
34. Franzek E, Beckmann H. Season of birth reveals the existence of etiologically different groups of schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 32, 375-378, 1992.
35. Freyberger HJ et al. Referenztabellen der WHO zum Kapitel V (F) der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10): ICD-10 vs ICD-9. *Fortschr Neurol Psychiat*, 61, 128-143, 1993.
36. Gur RE, Keshavan, MS, Lawrie, SM. Deconstructing psychosis with human brain imaging. *Schizophrenia Bull*, 33, 921-931, 2007.
37. Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Waternaux C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry*, 151, 1409-1416, 1994.
38. Hempel C.G. La explicación científica. Buenos Aires, Paidós, 1979.
39. Jablensky A. Categories, dimensions and prototypes: critical issues for psychiatric classification. *Psychopathology*, 38, 201-205, 2005.
40. Jabs B, Althaus G, Bartsch A, Schmidtke A, Stöber G, Beckmann H, Pfuhlmann B. Sind zyklische Psychosen atypische manisch-depressive Erkrankungen? *Nervenarzt*, 77, 1096-1104, 2006.
41. Jabs B, Berg D, Mersdorf U, Pfuhlmann B, Bartsch AJ, Toyka KV et al. Differences of substantia nigra echogenicity in nosological subtypes within the schizophrenic spectrum- a preliminar transcranial ultrasound study. *Neuropsychobiology*, 44, 183-186, 2001.
42. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. *Am J Psychiatry*, 13, 97-126, 1933.
43. Keefe RSE, Fenton WS. How should DSM-V criteria for schizophrenia include cognitive impairment. *Schizophrenia Bull*, 33, 912-920, 2007.
44. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*, 160, 4-12, 2003.
45. Kendell RE, Brockington IF, Leff JP. Prognostic implications of six alternative definitions of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 36, 25-31, 1979.
46. Kleist K. Über zyklische, paranoide und epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiat*, 23, 3-37, 1928.
47. Kraepelin E. *Psychiatrie*. 8^o edición. Leipzig, Barth, 1915.

48. Langfeldt G. Definition of schizophreniform psychoses. *Am J Psychiat*, 139, 703, 1982.
49. Leonhard K. Die Cycloiden, meist als Schizophrenien verkannten Psychosen. *Psychiat Neurol med Psychol*, 9, 359-364, 1957.
50. Leonhard K. Cycloid psychoses -endogenous psychoses which are neither schizophrenic nor manic-depressive. *J Ment Sci*, 107, 633-648, 1961.
51. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Berlin, Akademie, 1986.
52. Magnan V. Lecons cliniques sur les maladies mentales. Paris, Louis Bataille, 1893.
53. Marneros A. Frequency of occurrence of Schneider's first rank symptoms in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci*, 234, 78-82, 1984.
54. Marneros A, Pillmann F. Acute and transient psychoses. Cambridge University Press, Cambridge, 2004.
55. Martínez DR. Estudio comparativo entre la CIE-10 y la clasificación de Karl Leonhard. *Rev Psiquiat Fac Med Barcelona*, 23, 57-68, 1996.
56. Martínez DR. Las definiciones hipotéticas. *Acta psiquiat psicol Am lat.*, 53, 34-40, 2007.
57. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales: glosario y guía para su clasificación según la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. OPS, Washington, 1980.
58. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, Meditor, 1992.
59. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación. Madrid, Meditor, 1993.
60. Owen MJ, Craddock N, Jablensky A. The genetic deconstruction of psychosis. *Schizophrenia Bull*, 33, 905-911, 2007.
61. Patitó, J.A, Lossetti, O.A., Trezza, F.C., Guzmán, C., Stingo, N.R. Tratado de medicina legal y elementos de patología forense. Buenos Aires, Quorum, 2003.
62. Perris C, Brockington IF. Cycloid psychoses and their relation to the major psychoses. En Perris C et al (Eds): *Biological Psychiatry*, Elviesier/North Holland Biomedical Press, Amsterdam, 1981.

63. Petho B, Tolna J, Tusndy G, Farkas M, Vizkeleti G, Vargha A, Czobor P. The predictive validity of the Leonhardian classification of endogenous psychoses. A 21-33 year follow-up of a prospective study ("Budapest 2000"). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258, 324-334, 2008.
64. Pichot P. The concept of "bouffe dllrante" with especial reference to the Scandinavian concept of reactive psychoses. *Psychopathology*, 19, 35-43, 1986.
65. Pichot P. The diagnosis and classification of mental disorders in the french-speaking countries: background, current values and comparison with other classifications. En Sartorius N. et al. (eds): *Sources and traditions of classification in psychiatry*. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto, 1990.
66. Pull CB et al. Nosological position of schizoaffective psychoses in France. *Psychiatr Clin*, 16, 141-148, 1983.
67. Regier DA. Time for a fresh start? Rethinking psychoses in DSM-V. *Schizophrenia Bull*, 33, 843-845, 2007.
68. Rojas, N. *Medicina Legal*, Editorial Florida, Buenos Aires, 1958.
69. Salleh MR. Specificity of Schneider's first rank symptoms for schizophrenia in Malay patients. *Psychopathology*, 25, 199-203, 1992.
70. Sato M: Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry*, 5, 53-55, 2006.
71. Schneider K. *Patopsicología clnica*. Paz Montalvo, Madrid, 1975.
72. Stober G, Franzek E, Beckmann H. Obstetric complications in distinct schizophrenic subgroups. *Eur Psychiatry*, 8, 293-299, 1993.
73. Stober G, Saar K, Rschendorf F, Meyer J, Nrnberg G, Jatzke S et al. Splitting schizophrenia. Periodic catatonia susceptibility locus on chromosome 15q15. *Am J Hum Genet*, 67, 1201-1207, 2000.
74. Stromgren E. The development of the concept of reactive psychoses. *Psychopathology*, 20, 62-67, 1986.
75. Tamminga CA, Davis JM. The neuropharmacology of psychosis. *Schizophrenia Bull*, 33, 937-946, 2007.
76. Tandon J, Keshavan MS, Nasrallah, HA. Schizophrenia, "just the facts": What we know in 2008. Part 1. Overview. *Schizophrenia Res*, 100, 4-19, 2008.
77. Tandon J, Keshavan MS, Nasrallah, HA. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Res*, 102, 1-18, 2008.

78. Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in general population? *Schizophrenia Res*, 45, 11-20, 2000.
79. Van Praag HM, Kahn RS, Asnis GM, Wetzler S, Brown SL, Bleich A, Korn ML. Denosologization of biological psychiatry or the specificity of 5-HT disturbances in psychiatric disorders. *J Affective Disorders*, 13, 1-8, 1987.
80. Wiles NJ, Zammit S, Bebbington P, Singleton N, Meltzer H, Lewis G. Self-reported psychotic symptoms in the general population. *Br J Psychiatry*, 188, 519-526, 2006.
81. Zaudig M. Cycloid psychoses and schizoaffective psychoses. A comparison of different diagnostic classifications systems and criteria. *Psychopathology*, 23, 233-242, 1990.
82. Zazzali, Julio R. Introducción a la psiquiatría forense. La Rocca, Buenos Aires, 2009.
83. Zielazek J, Ehliis AC, Herrmann MJ, Fallgatter AJ. Reduced prefrontal response control in patients with schizophrenias: a subgroup analysis. *J Neural Transm*, 112, 969-977, 2005.