

# **UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA



## **TESIS DOCTORAL**

**Psicosis cicloides:**

**Validez clínica y ubicación nosológica (estudio prospectivo sobre una muestra de pacientes que presentan un primer episodio psicótico)**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**Rafael Fernández García-Andrade**

**Directores**

Marina Díaz Marsá  
Juan José López-Ibor Aliño

**Madrid, 2014**



# **PSICOSIS CICLOIDES: Validez clínica y ubicación nosológica**

(Estudio prospectivo sobre una muestra de pacientes que presentan un Primer  
Episodio Psicótico)

**Rafael Fernández García-Andrade**

Universidad Complutense de Madrid  
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría  
Madrid, España

2014



# **PSICOSIS CICLOIDES: Validez clínica y ubicación nosológica**

(Estudio prospectivo sobre una muestra de pacientes que presentan un Primer  
Episodio Psicótico)

**Rafael Fernández García-Andrade**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

**DOCTOR**

Directores:

Dra. Marina Díaz Marsá

Prof. Juan José López-Ibor Aliño

Línea de Investigación:

Primeros Episodios Psicóticos

Plan: 193

NEUROCIENCIA (126) – RD778

Universidad Complutense de Madrid  
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría  
Madrid, España

2014



***A Olivia.***



# Agradecimientos

Al **Dr. Enrique Fernández Rodríguez** y a la **Dra. Cristina García-Andrade**. Desde la infancia me transmitieron el interés por el estudio y conocimiento del ser humano, así como el respeto por su dignidad ontológica. Modelo a seguir en mi vida (personal y profesional).

Al **Prof. José Luis Carrasco** y a la **Dra. Marina Díaz-Marsá**, que me introdujeron en esta andadura que es la investigación. Agradecimientos por sus enseñanzas, apoyo y aliento, que se suman a un enorme aprecio y admiración.

A mis maestros de profesión, el **Dr. González Llera**, la **Dra. Yañez**, el **Prof. López-Ibor** y el **Dr. Durán**.

A todos los **Dres. García-Andrade**, que desde mi bisabuelo a mi hermana (pasando por mi tío, mi prima, mi madre y por supuesto mi abuelo), han influido de una u otra manera en mi *praxis* médica.

A **mi familia** porque siempre está ahí, incondicional e imprescindible.

A todos **mis pacientes**, de cuya colaboración y padecimiento me he valido para la elaboración de este manuscrito.

A "*mi casa*", el **Hospital Clínico San Carlos**, lugar donde estudié Medicina, me formé como Psiquiatra y actualmente desempeño mi profesión. En especial a todos los profesionales que integran la **Planta de Psiquiatría**: enfermeros, colegas y administrativos. Gracias a Asun, Mila, Víctor, Carmen Pertejo, Cruz, Carmen García, Lola, Lucía, Isa, Vanesa y Luis.

A mis **compañeros de residencia**. Ahora colegas "*eventuales*", pero amigos vitalicios. Ana, Irene, Bea, Sara, Patri, Julia, Víctor, María, Javi, Giro, Carlos y Claire, es una suerte haber compartido el tiempo de mi formación con vosotros.

Y de estos últimos, por supuesto, a la **Dra. Virginia Vidal**. Colega, compañera, confidente, cómplice, amiga, amante, esposa y madre de Olivia. *あなたを愛して* (aishite).



# Resumen

## INTRODUCCIÓN

El concepto de psicosis cicloide posee una larga tradición en la psiquiatría europea. Las raíces teóricas y heurísticas de este concepto se encuentran en el trabajo realizado por Augustin Morel (Morel, 1857) y su noción de degeneración, concepto que fue posteriormente desarrollado por Magnan (Magnan y Legrain, 1895). Fue este autor quien publicó por primera vez una exhaustiva descripción de un trastorno psicopatológico caracterizado por inicio súbito, sintomatología psicótica polimorfa y curso recurrente (bouffés delirantes de les dégénéreés). Dicho concepto de psicosis degenerativa gozó de gran aceptación en Alemania y dio pie a la creación del concepto de "Psicosis Cicloides".

Existe un amplio consenso entre diferentes autores sobre las principales características de las psicosis cicloides: comienzo abrupto, curso autolimitado, sintomatología polimorfa, tendencia a la recurrencia y un buen pronóstico a largo plazo. No obstante, estas características clínicas (o muy similares) han sido descritas por otros autores y/o escuelas, con multitud de nombres tales como: psicosis esquizoafectiva aguda (Kasanin, 1994), psicosis esquizofreniforme (Langfeldt, 1939), psicosis reactiva (McCabe, 1975), psicosis atípicas (Mitsuda, 1965), psicosis puerperal (McNeil, 1986), bouffée delirante (Pichot, 1982). Estas diferentes denominaciones de probablemente el mismo trastorno, en gran medida reflejan el énfasis puesto en las distintas características del trastorno. Finalmente, el término de psicosis cicloide ha prevalecido sobre el resto tanto por su carácter integrativo como por haber sido desarrollado en el marco de un sistema nosológico coherente y bien integrado (Cuesta y Peralta, 2007).

Los primeros criterios diagnósticos de las psicosis cicloides fueron descritos por Leonhard en 1961 (Leonhard, 1961), quien realizó una descripción clínica exhaustiva, concluyendo que se trataban de un grupo de trastornos psicóticos agudos y autolimitados que podían diagnosticarse en base a una valoración transversal de las características clínicas del cuadro (Leonhard, 1999; Peralta y Cuesta, 2003).

En 1981, Perris y Brokington (Perris y Brockington, 1981; Brokington y cols. 1982) desarrollaron los primeros criterios diagnósticos operativos para describir el trastorno, los cuales siguen siendo en la actualidad los criterios más empleados (Peralta y cols. 2007). Estos criterios son los siguientes: 1) Psicosis aguda no relacionada con consumo de drogas y sin fundamento orgánico alguno, que aparece por primera vez entre los 15-50 años. 2) Aparición de forma súbita con una progresión rápida hacia una psicosis. 3) Presencia de al menos cuatro de los siguientes criterios de inclusión: confusión, humor incongruente, ideas delirantes de cualquier tipo, alucinaciones de cualquier tipo, angustia abrumadora (angustia psicótica), intensos sentimientos de felicidad o de éxtasis, alteraciones de la motilidad de tipo acinético o hiperkinético, especial interés en la muerte y discretos cambios del humor. 4) No existe ninguna combinación específica, más bien la sintomatología puede cambiar con bastante frecuencia mostrando un carácter bipolar.

Al contrario de los primeros criterios diagnósticos descritos por Leonhard (Leonhard, 1961), los de Perris y Brokington (Brokington y cols. 1982) representan una “colección de síntomas”, manteniendo que el solapamiento de síntomas es la regla y por ello no sería idóneo una clasificación en subtipos (Peralta y cols. 2007).

A pesar del hecho de que la psicosis cicloide contiene una alta prevalencia de síntomas afectivos, Perris (Perris y Perris, 1978; Perris, 1988) la consideró como una entidad nosológica independiente y presentó pruebas para apoyar el diagnóstico clínico, así como su validez predictiva. Posteriormente, varios autores han señalado que el desarrollo completo de un síndrome maniaco o depresivo sería criterio de exclusión, pero esta idea ha sido sólidamente rebatida, llegando a afirmar algunos autores que forman parte de un trastorno afectivo (Peralta y Cuesta, 2003).

En un estudio nosológico realizado por Peralta & Cuesta (Peralta y cols. 2007) se plantean cinco hipótesis nosológicas diferentes, de manera que las psicosis cicloides serían: 1) una forma de esquizofrenia (Vaillant, 1964); 2) una forma de enfermedad afectiva (Cutting, 1990; Cutting y cols. 1978); 3) un trastorno heterogéneo indefinido; 4) una entidad nosológica independiente (Leonhard, 1961; Perris, 1974; Maj, 1990); 5) una forma intermedia entre el trastorno esquizofrénico y el afectivo (trastorno esquizoafectivo) (Fish, 1964; Mojtabai, 2000; Peralta y Cuesta, 2003).

La evolución natural de las psicosis cicloides muestra un patrón típicamente recurrente. Y tanto Leonhard como Perris han mantenido repetidamente que los pacientes con psicosis cicloide se recuperan totalmente de los episodios sin producirse ningún deterioro. Sin embargo, se han descrito estados defectuales residuales entre un 7 y 17% de los pacientes (Peralta y Cuesta, 2005).

Se ha asumido que el diagnóstico de psicosis cicloide permanece estable a lo largo del tiempo (Peralta y Cuesta, 2005), si bien un estudio del propio Leonhard muestra que en torno al 12% de los pacientes cambian de diagnóstico, principalmente hacia la esquizofrenia (Trostorff y Leonhard, 1990).

### **JUSTIFICACION DEL PROYECTO**

El concepto de psicosis cicloide engloba unos trastornos psicóticos agudos, recurrentes y benignos cuya sintomatología no es típicamente afectiva ni esquizofrénica, sino esencialmente polimorfa (García-Andrade y cols. 2011). A pesar de la relevancia clínica, pronóstica y terapéutica de las psicosis cicloides, tanto la ICD-10 (1993) como el DSM-5 (2013) han dado muy poca importancia al diagnóstico de estos síndromes (Orlikov, 2011).

Desde el punto de vista nosológico la cuestión clave en cuanto a la validez del diagnóstico de la psicosis cicloide es si éste define a un síndrome claramente diferenciado tanto de la esquizofrenia como de las enfermedades afectivas atípicas (Peralta y Cuesta, 2005).

Los pocos estudios que han valorado la presentación clínica, la respuesta al tratamiento, el curso evolutivo y la estabilidad diagnóstica de las psicosis cicloides a lo largo de los episodios la han encontrado adecuada; sin embargo, estos trabajos están sujetos a múltiples limitaciones, incluyendo que se trata de estudios retrospectivos (Peralta y cols. 2007). Dada la importancia que tiene, para la demostración de la validez clínica del constructo, es necesaria una aproximación más global y prospectiva de seguimiento de primeros episodios psicóticos, y no sólo de episodios cicloides (Peralta y cols. 2007).

### **HIPÓTESIS**

El constructo de psicosis cicloide posee validez histórica, aparente y empírica, lo que le confiere un valor tipológico diferenciador de otros trastornos limítrofes; por ello las psicosis cicloides poseen una indudable validez y utilidad clínica. De manera que posibles instrumentos de evaluación para el diagnóstico podrían analizarse.

### **OBJETIVOS**

Los objetivos del presente estudio fueron detectar posibles casos de psicosis cicloides en una muestra de pacientes que presentan un primer episodio psicótico y analizar la validez clínica de las psicosis cicloides comparando ambos grupos ("cicloide" y "no cicloide"). Posteriormente, se analizaron los posibles instrumentos de evaluación para el diagnóstico.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### *Diseño y selección de la muestra*

El presente trabajo se basa en un estudio observacional naturalístico prospectivo sobre una muestra de pacientes hospitalizados en una unidad de agudos de un hospital general entre los años 2004 y 2008. Los pacientes presentaron un Primer Episodio Psicótico (FPE) compatible con los criterios diagnósticos DSM-IV (APA, 2000) de trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

Criterios de Inclusión: 1) Pacientes hospitalizados en la unidad de agudos, que presentan un Primer Episodio Psicótico (PEP) con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o trastorno esquizoafectivo, definido por el DSM-IV mediante la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Plus (Mini International Neuropsychiatric Interview Plus - M.I.N.I. Plus; Sheehan y cols. 1998). 2) Edad comprendida entre 18 y 65 años; 3) Consentimiento informado escrito.

Criterios de exclusión: 1) Intervalo de tiempo entre la aparición de la psicosis y la entrada del estudio superior a tres años. 2) Uso previo de medicación antipsicótica durante más de un episodio de dos semanas el año anterior y/o 6 semanas en toda la vida. 3) Lesión cerebral que pueda producir déficit cognitivo o alteraciones en el comportamiento (ej. historia de traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular). 4) Diagnóstico actual de dependencia a sustancias (excepto el tabaco) según criterios DSM-IV (APA, 2000).

Cada sujeto fue cuidadosamente estudiado con un adecuado historial clínico, examen médico y estudios de laboratorio para asegurar que cumplían los criterios de inclusión. Además de los requisitos anteriormente citados se ofreció al paciente una información clara y detallada sobre las características del estudio. Todos los sujetos fueron sometidos a una entrevista clínica completa efectuada por un mismo psiquiatra.

Los pacientes debían ser incluidos durante el ingreso hospitalario. Para el estudio de presentación clínica, cada sujeto fue valorado en el ingreso hospitalario (tras firmar el consentimiento informado) y en el momento del alta hospitalaria. Posteriormente, para el estudio del curso evolutivo, debían ser valorados transcurridos tres años desde el primer ingreso hospitalario. Finalmente se incluyeron un total de 70 pacientes.

### *Estudio de presentación clínica y respuesta terapéutica*

La detección de los posibles casos de psicosis cicloide se realizó mediante la aplicación de los criterios operativos para el diagnóstico de psicosis cicloide de Perris y Brockington (1981). Después, la muestra se dividió en dos grupos, "cicloide" (n = 11) y "no cicloide" (n = 59), de acuerdo con los criterios diagnósticos utilizados.

Todos los sujetos fueron sometidos a una entrevista clínica completa efectuada por un mismo psiquiatra. Con el objeto de que los datos obtenidos fueran lo más homogéneos posibles se diseñó un programa de recogida de datos que incluía las variables sociodemográficas (sexo y edad). En cuanto a la duración de la psicosis sin tratar, se utilizó la definición de acuerdo a las recomendaciones dadas por Bromet et al. (1992). El tipo de inicio de la enfermedad se definió como aguda (menos de 6 meses) o insidiosa (más o igual a 6 meses), en relación con el tiempo transcurrido desde la detección de cualquiera de los síntomas prodrómicos (es decir, los síntomas que, a pesar de pertenecer a la escalas positivos, negativos, o desorganizados, no eran lo suficientemente intensa como para ser considerados como criterios de diagnóstico) (Woods y cols. 2001).

El patrón sintomático del episodio se valoró mediante la medición de los síntomas psicóticos y los síntomas afectivos presentes durante el ingreso hospitalario. Con el fin de evaluar los síntomas psicóticos, se utilizó la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) (Kay y cols. 1987; Peralta y Cuesta, 1994). Las herramientas que se utilizaron para evaluar la sintomatología afectiva fueron las siguientes: 1) La Escala de Evaluación de la Manía Administrada por Clínicos (EVMAC, validado versión española), derivado de Programa para Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia, para evaluar la presencia y gravedad de la sintomatología maniforme (Altman et al. 1994). 2) La evaluación de la sintomatología depresiva se realizó mediante la Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS), que mide el nivel de depresión de los pacientes con esquizofrenia en fase aguda.

Todos los pacientes fueron tratados con antipsicóticos atípicos (risperidona, ziprasidona, olanzapina, aripiprazol y quetiapina). La dosis de antipsicóticos en el alta fue transformada en dosis equivalentes de clorpromazina según las recomendaciones de Woods (Woods, 2003). Del total de pacientes, a un 42,9% se le prescribieron benzodiazepinas en el momento del alta hospitalaria, y la dosis se transformó en dosis equivalente clorazepato dipotásico.

En el mismo momento del alta hospitalaria se valoró la mejoría y la duración del episodio psicótico (desde que se inició el tratamiento). Para ello se utilizó la "Clinical Global Impression" (CGI) "Rating Scale" y se midió la duración (en días) del ingreso hospitalario, respectivamente.

*Estudio del curso evolutivo*

Se realizó una reevaluación clínica después de transcurridos tres años del ingreso por un primer episodio psicótico. Atendiendo a la escala PANSS, se evaluó la remisión del episodio psicótico, que fue valorada de acuerdo al criterio propuesto por el "Remission of Schizophrenia Working Group" (Andreasen y cols. 2005). Y como contrapunto al concepto de remisión, también se evaluó la recaída para lo cual el criterio usado fue "hospitalización por síntomas psicóticos tras una recuperación parcial" (Lader, 1995). También se evaluó el posible desarrollo de un síndrome deficitario mediante la utilización de la Schedule for the Déficit Syndrome (SDS) (Kirkpatrick y cols. 1989; Arango y cols. 1998). Finalmente se reevaluó el diagnóstico de acuerdo al DSM-IV mediante la Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (Sheehan y cols. 1998).

*Análisis estadístico de los datos*

Las variables cualitativas se expresaron mediante su distribución de frecuencias y las variables cuantitativas por su media  $\pm$  desviación estándar (DS). Las variables continuas no distribuidas normalmente se expresaron en la mediana y rango intercuartílico (RIQ, 25-75). Para la comparación entre grupos de variables cuantitativas, se utilizó la prueba t de Student o prueba no paramétrica de U Mann-Whitney. En el caso de variables cualitativas, la comparación entre grupos se evaluó mediante el test de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher (en caso de que más del 25% de los valores esperados fueran menos de 5). De acuerdo con los resultados obtenidos, se seleccionaron variables independientes de interés diagnóstico (EVMAC, CDSS y PANSS-PG) y sobre ellas se realizaron curvas de rendimiento diagnóstico (ROC), con el fin de establecer el punto de corte óptimo, definido como aquel que permite clasificar correctamente al mayor número de sujetos "cicloides". Para ello, se determinaron el área bajo la curva (AUC) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. Finalmente se determinaron la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo (VPP y VPN, respectivamente) y su intervalo de confianza (IC) del 95% de dichas variables. Para todas estas pruebas, el nivel de significación aceptado fue del 5%. El proceso y análisis de los datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows (SPSS, Chicago, IL, EE.UU.).

**RESULTADOS**

Diferencias estadísticamente significativas fueron encontradas entre el grupo de los “cicloides” y los “no cicloides” en numerosas variables: sintomatología prodrómica ( $p=0.029$ ), duración de la psicosis sin tratar ( $p<0.001$ ), tipo de comienzo agudo ( $p=0.002$ ), PANSS total ( $p=0.003$ ), PANSS-P ( $p=0.009$ ), PANSS-PG ( $0,001$ ), puntuación total para la manía categorizada por la EVMAC ( $p=0.001$ ), presencia de síntomas maniformes ( $p=0.001$ ), puntuación total para la depresión categorizada por la CDSS ( $p=0.004$ ), ), presencia de síntomas depresivos ( $p=0.001$ ), GAF ( $p=0.006$ ), CGI Gravedad ( $p=0,050$ ), dosis de benzodiazepinas ( $p=0.000$ ), CGI Mejoría ( $p=0.002$ ), remisión a los tres años ( $p=0.029$ ) y diagnóstico a los tres años ( $p=0.000$ ). Las curvas ROC fueron significativas para PANSS-GP (AUC = 0.791,  $p = 0.002$ ), EVMAC (AUC = 0.938,  $p = 0.001$ ), y CDSS (AUC = 0.770,  $p = 0.005$ ). El estudio de sensibilidad/especificidad demostró un valor predictivo negativo para la PANSS-GP (93.88%), la EVMAC (96.30%), y la CDSS (93.88%).

## DISCUSIÓN

La presentación clínica de un primer episodio de psicosis cicloide difiere significativamente del resto de primeros episodios psicóticos del espectro esquizofrénico, en términos del tipo de comienzo (agudo), la severidad de la sintomatología tanto psicótica como afectiva (maniaca y depresiva) y la mejoría experimentada, tal y como queda reflejado en el presente estudio y en estudios previos.

En base a la aplicación de curvas de rendimiento diagnóstico (ROC), se proponen (por su fácil aplicabilidad y su potencial utilidad en investigación) los siguientes criterios de exclusión para las psicosis cicloides: A. Ausencia de sintomatología psicótica polimorfa (Puntuación en la PANSS-PG  $< 52$ ); B. Ausencia de sintomatología maniforme (Puntuación en la EVMAC  $< 16$ ). C. Ausencia de sintomatología depresiva (Puntuación en la CDSS  $< 7$ ).

En términos de remisión, según los criterios propuestos (Andreasen y cols. 2005), el presente estudio destaca que todos los pacientes “cicloides” (100%) presentaban criterios de remisión un año después del primer episodio. Lo que contrasta significativamente con el resto de primeros episodios psicóticos, que solamente mostraron criterios de remisión en un 67,8%. De acuerdo a estudios previos en psicosis cicloides (Cutting y cols. 1978), estos resultados parecerían esperables. Pero el hecho de haber utilizado para la detección de psicosis cicloides los criterios de Perris y Brockington (1981), que no incluyen el ítem de buen pronóstico en su definición, confiere a los resultados del presente estudio una mayor validez clínica. De manera que, al no incluir el ítem de buen pronóstico, se evita una definición

tautológica del trastorno respecto a su evolución (Peralta y cols. 2007). Es decir, que los criterios diagnósticos utilizados para la detección de psicosis cicloides, serían particularmente útiles no solamente para predecir su pronóstico, sino que además confiere validez clínica a la psicosis cicloide como entidad.

El cambio en el diagnóstico inicial (según criterios DSM-IV), después de tres años de seguimiento, se observó en el 27% de los pacientes incluidos en el estudio (tanto para el grupo de los “cicloides” como el de “no cicloides”). Resultados similares a los encontrados en estudios previos con primeros episodios psicóticos, que cifran el cambio en un 22.4% (Salvatore y cols. 2009). No obstante, si bien la estabilidad diagnóstica (según criterios DSM-IV) del grupo de los pacientes “cicloides” parece ser igual a la del resto de primeros episodios psicóticos, la entidad nosológica a la que evolucionaron después de tres años fue diferente. De manera que, en los primeros episodios psicóticos “no cicloides” todos aquellos que cambiaron el diagnóstico, lo hicieron de trastorno esquizofreniforme a esquizofrenia, como era de esperar según estudios previos (Castro-Fornieles y cols. 2011). Mientras que en los pacientes “cicloides” (todos ellos diagnosticados inicialmente como trastorno esquizofreniforme), si bien permanecía mayoritariamente el diagnóstico inicial de trastorno esquizofreniforme (72.7%), aquellos que cambiaron el diagnóstico lo hicieron en un 18.2% a trastorno bipolar y en un 9.1% a esquizofrenia. Resultados que se asemejan al estudio prospectivo sobre psicosis cicloide realizado por Beckmann y cols. (1990); y también en relativa consonancia con un estudio del propio Leonhard (Trostorff y Leonhard, 1990) en el que se muestra que en torno al 12% de los pacientes cambiaban de diagnóstico hacia la esquizofrenia. Estos resultados son de especial relevancia, ya que en los estudios previos respecto al curso evolutivo de los primeros episodios psicóticos, se ha observado que de los pacientes que cambian el diagnóstico, entre un 25.0% (Salvatore y cols. 2011) y un 25.9 % (Salvatore y cols. 2009) lo hace a trastorno bipolar. Siendo por tanto la aparición de sintomatología afectiva, el factor principal del cambio diagnóstico en los primeros episodios psicóticos.

## **CONCLUSIONES**

Con los resultados del presente estudio, queda reflejado que el valor clínico de la psicosis cicloide parece evidente, ya que define un síndrome clínico específico con un patrón sintomático característico que predice una buena recuperación interepisódica y que lo diferencia del resto de primeros episodios psicóticos. De manera que la detección de posibles casos de psicosis cicloides en los primeros episodios

psicóticos, podría predecir en gran medida la posibilidad de desarrollar finalmente, lo que de acuerdo a los sistemas nosológicos actuales (DSM-5) se clasificaría como: 1) trastorno bipolar o 2) trastorno del espectro esquizofrénico, con importante relevancia de la dimensión afectiva y un patrón evolutivo que cursa con remisión interepisódica y baja tasa defectual. Aunque el valor clínico y heurístico del concepto de psicosis cicloide parece evidente, así como su relevancia pronóstica e implicaciones terapéuticas, las bases neurobiológicas del trastorno todavía están por establecerse y deberían ser estudiadas.

**PALABRAS CLAVE:** Psicosis Cicloide, Primer Episodio Psicótico (PEP), Respuesta al tratamiento, Curso evolutivo, Remisión, Estabilidad diagnóstica.

## Abstract

### INTRODUCTION

The cycloid psychosis concept has a long tradition in European psychiatry, and its theoretical roots can be traced back to the work of Augustin Morel (Morel, 1857) and to its concept of degeneration that was subsequently elaborated by Magnan (Magnan & Legrain, 1895). It was Magnan in the 1880s who first published a thorough description of a psychopathological disorder characterized by a sudden onset, polymorphous psychotic symptomatology, and recurrent course (*bouffés délirantes de les dégénéreés*). The notion of “degeneration psychoses” won acceptance in Germany, although it is no longer linked to the degeneration hypothesis, and laid the foundation for the concept of “cycloid psychoses.”

There is a broad agreement among authors that the main defining features of this disorder are: acute onset, remitting course, symptom polymorphism and benign outcome in the long run. These traits are also shared by alternative concepts, some of them national-based, such as acute schizoaffective psychosis (Kasanin, 1994), schizophreniform states (Langfeldt, 1939), reactive psychosis (McCabe, 1975), atypical psychosis (Mitsuda, 1965), puerperal psychosis (McNeil, 1986) or *bouffée délirante* (Pichot, 1982). Each of these different conceptualizations of probably the same disorder reflects the degree to which different features are regarded as essential. Finally, the cycloid psychosis concept seems to have prevailed over the rest on the basis of both its integrative character and the well-developed nosological system in which it is rooted (Cuesta & Peralta, 2007)

The first diagnostic criteria of cycloid psychosis' were described by Leonhard in 1961 (Leonhard, 1961), who conducted a thorough clinical description, concluding that they

were a group of acute and self-limiting psychotic disorders that could be diagnosed based on a cross-evaluation of the clinical picture's characteristics (Leonhard, 1999; Peralta & Cuesta 2003).

In 1981, Perris & Brokington (Perris and Brockington, 1981; Brokington et al. 1982) developed the first operational diagnostic criteria to describe the disorder, which continue to be the most used criteria to date (Peralta et al. 2007). These criteria are the following: 1) acute psychosis not related to drug consumption and without organic base, first episode between 15–50 years old; 2) sudden onset with a rapid progression to psychosis; 3) presence of at least four of the following inclusion criteria—confusion, mood-incongruent, delusions of any type, hallucinations of any type, overwhelming anxiety (psychotic anxiety), intense feelings of happiness or ecstasy, motility disturbances either akinetic or hyperkinetic, a concern with death, and mood swings; and 4) there is not a specific combination but symptomatology can frequently change showing a bipolar character.

Unlike the first diagnostic criteria described by Leonhard (Leonhard, 1961), Perris & Brokington's (Brokington et al. 1982) represent a "collection of symptoms", maintaining that the overlap of symptoms is the rule and therefore the classification of subtypes would not be suitable. (Peralta et al.2007).

Despite the fact that cycloid psychosis contains a high prevalence of affective symptoms, Perris (Perris & Perris, 1978; Perris, 1988) considered it as a separate nosological entity and presented evidence to support the clinical diagnosis as well as its predictive validity. Subsequently, several authors have pointed out that the full development of a manic or depressive syndrome would be exclusion criterion, but this idea has been soundly refuted, confirming what some authors believe to be a part of an affective disorder (Peralta and Cuesta, 2003).

In a nosological study done by Peralta & Cuesta (Peralta et al. 2007) five different nosological hypothesis are considered, in order that the cycloid psychosis would be: 1) a form of schizophrenia (Vaillant, 1964); 2) a form of affective illness (Cutting, 1990; Cutting et al. 1978); 3) an undefined heterogeneous disorder; 4) an independent nosological entity (Leonhard, 1961; Perris, 1974; Maj, 1990); 5) an intermediate form between schizophrenic and affective disorder (schizoaffective disorder) (Fish, 1964; Mojtabai, 2000; Peralta & Cuesta, 2003).

The natural evolution of cycloid psychosis shows a typically recurring pattern. Both Leonhard and Perris have repeatedly maintained that patients with cycloid psychosis completely recover from the episodes without having any damage. However, residual

defective states have been described between 7 and 17% of patients (Peralta & Cuesta, 2005).

It has been assumed that cycloid psychosis diagnosis remains stable over time (Peralta & Cuesta, 2005), while a study performed by Leonhard shows that around 12% of patients have a change in diagnosis, mainly towards schizophrenia (Trostorff & Leonhard, 1990).

### **PROJECT RATIONALE**

The concept of cycloid psychosis includes some acute, recurrent and benign psychotic disorders whose symptoms are not typically affective or schizophrenic, but essentially polymorphous (García-Andrade et al. 2011). Despite the clinical, prognostic and therapeutic relevance of cycloid psychosis, both the ICD-10 (1993) and the DSM-5 (2013) have given very little importance to the diagnosis of these syndromes (Orlikov, 2011).

From a nosological perspective, the key question as to the validity of the cycloid psychosis' diagnosis is if it defines a clearly distinct syndrome from both schizophrenia and atypical affective illnesses (Peralta & Cuesta, 2005).

The few studies that have assessed the clinical presentation, the evolutionary course, the treatment response and the diagnostic stability throughout the episodes have found it suitable; however, these works are subject to many limitations, including that they are retrospective studies (Peralta et al. 2007). Given the importance that have for the clinical validity's demonstration of the construct, a more global approach and prospective follow-up of first psychotic episodes are needed and not only of cycloid episodes (Peralta et to the. 2007).

### **HYPOTHESIS**

The cycloid psychosis construct appears to have historical, face, and empirical validity in that it can be easily differentiated from neighboring syndromes on psychopathological and outcome grounds; thus, the cycloid psychosis diagnosis appears to have clinical validity and utility. So that potential evaluation tools for diagnosis could be analyzed.

### **OBJETIVES**

The objectives of the current study were to detect cycloid psychoses cases in a sample of patients who present a first psychotic episode and to analyze the clinical validity of the cycloid psychoses by comparing both groups ("cycloid" and "non cycloid"). Afterwards, potential evaluation tools for diagnosis were analyzed.

## **METHODS AND MATERIAL**

### *Design and selection of the sample*

This work is based on a prospective naturalistic observational study performed on a sample of patients whom were hospitalized in an acute unit of a general hospital between 2004 and 2008. The patients presented a First Psychotic Episode (FPE) compatible with the diagnostic criteria for DSM-IV (APA, 2000) schizophreniform disorder, schizophrenia, or schizoaffective disorder.

The inclusion criteria were the following: 1) hospitalized patients who present a First Psychotic Episode; diagnosis of schizophrenia, schizophreniform or schizoaffective disorder as defined by DSM-IV on the basis of the Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (Sheehan et al. 1998). 2) patients aged 18–65 years.; 3) written informed consent.

The exclusion criteria were as follows: 1) a time interval between the onset of psychosis and study entry exceeding two years; 2) prior use of antipsychotic medication longer than an episode of two weeks in the previous year and/or 6 weeks lifetime. 3) psychotic episode due to known medical disease (e.g. history of head trauma, cerebrovascular disease, infections, etc.); and 4) current diagnosis of substance dependence (except tobacco) as defined by DSM-IV.

Each subject was carefully studied with a proper medical history, medical examination and laboratory studies to ensure that they fulfilled the inclusion criteria. In addition to the aforementioned requirements, patients were offered clear and detailed information on the characteristics of the study. All patients were subjected to a full clinical interview performed by the same psychiatrist.

Patients had to be included during their hospitalization. For the clinical presentation's study, each subject was assessed when they were first admitted into the hospital (after signing the informed consent) and at the time of their discharge from the hospital. Subsequently, for the study of the evolutionary course and outcome, they were to be evaluated one year after their admission to the hospital and after three years from their first hospital admission. Finally, a total of 70 patients were included.

### *Study of clinical presentation and treatment response*

The detection of the possible cases of cycloid psychosis was done by applying the operational criteria for the diagnosis of cycloid psychosis by Perris & Brockington (1981). Afterwards, the sample was divided into two groups, "cycloid" (n=11) and "non cycloid" (n=59), according to the diagnostic criteria used.

All subjects were subjected to a full clinical interview performed by the same psychiatrist. With the objective that the data obtained would be as homogeneous as possible, a data collection program was designed which included sociodemographic variables (sex and age). Regarding the duration of untreated psychosis (DUP), a definition was used according to the recommendations given by Bromet et al. (1992). The type of disease onset was defined as acute (less than 6 months) or insidious (more or equal to 6 months), in relation to the time passed since the detection of any of the prodromal symptoms (i.e. symptoms that, despite belonging to the positive, negative, or disorganized scales, were not sufficiently intense to be considered as diagnostic criteria) (Woods et al. 2001).

The episode's symptomatic pattern was assessed by measuring the psychotic symptoms and the affective symptoms present during the hospitalization. In order to assess the psychotic symptoms, the Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) was used (Kay et al. 1987; Peralta & Cuesta, 1994). The tools used to assess the affective symptomatology were the following: 1) The Clinician-Administered Rating Scale for Mania (EVMAC, validated Spanish version), derived from Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, was used to assess the presence and severity of the manic form symptomatology (Altman et al. 1994). 2) The assessment of the depressive symptomatology was done by means of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), which measures the level of depression of schizophrenic patients in acute phase.

All the patients were treated with atypical antipsychotics (risperidone, ziprasidone, olanzapine, aripiprazole, and quetiapine). The antipsychotic dose at discharge was transformed into chlorpromazine equivalent dose according to Woods' recommendations (Woods, 2003). Of all the patients, 42.9% were prescribed benzodiazepines at discharge from hospital, and the dose was transformed into clorazepate dipotassium equivalent dose.

At the time of discharge from the hospital, the patient's improvement and the duration of the psychotic episode were assessed (since the treatment started). The Clinical Global Impression (CGI) Rating Scale was used and the duration in the hospital since the date of admission was measured respectively.

#### *Study of the evolutionary course and the outcome*

After three years had gone by since being admitted for a first psychotic episode, patients and their families were subjected to a new clinical interview by the same psychiatrist. A clinical reevaluation was performed after a year since hospital admission had taken place. Using the PANSS scale, the remission of the psychotic

episode was assessed, which was done according to the criteria proposed by the Remission of Schizophrenia Working Group (Andreasen et al. 2005). As a counterpoint to the concept of remission, relapse was also evaluated for which the criterion used was "hospitalization for psychotic symptoms after a partial recovery" (Lader, 1995). The possible development of a deficit syndrome was also evaluated using the Schedule for the Deficit Syndrome (SDS) (Kirkpatrick et al., 1989; Arango et al. 1998). Finally the diagnosis according to the DSM-IV by the Mini International Neuropsychiatric Interview Plus was reevaluated (Sheehan et to the. 1998).

### *Data analysis*

Qualitative variables were summarized by their frequency distribution, and quantitative variables, by their mean and  $\pm$  SD. The continuous non-normally distributed variables were summarized by the median and interquartile range (IQR, 25–75). In case of qualitative variables, comparison was evaluated by the chi-square test or by the Fisher's exact test in case more than 25% of the expected values were less than 5. For quantitative variables, the Student's t-test or the non parametric Mann–Whitney U test was used to compare between the study groups. Receiver operator characteristics (ROC) analysis was calculated to assess the utility of the independent variables (PANSS-GP, EVMAC, and CDSS) to distinguish cycloid from non cycloid patients. Area under curve (AUC) and its 95% confidence intervals (CI) for ROC curves were calculated. Sensitivity, specificity, positive predictive values, and negative predictive values (PPV and NPV, respectively), and its 95% CIs were determined. For all of these tests, the significance level accepted was 5%. Process and analysis of the data was done through the statistical package SPSS version 15.0 for Windows (SPSS, Chicago, IL, USA).

## **RESULTS**

Significant differences were found between "cycloid" and "non cycloid" groups for a number of clinical variables: prodromic symptoms ( $p=0.029$ ), duration of untreated psychosis (DUP) ( $p<0.001$ ), type of onset ( $p=0.002$ ), PANSS total score ( $p=0.003$ ), PANSS-P ( $p=0.009$ ), PANSS-PG ( $0,001$ ), total score for mania by EVMAC ( $p=0.001$ ), presence of manic form symptomatology ( $p=0.001$ ), total score for depression by CDSS ( $p=0.004$ ), ), presence of depressive symptomatology ( $p=0.001$ ), GAF ( $p=0.006$ ), CGI Severity ( $p=0,050$ ), benzodiazepine's doses ( $p=0.000$ ), CGI Improvement ( $p=0.002$ ), remission after three years ( $p=0.029$ )and diagnosis after three years ( $p=0.000$ ). ROC curves were significant for PANSS-GP (AUC=0.791,

$p=0.002$ ), EVMAC (AUC=0.938,  $p=0.001$ ), and CDSS (AUC=0.770,  $p=0.005$ ). A sensitivity/specificity study demonstrated a negative predictive value for PANSS-GP (93.88%), EVMAC (96.30%), and CDSS (93.88%).

## DISCUSSION

The clinical presentation of a first episode of cycloid psychosis differs significantly from the rest of first psychotic episodes of schizophrenic spectrum, in terms of the type of onset (acute), the severity of both psychotic and affective symptomatology (manic and depressive) and experienced improvement, as it is reflected in the present study and in previous studies (García-Andrade et al. 2011).

Based on the application of curves (ROC), are proposed (its easy applicability and its potential utility in research) the following exclusion criteria for cycloid psychoses: A. Absence of polymorphic psychotic symptoms (Scoring PANSS-PG <52); B. Absence of symptoms maniforme (Scoring EVMAC <16); C. Absence of depressive symptoms (CDSS score <7).

In terms of remission, according to the proposed criteria (Andreasen et al. 2005), this study highlights that all the "cycloid" patients (100%) presented remission criteria a year after their first episode. Which significantly contrasts with the rest of first psychotic episodes, showing only remission criteria in 68.8%. According to previous studies on cycloid psychosis (Cutting et al. 1978), these results would seem to be expected. But the fact of having used for the detection of cycloid psychosis, Perris & Brockington's (1981) criteria which do not include the good prognosis item in its definition, gives the results of this study a greater clinical validity. Therefore, not including the good prognosis item prevents a tautological definition of the disorder with respect to its evolution (Peralta et al. 2007). That is, that the diagnostic criteria used for the detection of cycloid psychoses, would be particularly useful not only to predict its prognosis, but also to give cycloid psychosis a clinical validity as an entity.

The change in the initial diagnosis (according to DSM-IV criteria), after three years of monitoring, was observed in 27% of patients (both for the "cycloid" group as well as the "non cycloid" one). These results are very similar to those found in previous studies with first psychotic episodes, which change by 22.4% (Salvatore et al. 2009). However, although the diagnostic stability (according to DSM-IV criteria) of a group of "cycloid" patients seems to be the same as that of the rest of first psychotic episodes, the nosological entity which they evolved to after three years was different. Which means that in the early "non cycloid" psychotic episodes, all those who changed the diagnosis, changed it from schizophreniform disorder to schizophrenia, as was expected according to previous studies (Castro-Fornieles et al. 2011). While the

"cycloid" patients (all of which were initially diagnosed as schizophreniform disorder) had mainly evolved to schizophreniform disorder (72.7%), but also to bipolar disorder in a 18.2% and schizophrenia in a 9.1%. Results that resemble the prospective study on cycloid psychosis by Beckmann et al. (1990). These results are particularly relevant, as observed in the literature regarding the outcome of the first psychotic episodes, patients who have a change in diagnosis, with a 25.0% (Salvatore et al. 2011) and a 25.9% (Salvatore et al. 2009) change it to bipolar disorder. Therefore, the emergence of affective symptomatology is the main factor of the diagnostic change in the first psychotic episodes.

## **CONCLUSIONS**

With present study's results, it is shown that the clinical value of cycloid psychosis seems evident, since it defines a specific clinical syndrome with a characteristic symptomatic pattern that predicts a good interepisodic recovery and which distinguishes it from the rest of first psychotic episodes. Therefore, the detection of possible cases of cycloid psychosis during the first psychotic episodes, could largely predict the possibility of ultimately developing what would be classified according to the current (DSM-5) nosological systems as: 1) bipolar disorder or 2) schizophrenic spectrum disorder, with important relevance of the affective dimension and an evolutionary pattern that courses with interepisodic and defective low referral rates. Even though the clinical and heuristic value of the concept of cycloid psychosis seems obvious, as well as its prognostic relevance and its therapeutic implications, the neurobiological basis of the disorder are still to be established and should be studied.

**KEYWORDS:** Cycloid Psychosis, First-Episode psychosis (FEP), Treatment response, Outcome, Remission, Diagnostic stability

# Contenido

PSICOSIS CICLOIDES: Validez clínica y ubicación nosológica (Estudio prospectivo sobre una muestra de pacientes que presentan un Primer Episodio Psicótico)  
CYCLOID PSYCHOSES: Clinical validity and nosological location (prospective study in a sample of patients with First-Episode Psychosis)

|  |              |
|--|--------------|
| <b>Agradecimientos</b> .....   | <b>VII</b>   |
| <b>Resumen</b> .....   | <b>IX</b>    |
| <b>Lista de figuras</b> .....  | <b>XXIX</b>  |
| <b>Lista de tablas</b> .....   | <b>XXXII</b> |
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....  | <b>1</b>     |
| 1.1 PSICOSIS CICLOIDE: Aproximación heurística y revisión histórica .....    | 1            |
| 1.1.1 Aproximación heurística .....  | 1            |
| 1.1.2 Escuela francesa: <i>Bouffés</i> delirantes .....                      | 3            |
| 1.1.3 Escuela alemana: Psicosis cicloide .....                               | 6            |
| 1.1.4 Otras escuelas y autores .....   | 15           |
| 1.2 DIAGNÓSTICO .....  | 16           |
| 1.3 NOSOLOGÍA DE LEONHARD .....  | 23           |
| 1.3.1 Psicosis cicloide de angustia-felicidad .....                          | 24           |
| 1.3.2 Psicosis cicloide confusional excitado-inhibido .....                  | 31           |
| 1.3.3 Psicosis cicloide de la motilidad hipercinética-acinética .....        | 37           |
| 1.3.4 Resumen de los subtipos de Leonhard .....                              | 42           |
| 1.3.5 Otros subtipos .....   | 44           |
| 1.4 RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS .....                       | 44           |
| 1.5 RELACIÓN CON LAS PSICOSIS PUERPERALES .....                              | 47           |
| 1.6 LAS PSICOSIS CICLOIDES EN EL DSM-IV Y LA CIE-10 .....                    | 50           |
| 1.6.1 DSM-IV .....   | 50           |
| 1.6.2 CIE-10 .....   | 51           |
| 1.6.3 Concordancia con los trastornos psicóticos breves o transitorios ..... | 52           |
| 1.7 LAS PSICOSIS CICLOIDES EN EL DSM-5 .....                                 | 53           |
| 1.7.1 Evaluación dimensional .....   | 56           |
| 1.7.2 Trastorno Esquizoafectivo .....  | 56           |
| 1.7.3 “Deconstructing Psychosis” .....                                       | 58           |
| 1.8 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS .....   | 59           |
| 1.8.1 Demográficas .....   | 59           |
| 1.8.2 Características premórbidas .....                                      | 60           |
| 1.8.3 Patrón sintomático (presentación clínica) .....                        | 60           |
| 1.8.4 Curso y pronóstico .....   | 60           |
| 1.9 FACTORES ETIOLÓGICOS Y NEUROBIOLÓGICOS .....                             | 62           |
| 1.9.1 Herencia .....   | 62           |
| 1.9.2 Factores psicosociales .....   | 63           |
| 1.9.3 Complicaciones obstétricas .....                                       | 63           |

|  |            |
|--|------------|
| 1.9.4 Factores hormonales .....                                | 64         |
| 1.9.5 Neuroimagen.....   | 66         |
| 1.9.6 Neurofisiología .....                                    | 67         |
| 1.9.7 Otros factores.....                                      | 67         |
| 1.10 TRATAMIENTO .....   | 67         |
| 1.10.1 Tratamiento del episodio agudo .....                    | 68         |
| 1.10.2 Tratamiento de mantenimiento (interfase) .....          | 69         |
| 1.10.3 Tratamiento en función del subtipo.....                 | 70         |
| <b>JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....</b>                         | <b>73</b>  |
| <b>HIPÓTESIS.....</b>  | <b>77</b>  |
| 2.1 Validez Clínica .....                                      | 77         |
| 2.2 Diagnóstico .....  | 77         |
| 2.3 Ubicación nosológica .....                                 | 77         |
| <b>OBJETIVOS .....</b>   | <b>79</b>  |
| 3.1 Objetivos generales .....                                  | 79         |
| 3.2 Objetivos específicos .....                                | 79         |
| <b>MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>                                | <b>81</b>  |
| 4.1 Diseño .....   | 81         |
| 4.2 Selección de la muestra.....                               | 81         |
| 4.3 Criterios de Inclusión .....                               | 84         |
| 4.4 Criterios de exclusión.....                                | 85         |
| 4.5 Estudio de presentación clínica.....                       | 86         |
| 4.5.1 Instrumentos de evaluación.....                          | 86         |
| 4.6 Estudio del tratamiento y respuesta terapéutica.....       | 93         |
| 4.6.1 Instrumentos de evaluación.....                          | 93         |
| 4.7 Estudio del curso evolutivo a los 3 años .....             | 94         |
| 4.7.1 Instrumentos de evaluación.....                          | 94         |
| 4.8 Análisis estadístico de los datos .....                    | 98         |
| <b>RESULTADOS .....</b>  | <b>101</b> |
| 5.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA .....                    | 101        |
| 5.1.1 Variables socio-demográficas.....                        | 101        |
| 5.1.2 Presentación clínica .....                               | 105        |
| 5.1.3 Tratamiento pautado y respuesta terapéutica.....         | 115        |
| 5.1.4 Curso evolutivo a los 3 años.....                        | 117        |
| 5.2 ESTUDIO DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LAS PSICOSIS CICLOIDES  |            |
| 121  |            |
| 5.2.1 Detección de psicosis cicloides .....                    | 121        |
| 5.2.2 Edad / Cumple criterios de PC .....                      | 122        |
| 5.2.3 Sexo / Cumple criterios de PC.....                       | 122        |
| 5.2.4 Antecedentes familiares / Cumple criterios de PC .....   | 123        |
| 5.2.5 Sintomatología prodrómica / Cumple criterios de PC.....  | 125        |
| 5.2.6 DUP / Cumple criterios de PC .....                       | 126        |
| 5.2.7 Tipo de comienzo / Cumple criterios de PC.....           | 127        |
| 5.2.8 Sintomatología psicótica / Cumple criterios de PC .....  | 128        |
| 5.2.9 Sintomatología maniforme / Cumple criterios de PC.....   | 131        |
| 5.2.10 Sintomatología depresiva / Cumple criterios de PC ..... | 134        |
| 5.2.11 Funcionamiento Global.....                              | 135        |
| 5.2.12 Gravedad del episodio psicótico.....                    | 136        |
| 5.2.13 TABLAS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....                   | 136        |
| 5.3 Curvas de rendimiento diagnóstico (ROC).....               | 145        |

|   |            |
|---|------------|
| 5.4 ESTUDIO DE TRATAMIENTO Y RESPUESTA TERAPEUTICA DE LAS PSICOSIS CICLOIDES.....                         | 149        |
| 5.4.1 Tratamiento pautado.....  | 149        |
| 5.4.2 Respuesta al tratamiento y mejoría.....   | 150        |
| 5.4.3 Duración del ingreso hospitalario.....  | 151        |
| 5.4.4 TABLAS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....  | 152        |
| 5.5 ESTUDIO DEL CURSO EVOLUTIVO A LOS 3 AÑOS .....  | 155        |
| 5.5.1 Remisión del episodio psicótico / Cumple criterios de PC .....                                      | 155        |
| 5.5.2 Recaída / Cumple criterios de PC .....  | 156        |
| 5.5.3 Síndrome deficitario / Cumple criterios de PC.....  | 158        |
| 5.5.4 Estabilidad diagnóstica .....   | 158        |
| 5.5.5 Limitaciones del estudio del curso evolutivo .....  | 160        |
| 5.5.6 TABLAS DEL ANÁLISIS ESTADISTICO.....  | 160        |
| 5.6 RESUMEN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.....  | 164        |
| <b>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>  | <b>169</b> |
| 5.7 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA.....  | 169        |
| 5.7.1 Edad .....  | 169        |
| 5.7.2 Sexo .....  | 169        |
| 5.7.3 Antecedentes familiares.....  | 171        |
| 5.7.4 Presentación clínica.....   | 171        |
| 5.7.5 Tratamiento pautado y respuesta al tratamiento .....  | 173        |
| 5.7.6 Curso evolutivo a los 3 años .....  | 174        |
| 5.8 ESTUDIO DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LAS PSICOSIS CICLOIDES   | 176        |
| 5.8.1 Detección de psicosis cicloides.....  | 176        |
| 5.8.2 Edad de inicio / Cumple criterios de PC .....   | 176        |
| 5.8.3 Sexo / Cumple criterios de PC .....   | 177        |
| 5.8.4 Antecedentes familiares / Cumple criterios de PC .....  | 178        |
| 5.8.5 Sintomatología prodrómica, DUP y tipo de comienzo de la enfermedad /<br>Cumple criterios de PC..... | 180        |
| 5.8.6 Sintomatología psicótica / Cumple criterios de PC.....  | 181        |
| 5.8.7 Sintomatología afectiva / Cumple criterios de PC .....  | 182        |
| 5.8.8 Gravedad del episodio psicótico / Cumple criterios de PC .....                                      | 182        |
| 5.9 Curvas de rendimiento diagnóstico (ROC) .....   | 183        |
| 5.10 ESTUDIO DEL TRATAMIENTO PAUTADO Y DE LA RESPUESTA<br>TERAPEUTICA EN LAS PSICOSIS CICLOIDES .....     | 186        |
| 5.10.1 Tratamiento pautado / Cumple criterios de PC.....  | 186        |
| 5.10.2 Respuesta al tratamiento / Cumple criterios de PC .....  | 188        |
| 5.10.3 Duración del ingreso hospitalario .....  | 189        |
| 5.11 ESTUDIO DEL CURSO EVOLUTIVO A LOS 3 AÑOS EN LAS PSICOSIS<br>CICLOIDES .....                          | 189        |
| 5.11.1 Remisión / Cumple criterios de PC .....  | 189        |
| 5.11.2 Recaída / Cumple criterios de PC.....  | 190        |
| 5.11.3 Síndrome deficitario / Cumple criterios de PC.....   | 191        |
| 5.11.4 Estabilidad diagnóstica / Cumple criterios de PC .....   | 192        |
| <b>REFLEXIONES FINALES .....</b>  | <b>195</b> |
| <b>CONCLUSIONES .....</b>   | <b>203</b> |
| 6.1 Conclusiones.....   | 203        |
| 6.2 Recomendaciones.....  | 206        |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>   | <b>208</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>221</b> |

Anexo A: Publicación parcial de la tesis .....221  
Journal of Affective Disorders: Diagnostic features of the cycloid psychoses in a  
first psychotic episode sample. ....221  
Anexo B: Protocolo de recogida de datos.....223

## Lista de figuras

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| ILUSTRACIÓN 0-1: BÉNÉDICT AGUSTIN MOREL (1809-1873) .....  | 3           |
| ILUSTRACIÓN 0-2: VALENTIN MAGNAN (1835-1916) .....   | 4           |
| ILUSTRACIÓN 0-3: HENRY EY (1900-1977) .....  | 6           |
| ILUSTRACIÓN 0-4: EMIL KRAEPELIN (1856-1926) .....  | 7           |
| ILUSTRACIÓN 0-5: EUGEN BLEULER (1857-1939) .....   | 8           |
| ILUSTRACIÓN 0-6: KARL WERNICKE (1848-1905) .....   | 8           |
| ILUSTRACIÓN 0-7: KARL KLEIST (1879-1960).....  | 10          |
| ILUSTRACIÓN 0-8: PSICOSIS MARGINALES (KLEIST, 1928) .....  | 13          |
| ILUSTRACIÓN 0-9: KARL LEONHARD (1904-1988) .....   | 13          |
| ILUSTRACIÓN 0-10: CLASIFICACIÓN DE LAS PSICOSIS ENDÓGENAS (LEONHARD, 1960) .....                       | 14          |
| ILUSTRACIÓN 0-11: SUBTIPOS DE PSICOSIS CICLOIDE (LEONHARD, 1960) .....                                 | 15          |
| ILUSTRACIÓN 0-12: DIFERENTES CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LAS PSICOSIS CICLOIDES .....                    | 22          |
| ILUSTRACIÓN 0-13: CASO CLÍNICO: PSICOSIS CICLOIDE DE ANGUSTIA (LEONHARD, 1995) .....                   | 27          |
| ILUSTRACIÓN 0-14: CASO CLÍNICO: PSICOSIS CICLOIDE DE FELICIDAD (LEONHARD, 1995).....                   | 30          |
| ILUSTRACIÓN 0-15: CASO CLÍNICO: PSICOSIS CICLOIDE CONFUSIONAL (LEONHARD, 1995) .....                   | 31          |
| ILUSTRACIÓN 0-16: CASO CLÍNICO: PSICOSIS CICLOIDE DE LA MOTILIDAD HIPERCINÉTICA (LEONHARD, 1995) ..... | 39          |
| ILUSTRACIÓN 0-17: SUBTIPO, PSICOSIS ANGUSTIA-FELICIDAD .....   | 42          |
| ILUSTRACIÓN 0-18: SUBTIPO, PSICOSIS CONFUSIONAL .....  | 43          |
| ILUSTRACIÓN 0-19: SUBTIPO, PSICOSIS DE LA MOTILIDAD .....  | 43          |
| ILUSTRACIÓN 0-20: JACOB KASANIN (1897-1946) .....  | 45          |
| ILUSTRACIÓN 0-21: PSICOSIS PUERPERALES SEGÚN KLOMPENHOUWER (1995) .....                                | 49          |
| ILUSTRACIÓN 0-22: PORTADA DSM-IV-TR (APA, 2000) .....  | 50          |
| ILUSTRACIÓN 0-23: PORTADA CIE-10 (OMS, 1993) .....   | 51          |
| ILUSTRACIÓN 0-24: PORTADA DSM-5 (APA, 2013).....   | 53          |
| ILUSTRACIÓN 0-25: DIFERENCIAS ENTRE EL DSM-IV-TR Y EL DSM-5 .....                                      | 55          |
| ILUSTRACIÓN 0-26: REDUCCIÓN DE LOS NIVELES ESTROGÉNICOS QUE SE ASOCIAN A LA CLÍNICA CICLOIDE. ....     | 65          |
| ILUSTRACIÓN 0-27: HIPÓTESIS FISIOPATOLÓGICA DE LAS PSICOSIS CICLOIDES .....                            | 66          |
| ILUSTRACIÓN 0-1: HIPÓTESIS NOSOLÓGICAS DE LAS PSICOSIS CICLOIDES.....                                  | 78          |
| ILUSTRACIÓN 0-1: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ESQUIZOFRENIA (DSM-IV).....                                 | 82          |
| ILUSTRACIÓN 0-2: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME (DSM-IV) .....                  | 83          |
| ILUSTRACIÓN 0-3: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO (DSM-IV) .....                    | 83          |
| ILUSTRACIÓN 0-1: EDAD .....  | 102         |
| ILUSTRACIÓN 0-2: SEXO .....  | 103         |
| ILUSTRACIÓN 0-3: ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNO AFECTIVO.....                                    | 104         |
| ILUSTRACIÓN 0-4: ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNO PSICÓTICO.....                                   | 105         |
| ILUSTRACIÓN 0-5: DURACIÓN DE LA PSICOSIS SIN TRATAR (DUP) .....  | 106         |
| ILUSTRACIÓN 0-6: TIPO DE COMIENZO DE LA ENFERMEDAD .....   | 107         |
| ILUSTRACIÓN 0-7: PANSS TOTAL .....   | 108         |
| ILUSTRACIÓN 0-8: PANSS-P.....  | 109         |

|  |     |
|--|-----|
| ILUSTRACIÓN 0-9: PANSS-N .....   | 109 |
| ILUSTRACIÓN 0-10: PANSS-PG.....  | 110 |
| ILUSTRACIÓN 0-11: EVMAC (INTERVALOS) .....   | 111 |
| ILUSTRACIÓN 0-12: CDSS (PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS).....   | 112 |
| ILUSTRACIÓN 0-13: GAF .....  | 113 |
| ILUSTRACIÓN 0-14: CGI GRAVEDAD.....  | 114 |
| ILUSTRACIÓN 0-15: CGI MEJORÍA .....  | 116 |
| ILUSTRACIÓN 0-16: NÚMERO DE DÍAS INGRESADO .....   | 117 |
| ILUSTRACIÓN 0-17: REMISIÓN DEL EPISODIO PSICÓTICO .....  | 118 |
| ILUSTRACIÓN 0-18: PRESENCIA DE RECAÍDA.....  | 118 |
| ILUSTRACIÓN 0-19: NÚMERO DE RECAÍDAS .....   | 119 |
| ILUSTRACIÓN 0-20: CUMPLE CRITERIOS DE PSICOSIS CICLOIDE .....  | 121 |
| ILUSTRACIÓN 0-21: EDAD / CUMPLE CRITERIOS DE PC .....  | 122 |
| ILUSTRACIÓN 0-22: SEXO / CUMPLE CRITERIOS DE PC.....   | 123 |
| ILUSTRACIÓN 0-23: ANTECEDENTES FAMILIARES DE TR AFECTIVOS / CUMPLE CRITERIOS DE PC.....  | 124 |
| ILUSTRACIÓN 0-24: ANTECEDENTES FAMILIARES DE TR PSICOTICO / CUMPLE CRITERIOS DE PC .....   | 125 |
| ILUSTRACIÓN 0-25: DUP / CUMPLE CRITERIOS DE PC.....  | 127 |
| ILUSTRACIÓN 0-26: TIPO DE COMIENZO DE LA ENFERMEDAD / CUMPLE CRITERIOS DE PC.....  | 128 |
| ILUSTRACIÓN 0-27: PANSS TOTAL / CUMPLE CRITERIOS DE PC.....  | 129 |
| ILUSTRACIÓN 0-28: PANSS-P / CUMPLE CRITERIOS DE PC .....   | 130 |
| ILUSTRACIÓN 0-29: PANSS-N / CUMPLE CRITERIOS DE PC.....  | 130 |
| ILUSTRACIÓN 0-30: PANSS-PG / CUMPLE CRITERIOS DE PC.....   | 131 |
| ILUSTRACIÓN 0-31: EVMAC TOTAL / CUMPLE CRITERIOS DE PC .....   | 132 |
| ILUSTRACIÓN 0-32: PRESENCIA SÍNTOMAS MANIFORMES / CUMPLE CRITERIOS DE PC .....   | 133 |
| ILUSTRACIÓN 0-33: CDSS TOTAL / CUMPLE CRITERIOS DE PC.....   | 134 |
| ILUSTRACIÓN 0-34: PRESENCIA SÍNTOMAS DEPRESIVOS / CUMPLE CRITERIOS DE PC.....  | 135 |
| ILUSTRACIÓN 0-35: CGI GRAVEDAD / CUMPLE CRITERIOS DE PC.....   | 136 |
| ILUSTRACIÓN 0-36: CURVA ROC PANSS-PG.....  | 146 |
| ILUSTRACIÓN 0-37: CURVA ROC EVMAC.....   | 146 |
| ILUSTRACIÓN 0-38: CURVA ROC CDSS .....   | 147 |
| ILUSTRACIÓN 0-39: REMISIÓN / CUMPLE CRITERIOS DE PC .....  | 156 |
| ILUSTRACIÓN 0-40: RECAÍDA / CUMPLE CRITERIOS DE PC .....   | 157 |
| ILUSTRACIÓN 0-41: NÚMERO DE RECAÍDAS / CUMPLE CRITERIOS DE PC .....  | 157 |
| ILUSTRACIÓN 0-42: SÍNDROME DEFICITARIO / CUMPLE CRITERIOS DE PC .....  | 158 |
| ILUSTRACIÓN 0-43: DIAGNÓSTICO A LOS 3 AÑOS / CUMPLE CRITERIOS DE PC .....  | 159 |
| ILUSTRACIÓN 0-1: REFLEXIONES FINALES SOBRE HIPÓTESIS NOSOLÓGICAS.....  | 197 |
| ILUSTRACIÓN 0-2: MONISMO <i>JANICULAR</i> .....  | 202 |
| ILUSTRACIÓN 0-1: JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS: DIAGNOSTIC FEATURES OF THE CYCLOID PSYCHOSES IN A FIRST<br>PSYCHOTIC EPISODE SAMPLE. .... | 222 |



## Lista de tablas

|   |     |
|---|-----|
| TABLA 0-1: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE PSICOSIS CICLOIDES DE LEONHARD SEGÚN BRÄUNING (1995) .....             | 17  |
| TABLA 0-2: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE PSICOSIS CICLOIDES DE PERRIS Y BROCKINGTON (1981).....                 | 18  |
| TABLA 0-3: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS OPERATIVOS DE LAS PSICOSIS CICLOIDES DE SCHREIBER (1995) .....            | 21  |
| TABLA 0-1: ESCALA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL GENERAL (GAF) .....   | 92  |
| TABLA 0-2: CRITERIOS DE SÍNDROME DEFICITARIO DE LA ESQUIZOFRENIA .....                                      | 97  |
| TABLA 0-1: EDAD .....   | 101 |
| TABLA 0-2: SEXO .....   | 102 |
| TABLA 0-3: ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNO AFECTIVO.....   | 104 |
| TABLA 0-4: ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNO PSICÓTICO.....  | 104 |
| TABLA 0-5: DURACIÓN DE LA PSICOSIS SIN TRATAR (DUP) .....   | 106 |
| TABLA 0-6: TIPO DE COMIENZO DE LA ENFERMEDAD .....  | 107 |
| TABLA 0-7: PANSS.....   | 108 |
| TABLA 0-8: EVMAC (PUNTUACIÓN TOTAL).....  | 110 |
| TABLA 0-9: EVMAC (PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA MANIACA).....   | 111 |
| TABLA 0-10: CDSS (PUNTUACIÓN TOTAL).....  | 112 |
| TABLA 0-11: CDSS (PRESENCIA SÍNTOMAS DEPRESIVOS).....   | 112 |
| TABLA 0-12: GAF .....   | 113 |
| TABLA 0-13: CGI GRAVEDAD .....  | 114 |
| TABLA 0-14: CGI MEJORÍA.....  | 115 |
| TABLA 0-15: NÚMERO DE DÍAS INGRESADO .....  | 116 |
| TABLA 0-16: REMISIÓN DEL EPISODIO PSICÓTICO .....   | 117 |
| TABLA 0-17: PRESENCIA DE SÍNDROME DEFICITARIO .....   | 120 |
| TABLA 0-18: TABLAS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL ESTUDIO DE PRESENTACIÓN CLÍNICA .....                       | 137 |
| TABLA 0-19: ESTUDIO SENSIBILIDAD/ESPECIFICIDAD .....  | 148 |
| TABLA 0-20: TABLAS EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL ESTUDIO DEL TRATAMIENTO PAUTADO Y RESPUESTA TERAPÉUTICA .... | 152 |
| TABLA 0-21: TABLAS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL CURSO EVOLUTIVO A LOS 3 AÑOS.....                           | 160 |

# INTRODUCCIÓN

## 1.1 PSICOSIS CICLOIDE: Aproximación heurística y revisión histórica.

### 1.1.1 Aproximación heurística

La existencia de psicosis agudas de corta duración, de sintomatología intensa y de remisión total ha sido bien conocida por los clínicos y descrita en sus rasgos esenciales por numerosos autores anteriores a Kraepelin. Este autor clasificó las psicosis endógenas en base a su sintomatología, curso y pronóstico de una manera dicotómica: por un lado la demencia precoz (caracterizada por síntomas psicóticos, desorganización del pensamiento y conducta, síntomas negativos y un curso crónico y deteriorante) y por otro lado la locura maníaco-depresiva (caracterizada por una intensa depresión o éxtasis o una combinación de ambas, un curso fásico y un pronóstico a largo plazo favorable) (Kraepelin, 1899). En este sistema dicotómico las psicosis agudas autolimitadas y de buen pronóstico fueron englobadas dentro del polo de la locura maníaco-depresiva (Maj, 1984). Posteriormente otras consideraciones y perspectivas se hicieron presentes en relación a este sistema de clasificación, especialmente en países como Alemania, Francia, Escandinavia y Japón. Así, los conceptos actuales de "trastornos psicóticos agudos y transitorios" (CIÉ-10) y "trastornos psicóticos breves" (DSM-IV) tienen su origen en los conceptos de bouffée délirante y de psicosis cicloides desarrollados en Francia y Alemania durante el último tercio del siglo XIX y principios del XX, respectivamente (Peralta y Cuesta, 2007).

El concepto de psicosis cicloide posee una larga tradición en la psiquiatría europea (Barcia, 1988). Las raíces teóricas y heurísticas de este concepto se encuentran en el trabajo realizado por Augustin Morel (Morel, 1857) y su noción de degeneración, concepto que fue posteriormente desarrollado por Magnan (Magnan y Legrain, 1895). Fue este autor quien publicó por primera vez una exhaustiva descripción de un trastorno psicopatológico caracterizado por inicio súbito, sintomatología psicótica polimorfa y curso recurrente (bouffés delirantes de les dégénéreés). La idea de degeneración describía un estado anormal, de origen principalmente hereditario (que se agravaba conforme se transmitía de generación en generación) e implicaba una serie de trastornos entre los que se incluía la "psicosis degenerativa" (Magnan y Legrain, 1895). Dicho concepto de psicosis degenerativa gozó de gran aceptación en Alemania y dio pie a la creación del concepto de "Psicosis Cicloides".

El concepto actual de psicosis cicloides ha sido desarrollado por la denominada "escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard" (Ungvari, 1993). Wernicke, coetáneo de Kraepelin, fue uno de los mayores críticos del sistema dicotómico de éste, siendo un discípulo suyo, Kleist en 1926, el primero que utilizó el término de "Zycloiden Psychosen" para agrupar aquellos trastornos descritos hasta entonces, incluidos los que él mismo había denominado como "psicosis delirante afectiva" y "psicosis afectiva". Dicho autor describió dos variantes del trastorno: psicosis confusional excitado-inhibida (caracterizada por la alternancia de fases de un estado confusional agitado y de un estado de estupor) y la psicosis de la motilidad hiperkinética-acinética (caracterizada por la alternancia de fases hiperkinéticas con fases hipo o acinéticas). Posteriormente, Leonhard describió una tercera forma de psicosis: la psicosis angustia-felicidad (caracterizada por la alternancia de fases de angustia con otras de felicidad/éxtasis relacionadas respectivamente con ideación delirante paranoide y megalomaníaca), quedando así establecido el actual concepto del trastorno (Leonhard, 1961; Leonhard, 1979). De esta forma, las psicosis cicloides quedaron englobadas como una entidad a caballo entre las esquizofrenias y psicosis afectivas en el que quizá sea el más elaborado sistema nosológico de las psicosis endógenas (Leonhard, 1999). En contraposición a Kleist, que consideraba a las psicosis cicloides como variantes del círculo maníaco-depresivo, para Leonhard este tipo de psicosis representaba una entidad nosológica independiente de las psicosis maníaco-depresivas y de la esquizofrenia (Cuesta y Peralta, 2007).

Existe un amplio consenso entre diferentes autores sobre las principales características de las psicosis cicloides: comienzo abrupto, curso autolimitado,

sintomatología polimorfa, tendencia a la recurrencia y un buen pronóstico a largo plazo; además, frecuentemente, existen factores desencadenantes, tanto biológicos como psicológicos, sobre todo en el primer episodio de la enfermedad.

No obstante, estas características clínicas (o muy similares) han sido descritas por otros autores y/o escuelas, con multitud de nombres tales como:

- ✓ psicosis esquizoafectiva aguda (Kasanin, 1994),
- ✓ psicosis esquizofreniforme (Langfeldt, 1939)
- ✓ psicosis reactiva (McCabe, 1975)
- ✓ psicosis atípicas (también denominadas psicosis de Mitsuda) (Mitsuda, 1965),
- ✓ psicosis puerperal (McNeil, 1986),
- ✓ bouffée delirante (Pichot, 1982).

Estas diferentes denominaciones de probablemente el mismo trastorno, en gran medida reflejan el énfasis puesto en las distintas características del trastorno. Finalmente, el término de psicosis cicloide ha prevalecido sobre el resto tanto por su carácter integrativo como por haber sido desarrollado en el marco de un sistema nosológico coherente y bien integrado (Cuesta y Peralta, 2007).

### 1.1.2 Escuela francesa: *Bouffés* delirantes

Como se ha mencionado anteriormente, en Francia, los planteamientos parten de la teoría de la degeneración de Bénédicte Augustin Morel (Morel, 1857). Por aquel entonces era la teoría que reinaba y Magnan va a convertirse en un auténtico sucesor de este. Sin embargo introduce una serie de modificaciones y ordena su teoría.

En lo referente a lo que aquí nos concierne, nos habla de los síndromes episódicos: *“en los degenerados sobrevendrán indefectiblemente los accidentes agudos o síndromes episódicos dentro de los cuales se sitúan las obsesiones, las*



Ilustración 0-1: Bénédicte Augustin Morel (1809-1873)

*impulsiones y las bouffées delirantes*” (Barcia, 1998, p.21; citando a Magnan, 1893)

En 1893, Magnan y su discípulo Legrain, describieron unos cuadros psicóticos agudos que denominaron *bouffées delirantes*: “Estas se caracterizaban por ser transitorias, parciales o generales y por aparecer sin un factor desencadenante apreciable o a propósito de un incidente menor (emoción moral, puerperio, etc...)” (Barcia, 1998, p.26; citando a Magnan, 1893).



Ilustración 0-2: Valentin Magnan (1835-1916)

Estos cuadros fueron clasificados en varios tipos:

- 1) **Exaltación cerebral o maníaca:** “estaría uno tentado a pensar en la manía epiléptica por su aparición y resolución brusca” (Barcia, 1998, p.35; citando a Magnan, 1893).
- 2) **Depresión melancólica:** que consistían en depresiones atípicas con ideas delirantes de persecución y culpa.
- 3) **Estados confusionales.**
- 4) **Delirios de “emblé”:** Superponibles a las *bouffées delirantes* de Henry Ey (Ey, 1995), ya sean únicas o se sucedan, y que respetan la integridad psíquica del paciente entre los episodios.
- 5) **Delirios de los degenerados:** Los cuales hay que distinguir de los delirios crónicos de evolución sistemática.

La descripción de Magnan es especialmente relevante sobre todo por dos puntos:

- a) en ellas se contienen los elementos fundamentales que servían para caracterizar estas psicosis,

- b) por la influencia que tendrá no solamente en autores franceses posteriores sino también en los autores alemanes.

Magnan señaló que tomadas en conjunto tienen rasgos comunes (Colina y Álvarez, 1994):

- 1) Comienzo repentino sin factores desencadenantes.
- 2) “Desfile caleidoscópico de síntomas”: Semiología delirante polimorfa e inestable, con temas variables y múltiples (persecución, grandeza, sentimientos de posesión). No se organizan alrededor de un tema prevalente. Alucinaciones referidas a todos los sistemas, interpretaciones e intuiciones delirantes.
- 3) Variación significativa del estado de conciencia y del afecto del sujeto. Puede transcurrir desde la intensa euforia hasta la angustia, asociándose a variaciones que van desde el éxtasis hasta el abatimiento.
- 4) La remisión es rápida y la restitución es completa.
- 5) No suele haber síntomas físicos.

Esta doctrina describe también que el episodio psicótico debe durar como máximo unas semanas y puede concluir con la misma agudeza con la que se inició.

En los comienzos del siglo XX la *bouffée* delirante englobó a una serie de cuadros delirantes que varios autores franceses describieron a partir de las diferencias de los mecanismos de elaboración del delirio:

- 1) **psicosis alucinatorias agudas** (Ballet, 1922, citado en Colina y Alvarez, 1994),
- 2) **psicosis imaginativas esenciales** (Dupré y Logre, 1914 citado en Colina y Alvarez, 1994),
- 3) **estados interpretativos agudos curable** (Serieux y Capgras, 1926 citado en Colina y Alvarez, 1994).



Ilustración 0-3: Henry Ey  
(1900-1977)

Años más tarde hubo una serie de psiquiatras que siguieron la escuela de Magnan (Halberstadt, Targowla, etc.), pero tras ellos hubo un tiempo de parada, posiblemente a raíz de un periodo de crisis relacionado con que los autores franceses fueron asimilando los planteamientos de Kraepelin.

En 1950 vuelve a resurgir la noción de bouffée délirante gracias a Henry Ey, quien además de aportar múltiples análisis clínicos, ofreció una tesis sobre la *“desintegración de la conciencia”* que es el elemento integrador que da unidad a la variedad de los cuadros clínicos (Ey, 1995).

Actualmente la clasificación oficial francesa de trastornos mentales (INSERM, 1977) divide los trastornos delirantes agudos en tres categorías:

- 1) **Bouffées delirantes agudas.**
- 2) **Variantes reactivas.**
- 3) **Accesos delirantes agudos considerados como esquizofrenia.**

Hace algo más de quince años, se realizó una encuesta de opinión a los psiquiatras franceses (Samuel-Lajeunesse y cols, 1996). Por ésta se supo que cuatro de cada cinco psiquiatras deseaban conservar el término de bouffée délirante y uno de cada tres pensaba que se trataban de cuadros independientes del resto de psicosis.

### 1.1.3 Escuela alemana: Psicosis cicloide

- **Kraepelin: El problema de las psicosis atípicas**

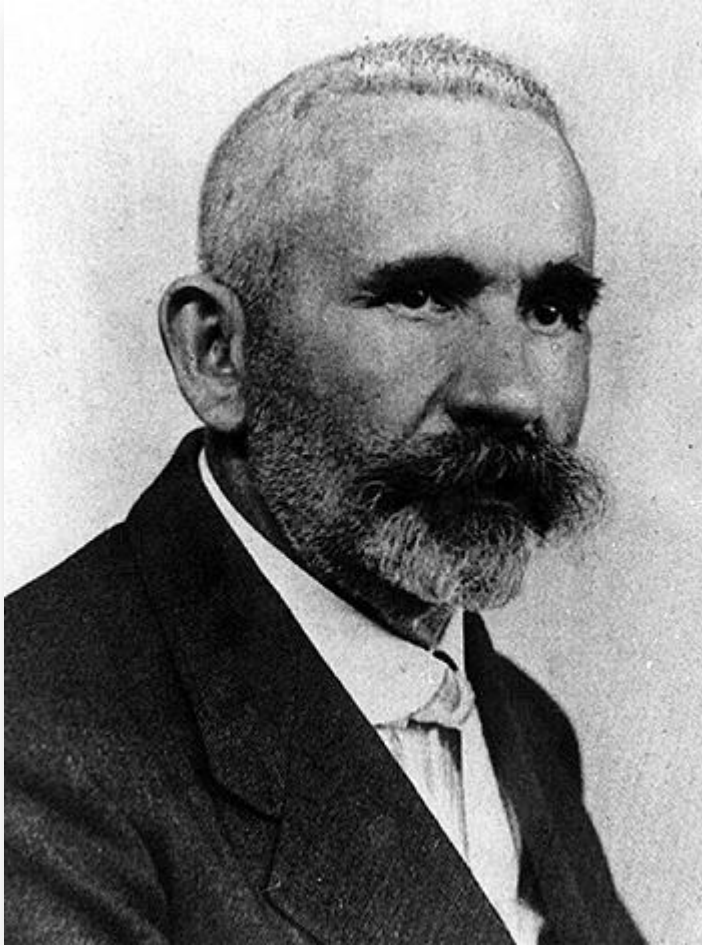


Ilustración 0-4: Emil Kraepelin (1856-1926)

El desarrollo del concepto de las psicosis cicloides se remonta al problema de las “*psicosis atípicas*”, que surgió a su vez de la dicotomía en las psicosis endógenas, creada por Kraepelin (1923). Este problema concernía a la clasificación de aquellos cuadros que no podían asignarse a la demencia precoz ni tampoco a la enfermedad maníaco-depresiva. La realidad clínica mostraba síndromes

que no se podían clasificar dentro de esta dicotomía, tanto por sus síntomas en el corte transversal, como por el curso y desenlace, que evidenciaban ser diferentes por completo. La división diagnóstica efectuada por Kraepelin creaba una dificultad clínica para hacer afirmaciones pronósticas. Muchos trastornos diagnosticados como demencia precoz, de acuerdo con su apariencia clínica, mostraban a menudo remisiones completas y una evolución favorable. No obstante, conviene recordar que el propio Kraepelin, reconoció que en un 13% de los casos diagnosticados como demencia precoz tenían una evolución fásica con buen pronóstico y los denominó “*estados mixtos de locura maníaco-depresiva*” (Barcia, 1998).

Para solucionar este problema, una estrategia inicial fue la de ampliar el concepto de demencia precoz al de la esquizofrenia, tal y como fue inaugurado por Bleuler en 1911.

La esquizofrenia incluía ahora muchas condiciones clínicas con sintomatología transversal, curso crónico y desenlaces enteramente diferentes, reduciendo considerablemente, de este modo, el valor heurístico de un diagnóstico de esquizofrenia. Además seguía siendo casi imposible hacer un juicio pronóstico fiable usando el concepto de Bleuler.

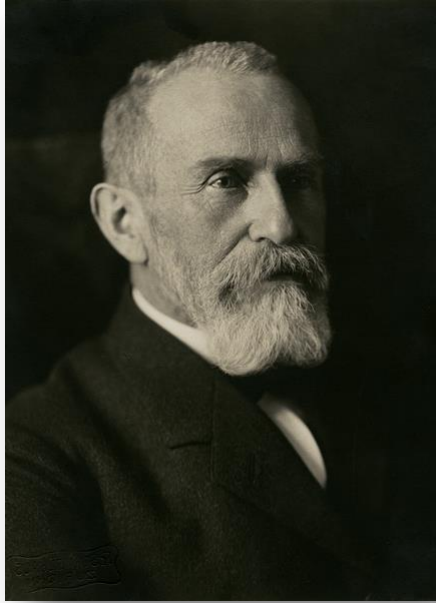


Ilustración 0-5: Eugen Bleuler  
(1857-1939)



Ilustración 0-6: Karl Wernicke  
(1848-1905)

#### ▪ Escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard

Karl Wernicke, coetáneo de Kraepelin, fue uno de los mayores críticos del sistema dicotómico de éste.

En 1889 definió la conciencia como la suma de impresiones derivadas de tres fuentes: del medio ambiente, del yo propio (yo social, yo religioso) y del yo corporal. De ahí su división de las enfermedades mentales en tres grupos:

**a) *Allopsychosis*:** derivadas de las falsas impresiones del medio ambiente.

b) **Autopsychosis**: derivadas de las falsas impresiones del yo propio.

c) **Somatopsychosis**: derivadas de las falsas impresiones del yo corporal.

A partir de esta clasificación, describió una variedad de condiciones clínicas independientes, sin consideraciones pronósticas o nosológicas, entre las que se encontraban:

- ✓ Psicosis cíclica de la motilidad.
- ✓ Psicosis de angustia.
- ✓ Autopsicosis expansiva con ideas autóctonas.
- ✓ Confusión agitada.
- ✓ Acinesia intrapsíquica.

De este modo, Wernicke ya había reconocido los síndromes típicos de las psicosis cicloides, siendo el autor que abre camino para el concepto de las psicosis cicloides (Franzek, 1990).

Autores como Friedman (1905), Gaupp (1907), Schöder (1918) y Biswanger (1928), que se oponían a la clasificación de Kraepelin, hicieron una aproximación al estudio de las psicosis endógenas, siguiendo en general los planteamientos de Wernicke, que llevaron a reconocer la existencia de las llamadas “*psicosis periódicas*” (Leonhard, 1960)

En este sentido, Friedman hablaba de “*paranoias benignas*” (Gieruch y Friedman, 1909). Gaupp, para quien existían formas de paranoia que se curaban o mostraban remisiones muy importantes; denominó a estos cuadros “*paranoias abortivas*” (Gaupp, 1926). Schröder fue el autor alemán que recibió más claramente la influencia de las tesis francesas y fue el primero en usar el término de psicosis degenerativos que tiempo después cambió por “*psicosis metabólicas*” (Schröder, 1922). En estas psicosis incluyó cuadros agudos, de curso fásico que cursaban sin dejar defecto, con gran variedad y riqueza sintomatológica, alteraciones de la motilidad y un matiz

maníaco-depresivo, además de su tendencia a la periodicidad. También Biswanger presentó una clasificación de las psicosis degenerativas. (Derito y cols., 2005)

- **Karl Kleist: Psicosis marginales**

Pero fue Karl Kleist (1926, 1928), discípulo de Wernicke, quien acuñó por primera vez el término "*Zycloiden Psychosen*" (Psicosis Cicloide), realizando el primer intento para integrar en una nosología las diferenciaciones psicopatológicas exactas que hizo su maestro, con la influencia de las "psicosis periódicas" de un lado y con la visión de Kraepelin por el otro. De este modo Kleist, se encontró un gran número de psicosis atípicas que tenían rasgos comunes (agudeza, curso fásico, evolución benigna...), que quedaban separadas de los trastornos esquizofrénicos y situadas "al margen" de las psicosis fásicas (maníaco-depresivas), a las que denominó "*Randpsychosen*" (Psicosis Marginales) (Derito y cols., 2005)

*"Kleist no intentó, como lo hizo Kraepelin y sus seguidores, de agregar las formas a la esquizofrenia o a la enfermedad maníaco-depresiva, sino que las tomó como propias. Tampoco se conformó con una visión global del tipo psicosis degeneradas de Schröder. Se desvió de los conceptos de Wernicke ya que llegó al resultado de que se trataban esencialmente de psicosis endógenas, que se curan, es decir, debían ser separadas pronósticamente y etiológicamente de las esquizofrenias."*

(Leonhard, 1960).

Al adoptar Kleist el principio etiológico de Kraepelin se produce un cruce particular con la línea de investigación de Wernicke. Para Kleist, la esquizofrenia nuclear es una enfermedad psíquica sistematizada, una heredodegeneración, similar al Corea de Huntigton y otros procesos heredodegenerativos del sistema nervioso central. Las psicosis autóctonas, son debidas para él a una disposición lábil de los aparatos cerebrales circunscritos que, que se



**Ilustración 0-7: Karl Kleist  
(1879-1960)**

trastornarían funcionalmente. De esta manera: *“La esquizofrenia sería un proceso orgánico y degenerativo, mientras que las psicosis autóctonas un trastorno funcional en unos mecanismos lábiles y, por tanto, reversible”* (Cabaleiro Goas, 1968).

Según estas nociones previas, Kleist distinguió cinco grupos en sus psicosis marginales (Barcia, 1982):

- 1) **Psicosis cicloides:** Aquí se clasifican la psicosis de la motilidad y las psicosis confusionales. *“los conceptos de psicosis de la motilidad y psicosis confusional vienen de Meynert y Wernicke, pero ellos los referían a cuadros sistemáticos...para nosotros se trata de cuadros que se producen por predisposiciones anormales, se descargan en fases repetidas en el curso de la vida y a menudo transcurren en fases dobles opuestas y no dejan ningún defecto mental”* (Kleist, 1928). La psicosis hipercinética se manifiesta con movimientos pseudoespontáneos y pseudoexpresivos, con gran variabilidad en las expresiones motoras. El curso de las fases suele durar entre dos y cuatro semanas. A veces se ligan a la menstruación de las mujeres y se dan más frecuentemente en las mujeres que en los hombres. Desde el punto de vista hereditario, decía Kleist, guarda relación con la histeria, la epilepsia, la psicosis maníaco-depresiva y la psicopatía.
  
- 2) **Psicosis del yo:** Constituida por la hipocondría y la *“confabulosis expansiva aguda”*. Estos cuadros clínicos, se repiten periódicamente y coinciden ampliamente con el delirio paralítico de grandeza. También recuerda a la intensa formación delirante en las reactivas descritas por Bonhoffer de ciertos psicópatas que enferman en prisión con *“lábil conciencia de personalidad”* (fantasiofrenia). Es frecuente la hipertimia y la fuga de ideas. *“Encontramos un aumento confabulatorio fantástico de la vida y representación y una elaboración delirante del yo mismo (autopsicosis) y del yo corporal (somatopsicosis)”* (Kleist, 1928). El curso de estas psicosis es fásico y aunque generalmente es monofásico, en ocasiones se alternan episodios de expansión confabulatoria con otros de hipocondría.
  
- 3) **Psicosis paranoides:** Kleist habla de la dificultad de concretarlas debido a la mala delimitación de la paranoia: *“las enfermedades paranoicas se desarrollan sobre una constitución que he llamado hipoparanoica”* (Kleist, 1928). Este estado queda definido por la desconfianza y la elevada conciencia de sí mismo. Aquí se

incluyen la alucinosis persecutoria aguda y la psicosis aguda expansiva de inspiración. En esta última el enfermo se siente inspirado y empujado a la realización de grandes acciones y obras salvadoras, por lo general en referencia a lo religioso. En ocasiones hay un cambio repentino al polo hipocondríaco. La alucinosis persecutoria aguda se aproxima a la alucinosis de los bebedores.

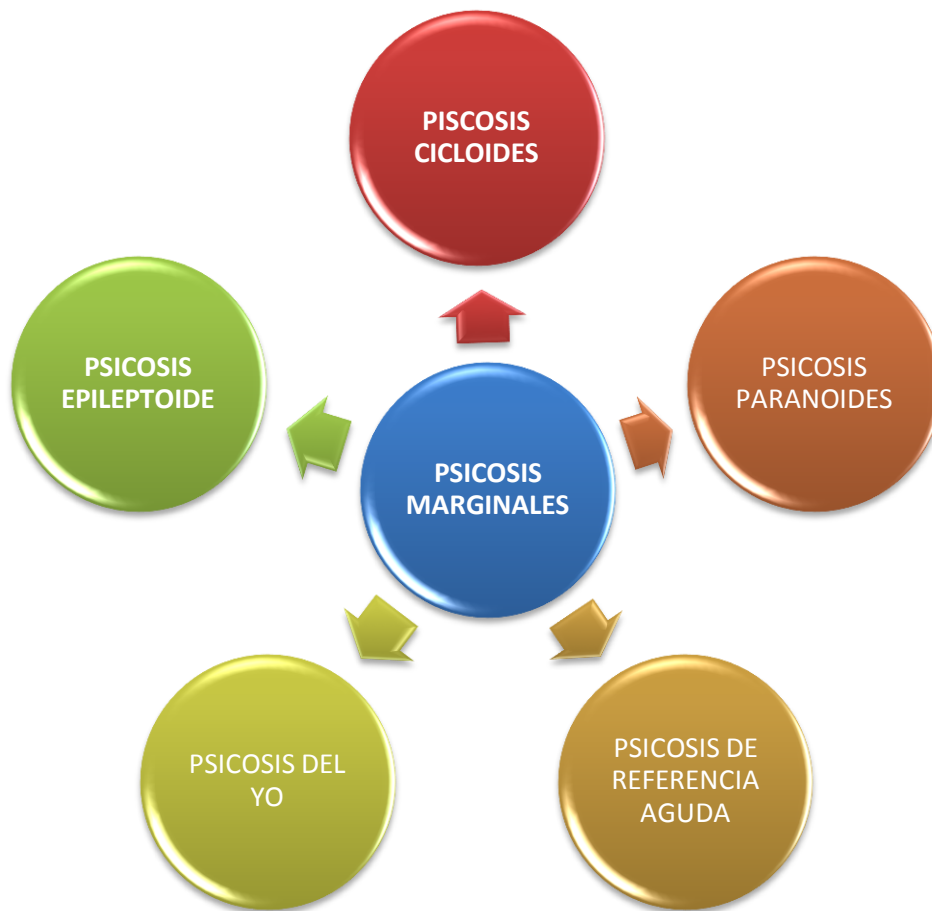
**4) Psicosis epileptoides:** Los estados crepusculares episódicos son, como los de los epilépticos, cuadros de enturbiamiento de la conciencia de corta duración, aproximadamente 6-7 días, y tanto su instauración como el cese de sintomatología es brusca. Junto al enturbiamiento aparece otra sintomatología como agitación, actos impulsivos violentos, fugas, intentos de suicidio, etc. En otros enfermos se presentan inspiraciones y afectos similares a la psicosis de inspiración. Kleist llamó la atención sobre estados crepusculares que junto al enturbiamiento de conciencia, se caracterizaban por alteraciones morbosas de la cualidad de reconocimiento con perplejidad y numerosas autorreferencias imprecisas y angustiosas.

**5) Psicosis de la cualidad de relación o psicosis de referencia aguda:** Este grupo incluye a la psicosis aguda de relación y las psicosis de extrañamiento, unos cuadros situados entre las psicosis epileptoides y las psicosis paranoides. El primer cuadro presenta fenómenos de la cualidad de reconocimiento aumentados, pero sin que haya alteración de la conciencia. Como su opuesto, Kleist considera las psicosis de extrañamiento en las que existen fenómenos de despersonalización. *"Estos pacientes realizan quejas acerca de que las impresiones están alejadas, es como si no afectaran al enfermo...esta vivencia negativa, no es más que un defecto de la autorrelación, un descenso en la cualidad de reconocimiento"* (Kleist, 1928)

Según Barcia, a pesar de la complejidad nosológica estos cuadros pueden ser reconocidos en la clínica, aunque es difícil encontrarlos en su forma pura, pudiendo mezclarse con otras formas (Barcia, 1998).

En la siguiente figura se muestra la clasificación de las psicosis marginales de Kleist:

Ilustración 0-8: Psicosis Marginales (Kleist, 1928)



- **Karl Leonhard: Psicosis Cicloide**

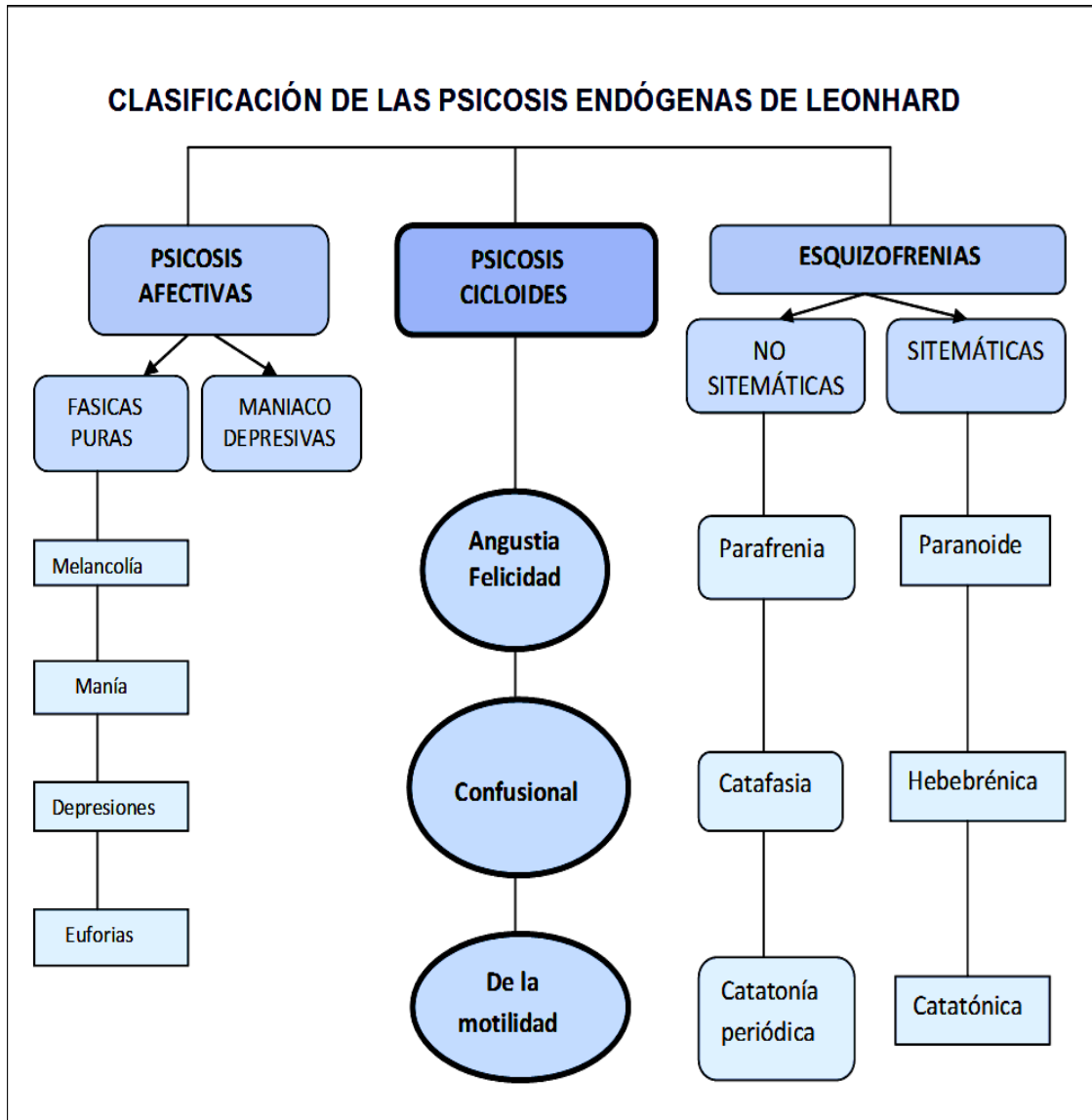
Fue Karl Leonhard (1960) quien estableció definitivamente el concepto de las psicosis cicloides basándose en los trabajos previos de Kleist y Wernicke (Franzek, 1990). Resumió la psicosis de angustia-felicidad, la psicosis confusional y la psicosis de la motilidad bajo el concepto de "psicosis cicloides", término que introdujo definitivamente, considerando sus características distintivas de sintomatología, curso, desenlace y baja carga genética. En su subdivisión enfatizó la independencia nosológica de este grupo de psicosis



Ilustración 0-9: Karl Leonhard (1904-1988)

representándolo como uno de los cinco grupos principales de psicosis endógenas, como se muestra en la siguiente ilustración.

Ilustración 0-10: Clasificación de las Psicosis Endógenas (Leonhard, 1960)

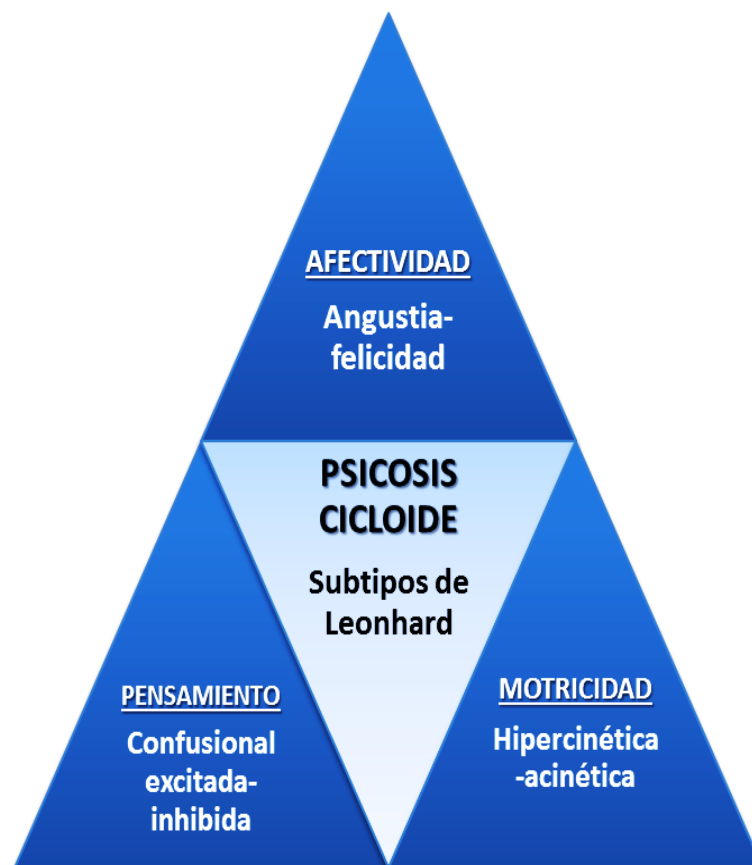


Kleist había excluido de las psicosis cicloides la psicosis de inspiración y la había incluido dentro de las psicosis marginales paranoides, esta es la que Wernicke había descrito como autopsicosis expansiva por ideas autóctonas. Leonhard demostró que se alternaba frecuentemente con la psicosis de angustia, que Wernicke ya había descrito, y agrupó a ambas bajo la denominación de psicosis angustia-felicidad, incluyéndola dentro de las formas cicloides (Leonhard, 1960)

Según Ban (1990), Karl Leonhard, tomó la noción de polaridad de Neele (1947) con algunas modificaciones y separó las formas bipolares de las unipolares en el contexto de las psicosis endógenas.

La clasificación de Leonhard es una clasificación puramente empírica, basada en la fácil observación y/o elección de síntomas y signos. Cada subtipo se corresponde con las alteraciones de las distintas áreas, como se muestra en la siguiente ilustración:

**Ilustración 0-11: Subtipos de Psicosis Cicloide (Leonhard, 1960)**



Leonhard elaboró con detalle los criterios diagnósticos para los tres subtipos de psicosis cicloides. En sus descripciones exactas brindó una delineación tipológica de los casos típicos y una aproximación a un sistema diagnóstico operativo.

#### 1.1.4 Otras escuelas y autores

Durante los siglos XIX y XX, varias escuelas y numerosos autores han descrito entidades con características clínicas muy similares a las psicosis cicloides de Leonhard. Estas diferentes denominaciones, reflejan en gran medida el énfasis puesto por la psiquiatría a lo largo de la historia, en las distintas características de, probablemente, el mismo trastorno.

Estas entidades han recibido múltiples designaciones, que se muestran a continuación en orden cronológico:

- ✓ Paranoia aguda (Wetsphal, 1869);
- ✓ “Acute Confusional Insanity” (Norman, 1890);
- ✓ Delirio onírico (Régis, 1901);
- ✓ Esquizofrenia aguda curable de Bleuler (Bleuler, 1908);
- ✓ Estados interpretativos agudos de Serieux y Capgras (Serieux y Capgras, 1909);
- ✓ Estupor benigno (Hoch, 1921);
- ✓ Psicosis metabólicas (Schröder, 1922).;
- ✓ Esquizomanía (Claude, 1930);
- ✓ Psicosis esquizoafectiva aguda (Kasanin, 1994)
- ✓ Estados esquizofreniformes (Langfeldt, 1939);
- ✓ Onirofrenia (Meduna, 1946);
- ✓ Boufée delirante (Ey, 1945);
- ✓ Psicosis oniroides (Mayer-Gross, 1952);
- ✓ Psicosis atípicas (Mitsuda, 1965);
- ✓ Micropsicosis de los estados borderline (Vanggaard, 1978)
- ✓ Psicosis esquizofreniformes benignas (Strömgren, 1987);
- ✓ Paranoia periódica (Flydman, 1989);
- ✓ Psicosis mixtas de la escuela de Tübingen (Schneider, 1992);

## 1.2 DIAGNÓSTICO

Según Leonhard (1979), las psicosis cicloides son un grupo de trastornos psicóticos agudos y autolimitados que puede diagnosticarse de una manera fiable en base a la valoración transversal de las características clínicas del cuadro.

Otra característica esencial según Leonhard, sería el buen pronóstico. En palabras de este autor, *"cuando se establece el diagnóstico de psicosis cicloide, necesariamente esto implica una remisión total y en el caso de que se produzcan recurrencias no conllevará ningún cuadro defectual"* (Leonhard, 1961).

Los criterios diagnósticos de las psicosis cicloides descritos por Leonhard, han sido resumidos por Bräuning (1995) y se muestran a continuación en la siguiente tabla:

**Tabla 0-1: Criterios diagnósticos de psicosis cicloides de Leonhard según Bräuning (1995)**

| <b>Criterios diagnósticos de psicosis cicloides de Leonhard</b>   |  |
|---|--|
| <b>A. Presencia de al menos uno de los síndromes cicloides fundamentales:</b>   |  |
| Síndrome cicloide de angustia.  |  |
| Síndrome cicloide de felicidad.   |  |
| Síndrome cicloide confusional agitado.  |  |
| Síndrome cicloide confusional inhibido.   |  |
| Síndrome cicloide de la hipermotilidad.   |  |
| Síndrome cicloide de la hipomotilidad.  |  |
| Síndrome cicloide atípico.  |  |
| <b>B. Marcada alteración emocional:</b>   |  |
| Existe una fuerte agitación, excitación, ebullición y labilidad de las emociones. Como consecuencia de la agitación y la labilidad emocional los pacientes experimentan un aumento de la reactividad emocional, confusión emocional y permeabilidad afectiva. Esta alteración emocional se expresa mediante cambios en la expresividad, psicomotricidad, lenguaje y pensamiento, así como en la conducta. Las emociones pueden tener una tonalidad positiva (entusiasmo, eufórico-hedónico, alegría, felicidad, placer), o negativa (angustia, melancolía, displacer, congoja, disforia). |  |
| <b>C. Bipolaridad:</b>  |  |
| Hace referencia a la bipolaridad transversal en la que se mezclan emociones, motórica y trastornos del pensamiento de distinto signo en un momento determinado (estados mixtos). Aquí no se incluye la bipolaridad secuencial que es una característica de la ciclotimia.   |  |
| <b>D. Labilidad sindrómica:</b>   |  |
| Mínima constancia temporal del síndrome psicopatológico dominante. Inestabilidad y variabilidad del síndrome patológico. Intervalos lúcidos. Marcada influenciabilidad del cuadro clínico por estímulos internos y externos.  |  |

|   |
|---|
| <b>E. Ciclación:</b>  |
| Es la máxima expresión de la labilidad sindrómica cicloide. Consiste en la sustitución de un síndrome cicloide fundamental por otro; bien por el síndrome del polo opuesto, o por otro de diferente forma sindrómica. |
| <b>F. Polimorfismo sintomático:</b>   |
| Las características anteriores configuran un cuadro de gran variedad de síntomas.   |
| <b>G. Disarmonía sindrómica</b>   |
| Los síntomas no tienen una estructura consistente a lo largo de la evolución del episodio.  |

Como ya se ha indicado anteriormente, Leonhard realizó una descripción clínica exhaustiva y diferenció tres subtipos clínicos de psicosis cicloide. Y posteriormente, Brockington y Perris (1982) desarrollaron los primeros criterios operativos para describir el trastorno. Dichos criterios, fueron elaborados en base al estudio comprensivo de Perris (1978), y en la actualidad siguen siendo los criterios diagnósticos operativos más empleados.

El planteamiento de Leonhard para el diagnóstico de la psicosis cicloide representa una aproximación de "abajo-arriba" (síntomas → síndromes básicos axiales → subtipos → trastorno) mientras que los criterios de Brockington y Perris (1982) representan una aproximación de "colección de síntomas" sin patrones sindrómicos. Y es que, a diferencia de Leonhard (1961), Perris mantiene que el solapamiento de síntomas es la regla (en vez de la excepción) y por ello se opone a la clasificación en subtipos (Peralta y Cuesta, 2007).

**Tabla 0-2: Criterios diagnósticos de psicosis cicloides de Perris y Brockington (1981)**

| <b>Criterios diagnósticos de psicosis cicloides<br/>de Perris y Brockington</b>  |
|--|
| <b>H. Psicosis aguda, sin causa orgánica conocida y que aparece por primera vez entre los 15-50 años.</b>                  |
| <b>I. Comienzo brusco: desde el estado normal hasta el acmé de la psicosis transcurren entre unas horas y varios días.</b> |

|  |
|--|
| <b>J. Presencia de al menos 4 de los siguientes síntomas:</b>  |
| 1) Una cierta confusión, la mayoría de las veces en forma de perplejidad.  |
| 2) Ideas delirantes de cualquier tipo, incongruentes con el humor y generalmente con un matiz persecutorio.  |
| 3) Alucinaciones de cualquier tipo, la mayoría en relación con el tema de la muerte.   |
| 4) Angustia abrumadora sin motivo aparente (crisis de pánico, angustia psicótica).   |
| 5) Intensos sentimientos de felicidad o éxtasis, generalmente con un colorido religioso.   |
| 6) Trastornos de la motilidad, bien de tipo acinético o hipercinético.   |
| 7) Especial interés en la muerte.  |
| 8) Oscilaciones del humor en el trasfondo, que no son tan relevantes como para cumplir criterios de un trastorno afectivo.   |
| <b>K. No existe ninguna combinación específica entre los síntomas señalados. Más bien, estos pueden cambiar a lo largo del episodio y adquirir un carácter bipolar dentro del mismo.</b> |

Una característica importante de los criterios de Perris y Brockington es que el criterio de buen pronóstico (característica típica de la psicosis cicloide) no está incluido en la definición, lo que evita una definición tautológica del trastorno respecto a su evolución (Peralta y Cuesta, 2007). Con posterioridad a su estudio inicial, Perris (1988) señaló que en la psicosis cicloide nunca se produce el desarrollo completo de un síndrome maníaco o depresivo. Esto llevó a otros autores a considerar la presencia de un episodio afectivo mayor como criterio de exclusión de la psicosis cicloide. Sin embargo, otros autores como Peralta y Cuesta (2004) mantienen que la coexistencia de un trastorno afectivo mayor no debe considerarse como un criterio de exclusión por las siguientes razones:

- 1) este criterio no fue incluido en los criterios originales;
- 2) la psicosis cicloide está definida principalmente por un patrón específico de síntomas sin considerar otras características psicopatológicas, y
- 3) permite estudiar la validez predictiva del concepto en relación con otros síndromes clínicos desde una aproximación puramente descriptiva sin asumir a priori la asociación (o ausencia de la misma) con otros síndromes psicopatológicos.

Es importante destacar que el hecho de considerar o no como criterio de exclusión al trastorno afectivo tiene marcada repercusión en cualquier estudio nosológico o de validación.

Únicamente existe un estudio realizado por Peralta y Cuesta (2007) en el que se han comparado empíricamente los conceptos de Leonhard y de Perris y Brockington para examinar en qué medida representan una misma conceptualización de este trastorno. Estos autores destacan que ambos sistemas presentan un solapamiento parcial (concordancia  $K = 0,43$ ) y difieren en un número significativo de variables. En comparación con los criterios de Perris y Brockington, los de Leonhard se caracterizarían por un inicio menos abrupto y en edades más tardías, una mejor respuesta al tratamiento así como una menor prevalencia de síntomas y síndromes afectivos.

Recientemente otros autores (Schreiber, 1995; Sigmund y Mundt, 1999; Jabs y cols., 2004; Jabs y cols., 2006) han desarrollado unas guías muy próximas al concepto de Leonhard para el diagnóstico del trastorno y sus subtipos. Sin embargo, la fiabilidad y validez de estos criterios aún no ha sido estudiada.

En este sentido, conviene destacar el trabajo realizado por Schreiber (1995). El autor utiliza una serie de criterios diagnósticos operativos en base a su experiencia clínica, utilizando una tabla que contiene el catálogo de criterios para el uso sistematizado en la evaluación de pacientes con los diagnósticos de psicosis cicloides (que se muestra a continuación). No obstante falta mayor evidencia para demostrar su validez y fiabilidad.

### **Criterios diagnósticos operativos de las psicosis cicloides de Schreiber**

|          |  |
|----------|--|
| <b>1</b> | Edad de comienzo de la enfermedad entre los 15 y 50 años.                                      |
| <b>2</b> | No relacionado a drogas o lesión cerebral.   |
| <b>3</b> | Fenómeno psicótico que no puede atribuirse a ningún evento particular en la vida del paciente. |
| <b>4</b> | Comienzo brusco (horas o días)   |

|   |  |
|---|--|
| 5 | Características bipolares (aún cambios repentinos) en la afectividad, motilidad y pensamiento formal.  |
| 6 | Multiplicidad de condiciones psicóticas (a menudo incluyendo cambios relacionados a las psicosis fásicas, cicloides).  |
| 7 | Cambios de humor y/o la afectividad (frecuentes cambios rápidos, algunos de gran amplitud).  |
| 8 | Delirios directamente atribuibles al humor y/o la afectividad (humor congruente) con toda clase de experiencias alucinatorias; con falsos reconocimientos fugaces de personas. |

Tabla 0-3: Criterios diagnósticos operativos de las psicosis cicloides de Schreiber (1995)

| Afectividad                                 |                                   | Pensamiento formal                              |                                  | Motilidad   |  |
|---|-----------------------------------|---|----------------------------------|---|--|
| 9. Angustia                                 | 13. Extasis                       | 17.   | 21.                              | 25.   | 29.  |
| 10. Experiencias de amenazas indeterminas   | 14. Ideas de vocación y salvación | Inhibición del pensamiento con                  | Excitación del pensamiento       | Inhibición psicomotora como   | Excitación psicomotora como  |
| 11. Ideas de referencia angustiosas         | 15. Ideas de referencia extásicas | impotencia                                      | 22. Disgregación del pensamiento | hipocinesia o   | hipercinesis   |
| 12. Ansiedad que induce estados estuporosos | 16. Omnipotencia                  | 18. Mutismo                                     | 23. Incoherencia temática        | 26. Acinesis  | 30. Distorsión de movimientos expresivos, incluyendo los fonéticos |
|   |                                   | 19. Perplejidad, confusión                      | 24. Habla confusa                | 27. Rigidez de los movimientos expresivos, omisión de movimientos reactivos | 31. Alteración nerviosa vegetativa                                 |
|   |                                   | 20. Impotencia inducida por estados estuporosos |                                  | 28. Catatonia, estados estuporosos  | 32. Catatonía de Stauder   |
| <b>Psicosis de angustia-felicidad</b>       |                                   | <b>Psicosis confusional excitada-inhibida</b>   |                                  | <b>Psicosis de la motilidad hipercinética-acinética</b>                     |  |

Se puede diagnosticar psicosis cicloide si se establecen los siguientes puntos:

1. Cumple todos ítems de 1-4.
2. Cumple al menos 2 ítems de 5-8.
3. Cumple al menos 3 ítems de 9-32.

Además, se puede obtener una definición precisa del subtipo de psicosis cicloide, si en sumatoria a estos hallazgos, al menos 3 puntos de 9-32 están ubicados en una y la misma columna (I-IV). Mientras que la localización al mismo tiempo de dos o más ítems en dos o tres columnas es indicativa de combinación de las diferentes formas de las psicosis cicloides.

#### Ilustración 0-12: Diferentes criterios diagnósticos de las psicosis cicloides

En resumen, los diferentes criterios diagnósticos para las psicosis cicloides

##### Criterios diagnósticos de psicosis cicloides de Leonhard (1979)

- Presencia de al menos uno de los síndromes cicloides fundamentales
- Marcada alteración emocional
- Bipolaridad
- Labilidad sindrómica
- Ciclación
- Polimorfismo sintomático
- Disarmonía sindrómica

##### Criterios diagnósticos de psicosis cicloides de Perris y Brockington (1981)

- Psicosis aguda, sin causa orgánica conocida y que aparece por primera vez entre los 15-50 años.
- Comienzo brusco: desde el estado normal hasta el acmé de la psicosis transcurren entre unas horas y varios días.
- Presencia de al menos 4 de los síntomas cicloides característicos
- No existe ninguna combinación específica entre los síntomas señalados. Más bien, estos pueden cambiar a lo largo del episodio y adquirir un carácter bipolar dentro del mismo.

##### Criterios diagnósticos operativos de las psicosis cicloides según Schreiber (1995)

- Edad de comienzo de la enfermedad entre los 15 y 50 años.
- No relacionado a drogas o lesión cerebral.
- Fenómeno psicótico que no puede atribuirse a ningún evento particular en la vida del paciente.
- Comienzo brusco (horas o días)
- Características bipolares (aún cambios repentinos) en la afectividad, motilidad y pensamiento formal.
- Multiplicidad de condiciones psicóticas (a menudo incluyendo cambios relacionados a las psicosis fásicas, cicloides).
- Cambios de humor y/o la afectividad (frecuentes cambios rápidos, algunos de gran amplitud).
- Delirios directamente atribuibles al humor y/o la afectividad (humor congruente) con toda clase de experiencias alucinatorias; con falsos reconocimientos fugaces de personas.
- Al menos 3 síntomas que afectan a la afectividad, el pensamiento formal y la motilidad.

propuestos hasta la fecha, se muestran en la figura anterior.

## 1.3 NOSOLOGÍA DE LEONHARD

Leonhard mantiene que las psicosis cicloides deben diagnosticarse en base a la presencia de al menos uno de los tres síndromes básicos bipolares, denominados angustia-felicidad, confusión excitación-inhibición, e hiper-hipomotilidad, que respectivamente configuran los subtipos (Sigmund y Mund, 1999):

1. **Psicosis de angustia-felicidad,**
2. **Psicosis confusional y**
3. **Psicosis de la motilidad.**

Leonhard (1999) señaló algunas diferencias entre los distintos subtipos de psicosis cicloides, pero no encontró diferencias entre patrones familiares distintivos de ningún subtipo.

Estas diferencias señaladas, serían en relación con:

1. la distribución por sexos (mayor afectación de mujeres en los casos de psicosis confusionales y de la motilidad);
2. edad de comienzo (presentación más tardía en la forma de angustia-felicidad);
3. recurrencia de los episodios (más frecuente en la psicosis de la motilidad), y
4. duración de los episodios (más prolongados en las psicosis de angustia-felicidad).

Es importante señalar que hasta el momento esta clasificación en subtipos no ha sido confirmada por otros autores, por lo que más allá de su carácter descriptivo, su validez es incierta.

Cada uno de los subtipos de psicosis cicloides presenta una bipolaridad dentro del propio síndrome (p. ej., hipercinesia e hipocinesia dentro del síndrome motor) y en ocasiones coexisten síntomas de otros ejes sindrómicos confiriendo un característico polimorfismo sintomático al cuadro clínico global.

A pesar de que Leonhard describió estos subtipos como variantes prototípicas de un único trastorno, en la práctica clínica raramente aparecen como cuadros puros sino que más frecuentemente varios síndromes cicloides aparecen durante un único episodio.

### 1.3.1 Psicosis cicloide de angustia-felicidad

La psicosis cicloide de angustia-felicidad puede presentar dos polos: el de la angustia, en el que suele existir desconfianza, ideas hipocondríacas, de inferioridad, autorreferencialidad, no rara vez se presentan alucinaciones y de manera más infrecuente vivencias de influencia. El otro polo es el del éxtasis e ideas de felicidad en las cuales pueden producirse alucinaciones e ideas de referencia. Las fases de angustia son más frecuentes que las extásicas y a diferencia de la enfermedad maníaco-depresiva, en estos casos dentro de una misma fase la alternancia entre un polo y otro suele ser rápida (Leonhard, 1999).

#### ▪ **Psicosis cicloide de angustia (Leonhard, 1995)**

Se puede presentar como una angustia vital inmotivada, distinta de la angustia normal. Lo vital tiene un componente somático que se manifiesta como opresión precordial o epigástrica, o un malestar corporal más difuso. El componente psíquico es una inquietud indeterminada, carente de contenido, o bien la percepción de algo amenazante.

#### **Leve:**

- ✓ En este fondo de angustia patológica aparece la vivencia de significación anormal autorreferencial (percepción delirante en sentido autorreferencial). Es

una angustia acompañada de desconfianza, por eso casi siempre hay síntomas paranoides (angustia paranoide).

- ✓ El temor se funda siempre en los acontecimientos del entorno, que se viven como amenazantes. Por ejemplo: un hombre se acercó con gesto amenazante, le cercaron la casa, los otros enfermos lo esquivan, etcétera.
- ✓ La afectividad es lábil. Puede surgir un ataque de angustia reactivo a algún acontecimiento desagradable del entorno, y enseguida cambiar a actividades altruistas, tratando de ayudar a otros, haciendo regalos o mostrando arrebatos extáticos.
- ✓ Se puede acompañar de vivencias hipocondríacas del tipo de sensaciones erróneas simples como hormigueos, calor, frío, etcétera.

#### **Moderado:**

- ✓ A las ideas de referencia se agregan interpretaciones erróneas, que se originan en un estado de ánimo particular de angustia, desconfianza y recelo. Surgen percepciones delirantes e interpretaciones delirantes en general sin precisiones. Es habitual que aparezca un grado de perplejidad angustiosa, que implica una actividad alterada de la conciencia vinculada a un afecto violento, traducida en una dificultad para comprender los sucesos, o un estado de asombro.
- ✓ La angustia también puede depositarse en el propio sujeto, dando lugar a la aparición del elemento depresivo del delirio paranoide de estos pacientes, con ideas de ruina, ideas hipocondríacas o de culpa, de pecado, de inferioridad, y autorreproches.
- ✓ La combinación de las ideas de referencia con las ideas depresivas da como resultado las ideas de que serán torturados, castigados, asesinados ellos y su familia. Se sienten culpables por alguna acción que realizaron antes, por la que ahora serán castigados. Es peculiar su preocupación por la muerte.
- ✓ Pueden agregarse sensaciones corporales anormales, vivencias hipocondríacas que van ligadas a un afecto displacentero.

**Severo:**

- ✓ A las ideas de referencia e interpretaciones erróneas se agregan vivencias ilusorias y alucinatorias.
- ✓ Las alucinaciones pueden ser de todos los sentidos. Es característico de esta psicosis que el paciente no pueda discriminar el síntoma, no puede explicar si se trata de una idea de referencia o de una alucinación; o si se trata de ilusiones o alucinaciones. Por ejemplo: por los gestos de las personas que discuten a su alrededor se concluye que hablan de su ejecución inminente.
- ✓ Las sensaciones corporales anormales son vividas con un matiz paranoide, como si fueran fenómenos provocados por una influencia exterior.
- ✓ De todas maneras, la esencia de este polimorfismo sintomático es la profunda angustia paranoide con la que se viven todos estos fenómenos y que se puede acompañar de distintos grados de perplejidad. Pueden correr por la sala en un estado de angustia extrema y calmarse o pasar al éxtasis extremo, permaneciendo en posturas patéticas. El afecto se acrecienta al hablar de las ideas. Pueden formularse ideas de “rostro doble”, por ejemplo: “Se acercan a un gran destino con penas duras y recompensas elevadas”.

**Grave:**

- ✓ Aumenta la perplejidad, la angustia puede exteriorizarse con distintos grados de agitación motora. Cuando es intensa se manifiesta con lamentos, llantos, gemidos, súplicas, y puede parecerse a una depresión agitada.
- ✓ No es infrecuente que en este estado de angustia paranoide, el paciente agitado, al huir de sus perseguidores, de su terrible destino, cometa intentos de suicidio (se arroje por una ventana, se tire bajo las ruedas de un vehículo, etcétera). En casos extremos puede imitar una depresión agitada.
- ✓ La angustia con inhibición se manifiesta como acinesia y expresión angustiosa en el rostro. Los pacientes parecen como paralizados de miedo.

Para describir la psicosis de angustia, el autor (Leonhard, 1995) lo ilustra con un caso clínico:

**Ilustración 0-13: Caso Clínico: Psicosis cicloide de angustia (Leonhard, 1995)**

**Psicosis cicloide de angustia**

*Emma B., nacida en 1892, que siempre había sido un poco miedosa, enfermó por primera vez en 1949. Sentía una angustia intensa, no quería quedarse sola, decía: “Si ustedes no se quedan conmigo, seguro que me vienen a buscar”. El estado duró aproximadamente tres meses; no se hizo tratamiento clínico. Luego B. se curó. En 1958 enfermó nuevamente de “delirio de persecución”, como decía su hermana. En todas partes veía informantes y creía que iba a ser arrestada e hizo un intento de ahorcamiento. Se reprochaba que no fuera a trabajar, creía que la iban a denunciar por sabotaje. A menudo explicaba que igual llegaría a la cárcel. Se paraba asustada frente a la ventana, escondida detrás de la cortina y cuando alguien pasaba por la acera de enfrente decía: “Ves, ahí hay otro que me quiere llevar”. El 12 de febrero de 1958 la paciente ingresó en la clínica local. Al principio estaba algo tensa y no respondía. Sólo observaba asustada al interrogador. Luego se excitó y decía que había sido encerrada aquí para que la mataran. Que entonces la maten por Dios a golpes enseguida, “no medio muerta, por favor, por favor no media muerta, no lo soportaría, eso es terrible”. Creía que también su hermana y su cuñado estaban encerrados aquí. Cuando se tranquilizó un poco, contó sus antiguos temores, que la seguían informantes, se la acusaba de sabotaje, se la enjuiciaría y mataría. Por lo demás, en general permanecía inmóvil en la cama; no respondía y miraba a su alrededor con desconfianza y miedo. Cada tanto irrumpía una angustiosa agitación en la que imploraba que la dejaran con vida y aseguraba no haber hecho nada indebido. No se dejaba convencer de que la estaban tratando como enferma, más bien creía que los médicos y las enfermeras tenían la orden de vigilarla y aseguraba que las enfermeras y otras pacientes habían dado a conocer esto también con sus expresiones. El miedo y la desconfianza desaparecieron con el tratamiento electroconvulsivo. Al*

*principio había cierta inseguridad y angustia. Luego el ánimo se equilibró. El 10 de mayo de 1958 la paciente pudo ser dada de alta con completa interpretación de la enfermedad. Medio año más tarde se presentó en la clínica y no llamó la atención. En esta paciente con psicosis angustiosa se observó un frecuente cambio del comportamiento de la mudez a la agitación, pero ambos pasaban tan íntimamente ligados que no se podía pensar en un cambio fásico sino sólo en diferentes formas de reacción ante la angustia. Al parecer, había entremezclada una desconfianza más fuerte cuando la paciente no podía ser inducida a ninguna expresión hablada. Esto ya se observaba en su internación, donde evidentemente creía haber sido traída para otros fines y sólo observaba en silencio pero no daba ninguna respuesta.*

- **Psicosis cicloide de felicidad (Leonhard, 1995)**

La felicidad es un sentimiento espiritual. Se caracteriza por sentimientos absolutos que emanan del ser. Es un sentimiento agradable de sentirse elevado y suele llevar al éxtasis.

Las ideas de felicidad deben diferenciarse de las ideas de grandeza. Éstas son ideas egoístas como sucede en la manía o la parafrenia expansiva (ser poderoso, tener títulos de nobleza, etcétera). Las ideas de felicidad se generan en un afecto expansivo, altruista. Kleist decía que hay un aumento de los sentimientos comunitarios. Estas ideas pueden darse en los planos religioso, erótico o político-social.

**Leve:**

- ✓ Se forman las ideas de felicidad, tanto propia como las de hacer felices a los otros. El paciente experimenta una elevación de la personalidad, se siente más poderoso, seguro de sí mismo, pero lo característico es que se acompaña de un aumento de los sentimientos sociales.

- ✓ Cree que está destinado para una misión superior, para auxiliar a los demás, para ayudar contra las enfermedades, y que se casará con una persona influyente, y actuará a través de sus hijos, etcétera.

**Moderado:**

- ✓ Se agregan las ideas de inspiración divina. Los pacientes sienten una fuerza sobrenatural para llevar a cabo la idea de salvar a las personas, y al mundo. Pero estas ideas y esta fuerza son vividas como inspiradas por Dios, por los Santos, por el Espíritu, etcétera. Han sido objeto de una revelación. Aparecen ideas de vocación, de prosperidad, de redención. Les han encomendado una misión noble.
- ✓ Las oscilaciones del humor responden más a los estímulos que a las ideas. Los sentimientos anímicos están incrementados en los dos polos. Pueden ir desde un aumento de la actividad dirigida, de la iniciativa con mayor confianza en sí mismos, de mayor valoración, y pasar rápidamente a la irritabilidad con angustia, acompañada de ideas de perjuicio.
- ✓ Este sentimiento puede asociarse con hipertimia, hiperactividad y fuga de ideas.

**Severo:**

- ✓ A las ideas de inspiración se agrega un estado de ánimo eufórico, con vivencias alucinatorias que pueden ser en parte ópticas y en parte acústicas, o en ambos sentidos. Hay percepciones delirantes, vivencias de un encuentro con Dios o con algo sagrado, superior. En estos casos puede parecerse a una euforia exaltada mística. A veces se observan rasgos hipercinéticos que se evidencian por gestos patéticos, signos de bendecir, etcétera. Se pueden mezclar con angustia e ideas de referencia extáticas.
- ✓ También aquí pueden aparecer las ideas del rostro doble. Para Leonhard: *“Las ideas de angustia y las ideas de felicidad suelen relacionarse tan íntimamente que suelen fusionarse en una única idea”... El paciente dice: “Yo quiero sacrificarme por toda la humanidad, así todo vuelve a estar bien”. “En estas*

*ideas se representa el pensamiento cristiano de la liberación a través del sacrificio”...*

- ✓ La angustia y el éxtasis pueden aparecer al mismo tiempo y se expresarían, por ejemplo, en: *“Morir como una forma de sacrificio por los otros”*.

#### **Grave:**

- ✓ Los síntomas anteriores se acompañan de distintos grados de perplejidad, afecto francamente extático, incoherencia en el curso del pensamiento. Se pueden agregar síntomas hipercinéticos o acinéticos. Pueden adoptar posturas rígidas con gestos patéticos y también llegar al estupor (paciente rígido con facies sonriente).
- ✓ Pueden presentar euforia con perplejidad, o bien imitar otras formas de euforias puras, como la euforia exaltada, la improductiva o la confabulatoria. De allí pueden pasar a angustias extremas con perplejidad.

Para describir la psicosis de felicidad, el autor (Leonhard, 1995) lo ilustra con un caso clínico:

#### **Ilustración 0-14: Caso Clínico: Psicosis cicloide de felicidad (Leonhard, 1995)**

##### **Psicosis cicloide de felicidad**

*Eva C., nacida en 1911, pasó hace 20 años una psicosis que se presentó junto con angustia, ideas de referencia y autorreproches. Estuvo tres meses en una institución y fue considerada como esquizofrénica. Sanó y posteriormente pasó inadvertida. En enero de 1956 enfermó nuevamente, esta vez con alteración eufórica. Ingresó en nuestra clínica, contaba que había tenido una vivencia feliz, una iluminación de Dios, que había sido agraciada y elegida para salvar el mundo. Repentinamente le pasó esto. Sobre su cuerpo habían actuado rayos magnéticos y sintió que la atravesaba una llovizna. Fue incorporada en la clínica y mantuvo su éxtasis. Adoptaba posturas de bendición o rezaba para su adentro con expresión facial extasiada. Según comentaba, estaba esperando la aparición de Cristo. Más tarde resultó que creía que el Cristo que iba a venir era*

*un hombre al que amaba platónicamente. Citaba dichos bíblicos y afirmaba que Dios la había purificado de los pecados. Él le había dado una señal; todo había sido anunciado con anterioridad en la revelación. Un brillante rayo de luz había llegado a su habitación. También había visto personalmente a Cristo en la luz. Cuando se le preguntaba de dónde sabía todo, hablaba del llamado de Dios o también de la inspiración proveniente de Dios. Después de estar unos días en la clínica, cambió su humor por varias horas. Ahora estaba sentada con cara depresiva y no daba ninguna respuesta. Pero ya al día siguiente estaba en postura extásica, la que duró aproximadamente seis semanas. Luego la psicosis terminó, la paciente corrigió sus ideas y mostró una forma de ser levemente hipomaniaca. Estaba alegre, le agradaba conversar y se buscaba mucha ocupación. Fue dada de alta en ese estado. Continuó con su profesión de gimnasta curativa y nos visitó con frecuencia en la clínica. Se mantuvo vivaz, de buen humor y siempre demostró calidez anímica.*

### 1.3.2 Psicosis cicloide confusional excitado-inhibido

En la psicosis cicloide confusional los dos polos de la confusión son el excitado y el inhibido. La excitación del pensamiento suele asociarse con logorrea, falsos reconocimientos, ideas de referencia y alucinaciones (sobre todo auditivas); mientras que la inhibición del pensamiento se asocia con pobreza del habla (que puede alcanzar su grado máximo en el mutismo), perplejidad, ideas de referencia y en menor frecuencia alucinaciones (Leonhard, 1999).

Para describir la psicosis confusional excitado-inhibida, el autor (Leonhard, 1995) lo ilustra con un caso clínico que en varias fases muestra tanto confusiones inhibidas como excitadas:

**Ilustración 0-15: Caso Clínico: Psicosis cicloide confusional (Leonhard, 1995)**

#### **Psicosis cicloide de confusional excitado-inhibido**

*Gertrud R., nacida en 1913, enfermó por primera vez en 1919. Expresaba ideas*

*y temores religiosos, y refería el sermón del sacerdote a sí misma. Del hermano perdido creía saber que había muerto hacía 14 días. Luego se volvió cada vez más callada y finalmente no habló más nada y casi dejó de ingerir alimentos. Ingresó en la institución W., donde se comportó totalmente estuporosa. Tuvo mejoría oscilante con tratamiento electroconvulsivo. Al principio estaba todavía un poco angustiada, luego equilibrada y después de tres meses fue dada de alta. En 1953 enfermó de nuevo en forma similar e ingresó en la institución G. Aquí al principio rezaba en voz alta, luego permaneció inmóvil en la cama y no hacía caso a las preguntas. También dejó de comer. Luego miraba a su alrededor con una expresión mezcla de desorientación y miedo. Mejoró nuevamente con el tratamiento electroconvulsivo y comentó que había tenido un miedo terrible. Siete semanas después de su ingreso fue dada de alta en estado equilibrado y con completa aceptación de la enfermedad. En 1955 enfermó por tercera vez. No hablaba nada. También suspendió casi por completo la ingesta de alimentos. Ingresó nuevamente en la institución W., y a su ingreso estaba totalmente estuporosa, se quedaba parada con la cabeza gacha y no respondía, pero miraba con expresión interrogante a su alrededor. Volvió a liberarse con el tratamiento electroconvulsivo y comentó que había visto objetos voladores en la iglesia con los que había tenido contacto. Miraba algo confusa y aparentaba estar muy concentrada en sus pensamientos. Una compañera enferma le pareció una conocida, no se podía explicar esto. Al cabo de tres meses estaba nuevamente libre, con aceptación completa de la enfermedad; mostraba una actividad afectiva natural y expresaba el temor de volver a enfermarse quizás más adelante. En 1956 siguió la cuarta fase. La enferma permanecía constantemente en la iglesia y dejó de hablar. Esta vez fue llevada a la clínica de neurología local. No hablaba pero asentía con la cabeza cuando se le preguntaba si entendía al médico. Seguía las ordenes. Cuando estuvo más liberada comunicó que todo le parecía muy extraño, como si estuviese bajo anestesia, como si todos la estuviesen observando y hablaran secretos de ella. Decía que se habían hecho comentarios sobre sus relaciones*

familiares. Esta vez, con el tratamiento electroconvulsivo, la enferma se curó y fue consciente de su enfermedad después de ocho semanas. En 1958 enfermó por quinta vez; por primera vez sin estupor, sino con excitación. Inmediatamente después de su incorporación desarrolló un tenesmo del habla confuso y entre otras cosas expresó lo siguiente: “Ahora estoy descansada y luego una es agarrada así, sólo porque uno busca una silla. También la policía ya me ha agarrado. Si todo hubiese sido bien repartido entonces, todo hubiese ido normalmente. Se puede dejar ir a la persona, no es ganado. También he visto allá atrás cómo tiran el pan en el tacho de la basura, tenía la inscripción «Para vendas» y allí estaba el pan. Una siempre se debe callar la boca; eso no es posible.” (¡Usted está tan enojada!) “Los hombres se enojaron mucho más que yo. En 1945 buscaron el pan. ¿Nos hará progresar esto? ¡No! Siempre nos atrasaremos, a costa de otros”. Más tarde comentó que la seguían, pero que los enfermos y los paráliticos iban a ella para hacerse curar. Frecuentemente se le interpretaban ideas de éxtasis religiosas. Pero en primer lugar se encontraba todavía el tenesmo incoherente del habla. De vez en cuando la enferma era bien accesible, pero en general era petulante y antipática. Después de ocho semanas se tranquilizó. Luego, durante dos semanas se volvió llamativamente callada, no hablaba casi nada. Por último llamó la atención por poco tiempo una excitabilidad. Luego volvió a curarse. Cuatro meses después de su admisión R. pudo ser dada de alta curada. Hasta la última fase, que yo mismo observé, se supuso en la enferma, si bien se producía una curación completa, una esquizofrenia de características catatónicas. De acuerdo con las descripciones, efectivamente existía confusión inhibida. También en la última fase, que transcurrió como excitación incoherente, se intercaló nuevamente una corta fase de parquedad de palabra.

- **Psicosis cicloide confusional excitada (Leonhard, 1995)**

En la psicosis confusional-excitada hay un aumento o una aceleración en la capacidad de asociación de ideas. Conduce a una excitación en la expresión verbal, que puede llegar a la logorrea incoherente.

Esta aceleración del pensamiento se distingue de la manía, porque adopta una forma que es propia de esta entidad. En la manía se captan a gran velocidad los estímulos que provienen del mundo externo, y en consecuencia el pensamiento salta de un estímulo al otro, y no puede “mirar hacia adentro”, reflexionar, y por lo tanto lo que expresa verbalmente está relacionado con todo lo que percibe del afuera, y es raro que se intercale en este discurso acelerado algún recuerdo.

En cambio, en la psicosis confusional excitada parecería que la atención estuviera dirigida hacia el propio individuo, hacia su pasado, y prestara poca atención a los estímulos que vienen del entorno. El discurso es acelerado pero por lo general se refiere a su acontecer biográfico, a temas que tienen que ver con su pasado, con sus propios intereses y deseos. De hecho, a veces quedan “adheridos” a algún acontecimiento de su vida, en el que actualizan la carga emocional con la que se vivió en su momento y que según la gravedad del trastorno del pensamiento refieren en forma más o menos confusa.

**Leve:**

- ✓ Se manifiesta como “selección divagante de temas”. Es un trastorno del curso del pensamiento, en el que el paciente comienza hablando de un tema, que quizás no viene al caso, pasa al siguiente, cuyo contenido está en parte determinado por el anterior. Las respuestas a las preguntas son tangenciales. Respeta la secuencia lógica del tema elegido y se detiene un tiempo en su exposición.

**Moderada:**

- ✓ Aparece la “incoherencia en la selección de temas”. Sucede que al aumentar la excitación el paciente habla continuamente de cosas que no vienen al caso, cuenta cualquier vivencia que no concuerda con la conversación. Pero en el tema elegido aún no hay trastornos de la secuencia lógica. Puede relatar vivencias antiguas que no están relacionadas con su situación actual y surgen

de manera espontánea. No se distrae por los acontecimientos del entorno. Está como vuelto hacia adentro, hacia su pasado. Es la “logorrea biográfica”.

**Severa:**

- ✓ Al profundizarse la excitación, se refleja en el habla, que llega a la “logorrea incoherente”. A esta altura, si se agrega enturbiamiento de la conciencia los pacientes pueden tener falsos reconocimientos de personas, que son sobre todo fugaces con ánimo exaltado y juguetones (confunden al médico con un familiar, al enfermero con un vecino, etcétera).
- ✓ Pueden aparecer ideas de referencia fugaces y alucinaciones acústicas.

**Grave:**

- ✓ Con mayor excitación puede imitar a la manía confusa. La diferencia fundamental es que la manía sigue siendo reactiva a los estímulos del entorno, en tanto que el confusional-excitado pierde el interés razonable por el medio.

▪ **Psicosis cicloide confusional inhibida (Leonhard, 1995)**

Es un trastorno en el tiempo psíquico. El curso del pensamiento presenta un enlentecimiento anormal, pero la ordenación ideática no está alterada. Pueden responder en forma correcta las preguntas simples, pero la dificultad surge frente a las preguntas complicadas, ya que también puede ocurrir que no se comprendan como corresponde.

**Leve:**

- ✓ Los pacientes son lacónicos. Hay pobreza de movimientos (hipocinesia). No se realizan los movimientos complicados que presuponen una acción del pensamiento. En cambio se mantienen los movimientos simples a requerimiento y los movimientos automáticos. Todos los movimientos

transcurren lentamente (bradicinesia), hay empobrecimiento de la mímica y demás movimientos expresivos.

- ✓ Esta afectación del área motora es secundaria al trastorno del pensamiento. Los pacientes suelen expresarlo diciendo que no es el cuerpo el que no se puede mover sino que a ellos no les vienen ideas de moverse o hacer cosas.

**Moderado:**

- ✓ Se agrega perplejidad, el pensamiento más enlentecido ya no puede ordenar los procesos del entorno. No comprenden qué pasa ni cuál es el significado de todo lo que sucede. Se traduce en la mímica por una mirada inquisitiva, interrogante, a la que se agrega un rasgo angustioso. No alcanzan a comprender las conexiones entre los acontecimientos del entorno, buscan el significado de los sucesos, que ya no logran entender.

**Severo:**

- ✓ En la medida en que se profundiza la confusión y la inhibición, aparecen ideas de significado, a la perplejidad se agrega angustia. Las ideas de significado se convierten en ideas de referencia. Es lógico que este estado genere ideas de referencia e interpretaciones.
- ✓ La situación externa es vivenciada como extraña y amenazante (porque no se la comprende). Los enfermos dicen: “La gente entra y sale...”, “Los autos van demasiado rápido...”, etcétera.
- ✓ Con frecuencia se agregan alucinaciones acústicas, ópticas y somatopsíquicas. El paciente, en este estado de inhibición del pensamiento, puede sentir que ha sido “vaciado de sus pensamientos” por una influencia externa.

**Grave:**

- ✓ Cuando la inhibición es elevada se produce mutismo. Al estupor perplejo se le pueden agregar síntomas acinéticos.

- ✓ Es probable que la acinesia induzca al error de diagnosticar un cuadro catatónico.

### 1.3.3 Psicosis cicloide de la motilidad hipercinética-acinética

Por último, en la psicosis cicloide de la motilidad suele producirse una alteración cuantitativa del movimiento: en el polo excitado destaca la exageración de la motilidad normal tanto de los movimientos reactivos como expresivos (hipercinesia) mientras que en la fase inhibida hay una disminución de estos movimientos (hipocinesia). Aunque con frecuencia se produce una oscilación circular de ambos polos, las fases acinéticas suelen ser más raras pero más prolongadas en el tiempo que las hipercinéticas (Leonhard, 1999).

Según escribe Leonhard (Leonhard, 1995): *“la psicosis de la motilidad se destaca de la manía porque los síntomas psicomotores son mucho más independientes, es decir, no se encuentran incorporados dentro del comportamiento psíquico general. Los movimientos expresivos se convierten de este modo en movimientos pseudoexpresivos, y los movimientos reactivos en movimientos de cortocircuito en el sentido de Kleist.”*

#### ▪ Psicosis de la motilidad hipercinética (Leonhard, 1995)

En la hipercinesia de la psicosis de la motilidad pueden predominar unos u otros, o bien participar de la misma medida de la agitación, por ejemplo, hacen gestos de alegría, pena, enojo, erotismo, patean el suelo mostrando impaciencia, saludan, amenazan con un brazo, etcétera. A causa de los movimientos en cortocircuito manosean su cabello, su ropa, desarman las camas, cambian objetos de lugar, se suben a las sillas o las mesas, golpean las puertas, etcétera.

#### Leve:

- ✓ Los movimientos expresivos y reactivos están incrementados, pero conservan toda su naturalidad: gesticulan en exceso, por ejemplo, a modo de saludo,

amenaza, atracción o rechazo, manosean su cuerpo, coquetean, tiran objetos, los desarman, sujetan a otras personas, etcétera.

- ✓ La angustia o la felicidad son estados de ánimo que acompañan con frecuencia el incremento de los movimientos, puede haber hipercinesia con humor elevado o con ideas de referencia angustiosa, pero lo más frecuente es que junto a la hipercinesia se registren rápidas oscilaciones del estado de ánimo entre los dos polos.

#### **Moderado:**

- ✓ Los movimientos expresivos y reactivos pierden su naturalidad, son exagerados, pero aún no están claramente distorsionados. Es evidente en el lenguaje porque emiten frases cortas, sin coherencia, en cortocircuito, quizás también como exteriorización de la hipercinesia, obedeciendo al desorden de la esfera motora.
- ✓ La hipercinesia moderada más un afecto alegre puede parecer una manía, pero hay que tener en cuenta que la hipercinesia es un estado más primitivo de agitación en su manifestación.

#### **Severo:**

- ✓ Los movimientos se distorsionan. Los movimientos expresivos se transforman en muecas y los reactivos en una inquietud desordenada. El habla como impulso psicomotor puede darse como gritos inarticulados.

#### **Grave:**

- ✓ La hipercinesia puede asociarse con confusión del pensamiento que en la forma excitada se manifiesta con logorrea incoherente. Es posible que aparezcan también falsos reconocimientos de personas, ideas de referencia y alucinaciones. Pueden tener humor elevado con ideas de felicidad o bien angustia paranoide. Con mayor excitación puede alcanzar la forma de la catatonía letal de Stauder, o la hipercinesia amenazante de Neele. Se acompaña en estos casos de un síndrome neurovegetativo.

Para describir la psicosis de la motilidad hiperkinética, el autor (Leonhard, 1995) lo ilustra con un caso clínico:

**Ilustración 0-16: Caso Clínico: Psicosis cicloide de la motilidad hiperkinética (Leonhard, 1995)**

**Psicosis cicloide de la motilidad hiperkinética**

*Klara A., nacida en 1916, ya en 1942 y 1948 padeció fases psicóticas juntamente con excitación confusa. En 1955 volvió a enfermar y fue internada en nuestra clínica neurológica. Su excitación es descrita de la siguiente manera en la historia clínica: “Está sentada en la silla, balancea las piernas, pega un salto, se levanta la camisa y baila el vals por la habitación, extiende los brazos, de vez en cuando toca la llave de luz, continúa con sus movimientos de baile, cruza los brazos sobre el pecho, junta las manos como para rezar, se para erguida como un soldado, extiende las manos hacia adelante, agarra las cosas que están sobre la mesa, saluda militarmente, mira coquetamente hacia todas partes y expresa incoherencias verbales”. La excitación variaba de intensidad pero mantenía el carácter descrito. El afecto oscilaba mucho, a menudo había excitación. No se presentaron otros síntomas esenciales. La enferma se tranquilizó en un plazo de tres meses y fue dada de alta en diciembre de 1955. Dos años más tarde le hice el control y la encontré completamente sana. Se mostró accesible, amable, de humor bueno y estable.*

▪ **Psicosis de la motilidad acinética (Leonhard, 1995)**

La forma psicomotora de la inhibición es la acinesia. También en este caso están afectados los movimientos involuntarios, y llega a extremos tales como la anulación de los movimientos reactivos y la rigidez de la motilidad expresiva. Lo esencial de este cuadro es la pobreza motora importante. En las psicosis cicloides las formas acinéticas e hiperkinéticas son puras; la aparición de movimientos paracinéticos (acinesia e hiperkinesia que se dan en forma simultánea, como en la catatonía paracinética) descarta el diagnóstico de psicosis cicloides.

**Leve:**

- ✓ Hay disminución de los movimientos expresivos y reactivos, hipocinesia (pobreza motora) y bradicinesia (lentificación motora). Faltan las acciones y el habla por propia iniciativa. Si se originan impulsos motores, ya no son efectivos.
- ✓ Aun cuando el trastorno es psicomotor, se pueden asociar perplejidad e ideas de referencia y también una excitación del pensamiento. Se pueden agregar fluctuaciones afectivas entre la angustia y con menos frecuencia la felicidad.

**Moderado:**

- ✓ Se caracteriza por una disminución importante de los movimientos expresivos y reactivos, la permanencia en una postura, en ocasiones oposicionismo, rigidez muscular o bien laxitud muscular generalizada. Si se les pide, siguen ejecutando algunos movimientos como vestirse o ir al baño.

**Severo:**

- ✓ Si la acinesia es incompleta, todavía pueden ejecutar movimientos voluntarios. Hay rigidez de la postura y de la mímica y retardo en los movimientos reactivos. Aún responden a requerimientos sencillos, como extender un miembro, dar la mano, dirigir la mirada. Se pueden injertar rasgos confusionales excitados que resultan en posturas rígidas con logorrea incoherente.

**Grave:**

- ✓ Hay rigidez de la motricidad expresiva y anulación de los movimientos reactivos. No responden a los requerimientos más sencillos, no se levantan, no se visten, no buscan el baño, no reaccionan al dolor. La postura es rígida, les falta la expresión del tronco, de la cabeza y de los brazos. El rostro está rígido.

Para describir la psicosis de la motilidad acinética, el autor (Leonhard, 1995) lo ilustra con un caso clínico:

**Psicosis cicloide de la motilidad acinética (Leonhard, 1995)**

*Helga F., nacida en 1940, enfermó por primera vez en 1954, es decir a los 14 años. Primero estuvo excitada por un período corto, hablaba confusamente y luego permaneció sentada en un rincón de la habitación sin hablar una sola palabra durante cuatro semanas. Luego sanó nuevamente. Un año más tarde se volvió a presentar el mismo estado de escasez de movimiento, el cual esta vez duró 14 días. Nuevamente medio año después, es decir, en diciembre de 1955, se encontró en un estado de inmovilidad durante seis días. En enero de 1956 éste volvió y duró 14 días. Por último la niña enfermó nuevamente en marzo de 1956 y vino a nuestra clínica. Estaba completamente acinética y tenía gesto y postura rígida. No prestaba atención cuando uno le hablaba y movía los ojos lentamente y en forma no definida. Cumplía las órdenes en forma extraordinariamente lenta bajo la persistente rigidez postural. Si bien mostraba movimientos acompañantes de los brazos al caminar, éstos parecían de madera. No respondía a las preguntas. No se alimentaba por sí misma; se le debía dar la comida con cuchara. También mojaba la cama cuando no era llevada a tiempo al sanitario. Esta vez el estado duró aproximadamente tres semanas, y luego terminó a los pocos días. Helga era ahora una niña de 16 años psíquica y completamente normal, abierta, amable y natural. En 1957 la cité para un control. El resultado fue el siguiente: la Nochebuena de 1956, es decir 3/4 año después de su salida, fue nuevamente acinética, no se paraba más, no iba más al sanitario, y solamente ingería los alimentos cuando le eran dados directamente. Luego de cinco días todo había pasado. Ocho días antes de las Pascuas, este estado volvió a presentarse y esta vez duró 10 días. Después, según manifestó la madre, la niña parecía “recién nacida”, “totalmente fuera de las casillas”, más vivaz que en otros tiempos. Este leve estado de excitación también pasó rápidamente y Helga fue otra vez como antes. Cuando me vino a ver para su control, aparentaba estar completamente sana, vivaz, amable y accesible. Quizás demostraba un leve rasgo hipomaniaco que ya se había observado al salir de la clínica y que al parecer se presentaba*

*más notoriamente después de la finalización de las fases acinéticas. La niña recordaba todos los detalles de su estado, podía referir exactamente lo que había vivido, y estaba evidentemente orientada en todas las fases de su enfermedad en cuanto al tiempo y lugar y acerca del ámbito que la rodeaba. Según contaba, algunas veces tenía ideas depresivas y/o angustiantes. Creía que le querían hacer algo, quizás llevarla a la cárcel. En octubre de 1971 el resultado catamnésico era: H. estaba sana, activa como peluquera y felizmente casada. En el transcurso de los años padeció muchas fases más en su casa en las cuales no hablaba ni comía.*

### 1.3.4 Resumen de los subtipos de Leonhard

En las siguientes figuras que se muestran a continuación se muestran los tres subtipos de psicosis cicloides descritos por Leonhard, según resumen Peralta y Cuesta (2007).

**Ilustración 0-17: Subtipo, Psicosis angustia-felicidad**

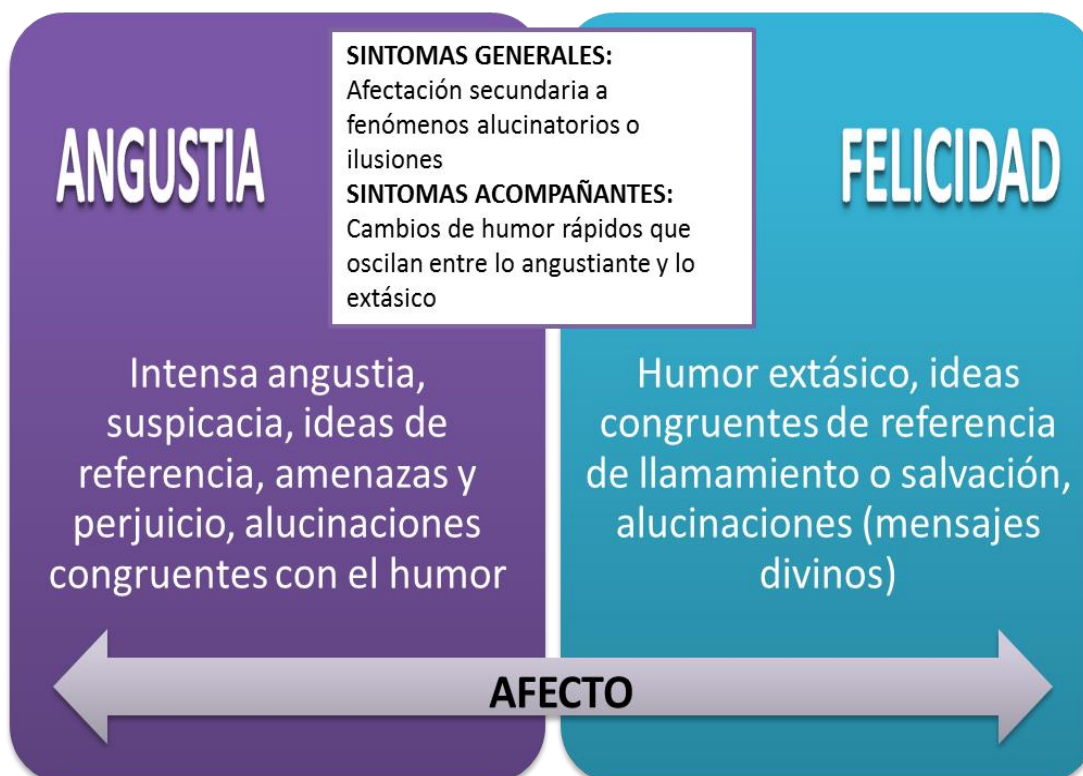


Ilustración 0-18: Subtipo, Psicosis confusional

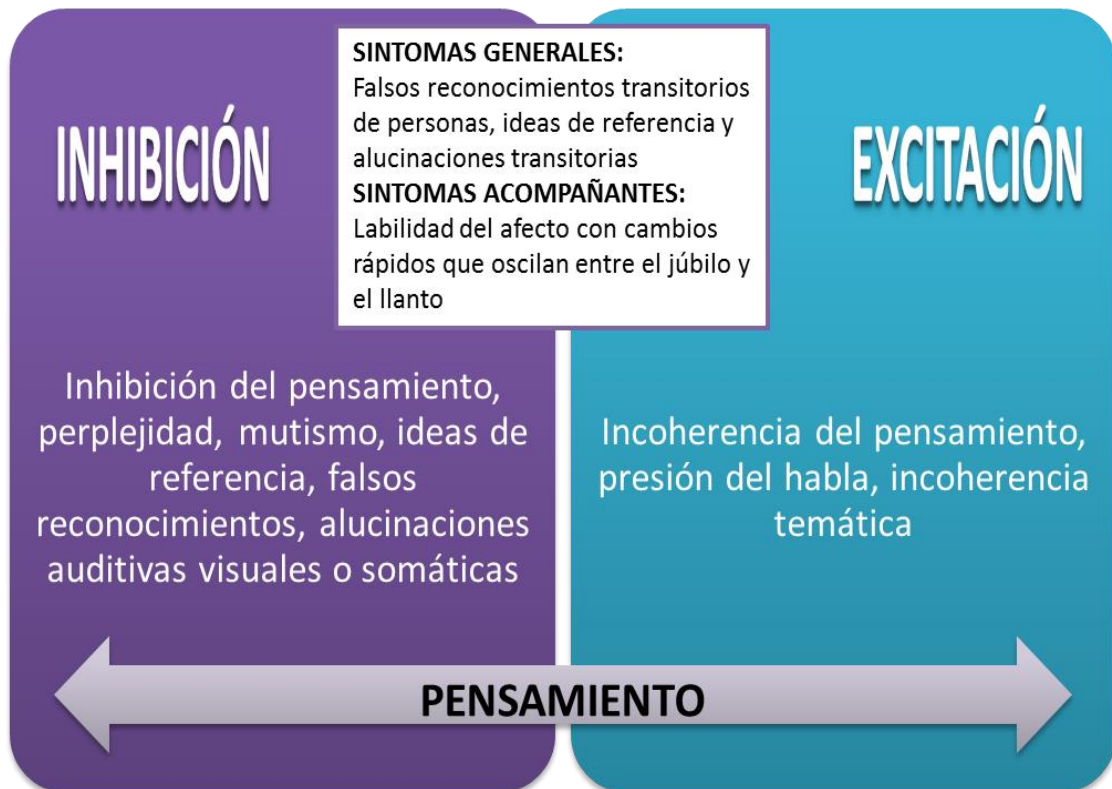
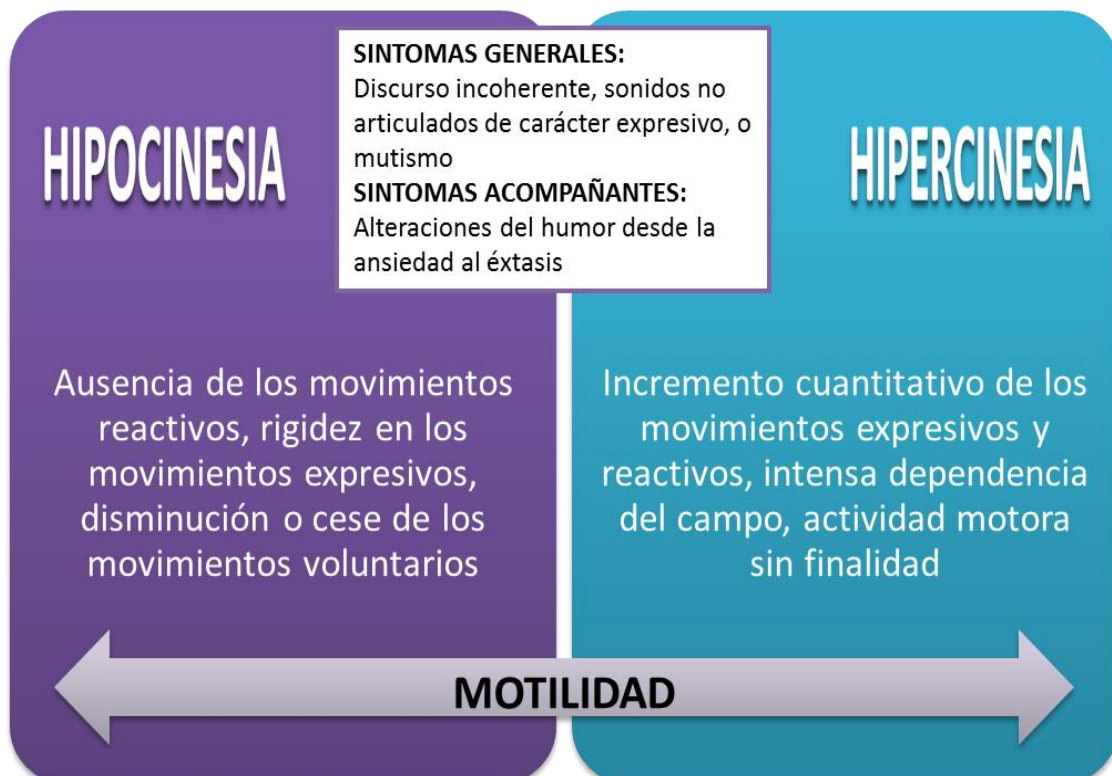


Ilustración 0-19: Subtipo, Psicosis de la motilidad



### 1.3.5 Otros subtipos

Diferentes autores han propuesto otros subtipos. En este sentido, Fish (1964) describió cuatro subtipos:

1. **reacciones psicógenas,**
2. **trastornos afectivos atípicos,**
3. **psicosis epileptoides** (en base a que un subgrupo de pacientes presenta alteraciones electroencefalográficas) y
4. **verdaderas psicosis cicloides.**

Hace más de 10 años, Mojtabai (2000), utilizando análisis de clases latentes de síntomas y de carga familiar, pudo diferenciar entre subgrupos afectivos y no afectivos. Y posteriormente Peralta y Cuesta (2003) confirmaron la validez de dicha distinción, y encontraron que en el subgrupo no afectivo existe predominancia de mujeres, mejor ajuste premórbido, tasa de recurrencia menor, respuesta a tratamiento más favorable y mayor presencia de estresantes psicosociales.

## 1.4 RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS

Kasanin, un psiquiatra y psicoanalista norteamericano de origen ruso, publicó en 1933 un trabajo denominado "*The acute schizoaffective psychosis*" (psicosis esquizoafectivas agudas) (Kasanin, 1994).

Tomó el corte transversal de síntomas en siete pacientes jóvenes adultas y reconoció una labilidad emocional grave, mezcla de síntomas esquizofrénicos y afectivos, una grave distorsión de la percepción del mundo exterior, y la presencia de “impresiones sensoriales falsas”. Estos pacientes se recuperaban por completo del cuadro psicótico en pocas semanas, pero había una tendencia a la repetición. La duración de los episodios era breve y el pronóstico favorable. Algunos de esos pacientes presentaban antecedentes familiares de trastornos afectivos y no era infrecuente la presencia de estresantes vitales anteriores al comienzo del cuadro (Kasanin, 1994).

Uno de esos casos fue el de *“un hombre de 42 años, negociante, quien ingresó el 18 de enero de 1926 con diagnóstico de demencia precoz”*. Se trataba de un cuadro de una semana de evolución, de inicio súbito, en el que *“el paciente centra su conversación en el tema religioso, lo cual era extraño pues el paciente se preocupaba poco por este tema. Decía que Dios se le aparecía y le decía qué hacer; por ejemplo, uno de los días previos al ingreso no tomó su desayuno y se dejó el abrigo puesto todo el día, pues Dios así se lo había ordenado”*. Finalmente, el día del ingreso *“se agitó y amenazó a su familia con una cuchilla, por lo que fue remitido al hospital”*. De la historia biográfica del paciente, Kasanin anota que *“tuvo un desarrollo psicomotor normal, buena adaptación en la escuela (donde hizo unos pocos amigos), se destacó como un buen atleta y mostró poco interés en las niñas. En la casa era bastante distante de los hermanos y muy cariñoso con la madre. Luego, inició con éxito su*

*carrera como administrador de empresas y a los 32 años estableció su propio negocio. En el campo afectivo, había tenido un desengaño amoroso reciente”*. Durante el ingreso hospitalario *“el examen físico de ingreso fue normal y la evolución del examen mental mostró irritabilidad, suspicacia y preocupación los dos primeros días; luego se tornó más hablador y colaborador. El afecto cambió de euforia, al ingreso, a depresión moderada. Las funciones cognoscitivas se encontraron intactas. Durante la hospitalización, se concluyó que la etiología del trastorno era secundaria a*



Ilustración 0-20: Jacob Kasanin  
(1897-1946)

*agitación afectiva. La vida emocional del paciente estaba bloqueada debido al hecho de que la mujer de la que estaba enamorado no correspondía sus sentimientos. Tenía una marcada tensión de su instinto sexual [...]. Gradualmente, el paciente desarrolló un punto de vista más sano y finalmente logró una buena introspección” (Kasanin, 1994).*

Con Kasanin queda aceptada la denominación: “psicosis esquizoafectiva”, que se utiliza actualmente en el DSM IV (y que ha aparecido en todas las ediciones del DSM desde 1952). Pero es importante mencionar que la entidad que queda plasmada en este manual tiene poco que ver con la descripción original de los cuadros de Kasanin, que estaban mucho más cerca las psicosis cicloides que el trastorno esquizoafectivo tal como se lo describe en la actualidad.

Kleist (Ungvary, 1993) ya señaló que aproximadamente el 50% de los pacientes con psicosis cicloide de la motilidad pueden presentar un síndrome afectivo completo durante o entre los episodios e incluyó a este trastorno dentro del círculo maníaco-depresivo. Asimismo, existen importantes semejanzas fenomenológicas entre la psicosis angustia-felicidad y la enfermedad maníaco-depresiva. Además, dos terceras partes de los pacientes con psicosis cicloides pueden desarrollar a lo largo de su vida síntomas o síndromes afectivos (Peralta y Cuesta, 2005).

Por consiguiente, podría pensarse que un trastorno con tan alta prevalencia de sintomatología afectiva debería estar estrechamente relacionado con el concepto actual de trastorno esquizoafectivo. Sin embargo, todos los estudios que han investigado la relación entre el trastorno esquizoafectivo y el cicloide han mostrado una baja concordancia (Peralta y Cuesta, 2003; Maj, 1988; Maj, 1990; Brockington y cols., 1991; McGorry y cols., 1992).

Esto se debe fundamentalmente a la forma tan restrictiva en que se define la psicopatología de la afectividad del trastorno esquizoafectivo en los sistemas diagnósticos actuales. Así, quedan excluidas manifestaciones como la angustia, el humor extásico, las fluctuaciones anímicas rápidas y breves, o los síndromes afectivos que no cumplen los criterios de intensidad o de duración de un trastorno afectivo mayor. (Peralta y Cuesta, 2007).

Por otra parte, el DSM-IV y la CIE-10 son sistemas diagnósticos eminentemente transversales y no toman en consideración la compleja y diversa relación temporal entre las dimensiones psicóticas y las afectivas (Peralta y Cuesta, 2007).

El Grupo de Trabajo sobre Trastornos Psicóticos del DSM-5 (DSM-5 Psychotic Disorders Work Group), se han hecho eco de las críticas anteriormente mencionadas llegando a debatir incluso la utilidad clínica de este trastorno. Por todo ello, han propuesto unos moderados cambios (que se describirán más adelante en otro apartado), con el fin de aumentar la fiabilidad de este trastorno. Habrá que esperar a posteriores estudios que investiguen la concordancia entre el trastorno esquizoafectivo y el cicloide.

## 1.5 RELACIÓN CON LAS PSICOSIS PUERPERALES

La psicosis puerperal es una psicopatología descrita ya por Hipócrates. Antiguamente se englobaba dentro de las reacciones exógenas agudas de Bonhoeffer (Gómez-Alcalde, 2002). En Europa, durante años, sólo existió un síndrome puerperal como tal, que englobaba la psicopatología del puerperio, denominado “amencia” (derivada de las lenguas germanas y que significa confusión o perplejidad). En la actualidad, no existe un consenso sobre su definición como entidad, pero desde el siglo XIX existe una sintomatología definida por criterios operativos, siendo que la “amencia” es uno de sus síntomas.

Las diferentes escuelas y autores actuales aún no se han puesto de acuerdo sobre si la psicosis puerperal es una psicopatología afectiva, esquizoafectiva, psicótica inespecífica o si se incluye dentro de las psicosis cicloides. En este último sentido, Pfuhlmann (1998) recuerda que Karl Leonhard consideraba a las psicosis posparto como pertenecientes a las psicosis cicloides, las cuales no eran psicosis afectivas ni esquizofrénicas. El DSM-IV y el CIE-10, por su parte, la incluyen dentro de los trastornos psicóticos (Trastorno Psicótico Breve y Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios, respectivamente)

Un autor holandés, Klompenhouwer, define la psicosis posparto como “*un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas en un período de dos semanas después del parto*” y describe un cuadro clínico que recuerda al de las

psicosis cicloides. Dicho cuadro clínico se caracteriza por (Klompener y cols., 1995):

- ✓ Rápidos cambios del nivel de conciencia, oscilando entre la perplejidad, la confusión y la desorientación, con intervalos lúcidos ocasionales.
- ✓ Trastornos de la psicomotricidad (desde la agitación hasta el estupor), acompañados de alteraciones de la comunicación verbal (de asociaciones sonoras rápidas se puede pasar hasta el mutismo).
- ✓ Oscilaciones de la afectividad (ansiedad alternando con felicidad estática), o trastornos afectivos más estables (depresión-manía).
- ✓ Alucinaciones y pseudoalucinaciones, tanto auditivas como visuales, con percepciones anómalas que llevan a malas identificaciones e ilusiones.
- ✓ Delirios y elaboraciones delirantes con un contenido típico, referido principalmente a la maternidad, el parto, el niño, la muerte, la destrucción.
- ✓ Gran variabilidad y cambio del cuadro clínico a lo largo del tiempo: se ha denominado “caleidoscópico”.

Casi todas las psicosis puerperales con síntomas “esquizofreniformes”, según los criterios de Schneider, prueban que son psicosis cicloides según el criterio de Leonhard y, correlativamente, siguen un curso de pronóstico favorable.

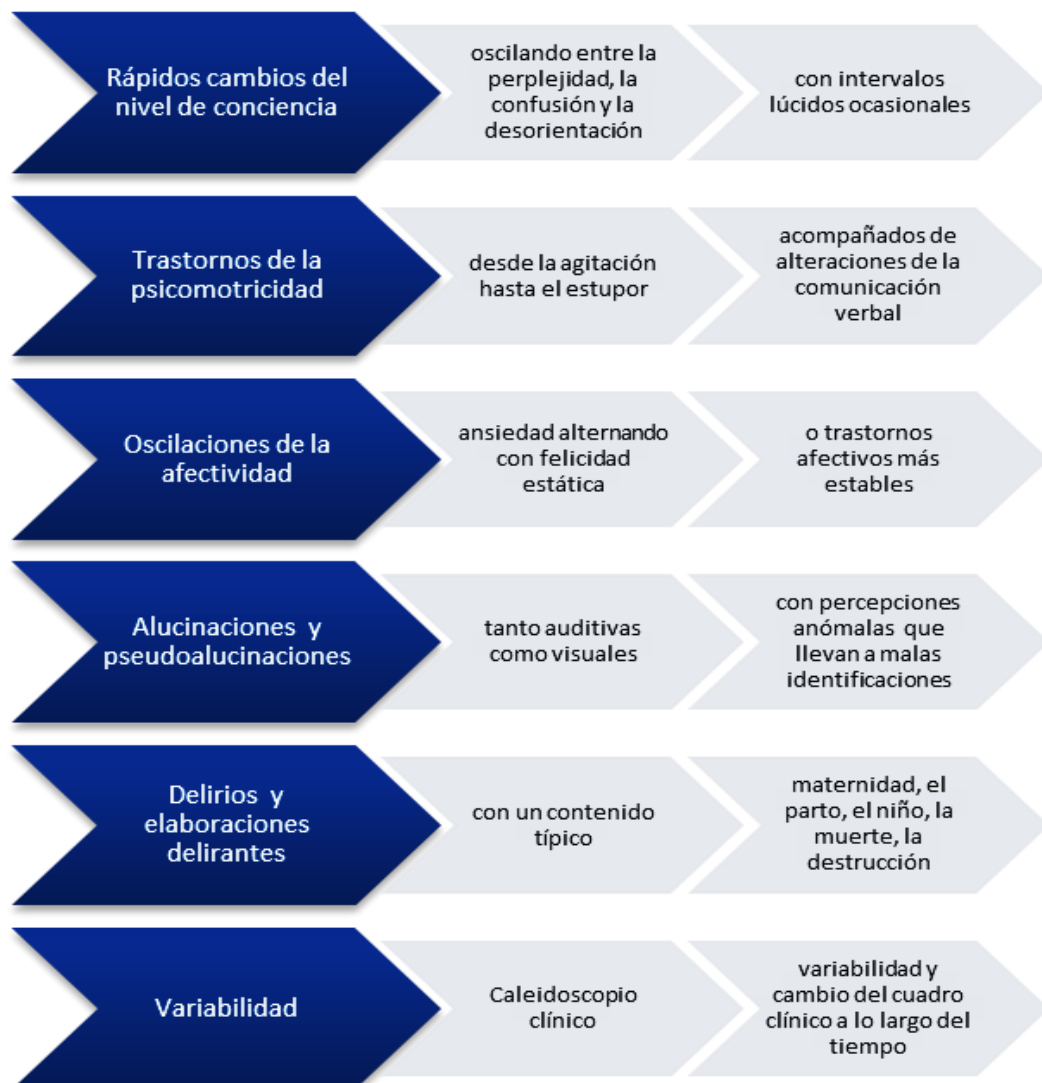
En este sentido, Grosse (1968), encontró casi un 50% de psicosis cicloides en 27 psicosis puerperales. En un estudio posterior, Pfuhlman y cols. (1998) confirmaron que el 54% de las pacientes que padecían un trastorno psiquiátrico severo postparto podían ser diagnosticadas de psicosis cicloide.

En un estudio llevado a cabo en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Wurzburg (Pfuhlmann y cols., 2002), entre 1981 y 1990, incluyeron en la muestra 43 pacientes con primer episodio psicótico manifestado dentro de los 6 primeros meses postparto. Encontraron de acuerdo a la clasificación de Leonhard una gran proporción de pacientes con psicosis cicloides (62%), predominando entre ellas el subtipo de psicosis de la motilidad (38%). Las esquizofrenias no sistemáticas fueron raras (12%),

mientras que no se encontraron esquizofrenias sistemáticas. Utilizando los criterios del ICD-10 el diagnóstico más frecuente fue el de trastorno depresivo unipolar (32%), seguido de trastorno psicótico polimórfico (23%). Sin embargo, los trastornos con sintomatología esquizofreniforme, es decir, esquizofrenia, trastorno esquizotípico, esquizoafectivo y trastorno psicótico polimórfico agudo con síntomas de esquizofrenia, representaron en su totalidad el 41% de todos los casos.

Estas observaciones clínicas sugieren un papel importante de las influencias somáticas en la etiología de las psicosis cicloides. De esta manera, la ocurrencia frecuente de las psicosis cicloides entre las enfermedades psiquiátricas puerperales no tiene sólo de un alto significado clínico, sino que también es importante respecto de las consideraciones etiológicas, como se verá más adelante (Janssen y Deniker, 1964; Grosse, 1968; Perris, 1986; Lanczik y cols., 1990).

**Ilustración 0-21: Psicosis puerperales según Klompenhouwer (1995)**



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

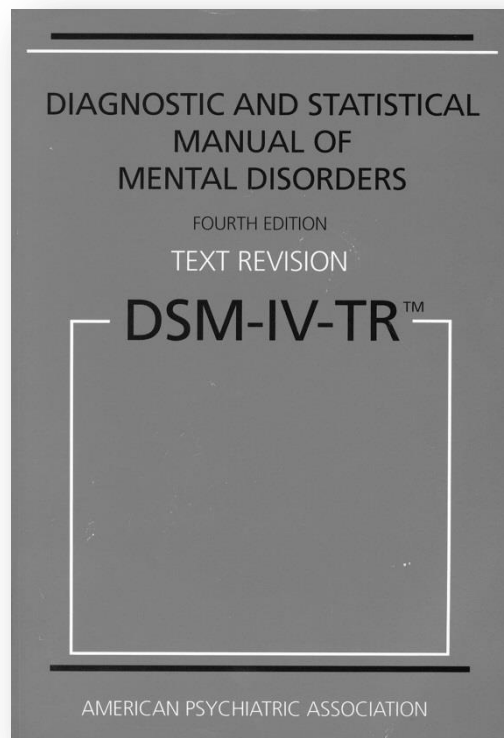
Las sucesivas ediciones de los actuales sistemas diagnósticos de consenso no han incluido los criterios diagnósticos para la psicosis cicloide dentro de las psicosis endógenas, e incluso el grado en el que han incluido características cicloides (aparte del curso remitente) ha variado mucho entre unas clasificaciones y otras.

### 1.6.1 DSM-IV

En el DSM-III no se incluía ninguna característica específicamente cicloide, mientras que en el DSM-III-R si se incluyeron las alteraciones emocionales como por ejemplo los cambios disfóricos rápidos en la tonalidad afectiva, o una profunda perplejidad o confusión como características que definen la psicosis reactiva breve.

Sin embargo, en el DSM-IV (1995) estos síntomas ya no se consideran como características definitorias de los trastornos psicóticos breves sino como meros síntomas asociados.

En la actualidad, uno de los sistemas de clasificación más usado, el DSM-IV-TR (2000), con su tinte neokraepeliniano, motiva a englobar a estas patologías en constructos donde el tiempo de enfermedad determina el diagnóstico:



**Ilustración 0-22: Portada DSM-IV-TR (APA, 2000)**

- Si es breve menor de un mes: Psicosis reactiva breve (298.80),
- Si dura más de un mes, pero menos de 6 meses: Trastorno esquizofreniforme (295.40),
- y en los de persistencia de los síntomas por más de 6 meses: se les imprime el sello de Esquizofrenia (295.34),
- Para aquellos con cuadros con síntomas maníacos o depresivos: Trastorno esquizoafectivo (295.70),
- Y finalmente, algunos incluyen a estas entidades en los llamados Trastornos psicóticos no especificados (298.90).

### 1.6.2 CIE-10

A diferencia de las clasificaciones DSM, la Organización Mundial de la Salud, ha

incluido en su clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) el grupo de las Psicosis cicloides, juntamente con la *Bouffée* delirante, bajo el rótulo de trastorno psicótico agudo y polimorfo sin (F 23.0) y con (F 23.1) síntomas de esquizofrenia.

Esto ha llevado a algunos autores (Susser y cols., 1995; Das y cols., 1999) a la errónea consideración de las psicosis cicloides y los trastornos psicóticos agudos y transitorios de la CIE-10 como prácticamente sinónimos.

Ilustración 0-23: Portada CIE-10 (OMS, 1993)



### 1.6.3 Concordancia con los trastornos psicóticos breves o transitorios

A pesar de que algunas de las características cicloides han sido incluidas dentro de los trastornos psicóticos breves o transitorios, estos diagnósticos no han conseguido capturar o integrar suficientemente el constructo clínico de las psicosis cicloides.

Los estudios que han examinado empíricamente la relación nosológica entre las psicosis cicloides y los criterios de consenso han mostrado de forma consistente que las psicosis cicloides no se corresponden estrechamente con ninguna de las categorías del DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV ni de la CIE-10 (Peralta y Cuesta, 2003; Beckmann y Franzek, 2000; Maj y cols., 1988; Brockington y cols., 1991; McGorry y cols., 1992).

De hecho, la mayoría de los casos de psicosis cicloides son diagnosticados dentro de estos sistemas como psicosis reactiva breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastornos del humor con síntomas psicóticos o como trastornos psicóticos no especificados.

Los estudios que han examinado específicamente la concordancia entre los trastornos psicóticos agudos y transitorios y las psicosis cicloides han encontrado que únicamente el 30-54% de los pacientes diagnosticados de trastornos psicóticos agudos y transitorios cumplen criterios de psicosis cicloides (Peralta y Cuesta, 2003; Pillmann y cols., 2001; Marneros y Pillmann, 2000).

Los motivos para esta baja concordancia se deben a que en los sistemas diagnósticos actuales, la presencia de trastornos afectivos mayores o la duración del episodio superior a 1 mes (en el caso de trastorno psicótico breve, trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia y trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico) y a 3 meses (en el caso de trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia y trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes) son criterios de exclusión.

Dado que la duración media de un episodio cicloide puede ser de varios meses (Leonhard, 1960) no es extraño que la mayoría de los pacientes no cumplan criterios DSM-IV o CIE-10 para psicosis breves o transitorias.

En este sentido se ha señalado que la duración modal de las psicosis agudas remitentes (utilizando criterios laxos) es de 2-4 meses (Mojtabai y cols., 2000). Tanto la duración relativamente larga de alguno de los episodios de psicosis cicloide como la capacidad de este trastorno de predecir un buen pronóstico (independientemente de la duración) sugieren que la psicosis cicloide no equivale a una duración breve. Incluso algunos autores (Mojtabai y cols., 2003) sostienen que los criterios de duración del episodio deberían de ser más laxos (hasta 6 meses) o incluso ni siquiera existir (Peralta y Cuesta, 2005).

## 1.7 LAS PSICOSIS CICLOIDES EN EL DSM-5

La edición vigente del DSM todavía es la cuarta, en su versión revisada DSM-IV-TR, publicada en el año 2000. Diferentes grupos de trabajo han estado estudiando los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos mentales, y en junio presentaron el borrador para el próximo DSM-5. Está previsto que se cierre la versión definitiva en diciembre, para iniciar la impresión que finalmente se presentará en San Francisco en el curso de la 166 Reunión Anual de la American Psychiatric Association, del 18 al 22 de mayo 2013.

Como cambios más importantes se proponen la eliminación de los subtipos de esquizofrenia y la inclusión de propuestas relacionadas con la Catatonía, y con los diferentes trastornos, (Trastorno catatónico asociado a enfermedad médica o Trastorno catatónico no especificado), así como el especificador de Catatonía para utilizarlo, cuando esté presente, en una amplia gama de trastornos mentales.

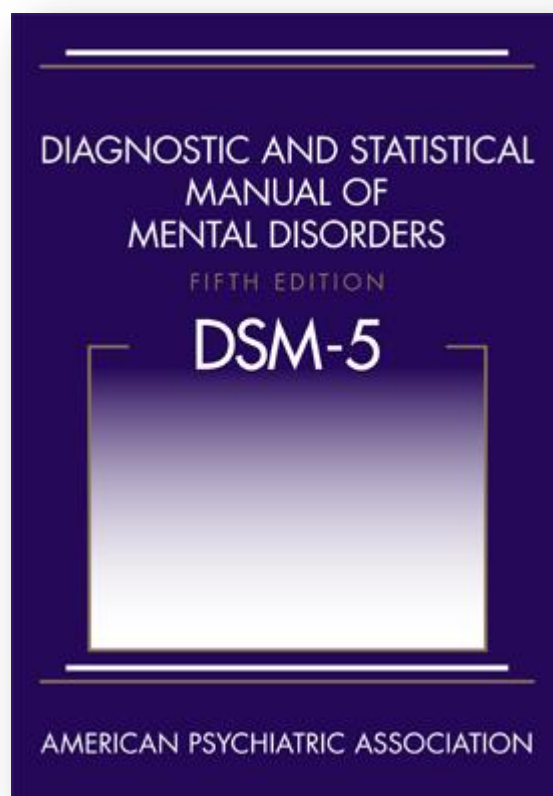


Ilustración 0-24: Portada DSM-5 (APA, 2013)

El grupo de trabajo del DSM-5 para trastornos psicóticos (DSM-5 Work Group: Psychotic Disorders Work Group) recomendó en principio la inclusión del Síndrome de Psicosis Atenuada en el capítulo "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos". Pero parece que, por falta del suficiente consenso, se incluirá finalmente en la Sección III, donde se publican los trastornos que requieren una investigación adicional, antes de ser incluidos oficialmente en el DSM-5.

Así pues, las psicosis cicloides quedan de nuevo huérfanas en el DSM-5, en el cual se sugiere el término de trastornos del espectro esquizofrénico y plantea un abordaje dimensional de estos en el que se incluya la dimensión afectiva, pero no incluirá a las psicosis cicloides como entidad nosológica independiente.

A continuación se puede observar una comparación del DSM-IV-TR actual con el borrador propuesto para el DSM-5 para el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

- ❖ **Nota:** Los datos y contenidos en este capítulo hacen referencia temporal a mayo del 2013, momento en el que se escribe el presente estudio.

Ilustración 0-25: Diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM-5



### 1.7.1 Evaluación dimensional

El DSM-5 Work Group (Psychotic Disorders Work Group) se ha hecho de las numerosas investigaciones en las que se ha destacado que los límites entre entidades nosológicas pueden no ser tan categóricos como los sugeridos por los individuos como Kraepelin (Kraepelin, 1971), y que la comorbilidad de los trastornos supuestamente diferentes podrían reflejar alteraciones en las dimensiones comunes de la variación genética, el comportamiento humano y la función neurobiológica (Owen et al., 2007). Por lo tanto, han considerado importante incluir explícitamente la evaluación dimensional de los principales síntomas de los trastornos psicóticos con el fin de ayudar a identificar esta variabilidad importante.

Por lo tanto, se ha propuesto incluir evaluaciones de dimensiones de todos los síntomas incluidos como indicadores de diagnóstico en el Criterio A de los criterios diagnósticos para la esquizofrenia. Esto incluye alucinaciones, delirios, la desorganización, la conducta motora anormal, la expresión emocional restringida, y la abulia. Cada uno de estos síntomas serán calificados por su gravedad actual (más grave en el último mes) en una escala de cinco puntos que van desde 0 (no presente) a 5 (actual y grave). De manera que una puntuación de 2 o superior tendrá la gravedad suficiente para cumplir con un criterio de un indicador para el diagnóstico de esquizofrenia.

### 1.7.2 Trastorno Esquizoafectivo

Una de las críticas realizadas por los psiquiatras clínicos y los investigadores al concepto del trastorno esquizoafectivo es la falta de fiabilidad y de estabilidad temporal de este diagnóstico cuando se utilizan las definiciones actuales (Maj, 2000). Sin embargo, ésta es una consecuencia casi inevitable de la naturaleza excesivamente restrictiva de las definiciones actuales de trastorno esquizoafectivo. Se sabe que la presentación clínica precisa de cualquier paciente con psicosis varía a lo largo del tiempo y que, dada la definición fuertemente restrictiva de la categoría esquizoafectiva –en comparación con las definiciones mucho más genéricas de la esquizofrenia y de los trastornos del estado de ánimo–, es inevitable que estas

últimas categorías sean contempladas como mucho más viables y estables que la categoría esquizoafectiva. (Craddock y Owen, 2007)

Los autores del futuro DSM-V se han hecho eco de las críticas anteriormente mencionadas llegando a debatir incluso la utilidad clínica de este trastorno.

Reconocen que para el diagnóstico de este trastorno, se requieren datos longitudinales, para evaluar la coincidencia temporal de los síntomas psicóticos y afectivos (Criterio B) y la distribución en relación con el tiempo (criterio C). Pero han observado que la mayoría de los clínicos e investigadores, sin embargo, no permiten la observación directa de cuatro o seis semanas (que se requiere para el criterio A y B). Por lo tanto, la mayoría de los diagnósticos de este trastorno, tienen que confiar en la memoria autobiográfica exacta del paciente, información colateral, o el acceso a los registros médicos y de salud mental. Incluso si estos datos se pueden obtener y los criterios A y B se cumplen, es difícil evaluar con precisión la parte de la enfermedad con síntomas afectivos acusados. Esto es particularmente difícil en los pacientes que han sufrido síntomas psicóticos durante muchos años.

Por todo ello, y habida cuenta que la fiabilidad de este diagnóstico actualmente es deficiente, el DSM-5 Work Group (Psychotic Disorders Work Group) ha propuesto los siguientes cambios:

#### **DSM-IV-TR Criterio A**

Sin cambios. (Pero los cambios se sugieren para el Criterio A para la esquizofrenia.)

#### **DSM-IV-TR Criterio B**

- 1) Proyecto de criterios para el trastorno en el DSM-V

Se recomienda el siguiente cambio, de menor importancia en el texto:

*"Durante el mismo período de la enfermedad, ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas que cumplieran los criterios para un episodio del estado de ánimo"*

#### **DSM-IV-TR Criterio C**

- 1) Proyecto de criterios para el trastorno en el DSM-V

Se recomienda el siguiente cambio en el texto:

*"Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio del estado de ánimo están presentes durante una parte considerable (más del 30%) de la duración de vida de los períodos activo y residual de la enfermedad."*

#### **DSM-IV-TR Criterio D**

No hay cambios

### **1.7.3 “Deconstructing Psychosis”**

Entre el 15 y el 17 de febrero del 2006, se realizó una conferencia titulada Deconstructing Psychosis (La deconstrucción de la psicosis), convocada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU. (NIH). La conferencia fue diseñada para ser un elemento clave en el proceso de revisión de múltiples fases de investigación para la quinta revisión del DSM.

Algunas de las propuestas realizadas por el grupo Deconstructing Psychosis fueron:

#### **A. El primer grupo:**

- Sustituir las categorías actuales por un síndrome de psicosis general que englobase una amplia gama de trastornos que van desde la esquizofrenia, hasta los trastornos esquizoafectivos, delirantes y psicóticos breve, pasando por el trastorno bipolar y la depresión psicótica.
- Incluir los criterios dimensionalmente especificados en el apéndice de investigación para los síntomas positivos, síntomas negativos, depresión, manía, deterioro cognitivo y deterioro funcional.
- Incluir especificadores de investigación para la duración, evolución en el tiempo, y el modo de inicio.

#### **B. El segundo grupo:**

- Aunque está de acuerdo en que la dicotomía esquizofrenia/trastorno bipolar tiene algunos problemas de validez, los miembros del grupo expresaron sus reservas sobre el impacto en la utilidad clínica de abandonar esta distinción.
- Dado que una gran proporción de las personas caen en la zona de solapamiento entre la esquizofrenia y el trastorno bipolar y actualmente se diagnostican como esquizoafectivo o trastornos psicóticos/afectivos no especificados, se necesitan estudios para centrarse en estos casos problemáticos con respecto a la respuesta al tratamiento, estudios de laboratorio, el pronóstico y el resultado.
- Otro enfoque consiste en analizar fuera subcategorías homogéneas de la esquizofrenia y el trastorno bipolar con respecto a la etiología, la respuesta al tratamiento, el resultado, por ejemplo, el síndrome de deficitario y/ las psicosis cicloides.
- Si el enfoque categórico se conserva en el DSM-V, existe una necesidad urgente de mejorar la definición de trastorno esquizoafectivo.

## 1.8 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

### 1.8.1 Demográficas

Los pacientes cicloides representan alrededor del 10-15% del total de los ingresos por un trastorno psicótico funcional (Cuesta y Peralta, 2003).

El único estudio epidemiológico realizado hasta la fecha muestra que la tasa de incidencia anual para pacientes con un primer episodio es de 0,043 por 100.000 habitantes, lo que representa casi el 25% de todas las psicosis funcionales en pacientes menores de 50 años (Lindvall y cols., 1993).

La edad media de inicio suele ser la segunda década de la vida, y de manera consistente se ha visto una ligera predominancia del sexo femenino (Cuesta y Peralta, 2003).

## 1.8.2 Características premórbidas

La mayoría de los estudios no han encontrado aspectos premórbidos destacables en este grupo de pacientes, y el ajuste premórbido que suelen presentar es similar al de los trastornos afectivos y mucho mejor que el de los esquizofrénicos (Perris, 1974; Pillmann y cols., 2003).

Un estudio señaló que en una muestra mixta de pacientes psicóticos la presencia de una personalidad histriónica aumentaba por 10 la probabilidad de tener el diagnóstico de psicosis cicloide, mientras que la presencia de una personalidad esquizoide disminuía a la mitad dicha probabilidad (Peralta y Cuesta, 2005).

## 1.8.3 Patrón sintomático (presentación clínica)

Prácticamente todos los síntomas psicóticos pueden presentarse en las psicosis cicloides. A este respecto, los pacientes cicloides muestran síntomas de primer rango de Schneider, niveles globales de delirios y alucinaciones, y síntomas de desorganización en tasas o intensidad similar a las de los pacientes esquizofrénicos.

Durante un episodio cicloide casi el 50% de los pacientes presentan un síndrome afectivo completo y la mayor parte de los pacientes restantes presentan un síndrome afectivo incompleto, cifras que se incrementan en el curso de la enfermedad (Peralta y Cuesta, 2003).

## 1.8.4 Curso y pronóstico

La evolución natural muestra un patrón típicamente recurrente, sin que se haya podido demostrar la presencia de ningún patrón estacional.

Los síntomas prodrómicos son poco frecuentes y generalmente se manifiestan como irritabilidad y alteraciones del patrón del sueño (Barcia y Morcillo, 1996).

La duración de cada uno de los episodios suele oscilar entre varias semanas y varios meses, si bien en una substancial minoría de los pacientes, la duración puede ser menor de una semana o de hasta más de un año (Perris, 1974).

Es importante tener en cuenta que un episodio cicloide puede durar varios meses para así evitar un diagnóstico erróneo de esquizofrenia, sobre todo en pacientes con un primer episodio psicótico (Peralta y Cuesta, 2003).

Se ha asumido que el diagnóstico de psicosis cicloide permanece estable a lo largo del tiempo y que existen pocos cambios entre los distintos subtipos, sin embargo no se han llevado a cabo estudios bien diseñados para verificar esta asunción (Peralta y Cuesta, 2005; Leonhard 1957), y un estudio del propio Leonhard muestra que en torno al 12% de los pacientes cambian de diagnóstico, principalmente hacia la esquizofrenia (Trostorff y Leonhard, 1990).

La duración del ciclo, es decir, el período de tiempo que comprende un episodio de la enfermedad y el intervalo subsiguiente, se informó por Perris (1974) con una media de aproximadamente 4 años entre los dos primeros episodios. Estos hallazgos son similares a los encontrados en los trastornos afectivos y los trastornos esquizoafectivos (Marneros y Pillmann, 2004). De un orden de magnitud similar son las conclusiones de Cutting y cols. (1978), quienes encontraron una tasa de recaída de 0,28 episodios/año en las psicosis cicloides.

Tanto Leonhard como Perris han mantenido de manera repetida que los pacientes con psicosis cicloide se recuperan totalmente de los episodios sin producirse ningún deterioro. Sin embargo, se han descrito estados defectuales residuales entre un 7 y 17% de los pacientes (Peralta y Cuesta, 2005). Estas tasas se ven incrementadas en casos de seguimiento a más largo plazo (Hatotani y Nomura, 1983; Armbruster y cols., 1983; Beckmann y cols., 1990). En esta misma línea, un estudio de 4 años de seguimiento de psicosis remitente aguda no afectiva (diagnóstico próximo a la psicosis cicloide), demostró que el 8% de los pacientes no conseguían una recuperación total (Mojtabai y cols., 2003).

## 1.9 FACTORES ETIOLÓGICOS Y NEUROBIOLÓGICOS

### 1.9.1 Herencia

En líneas generales, los estudios sobre la heredabilidad del trastorno no han mostrado resultados concordantes.

Los estudios que examinan la presencia del trastorno en familiares de personas afectas muestra: un patrón de transmisión entre familiares del 40%, pero dichos estudios presentan notables limitaciones metodológicas (McNeil, 1986; Pichot, 1982; Peralta y Cuesta, 2007; Perris y Brockington, 1981; Bräuning, 1995; Perris, 1974; Leonhard, 1957; Franzek y cols., 1998).

Un estudio realizado en gemelos muestra un índice de heredabilidad bajo (0,21) para las psicosis cicloides, con valores de concordancia muy similares para los gemelos homocigotos (39%) y heterocigotos (31%); estos resultados sugieren que los factores no genéticos tienen un papel muy importante en la etiología (Franzek y cols., 1998).

Respecto al riesgo de padecer esquizofrenia y trastornos afectivos en familiares de pacientes cicloides los resultados han sido relativamente consistentes en mostrar un riesgo más elevado para los trastornos afectivos que para la esquizofrenia (Franzek y cols., 1998; Cutting, 1999). Sin embargo, un estudio controlado muestra que los familiares de pacientes cicloides tienen un riesgo mórbido para psicosis endógenas en general y para la enfermedad maníaco-depresiva significativamente menor que los familiares de pacientes con trastorno bipolar. El riesgo familiar para la psicosis cicloide era bajo y no había diferencias significativas entre ambos grupos. Dichos hallazgos apoyan la independencia nosológica de las psicosis cicloides respecto a los trastornos afectivos (Ahokas y cols., 2000).

Por otro lado, no conviene perder de vista que los estudios familiares recientes indican la existencia de un grado no despreciable de coagregación familiar entre la esquizofrenia y el trastorno bipolar, así como entre el trastorno esquizoafectivo, por un lado, y el trastorno bipolar y la esquizofrenia, por otro (Craddock y Owen, 2007).

### 1.9.2 Factores psicosociales

Diversos estudios han examinado la presencia de experiencias negativas (pérdida de los progenitores, separación de los mismos, familias disfuncionales) en edades tempranas en pacientes cicloides en relación con otros trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia y los trastornos afectivos (Peralta y Cuesta, 2003; Perris, 1978). Pero actualmente se considera que las disfunciones familiares tempranas no predisponen a un posterior desarrollo de un trastorno cicloide (Peralta y Cuetsta, 2008) .

Las psicosis cicloides se han relacionado estrechamente con las psicosis reactivas, por ello se ha investigado hasta qué punto los estresantes vitales pueden o no precipitar un episodio cicloide. La presencia de factores psicosociales previos al episodio cicloide oscila entre el 30 y el 65%, siendo la frecuencia de estos mucho mayor que en el caso de trastornos esquizofrénicos o afectivos (Cuesta y Peralta, 2003; Cutting, 1990).

No obstante, los factores precipitantes psicosociales se encuentran principalmente en casos de primeros episodios, posteriormente parece que el propio trastorno sigue su curso independientemente de los factores precipitantes (Jabs, 2003).

### 1.9.3 Complicaciones obstétricas

La prevalencia de complicaciones obstétricas en las psicosis cicloide oscila en un amplio rango del 20-60% según los estudios, lo que es probablemente debido a diferencias metodológicas que dificultan la comparación y la interpretación de los resultados. Así por ejemplo Maj(1990) encontró un mayor número de complicaciones obstétricas en pacientes cicloides en comparación con pacientes esquizoafectivos o afectivos, mientras que Stöber y cols.(1997) no encontraron diferencias entre psicosis cicloides, trastornos afectivos y controles.

A pesar de las discrepancias, son pocos los estudios que apoyan el papel de las complicaciones obstétricas como factor etiológico en la psicosis cicloide. En el estudio de gemelos realizado por Franzek y Beckmann (1992) se encontró que la tasa y gravedad de complicaciones obstétricas eran significativamente superiores en el gemelo afecto de psicosis cicloide. En esta misma dirección, este mismo grupo

encontró que en pacientes con psicosis cicloide se producen un mayor número de nacimientos en la primera mitad de la primavera así como más infecciones víricas en la madre durante la gestación, lo cual apoyaría la hipótesis de alteraciones de la maduración cerebral durante el periodo gestacional producidas por factores exógenos (Franzek y Beckmann, 1992).

#### **1.9.4 Factores hormonales**

Como se ha mencionado anteriormente, el puerperio es una etapa en la que se producen intensos cambios hormonales (incluida la disminución de los niveles de estradiol), motivo por el que se considera un factor de riesgo para el desarrollo de una psicosis puerperal (cuadro clínico muy semejante al de la psicosis cicloide). De hecho, Pfulman y cols. (1998) señalaron que el 54% de las pacientes que padecían un trastorno psiquiátrico severo postparto podían ser diagnosticadas de psicosis cicloide.

Asimismo, numerosas situaciones donde se produce una reducción de los niveles estrogénicos (p. ej., premenstruación, cese de la administración exógena de estrógenos, administración exógena de antagonistas de los receptores o de bloqueantes de la secreción endógena) se han asociado a psicosis semejantes a las cicloides (Severino y Yonkers, 1993; Mahé y Dumaine, 1998).

Deuchar y Brockington (1998) propusieron una hipótesis unificadora que explicase las psicosis puerperales y las menstruales (o relacionadas con otros factores causales donde se produce una depleción de los niveles estrogénicos), en base a una disminución brusca del "ambiente estrogénico" cerebral en personas predispuestas.

Ilustración 0-26: Reducción de los niveles estrogénicos que se asocian a la clínica cicloide.

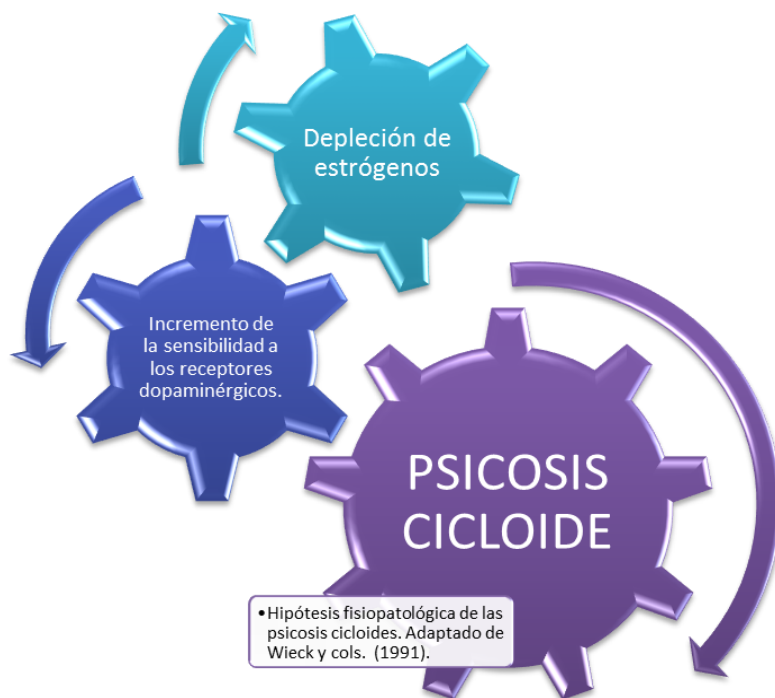


En la anterior figura se muestra la reducción de los niveles estrogénicos que se asocian a la clínica cicloide, adaptado de Severino y Yonkers (1993) y Mahé y Dumaine (1998).

Los mecanismos fisiopatológicos subyacentes que expliquen la relación entre la depleción de estrógenos y las psicosis cicloides siguen, siendo en gran medida desconocidos, aunque se conoce que los estrógenos producen una gran cantidad de efectos en diversos sistemas de neurotransmisión como por ejemplo un incremento de la sensibilidad a los receptores dopaminérgicos (Wieck y cols., 1991).

También se han encontrado en las psicosis puerperales un incremento de los niveles de cortisol tras la administración de dexametasona, y alteraciones en el gen transportador de serotonina, hallazgos que se han descrito también en los trastornos afectivos (Paykel y cols., 1991,; Franzek y cols., 1996).

Ilustración 0-27: Hipótesis fisiopatológica de las psicosis cicloides



### 1.9.5 Neuroimagen

Hasta el momento actual han sido pocos los estudios de neuroimagen realizados en pacientes cicloides y sus hallazgos no son concluyentes.

Franzek y cols. (1996) encontraron mayores alteraciones ventriculares en los pacientes con psicosis cicloides respecto a otros trastornos psiquiátricos (incluida la esquizofrenia). Falkai y cols. (1995) encontraron diferencias significativas en pacientes cicloides en comparación con los controles en aspectos como el aumento del tamaño ventricular respecto a la masa cerebral, un mayor tamaño del tercer ventrículo y unos espacios de líquido cefalorraquídeo a nivel frontal más amplios. Sin embargo, Becker y cols. (1995), y Hóffler y cols. (1997) no encontraron diferencias significativas entre los pacientes con psicosis cicloides y los controles.

Respecto a estudios de neuroimagen funcional también existe controversia: mientras hay resultados que señalan una relación entre el flujo cerebral a nivel cortical y la presencia de síntomas, otros estudios posteriores no han encontrado evidencia alguna (Warkentin y cols., 1992; Bartsch y cols., 2001).

### 1.9.6 Neurofisiología

Un único estudio ha mostrado que algunos pacientes cicloides poseen ondas P300 de topografía y latencia normales pero con amplitudes significativamente mayores que los controles (Strik y cols., 1996). Ello puede indicar que existe un nivel de alerta aumentado. Este es un hallazgo que no se ha encontrado en ningún otro trastorno psiquiátrico. También se han estudiado alteraciones electroencefalográficas de tipo epiléptico en pacientes con diagnóstico de psicosis atípicas (Mitsuda, 1965), diagnóstico que como se ha señalado anteriormente es similar al de psicosis cicloides.

### 1.9.7 Otros factores

Algunos estudios han señalado posibles asociaciones entre las psicosis cicloides y marcadores genéticos como el grupo sanguíneo, enzimas eritrocitarias y antígenos HLA. No se han encontrado diferencias en comparación con la esquizofrenia, con los trastornos afectivos o con los controles salvo para el RH negativo, que resulta superior en el caso de los pacientes cicloides (Jabs y cols., 2003). Si bien este dato no parece clínicamente significativo.

## 1.10 TRATAMIENTO

Hasta el momento actual no se han realizado estudios controlados sobre el tratamiento de la psicosis cicloide, lo cual se debe principalmente a que el diagnóstico no ha sido reconocido por los sistemas diagnósticos de consenso y por el escaso interés que tradicionalmente se ha mostrado por aspectos terapéuticos de las psicosis transitorias. Por ello, los datos sobre tratamiento se basan en la experiencia clínica, en estudios no controlados y en referencias publicadas de casos aislados.

Frente al diagnóstico de psicosis cicloide hay que analizar el tratamiento desde dos ángulos:

1. **Tratamiento del episodio agudo**
2. **Tratamiento de mantenimiento (interfase)**

### 1.10.1 **Tratamiento del episodio agudo**

- **Terapia Electroconvulsiva**

La terapia electroconvulsiva (TEC) ha sido el tratamiento de elección durante muchos años, y suele producir una intensa mejoría después de unas pocas sesiones, sobre todo en trastornos con importante afectación motora (Little y cols., 2000). Tanto la literatura americana como la escuela de Leonhard reportaron el uso satisfactorio de la TEC en la disminución de los síntomas bilógicos fundamentales (rehusarse a comer o beber) y en las alteraciones de la psicomotricidad (por ejemplo: agitación o estupor).

- **Benzodiazepinas**

Las benzodiazepinas a dosis altas clásicamente se han utilizado durante la fase aguda. Posiblemente por el componente catatoniforme (donde las benzodiazepinas son de elección). Además, un uso adicional de sustancias ansiolíticas puede mejorar a menudo bastante los síntomas, incluso las ideas paranoides basadas en la grave angustia. Es importante destacar que las psicosis cicloides tienden a remitir espontáneamente, y que también en algunos casos es posible identificar y abordar los factores precipitantes del episodio. Por ello, en casos en los que los síntomas no sean muy disruptivos puede ser aconsejable un tratamiento conservador (p. ej., tratar el factor desencadenante y utilizar benzodiazepinas).

- **Antipsicóticos de primera y segunda generación**

El uso de antipsicóticos de primera generación (o típicos), clásicamente no ha estado indicado en las psicosis cicloides. Pero, en la actualidad, cada día más clínicos nombran a los antipsicóticos atípicos de segunda generación, o atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, asenapina y aripiprazol), como potencial herramienta terapéutica gracias a su efecto en la modulación afectiva a través de la afinidad por receptores 5HT (5HT<sub>2A</sub>, 5HT<sub>1A</sub>, 5HT<sub>2C</sub> y más recientemente descrito 5HT<sub>7</sub>). No existen conclusiones definitivas sobre algoritmos desarrollados con antipsicóticos o combinaciones, pero es indudable que su utilización abre una nueva expectativa terapéutica.

- **Anticomiciales**

Otra de las posibilidades en cuanto al tratamiento de la fase aguda es el uso de anticomiciales (carbamazepina o valproato), acompañando a la terapéutica elegida.

- **Terapia hormonal**

En el caso de psicosis cicloides relacionadas con un bajo nivel de estrógenos (niveles de estradiol sérico basal inferior o igual a 49,5 pmol/L), en un estudio realizado en 10 mujeres se observó que existe una ligera evidencia sobre el posible efecto beneficioso de la terapia sustitutiva con estrógenos (17 beta estradiol sublingual durante 6 semanas), si bien en una de las pacientes se produjo un recrudecimiento de síntomas psicóticos (Aokas y cols., 2000). Y también se han descrito dos casos de mujeres tratadas con anticonceptivos combinados de progesterona y estradiol (Stein y cols., 2003).

### **1.10.2 Tratamiento de mantenimiento (interfase)**

Debe destacarse que una enfermedad fásica y que remite por completo no requiere medicación antipsicótica a largo plazo. Sin embargo, en estos pacientes, no es infrecuente ver el uso de medicación antipsicótica durante periodos largos, puesto

que las psicosis cicloides, de acuerdo con el criterio schneideriano, a menudo exhiben síntomas “esquizofreniformes”.

A pesar de que aún faltan los estudios controlados en forma metódica de acuerdo con los criterios recientes, la experiencia clínica indica que cuando los episodios de psicosis cicloides son recurrentes, el tratamiento profiláctico con litio o carbamazepina es superior a la terapia de mantenimiento con antipsicóticos (de primera generación). Algunos estudios no controlados señalan que el Litio podría ser útil para reducir la morbilidad a largo plazo (Perris, 1978; Maj, 1984). Barcia (1998) propone que un tratamiento que se ha mostrado eficaz, tanto para la rápida remisión de los episodios agudos como respecto a la prevención de recidivas, es la combinación de butirofenonas con antiepilépticos (valproato o carbamazepina).

Hasta la fecha no se dispone de estudios con los antipsicóticos de segunda generación ni con los anticomociales de reciente aparición. El hecho de que alguno de estos fármacos ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de mantenimiento del Trastorno Bipolar, justificaría su estudio en las psicosis cicloides.

### 1.10.3 Tratamiento en función del subtipo

Por ahora faltan estudios clínicos controlados en cuanto al tratamiento de los episodios agudos pero la experiencia clínica muestra que el subtipo específico juega un papel poco llamativo en la elección de la sustancia para la farmacoterapia.

- **Psicosis cicloide de la motilidad**

Los movimientos expresivos y reactivos hipercinéticos de la psicosis de la motilidad pueden ser controlados por los neurolépticos en la mayoría de los casos.

La terapia de los estados acinéticos es más difícil. En éstos, los antipsicóticos de primera generación (típicos) pueden facilitar, quizás, el desarrollo de complicaciones “catatónicas” letales y no tienen beneficio para los estados acinéticos. Por lo tanto, el manejo de la psicosis de la motilidad acinética requiere en especial la observación clínica cuidadosa y la terapia sintomática de las características asociadas. Siempre

hay que tener en mente el hecho de que las fases también remiten en forma espontánea. La terapia de primera elección es el TEC, para el caso de las peligrosas complicaciones “catatónicas” (Derito y cols. 2005)

Franzek y col. (1994) comunicaron que 7 de 9 pacientes que desarrollaron un síndrome neuroléptico maligno, durante un período de observación de 3 años en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Würzburg, presentaban psicosis cicloide. Ya en la era preneuroléptica, Neele (1944) había establecido que las “catatonías letales” ocurrieron, en la mayoría de los casos, no en los pacientes con psicosis esquizofrénicas sino en las psicosis cicloides, de pronóstico favorable. La imposibilidad usual de realizar una clara distinción diagnóstica entre el “síndrome neuroléptico maligno” y la “catatonía letal” es un buen argumento para no utilizar neurolépticos en los cuadros motores, incluso por la ausencia de efecto de los neurolépticos en la “catatonía letal”, que a menudo deterioran esta condición. Por esta razón, el TEC es la elección adecuada para causar una mejoría en ambos casos. (Derito y cols. 2005)

Es frecuente que una psicosis de la motilidad acinética endógena, ya esté recibiendo antipsicóticos y finalmente no podemos asegurar si se trata de un cuadro verdaderamente endógeno o exógeno (de origen medicamentoso). Si bien en un principio la psicosis de la motilidad acinética mejora con antipsicóticos, el síndrome neuroléptico maligno empeora, por ello en estos casos lo más conveniente es retirar el antipsicótico, si lo está recibiendo, utilizando benzodiazepinas y terapia electroconvulsiva, que es efectiva en ambas situaciones. Por tanto se considera que la terapia de primera elección es el TEC, porque evita las complicaciones catatónicas. (Derito y cols. 2005)

#### ▪ **Psicosis cicloide confusional**

Los síntomas agudos de la psicosis confusional parecen responder mejor a clozapina y en general a todos los antipsicóticos atípicos. Si bien es cuestionable si los antipsicóticos atípicos son capaces de acortar la duración de las fases, por razones éticas sería inviable realizar estudios controlados, dado que un enfermo agudo no puede permanecer sin medicación (Derito y cols. 2005)

En la psicosis confusional excitada-inhibida el pensamiento se organiza con los antipsicóticos incisivos, la excitación se beneficia con los ansiolíticos, y los antipsicóticos atípicos parece que producen una mejoría global. Los síntomas agudos de la psicosis confusional parecen responder mejor al antipsicótico atípico clozapina.

- **Psicosis cicloide de angustia-felicidad**

Los casos de psicosis de angustia-felicidad se benefician con la combinación de antipsicóticos típicos incisivos y sedativos, o bien con el uso de antipsicóticos atípicos. En estos casos es importante conseguir la remisión de la ideación delirante, pero es más efectivo calmar la intensa angustia vivenciada por el paciente, que es el síntoma cardinal de este subtipo. Además, la angustia constituye el síntoma más peligroso porque puede conducir a conductas auto y heteroagresivas. (Derito y cols. 2005).

## JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La psicosis cicloide es un concepto diagnóstico que se ha desarrollado progresivamente en Europa durante los últimos 120 años. Dicho concepto engloba unos trastornos psicóticos agudos, recurrentes y benignos cuya sintomatología no es típicamente afectiva ni esquizofrénica, sino esencialmente polimorfa.

Los primeros criterios diagnósticos de las psicosis cicloides fueron descritos por Leonhard en 1960, quien realizó una descripción clínica exhaustiva, para terminar concluyendo que se trataban de un grupo de trastornos psicóticos agudos y autolimitados que podían diagnosticarse en base a una valoración transversal de las características clínicas del cuadro, diferenciando tres subtipos clínicos de psicosis cicloide (angustia-felicidad, confusional y de la motilidad).

En 1981, Perris y Brokington desarrollaron los primeros criterios diagnósticos operativos para describir el trastorno, que siguen siendo en la actualidad los criterios más empleados. Estos criterios son los siguientes:

1. Psicosis aguda no relacionada con consumo de drogas y sin fundamento orgánico alguno, que aparece por primera vez entre los 15-50 años.
2. Aparición de forma súbita con una progresión rápida hacia una psicosis.
3. Presencia de al menos cuatro de los siguientes criterios de inclusión: confusión, humor incongruente, ideas delirantes de cualquier tipo, alucinaciones de cualquier tipo, angustia abrumadora (angustia psicótica), intensos sentimientos de felicidad o de éxtasis, alteraciones de la motilidad de tipo acinético o hipercinético, especial interés en la muerte y discretos cambios del humor.

4. No existe ninguna combinación específica, más bien la sintomatología puede cambiar con bastante frecuencia mostrando un carácter bipolar.

Al contrario de los primeros criterios diagnósticos descritos por Leonhard, los de Perris y Brokington representan una “colección de síntomas”, manteniendo que el solapamiento de síntomas es la regla y por ello no sería idóneo una clasificación en subtipos.

Posteriormente, varios autores han señalado que el desarrollo completo de un síndrome maniaco o depresivo sería criterio de exclusión, pero esta idea ha sido sólidamente rebatida, llegando a afirmar algunos autores que forman parte de un trastorno afectivo.

Recientemente se han desarrollado guías para el diagnóstico del trastorno y sus características, pero la fiabilidad y validez de estos criterios no ha sido todavía estudiada.

A pesar de la relevancia clínica, pronóstica y terapéutica de las psicosis cicloides, los sistemas nosológicos actuales han dado muy poca importancia al diagnóstico y validez clínica de estos síndromes.

Una cuestión clave en la validación de cualquier trastorno psiquiátrico es que los distintos tipos de validadores (p. ej., genéticos, clínicos, pronósticos) no necesariamente convergen en un determinado trastorno y no son específicos del mismo (Kendell, 1982). Esto significa que la validez clínica y la etiológica no tienen por qué converger; por ejemplo, la esquizofrenia en el DSM-IV es particularmente útil para predecir el pronóstico (validez clínica), en cierta medida porque el pronóstico está tautológicamente incluido en los criterios. Sin embargo, una definición más amplia que englobe todos los trastornos psicóticos no afectivos (es decir, con mejor pronóstico) es más útil para definir un síndrome con una mayor heredabilidad (validez etiológica). Estas consideraciones pueden contribuir a explicar que la validez de la psicosis cicloide puede variar en función de los validadores que se consideren y que no existe una única hipótesis nosológica que haya sido validada de forma consistente por diferentes criterios validadores (validez convergente) (Peralta y cols., 2007).

Los estudios que han examinado empíricamente la relación nosológica entre las psicosis cicloides y los criterios de consenso, han mostrado de forma consistente que las psicosis cicloides no se corresponden con ninguna de las categorías del DSM-IV ni de la CIE-10. Desde el punto de vista nosológico la cuestión clave en cuanto a la validez del diagnóstico de la psicosis cicloide es si éste define a un síndrome claramente diferenciado tanto de la esquizofrenia como de las enfermedades afectivas atípicas. El DSM-5, sugiere el término de trastornos del espectro esquizofrénico y plantea un abordaje dimensional de estos en el que se incluya la dimensión afectiva, pero no incluirá a las psicosis cicloides como entidad nosológica independiente.

De manera que la mayoría de las psicosis cicloides son diagnosticadas dentro de estos sistemas como psicosis reactiva breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastornos psicóticos no especificados o trastornos del humor con síntomas psicóticos.

Los pocos estudios que han valorado la estabilidad diagnóstica a lo largo de los episodios la han encontrado adecuada; sin embargo, estos trabajos están sujetos a múltiples limitaciones, incluyendo que se trata de estudios retrospectivos. Dada la importancia de este aspecto en la validez, es necesaria una aproximación más global y prospectiva de seguimiento de primeros episodios psicóticos, y no solo de episodios cicloides.

En resumen, este proyecto pretende determinar la posible ubicación nosológica, confirmar la validez clínica y el valor heurístico de las psicosis cicloides, así como analizar potenciales instrumentos de evaluación para su diagnóstico, mediante el análisis prospectivo de una muestra de pacientes que presentan un Primer Episodio Psicótico del espectro esquizofrénico.



# HIPÓTESIS

## 2.1 Validez Clínica

Se puede afirmar que el constructo de psicosis cicloide posee validez histórica, aparente y empírica, lo que le confiere un valor tipológico diferenciador de otros trastornos limítrofes; por ello las psicosis cicloides poseen una indudable validez y utilidad clínica.

## 2.2 Diagnóstico

Será posible seleccionar una serie de variables psicopatológicas estandarizadas de interés diagnóstico, con el fin de establecer el punto de corte óptimo, definido como aquel que permite clasificar correctamente al mayor número de sujetos “cicloides”.

## 2.3 Ubicación nosológica

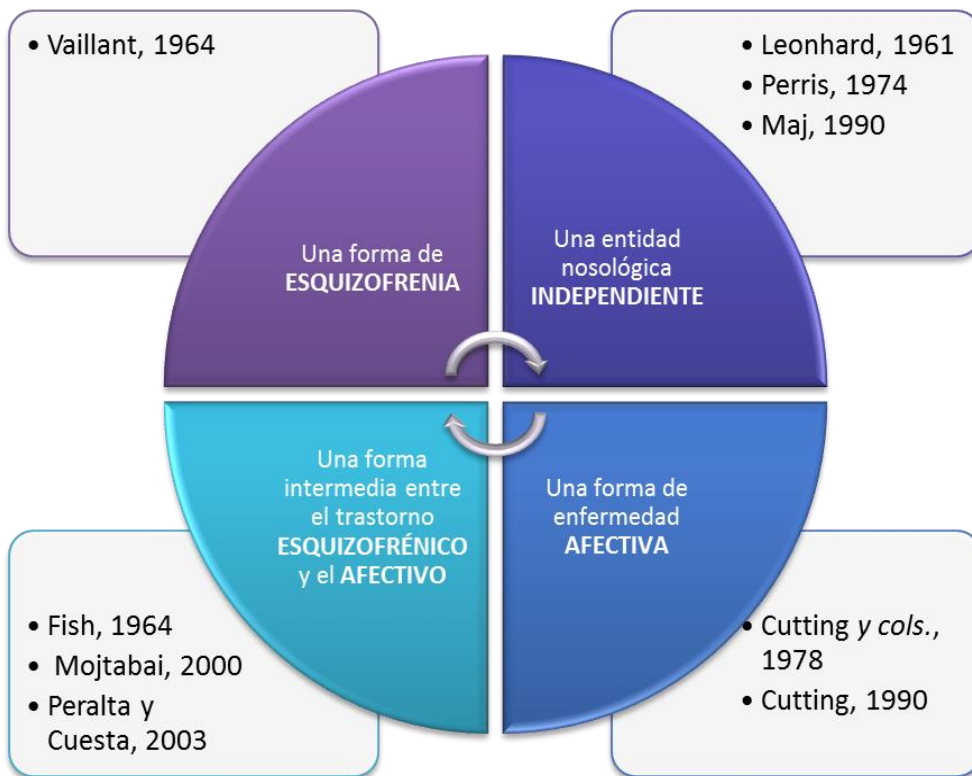
Será posible establecer una ubicación nosológica determinada para las psicosis cicloides. Hasta la fecha, según los datos de los que se dispone, podrían enunciarse cuatro hipótesis nosológicas diferentes. Todas ellas han recibido cierto apoyo (en función de los datos existentes) y ninguna de ellas debería descartarse, *a priori*, por completo.

De esta manera, las psicosis cicloides podrían ser:

- A. Una forma de esquizofrenia (Vaillant, 1964).

- B. Una forma de enfermedad afectiva (Cutting, 1990).
- C. Una entidad nosológica independiente (Leonhard, 1961; Perris, 1974; Maj, 1990).
- D. Una forma intermedia entre el trastorno esquizofrénico y el afectivo (Peralta y Cuesta, 2003; Fish, 1964; Mojtabai, 2000).

Ilustración 0-1: Hipótesis nosológicas de las psicosis cicloides



# OBJETIVOS

## 3.1 Objetivos generales

Confirmar el valor heurístico, la validez y utilidad clínica de las psicosis cicloides (PC), así como determinar su posible ubicación nosológica mediante el análisis prospectivo de una muestra de pacientes que presentan un Primer Episodio Psicótico (PEP).

## 3.2 Objetivos específicos

- a. Analizar y describir prospectivamente, una muestra de pacientes diagnosticados de un Primer Episodio Psicótico, atendiendo a sus características de presentación clínica, respuesta al tratamiento, curso evolutivo (a los 3 años) y estabilidad diagnóstica.
- b. Detectar y analizar los posibles casos de Psicosis Cicloide en dicha muestra de pacientes que presentan un Primer Episodio Psicótico.
- c. Demostrar la validez clínica de las psicosis cicloides, mediante la comparación del grupo de pacientes que cumplen criterios diagnósticos de psicosis cicloide (pacientes “cicloides”) con el grupo del resto de pacientes que presentan un Primer Episodio Psicótico (pacientes “no cicloides”), atendiendo a la presentación clínica, la respuesta terapéutica, el curso evolutivo (a los 3 años) y la estabilidad diagnóstica.

- d. Analizar potenciales instrumentos de evaluación para el diagnóstico de las psicosis cicloides
- e. Determinar una posible ubicación nosológica de las psicosis cicloides.

# MATERIAL Y MÉTODOS

## 4.1 Diseño

Se trata de un estudio observacional naturalístico prospectivo sobre una muestra de pacientes hospitalizados que presentan un Primer Episodio Psicótico (PEP).

El estudio se divide en tres partes:

- A. **Estudio de la presentación clínica:** Los pacientes debían ser incluidos y valorados durante el ingreso hospitalario.
  
- B. **Estudio del tratamiento y la respuesta terapéutica:** Los pacientes debían ser evaluados en el mismo momento del alta hospitalaria.
  
- C. **Estudio del curso evolutivo a los 3 años:** Los pacientes debían ser reevaluados después de transcurridos tres años del ingreso hospitalario por un primer episodio psicótico.

## 4.2 Selección de la muestra

Se incluyeron a un total de **70 pacientes** hospitalizados en la Unidad de Agudos del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, entre los años 2004 y 2008, que presentaban un Primer Episodio Psicótico compatible con los criterios diagnósticos DSM-IV (APA, 2000) de trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia.

Estos criterios se describen a continuación en las siguientes tablas:

**Ilustración 0-1: Criterios diagnósticos de esquizofrenia (DSM-IV)**

**Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia (DSM-IV)**

**A. Síntomas característicos:**

Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) ideas delirantes
- (2) alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

**Nota:** Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

**B. Disfunción social/laboral:**

Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

**C. Duración:**

Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses.

Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales.

Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

**D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:**

El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto

concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

***E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:***

El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

***F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:***

Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

**Ilustración 0-2: Criterios diagnósticos de trastorno esquizofreniforme (DSM-IV)**

**Criterios para el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme (DSM-IV)**

**CRITERIO A**

A. Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.

**CRITERIO B**

Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como «provisional».)

***Especificar si:***

Sin características de buen pronóstico

Con características de buen pronóstico: indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems:

- (1) inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual
- (2) confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico
- (3) buena actividad social y laboral premórbida
- (4) ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos

**Ilustración 0-3: Criterios diagnósticos de trastorno esquizoafectivo (DSM-IV)**

**Criterios para el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (DSM-IV)**

**CRITERIO A:**

Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

**Nota:** El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

**CRITERIO B:**

Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

**CRITERIO C:**

Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

**CRITERIO D:**

La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

**Codificación basada en tipo:**

**Tipo bipolar:** si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores)

**Tipo depresivo:** si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores

Además de los requisitos anteriormente citados se ofreció al paciente una información clara y detallada sobre las características del estudio, los requerimientos y las consecuencias. Todos y cada uno de ellos otorgaron su consentimiento informado, en el que se mostraban de acuerdo con el estudio.

### 4.3 Criterios de Inclusión

- 1) Pacientes hospitalizados en la unidad de agudos, que presentan un Primer Episodio Psicótico (PEP) con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o trastorno esquizoafectivo, definido por el DSM-IV mediante la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Plus (Mini

International Neuropsychiatric Interview Plus - M.I.N.I. Plus; Sheehan y cols. 1998).

- 2) Edad comprendida entre 18 y 65 años;
- 3) Consentimiento informado.

#### **4.4 Criterios de exclusión**

- 1) No cumplir cualquiera de los criterios de inclusión
- 2) Intervalo de tiempo entre la aparición de la psicosis y la entrada del estudio superior a tres años.
- 3) Uso previo de medicación antipsicótica durante más de un episodio de dos semanas el año anterior y/o 6 semanas en toda la vida.
- 4) Lesión cerebral que pueda producir déficit cognitivo o alteraciones en el comportamiento (ej. historia de traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular).
- 5) Diagnóstico actual de dependencia a sustancias (excepto el tabaco) según criterios DSM-IV (APA, 2000).

Cada sujeto fue cuidadosamente estudiado con un adecuado historial clínico, examen médico y estudios de laboratorio para asegurar que cumplían los criterios de inclusión.

## 4.5 Estudio de presentación clínica

### 4.5.1 Instrumentos de evaluación

- **Entrevista clínica**

Todos los sujetos realizaron una entrevista clínica completa efectuada por un mismo psiquiatra. Con el objeto de que los datos obtenidos fueran lo más homogéneos posibles se diseñó un protocolo de recogida de datos que incluía las variables sociodemográficas (**edad** y **sexo**) y los **antecedentes familiares** de Trastorno Psicótico y/o Trastorno Afectivo. Las clasificaciones del eje I del DSM-IV (APA, 2000) fueron valoradas usando el MINI-Plus.

- **Detección de psicosis cicloide**

La detección de los posibles casos de psicosis cicloide, se llevó a cabo aplicando los criterios operativos para el diagnóstico de psicosis cicloide de Perris y Brockington. Posteriormente, se dividió la muestra en dos grupos, “**cicloides**” y “**no cicloides**”, en función de que cumplieren o no cumplieren criterios diagnósticos de psicosis cicloide respectivamente.

- **Sintomatología prodrómica**

En relación con la sintomatología prodrómica, se evaluaron una serie de síntomas tales como el insomnio y la disforia, por ser estos, según la literatura, los síntomas prodrómicos más frecuentes en las psicosis cicloides. Para ello, a través de una entrevista con los familiares y el paciente, estos síntomas fueron medidos como el número de días en los que están presentes (o no) estos síntomas hasta el acmé de la psicosis.

- **Duración de la psicosis sin tratar (DUP, duration of untreated psychosis)**

Con respecto a la duración de la psicosis sin tratar (DUP, duration of untreated psychosis), se aplicó una definición de acuerdo con las recomendaciones de Bromet y cols. (1992).

A través de una entrevista con los familiares y el paciente, se recogieron los datos a cerca de la cronología de los primeros síntomas psicóticos, y en función de dicha información se fijó el tiempo de evolución, en días, del trastorno psicótico, para cada caso, calculándose posteriormente la edad de inicio del paciente en el momento del debut de la psicosis (Larsen y cols., 2000).

- **Tipo de comienzo de la enfermedad**

El tipo de comienzo de la enfermedad, se definió como agudo (menor de 6 meses) o insidioso (mayor o igual a 6 meses), en función del tiempo transcurrido desde la detección de alguno de los síntomas prodrómicos (entendiendo estos como, aquellos que aún perteneciendo a la escala positiva, negativa, o desorganizada no alcanzaban la intensidad suficiente para alcanzar criterios diagnósticos). (Woods y cols., 2001).

- **Sintomatología psicótica**

Para evaluar los síntomas psicóticos, se aplicó la **Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia** (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) (Kay, Fiszbein y Opler, 1987; Cuesta y Peralta, 2005).

La escala PANSS consta de 30 ítems que conforman las siguientes 4 escalas:

- ✓ **Escala positiva** (PANSS-P): 7 ítems, evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal.
- ✓ **Escala negativa** (PANSS-N): 7 ítems, evalúa los déficit respecto a un estado mental normal.
- ✓ **Escala compuesta** (PANSS-C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo).
- ✓ **Psicopatología general** (PANSS-PG): 16 ítems, evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión, ansiedad, orientación, etc.).

El tiempo aproximado de administración es de 30-40 minutos. Cada ítem se puntúa según una escala tipo Likert de 7 grados de intensidad o gravedad (1, ausencia de síntomas; 7, presencia con una gravedad extrema).

Proporciona cuatro puntuaciones dimensionales: Síndrome positivo; Síndrome negativo; Psicopatología general; Escala compuesta.

La puntuación en las escalas positiva, negativa y de psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general. La puntuación en la escala compuesta se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala puede tener valencia positiva o negativa y sus valores pueden oscilar entre -42 y +42. No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas.

#### ▪ **Sintomatología afectiva maniforme**

Se eligió la **Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos (EVMAC)** (*Clinical Administered Rating Scale for Mania, CARS-M*) (Altman, 1994), derivada de la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*, para valorar la gravedad de la sintomatología maníaca y psicótica. Existe una versión adaptada y validada en castellano (Livianos y cols., 2000).

Consta de 15 ítems que se agrupan en 2 factores o subescalas:

- ✓ **Manía:** formada por los 10 primeros ítems, que exploran los siguientes síntomas: humor elevado/euforia, irritabilidad/agresividad, hiperactividad motora, presión del habla, fuga de ideas, distraibilidad, grandiosidad, necesidad de dormir, energía excesiva y juicio empobrecido.
  
- ✓ **Psicoticismo:** formada por los 5 últimos ítems, explora los síntomas de pensamiento desorganizado, ideación delirante, alucinaciones, orientación y conciencia de enfermedad.

Tanto los ítems como las puntuaciones poseen criterios operativos descriptivos (los ítems sobre lo que se pretende evaluar y cada una de las puntuaciones se acompañan de definiciones orientativas).

El marco de referencia temporal es la última semana. Y de acuerdo con la información que obtiene en la entrevista, la procedente de otras fuentes y de su experiencia clínica, el clínico debe puntuar cada uno de los ítems utilizando una escala de intensidad que oscila entre 0 (ausencia del síntoma) y 5 (síntoma presente en gravedad extrema).

En el último ítem (conciencia de enfermedad) la puntuación oscila entre 0 (hay conciencia de enfermedad) y 4 (nula conciencia de enfermedad).

Proporciona dos puntuaciones independientes, una de manía y otra de síntomas psicóticos y desorganización, que se obtienen sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que constituyen las escalas.

Los puntos de corte recomendados para la versión española son los siguientes:

- ✓ Subescala de manía: de 0 a 7, no existe manía o manía cuestionable; de 8 a 15, sintomatología maníaca leve; de 16 a 25: sintomatología maníaca moderada; y >26, sintomatología maníaca grave.
  
- ✓ Subescala de psicosis/desorganización: no existen puntos de corte; a mayor puntuación, mayor gravedad.

#### ▪ **Sintomatología afectiva depresiva**

La valoración de sintomatología depresiva, se realizó mediante la **Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS)** (Addington y cols., 1993), que

mide el nivel de depresión en los pacientes esquizofrénicos en la fase aguda y ha sido adaptada y validada en español por Sarro y cols. (2004).

Consta de 9 ítems; para los 8 primeros la propia escala facilita las preguntas para su exploración, mientras que el último es un ítem observacional para el que no se proporcionan preguntas específicas.

Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 4 valores de intensidad: 0, ausente; 1, leve; 2, moderado; y 3, grave. Y para todos los ítems se proporcionan criterios operativos con que establecer la puntuación de gravedad.

Ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de entrevista estructurada, aunque se anima al entrevistador a que realice cuantas preguntas adicionales crea necesarias. El marco de referencia temporal son las 2 semanas previas, a no ser que explícitamente se estipule otro.

Proporciona una puntuación total de la gravedad de la depresión, que se obtiene sumando la puntuación en cada ítem (de 0 a 3). La puntuación total oscila entre 0 y 27 puntos. El punto de corte recomendado por los autores de la versión española para diferenciar entre pacientes con y sin depresión es 5 (0-4: sin depresión; 5-27: depresión).

- **Funcionamiento global**

El funcionamiento global fue valorado con la **Escala de Evaluación Funcional General** (GAF) (Endicott y cols., 1976). La comunicación del funcionamiento general del Eje V del DSM-IV se realiza por medio de la ésta escala y puede ser especialmente útil para hacer un seguimiento de la evolución clínica del paciente en términos generales aplicando una única medición. Esta escala se debe puntuar sólo en relación con el funcionamiento psicológico y laboral.

Tabla 0-1: Escala de Evaluación Funcional General (GAF)

## Escala de Evaluación Funcional General (GAF)

|               |  |
|---------------|--|
| <b>100-91</b> | Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.   |
| <b>90-81</b>  | Síntomas ausentes o mínimos (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).  |
| <b>80-71</b>  | Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).  |
| <b>70-61</b>  | Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.  |
| <b>60-51</b>  | Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).  |
| <b>50-41</b>  | Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).   |
| <b>40-31</b>  | Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela). |
| <b>30-21</b>  | La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).  |
| <b>20-11</b>  | Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej., muy incoherente o mudo).   |
| <b>10-1</b>   | Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto  |

|   |   |
|---|---|
|   | suicida grave con expectativa manifiesta de muerte. |
| 0 | Información inadecuada                              |

- **Gravedad del episodio psicótico**

La gravedad del episodio psicótico, fue valorada con la sub-escala de Gravedad de la **Escala de Impresión Clínica Global (CGI)** (Guy, 1976). Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro.

Esta escala consta de un único ítem que valora la gravedad utilizando una escala tipo Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes más extremadamente enfermos).

## 4.6 Estudio del tratamiento y respuesta terapéutica

### 4.6.1 Instrumentos de evaluación

- **Tratamiento pautado**

Todos los pacientes fueron tratados con antipsicóticos atípicos (risperidona, ziprasidona, olanzapina, aripiprazol y quetiapina). En suma, la dosis de antipsicóticos al alta hospitalaria fue transformada en equivalentes de clorpromacina, según las recomendaciones de Woods (Woods y cols., 2010).

En lo que respecta al uso de benzodiazepinas, a aquellos a los que se les prescribió alguna al alta hospitalaria, fue transformada la dosis en equivalentes de clorazepato dipotásico (Ashton, 1993).

- **Respuesta al tratamiento y mejoría**

La mejoría, fue valorada con la sub-escala de Mejoría de la **Escala de Impresión Clínica Global (CGI)** (Guy, 1976) en el mismo momento del alta hospitalaria. Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre el cambio experimentado por el paciente con respecto al estado basal.

Se trata de un único ítem que valora el cambio experimentado utilizando una escala tipo Likert de 8 valores, que van desde 0 (no evaluado) a 7 (mucho peor). Lo que valora es la mejoría experimentada por el paciente respecto a su estado basal, independientemente de que ésta se deba por completo al tratamiento.

- **Duración del ingreso hospitalario**

Se evaluó al alta hospitalaria, la duración del ingreso hospitalario, medido en días.

## **4.7 Estudio del curso evolutivo a los 3 años**

### **4.7.1 Instrumentos de evaluación**

- **Remisión del episodio psicótico**

Atendiendo a la escala **PANSS**, la remisión del episodio psicótico, fue valorado de acuerdo al criterio propuesto por el Grupo de Trabajo sobre Remisión en la Esquizofrenia, que obliga a que simultáneamente se cumplan los siguientes criterios (Andreasen y cols., 2005):

1. **Criterio de intensidad de los síntomas.** Síntoma ausente o presente con intensidad mínima o ligera (puntuaciones 1,2 o 3) en los siguientes 8 ítems simultáneamente: P1 delirios, P2 desorganización conceptual, P3 comportamiento alucinatorio, N1 embotamiento afectivo, N4 retraimiento social, N6 ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación, G5 manierismos y posturas, y G9 contenidos del pensamiento inusuales.
2. **Criterio temporal.** Las puntuaciones en los 8 ítems señalados no deberán exceder la intensidad ligera (puntuación 3) durante al menos 6 meses.

En función de estos criterios, se dividió a la muestra en “pacientes con remisión” y “pacientes sin remisión”

- **Recaída**

Desde el punto de vista de la evaluación del curso evolutivo de la enfermedad, el concepto de recaída representa el contrapunto del concepto de remisión. Por ello, dada la naturaleza episódica de la esquizofrenia en general y de las psicosis cicloides en particular, a la hora de evaluar el curso evolutivo de la enfermedad resulta esencial disponer de un criterio de recaída.

La recaída expresa siempre un cambio, desde una situación previamente estabilizada, y por lo tanto tiene una dimensión cualitativa y otra cuantitativa. Hay un cambio, pero éste debe ser suficientemente ostensible para hablar de recaída. Zubin, Steinhauer y Condray (1992) definen la recaída de un modo muy claro y simple al señalar que ésta ocurre cuando un paciente en remisión (sin síntomas o sólo residuales) de nuevo desarrolla síntomas que satisfacen los criterios para un episodio de esquizofrenia. Sin embargo, cuando analizamos los estudios de evolución o de prevención de recaídas vemos que no hay consenso respecto al término.

Lader (1995) ha realizado un análisis de las diferentes acepciones del término “recaída” y las ha agrupado en:

1. Aquellas más operativas, muy frecuentes que la asimilan a “rehospitalización”.
2. Las derivadas de estudios comunitarios, donde no es tan frecuente la rehospitalización, y que se basan más en valorar la necesidad de una actuación “más activa e intensa”.
3. La más clínica, que valora el aumento de la severidad psicopatológica. d) La que valora la disminución del funcionamiento social. Posiblemente la más difícil de analizar.
4. Y por último, una específica de los ensayos clínicos, donde es necesario un cambio para asegurar una medicación más activa para el paciente.

En el presente estudio, el criterio de recaída usado fue **“hospitalización por síntomas psicóticos tras una recuperación parcial”** (Lader, 1995).

En función de este criterio, se dividió a la muestra en “pacientes con recaída” y “pacientes sin recaída”, midiéndose el número de recaídas para cada caso.

### ▪ Síndrome deficitario

Se utilizó la **Escala para el Síndrome Deficitario** (Schedule for the Déficit Syndrome, SDS) (Kirkpatrick y cols., 1989; Arango y cols., 1998), con el objetivo de determinar esta sintomatología en los pacientes incluidos.

La SDS consta de 6 dominios nucleares del síndrome deficitario. Las puntuaciones se realizan mediante una escala de 5 puntos que oscila de 0 (ausente) a 4 (muy grave). La información puede obtenerse de todos los recursos disponibles y mediante la observación clínica directa del paciente. Es importante obtener información longitudinal y no sólo del momento de la evaluación. Cuando la información sobre el rango emocional, los intereses y la motivación social obtenida de estas fuentes están en conflicto, se debe usar la información de otras personas informantes con preferencia sobre la dada por el paciente. Los criterios para déficit requieren una puntuación superior a 2 en más de dos de los seis síntomas negativos enunciados en el criterio 1 de Carpenter (APA, 1995; Arango y cols., 1998).

**Tabla 0-2: Criterios de Síndrome Deficitario de la Esquizofrenia**

#### Criterios de Síndrome Deficitario de la Esquizofrenia

1. Presencia de al menos dos síntomas de la siguiente lista (con severidad >2):

|  |           |
|--|-----------|
| a) Aplanamiento afectivo.                      | 0 1 2 3 4 |
| b) Rango emocional disminuido.                 | 0 1 2 3 4 |
| c) Alogia.                                     | 0 1 2 3 4 |
| d) Pérdida de intereses.                       | 0 1 2 3 4 |
| e) Falta de objetivos.                         | 0 1 2 3 4 |
| f) Pérdida de interés en actividades sociales. | 0 1 2 3 4 |

2. Alguna combinación de dos o más de estos síntomas negativos ha estado presente durante los últimos 12 meses, y ha estado siempre presente durante períodos de estabilidad clínica (incluidos los estados psicóticos crónicos). Estos síntomas pueden ser o no detectables durante episodios transitorios de desorganización o descompensación psicótica aguda.

3. Los síntomas negativos son primarios, es decir, no secundarios a otros factores que no

sean los de la enfermedad. Dichos factores incluyen:

- a. Ansiedad.
- b. Efectos de la medicación.
- c. Desconfianza.
- d. Trastornos formales del pensamiento.
- e. Alucinaciones o delirios.
- f. Retraso mental.
- g. Depresión.

4. El paciente cumple los criterios DSM-III, DSM-III-R o DSM-IV para esquizofrenia.

## 4.8 Análisis estadístico de los datos

Las variables cualitativas se expresaron mediante su distribución de frecuencias y las variables cuantitativas por su media  $\pm$  desviación estándar (DS). Las variables continuas no distribuidas normalmente se expresaron en la mediana y rango intercuartílico (RIQ, 25-75).

Para la comparación entre grupos de variables cuantitativas, se utilizó la prueba t de Student o prueba no paramétrica de U Mann-Whitney. En el caso de variables cualitativas, la comparación entre grupos se evaluó mediante el test de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher (en caso de que más del 25% de los valores esperados fueran menos de 5).

De acuerdo con los resultados obtenidos, se seleccionaron variables independientes de interés diagnóstico (EVMAC, CDSS y PANSS-PG) y sobre ellas se realizaron curvas de rendimiento diagnóstico (ROC), con el fin de establecer el punto de corte óptimo, definido como aquel que permite clasificar correctamente al mayor número de sujetos "cicloides". Para ello, se determinaron el área bajo la curva (AUC) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. Finalmente se determinaron la sensibilidad,

especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo (VPP y VPN, respectivamente) y su intervalo de confianza (IC) del 95% de dichas variables.

Para todas estas pruebas, el nivel de significación aceptado fue del 5%. El proceso y análisis de los datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows (SPSS, Chicago, IL, EE.UU.).



# RESULTADOS

## 5.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

### 5.1.1 Variables socio-demográficas

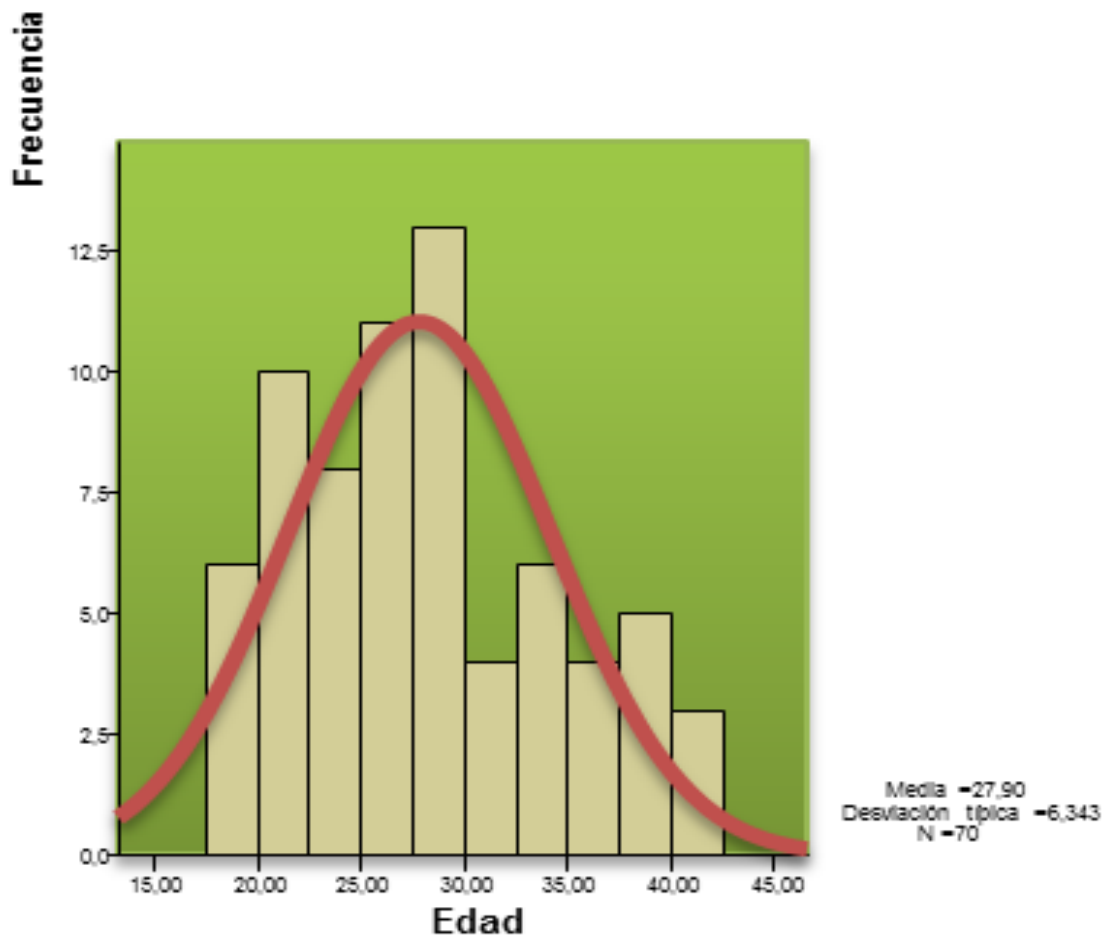
- Edad

La edad promedio de todos los pacientes fue de 27.9 años DS +/- 6.34.

Tabla 0-1: Edad

|            |          |         |
|------------|----------|---------|
| N          | Válidos  | 70      |
|            | Perdidos | 0       |
| Media      |          | 27,9000 |
| Desv. típ. |          | 6,34320 |

Ilustración 0-1: Edad



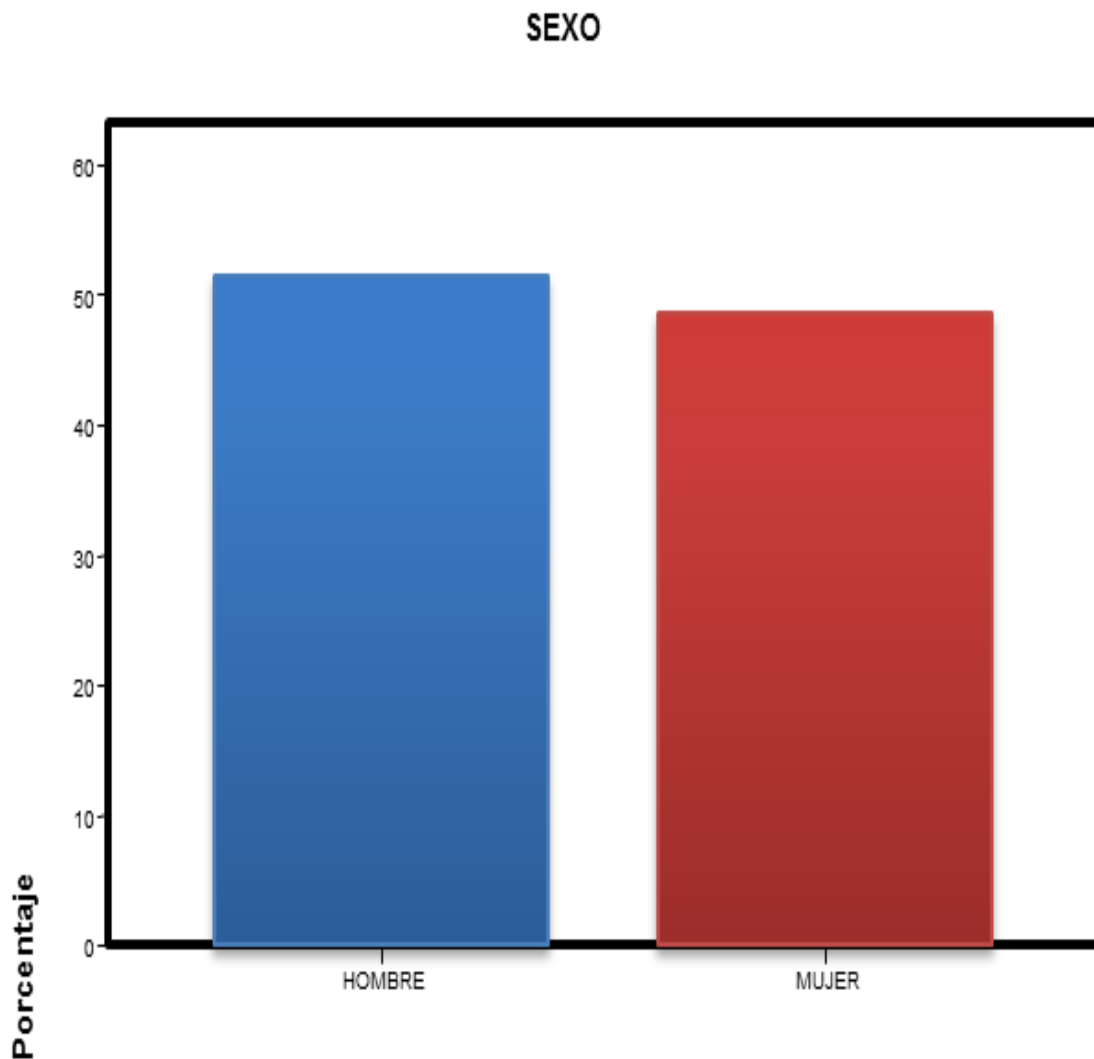
- **Sexo**

En cuanto al sexo, un 51.4% (n=36) eran varones, mientras que un 48.6% (n=34) eran mujeres.

Tabla 0-2: Sexo

|         |        | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | HOMBRE | 36         | 51,4       | 51,4              | 51,4                 |
|         | MUJER  | 34         | 48,6       | 48,6              | 100,0                |
|         | Total  | 70         | 100,0      | 100,0             |                      |

Ilustración 0-2: Sexo



- **Antecedentes familiares**

En relación a los antecedentes familiares de trastornos afectivos, un 75.7% (n=53) de la muestra no presentaban ningún familiar de primer grado con antecedentes de trastorno afectivo, mientras que el 24.3% (n= 17) restante sí que tenía en sus familiares de primer grado el antecedente de algún trastorno afectivo. Por otro lado, la ausencia de algún trastorno psicótico en los antecedentes familiares de los pacientes fue de un 82.9% (n=58), mientras que en un 17.1% (n=12) de los pacientes de la muestra sí que se encontró la presencia de algún trastorno psicótico en los familiares de primer grado.

Tabla 0-3: Antecedentes familiares de Trastorno Afectivo

|         |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NO    | 53         | 75,7       | 75,7              | 75,7                 |
|         | SI    | 17         | 24,3       | 24,3              | 100,0                |
|         | Total | 70         | 100,0      | 100,0             |                      |

Ilustración 0-3: Antecedentes familiares de Trastorno Afectivo

### Antecedentes familiares de Trastornos Afectivos

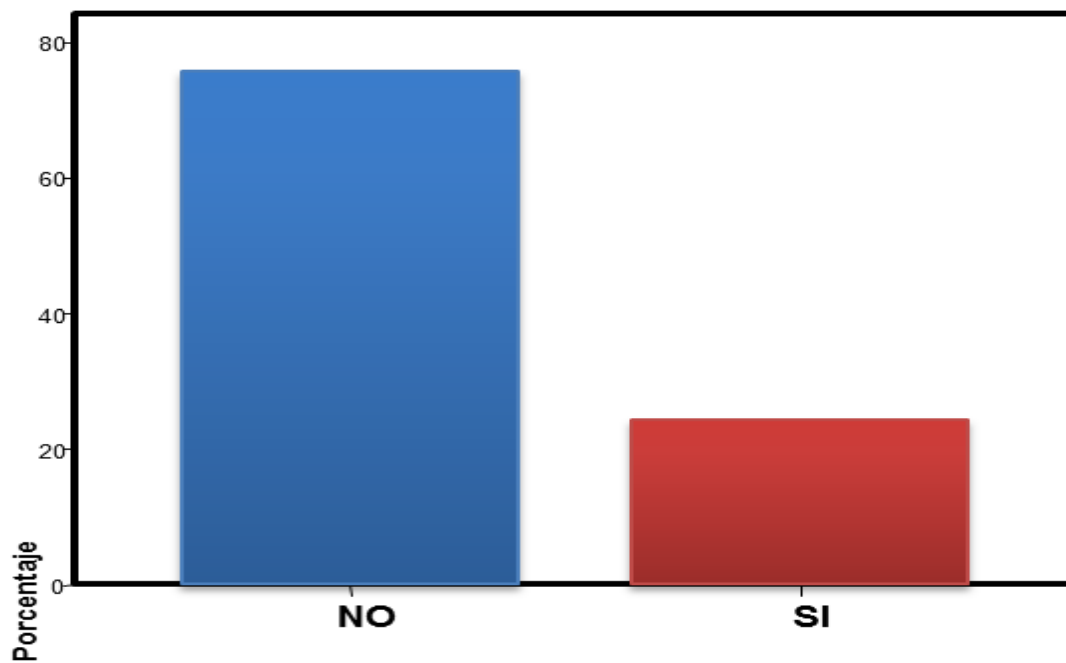
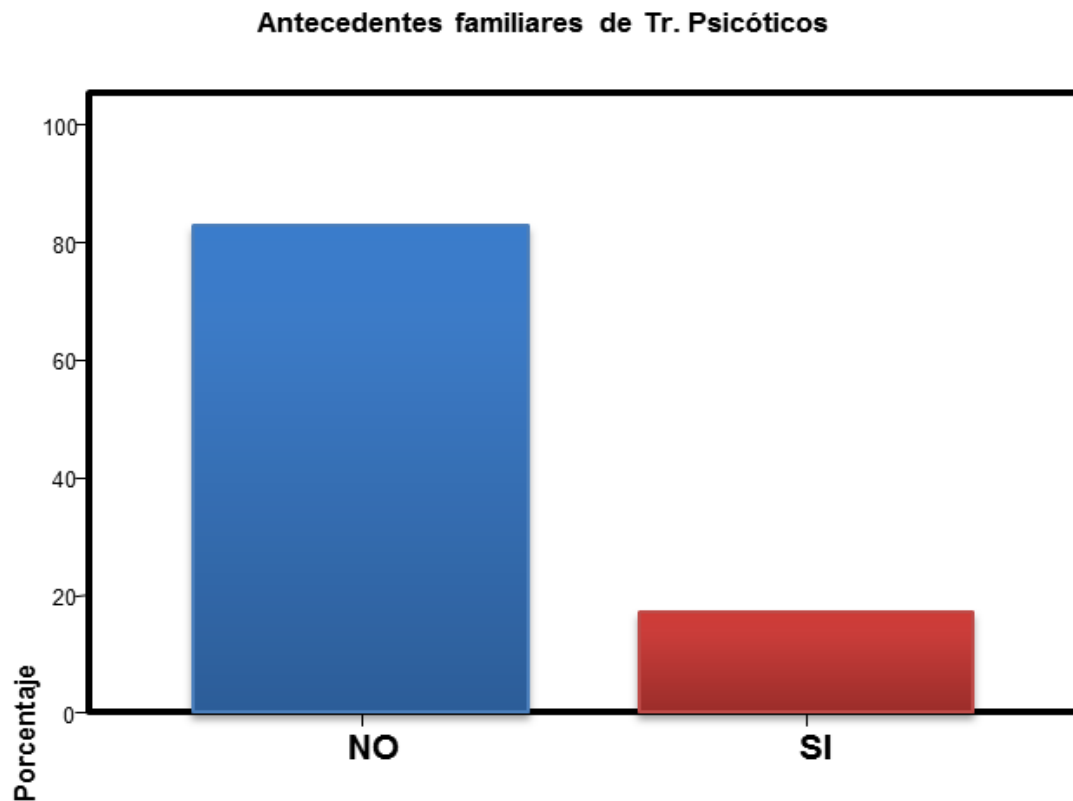


Tabla 0-4: Antecedentes familiares de Trastorno Psicótico

|         |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | NO    | 58         | 82,9       | 82,9              | 82,9                 |
|         | SI    | 12         | 17,1       | 17,1              | 100,0                |
|         | Total | 70         | 100,0      | 100,0             |                      |

Ilustración 0-4: Antecedentes familiares de Trastorno Psicótico



### 5.1.2 Presentación clínica

- **Sintomatología prodrómica**

La mediana del número de días en los que estuvo presente el insomnio como síntoma prodrómico (hasta el acmé de la psicosis) fue de 42.5 días con un rango intercuartílico de 7 a 127.5 días.

La mediana del número de días en los que estuvo presente la disforia como síntoma prodrómico (hasta el acmé de la psicosis) fue de 35 días con un rango intercuartílico de 7 a 120 días.

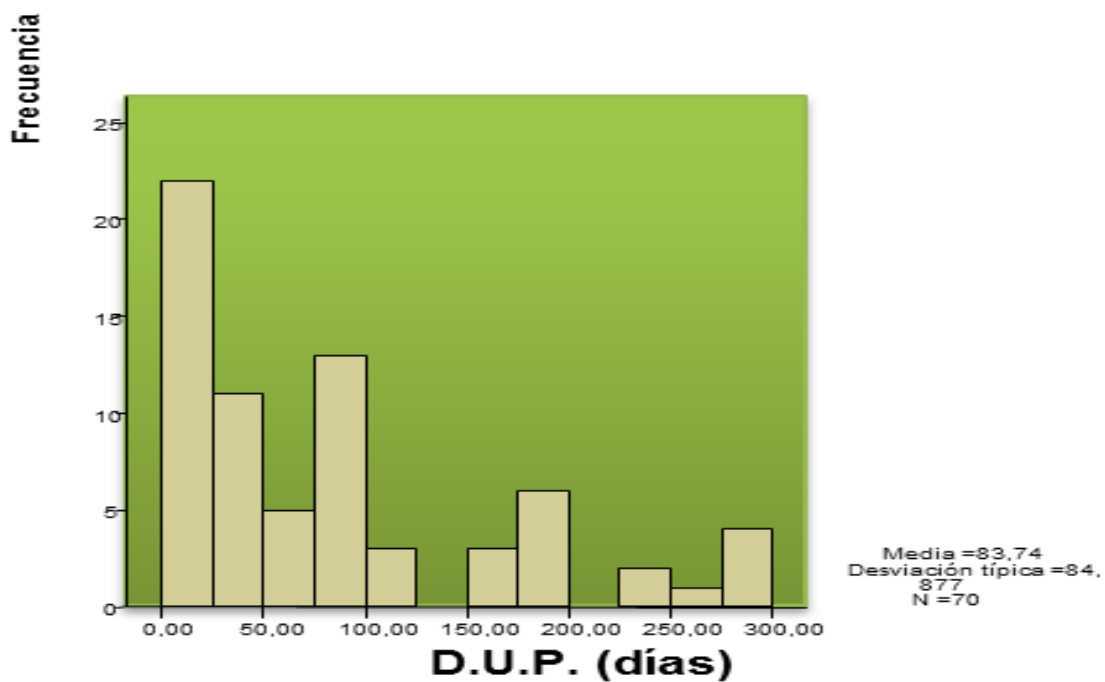
### ▪ Duración de la psicosis sin tratar

La mediana de la duración de la psicosis sin tratar (DUP) fue de 60 días, con un rango intercuartílico de 15 a 120 días.

Tabla 0-5: Duración de la psicosis sin tratar (DUP)

|             |          |          |
|-------------|----------|----------|
| N           | Válidos  | 70       |
|             | Perdidos | 0        |
| Mediana     |          | 60,0000  |
| Percentiles | 25       | 15,0000  |
|             | 50       | 60,0000  |
|             | 75       | 120,0000 |

Ilustración 0-5: Duración de la psicosis sin tratar (DUP)



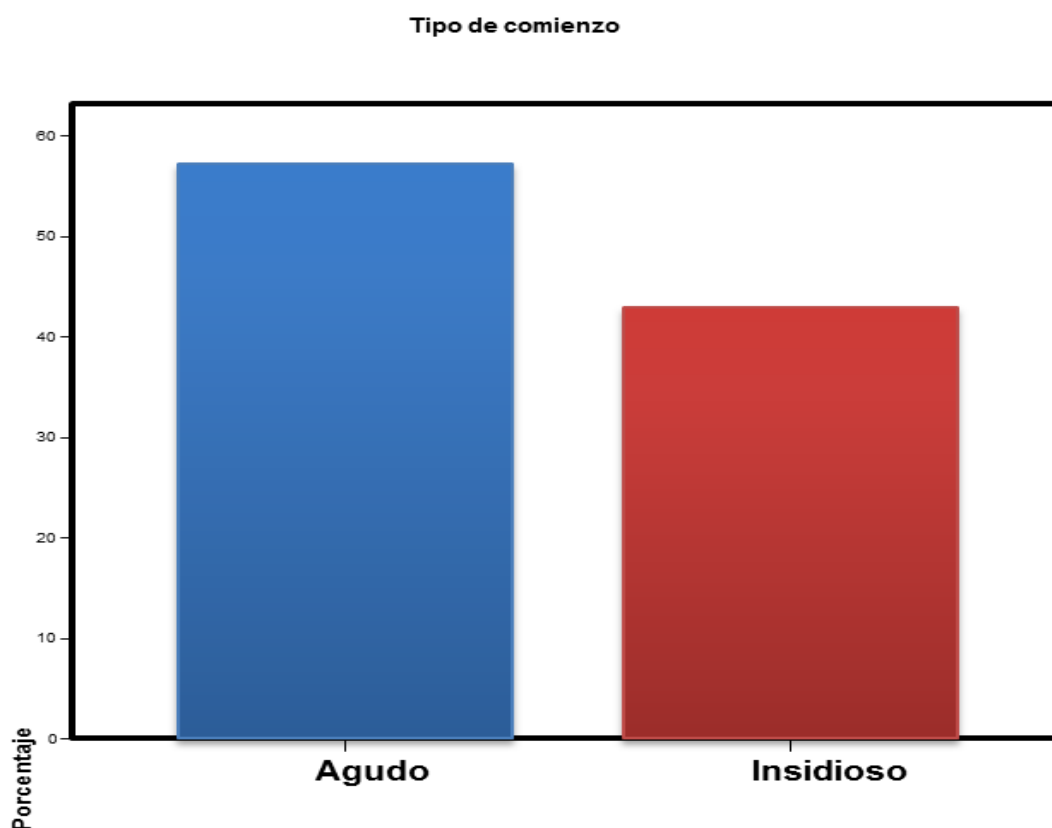
#### 1.1. Tipo de comienzo de la enfermedad

El comienzo de la enfermedad psicótica fue agudo para 40 pacientes, lo que constituye algo más de la mitad de los pacientes (57.1%), mientras que para el resto (42.9%) fue un comienzo insidioso.

Tabla 0-6: Tipo de comienzo de la enfermedad

|         |           | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Agudo     | 40         | 57,1       | 57,1              | 57,1                 |
|         | Insidioso | 30         | 42,9       | 42,9              | 100,0                |
|         | Total     | 70         | 100,0      | 100,0             |                      |

Ilustración 0-6: Tipo de comienzo de la enfermedad



## 1.2. Sintomatología psicótica

La sintomatología psicótica que fue evaluada con la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS), resultó una puntuación total media de 70.6 DS +/- 24.5.

Para el resto de subescalas, los resultados fueron: Escala positiva (PANSS-P) 25.0 DS +/- 6.7; Escala negativa (PANSS-N): 18.9 DS +/- 9.6; Psicopatología general (PANSS-PG): 45.9 DS +/- 13.5.

Tabla 0-7: PANSS

|            |          | PANSS - P | PANSS - N | PANSS - PG | PANSS total |
|------------|----------|-----------|-----------|------------|-------------|
| N          | Válidos  | 70        | 70        | 70         | 70          |
|            | Perdidos | 0         | 0         | 0          | 0           |
| Media      |          | 25,0000   | 19,8857   | 45,8571    | 90,7429     |
| Desv. típ. |          | 6,67463   | 9,73347   | 13,61189   | 24,46274    |

Ilustración 0-7: PANSS total

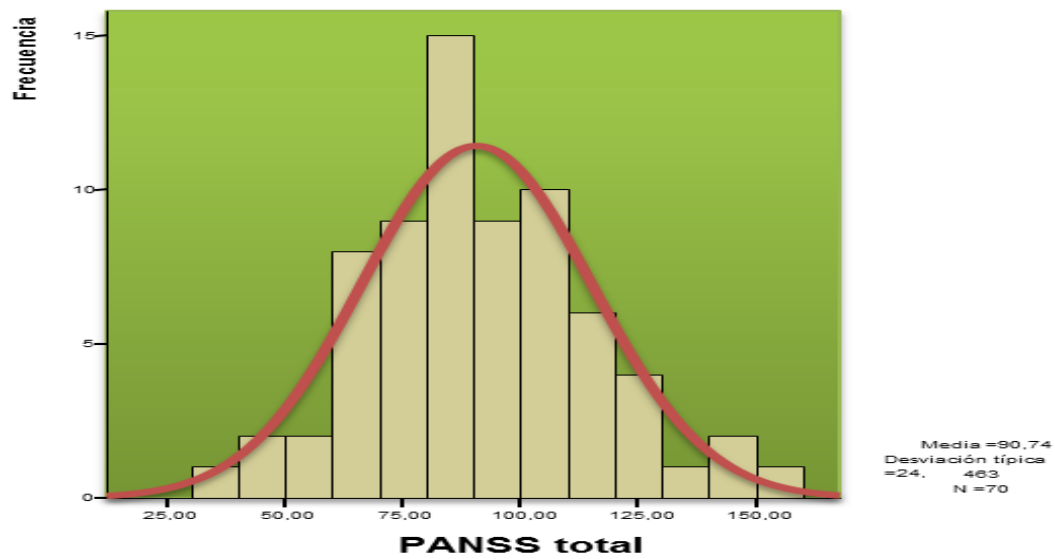


Ilustración 0-8: PANSS-P

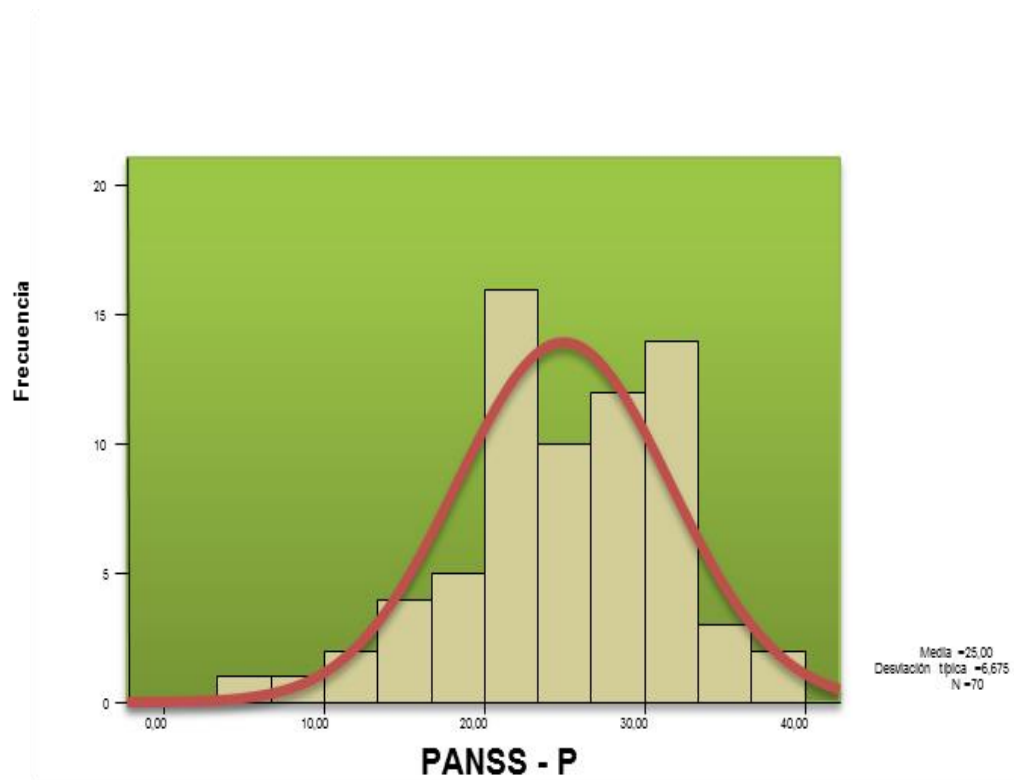


Ilustración 0-9: PANSS-N

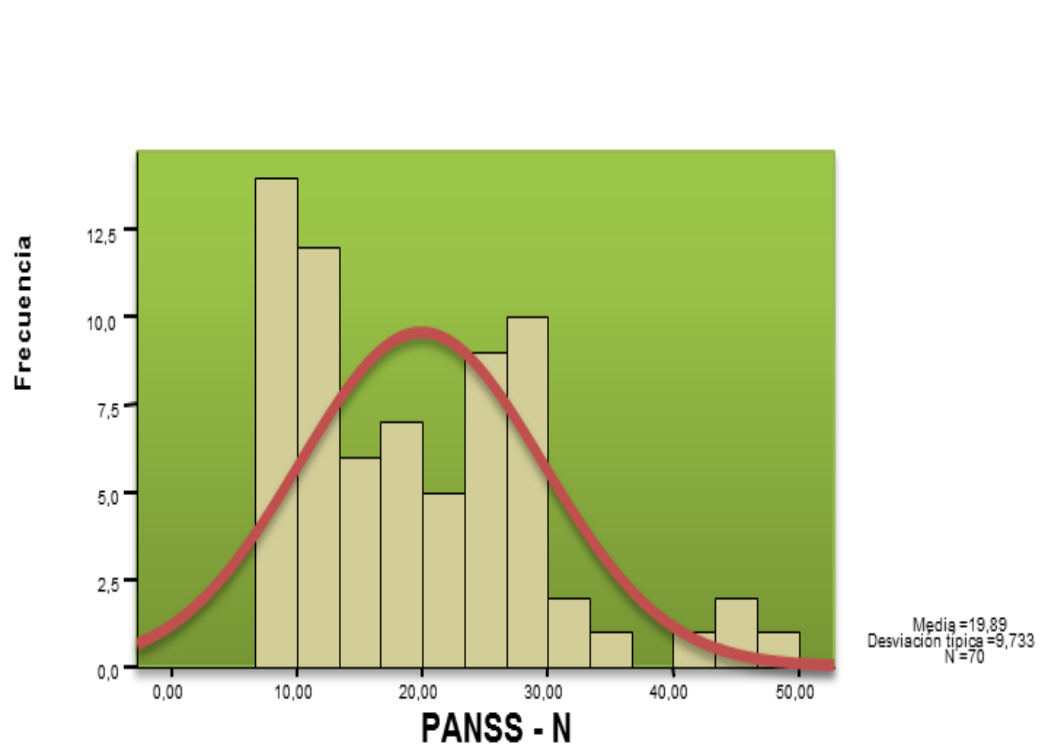
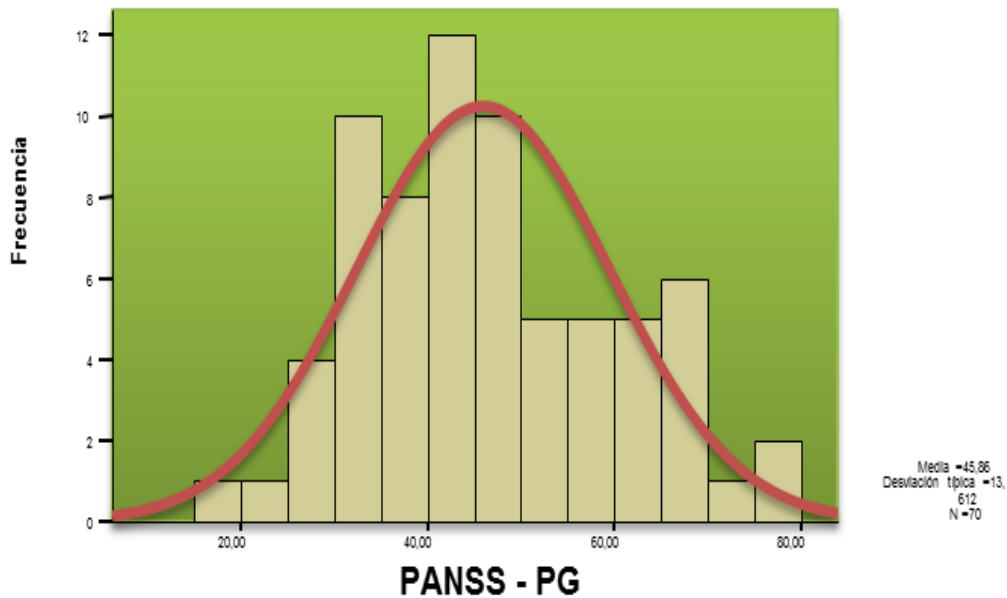


Ilustración 0-10: PANSS-PG



▪ **Sintomatología afectiva maniforme**

La sintomatología afectiva maniforme que fue evaluada con EVMAC, resultó una puntuación total de 5 RIQ (0-15).

El 37.1% (n=26) de la muestra presentó algún tipo de síntoma maniforme, mientras que en el 62.9% (n=44) restante no se encontraron estos síntomas o su significado era cuestionable.

Entre los que si presentaron algún tipo de clínica maniaca, las intensidades fueron: leve, para un 15.7% (n=11) de la muestra; moderada, para un 15.7% (n=11) de la muestra; y grave, para un 8,6% (n=6) de la muestra.

Tabla 0-8: EVMAC (puntuación total)

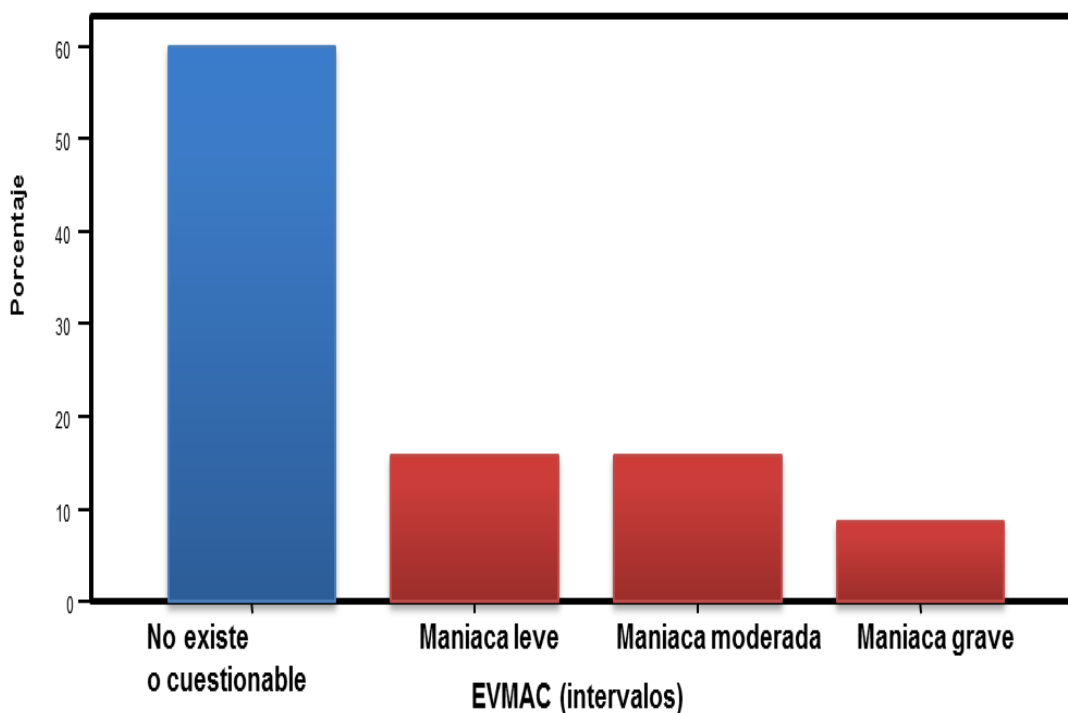
|         |          |      |
|---------|----------|------|
| N       | Válidos  | 70   |
|         | Perdidos | 0    |
| Mediana |          | 5,00 |

|             |    |       |
|-------------|----|-------|
| Percentiles | 25 | ,00   |
|             | 50 | 5,00  |
|             | 75 | 15,00 |

Tabla 0-9: EVMAC (presencia de sintomatología maniaca)

|         |                          | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No existe o cuestionable | 42         | 60,0       | 60,0              | 60,0                 |
|         | Maniaca leve             | 11         | 15,7       | 15,7              | 75,7                 |
|         | Maniaca moderada         | 11         | 15,7       | 15,7              | 91,4                 |
|         | Maniaca grave            | 6          | 8,6        | 8,6               | 100,0                |
|         | Total                    | 70         | 100,0      | 100,0             |                      |

Ilustración 0-11: EVMAC (intervalos)



▪ **Sintomatología afectiva depresiva**

La sintomatología afectiva depresiva que fue evaluada con CDSS, resultó una puntuación total de 3 RIQ (0.75-7.25).

El 35.7% (n=25) de la muestra presentó algún tipo de síntoma depresivo, mientras que en el 64.3% (n=45) restante no se encontraron estos síntomas o su significado era cuestionable.

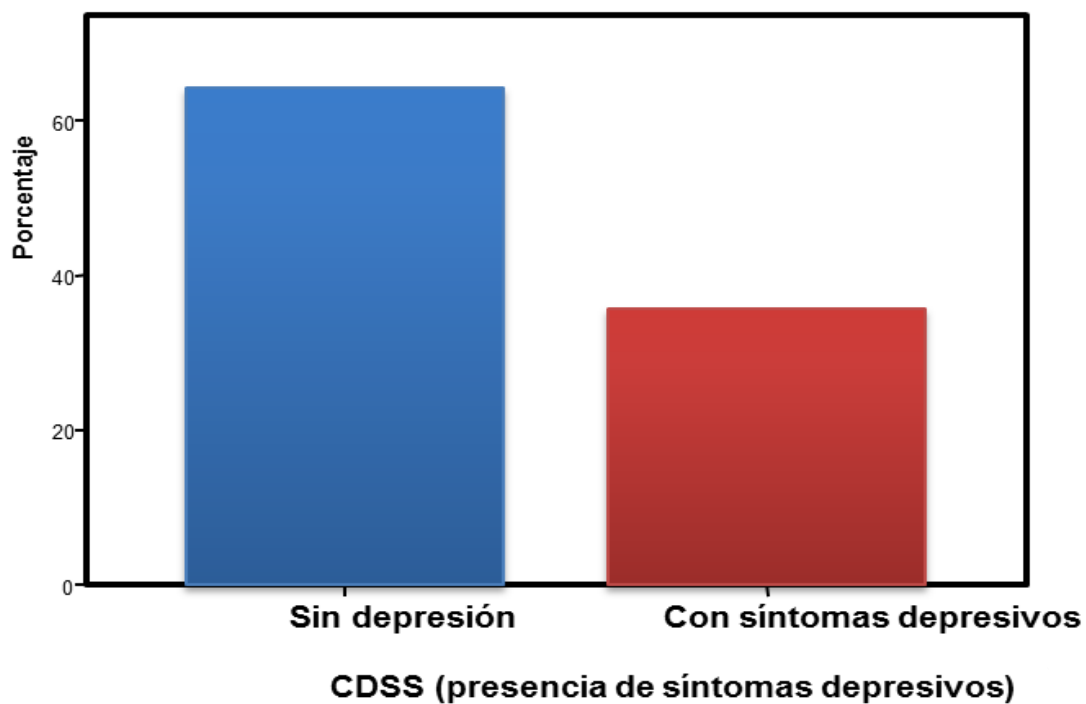
**Tabla 0-10: CDSS (puntuación total)**

|             |          |        |
|-------------|----------|--------|
| N           | Válidos  | 70     |
|             | Perdidos | 0      |
| Mediana     |          | 3,0000 |
| Percentiles | 25       | ,7500  |
|             | 50       | 3,0000 |
|             | 75       | 7,2500 |

**Tabla 0-11: CDSS (presencia síntomas depresivos)**

|         |                         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sin depresión           | 45         | 64,3       | 64,3              | 64,3                 |
|         | Con síntomas depresivos | 25         | 35,7       | 35,7              | 100,0                |
|         | Total                   | 70         | 100,0      | 100,0             |                      |

**Ilustración 0-12: CDSS (presencia de síntomas depresivos)**



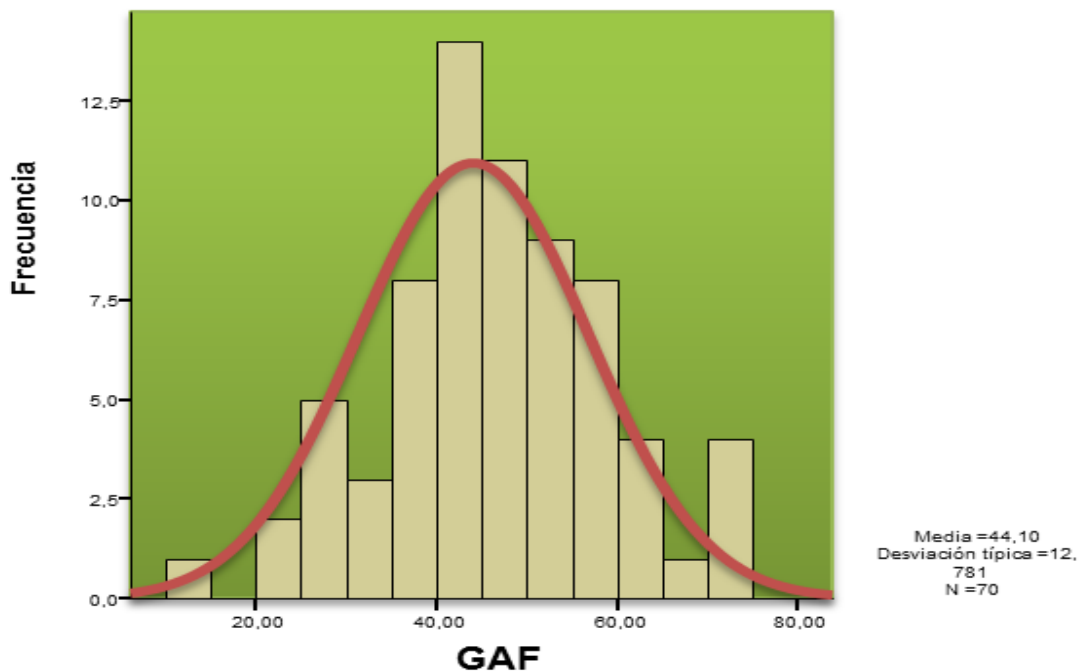
▪ **Funcionamiento global**

El funcionamiento global medido con la GAF, resultó una puntuación media de 44.1 DS +/- 12.8 para toda la muestra.

Tabla 0-12: GAF

|            |          |          |
|------------|----------|----------|
| N          | Válidos  | 70       |
|            | Perdidos | 0        |
| Media      |          | 44,1000  |
| Desv. típ. |          | 12,78150 |

Ilustración 0-13: GAF



▪ **Gravedad del episodio psicótico**

En la subescala de gravedad de la CGI que se utilizó para evaluar la gravedad del episodio psicótico, se observaron los siguientes resultados: el 1.4% de la muestra puntuó como “dudosamente enfermo”; el 2.9% de la muestra puntuó como “levemente enfermo”; el 37.1% de la muestra puntuó como “moderadamente enfermo”; el 40% de

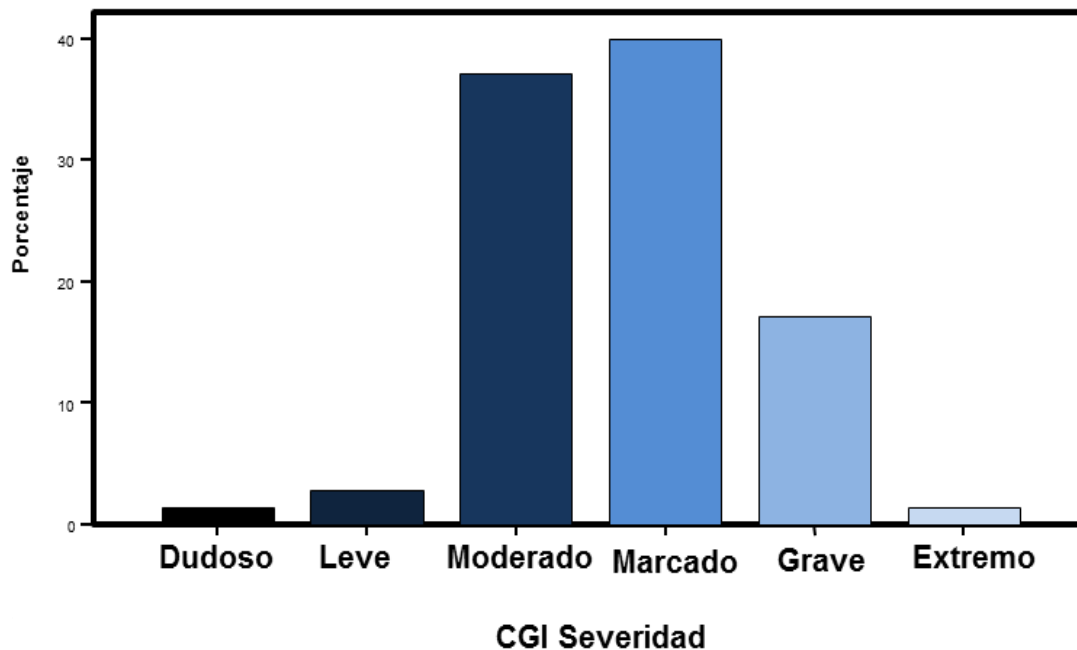
la muestra puntuó como “*marcadamente enfermo*”; el 17.1% de la muestra puntuó como “*gravemente enfermo*”; y el 1.4% de la muestra puntuó como “*extremadamente enfermo*”

La mediana, según la escala tipo Likert de 8 valores que van desde 0 (“no evaluado”) a 7 (“extremadamente enfermo”), fue de 5 (“marcadamente enfermo”) con un rango intercuartílico de 4 (“moderadamente enfermo”) a 5 (“marcadamente enfermo”).

**Tabla 0-13: CGI Gravedad**

|         |                        | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Dudosamente enfermo    | 1          | 1,4        | 1,4               | 1,4                  |
|         | Levemente enfermo      | 2          | 2,9        | 2,9               | 4,3                  |
|         | Moderadamente enfermo  | 26         | 37,1       | 37,1              | 41,4                 |
|         | Marcadamente enfermo   | 28         | 40,0       | 40,0              | 81,4                 |
|         | Gravemente enfermo     | 12         | 17,1       | 17,1              | 98,6                 |
|         | Extremadamente enfermo | 1          | 1,4        | 1,4               | 100,0                |
|         | Total                  | 70         | 100,0      | 100,0             |                      |

**Ilustración 0-14: CGI Gravedad**



### 5.1.3 Tratamiento pautado y respuesta terapéutica

#### ▪ Tratamiento pautado

La dosis de antipsicóticos pautada al alta hospitalaria y transformada en equivalentes de clorpromacina, fue de 300 miligramos RIQ (200-425).

La dosis de benzodiazepinas pautada al alta hospitalaria y transformada en equivalentes de Clorazepato Dipotásico, fue de 0 miligramos RIQ (0-23.2). Ya que tan sólo a un 42.9% (n=30) de los pacientes se les prescribió al alta tratamiento benzodiazepínico, frente a un 57.1% (n=40) de los pacientes a quienes no se les prescribió ese tratamiento.

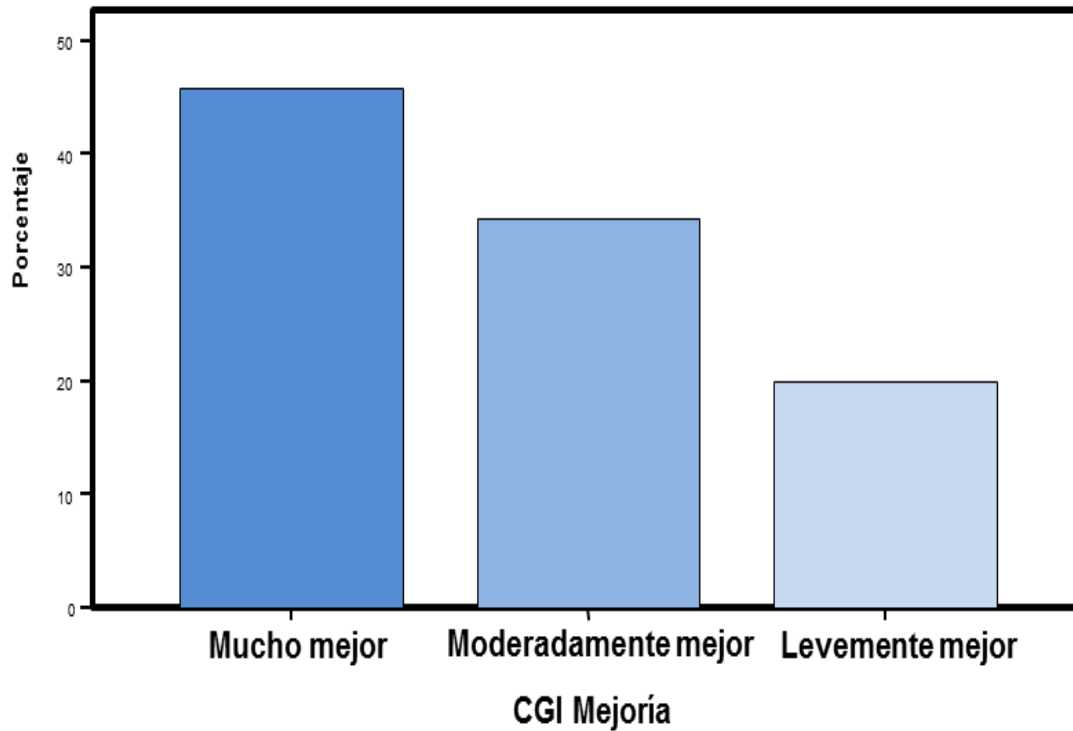
#### ▪ Respuesta al tratamiento y mejoría

En relación a la mejoría, que fue valorada con la sub-escala de Mejoría de la Escala de Impresión Clínica Global (CGI), se obtuvieron los siguientes resultados: “*mucho mejor*”, puntuaron el 45.7% de la muestra; “*moderadamente mejor*”, el 34.3% de la muestra; y “*levemente mejor*”, el 20% de la muestra.

Tabla 0-14: CGI Mejoría

|         |                     | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Mucho mejor         | 32         | 45,7       | 45,7              | 45,7                 |
|         | Moderadamente mejor | 24         | 34,3       | 34,3              | 80,0                 |
|         | Levemente mejor     | 14         | 20,0       | 20,0              | 100,0                |
|         | Total               | 70         | 100,0      | 100,0             |                      |

Ilustración 0-15: CGI Mejoría



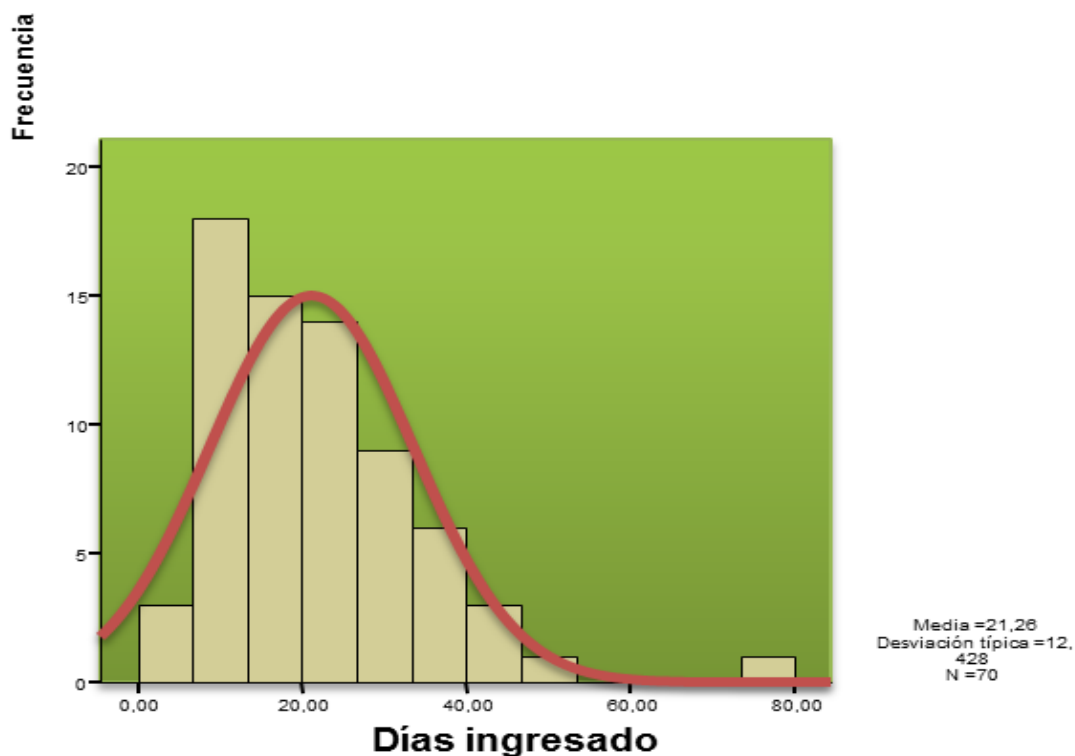
▪ Duración del ingreso hospitalario

El número de días ingresado para el total de la muestra fue de 18 días RIQ (12-28.3).

Tabla 0-15: Número de días ingresado

|             |          |         |
|-------------|----------|---------|
| N           | Válidos  | 70      |
|             | Perdidos | 0       |
| Mediana     |          | 18,0000 |
| Percentiles | 25       | 12,0000 |
|             | 50       | 18,0000 |
|             | 75       | 28,2500 |

Ilustración 0-16: Número de días ingresado



### 5.1.4 Curso evolutivo a los 3 años

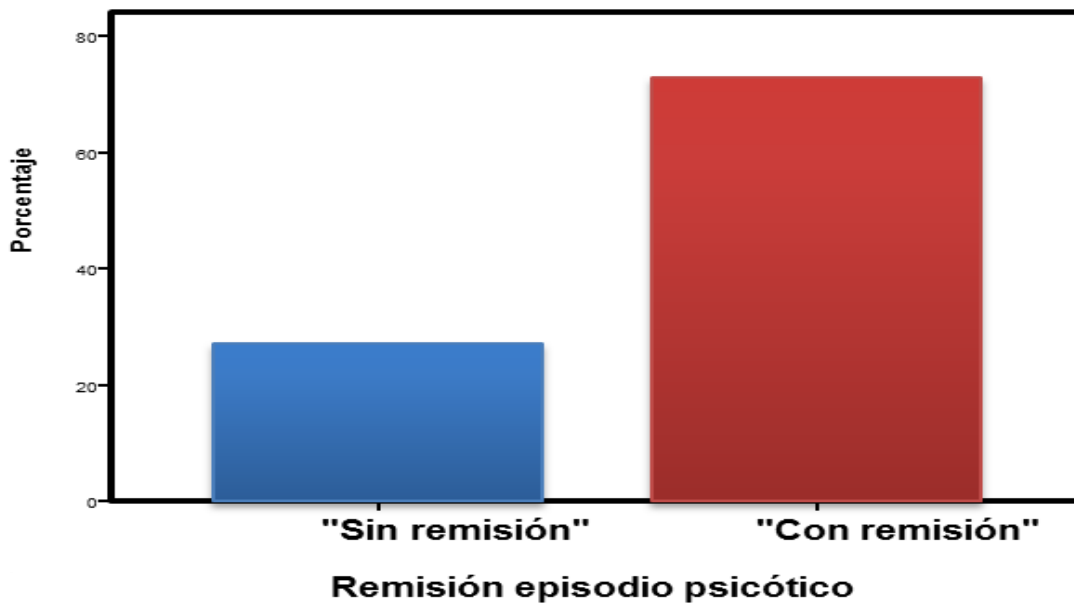
- Remisión del episodio psicótico

En relación a la remisión del episodio psicótico, que fue valorada de acuerdo al criterio propuesto por el Grupo de Trabajo sobre Remisión en la Esquizofrenia, se observó que habían remitido después de 3 años el 72.9% (n=51) de los pacientes, mientras que el 27% (n=19) restante no había remitido.

Tabla 0-16: Remisión del episodio psicótico

|         |                | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | "Sin remisión" | 19         | 27,1       | 27,1              | 27,1                 |
|         | "Con remisión" | 51         | 72,9       | 72,9              | 100,0                |
|         | Total          | 70         | 100,0      | 100,0             |                      |

Ilustración 0-17: Remisión del episodio psicótico



- **Recaída**

En relación a las recaídas, entendidas como *"reingreso hospitalario por síntomas psicóticos tras una recuperación parcial"*, se observó que durante los tres años de evaluación, el 32% (n=23) de la muestra había presentado al menos una recaída, siendo el 67% (n=47) de los pacientes que no habían presentado ninguna recaída.

En relación al número de recaídas, la mediana de las mismas fue de ninguna (0 recaídas) con un rango intercuartílico que va de ninguna a 1 recaída.

También se observó respecto a las recaídas: Un 18.6% (n=13) del total de la muestra lo había hecho en 1 ocasión, mientras que el 8.6% (n=6) y el 5.7% (n=4) del total de los pacientes de la muestra había recaído en 2 y 3 ocasiones respectivamente.

Ilustración 0-18: Presencia de recaída

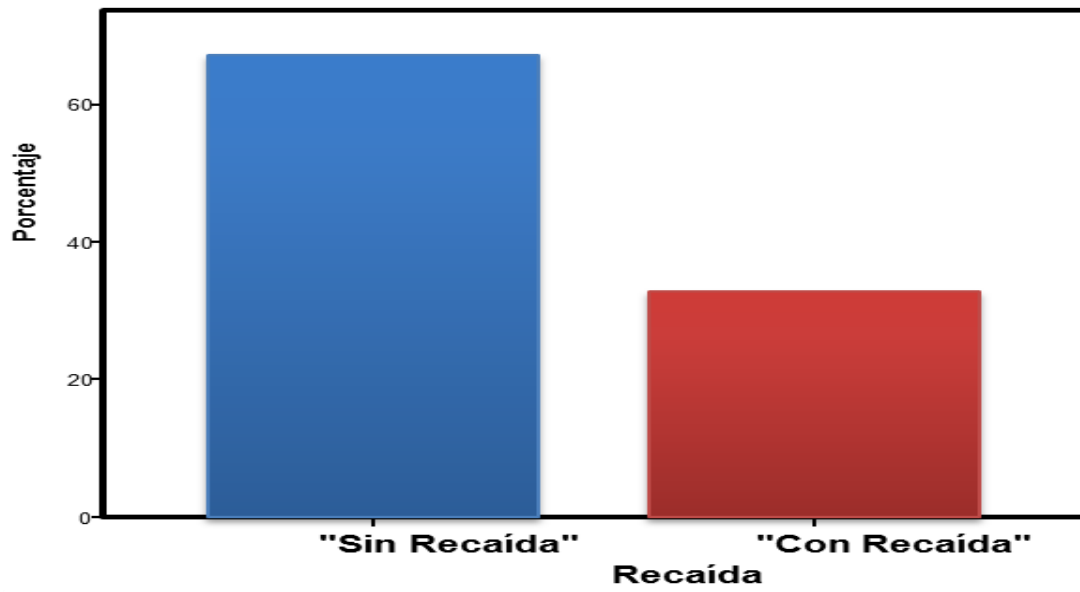
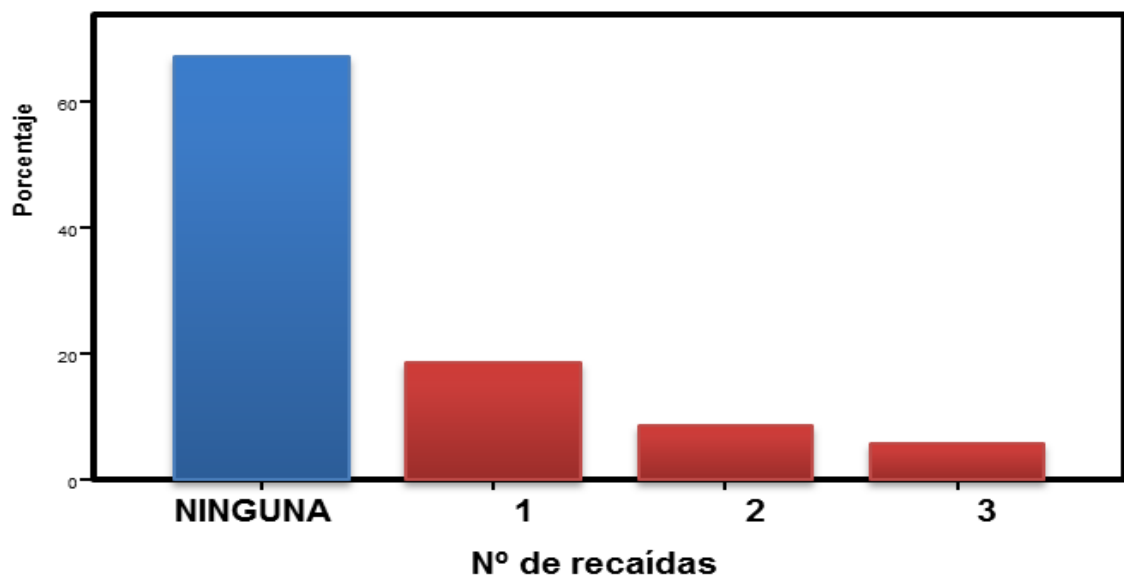


Ilustración 0-19: Número de recaídas

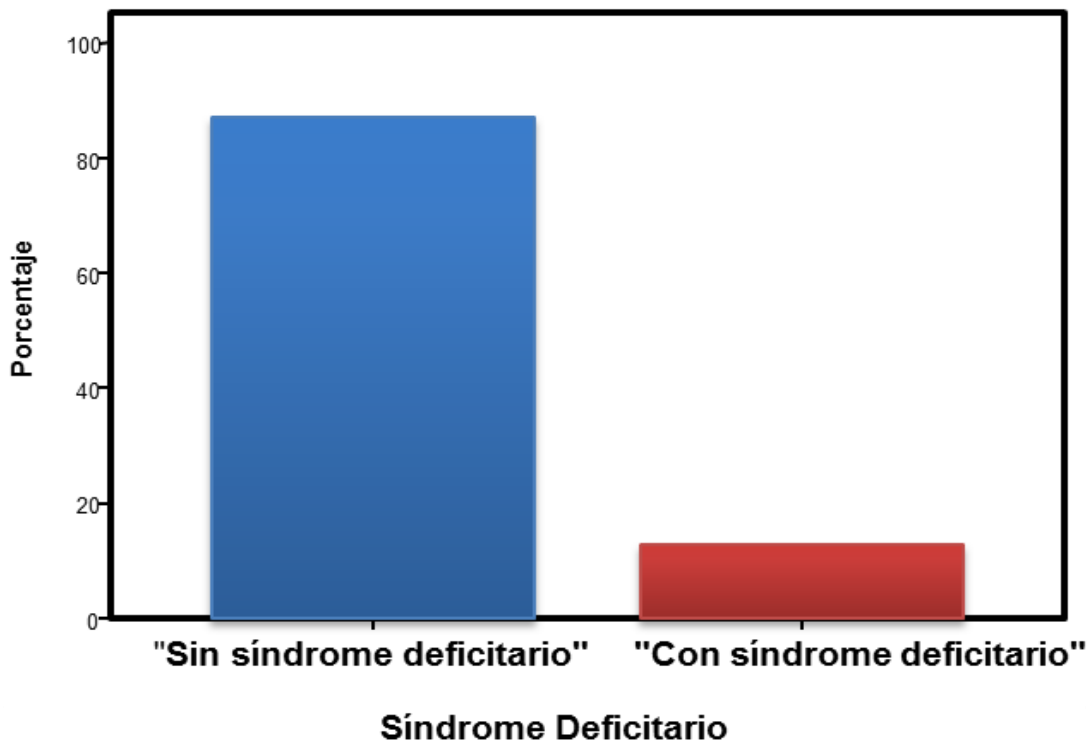


- Síndrome deficitario

Después de 3 años de evolución, se observó que el 87.1% (n=61) de la muestra no presentaba síndrome deficitario, mientras que el restante 19.2 % (n=9) si presentaba criterios de Síndrome Deficitario.

**Tabla 0-17: Presencia de Síndrome Deficitario**

|         |                            | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | "Sin síndrome deficitario" | 61         | 87,1       | 87,1              | 87,1                 |
|         | "Con síndrome deficitario" | 9          | 12,9       | 12,9              | 100,0                |
|         | Total                      | 70         | 100,0      | 100,0             |                      |



## 5.2 ESTUDIO DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LAS PSICOSIS CICLOIDES

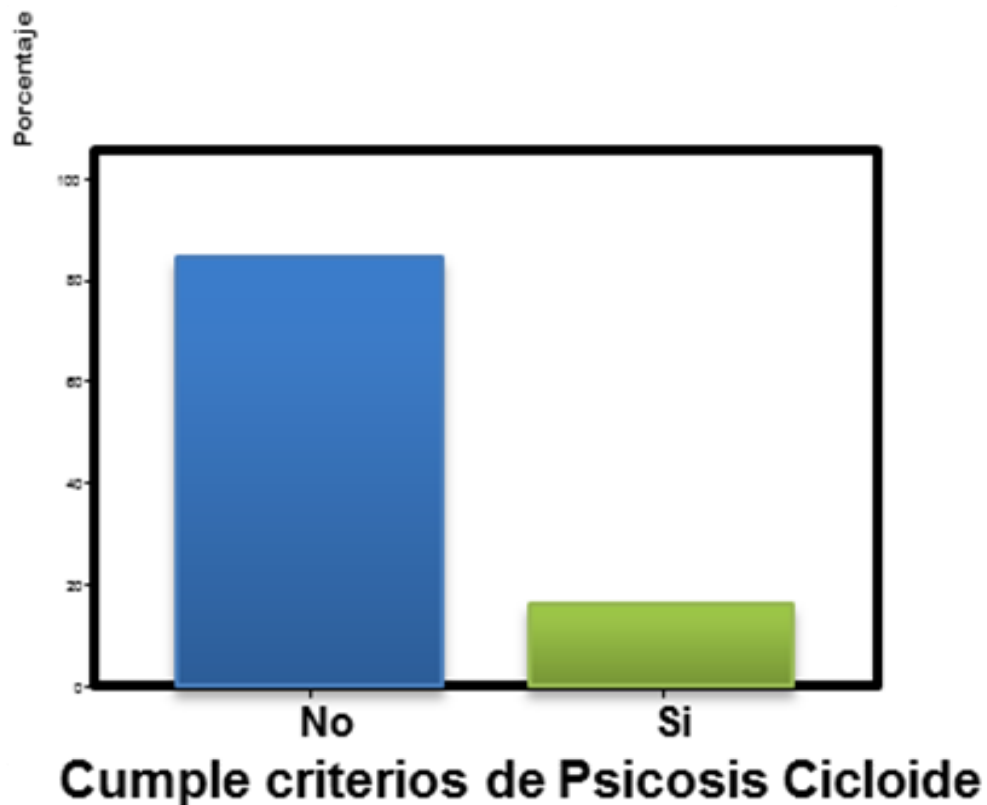
### 5.2.1 Detección de psicosis cicloides

La detección de los posibles casos de psicosis cicloide, se llevó a cabo aplicando los criterios operativos para el diagnóstico de psicosis cicloide de Perris y Brockington.

Posteriormente, se dividió la muestra en dos grupos, “cicloides” (n=11) y “no cicloides” (n=59), en función de que cumplieren (o no cumplieren) los criterios diagnósticos de psicosis cicloide de Perris y Brockington respectivamente.

De esta manera se observó que un total de 11 pacientes (15.7%) cumplían criterios de Psicosis Cicloide, frente a 59 (84.3%) pacientes que no los cumplían.

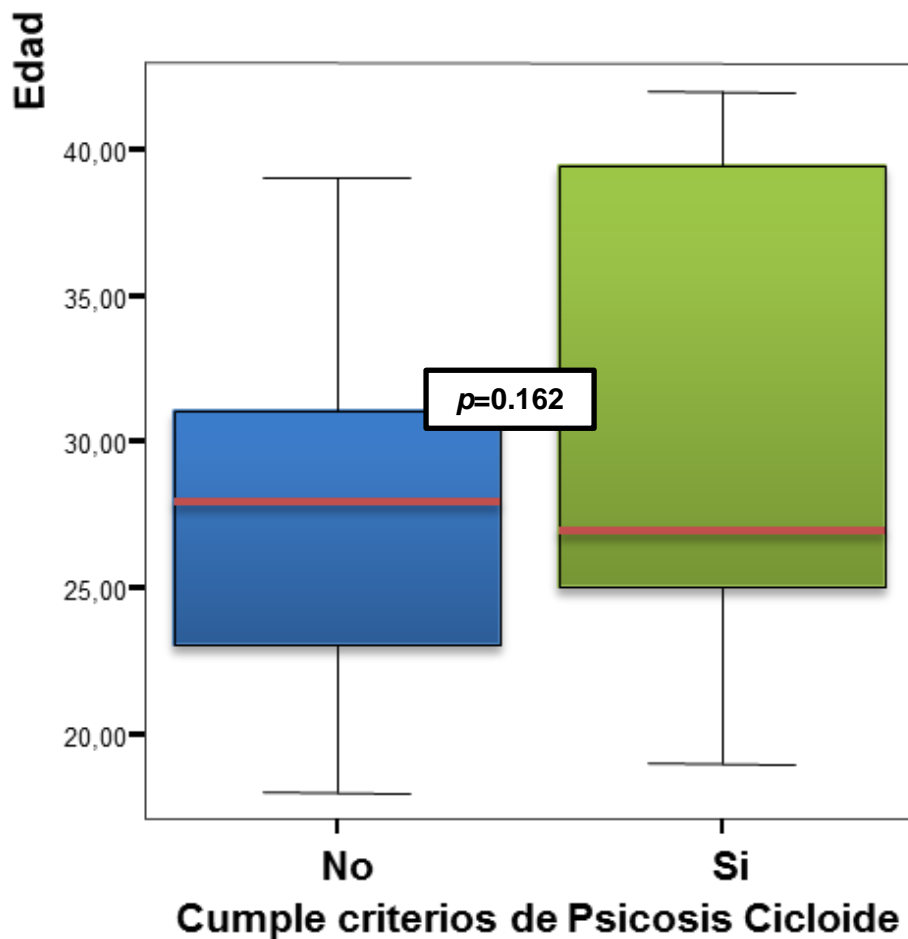
Ilustración 0-20: Cumple criterios de psicosis cicloide



### 5.2.2 Edad / Cumple criterios de PC

No se encontraron diferencias significativas en la edad de inicio ( $p=0.162$ ,  $t=1.413$ ) entre el grupo de psicosis “cicloides” y el de “no cicloides. Siendo la edad media de inicio para el grupo de “cicloides” 30.4 años (DS +/- 8.5) y en el grupo de “no cicloides” 27.3 años (DS +/- 5.7).

Ilustración 0-21: Edad / Cumple criterios de PC

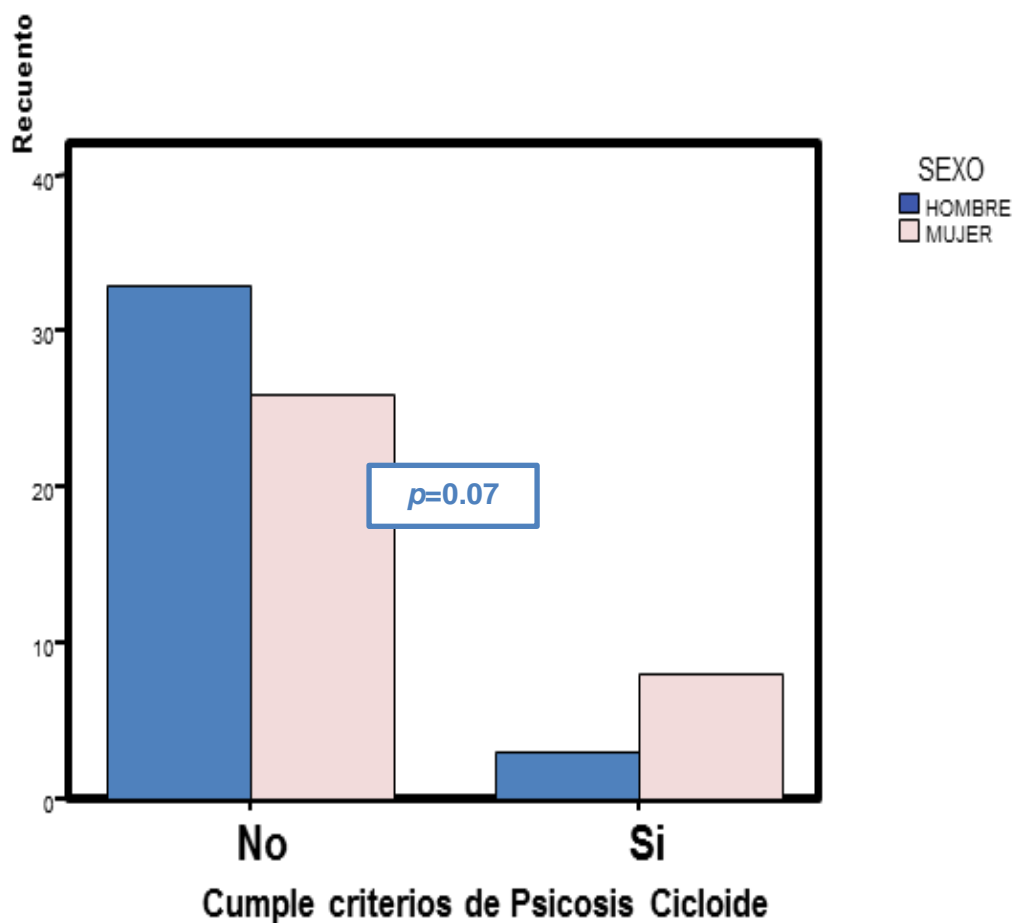


### 5.2.3 Sexo / Cumple criterios de PC

Respecto al sexo, tampoco se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (“cicloides” y “no cicloides”).

No obstante, si se observó una mayor tendencia a favor de las mujeres ( $p=0.07$ ,  $\chi^2=3.05$ ), entre las cuales el porcentaje que cumplía criterios de Psicosis Cicloide fue del 72.7% ( $n=8$ ) frente a un 27.3% ( $n=3$ ) de los hombres.

Ilustración 0-22: Sexo / Cumple criterios de PC

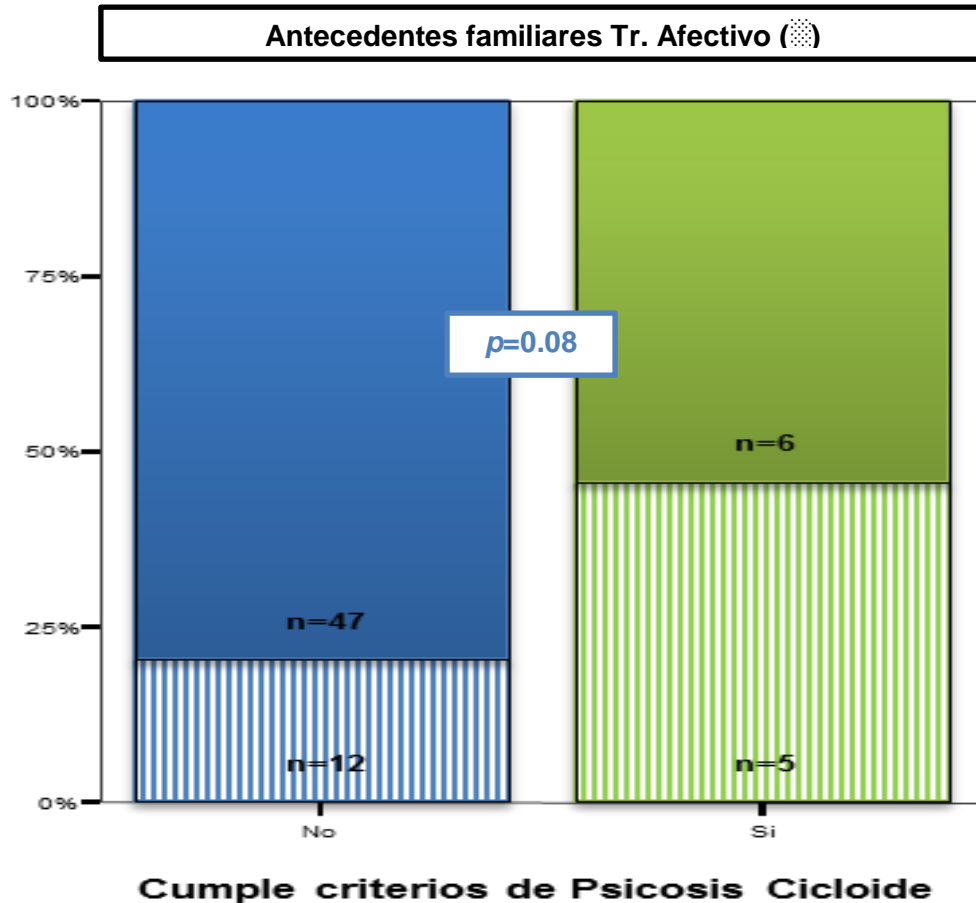


#### 5.2.4 Antecedentes familiares / Cumple criterios de PC

Respecto a los antecedentes familiares, se encontró una tendencia no significativa ( $p=0.08$ ,  $\chi^2=3.17$ ) de mayor frecuencia de antecedentes familiares de trastornos afectivos en el grupo de los “cicloides”, siendo un 45.5% ( $n=5$ ) de los pacientes

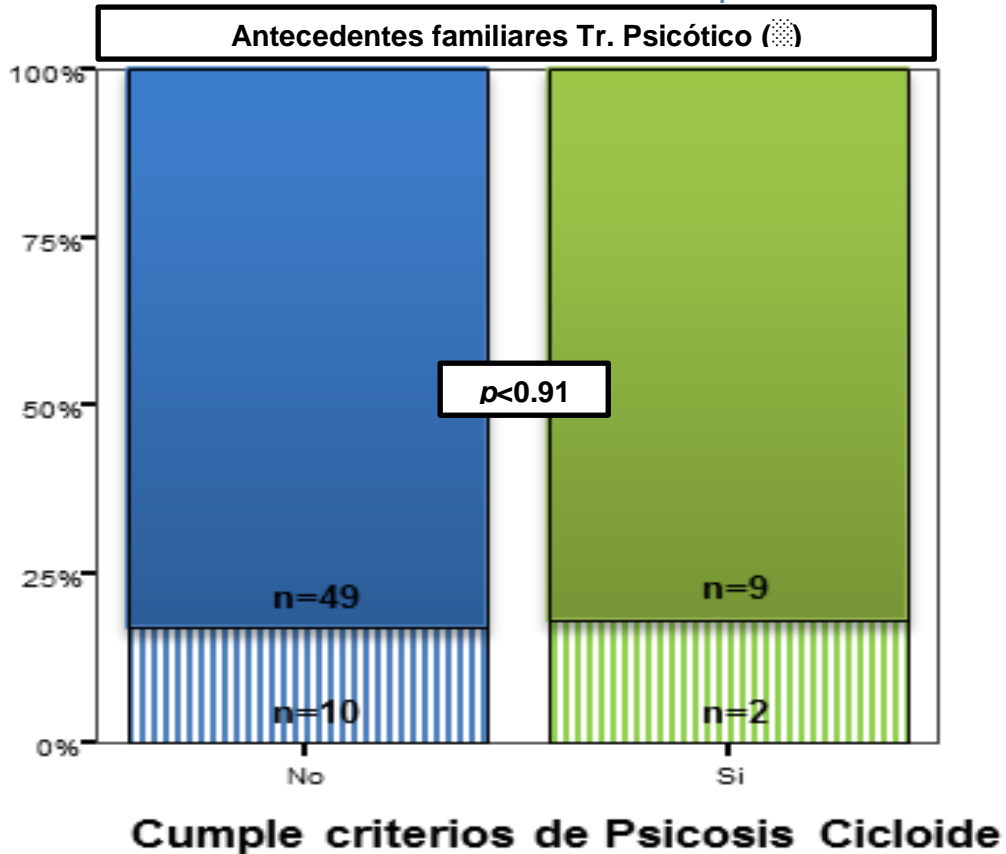
“cicloides” que tenían antecedentes familiares de algún trastorno afectivo, frente a un 20.3% (n=12) en los pacientes “no cicloides”.

Ilustración 0-23: Antecedentes familiares de TR AFECTIVOS / Cumple criterios de PC



Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos (“cicloides” y “no cicloides”) en relación a los antecedentes familiares de trastornos psicóticos ( $p=0.91$ ,  $\chi^2=0.01$ ).

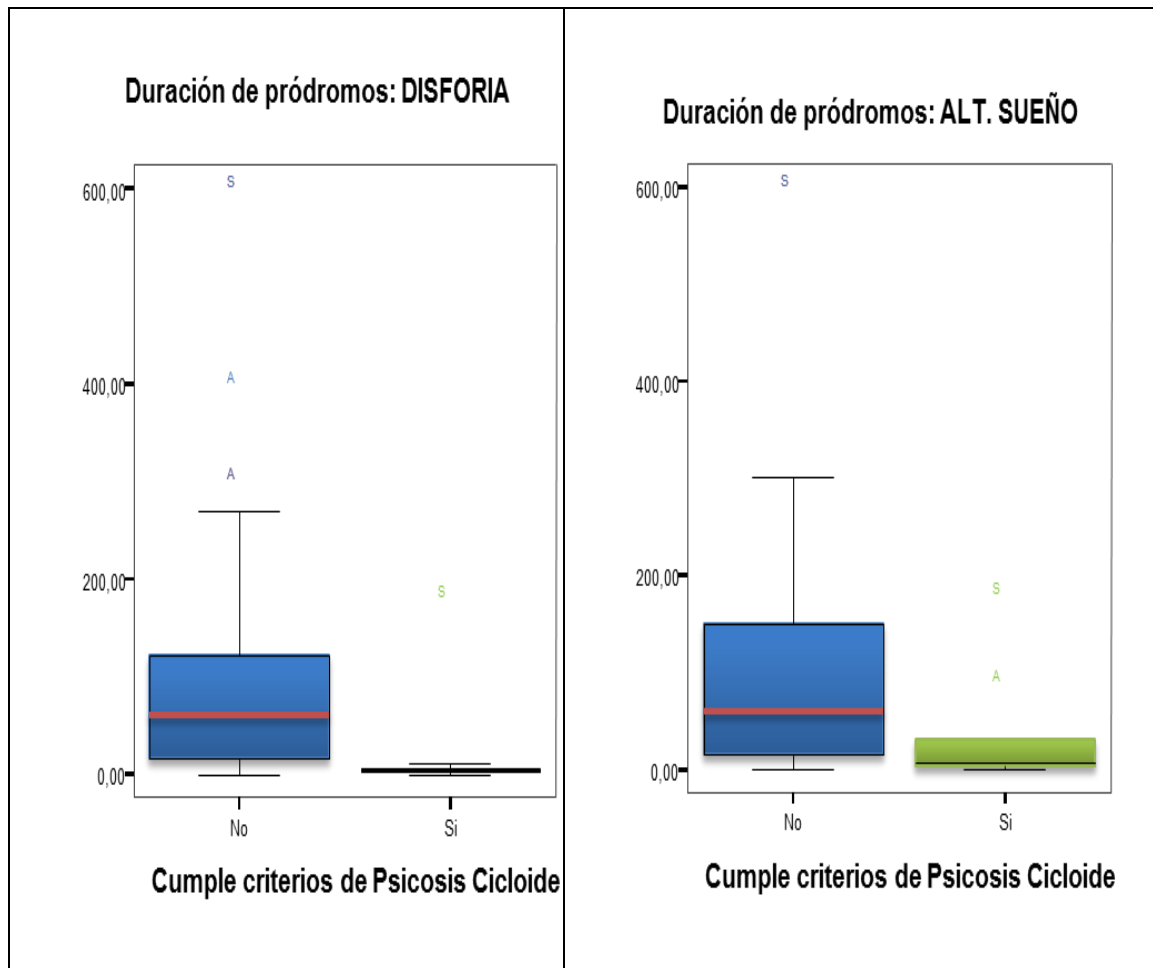
Ilustración 0-24: Antecedentes familiares de TR PSICOTICO / Cumple criterios de PC



### 5.2.5 Sintomatología prodrómica / Cumple criterios de PC

En relación a los síntomas prodrómicos, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la duración en días de la disforia ( $p=0.001$ ,  $u=121.5$ ) y las alteraciones del sueño ( $p=0.001$ ,  $u=189.5$ ).

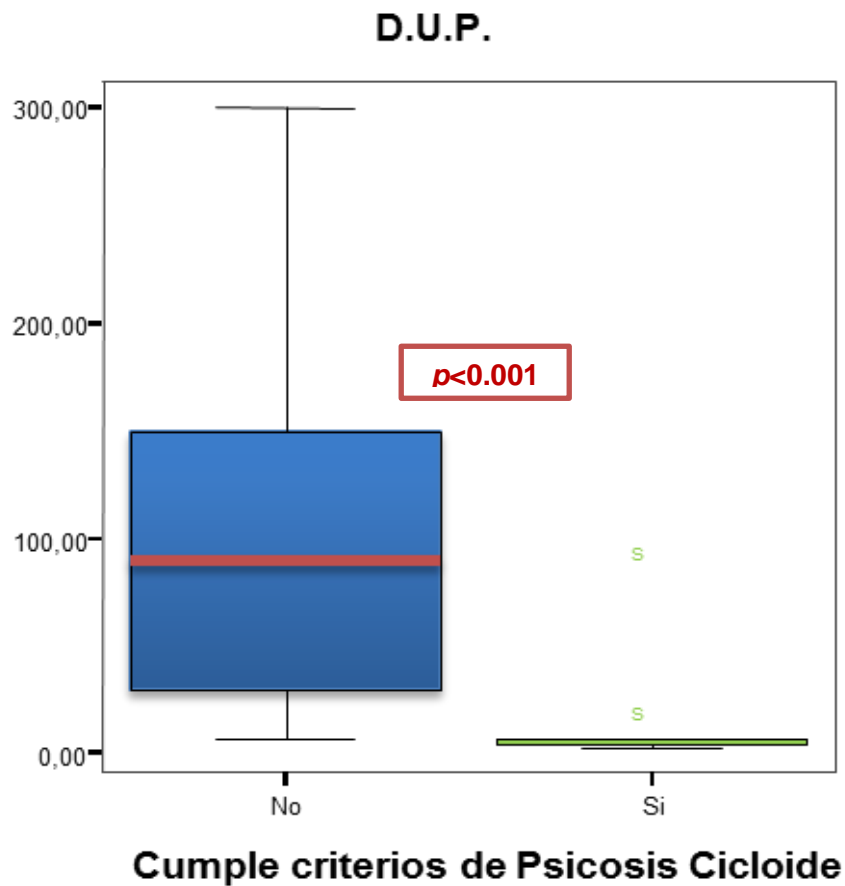
Se observó una mayor duración en el grupo de los “no cicloides” con respecto a los “cicloides” con una mediana de 60 días RIQ (15-120) frente a 4 días RIQ (0-7) para la disforia y una mediana de 60 días RIQ (15-120) frente a 7 días RIQ (4-30) para las alteraciones del sueño respectivamente.



### 5.2.6 DUP / Cumple criterios de PC

En referencia a la duración de la psicosis sin tratar (DUP), se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ( $p < 0.001$ ;  $u = 52$ ). Con una menor duración en el grupo de los “cicloides” que fue de 7 días RIQ (4-7), frente a 90 días RIQ (30-150) en los “no cicloides”.

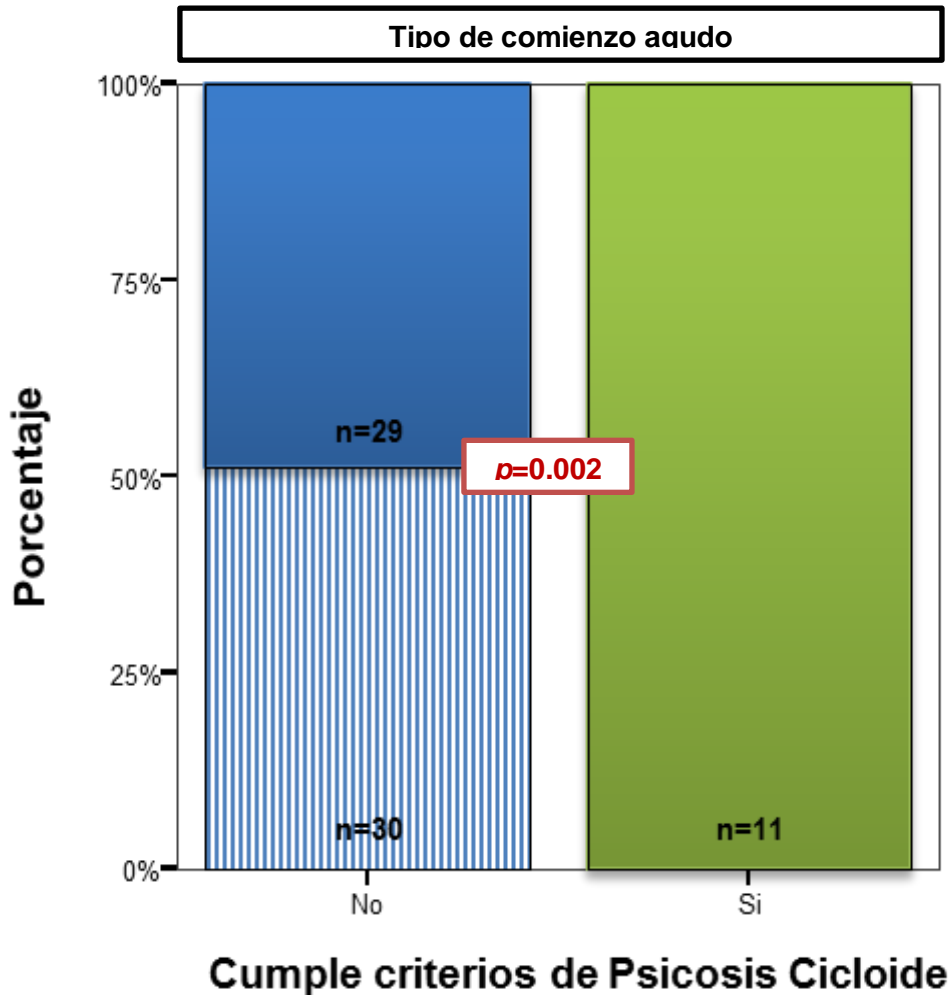
Ilustración 0-25: DUP / Cumple criterios de PC



### 5.2.7 Tipo de comienzo / Cumple criterios de PC

En cuanto al tipo de comienzo de enfermedad, también se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ( $p=0.002$ ;  $\chi^2=9.788$ ). De manera que se observó una mayor frecuencia de inicio agudo en los pacientes “cicloides”, de los cuales el 100% presentaron este tipo de comienzo, en contraposición a los “no cicloides” que tan sólo iniciaron la enfermedad de forma aguda en un 49.2% (siendo el restante 50.8% que lo hicieron de forma insidiosa).

Ilustración 0-26: Tipo de comienzo de la enfermedad / Cumple criterios de PC



### 5.2.8 Sintomatología psicótica / Cumple criterios de PC

Respecto a las medidas clínicas de sintomatología psicótica, se encontraron diferencias significativas al comparar el grupo de psicosis “cicloides” y el de “no cicloides” en: la puntuación total de la PANSS ( $p=0.003$ ), la sub-escala de síntomas positivos de la PANSS (PANSS-P) ( $p=0.009$ ) y la sub-escala de psicopatología general de la PANSS (PANSS-PG) ( $p<0.001$ ). Sin embargo, no hubo diferencias significativas ( $p=0.37$ ) en la sub-escala de síntomas negativos de la PANSS (PANSS-N).

De forma que puntuaron más alto los pacientes “cicloides” en:

- ✓ PANSS Total = 110.4 DS +/- 22. Frente a 87 DS +/- 23.1 en “no cicloides”.
- ✓ PANSS–P = 29.6 DS +/- 3.5. Frente a 24 DS +/- 6.8 en “no cicloides”.
- ✓ PANSS–PG = 58.4 DS +/- 14.2. Frente a 43.5 DS +/- 12.2 en “no cicloides”.

Ilustración 0-27: PANSS total / Cumple criterios de PC

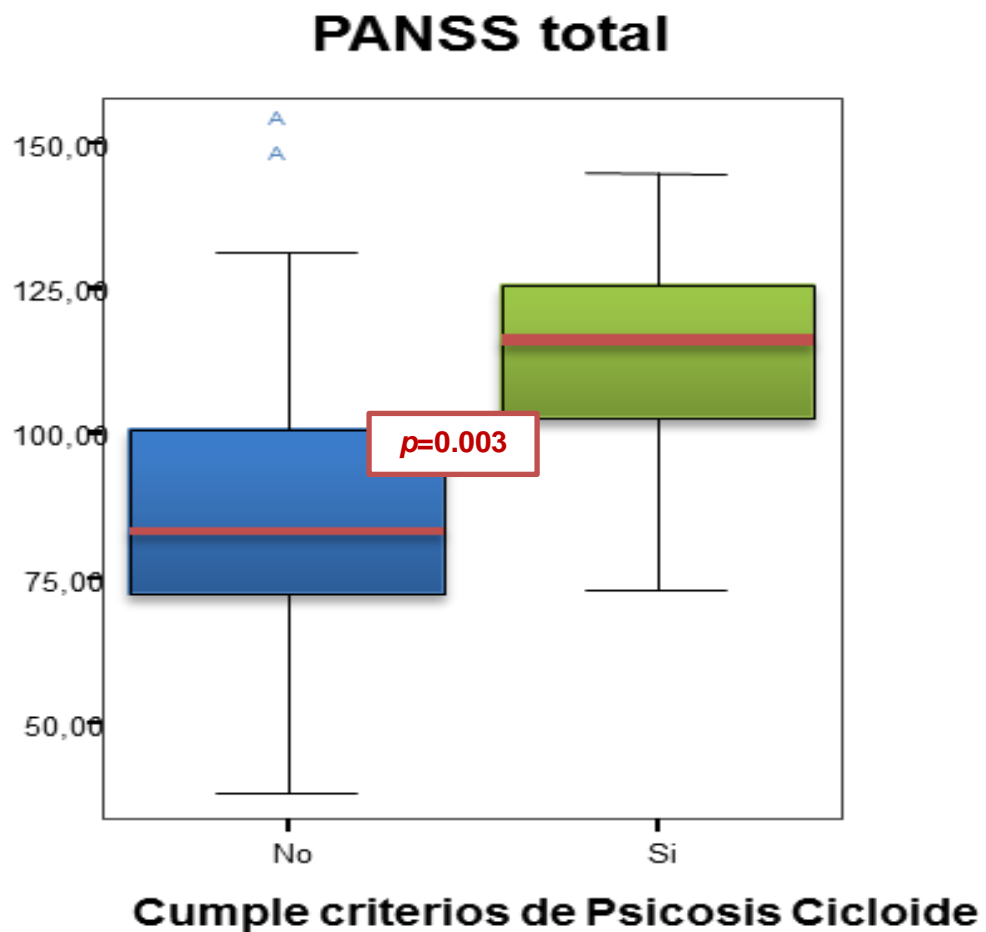


Ilustración 0-28: PANSS-P / Cumple criterios de PC

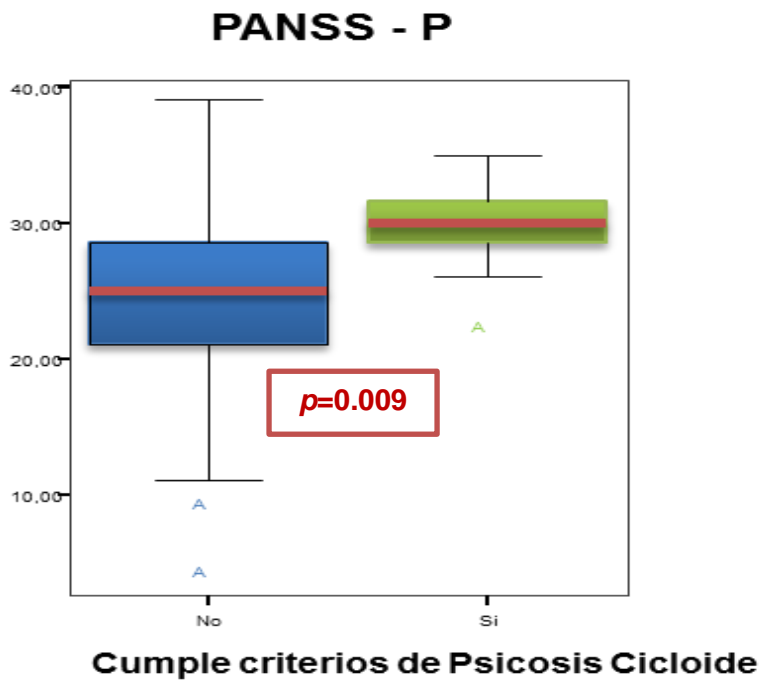


Ilustración 0-29: PANSS-N / Cumple criterios de PC

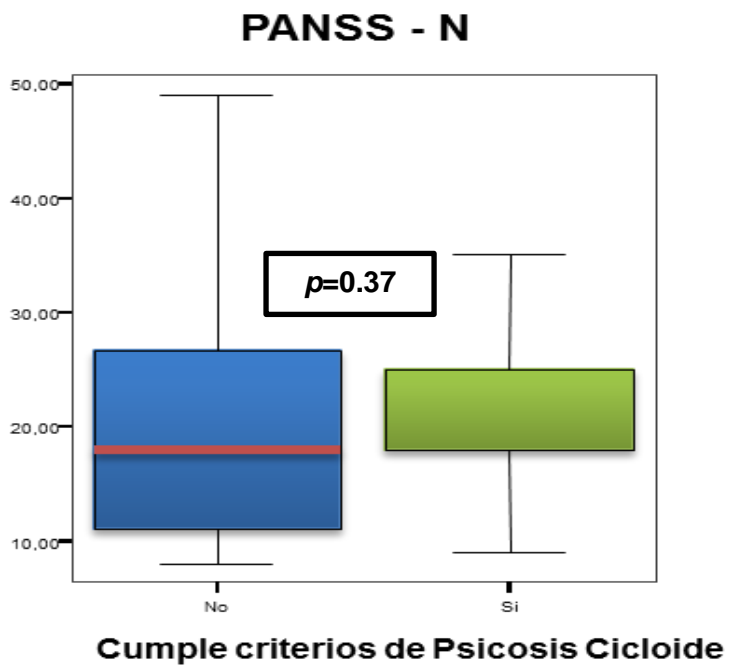
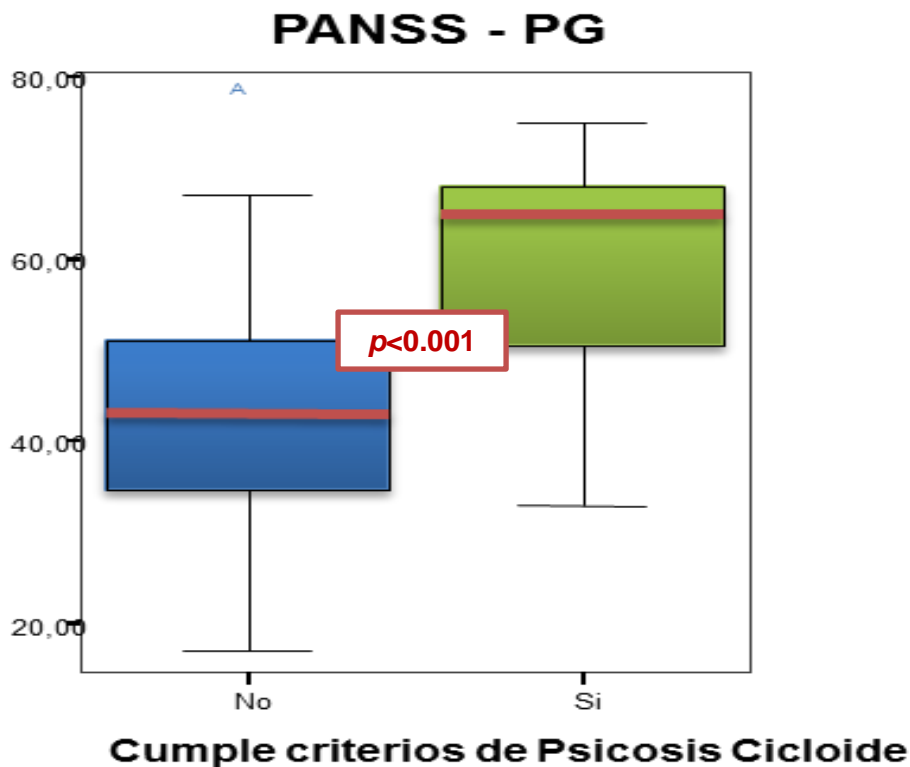


Ilustración 0-30: PANSS-PG / Cumple criterios de PC



### 5.2.9 Sintomatología maniforme / Cumple criterios de PC

En referencia a la sintomatología afectiva de tipo maniforme, se encontraron diferencias significativas al comparar el grupo de psicosis “cicloides” y el de “no cicloides” en:

- ✓ La puntuación total de la Escala para la Evaluación de la Manía por Clínicos (EVMAC) ( $p < 0.001$ ,  $u=40$ ). Que fue de 24 RIQ (17-28) en los “cicloides”, frente a 3 RIQ (0-8) en los “no cicloides”.
- ✓ La presencia de síntomas maniformes categorizada por la EVMAC ( $p < 0.001$ ,  $\chi^2=16.15$ ). Que fue de un 90.9% ( $n=10$ ) en los “cicloides”, mientras que solamente de un 27.1% ( $n=16$ ) en los “no cicloides”.

### EVMAC puntuación total

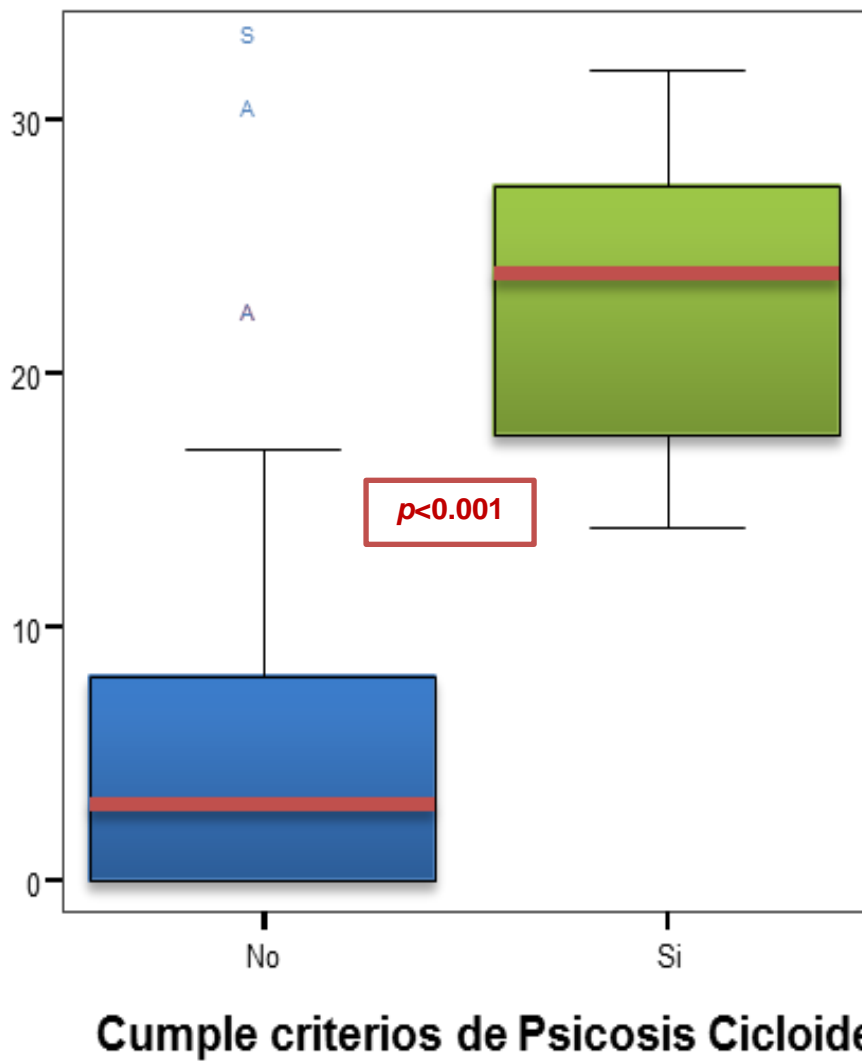
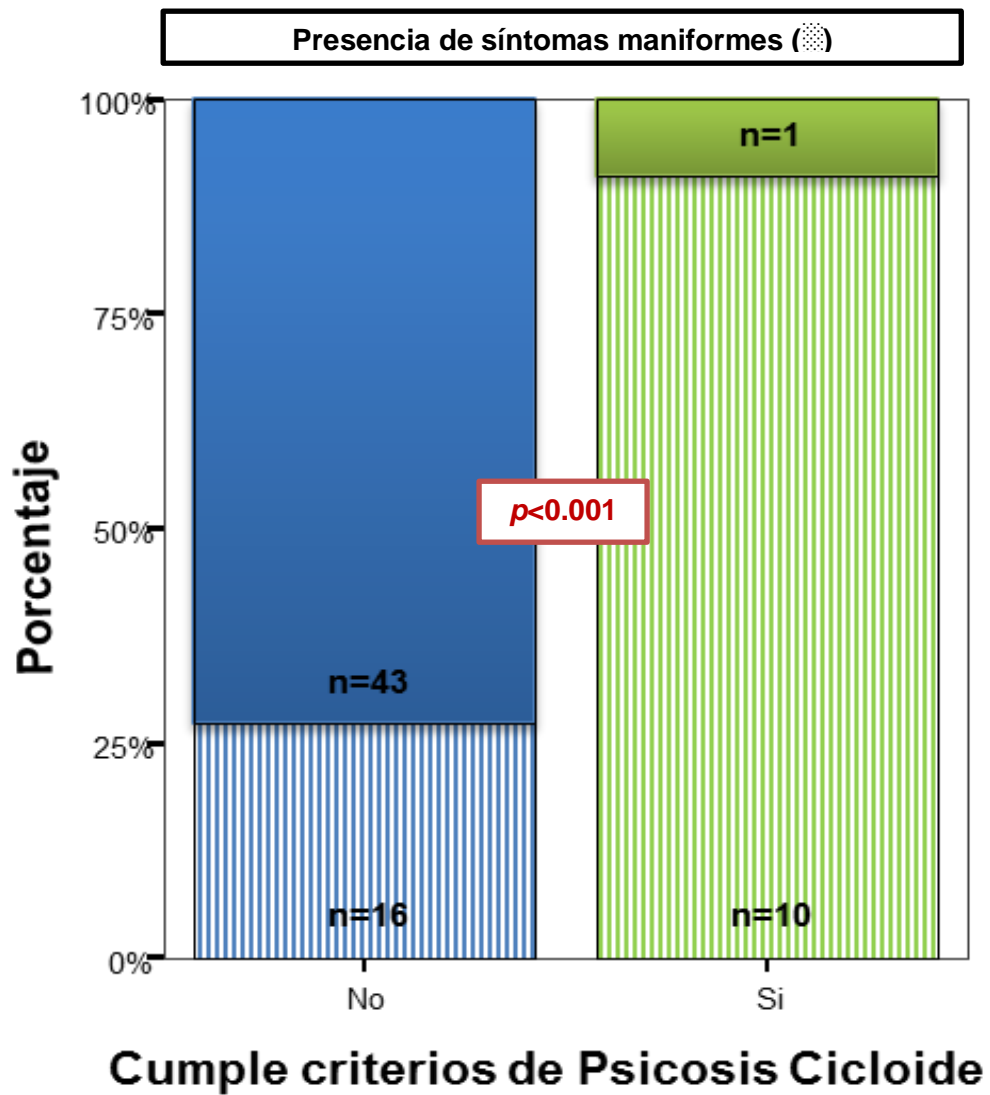


Ilustración 0-31: EVMAC total / Cumple criterios de PC

Ilustración 0-32: Presencia síntomas maniformes / Cumple criterios de PC



### 5.2.10 Sintomatología depresiva / Cumple criterios de PC

Respecto a la sintomatología depresiva, se encontraron diferencias significativas al comparar el grupo de psicosis “cicloides” y el de “no cicloides” en:

- ✓ La puntuación total de la Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS) ( $p=0.004$ ,  $u=149.5$ ). Que fue de 10 RIQ (6-11) en los “cicloides”, frente a 3 RIQ (0-6) en los “no cicloides”.
- ✓ La presencia de depresión categorizada por la CDSS ( $p=0.001$ ,  $\chi^2=12.07$ ). Que fue de un 81.8% ( $n=9$ ) en los “cicloides”, frente a 27.1% ( $n=16$ ) en los “no cicloides”.

Ilustración 0-33: CDSS total / Cumple criterios de PC

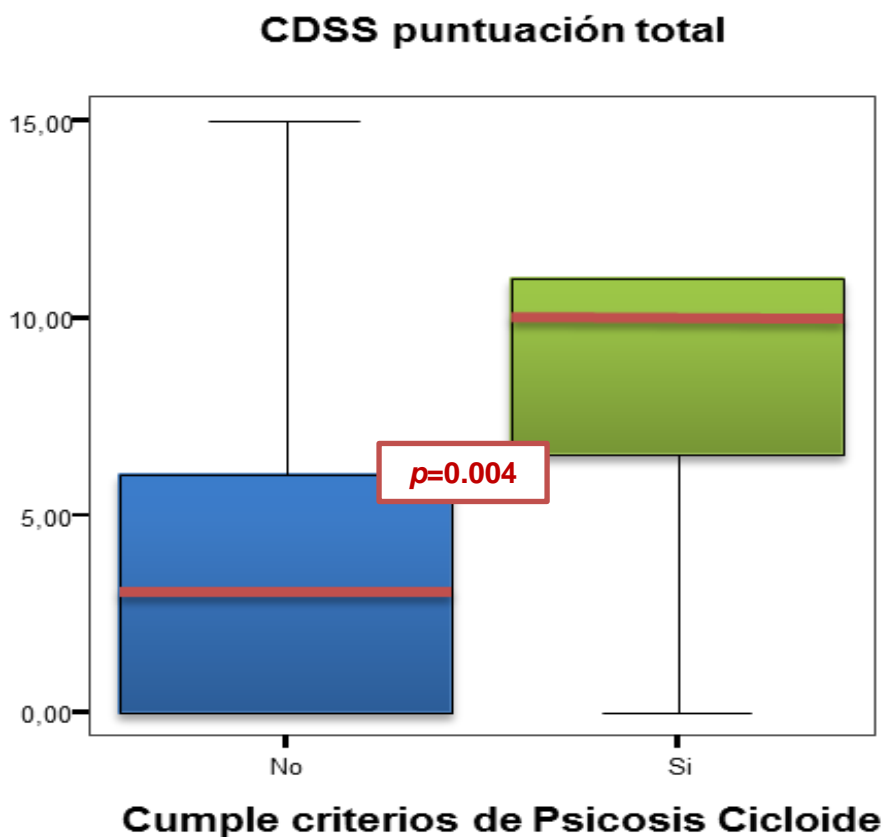
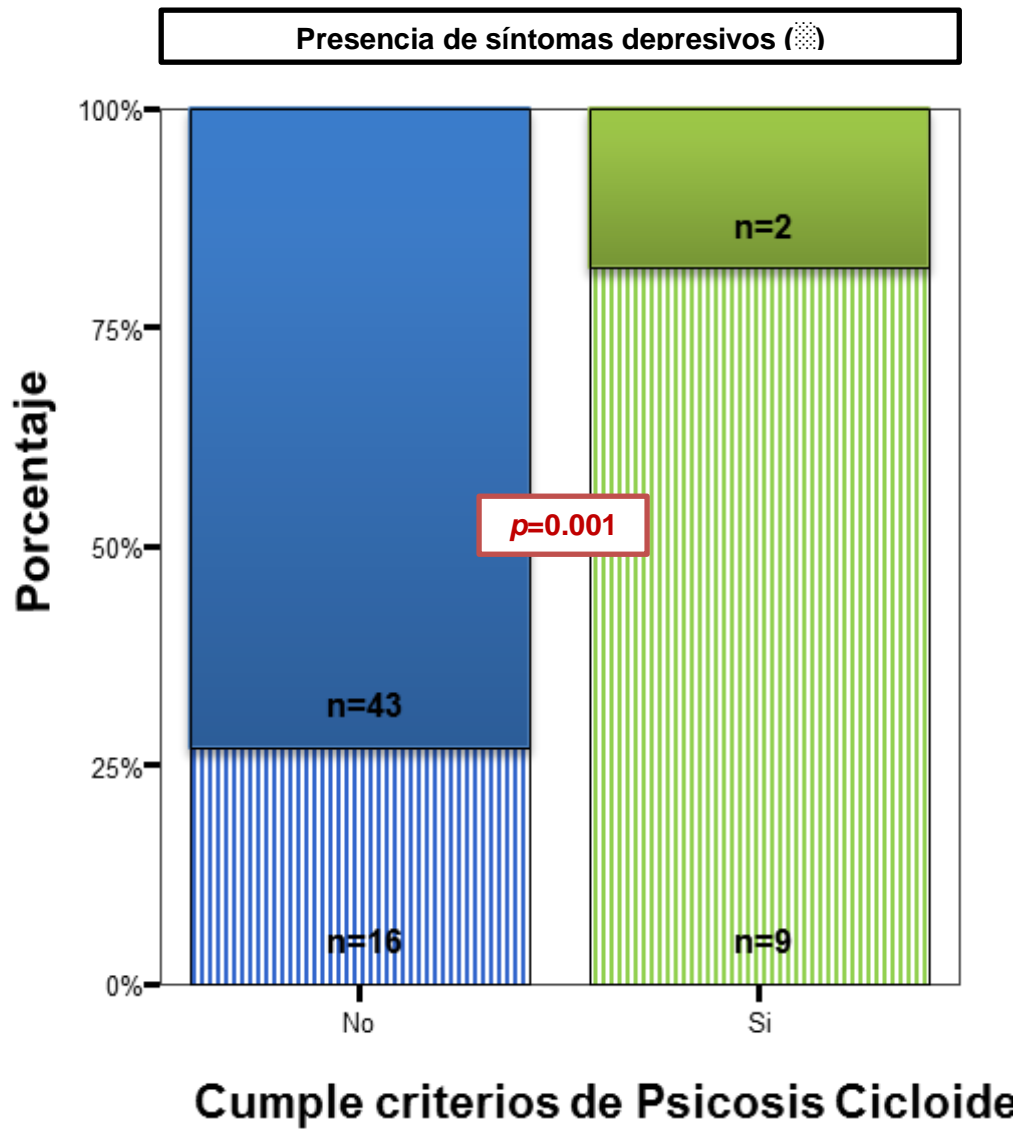


Ilustración 0-34: Presencia síntomas depresivos / Cumple criterios de PC



### 5.2.11 Funcionamiento Global

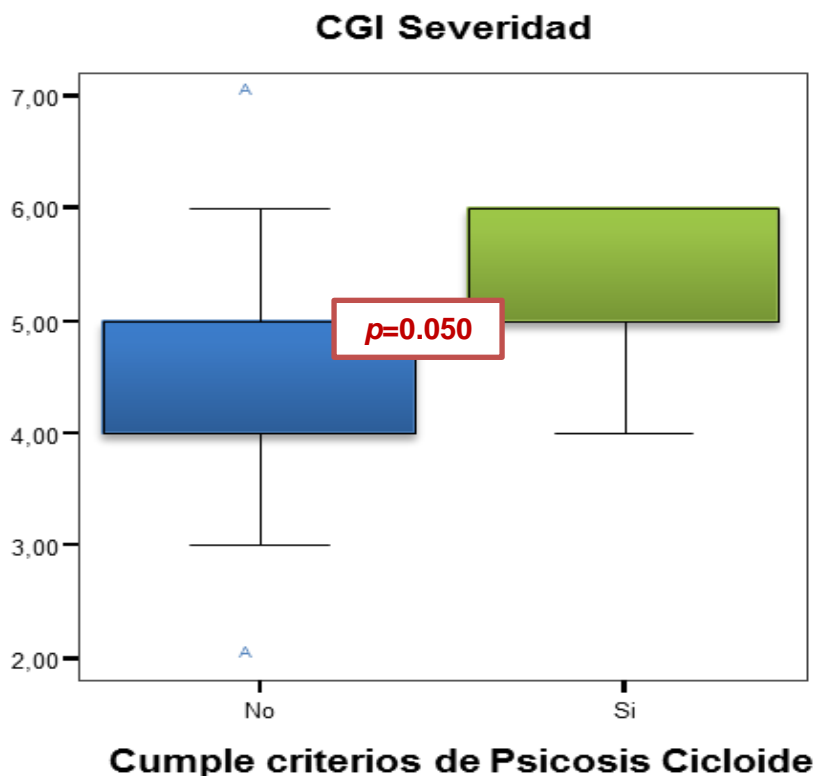
En la Escala de Evaluación Funcional General (GAF), se encontraron diferencias significativas ( $p=0.006$ ;  $t=2.835$ ) entre los “cicloides” y “no cicloides”. Observándose

una puntuación media superior (es decir, mejor funcionalidad general) en el grupo de los “no cicloides” que en el de los “cicloides” ( $45.9 \pm 12,5$  y  $34.5 \pm 9.0$ , respectivamente).

### 5.2.12 Gravedad del episodio psicótico

En la Escala de Impresión Clínica Global (CGI), se encontraron diferencias significativas ( $p=0.050$ ;  $u=210.5$ ) entre los “cicloides” y “no cicloides” en la sub-escala de Gravedad. Observándose una puntuación mediana igual para ambos grupos (CGI Gravedad=5), pero con un rango mayor en los “cicloides” que en los “no cicloides” (RIQ 5-6 y RIQ 4-5, respectivamente).

Ilustración 0-35: CGI Gravedad / Cumple criterios de PC



### 5.2.13 TABLAS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En las tablas que se muestran a continuación, se pormenoriza el análisis estadístico de los datos del estudio de presentación clínica.

Tabla 0-18: Tablas del análisis estadístico del estudio de presentación clínica

▪ **Cumple criterios de Psicosis Cicloide**

|         |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No    | 59         | 84,3       | 84,3              | 84,3                 |
|         | Si    | 11         | 15,7       | 15,7              | 100,0                |
|         | Total | 70         | 100,0      | 100,0             |                      |

▪ **Edad / Cumple criterios de PC**

Estadísticos de grupo

|      | Cumple criterios de Psicosis Cicloide | N  | Media   | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|------|---------------------------------------|----|---------|-----------------|------------------------|
| Edad | No                                    | 59 | 27,4407 | 5,80508         | ,75576                 |
|      | Si                                    | 11 | 30,3636 | 8,61711         | 2,59816                |

|      | Prueba T para la igualdad de medias | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia | 95% Intervalo de confianza para la diferencia |          |
|------|-------------------------------------|------------------|----------------------|-----------------------------|---|----------|
|      |                                     |                  |                      |                             | Inferior                                      | Superior |
| Edad | Se han asumido varianzas iguales    | ,162             | -2,92296             | 2,06833                     | -7,05025                                      | 1,20433  |
|      | No se han asumido varianzas iguales | ,302             | -2,92296             | 2,70584                     | -8,83246                                      | 2,98655  |

▪ **Sexo / Cumple criterios de PC**

Tabla de contingencia SEXO \* Cumple criterios de Psicosis Cicloide

| SEXO  |        |  | Cumple criterios de Psicosis Cicloide |        | Total  |
|-------|--------|--|---------------------------------------|--------|--------|
|       |        |  | No                                    | Si     |        |
| SEXO  | HOMBRE | Recuento                                   | 33                                    | 3      | 36     |
|       |        | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 55,9%                                 | 27,3%  | 51,4%  |
|       | MUJER  | Recuento                                   | 26                                    | 8      | 34     |
|       |        | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 44,1%                                 | 72,7%  | 48,6%  |
| Total |        | Recuento                                   | 59                                    | 11     | 70     |
|       |        | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 100,0%                                | 100,0% | 100,0% |

**Pruebas de chi-cuadrado**

|                         | Valor    | gl | Sig. asintótica<br>(bilateral) | Sig. exacta<br>(bilateral) | Sig. exacta<br>(unilateral) |
|-------------------------|----------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 3,049(b) | 1  | ,080                           |                            |                             |

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,34.

#### ▪ Antecedentes Familiares / Cumple criterios de PC

Tabla de contingencia **Antecedentes familiares de Trastornos Afectivos**

\* Cumple criterios de Psicosis Cicloide

|  |    |  | Cumple criterios de Psicosis Cicloide |        | Total  |
|--|----|--|---------------------------------------|--------|--------|
|  |    |  | No                                    | Si     |        |
| Antecedentes familiares de Tr. Afectivos | NO | Recuento                                   | 47                                    | 6      | 53     |
|  |    | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 79,7%                                 | 54,5%  | 75,7%  |
|  | SI | Recuento                                   | 12                                    | 5      | 17     |
|  |    | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 20,3%                                 | 45,5%  | 24,3%  |
| Total                                    |    | Recuento                                   | 59                                    | 11     | 70     |
|  |    | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 100,0%                                | 100,0% | 100,0% |

#### Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor    | gl | Sig. asintótica<br>(bilateral) | Sig. exacta<br>(bilateral) |
|------------------------------|----------|----|--------------------------------|----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 3,181(b) | 1  | ,075                           |                            |
| Estadístico exacto de Fisher |          |    |                                | ,120                       |

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,67.

Tabla de contingencia **Antecedentes familiares de Trastornos Psicóticos**

\* Cumple criterios de Psicosis Cicloide

|   |    |  | Cumple criterios de Psicosis Cicloide |        | Total  |
|---|----|--|---------------------------------------|--------|--------|
|   |    |  | No                                    | Si     |        |
| Antecedentes familiares de Tr. Psicóticos | NO | Recuento                                   | 49                                    | 9      | 58     |
|   |    | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 83,1%                                 | 81,8%  | 82,9%  |
|   | SI | Recuento                                   | 10                                    | 2      | 12     |
|   |    | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 16,9%                                 | 18,2%  | 17,1%  |
| Total                                     |    | Recuento                                   | 59                                    | 11     | 70     |
|   |    | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 100,0%                                | 100,0% | 100,0% |

#### Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor   | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | ,010(b) | 1  | ,921                        |                         |                          |
| Estadístico exacto de Fisher |         |    |                             | 1,000                   | ,605                     |

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,89.

▪ **Pródromos de disforia / Cumple criterios de PC**

Duración de prodromos (días): DISFORIA

|                |             |          |         |
|----------------|-------------|----------|---------|
| "NO cicloides" | N           | Válidos  | 59      |
|                |             | Perdidos | 0       |
|                | Mediana     |          | 60,0000 |
|                | Percentiles | 25       | 15,0000 |
|                |             | 50       | 60,0000 |
| 75             |             | 120,0000 |         |
| "cicloides"    | N           | Válidos  | 11      |
|                |             | Perdidos | 0       |
|                | Mediana     |          | 4,0000  |
|                | Percentiles | 25       | ,0000   |
|                |             | 50       | 4,0000  |
| 75             |             | 7,0000   |         |

Estadísticos de contraste(a)

|                           | Duración de prodromos: DISFORIA |
|---------------------------|---------------------------------|
| U de Mann-Whitney         | <b>121,500</b>                  |
| W de Wilcoxon             | 187,500                         |
| Z                         | -3,294                          |
| Sig. asintót. (bilateral) | <b>,001</b>                     |

a Variable de agrupación: Cumple criterios de Psicosis Cicloide

▪ **Pródromos de alteración del sueño / Cumple criterios de PC**

Duración de prodromos (días): INSOMNIO

|                |             |          |         |
|----------------|-------------|----------|---------|
| "NO cicloides" | N           | Válidos  | 59      |
|                |             | Perdidos | 0       |
|                | Mediana     |          | 60,0000 |
|                | Percentiles | 25       | 15,0000 |
|                |             | 50       | 60,0000 |
| 75             |             | 150,0000 |         |
| "cicloides"    | N           | Válidos  | 11      |
|                |             | Perdidos | 0       |

|  |             |    |         |
|--|-------------|----|---------|
|  | Mediana     |    | 7,0000  |
|  | Percentiles | 25 | 4,0000  |
|  |             | 50 | 7,0000  |
|  |             | 75 | 30,0000 |

Estadísticos de contraste(a)

|                           |                                  |
|---------------------------|----------------------------------|
|                           | Duración de pródomos: ALT. SUEÑO |
| U de Mann-Whitney         | 189,500                          |
| W de Wilcoxon             | 255,500                          |
| Z                         | -2,188                           |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,029                             |

a Variable de agrupación: Cumple criterios de Psicosis Cicloide

▪ **Duración de la psicosis sin tratar / Cumple criterios de PC**

D.U.P.

|                |             |          |         |
|----------------|-------------|----------|---------|
| "NO cicloides" | N           | Válidos  | 59      |
|                |             | Perdidos | 0       |
|                | Mediana     |          | 90,0000 |
|                | Percentiles | 25       | 30,0000 |
|                |             | 50       | 90,0000 |
| 75             |             | 150,0000 |         |
| "cicloides"    | N           | Válidos  | 11      |
|                |             | Perdidos | 0       |
|                | Mediana     |          | 7,0000  |
|                | Percentiles | 25       | 4,0000  |
|                |             | 50       | 7,0000  |
| 75             |             | 7,0000   |         |

Estadísticos de contraste(a)

|                           |         |
|---------------------------|---------|
|                           | D.U.P.  |
| U de Mann-Whitney         | 52,000  |
| W de Wilcoxon             | 118,000 |
| Z                         | -4,423  |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,000    |

a Variable de agrupación: Cumple criterios de Psicosis Cicloide

▪ **Tipo de comienzo de la enfermedad / Cumple criterios de PC**

Tabla de contingencia Tipo de comienzo \* Cumple criterios de Psicosis Cicloide

|                  |       |          |                                       |    |       |
|------------------|-------|----------|---------------------------------------|----|-------|
|                  |       |          | Cumple criterios de Psicosis Cicloide |    | Total |
|                  |       |          | No                                    | Si |       |
| Tipo de comienzo | Agudo | Recuento | 29                                    | 11 | 40    |

|       |           |  |        |        |        |
|-------|-----------|--|--------|--------|--------|
|       |           | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 49,2%  | 100,0% | 57,1%  |
|       | Insidioso | Recuento                                   | 30     | 0      | 30     |
|       |           | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 50,8%  | ,0%    | 42,9%  |
| Total |           | Recuento                                   | 59     | 11     | 70     |
|       |           | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Pruebas de chi-cuadrado**

|                              | Valor    | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 9,788(b) | 1  | ,002                        |                         |                          |
| Estadístico exacto de Fisher |          |    |                             | ,002                    | ,001                     |

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,71.

▪ **Sintomatología psicótica / Cumple criterios de PC**

Escala de Síndromes Positivos y Negativos

|             | Cumple criterios de Psicosis Cicloide | N  | Media    | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|-------------|---------------------------------------|----|----------|-----------------|------------------------|
| PANSS - P   | No                                    | 59 | 24,1186  | 6,75963         | ,88003                 |
|             | Si                                    | 11 | 29,7273  | 3,63568         | 1,09620                |
| PANSS - N   | No                                    | 59 | 19,4407  | 10,04348        | 1,30755                |
|             | Si                                    | 11 | 22,2727  | 7,82420         | 2,35909                |
| PANSS - PG  | No                                    | 59 | 43,4915  | 12,19436        | 1,58757                |
|             | Si                                    | 11 | 58,5455  | 14,34827        | 4,32616                |
| PANSS total | No                                    | 59 | 87,0508  | 23,21817        | 3,02275                |
|             | Si                                    | 11 | 110,5455 | 22,15113        | 6,67882                |

|            | Prueba T para la igualdad de medias | t      | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia | 95% Intervalo de confianza para la diferencia |          |
|------------|-------------------------------------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|---|----------|
|            |                                     |        |                  |                      |                             | Superior                                      | Inferior |
| PANSS - P  | Se han asumido varianzas iguales    | -2,670 | ,009             | -5,60863             | 2,10077                     | -9,80065                                      | -1,41661 |
|            | No se han asumido varianzas iguales | -3,990 | ,001             | -5,60863             | 1,40574                     | -8,50243                                      | -2,71483 |
| PANSS - N  | Se han asumido varianzas iguales    | -,885  | ,380             | -2,83205             | 3,20170                     | -9,22093                                      | 3,55683  |
|            | No se han asumido varianzas iguales | -1,050 | ,309             | -2,83205             | 2,69722                     | -8,52747                                      | 2,86337  |
| PANSS - PG | Se han asumido varianzas iguales    | -3,657 | ,000             | -15,05393            | 4,11650                     | 23,26828                                      | -6,83958 |

|             |                                     |            |      |           |         |               |              |
|-------------|-------------------------------------|------------|------|-----------|---------|---------------|--------------|
|             | No se han asumido varianzas iguales | -<br>3,267 | ,006 | -15,05393 | 4,60826 | -<br>25,02254 | -<br>5,08532 |
| PANSS total | Se han asumido varianzas iguales    | -<br>3,102 | ,003 | -23,49461 | 7,57474 | -<br>38,60977 | -<br>8,37944 |
|             | No se han asumido varianzas iguales | -<br>3,205 | ,006 | -23,49461 | 7,33100 | -<br>39,17598 | -<br>7,81323 |

▪ **Sintomatología afectiva maniforme / Cumple criterios de PC**

EVMAC puntuación total

|                |             |          |       |
|----------------|-------------|----------|-------|
| "NO cicloides" | N           | Válidos  | 59    |
|                |             | Perdidos | 0     |
|                | Mediana     |          | 3,00  |
|                | Percentiles | 25       | ,00   |
|                |             | 50       | 3,00  |
| 75             |             | 8,00     |       |
| "cicloides"    | N           | Válidos  | 11    |
|                |             | Perdidos | 0     |
|                | Mediana     |          | 24,00 |
|                | Percentiles | 25       | 17,00 |
|                |             | 50       | 24,00 |
| 75             |             | 28,00    |       |

Estadísticos de contraste(a)

|                           | EVMAC puntuación total |
|---------------------------|------------------------|
| U de Mann-Whitney         | 40,000                 |
| W de Wilcoxon             | 1810,000               |
| Z                         | -4,650                 |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,000                   |

a Variable de agrupación: Cumple criterios de Psicosis Cicloide

Tabla de contingencia EVMAC presencia síntomas maniformes

\* Cumple criterios de Psicosis Cicloide

|                                     |                               |  | Cumple criterios de Psicosis Cicloide |       | Total |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------------|-------|-------|
|                                     |                               |  | No                                    | Si    |       |
| EVMAC presencia síntomas maniformes | No existe o cuestionable      | Recuento                                   | 43                                    | 1     | 44    |
|                                     |                               | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 72,9%                                 | 9,1%  | 62,9% |
|                                     | Presencia síntomas maniformes | Recuento                                   | 16                                    | 10    | 26    |
|                                     |                               | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 27,1%                                 | 90,9% | 37,1% |
| Total                               |                               | Recuento                                   | 59                                    | 11    | 70    |

|  |  |        |        |        |
|--|--|--------|--------|--------|
|  | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
|--|--|--------|--------|--------|

**Pruebas de chi-cuadrado**

|                              | Valor     | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------------|-------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 16,160(b) | 1  | ,000                        |                         |
| Estadístico exacto de Fisher |           |    |                             | ,000                    |

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,09.

▪ **Sintomatología afectiva depresiva / Cumple criterios de PC**

CDSS puntuación total

|                |             |          |         |
|----------------|-------------|----------|---------|
| "NO cicloides" | N           | Válidos  | 59      |
|                |             | Perdidos | 0       |
|                | Mediana     |          | 3,0000  |
|                | Percentiles | 25       | ,0000   |
|                |             | 50       | 3,0000  |
| 75             |             | 6,0000   |         |
| "cicloides"    | N           | Válidos  | 11      |
|                |             | Perdidos | 0       |
|                | Mediana     |          | 10,0000 |
|                | Percentiles | 25       | 6,0000  |
|                |             | 50       | 10,0000 |
| 75             |             | 11,0000  |         |

Estadísticos de contraste(a)

|                           | CDSS puntuación total |
|---------------------------|-----------------------|
| U de Mann-Whitney         | 149,500               |
| W de Wilcoxon             | 1919,500              |
| Z                         | -2,853                |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,004                  |

a Variable de agrupación: Cumple criterios de Psicosis Cicloide

Tabla de contingencia CDSS presencia síntomas depresivos

\* Cumple criterios de Psicosis Cicloide

|                                    |               |  | Cumple criterios de Psicosis Cicloide |       | Total |
|------------------------------------|---------------|--|---------------------------------------|-------|-------|
|                                    |               |  | No                                    | Si    |       |
| CDSS presencia síntomas depresivos | Sin depresión | Recuento                                   | 43                                    | 2     | 45    |
|                                    |               | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 72,9%                                 | 18,2% | 64,3% |

|       |                         |  |        |        |        |
|-------|-------------------------|--|--------|--------|--------|
|       | Con síntomas depresivos | Recuento                                   | 16     | 9      | 25     |
|       |                         | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 27,1%  | 81,8%  | 35,7%  |
| Total |                         | Recuento                                   | 59     | 11     | 70     |
|       |                         | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Pruebas de chi-cuadrado**

|                              |           |    |                             |                         |                          |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
|                              | Valor     | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson      | 12,083(b) | 1  | ,000                        |                         |                          |
| Estadístico exacto de Fisher |           |    |                             | ,000                    | ,001                     |

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,09.

- **Funcionamiento Global / Cumple criterios de PC**

Escala de Evaluación Funcional General (GAF)

|     | Cumple criterios de Psicosis Cicloide | N  | Media   | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|-----|---------------------------------------|----|---------|-----------------|------------------------|
| GAF | No                                    | 59 | 45,8814 | 12,63422        | 1,64484                |
|     | Si                                    | 11 | 34,5455 | 9,07043         | 2,73484                |

Prueba de muestras independientes

|     |                                     | t     | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error típ. de la diferencia | 95% Intervalo de confianza para la diferencia |          |
|-----|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|-----------------------------|---|----------|
| GAF | Se han asumido varianzas iguales    | 2,835 | ,006             | 11,33590             | 3,99873                     | 3,35657                                       | 19,31524 |
|     | No se han asumido varianzas iguales | 3,552 | ,002             | 11,33590             | 3,19137                     | 4,63464                                       | 18,03717 |

- **Gravedad del episodio psicótico / Cumple criterios de PC**

CGI Gravedad

|                |             |          |        |
|----------------|-------------|----------|--------|
| "NO cicloides" | N           | Válidos  | 59     |
|                |             | Perdidos | 0      |
|                | Mediana     |          | 5,0000 |
|                | Percentiles | 25       | 4,0000 |
|                |             | 50       | 5,0000 |
| 75             |             | 5,0000   |        |
| "cicloides"    | N           | Válidos  | 11     |
|                |             | Perdidos | 0      |

|  |             |    |        |
|--|-------------|----|--------|
|  | Mediana     |    | 5,0000 |
|  | Percentiles | 25 | 5,0000 |
|  |             | 50 | 5,0000 |
|  |             | 75 | 6,0000 |

Estadísticos de contraste(a)

|                           | CGI Severidad |
|---------------------------|---------------|
| U de Mann-Whitney         | 210,500       |
| W de Wilcoxon             | 1980,500      |
| Z                         | -1,961        |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,050          |

a Variable de agrupación: Cumple criterios de Psicosis Cicloide

### 5.3 Curvas de rendimiento diagnóstico (ROC)

Para la elección de potenciales pruebas diagnósticas, se recurrió a las curvas ROC (también denominadas curvas de rendimiento diagnóstico), ya que es una medida global e independiente del punto de corte. Las escalas seleccionadas fueron la PANSS-PG, la EVMAC y la CDSS, por ser representativas de la clínica polimorfa, maniforme y depresiva (respectivamente), característica de las psicosis cicloides. Además, la puntuación de dichas escalas había demostrado ser significativamente diferentes entre el grupo de “cicloides” y el de “no cicloides” (con una  $p < 0.001$  en todas ellas)

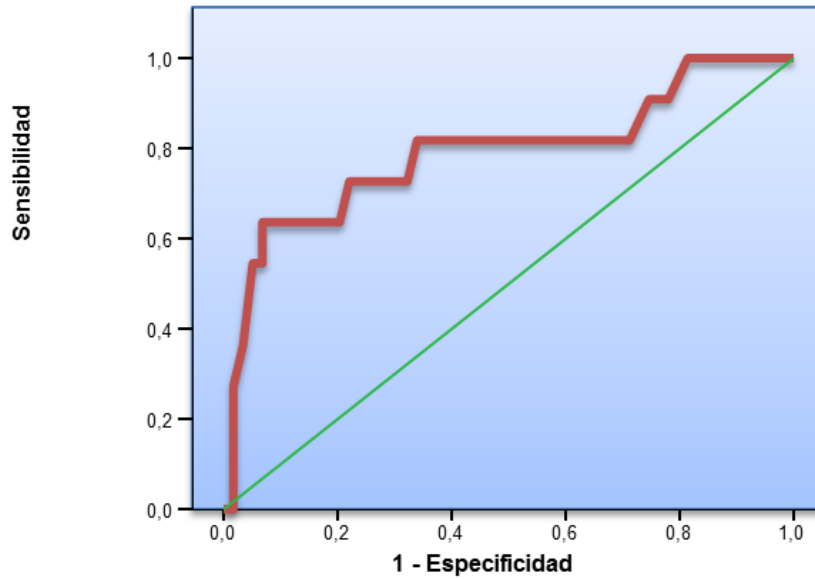
La elección se realizó mediante la comparación del área bajo la curva (AUC) de las pruebas seleccionadas (PANSS-PG, EVMAC, CDSS). Esta área posee un valor comprendido entre 0.5 y 1, donde 1 representa un valor diagnóstico perfecto y 0.5 es una prueba sin capacidad discriminatoria diagnóstica. Es decir, si la AUC para una prueba diagnóstica es 0.8 significa que existe un 80% de probabilidad de que el diagnóstico realizado a un enfermo sea más correcto que el de una persona sana escogida al azar. Por esto, siempre se elige la prueba diagnóstica que presente una mayor área bajo la curva.

Los resultados de las curvas ROC fueron los siguientes:

- 1) **PANSS-PG**: área=0.791,  $p=0.002$ , intervalo de confianza al 95% [0.620-0.9];

Ilustración 0-36: Curva ROC PANSS-PG

## Curva ROC: PANSS-PG

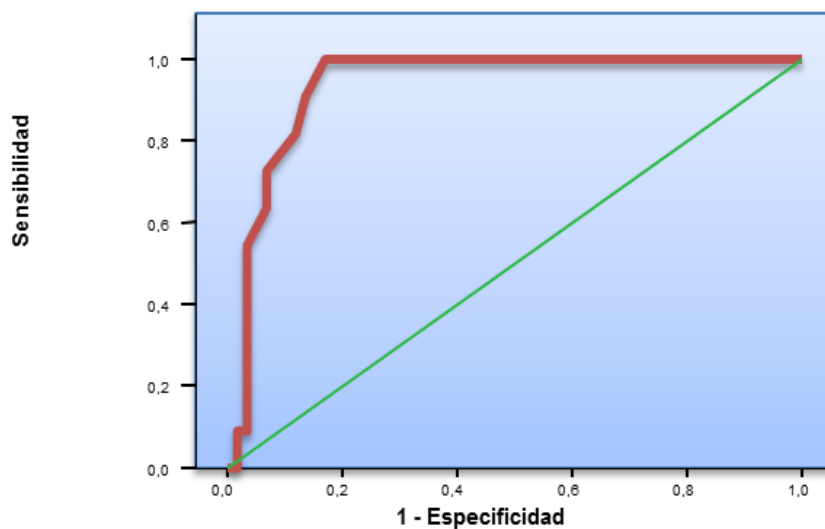


Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

- 2) **EVMAC**: área=0.938,  $p=0.001$ , intervalo de confianza al 95% [0.883-0.994];

Ilustración 0-37: Curva ROC EVMAC

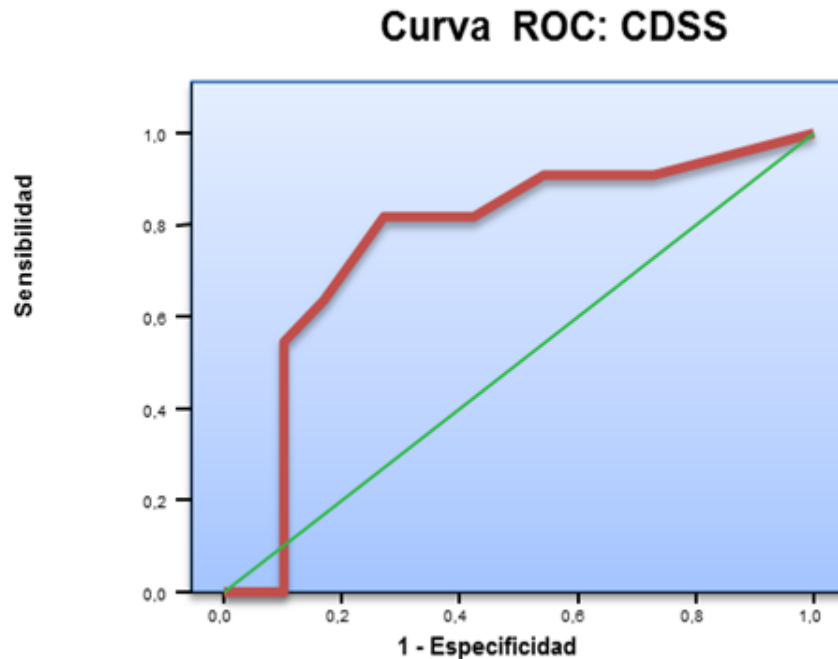
## Curva ROC: EVMAC



Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

- 3) **CDSS**: área=0.770,  $p=0.005$ , intervalo de confianza al 95% [0.615-0.924].

Ilustración 0-38: Curva ROC CDSS



Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

Un espacio ROC se define por Falsos Positivos (FPR) y Verdaderos Positivos (VPR) como ejes x e y respectivamente, y representa los intercambios entre verdaderos positivos y falsos positivos. Dado que VPR es equivalente a sensibilidad y FPR es igual a 1-especificidad, el gráfico ROC también es conocido como la representación de sensibilidad frente a (1-especificidad). La diagonal divide el espacio ROC, siendo que los puntos por encima de la diagonal representan los buenos resultados de clasificación (mejor que el azar), mientras que los puntos por debajo de la línea representan los resultados pobres (peor que al azar). Cada resultado de predicción o instancia de la matriz de confusión representa un punto en el espacio ROC. De esta manera se eligieron los siguientes puntos de corte, por ser aquellos con la mejor sensibilidad/especificidad:

- 1) **puntuación PANSS-PG=52** (sensibilidad 0.727 y especificidad 1-0.220);
- 2) **puntuación EVMAC=16** (sensibilidad 0.818 y especificidad 1-0.119), que a su vez es considerado punto de corte para la manía moderada;

3) **puntuación CDSS =7** (sensibilidad 0.727 y especificidad 1-0.220).

El mejor método posible de predicción se situaría en un punto en la esquina superior izquierda, o coordenada (0,1) del espacio ROC, representando un 100% de sensibilidad (ningún falso negativo) y un 100% también de especificidad (ningún falso positivo). A este punto (0,1) también se le llama una clasificación perfecta. Por el contrario, una clasificación totalmente aleatoria (o adivinación aleatoria) daría un punto a lo largo de la línea diagonal, que se llama también línea de no-discriminación, desde el extremo inferior izquierdo hasta la esquina superior derecha (independientemente de los tipos de bases positivas y negativas). De manera que teniendo en cuenta esto, con los puntos de corte seleccionados, se realizó un estudio de sensibilidad/especificidad que se muestra a continuación en la siguiente tabla:

**Tabla 0-19: Estudio sensibilidad/especificidad**

**Estudio  
sensibilidad/especificidad**

|                                  | <b>PANSS-PG = 52*</b>  | <b>EVMAC = 16*</b>     | <b>CDSS = 7*</b>       |
|----------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>Sensibilidad</b>              | 72.73<br>[39.03-93.98] | 81.82<br>[48.22-97.72] | 72.73<br>[39.03-93.98] |
| <b>Especificidad</b>             | 77.97<br>[65.27-87.71] | 88.14<br>[77.07-95.09] | 77.97<br>[65.27-87.71] |
| <b>Valor Predictivo Positivo</b> | 38.10<br>[18.11-61.56] | 56.25<br>[29.88-80.25] | 38.10<br>[18.11-61.56] |
| <b>Valor Predictivo Negativo</b> | 93.88<br>[83.13-98.72] | 96.30<br>[87.25-99.5]  | 93.88<br>[83.13-98.72] |

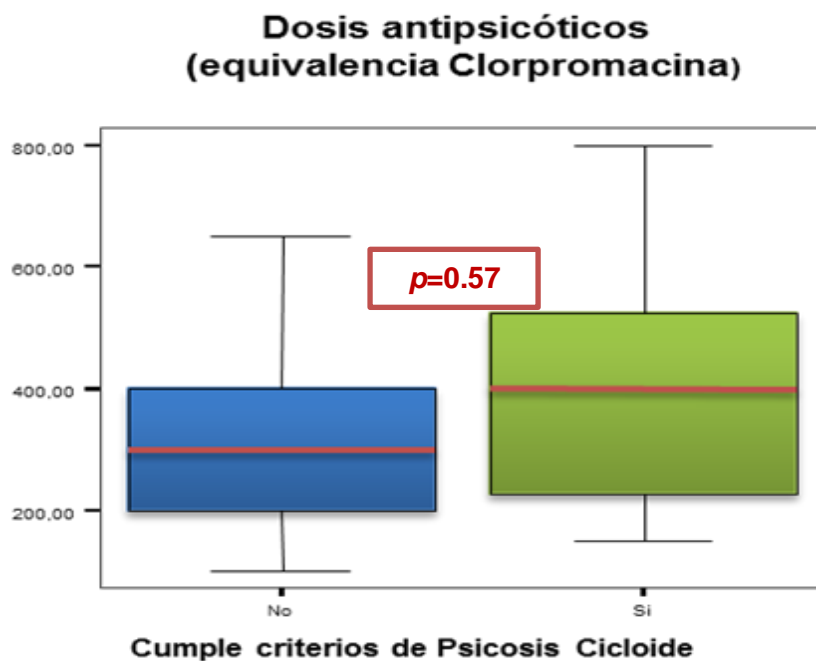
\* Porcentaje [95% intervalo de confianza]

## 5.4 ESTUDIO DE TRATAMIENTO Y RESPUESTA TERAPEUTICA DE LAS PSICOSIS CICLOIDES

### 5.4.1 Tratamiento pautado

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dosis de antipsicóticos (en equivalentes de clorpromacina) administrada al alta hospitalaria ( $p=0.57$ ;  $u=284.50$ ) entre los dos grupos, siendo la mediana de toda la muestra de 300 mg RIQ (200-425).

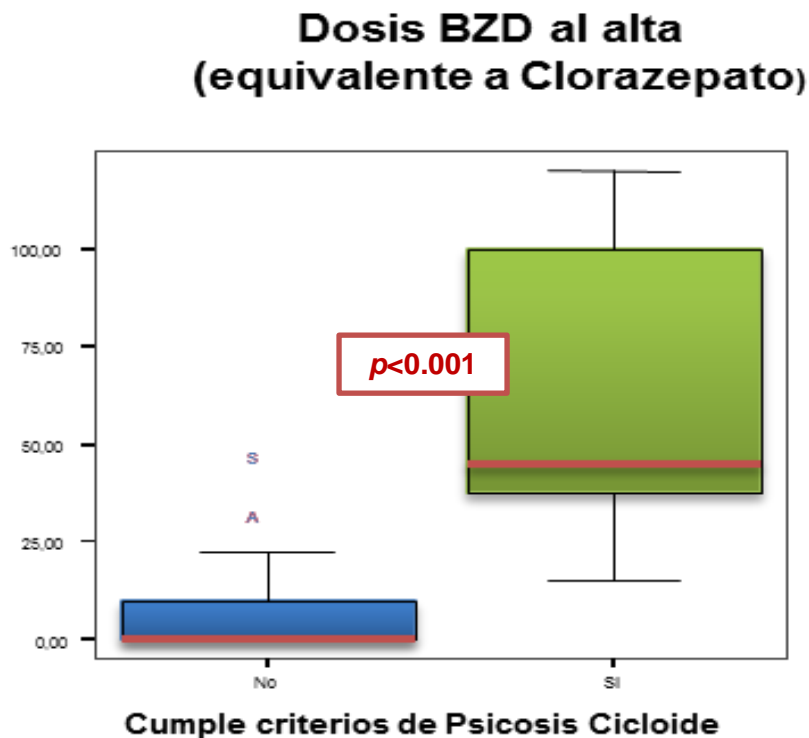
Figura 0-1: Dosis antipsicótico / Cumple criterios de PC



Sin embargo, si se encontraron diferencias significativas ( $p<0.001$ ;  $u=27.0$ ) en la dosis de benzodiazepinas (en equivalentes de clorazepato dipotásico) entre los “cicloides” con una mediana de 45 mg RIQ (30-100) y los “no cicloides” con una mediana de 15 mg RIQ (10-30).

Además, también se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.000$ ;  $\chi^2=19.594$ ) en el número de pacientes a los cuales se les prescribieron benzodiacepinas en el momento del alta hospitalaria entre los dos grupos. De manera que todos los “cicloides” ( $n=11$ ; 100%) recibieron tratamiento con benzodiacepinas al alta hospitalaria, frente a un 30.5% ( $n=18$ ) de los “no cicloides”.

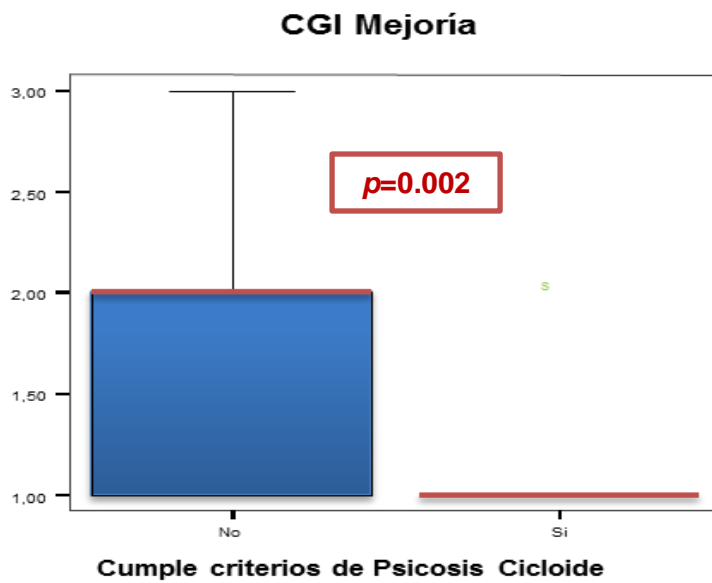
Figura 0-2: Dosis BZD / Cumple criterios de PC



#### 5.4.2 Respuesta al tratamiento y mejoría

En la sub-escala de Mejoría de la Escala de Impresión Clínica Global (CGI), se encontraron diferencias significativas ( $p=0.002$ ;  $u=143.5$ ) entre “cicloides” y “no cicloides”, con una mejoría significativamente mayor en los “cicloides”.

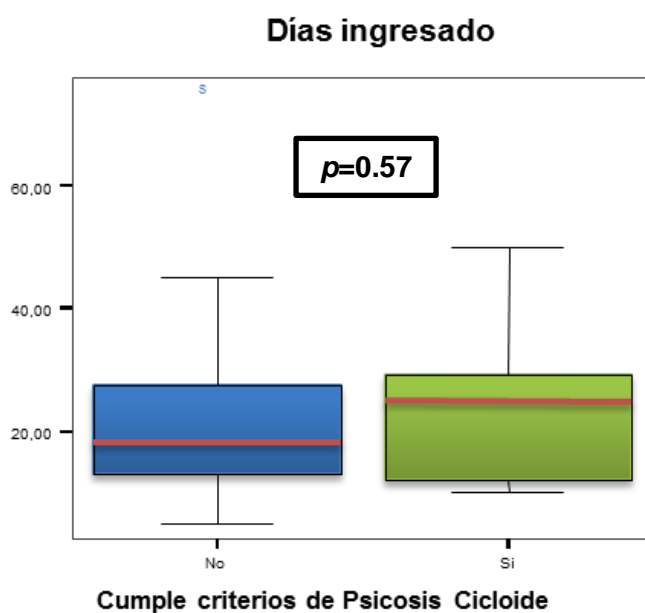
Figura 0-3: CGI Mejoría / Cumple criterios de PC



### 5.4.3 Duración del ingreso hospitalario

No se encontraron diferencias significativas en el número de días hospitalizado entre el grupo de “cicloides” y “no cicloides” ( $p=0.572$ ;  $u=289.5$ ).

Figura 0-4: Duración del ingreso // Cumple criterios de PC



### 5.4.4 TABLAS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En las tablas que se muestran a continuación, se pormenoriza el análisis estadístico de los datos del estudio del tratamiento pautado y respuesta terapéutica.

**Tabla 0-20: Tablas el análisis estadístico del estudio del tratamiento pautado y respuesta terapéutica**

▪ **Dosis antipsicóticos (equivalencia Clorpromacina) / Cumple criterios de PC**

|                |             |          |          |
|----------------|-------------|----------|----------|
| "NO cicloides" | N           | Válidos  | 58       |
|                |             | Perdidos | 1        |
|                | Mediana     |          | 300,0000 |
|                | Percentiles | 25       | 200,0000 |
|                |             | 50       | 300,0000 |
|                |             | 75       | 400,0000 |
| "cicloides"    | N           | Válidos  | 11       |
|                |             | Perdidos | 0        |
|                | Mediana     |          | 400,0000 |
|                | Percentiles | 25       | 200,0000 |
|                |             | 50       | 400,0000 |
|                |             | 75       | 600,0000 |

Estadísticos de contraste(a)

|                           | Dosis antipsicóticos (equivalencia Clorpromacina) |
|---------------------------|---|
| U de Mann-Whitney         | 284,500   |
| W de Wilcoxon             | 1995,500  |
| Z                         | -,571   |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,568  |

a Variable de agrupación: Cumple criterios de Psicosis Cicloide

▪ **Dosis BZD al alta (equivalente a Clorazepato) / Cumple criterios de PC**

|                |   |          |    |
|----------------|---|----------|----|
| "NO cicloides" | N | Válidos  | 59 |
|                |   | Perdidos | 0  |

|             |             |         |          |    |
|-------------|-------------|---------|----------|----|
|             | Mediana     |         | ,0000    |    |
|             | Percentiles | 25      | ,0000    |    |
|             |             | 50      | ,0000    |    |
|             |             | 75      | 10,0000  |    |
|             | "cicloides" | N       | Válidos  | 11 |
|             |             |         | Perdidos | 0  |
| Mediana     |             | 45,0000 |          |    |
| Percentiles |             | 25      | 30,0000  |    |
|             |             | 50      | 45,0000  |    |
|             |             | 75      | 100,0000 |    |

Estadísticos de contraste(a)

|                           |   |
|---------------------------|---|
|                           | Dosis BZD al alta (equivalente a Clorazepato) |
| U de Mann-Whitney         | 27,000  |
| W de Wilcoxon             | 1797,000                                      |
| Z                         | -5,328  |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,000  |

a Variable de agrupación: Cumple criterios de Psicosis Cicloide

▪ **Benzodiazepinas al alta / Cumple criterios de PC**

|                                       |    |  | Benzodiazepinas al alta |        | Total  |
|---------------------------------------|----|--|-------------------------|--------|--------|
|                                       |    |  | NO                      | SI     |        |
| Cumple criterios de Psicosis Cicloide | No | Recuento                                   | 41                      | 18     | 59     |
|                                       |    | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 69,5%                   | 30,5%  | 100,0% |
|                                       | Si | Recuento                                   | 0                       | 12     | 12     |
|                                       |    | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | ,0%                     | 100,0% | 100,0% |
| Total                                 |    | Recuento                                   | 41                      | 30     | 70     |
|                                       |    | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 57,1%                   | 42,9%  | 100,0% |

**Pruebas de chi-cuadrado**

|                               | Valor     | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|-------------------------------|-----------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson       | 19,594(b) | 1  | ,000                        |                         |                          |
| Corrección por continuidad(a) | 16,875    | 1  | ,000                        |                         |                          |
| Razón de verosimilitudes      | 23,957    | 1  | ,000                        |                         |                          |
| Estadístico exacto de Fisher  |           |    |                             | ,000                    | ,000                     |
| Asociación lineal por lineal  | 19,336    | 1  | ,000                        |                         |                          |

|                    |    |  |  |  |
|--------------------|----|--|--|--|
| N de casos válidos | 76 |  |  |  |
|--------------------|----|--|--|--|

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,05.

#### ■ CGI Mejoría / Cumple criterios de PC

| "NO cicloides" | N | Válidos  | 59     |
|----------------|---|----------|--------|
|                |   | Perdidos | 0      |
| Mediana        |   |          | 2,0000 |
| Percentiles    |   | 25       | 1,0000 |
|                |   | 50       | 2,0000 |
|                |   | 75       | 2,0000 |
| "cicloides"    | N | Válidos  | 11     |
|                |   | Perdidos | 0      |
| Mediana        |   |          | 1,0000 |
| Percentiles    |   | 25       | 1,0000 |
|                |   | 50       | 1,0000 |
|                |   | 75       | 1,0000 |

Estadísticos de contraste(a)

|                           | CGI Mejoría |
|---------------------------|-------------|
| U de Mann-Whitney         | 143,500     |
| W de Wilcoxon             | 209,500     |
| Z                         | -3,156      |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,002        |

a Variable de agrupación: Cumple criterios de Psicosis Cicloide

Tabla de contingencia CGI Mejoría \* Cumple criterios de Psicosis Cicloide

|             |                     |  | Cumple criterios de Psicosis Cicloide |        | Total  |
|-------------|---------------------|--|---------------------------------------|--------|--------|
|             |                     |  | No                                    | Si     |        |
| CGI Mejoría | Mucho mejor         | Recuento                                   | 21                                    | 10     | 32     |
|             |                     | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 35,5%                                 | 91%    | 45,7%  |
|             | Moderadamente mejor | Recuento                                   | 23                                    | 1      | 25     |
|             |                     | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 40,2%                                 | 9%     | 32,9%  |
|             | Levemente mejor     | Recuento                                   | 15                                    | 0      | 15     |
|             |                     | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 23,4%                                 | 0%     | 19,7%  |
| Total       |                     | Recuento                                   | 59                                    | 12     | 70     |
|             |                     | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 100,0%                                | 100,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor     | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 11,329(a) | 2  | ,003                        |
| Razón de verosimilitudes     | 13,584    | 2  | ,001                        |
| Asociación lineal por lineal | 9,696     | 1  | ,002                        |
| N de casos válidos           | 76        |    |                             |

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,37.

▪ **Días de ingreso hospitalario / Cumple criterios de PC**

|                |             |          |         |
|----------------|-------------|----------|---------|
| "NO cicloides" | N           | Válidos  | 59      |
|                |             | Perdidos | 0       |
|                | Mediana     |          | 18,0000 |
|                | Percentiles | 25       | 13,0000 |
|                |             | 50       | 18,0000 |
|                |             | 75       | 28,0000 |
| "cicloides"    | N           | Válidos  | 11      |
|                |             | Perdidos | 0       |
|                | Mediana     |          | 25,0000 |
|                | Percentiles | 25       | 12,0000 |
|                |             | 50       | 25,0000 |
|                |             | 75       | 31,0000 |

Estadísticos de contraste(a)

|                           | Días ingresado |
|---------------------------|----------------|
| U de Mann-Whitney         | 289,500        |
| W de Wilcoxon             | 2059,500       |
| Z                         | -,566          |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,572           |

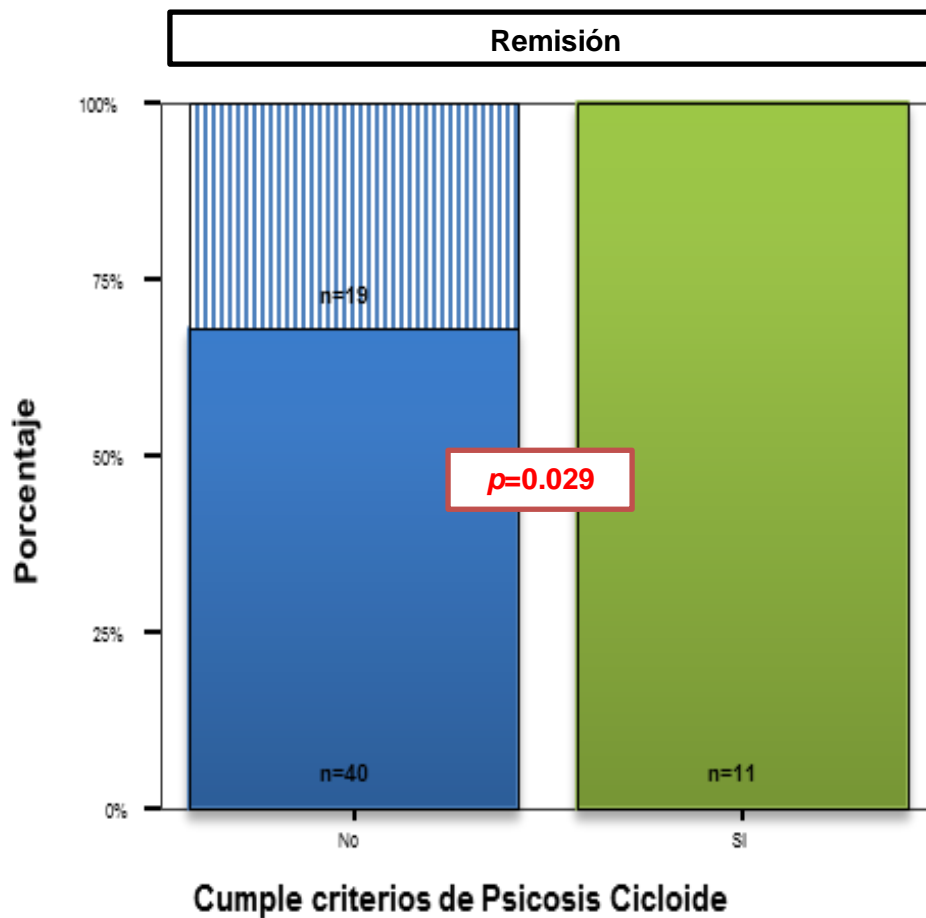
a Variable de agrupación: Cumple criterios de Psicosis Cicloide

## 5.5 ESTUDIO DEL CURSO EVOLUTIVO A LOS 3 AÑOS

### 5.5.1 Remisión del episodio psicótico / Cumple criterios de PC

En primer lugar, se observó una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.029$ ,  $\chi^2=4.85$ ) entre el grupo de "cicloides" y "no cicloides", en el número de pacientes que presentaron criterios de remisión sintomática del episodio psicótico a los 3 años. De tal forma que todos (100%,  $n=11$ ) los pacientes "cicloides" cumplían criterios de remisión, frente a un 67.8% ( $n=40$ ) de los pacientes "no cicloides".

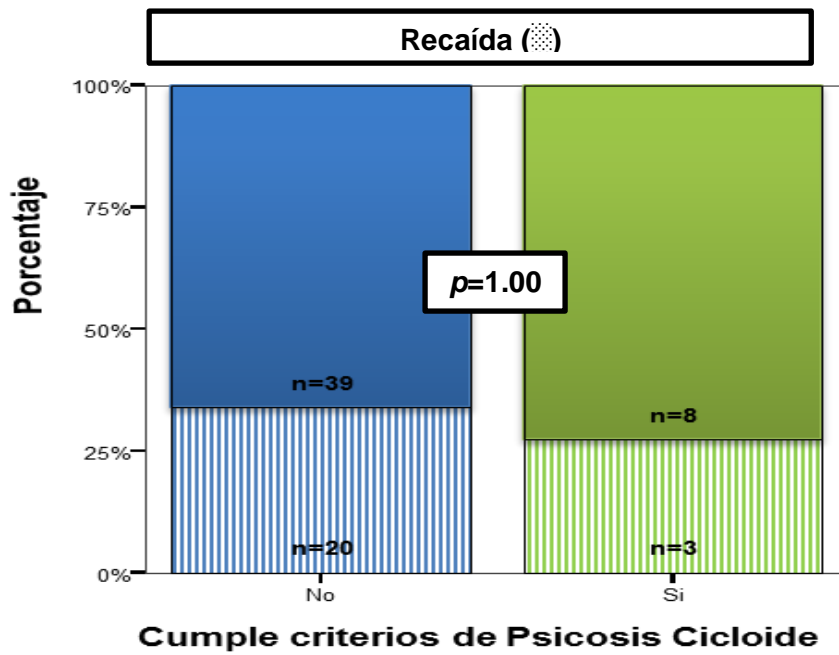
Ilustración 0-39: Remisión / Cumple criterios de PC



### 5.5.2 Recaída / Cumple criterios de PC

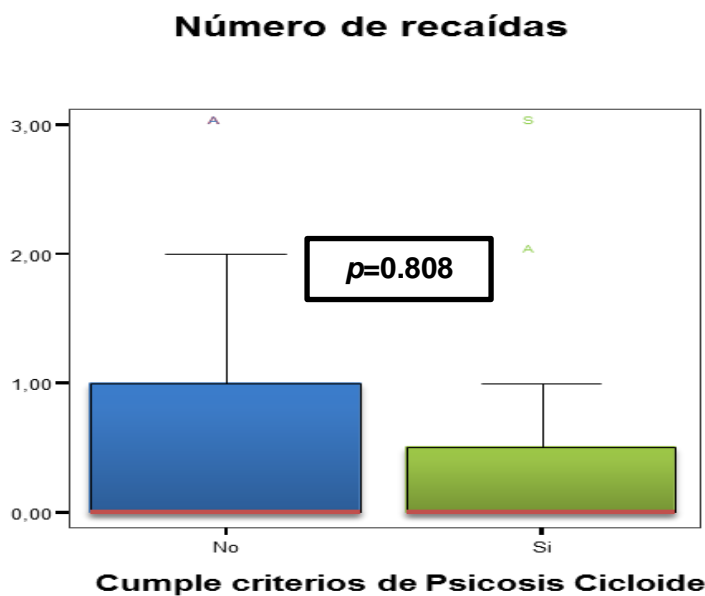
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, a los 3 años de evolución, en la presencia de recaídas ( $p=1.00$ ,  $\chi^2=0.17$ ). Las cuales se produjeron en el 33.9% (n=20) en el grupo de los “no cicloides” y en el 27.3% (n=3) en el grupo de los “cicloides”.

Ilustración 0-40: Recaída / Cumple criterios de PC



Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de recaídas ( $p=0.808$ ,  $u=312$ ) que fue para ambos grupos el de una mediana de 0 con un rango intercuartílico que va de 0 a 1.

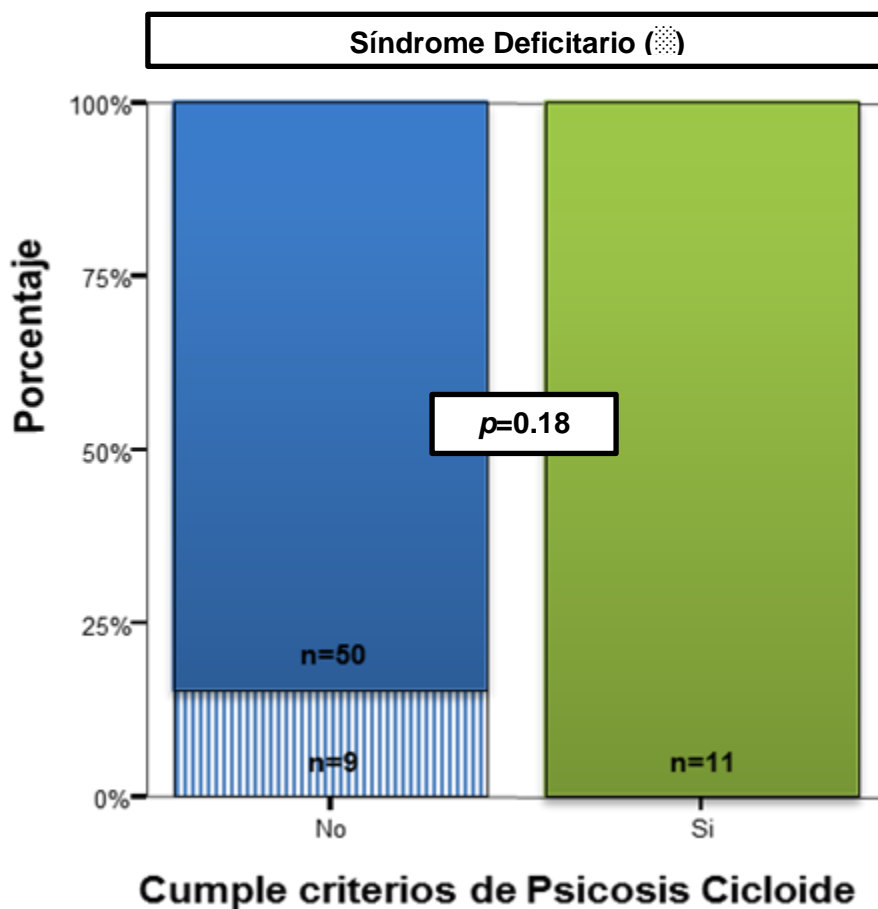
Ilustración 0-41: Número de recaídas / Cumple criterios de PC



### 5.5.3 Síndrome deficitario / Cumple criterios de PC

Aunque se observó que ninguno (0%,  $n=0$ ) de los pacientes “cicloides” presentaba criterios de síndrome deficitario transcurridos tres años del primer episodio psicótico, frente a un 15.3% ( $n=9$ ) del grupo de los “no cicloides” que si habían desarrollado un síndrome deficitario, esta desigualdad no fue suficiente como para constituir una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.18$ ,  $\chi^2=1.91$ ).

Ilustración 0-42: Síndrome deficitario / Cumple criterios de PC



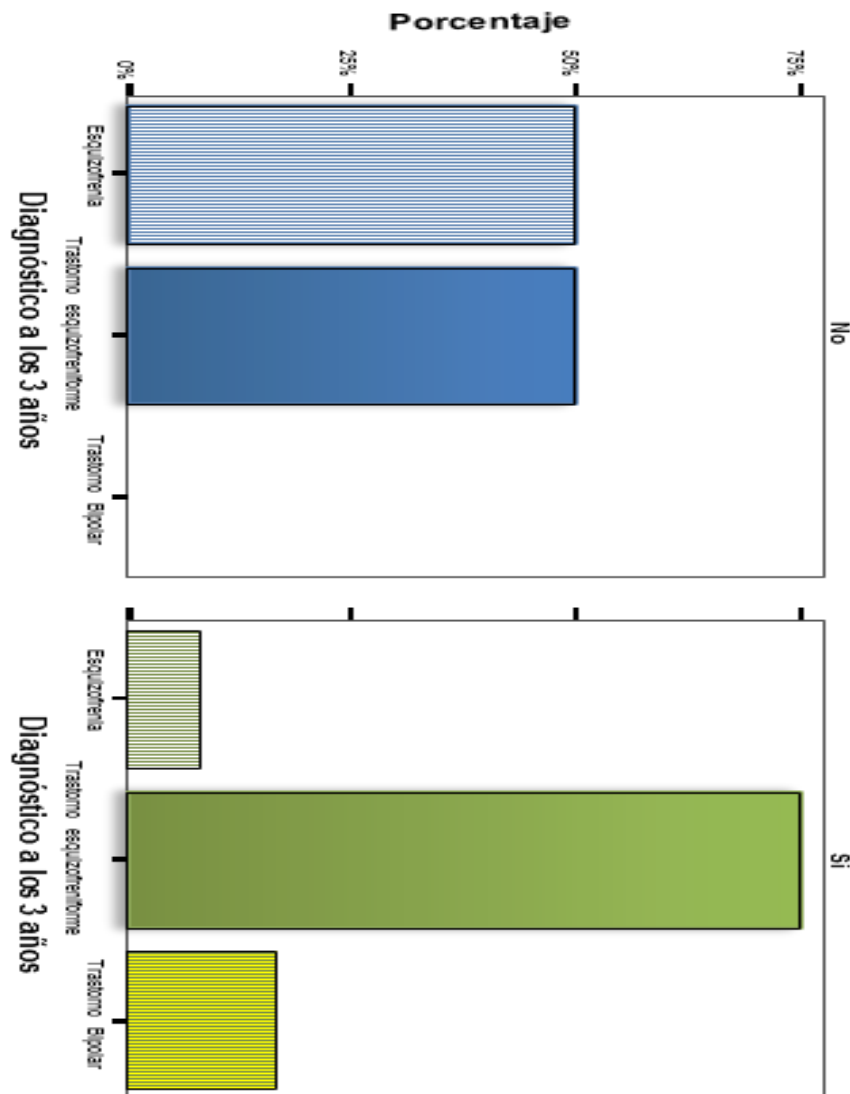
### 5.5.4 Estabilidad diagnóstica

En relación a la estabilidad diagnóstica, en la reevaluación nosológica efectuada a los 3 años (de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV) se evidenció que en ambos grupos, las tasas de estabilidad diagnóstica fueron prácticamente iguales

( $p=1.000$ ,  $\chi^2=0.388$ ). Siendo del 72.7%, (n=8) en el grupo de los “cicloides” y del 72.9% (n=43) en el grupo de los “no cicloides”

No obstante, el tipo de entidad nosológica al que evolucionaron ambos grupos, si fue estadísticamente diferente ( $p<0.001$ ,  $\chi^2=15.88$ ). Siendo que un 18.2% (n=2) de los “cicloides” habían evolucionado a Trastorno Bipolar y un 9.1% (n=1) a Esquizofrenia, manteniéndose el diagnóstico de Trastorno Esquizofreniforme para el 72.7% (n=8) restante. Mientras que en el grupo de los “no cicloides” no había ningún Trastorno Bipolar, siendo diagnosticados el 49,2% (n=29) de Esquizofrenia y el 50,8% (n=30) restante de Trastorno Esquizofreniforme.

Ilustración 0-43: Diagnóstico a los 3 años / Cumple criterios de PC



### 5.5.5 Limitaciones del estudio del curso evolutivo

En el estudio del curso evolutivo a los 3 años, todos los pacientes que habían sido incluidos en el estudio de presentación clínica (n=70), debían ser reevaluados después de transcurridos tres años del ingreso hospitalario.

Después de 3 años, un 10% (n=7) de los pacientes incluidos inicialmente (todos ellos pertenecientes al grupo de los “no cicloides”), habían abandonado el seguimiento en los Servicios de Salud Mental del Área. De estos pacientes, en un 57.1% (n=4) el abandono se había producido por remisión sintomática y posterior abandono voluntario de seguimiento terapéutico, mientras que en el 42.9% (n=3) se había producido por cambio de domicilio (1 por cambio de provincia y 2 por regreso a su país de origen). Finalmente se concertó una entrevista de reevaluación, con todos estos pacientes, en un periodo que no superó los 8 meses después de transcurridos los 3 años del ingreso hospitalario. Conviene destacar que en 2 pacientes la entrevista de evaluación se realizó telefónicamente, hecho que puede sesgar los resultados, si bien en ambos casos no se había producido ninguna recaída, presentaban claramente criterios de remisión y consecuentemente no presentaban un Síndrome Deficitario.

### 5.5.6 TABLAS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En las tablas que se muestran a continuación, se pormenoriza el análisis estadístico de los datos del estudio del curso evolutivo a los 3 años.

Tabla 0-21: Tablas del análisis estadístico del curso evolutivo a los 3 años

#### ▪ Remisión / Cumple criterios de PC

Tabla de contingencia Remisión episodio psicótico \* Cumple criterios de Psicosis Cicloide

|                             |                |  | Cumple criterios de Psicosis Cicloide |     | Total |
|-----------------------------|----------------|--|---------------------------------------|-----|-------|
|                             |                |  | No                                    | Si  |       |
| Remisión episodio psicótico | "Sin remisión" | Recuento                                   | 19                                    | 0   | 19    |
|                             |                | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 32,2%                                 | ,0% | 27,1% |

|       |                |  |        |        |        |
|-------|----------------|--|--------|--------|--------|
|       | "Con remisión" | Recuento                                   | 40     | 11     | 51     |
|       |                | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 67,8%  | 100,0% | 72,9%  |
| Total |                | Recuento                                   | 59     | 11     | 70     |
|       |                | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

|                              |          |    |                             |                         |
|------------------------------|----------|----|-----------------------------|-------------------------|
|                              | Valor    | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson      | 4,862(b) | 1  | ,027                        |                         |
| Estadístico exacto de Fisher |          |    |                             | ,029                    |

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,99.

▪ **Recaída / Cumple criterios de PC**

Tabla de contingencia Recaída \* Cumple criterios de Psicosis Cicloide

|         |               |  |                                       |        |        |
|---------|---------------|--|---------------------------------------|--------|--------|
|         |               |  | Cumple criterios de Psicosis Cicloide |        | Total  |
|         |               |  | No                                    | Si     |        |
| Recaída | "Sin recaída" | Recuento                                   | 39                                    | 8      | 47     |
|         |               | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 66,1%                                 | 72,7%  | 67,1%  |
|         | "Con recaída" | Recuento                                   | 20                                    | 3      | 23     |
|         |               | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 33,9%                                 | 27,3%  | 32,9%  |
| Total   |               | Recuento                                   | 59                                    | 11     | 70     |
|         |               | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 100,0%                                | 100,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

|                              |         |    |                             |                         |
|------------------------------|---------|----|-----------------------------|-------------------------|
|                              | Valor   | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson      | ,184(b) | 1  | ,668                        |                         |
| Estadístico exacto de Fisher |         |    |                             | 1,000                   |

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,61.

▪ **Número de recaídas / Cumple criterios de PC**

|                |         |          |    |
|----------------|---------|----------|----|
| "NO cicloides" | N       | Válidos  | 59 |
|                |         | Perdidos | 0  |
|                | Mediana | ,0000    |    |
|                | Mínimo  | ,00      |    |
|                | Máximo  | 3,00     |    |

|             |             |          |        |
|-------------|-------------|----------|--------|
| "cicloides" | Percentiles | 25       | ,0000  |
|             |             | 50       | ,0000  |
|             |             | 75       | 1,0000 |
|             | N           | Válidos  | 11     |
|             |             | Perdidos | 0      |
|             | Mediana     |          | ,0000  |
|             | Mínimo      |          | ,00    |
|             | Máximo      |          | 3,00   |
|             | Percentiles | 25       | ,0000  |
| 50          |             | ,0000    |        |
| 75          |             | 1,0000   |        |

Estadísticos de contraste(a)

|                           | Nº de recaídas |
|---------------------------|----------------|
| U de Mann-Whitney         | 312,000        |
| W de Wilcoxon             | 378,000        |
| Z                         | -,243          |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,808           |

a Variable de agrupación: Cumple criterios de Psicosis Cicloide

#### ▪ Síndrome Deficitario / Cumple criterios de PC

Tabla de contingencia Síndrome Deficitario \* Cumple criterios de Psicosis Cicloide

|                      |  |  | Cumple criterios de Psicosis Cicloide |        | Total |
|----------------------|--|--|---------------------------------------|--------|-------|
|                      |  |  | No                                    | Si     |       |
| Síndrome Deficitario | "Sin síndrome deficitario"                 | Recuento                                   | 50                                    | 11     | 61    |
|                      |  | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 84,7%                                 | 100,0% | 87,1% |
|                      | "Con síndrome deficitario"                 | Recuento                                   | 9                                     | 0      | 9     |
|                      |  | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 15,3%                                 | ,0%    | 12,9% |
| Total                | Recuento                                   | 59   | 11                                    | 70     |       |
|                      | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 100,0%                                     | 100,0%                                | 100,0% |       |

Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor    | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 1,926(b) | 1  | ,165                        |                         |                          |
| Estadístico exacto de Fisher |          |    |                             | ,336                    | ,193                     |

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,41.

#### ▪ Estabilidad diagnóstica / Cumple criterios de PC

Tabla de contingencia Cumple criterios de Psicosis Cicloide \* Estabilidad diagnóstica a los 3 años

|                                       |    |  | Estabilidad diagnóstica a los 3 años |                    | Total  |
|---------------------------------------|----|--|--------------------------------------|--------------------|--------|
|                                       |    |  | Conserva diagnóstico                 | Cambia diagnóstico |        |
| Cumple criterios de Psicosis Cicloide | No | Recuento                                   | 43                                   | 16                 | 59     |
|                                       |    | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 72,9%                                | 27,1%              | 100,0% |
|                                       | Si | Recuento                                   | 8                                    | 3                  | 11     |
|                                       |    | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 72,7,8%                              | 27,3%              | 100,0% |
| Total                                 |    | Recuento                                   | 51                                   | 19                 | 70     |
|                                       |    | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 72,8%                                | 27,2%              | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor   | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | ,388(b) | 1  | 1,000                       |                         |                          |
| Estadístico exacto de Fisher |         |    |                             | 1,000                   | 1,000                    |

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,83.

▪ **Diagnóstico a los 3 años / Cumple criterios de PC**

Tabla de contingencia Diagnóstico a los 3 años \* Cumple criterios de Psicosis Cicloide

|                          |                             |  | Cumple criterios de Psicosis Cicloide |        | Total  |
|--------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|--------|--------|
|                          |                             |  | No                                    | Si     |        |
| Diagnóstico a los 3 años | Esquizofrenia               | Recuento                                   | 29                                    | 1      | 30     |
|                          |                             | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 49,2%                                 | 9,1%   | 42,8%  |
|                          | Trastorno esquizofreniforme | Recuento                                   | 30                                    | 8      | 38     |
|                          |                             | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 50,8%                                 | 72,7%  | 54,2%  |
|                          | Trastorno Bipolar           | Recuento                                   | 0                                     | 2      | 2      |
|                          |                             | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | ,0%                                   | 18,2%  | 3%     |
| Total                    |                             | Recuento                                   | 59                                    | 11     | 70     |
|                          |                             | % de Cumple criterios de Psicosis Cicloide | 100,0%                                | 100,0% | 100,0% |

Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor     | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 15,878(a) | 2  | ,000                        |
| Razón de verosimilitudes     | 14,179    | 2  | ,001                        |
| Asociación lineal por lineal | 11,536    | 1  | ,001                        |
| N de casos válidos           | 76        |    |                             |

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,32

## 5.6 RESUMEN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

### Estudio de PRESENTACIÓN CLÍNICA

|  | Total<br>(n=70) | "No cicloide"<br>(n=59) | "Cicloide"<br>(n=11) | Test<br>estadístico  | p             |
|--|-----------------|-------------------------|----------------------|----------------------|---------------|
| <b>Edad (años):</b><br>media ± SD                          | 27,58±6,34      | 27,3±5,7                | 30,4±8,5             | 1.413 <sup>a</sup>   | 0,162         |
| <b>Sexo, femenino:</b><br>recuento (%)                     | 34 (48,6)       | 26 (44,1)               | 8 (72,7)             | 3.050 <sup>b</sup>   | <b>0,080</b>  |
| <b>Antecedentes familiares, psicótico:</b><br>recuento (%) | 12 (17,1)       | 10 (16,9)               | 2 (18,2)             | 0,010 <sup>b</sup>   | 0,921         |
| <b>Antecedentes familiares, afectivo:</b><br>recuento (%)  | 17 (24,3)       | 12 (20,3)               | 12 (20,3)            | 3,181 <sup>b</sup>   | <b>0,075</b>  |
| <b>Pródromos, disforia (días):</b><br>mediana (RIC)        | 35 (7-120)      | 60 (15-120)             | 4 (0-7)              | 121,500 <sup>c</sup> | <b>0,001*</b> |
| <b>Pródromos, insomnio (días):</b><br>mediana (RIC)        | 42,5 (7-127,5)  | 60 (15-150)             | 7 (4-30)             | 189,500 <sup>c</sup> | <b>0,029*</b> |
| <b>DUP (días):</b><br>mediana (RIC)                        | 60 (15-120)     | 90 (30-150)             | 7 (4-7)              | 52,000 <sup>c</sup>  | <b>0,000*</b> |
| <b>Tipo de comienzo, agudo:</b><br>recuento (%)            | 40 (57,1)       | 29 (49,2)               | 11 (100)             | 9,788 <sup>b</sup>   | <b>0,002*</b> |
| <b>PANSS total:</b><br>media ± DS                          | 70,6±20,5       | 87,05±23,22             | 110,55±22,14         | 3,102 <sup>a</sup>   | <b>0,003*</b> |
| <b>PANSS-P:</b><br>media ± DS                              | 25±6,7          | 24.12±6.76              | 29,73±3,64           | 2,670 <sup>a</sup>   | <b>0,009*</b> |
| <b>PANSS-N:</b><br>media ± DS                              | 18,9±9,6        | 19,43±10,03             | 22,27±7,81           | 0,885 <sup>a</sup>   | 0,380         |
| <b>PANSS-PG:</b><br>media ± DS                             | 45,9±13,5       | 43.50±12.18             | 58,55±14,35          | 3,657 <sup>a</sup>   | <b>0,001*</b> |
| <b>EVMAC total:</b><br>mediana (RIC)                       | 5 (0-15)        | 3 (0-8)                 | 24 (17-28)           | 40,000 <sup>c</sup>  | <b>0,001*</b> |
| <b>EVMAC, maniforme:</b><br>recuento (%)                   | 26 (37,1)       | 16 (27,1)               | 11 (100)             | 20,785 <sup>b</sup>  | <b>0,001*</b> |
| <b>CDSS total:</b><br>mediana (RIC)                        | 3 (0,75-7,25)   | 3 (0-6)                 | 10 (6-11)            | 149,500 <sup>c</sup> | <b>0,004*</b> |
| <b>CDSS, depresivo:</b><br>recuento (%)                    | 25 (25,7)       | 16 (27,1)               | 9 (81,8)             | 12,083 <sup>b</sup>  | <b>0,001*</b> |
| <b>GAF:</b><br>media ± DS                                  | 44,1±12,8       | 45,9±12,5               | 34,5±9,0             | 2,835 <sup>a</sup>   | <b>0,006*</b> |
| <b>CGI-S:</b><br>mediana (RIC)                             | 5 (4-5)         | 5 (4-5)                 | 5 (5-6)              | 210,500 <sup>c</sup> | <b>0,050*</b> |

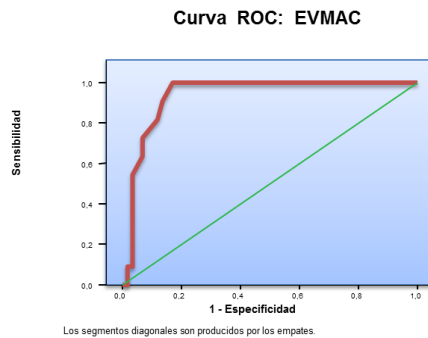
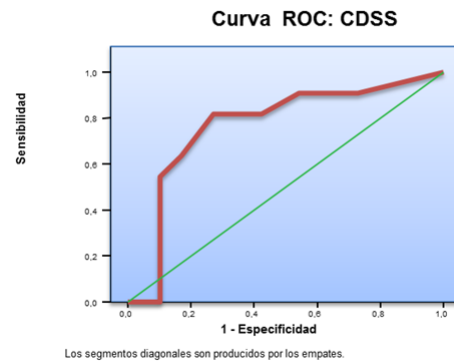
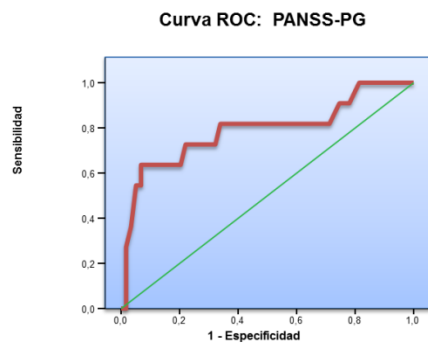
- **DUP**, duración de la psicosis sin tratar; **PANSS**, Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia; **EVMAC**, Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos; **CDSS**, Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia; **GAF**, Escala de Evaluación Funcional General; **CGI**, Escala de Impresión Clínica Global (Severidad).

- <sup>a</sup> Student's t-test; <sup>b</sup> Pearson's  $\chi^2$  test; <sup>c</sup> Mann-Whitney U test; \* Significativo  $p \leq 0.05$

| Curvas de rendimiento diagnóstico (ROC) | Área  | p      | Intervalo de confianza al 95% |
|---|-------|--------|-------------------------------|
| PANSS-PG                                | 0,791 | 0,002* | [0,620-0,963]                 |
| EVMAC                                   | 0,938 | 0,001* | [0,883-0,994]                 |
| CDSS                                    | 0,770 | 0,005* | [0,615-0,924]                 |

ROC, curvas de rendimiento diagnóstico; PANSS-PG, Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Psicopatología General); EVMAC, Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos; CDSS, Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia.

\* Significativo  $p \leq 0.05$



Estudio sensibilidad/especificidad

PANSS-PG = 52\* EVMAC = 16\* CDSS = 7\*

|                           |                        |                        |                        |
|---------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Sensibilidad              | 72,73<br>[39,03-93,98] | 81,82<br>[48,22-97,72] | 72,73<br>[39,03-93,98] |
| Especificidad             | 77,97<br>[65,27-87,71] | 88,14<br>[77,07-95,09] | 77,97<br>[65,27-87,71] |
| Valor Predictivo Positivo | 38,10<br>[18,11-61,56] | 56,25<br>[29,88-80,25] | 38,10<br>[18,11-61,56] |
| Valor Predictivo Negativo | 93,88<br>[83,13-98,72] | 96,30<br>[87,25-99,5]  | 93,88<br>[83,13-98,72] |

PANSS-PG, Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Psicopatología General); EVMAC, Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos; CDSS, Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia.

\* Porcentaje [95% intervalo de confianza]

## Estudio de TRATAMIENTO Y RESPUESTA TERAPÉUTICA

| Tratamiento antipsicótico          | "No cicloide"<br>(n=59) | "Cicloide"<br>(n=11) | Total<br>(n=70) |
|------------------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------|
| Pacientes tratados con Risperidona | 30                      | 6                    | 36              |
| Dosis (mg): Media ± DS             | 5,5 +/- 2,2             | 6,2 +/- 3,4          | 5,7 +/- 2,2     |
| Pacientes tratados con Olanzapina  | 8                       | 2                    | 10              |
| Dosis (mg): Media ± DS             | 23 +/- 7                | 35 +/- 7             | 25,4 +/- 8,2    |
| Pacientes tratados con Ziprasidona | 14                      | 2                    | 16              |
| Dosis (mg): Media ± DS             | 182,9 +/- 66            | 200 +/- 56,4         | 185 +/- 63,5    |
| Pacientes tratados con Aripiprazol | 6                       |                      | 6               |
| Dosis (mg): Media ± DS             | 17 +/- 7,6              |                      | 17 +/- 7,6      |
| Pacientes tratados con Quetiapina  | 1                       | 1                    | 2               |
| Dosis (mg): Media ± DS             | 1200                    | 1200                 | 1200            |

Todos los pacientes del estudio fueron tratados con antipsicóticos atípicos: RISPERIDONA, OLANZAPINA, ZIPRASIDONA, ARIPIPIRAZOL o QUETIAPINA.

|  | Total<br>(n=70) | "No cicloide"<br>(n=59) | "Cicloide"<br>(n=11) | Test estadístico     | p      |
|--|-----------------|-------------------------|----------------------|----------------------|--------|
| Dosis APS (mg Clorpromacina): mediana (RIC)          | 300 (200-425)   | 300 (200-400)           | 400 (200-600)        | 284,500 <sup>c</sup> | 0,568  |
| Tratamiento con BZD: recuento (%)                    | 30 (42,9)       | 18 (30,5)               | 11 (100)             | 19,594 <sup>b</sup>  | 0,000* |
| Dosis BZD (mg Clorazepato Dipotásico): mediana (RIC) | 0 (0-23,2)      | 0 (0-10)                | 45 (30-100)          | 27,000 <sup>c</sup>  | 0,000* |
| Duración hospitalización (días): mediana (RIC)       | 18 (12-28)      | 18 (13-28)              | 25 (12-31)           | 289,500 <sup>c</sup> | 0,572  |
| CGI Mejoría, mucho mejor: recuento (%)               | 32 (45,7)       | 21 (35,5)               | 10 (91)              | 11,329 <sup>b</sup>  | 0,003* |
| CGI Mejoría: mediana (RIC)                           | 2 (1-2)         | 2 (1-2)                 | 1 (1-1)              | 143,5 <sup>c</sup>   | 0,002* |

Dosis APS, indica la dosis de antipsicótico pautado transformada en equivalentes Clorpromacina (Woods y cols., 2010); BZD, indica benzodiacepinas; Dosis BZD indica la dosis benzodiacepinas en equivalentes de Clorazepato Dipotásico (Ashton, 1993); CGI Mejoría, sub-escala de Mejoría de la Escala de Impresión Clínica Global (Guy, 1976).

<sup>b</sup> Pearson's  $\chi^2$  test

<sup>c</sup> Mann-Whitney U test

\* Significativo  $p \leq 0.05$

## ▪ Estudio del CURSO EVOLUTIVO a los 3 AÑOS

|   | Total<br>(n=70) | “No cicloide”<br>(n=59) | “Cicloide”<br>(n=11) | Test estadístico     | p             |
|---|-----------------|-------------------------|----------------------|----------------------|---------------|
| <b>Remisión:</b><br>recuento (%)                | 51 (72,8)       | 40 (67,8)               | 11 (100)             | 4,850 <sup>b</sup>   | <b>0,029*</b> |
| <b>Recaída:</b><br>recuento (%)                 | 23 (32,8)       | 20 (33,9)               | 3 (27,3)             | 0,184 <sup>b</sup>   | 0,686         |
| <b>Número de recaídas:</b><br>mediana (RIC)     | 0 (0-1)         | 0 (0-1)                 | 0 (0-1)              | 312,000 <sup>c</sup> | 0,808         |
| <b>Número de recaídas ≥ 2:</b><br>mediana (RIC) | 0 (0-1)         | 0 (0-1)                 | 0 (0-1)              | 382,000 <sup>c</sup> | 1,000         |
| <b>Número de recaídas = 3:</b><br>mediana (RIC) | 0 (0-0)         | 0 (0-0)                 | 0 (0-0)              | 300,500 <sup>c</sup> | 1,000         |
| <b>Síndrome Deficitario:</b><br>recuento (%)    | 9 (12,8)        | 9 (15,3)                | 0 (0)                | 1,926                | 0,336         |

**Remisión** de acuerdo a los criterios propuestos por Andreasen y cols. (2005); **Recaída** si cumple: “hospitalización por síntomas psicóticos tras una recuperación parcial” (Lader, 1995); Presencia de **Síndrome Deficitario**, valorado con la Escala para el Síndrome Deficitario (Schedule for the Deficit Syndrome, SDS) (Kirkpatrick y cols., 1989; Arango y cols., 1998).

<sup>a</sup> Student's *t*-test

<sup>b</sup> Pearson's  $\chi^2$  test

<sup>c</sup> Mann-Whitney *U* test

\* Significant at  $p \leq 0.05$

## ▪ Diagnóstico y estabilidad diagnóstica

|   | Total<br>(n=70) | “No cicloide”<br>(n=59) | “Cicloide”<br>(n=11) | Test estadístico    | p             |
|---|-----------------|-------------------------|----------------------|---------------------|---------------|
| <b>Diagnóstico inicial:</b><br>recuento (%)         |                 |                         |                      | 4,106 <sup>a</sup>  | <b>0,058</b>  |
| I. Trastorno Esquizofreniforme                      | 54 (77,1)       | 43 (72,9)               | 11 (100)             |                     |               |
| II. Esquizofrenia                                   | 16 (22,9)       | 16 (27,1)               | 0 (0)                |                     |               |
| <b>Cambia el diagnóstico:</b><br>recuento (%)       |                 |                         |                      | 0,388 <sup>a</sup>  | 1,000         |
| a. No   | 51 (72,8)       | 43 (72,9)               | 8 (72,7)             |                     |               |
| b. Si   | 19 (27,2)       | 16 (27,1)               | 3 (27,3)             |                     |               |
| <b>Diagnostico a los de 3 años:</b><br>recuento (%) |                 |                         |                      | 15,878 <sup>a</sup> | <b>0,000*</b> |
| I. Esquizofrenia                                    | 30 (42,8)       | 29 (49,2)               | 1 (9,1)              |                     |               |
| II. Trastorno Esquizofreniforme                     | 38 (54,2)       | 30 (50,8)               | 8 (72,7)             |                     |               |
| III. Trastorno Bipolar                              | 2 (3)           | 0 (0)                   | 2 (18,2)             |                     |               |

Diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o trastorno bipolar definidos por el DSM-IV en base al Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (Sheehan *et al.* 1998).

<sup>a</sup> Pearson's  $\chi^2$  test

\* Significativo si  $p \leq 0.05$



## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 5.7 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

#### 5.7.1 Edad

La edad promedio de todos los pacientes incluidos fue de 27.9 años (DS +/- 6.34). Esta edad sería aparentemente algo superior a la edad de inicio esperada en un primer episodio psicótico del espectro esquizofrénico según la literatura clásica. Una explicación a esta diferencia encontrada sería que uno de los criterios de exclusión utilizados en el presente estudio (a diferencia de estudios previos), fue la presencia de antecedentes personales de dependencia a sustancias (incluido el cannabis) según criterios DSM-IV. En este sentido, se puede observar que en los pacientes con primer episodio de psicosis, las tasas del uso indebido de cannabis han oscilado entre el 15% y el 65% (Compton y cols., 2009). Y varios estudios recientes sugieren que el consumo de cannabis antes de la aparición del primer episodio puede estar asociado a una edad más temprana en el inicio de la psicosis (Compton y cols., 2009), llegando a adelantar la aparición del episodio psicótico hasta 6,9 años (Veen y cols., 2004).

#### 5.7.2 Sexo

Del total de los 70 pacientes finalmente incluidos, el 51,4% (n=36) fueron varones y el 48.6% (n=34) mujeres. Este porcentaje es comparable al de los trabajos clásicos, en los que durante décadas se ha hablado de una incidencia de esquizofrenia igual para hombres que para mujeres (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974; Lewine y cols., 1984). No obstante, la ligera preponderancia del sexo masculino hallada en la muestra del presente estudio, estaría acorde con los estudios realizados en los últimos años que defienden la hipótesis de que existe mayor número de pacientes varones afectados por este trastorno (Iacono y Beiser, 1992).

Aun cuando hace casi un siglo que Kraepelin apuntó que la *dementia praecox* era más frecuente en el sexo masculino, la creencia más extendida actualmente es que el riesgo de padecer la enfermedad es igual para ambos sexos (Hales y cols., 1999), si bien aún existen datos inconclusos sobre este tema (Kaplan and Sadock, 2000).

En este sentido, otros autores como Háfner y cols. (2003) han puesto en duda que la predominancia de los hombres en la mayoría de los estudios sobre la enfermedad psicótica esquizofrénica sea debida a una mayor incidencia de enfermedad en varones. Como explicación principal a este hecho han identificado la sobrerrepresentación de hombres jóvenes y la infrarrepresentación de mujeres con inicio tardío del trastorno en la mayor parte de los trabajos.

Por otro lado, el hecho de utilizar frecuentemente un punto de corte bajo de edad en los estudios, hace que muchas mujeres que debutan con la enfermedad a edades tardías queden fuera, por lo que para obtener un índice fiable de incidencia de enfermedad hombre-mujer, los estudios deberían incluir pacientes de todas las edades. En el caso del presente estudio la edad de inclusión fue hasta los 65 años, y si bien es verdad que un número reducido de esquizofrenias puede darse después de este periodo, este límite de edad es más amplio que el que se suele aplicar en los estudios sobre primeros episodios psicóticos del espectro esquizofrénico.

### 5.7.3 Antecedentes familiares

Hoy en día resulta un hecho contrastado y avalado por múltiples estudios la existencia de una base genética en la etiopatogenia del síndrome esquizofrénico. Tal es así que se calcula que el riesgo de presentar esquizofrenia para familiares directos de pacientes esquizofrénicos es aproximadamente del 6% para los padres, del 9% para los hermanos, del 13% para los descendientes de un progenitor afectado y del 46 % para descendientes de ambos progenitores afectados por este síndrome. Y estas tasas se incrementan cuando se aplican criterios de esquizofrenia más amplios (Faraone y cols., 2002).

El 17.1% de los pacientes incluidos en la muestra del presente estudio poseen antecedentes familiares de trastornos psicóticos, mientras que el 24.3% de los pacientes tienen antecedentes de trastornos afectivos. Estos resultados estarían en la misma línea de la literatura previa al respecto (Faraone y cols., 2002), teniendo en cuenta que se utilizaron criterios laxos para los antecedentes familiares de trastorno psicótico o afectivo, y que no se diferenció entre el número (uno o más progenitores afectados) ni el tipo (progenitor o hermano) de los familiares de primer grado afectados de los respectivos trastornos.

### 5.7.4 Presentación clínica

En relación a la presentación clínica de un primer episodio psicótico del espectro esquizofrénico, los resultados del estudio descriptivo del presente trabajo no difieren en gran medida a la gran mayoría de estudios previos. Por ejemplo, al igual que en otros trabajos sobre primeros episodios, el tipo de comienzo de enfermedad más frecuente es el agudo (< a 6 meses), siendo un 57.1% en nuestro trabajo.

Cabe destacar, no obstante, la importancia de las características afectivas en las psicosis del espectro esquizofrénico. Sin embargo, debido a la gran influencia de la

dicotomía de Kraepelin y los actuales sistemas de diagnóstico categoriales en la tipificación de los trastornos psicóticos, se ha prestado relativamente poca atención a las manifestaciones afectivas de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Cuesta y Peralta). En relación con las psicosis del espectro esquizofrénico, tradicionalmente, ha habido un énfasis excesivo en la evaluación de los síntomas positivos y negativos, en detrimento de otras dimensiones como la afectiva. No obstante, recientemente, el Grupo de Trabajo del DSM-5 (Grupo de Trabajo de Trastornos Psicóticos) ha propuesto incluir la evaluación dimensional de la depresión y la manía de todos los trastornos psicóticos.

En este sentido, la presencia de síntomas depresivos ha sido, desde hace tiempo, relativamente bien estudiada en la esquizofrenia (DeLisi, 1990) y en los primeros episodios psicóticos, pero los síntomas de manía rara vez se han examinado en muestras de pacientes con esquizofrenia. Sólo unos pocos estudios han abordado la prevalencia y las correlaciones de los síntomas maníacos en las psicosis esquizofreniformes (Peralta y Cuesta, 2009). Sin embargo, no hemos podido encontrar ningún estudio sobre la incidencia y la correlación de los síntomas maníacos tras un primer episodio de psicosis esquizofreniforme.

En el presente trabajo, del total de los 70 pacientes incluidos, un 37,1% (n=26) presentaron síntomas maniformes y un 35,7% (n=25) presentaron sintomatología depresiva. Estos resultados son comparables con el estudio de Peralta y Cuesta (2009), en el que la frecuencia encontrada de sintomatología afectiva fue de un 29,1%. De manera que los resultados del presente estudio vienen a corroborar la importancia de caracterizar con mayor precisión la dimensión afectiva en los trastornos del espectro esquizofrénico.

Otro aspecto importante a tener en cuenta de las características generales de la muestra es que al tratarse de pacientes que requirieron un ingreso hospitalario, si bien puede ser un sesgo importante, por otra parte permite homogeneizar la muestra. De esta manera, la muestra se caracteriza por una gravedad del episodio psicótico entre moderada, marcada y grave, para más del 90% de los pacientes incluidos.

### 5.7.5 Tratamiento pautado y respuesta al tratamiento

En relación al estudio descriptivo de la muestra al alta hospitalaria, conviene destacar fundamentalmente dos puntos:

- 1) La notable mejoría clínica en la inmensa mayoría de la muestra: De manera que tan sólo un 20% presentó una “leve” mejoría, frente a un 45.7% y 34.3% que puntuaron como “mucho mejor” y “moderadamente mejor” respectivamente.
- 2) El diagnóstico al alta fue mayoritariamente el de trastorno esquizofreniforme con un 78.6% del total de la muestra, frente a un restante 21.4% que fueron diagnosticados de esquizofrenia. Por otra parte, llama la atención que ningún paciente fue diagnosticado de trastorno esquizoafectivo, a pesar de que (como se ha visto anteriormente) un porcentaje importante de la muestra presentó sintomatología afectiva (maniforme o depresiva).

La explicación a estos puntos, viene tautológicamente dada por el hecho de que la mayor parte de los pacientes fuesen diagnosticados de trastorno esquizofreniforme. Por este motivo, parece lógico hacer una breve reseña histórico-conceptual de esta entidad. Así el término de psicosis esquizofreniforme fue acuñado por primera vez, en 1939, por Gabriel Langfeldt para hacer referencia a un grupo de pacientes con un perfil sintomatológico compatible con un trastorno esquizofrénico, pero con un curso evolutivo y un pronóstico por lo general más benigno que el observado en la esquizofrenia típica (Langfeldt, 1939; Naz y cols, 2005). En términos jasperianos, al hablar de psicosis esquizofreniforme, y desde el punto de vista de Langfeldt, nos encontramos ante una esquizofrenia reactiva (psicosis reactiva o psicogenética) frente a la esquizofrenia procesual, de peor pronóstico. Este mismo concepto de reactividad (además de la dimensión temporal) es el que, al menos teóricamente, diferencia el trastorno esquizofreniforme de otro grupo de psicosis atípicas, las psicosis cicloides, también de mejor pronóstico que la esquizofrenia procesual.

Los pacientes descritos por Langfeldt, dentro del grupo de las psicosis esquizofreniformes, responden al siguiente perfil: pacientes jóvenes, de biotipo pícnico, temperamento ciclotímico, con un comienzo abrupto de su trastorno psicótico, con un amplio componente reactivo, al que se añade una sintomatología esquizofreniforme atípica, la presencia concomitante de síntomas afectivos y de confusión, y un curso evolutivo habitualmente benigno (Naz y cols, 2005). Es decir, encajan dentro del grupo de las denominadas psicosis atípicas (al igual que sucede con las psicosis cicloides y con el trastorno esquizoafectivo, que como se ha visto, deriva de la evolución conceptual de las psicosis marginales de Kleist), más próximas al grupo de las psicosis afectivas, y desde luego con un pronóstico teórico más benigno que el de las psicosis esquizofrénicas propiamente dichas.

Sin embargo, con la inclusión del trastorno esquizofreniforme dentro de la clasificación diagnóstica DSM-III (1980), se desvirtúa esta impresión original y se produce un cambio sustancial en la conceptualización de este síndrome, con una aproximación drástica de éste hacia el terreno de la esquizofrenia, de la que sólo se distingue, a partir de este momento, por la dimensión temporal (duración, originalmente en ese momento, de las fases prodrómica, activa y residual del cuadro de más de 2 semanas y de menos de 6 meses). Por otra parte, el DSM-IV-TR (2000) especifica que si antes de los 6 meses persisten activos los síntomas psicóticos, el diagnóstico ha de ser el de trastorno esquizofreniforme provisional (muchos de estos pacientes derivarán hacia un diagnóstico de esquizofrenia), frente al trastorno esquizofreniforme en remisión, propiamente el de mejor pronóstico.

### 5.7.6 Curso evolutivo a los 3 años

El estudio evolutivo de la muestra reveló que transcurridos 3 años desde el primer episodio psicótico, aproximadamente dos terceras partes de los pacientes incluidos (72.9%) se encontraban en estado de remisión, de acuerdo a los criterios de Andreasen y cols. (2005). Y de forma paralela, también aproximadamente dos tercios de la muestra (67.1%), no presentaron ninguna recaída (entendida como “*rehospitalización por síntomas psicóticos*”). De manera que, tan sólo una tercera parte de los pacientes incluidos presentaron una evolución desfavorable, en términos de

ausencia de remisión y presencia de recaída (27.1% y 32.9% respectivamente). Resultados que se ajustan a la teoría clásica de los tres tercios en el curso evolutivo de la esquizofrenia.

Por otra parte, la presencia de síndrome deficitario a los 3 años, fue quizás algo menor a la esperada, con tan solo un 12.9% de los casos. Pero en este sentido, de nuevo debe ser tenido en cuenta que la gran mayor parte de los pacientes (78.6%) habían sido diagnosticados de trastorno esquizofreniforme, mientras que sólo un 21.4% cumplía criterios diagnósticos de esquizofrenia al alta hospitalaria. Es de esperar no obstante, que el porcentaje de pacientes con síndrome deficitario, aumentará con los años.

Finalmente, otro aspecto interesante y a tener en cuenta respecto a las características generales de la muestra, es la estabilidad diagnóstica de la misma después de 3 años de evolución. Si bien el 100% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia al alta hospitalaria (n=15) mantuvieron el mismo diagnóstico a los 3 años. Tan solo el 69.1% (n=38) del total de los pacientes diagnosticados de trastorno esquizofreniforme (n=55), mantuvieron el mismo diagnóstico a los 3 años y a todos ellos se les podía aplicar el diagnóstico de *“trastorno esquizofreniforme en remisión”* según el DSM-IV-TR (2000). Del 30.9% (n=17) restante, todos (salvo dos que cambiaron el diagnóstico a trastorno bipolar) cambiaron el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme a esquizofrenia.

Dada la conceptualización actual del trastorno esquizofreniforme, alejada por un lado de la descripción original de Langfeldt en relación con los criterios diagnósticos DSM-IV, y su ubicación nosológica adyacente a la del trastorno esquizofrénico, los resultados del presente estudio se antojan bastante lógicos y esperables.

## 5.8 ESTUDIO DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LAS PSICOSIS CICLOIDES

### 5.8.1 Detección de psicosis cicloides

La detección de los posibles casos de psicosis cicloide, se llevó a cabo aplicando los criterios operativos para el diagnóstico de psicosis cicloide de Perris y Brockington. Esto permitió dividir a la muestra en dos grupos, “*cicloides*” (15.7%) y “*no cicloides*” (84.3%), en función de que cumpliesen o no cumpliesen criterios diagnósticos de psicosis cicloide respectivamente.

De manera que en el presente estudio, las psicosis cicloides representaron el 15.7% de del total de los ingresos por un primer episodio psicótico, en sintonía con los escasos estudios previos que las cifran entre el 10-15% (Cuesta y Peralta, 2003) y con el único estudio epidemiológico realizado hasta la fecha que muestra una tasa de incidencia anual para pacientes con un primer episodio psicótico de 0.043 por 100 000 habitantes, lo que representa casi el 25% de todas las psicosis funcionales en pacientes menores de 50 años (Lindvall y cols., 1993).

### 5.8.2 Edad de inicio / Cumple criterios de PC

La edad de inicio del grupo de los “*cicloides*”, aunque aparentemente algo superior al resto de psicosis, no fue estadísticamente diferente a la del grupo de los “*no cicloides*”. Y de acuerdo con estudios previos (Cuesta y Peralta, 2003), suele aparecer a finales de la segunda década de la vida.

### 5.8.3 Sexo / Cumple criterios de PC

Respecto al sexo, de manera consistente se ha visto una ligera predominancia del sexo femenino (Cuesta y Peralta, 2003) en las personas que presentan psicosis cicloides. Este hecho, podría estar íntimamente relacionado con la hipótesis del "ambiente estrogénico" (Deuchar y Brockington, 1998), que intenta explicar la etiología de las psicosis puerperales (entidad clínica muy próxima al concepto de psicosis cicloide) en base a la cual este tipo de psicosis aparecerían a causa de una depleción de los niveles estrogénicos en personas predispuestas.

En el presente estudio, un 72,7% (n=8) de los casos que cumplían criterios de psicosis cicloide fueron mujeres. Y aunque al comparar la distribución en función del sexo entre "cicloides" (con un 72.7% de mujeres) y "no cicloides" (con un 44.1% de mujeres), no se observaron diferencias estadísticamente significativas, si se evidenció una mayor tendencia ( $p=0.07$ ) a favor de las mujeres.

Estos resultados, aunque no son concluyentes, contribuyen a arrojar luz sobre los estudios de psicosis y género, ya que algunos autores mantienen la hipótesis de que el sexo podría ser un factor potencial que contribuiría a la heterogeneidad etiológica y fenomenológica de los trastornos del espectro esquizofrénico. Es más, algunos autores han llegado han sostener que las diferencias entre sexos, serían consecuencia de la distinta susceptibilidad de cada sexo a padecer uno u otro tipo de enfermedad.

Pero, no conviene perder de vista considerar, si las diferencias entre los sexos que se producen en la enfermedad psicótica son específicas del diagnóstico de la esquizofrenia o si son similares a las diferencias entre los sexos encontradas en otros trastornos, o incluso existe la posibilidad de que las diferencias halladas sean reflejo de las diferencias propias normales existentes entre ambos sexos.

De hecho, parece poco probable que el trastorno esquizofrénico consista simplemente en un subtipo femenino y otro masculino. Y como han sugerido varios autores (Castle, 1995), lo más factible sería que existieran dos o más subtipos de presentación de los trastornos del espectro esquizofrénico, para los que hombres y mujeres pudieran tener distinta susceptibilidad:

- A. **Un subtipo más prevalente en mujeres:** con historia familiar de psicosis afectiva, mejor ajuste premórbido, un inicio tardío y síntomas afectivos. Entre los que se encontrarían las psicosis cicloides.
  
- B. **Otro subtipo más prevalente en hombres:** con peor ajuste premórbido, alteraciones estructurales cerebrales, síntomas negativos y mayor afectación en las funciones neurocognitivas.

#### 5.8.4 Antecedentes familiares / Cumple criterios de PC

Como se ha comentado anteriormente, los estudios sobre la heredabilidad de las psicosis cicloides no han mostrado resultados concordantes. Los estudios que examinan la presencia de psicosis cicloide en familiares de personas afectas muestra un patrón de transmisión entre familiares del 40%, pero dichos estudios presentan notables limitaciones metodológicas (McNeil, 1986; Pichot, 1982; Peralta y Cuesta, 2007; Perris y Brockington, 1981; Bräuning, 1995; Perris, 1974; Leonhard, 1957; Franzek y cols., 1998).

Respecto al riesgo de padecer esquizofrenia y trastornos afectivos en familiares de pacientes cicloides los resultados han sido relativamente consistentes en mostrar un riesgo más elevado para los trastornos afectivos que para la esquizofrenia (Franzek y cols., 1998; Cutting, 1999). En concordancia con estos estudios previos, en el presente trabajo, de los pacientes que cumplían criterios diagnósticos de psicosis cicloide:

- A. Un 45.5% tenían algún familiar de primer grado afecto de un trastorno afectivo.
  
- B. Mientras que solamente un 18.2% tenía algún familiar de primer grado afecto de un trastorno psicótico.

Al comparar entre el grupo de “*cicloides*” y “*no cicloides*”, la presencia de antecedentes familiares de trastorno afectivo o trastorno psicótico:

- A. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la presencia de antecedentes familiares de trastorno psicótico, con un 16.9% en los “*no cicloides*” y un 18.2% en los “*cicloides*”.
  
- B. Mientras que, aunque no estadísticamente significativa, si se encontró una mayor tendencia de antecedentes familiares de trastorno afectivo en los pacientes “*cicloides*” (45.5%) respecto a los pacientes “*no cicloides*” (20.3%).

Esta tendencia de mayor frecuencia de antecedentes familiares de trastorno afectivo en las psicosis cicloides, de confirmarse en una muestra más amplia, apoyaría la hipótesis que enmarca a las psicosis cicloides como una forma de enfermedad afectiva (Cutting, 1990). Sin embargo, un reciente estudio controlado muestra que los familiares de pacientes cicloides tienen un riesgo mórbido para psicosis endógenas en general y para la enfermedad maníaco-depresiva significativamente menor que los familiares de pacientes con trastorno bipolar. Hallazgos que apoyarían la independencia nosológica de las psicosis cicloides respecto a los trastornos afectivos (Ahokas y cols., 2000).

### 5.8.5 Sintomatología prodrómica, DUP y tipo de comienzo de la enfermedad / Cumple criterios de PC

Los síntomas prodrómicos en las psicosis cicloides son descritos por la literatura como poco frecuentes y generalmente se manifiestan como irritabilidad y alteraciones del patrón del sueño (Barcia, 1998). En el presente estudio, en el grupo de los pacientes “cicloides” aparecieron síntomas prodrómicos como disforia y alteraciones del sueño, pero su duración en días fue significativamente muy inferior al resto de primeros episodios psicóticos “no cicloides”. En el caso de la disforia como síntoma prodrómico, este aparece de forma casi simultánea al propio episodio “cicloide”, con una mediana de 4 días RIQ (0-7). Las alteraciones del sueño en los pacientes “cicloides”, sin embargo, se alargaron algo más en el tiempo, con una mediana de 7 días RIQ (7-30) y un par de casos aislados en los que había aparecido insomnio algo más de dos meses antes del episodio.

Como es lógico, la DUP (duración de la psicosis sin tratar) en los pacientes “cicloides” fue significativamente muy inferior al resto de primeros episodios “no cicloides”, ya que se utilizaron los criterios diagnósticos de Perris y Brockington entre los cuales se incluye “Comienzo brusco: desde el estado normal hasta el acmé de la psicosis transcurren entre unas horas y varios días”.

Igualmente, se encontraron diferencias significativas entre los “cicloides” y “no cicloides” en relación al tipo de comienzo de la enfermedad (agudo o insidioso). Ya que, si bien en los pacientes “cicloides”, por definición, todos (100%) presentaron un tipo de comienzo agudo. En el grupo de “no cicloides”, este tipo de comienzo agudo solamente se dio en la mitad de los pacientes aproximadamente (49.2%), siendo un comienzo insidioso para el resto (50.8%).

Al igual que en el presente estudio, la mayoría de los trabajos previos sobre psicosis cicloides no han encontrado características prodrómicas destacables en este grupo de pacientes. Su inicio es agudo y brusco. Este ajuste premórbido parece ser similar al de los trastornos afectivos y mucho mejor que el de los esquizofrénicos (Perris,

1974; Pillmann y cols., 2003), lo cual apoyaría nuevamente la hipótesis que ubica nosológicamente a las psicosis cicloides dentro o más cerca de los trastornos afectivos.

### 5.8.6 Sintomatología psicótica / Cumple criterios de PC

De acuerdo a la literatura, prácticamente todos los síntomas psicóticos pueden presentarse en las psicosis cicloides. A este respecto, los pacientes “*cicloides*” muestran síntomas de primer rango de Schneider, niveles globales de delirios y alucinaciones, así como síntomas de desorganización, en tasas o intensidad similar a las de los pacientes esquizofrénicos (Peralta y Cuesta, 2003).

En el presente trabajo, la intensidad de la sintomatología psicótica en términos generales (puntuación total de la PANSS) fue ligeramente superior en las psicosis cicloides respecto a los demás primeros episodios psicóticos. Este hallazgo se debe fundamentalmente a que los pacientes “*cicloides*” puntuaron significativamente muy por encima al grupo de los “*no cicloides*” en la sub-escala de psicopatología general (medida con la PANSS-PG), lo cual se justifica tautológicamente por el carácter polimorfo que define a las psicosis cicloides.

Por otra parte, la intensidad de los síntomas psicóticos negativos (medidos con la PANSS-N), no fue diferente entre los pacientes “*cicloides*” y el resto de primeros episodios “*no cicloides*”. Y respecto a los síntomas positivos, (medidos con la PANSS-P), los “*cicloides*” puntuaron ligera, aunque significativamente más que los “*no cicloides*”.

De acuerdo a estos resultados, desde una perspectiva transversal, las psicosis cicloides se enmarcarían indefectiblemente dentro de los trastornos psicóticos del espectro esquizofrénico, diferenciándose del resto por su carácter polimorfo.

### 5.8.7 Sintomatología afectiva / Cumple criterios de PC

Como psicopatología asociada, las psicosis cicloides presentan característicamente un síndrome afectivo. Si bien otros autores (Peralta y Cuesta, 2003) han descrito que casi el 50% de los pacientes “*cicloides*” presentan un síndrome afectivo completo y la mayor parte de los pacientes restantes presentan un síndrome afectivo incompleto (cifras que se incrementan en el curso de la enfermedad); en la muestra del presente estudio, el 100% de los pacientes “*cicloides*” presentaron sintomatología maniaca relevante y el 81.8% síntomas de depresión, hecho que lo diferencia significativamente con el resto de primeros episodios psicóticos “*no cicloides*”.

Esta simultaneidad de síntomas maniformes y depresivos, se explica por la definitoria disarmonía sindrómica y la característica bipolaridad transversal definida por Leonhard (Bräuning, 1995), en la que se mezclan emociones que bien pueden tener una tonalidad positiva (entusiasmo, eufórico-hedónico, alegría, felicidad, placer) o negativa (angustia, melancolía, displacer, congoja, disforia).

Además, la intensidad de los síntomas maniformes (medidos con la EVMAC) y depresivos (medidos con la CDSS), resultó ser significativamente muy superior en los pacientes “*cicloides*”. Hallazgo que de nuevo tiene su explicación en la marcada alteración emocional que definitoriamente describió Leonhard (Bräuning, 1995) para las psicosis cicloides.

### 5.8.8 Gravedad del episodio psicótico / Cumple criterios de PC

Otro hallazgo diferencial de las psicosis cicloides respecto al resto de primeros episodios psicóticos “*no cicloides*”, fue la impresión clínica de mayor gravedad (medida con la sub-escala de Severidad de la CGI) observada en los pacientes “*cicloides*”. Lo cual podría explicarse por el añadido psicopatológico de la clínica

confusional (agitado y/o inhibido) y las alteraciones de la motilidad (hipo y/o hipercinéticas) que caracterizan a las psicosis cicloides.

## 5.9 Curvas de rendimiento diagnóstico (ROC)

Finalmente, de acuerdo a los resultados obtenidos, se eligieron variables independientes que por sus características definitorias de las psicosis cicloides, así como el nivel de significación observado en la comparación entre “*cicloides*” y “*no cicloides*”, potencialmente podrían ser herramientas de utilidad diagnóstica. Y sobre ellas se realizaron curvas de rendimiento diagnóstico. Las variables seleccionadas fueron:

- ✓ La sintomatología psicótica polimorfa (medida con la PANSS-PG)
  
- ✓ La sintomatología maniforme (medida con la EVMAC)
  
- ✓ Y sintomatología depresiva (medida con la CDSS)

Una vez demostrada la utilidad diagnóstica de las variables seleccionadas (PANSS-PG AUC=0.791,  $p=0.002$ , IC 95% [0.620-0.963]; EVMAC AUC=0.938,  $p=0.001$ , IC 95% [0.883-0.994]; y CDSS AUC=0.770,  $p=0.005$ , IC 95% [0.615-0.924]), se eligieron puntos de corte para cada variable, atendiendo a aquellos que presentaban un mejor coeficiente sensibilidad/especificidad:

- ✓ PANSS-PG=52 (sensibilidad 0.727 y especificidad 1-0.220);
  
- ✓ EVMAC=16 (sensibilidad 0.818 y especificidad 1-0.119);

✓ CDSS =7 (sensibilidad 0.727 y especificidad 1-0.220).

Por último, con estos puntos de corte seleccionados, se realizó un estudio de sensibilidad/especificidad.

**Tabla 1: Estudio  
sensibilidad/especificidad**

|                                  | <b>PANSS-PG = 52*</b>  | <b>EVMAC = 16*</b>     | <b>CDSS = 7*</b>       |
|----------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>Sensibilidad</b>              | 72.73<br>[39.03-93.98] | 81.82<br>[48.22-97.72] | 72.73<br>[39.03-93.98] |
| <b>Especificidad</b>             | 77.97<br>[65.27-87.71] | 88.14<br>[77.07-95.09] | 77.97<br>[65.27-87.71] |
| <b>Valor Predictivo Positivo</b> | 38.10<br>[18.11-61.56] | 56.25<br>[29.88-80.25] | 38.10<br>[18.11-61.56] |
| <b>Valor Predictivo Negativo</b> | 93.88<br>[83.13-98.72] | 96.30<br>[87.25-99.5]  | 93.88<br>[83.13-98.72] |

\* Porcentaje [95% intervalo de confianza]

De los resultados del estudio de sensibilidad/especificidad, fundamentalmente llama la atención el elevado Valor Predictivo Negativo de las variables seleccionadas. Es decir, que la probabilidad de que no se diagnostique psicosis cicloide será:

- ✓ del 93.9% para puntuaciones  $\leq$  a 52 en la PANSS-PG
  
- ✓ del 96.3% para puntuaciones  $\leq$  a 16 en la EVMAC
  
- ✓ y del 93.9% para puntuaciones  $\leq$  a 7 en la CDSS.

De esta manera, de acuerdo con Perris y Brockington (1981) quienes mantienen que el solapamiento de síntomas es la regla (en vez de la excepción), nosotros proponemos, por su fácil aplicabilidad y su potencial utilidad en investigación, los siguientes **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA LAS PSICOSIS CICLOIDES:**

**A. Ausencia de sintomatología psicótica polimorfa:**

Puntuación en la PANSS-PG  $<$  52

**B. Ausencia de sintomatología maniforme:**

Puntuación en la EVMAC  $<$  16

**C. Ausencia de sintomatología depresiva:**

Puntuación en la CDSS  $<$  7

## 5.10 ESTUDIO DEL TRATAMIENTO PAUTADO Y DE LA RESPUESTA TERAPEUTICA EN LAS PSICOSIS CICLOIDES

### 5.10.1 Tratamiento pautado / Cumple criterios de PC

En lo que concierne al tratamiento pautado al alta hospitalaria, lo primero que llama la atención es que la dosis de antipsicótico, aunque aparentemente menor para el grupo de los “*cicloides*”, lo cierto es que no fue estadísticamente diferente a la dosis pautada en los “no cicloides”. Estos resultados contrastarían con la idea clásica según la cual los antipsicóticos no estarían indicados en el tratamiento agudo de las psicosis cicloides. Más aun cuando, como se verá más adelante, la respuesta al tratamiento fue favorable en todos los pacientes “cicloides”

No obstante, conviene recordar que:

1. Hasta el momento actual no se han realizado estudios controlados sobre el tratamiento de las psicosis cicloides.
2. Los datos sobre tratamiento se basan en la experiencia clínica, en estudios no controlados y en referencias publicadas de casos aislados.
3. La idea clásica de que los antipsicóticos no estarían indicados en el tratamiento de las psicosis cicloides hace referencia fundamentalmente a los antipsicóticos típicos (de primera generación). Y esto se debe fundamentalmente a que en los estados acinéticos, los antipsicóticos típicos podrían facilitar, quizás, el desarrollo de complicaciones “catatónicas” letales.

4. En la muestra del presente estudio, todos los pacientes fueron tratados con antipsicóticos atípicos (risperidona, ziprasidona, olanzapina, aripiprazol o quetiapina). Y en la actualidad, recientes estudios (Ehlis y cols., 2005) nombran los antipsicóticos atípicos (de segunda generación) como potenciales herramientas terapéuticas por sus propiedades estabilizadoras del ánimo (gracias a su afinidad por receptores 5HT(5HT<sub>2A</sub>, 5HT<sub>1A</sub>, 5HT<sub>2C</sub> y más recientemente descrito 5HT<sub>7</sub>).

De manera que, el presente estudio, sin contradecir la idea clásica del tratamiento de las psicosis cicloides, contribuye a abrir una nueva expectativa terapéutica.

Todavía no existen algoritmos terapéuticos en este sentido. Pero sería interesante que en estudios futuros se abordase este tema. Particularmente tras la aparición en el mercado de nuevos fármacos como por ejemplo la asenapina, antipsicótico especialmente indicado en el tratamiento de la manía mixta con síntomas psicóticos.

Por otra parte, a diferencia de los hallazgos encontrados en el tratamiento con antipsicóticos, cuando se compararon las dosis de benzodiazepinas al alta hospitalaria (en equivalentes de clorazepato dipotásico) entre el grupo de “*cicloides*” y “*no cicloides*”, sí que se encontraron diferencias significativas, con una dosis al alta sustancialmente mayor en el grupo de los “*cicloides*”.

Las benzodiazepinas a dosis altas clásicamente se han utilizado durante la fase aguda de las psicosis cicloides. Posiblemente por el componente catatoniforme asociado a este tipo de psicosis (donde las benzodiazepinas son de elección). Además, un uso adicional de sustancias ansiolíticas puede mejorar a menudo bastante los síntomas, incluso las ideas paranoides basadas en la grave angustia.

No obstante, a modo de **resumen**, se podría concluir que:

1. El tratamiento de las psicosis cicloides con antipsicóticos, o benzodiazepinas, así como estabilizadores del ánimo o terapia electroconvulsiva, es puramente empírico y basada en la experiencia.
2. No existen estudios comparativos randomizados entre las diferentes intervenciones ni con respecto a placebo.
3. La comparación con placebo resultaría particularmente pertinente dado el posible carácter autolimitado del trastorno.
4. Los antipsicóticos parecen ser el tratamiento más importante. Y aunque parece que los antipsicóticos atípicos poseen un efecto particularmente beneficioso, especialmente si se combina con benzodiazepinas a dosis altas, es precisa la realización de estudios controlados que confirmen este dato.

### 5.10.2 Respuesta al tratamiento / Cumple criterios de PC

Como se ha comentado anteriormente, tanto Leonhard como Perris, han mantenido de manera repetida que los pacientes con psicosis cicloide se recuperan totalmente de los episodios psicóticos. Y a pesar de la buena respuesta al tratamiento y mejoría que gozan los primeros episodios psicóticos en general. Los resultados del presente estudio en cuanto a la comparación de ambos grupos (*"cicloides"* y *"no cicloides"*) respecto a la mejoría al alta hospitalaria, resultan fácilmente predecibles. Es decir, que parece lógico y esperable que los pacientes *"cicloides"* puntuasen significativamente mejor que los pacientes *"no cicloides"* en la sub-escala de Mejoría de la Escala de Impresión Clínica Global.

### 5.10.3 Duración del ingreso hospitalario

Conviene recordar que en palabras del propio Leonhard (1979), *“las psicosis cicloides son un grupo de trastornos psicóticos agudos y autolimitados que pueden diagnosticarse de una manera fiable en base a la valoración transversal de las características clínicas del cuadro”*. Esta afirmación ha creado cierta confusión a lo largo de los años, al suponer que los conceptos de *“autolimitado”* y *“transversal”* son sinónimos al de *“brevedad”*. De hecho, según Perris (1974), la duración de cada uno de los episodios de la psicosis cicloide suele oscilar entre varias semanas y varios meses, si bien en una substancial minoría de los pacientes, la duración puede ser menor de una semana o de hasta más de un año.

Por este motivo, no parece extraño que no se hallasen diferencias estadísticamente significativas en la duración en días del ingreso hospitalario entre los pacientes *“cicloides”* y el resto de primeros episodios psicóticos, llegando incluso a presentar, aunque no de forma significativa, una mediana superior los pacientes *“cicloides”* que los *“no cicloides”*. La replicación de este hallazgo, que de forma similar ya ha sido descrito por otros autores (Peralta y Cuesta, 2003) es importante y debe ser tenido en cuenta por los clínicos, para así evitar un diagnóstico erróneo de esquizofrenia, sobre todo en pacientes con un primer episodio psicótico.

## 5.11 ESTUDIO DEL CURSO EVOLUTIVO A LOS 3 AÑOS EN LAS PSICOSIS CICLOIDES

### 5.11.1 Remisión / Cumple criterios de PC

En primer lugar, sería interesante recordar que según Leonhard, una característica esencial de las psicosis cicloides es el buen pronóstico. En palabras del propio autor *“cuando se establece el diagnóstico de psicosis cicloide, necesariamente esto implica*

*una remisión total y en el caso de que se produzcan recurrencias no conllevará ningún cuadro defectual"* (Leonhard, 1961). Sin embargo, otros autores como Perris y Brockington (1981) (que como se ha señalado anteriormente, desarrollaron los primeros criterios operativos para describir el trastorno), no incluyeron el criterio de buen pronóstico en su definición de psicosis cicloide. De esta manera, al no incluir este criterio, se evita una definición tautológica del trastorno respecto a su evolución.

En términos de remisión, según los criterios propuestos (Andreasen y cols. 2005), el presente estudio destaca que todos los pacientes "*cicloides*" (100%) presentaban criterios de remisión tres años después del primer episodio psicótico. Lo que contrasta significativamente con el resto de primeros episodios psicóticos, que solamente mostraron criterios de remisión en un 67.8% (lo cual estaría en concordancia con la teoría clásica de los tres tercios en la evolución de la esquizofrenia).

De acuerdo a estudios previos en psicosis cicloides (Cutting y cols. 1978), estos resultados parecerían esperables. Pero el hecho de haber utilizado para la detección de psicosis cicloides los criterios de Perris y Brockington (1981), que no incluyen el ítem de buen pronóstico en su definición, confiere a los resultados del presente estudio una mayor validez clínica. Es decir, que los criterios diagnósticos utilizados para la detección de psicosis cicloides, serían particularmente útiles no solamente para predecir su pronóstico, sino que además confiere validez clínica a la psicosis cicloide como entidad.

### **5.11.2      Recaída / Cumple criterios de PC**

En lo que concierne a las recaídas, la evolución natural de las psicosis cicloides muestra un patrón típicamente recurrente, sin que se haya podido demostrar la presencia de ningún patrón estacional (Peralta et al. 2007). Pero de forma similar ocurre en los primeros episodios de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo (Robinson y cols. 1999). En este sentido, los resultados del presente estudio muestran que tanto el 27.3% de los pacientes "*cicloides*", como el 33.9% de los "*no*

*cicloides*” presentaron al menos una recaída durante los tres primeros años de evolución tras el primer episodio psicótico.

La duración del ciclo, es decir, el período de tiempo que comprende un episodio de la enfermedad y el intervalo subsiguiente, se informó por Perris (1974) con una media de aproximadamente 4 años entre los dos primeros episodios. Estos hallazgos son similares a los encontrados en los trastornos afectivos y los trastornos esquizoafectivos (Marneros y Pillmann, 2004). En el presente estudio, transcurridos tres años del primer episodio, la presencia de recaída objetivada en los pacientes *“cicloides”* se muestra con un rango intercuartílico que oscila entre ninguna y una recaída (IQR 0-1). De un orden de magnitud similar son las conclusiones de Cutting y cols. (1978), quienes encontraron una tasa de recaída de 0,28 episodios/año en las psicosis cicloides. No obstante, no se pudo objetivar si este patrón recurrente de las psicosis cicloides es más o menos frecuente que para el resto de primeros episodios psicóticos del espectro esquizofrénico, ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre *“cicloides”* y *“no cicloides”* para la presencia (o ausencia) de recaídas, ni para el número de estas.

### 5.11.3 Síndrome deficitario / Cumple criterios de PC

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que la presencia de síndrome deficitario después de tres años de seguimiento, no se observó en ninguno de los pacientes *“cicloides”* (como es lógico a la luz de los resultados obtenidos previamente para la remisión). En este sentido, tanto Leonhard como Perris han mantenido de manera repetida que los pacientes con psicosis cicloide se recuperan totalmente de los episodios sin producirse ningún deterioro. Y los mismos hallazgos han sido obtenidos en el estudio prospectivo realizado por Beckmann y cols. (1990) con 26 pacientes diagnosticados de psicosis cicloide. No obstante, otros estudios han descrito estados defectuales residuales entre un 7 y 17% de los pacientes (Peralta y Cuesta, 2005). Y en la misma línea, un estudio de 4 años de seguimiento de psicosis remitente aguda no afectiva (diagnóstico próximo a la psicosis cicloide), demostró que el 8% de los pacientes no conseguían una recuperación total (Mojtabai, 2000).

Por otra parte, en un 15,3% de los pacientes “no cicloides” sí que se observó la presencia de síndrome deficitario a los tres años de evolución, pero esta mayor frecuencia respecto al grupo de los “cicloides” no fue lo suficientemente superior como para establecer una diferencia estadísticamente significativa.

De manera que, aunque previsiblemente y de acuerdo a estudios previos (Armbruster y cols. 1983), las tasas de síndrome deficitario se verían incrementadas en un seguimiento a más largo plazo (al menos en el grupo de los “no cicloides”), habrá que observar la evolución de todos los primeros episodios psicóticos del estudio durante más tiempo, para demostrar estas afirmaciones.

#### 5.11.4 Estabilidad diagnóstica / Cumple criterios de PC

El cambio en el diagnóstico inicial (según criterios DSM-IV), después de tres años de seguimiento, se observó en el 27% de los pacientes incluidos en el estudio (tanto para el grupo de los “cicloides” como el de “no cicloides”). Resultados similares a los encontrados en estudios previos con primeros episodios psicóticos, que cifran el cambio en un 22.4% (Salvatore y cols. 2009).

No obstante, si bien la estabilidad diagnóstica (según criterios DSM-IV) del grupo de los pacientes “cicloides” parece ser igual a la del resto de primeros episodios psicóticos, la entidad nosológica a la que evolucionaron después de tres años fue diferente. De manera que, en los primeros episodios psicóticos “no cicloides” todos aquellos que cambiaron el diagnóstico, lo hicieron de trastorno esquizofreniforme a esquizofrenia, como era de esperar según estudios previos (Castro-Fornieles y cols. 2011). Mientras que en los pacientes “cicloides” (todos ellos diagnosticados inicialmente como trastorno esquizofreniforme), si bien permanecía mayoritariamente el diagnóstico inicial de trastorno esquizofreniforme (72.7%), aquellos que cambiaron el diagnóstico lo hicieron en un 18.2% a trastorno bipolar y en un 9.1% a esquizofrenia. Resultados que se asemejan al estudio prospectivo sobre psicosis

cicloide realizado por Beckmann y cols. (1990); y también en relativa consonancia con un estudio del propio Leonhard (Trostorff y Leonhard, 1990) en el que se muestra que en torno al 12% de los pacientes cambiaban de diagnóstico hacia la esquizofrenia.

Estos resultados son de especial relevancia, ya que en los estudios previos respecto al curso evolutivo de los primeros episodios psicóticos, se ha observado que de los pacientes que cambian el diagnóstico, entre un 25.0% (Salvatore y cols. 2011) y un 25.9 % (Salvatore y cols. 2009) lo hace a trastorno bipolar. Siendo por tanto la aparición de sintomatología afectiva, el factor principal del cambio diagnóstico en los primeros episodios psicóticos.

De replicarse estos resultados con una muestra mayor, se podría pensar que gran parte de los primeros episodios psicóticos que evolucionan a un trastorno bipolar podrían ser una psicosis cicloide. De manera que la detección de posibles casos de psicosis cicloides en los primeros episodios psicóticos, podría predecir en gran medida la posibilidad de desarrollar finalmente, lo que de acuerdo a los sistemas nosológicos actuales (DSM-5) se clasificaría como: 1) trastorno bipolar o 2) trastorno del espectro esquizofrénico, con importante relevancia de la dimensión afectiva y un patrón evolutivo que cursa con remisión interepisódica y baja tasa defectual.

Por otra parte, llama la atención que ningún paciente del presente estudio fuese diagnosticado de trastorno esquizoafectivo. Esto puede deberse en parte, a la forma tan restrictiva en que se define la psicopatología de la afectividad del trastorno esquizoafectivo en el DSM-IV, el cual utiliza un sistema diagnóstico fundamentalmente transversal y no toma en consideración la compleja y diversa relación temporal entre las dimensiones psicóticas y las afectivas. Estas apreciaciones cobran especial relevancia en los primeros episodios psicóticos en general (McGorry y cols. 1992) y en la psicosis cicloide en particular (ya que quedan excluidas manifestaciones como la angustia, el humor extásico y las fluctuaciones anímicas rápidas y breves) (Peralta y cols. 2007).



## REFLEXIONES FINALES

El carácter enigmático de la psicosis cicloides (un trastorno similar a la esquizofrenia en términos de sintomatología psicótica y a los trastornos afectivos en lo referente a curso y pronóstico) junto con la amplia variedad de factores etiológicos y psicopatológicos relacionados con dicha enfermedad, hace que surjan interrogantes sobre su verdadera naturaleza.

Más concretamente, su situación nosológica dentro del amplio grupo de los trastornos psicóticos, y particularmente su relación con las psicosis afectivas y esquizofrénicas, continúa siendo un tema de intenso debate. El DSM-5, sugiere el término de trastornos del espectro esquizofrénico y plantea un abordaje dimensional de estos en el que se incluya la dimensión afectiva, pero no incluirá a las psicosis cicloides como entidad nosológica independiente (es más, ni siquiera son nombradas).

La falta de interés en las psicosis cicloides que han mostrado los actuales sistemas nosológicos de consenso (CIE-10 y DSM-5), no parece estar justificada. Ya que además de su considerablemente elevada prevalencia (aproximadamente un 15% según los resultados del presente estudio), con los resultados del presente estudio también queda reflejado que el valor clínico y heurístico del concepto es evidente, ya que define un síndrome clínico específico con un patrón sintomático característico que predice una buena recuperación interepisódica. Es decir, que el constructo de las psicosis cicloides en el contexto de un primer episodio psicótico, posee validez histórica, aparente y empírica, lo que le confiere un valor tipológico diferenciador del resto de primeros episodios psicóticos del espectro esquizofrénico; por ello las psicosis cicloides poseen una indudable validez y utilidad clínica.

La razón más importante para reconocer el concepto diagnóstico de psicosis cicloide son las implicaciones clínicas y pronósticas que conllevan, ya que, los pacientes “*cicloides*” que presentan un primer episodio psicótico corren el riesgo de ser diagnosticados erróneamente de trastorno esquizofreniforme o de esquizofrenia, con las repercusiones terapéuticas que esto conllevaría.

Desde el punto de vista nosológico, a la vista de los datos obtenidos, se podrían renombrar las cuatro hipótesis propuestas para las psicosis cicloides:

1. Espectro **ESQUIZOFRÉNICO**
2. Entidad nosológica **INDEPENDIENTE**
3. Espectro **BIPOLAR**
4. Espectro **ESQUIZOAFECTIVO**

Ilustración 0-1: Reflexiones finales sobre hipótesis nosológicas



De acuerdo a los sistemas nosológicos actuales (DSM-5), de replicarse estos resultados con una muestra mayor, se podría pensar que gran parte de los primeros episodios psicóticos que evolucionan a un trastorno bipolar podrían ser una psicosis cicloide. De manera que la detección de posibles casos de psicosis cicloides en los primeros episodios psicóticos, podría predecir en gran medida la posibilidad de desarrollar finalmente, lo que de acuerdo al DSM-5 se clasificaría como:

1. **Trastorno Bipolar** o
2. **Trastorno del Espectro Esquizofrénico:** con importante relevancia de la dimensión afectiva y un patrón evolutivo que cursa con remisión interepisódica y baja tasa defectual.

Más allá del DSM-5, aunque no existen datos concluyentes que apoyen de forma unívoca una hipótesis concreta, las hipótesis mejor validadas serían la de considerarla como una entidad nosológica independiente o como una forma atípica de trastorno afectivo (dentro de lo que se ha considerado llamar Espectro Bipolar).

Según los resultados del presente estudio, la hipótesis de considerarla como parte del Espectro Bipolar, se apoyaría por la alta prevalencia de síntomas y síndromes afectivos, así como su curso remitente-recurrente y la evolución posterior a Trastorno Bipolar en un 18% de los casos. Además, como también se atisba en los resultados, la herencia familiar de este tipo de trastornos parecería estar más próxima a los trastornos afectivos que a los esquizofrénicos, hecho que también han observado otros autores (Pfulmann y cols., 2004).

Pero por otra parte, la hipótesis de Leonhard que asume que se trate de una afección independiente radica, como se ha reflejado en el presente estudio, en su patrón característico de presentación clínica.

No obstante, dado que todas las hipótesis han recibido cierto apoyo en función de los datos existentes, ninguna de ellas debería descartarse por completo.

De hecho, todas las hipótesis anteriormente señaladas serían compatibles con el concepto de **ESPECTRO ESQUIZOAFECTIVO** (Crow, 1986), gama que existe a lo largo de un continuo entre los trastornos psicóticos esquizofrénicos y afectivos. Dentro de este *continuum*, y a la vista de los resultados del presente estudio, las psicosis cicloides se encontrarían posiblemente más próximas al polo afectivo que al esquizofrénico.

El problema con el término de trastorno esquizoafectivo, como describen Craddock y Owen (2007), es que se aplica a los pacientes que presentan una mezcla de características clínicas asociadas a la esquizofrenia prototípica y al trastorno bipolar prototípico. De manera que en el contexto de las clasificaciones operativas

neokraepelinianas, tales como el DSM-5 (2013) y la CIE-10 (1993), el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se tiende a aplicar únicamente a los pacientes cuyo problema no se ajusta adecuadamente a las definiciones de esquizofrenia o de trastorno bipolar. Y así, tanto en la práctica clínica como en la mayoría de las investigaciones realizadas, este diagnóstico es considerado como una especie de categoría “no especificada”, que representaría supuestamente los casos atípicos tales como las psicosis cicloides. A consecuencia de ello, y a pesar de que se ha realizado un trabajo excelente en las investigaciones acerca de la validez clínico y heurístico de las psicosis cicloides (Gracia-Andrade y cols., 2011), estos casos con una rica mezcla de características psicóticas y bipolares no han recibido la misma atención que los casos de esquizofrenia y de trastorno bipolar.

Como han advertido Craddock y Owen (2007), dicha aproximación a los casos del espectro esquizoafectivo es muy problemática si se considera que estos casos reflejan realmente la expresión de uno o más procesos patológicos subyacentes relativamente específicos. Ya que, como se ha señalado anteriormente, algunos clínicos e investigadores han considerado con acierto que al menos algunos casos esquizoafectivos son entidades clínicas diferentes y, por lo tanto, han seguido aplicando conceptos diagnósticos de carácter minoritario tales como las psicosis cicloides.

Así pues el planteamiento ha sido con frecuencia considerar a las psicosis cicloides como “un fastidio”, con tendencia a excluirlas o bien a incluirlas en una u otra de las categorías dicotómicas.

En resumen, como se ha reflejado en el presente estudio, las psicosis cicloides son una entidad clínica con características propias, que no se encuadran en las denominaciones **DUALISTAS** clásicas de la era Kraepeliniana y que todavía están presentes en la actualidad (CIE-10 y DSM-5).

Una posible alternativa es el **MONISMO**, que resultaría de combinar simplemente los síndromes con el argumento de que existe un espectro continuo de la psicosis (Lake y

Hurwitz, 2007; Van Os y cols., 2009). Pero este enfoque, como advierte Carpenter (2010), plantea dos problemas inmediatos. El primero de ellos es que parte del supuesto de que la psicosis es el factor organizador y fundamental de la etiopatología. Pero, bien al contrario, parece claro que la psicosis, y sobre todo la distorsión de la realidad, se dan en estados patológicos que se sabe que difieren en su etiología (por ejemplo, epilepsia de lóbulo temporal, enfermedad de Alzheimer, psicosis inducidas por anfetaminas). El segundo problema es que el hecho de combinar síndromes aumenta simplemente la heterogeneidad que ya de por sí debilita la investigación para la verificación de la hipótesis (Carpenter y cols., 1993).

Nosotros proponemos un segundo enfoque alternativo que va en una dirección totalmente distinta. Más allá de la nosología, como posible solución al **DUALISMO KRAEPELINIANO** (demencia precoz – psicosis maniaco depresiva) del que surge el problema de las psicosis cicloides, basándonos en los recientes estudios genéticos según los cuales la esquizofrenia y el trastorno bipolar comparten gran cantidad de genes (Maier y cols., 2005; Craddock y cols., 2006; Van Den Bogaert, 2006; Craddock y Owen, 2007), con el fin de entender el constructo de la psicosis cicloide como entidad clínica, nosotros proponemos una resolución a través de un nuevo concepto, el **MONISMO JANICULAR** o **MONISMO QUIASMÓTICO** (López-Ibor, 2010).

El término **JANICULAR**, procedería de Jano (en latín *Janus*), que en la mitología romana es un dios que se caracteriza por tener dos caras mirando hacia ambos lados de su perfil (de manera que una no puede ver a la otra), pero conservando una única identidad (López-Ibor, 2011). De esta manera, una misma persona, con una misma condición genética, podrá presentar síntomas afectivos característicos del espectro afectivo y simultáneamente, síntomas psicóticos característicos de los trastornos del espectro esquizofrénico.

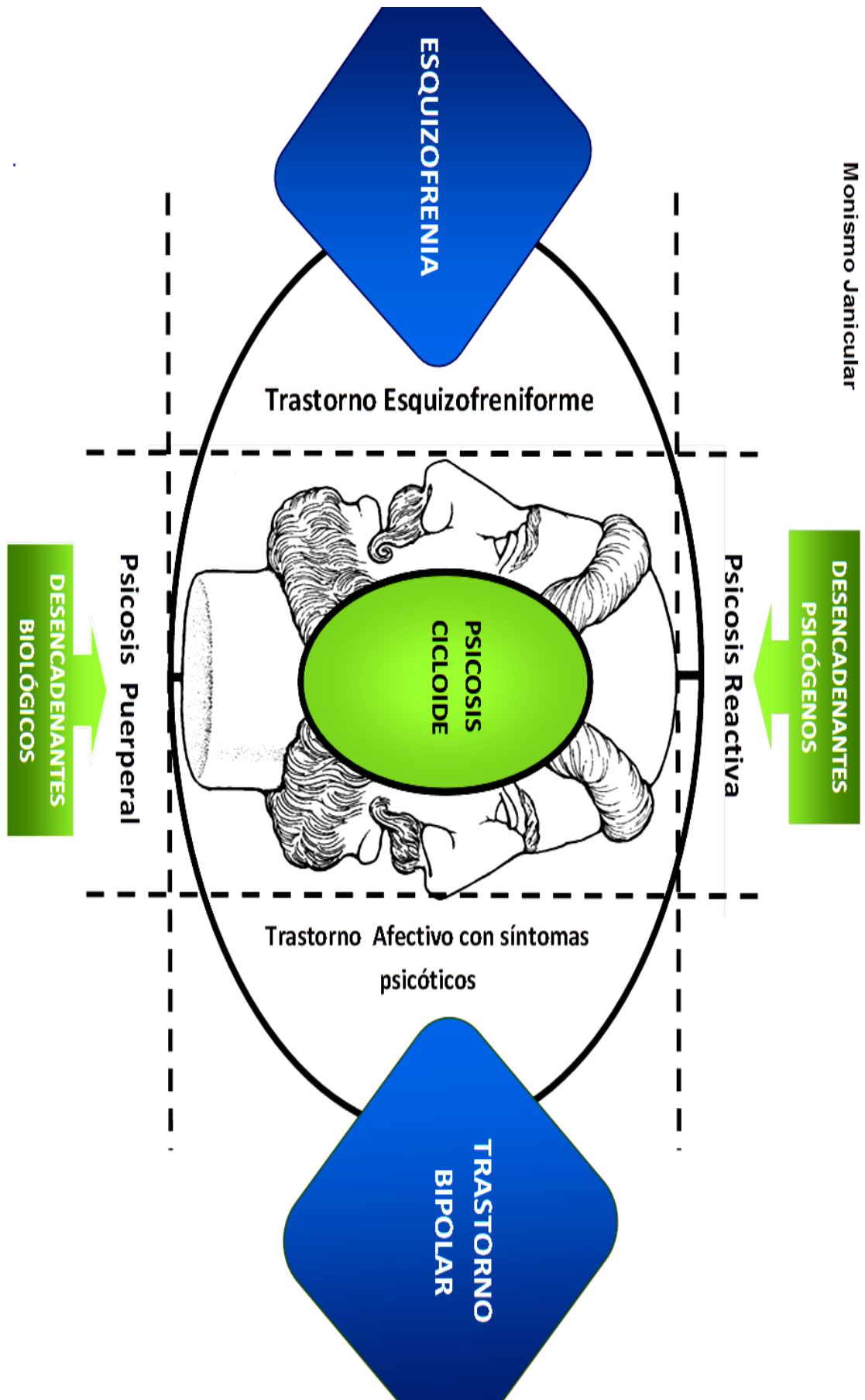
Esta idea, también puede ser explicada a través del **QUIASMO**. El quiasmo es una figura retórica que consiste en presentar en órdenes inversos los miembros de dos secuencias, con lo que se intercambian dos ideas paralelas y opuestas, en general de la forma: A, B, C, C', B', A' o A, B, C, D, C', B', A', en este último caso D, es la idea central que quiere transmitir el quiasmo. La palabra deriva del griego *χιασμός*

(quiasmós), y de la misma palabra griega deriva quiasma, que se utiliza en medicina y en biología en general con el sentido de entrecruzamiento (quiasma de las cromátidas de una pareja de cromosomas; quiasma óptico) (López-Ibor, 2011).

En resumen, con esta tercera vía, la del **MONISMO JANICULAR** o **MONISMO QUIASMÓTICO**, la presentación en forma cruzada de dos ideas paralelas permite contemplar una misma situación desde dos perspectivas diferentes. De esta manera se introduce o se refuerza poderosamente una idea central (Psicosis Cicloide), que adquiere el valor de un nuevo, y muchas veces trascendente, mensaje.

Este nuevo enfoque permite abordar de manera más sólida la heterogeneidad de los síndromes y aclarar el solapamiento entre ellos en cuanto a su patología y etiología. De manera que la etiología y el descubrimiento de tratamientos se trasladan del síndrome a los *dominios quiasmóticos* específicos de la patología. Porque en definitiva los clínicos no tratamos las psicosis cicloides, sino que evaluamos a personas con este diagnóstico con objeto de determinar los objetivos terapéuticos en cada una de ellas. ¿El paciente presenta psicosis?, ¿confusión?, ¿perplejidad?, ¿depresión?, ¿manía?, ¿angustia abrumadora?, ¿sentimientos de extasis?, ¿oscilaciones del humor?, ¿hipercinesia?, ¿acinesia?, ¿especial interés en la muerte? En pocas palabras, los clínicos obtenemos una orientación general con el diagnóstico del síndrome y pasamos de inmediato a evaluar la psicopatología, con una patoplastia que muchas veces presenta en forma cruzada dos síntomas paralelos y opuestos. Aunque esta información se tiene en cuenta en el proceso diagnóstico, adquiere un papel central cuando se plantea el manejo del paciente y el tratamiento. Éste es el motivo de que sea tan importante que el descubrimiento de nuevos fármacos para las enfermedades psicóticas en general y para las psicosis cicloides en particular pase del paradigma que produce una y otra vez antagonistas de dopamina para la psicosis a un paradigma que produzca compuestos novedosos para los *dominios quiasmóticos* específicos de la patología.

Ilustración 0-2: MONISMO Janicular



# CONCLUSIONES

## 6.1 Conclusiones

1. La **PRESENTACIÓN CLÍNICA** de un primer episodio de psicosis cicloide difiere significativamente del resto de primeros episodios psicóticos del espectro esquizofrénico, en términos de:

- A. Una Duración de la Psicosis sin Tratar (DUP) menor,
- B. Un tipo de comienzo agudo,
- C. Una mayor gravedad de la sintomatología psicótica medida con la puntuación total de Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS),
- D. Una mayor presencia y gravedad de sintomatología maniaca, medida con la Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos (EVMAC),
- E. Una mayor presencia y gravedad de sintomatología depresiva, medida con la Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS),
- F. Una mayor gravedad del episodio psicótico, valorada con la sub-escala de Severidad de la Escala de Impresión Clínica Global (CGI).

2. En base a la aplicación de curvas de rendimiento diagnóstico (ROC), se proponen (por su fácil aplicabilidad y su potencial utilidad en investigación) los siguientes **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA LAS PSICOSIS CICLOIDES**:

**A. Ausencia de sintomatología psicótica polimorfa:**

Puntuación en la PANSS-PG < 52.

**B. Ausencia de sintomatología maniforme:**

Puntuación en la EVMAC < 16.

**C. Ausencia de sintomatología depresiva:**

Puntuación en la CDSS < 7:

3. Los resultados del estudio de la **RESPUESTA TERAPÉUTICA**, contribuyen a abrir una nueva expectativa terapéutica. De manera que, en el tratamiento del primer episodio de una psicosis cicloide, el uso de antipsicóticos atípicos podría tener un efecto particularmente beneficioso, especialmente si se combina con benzodiazepinas a dosis altas. Si bien es preciso la realización de estudios controlados que confirmen este dato.

4. En el estudio **PROSPECTIVO A LOS 3 AÑOS**:

**A.** De forma significativa en el grupo de las psicosis cicloides, a diferencia del resto de primeros episodios psicóticos, todos los pacientes presentaban criterios de remisión.

**B.** La presencia de recaídas (y el número de las mismas), así como la presencia de un Síndrome deficitario, no fue significativamente diferente entre el grupo de "cicloides" y "no cicloides".

5. Transcurridos 3 años del primer episodio psicótico, la **ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA** (según criterios DSM-IV) resultó ser similar entre el grupo de las psicosis cicloides y el resto de primeros episodios psicóticos del espectro esquizofrénico. No obstante, la entidad nosológica a la que evolucionaron después de tres años fue significativamente diferente:

- A. Los pacientes “cicloides” (todos ellos diagnosticados inicialmente como trastorno esquizofreniforme) cambiaron el diagnóstico a Trastorno Bipolar (18%) y a Esquizofrenia (9%)
  - B. Mientras que en el resto de primeros episodios psicóticos todos aquellos que cambiaron el diagnóstico, lo hicieron de trastorno esquizofreniforme a esquizofrenia.
6. En relación a la **UBICACIÓN NOSOLÓGICA** de las psicosis cicloides:
- A. Su relación con las psicosis afectivas y esquizofrénicas, continúa siendo un tema de intenso debate. El reciente DSM-5, sugiere el término de trastornos del espectro esquizofrénico y plantea un abordaje dimensional de estos en el que se incluya la dimensión afectiva, pero no incluirá a las psicosis cicloides como entidad nosológica independiente.
  - B. Aunque no existen datos concluyentes que apoyen de forma unívoca una hipótesis concreta, según los resultados del presente estudio, las hipótesis mejor validadas serían las de considerarla:
    - a. como una forma atípica de trastorno afectivo o
    - b. como una entidad nosológica independiente
  - C. Las hipótesis anteriormente señaladas serían compatibles con el concepto de **espectro esquizoafectivo**. Espectro que existe a lo largo de un continuo entre los trastornos psicóticos esquizofrénicos y afectivos. Dentro de este *continuum*, las psicosis cicloides se encontrarían posiblemente más próximas al polo afectivo que al esquizofrénico.
  - D. Más allá de la nosología, con el fin de abordar de manera más sólida la heterogeneidad de los síndromes y aclarar el solapamiento entre ellos en cuanto a su patología y etiología. Se propone como tercera vía, un enfoque **JANICULAR** o **QUIASMÓTICO**, donde la presentación en forma cruzada de dos ideas paralelas permite contemplar una misma situación desde dos

perspectivas diferentes, de manera que se introduce una idea central que sería la Psicosis Cicloide.

7. En **RESUMEN**, con los resultados del presente estudio, queda reflejado que el valor clínico y heurístico de la psicosis cicloide parece evidente, ya que define un síndrome clínico específico con un patrón sintomático característico que predice una buena recuperación interepisódica y que lo diferencia del resto de primeros episodios psicóticos.

## 6.2 Recomendaciones

Aunque el valor clínico y heurístico del concepto de psicosis cicloide parece evidente, así como su relevancia pronóstica e implicaciones terapéuticas, las bases neurobiológicas del trastorno todavía están por establecerse y deberían ser estudiadas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberg-Wistedt, A., Elwin, C.E., Noree, L.O. and Wistedt, B. (1988) Lithium and renal function in relation to concomitant therapy. *Int Clin Psychopharmacol* **3**, 277-86.
- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. (1993) Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry Suppl* 39-44
- Ahokas, A., Aito, M. and Rimon, R. (2000) Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis: a pilot study. *J Clin Psychiatry* **61**, 166-9.
- Altman, E.G., Hedeker, D.R., Janicak, P.G., Peterson, J.L., Davis, J.M. (1994) The Clinician-Administered Rating Scale for Mania (CARS-M): development, reliability, and validity. *Biol Psychiatry* **36**, 124-134.
- American Psychiatric Association. (1995) *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2000) *DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington.
- American Psychiatric Association. (2012) *DSM-V, Esquizofrenia*.  
[www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/SchizophreniaSpectrumandOtherPsychoticDisorders.aspx](http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/SchizophreniaSpectrumandOtherPsychoticDisorders.aspx)
- Andreasen, N.C., Carpenter, W.T. Jr, Kane, J.M., Lasser, R.A., Marder, S.R. and Weinberger, D.R. (2005) Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* **162**, 441-9.
- Arango, C., Kirkpatrick, B., Buchanan, R.W. and Carpenter, W.T. Jr (1998) [The deficit syndrome: a domain of schizophrenia]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* **26**, 180-6.
- Armbruster, B., Gross, G., Huber, G. (1983) Long-term prognosis and course of schizoaffective, schizophreniform, and cycloid psychoses. *Psychiatr Clin* **16**, 156-168.
- Ashton, H. (1993). *Benzodiazepines: How they Work & How to Withdraw (The Ashton Manual)*. Newcastle University.
- Ballet, G. (eds.). (1903) *Traité de Pathologie Mentale*. Doin Eds: París
- Ban, T. (1990) Clinical Pharmacology and Leonhard's Classification of Endogenous Psychoses. *Psychopathology* **23**, 331-338

- Barcia, D. (1998) *Psicosis cicloides*. (pp. 19-20,21,26,35,95-106). Tricastela: Madrid.
- Barcia, D., Morcillo, L., (1996). Características del dormir en las psicosis endógenas. Laboratorios Menarini: Barcelona.
- Bartsch AJ, Seybold S, Koeck PR, Jabs B, Fallgatter AJ, Reiners C., (2001) Cycloid psychoses in video demonstrations and 99mTc-HMPAO-SPECT findings. *World Journal of Biological Psychiatry* **2**, 97.
- Becker T, Stóber G, Lanczik, Hofmann E, Franzek E. (1995) *Cranial computed tomography and differentiated psychopathology- are there patterns of abnormal CT findings in Endogenous Psychosis? Leonhard's impact on Modern Psychiatry*. Edited by Beckmann H, Neumarker KJ. Berlin: Ullstein-Mosby.
- Beckmann H, Fritze J, Lanczik M. (1990) Prognostic validity of the cycloid psychoses. *Psychopathology* **23**, 205-11.
- Beckman, G., Beckman, L., Cedergren, B., Perris, C., Strandman, E. and Wahlby, L. (1978) Genetic markers in cycloid psychosis. *Neuropsychobiology* **4**, 276-82.
- Beckman, L., Beckman, G. and Perris, C. (1980) Gc serum groups and schizophrenia. *Clin Genet* **17**, 149-52.
- Beckmann, H. and Franzek, E. (2000) The genetic heterogeneity of "schizophrenia". *World J Biol Psychiatry* **1**, 35-41.
- Bhaskara, S.M. (1998) A woman with recurrent acute confusion: a case of cycloid psychosis. *J Psychiatry Neurosci* **23**, 61-3.
- Blennow, G. and McNeil, T.F. (1991) Neurological deviations in newborns at psychiatric high risk. *Acta Psychiatr Scand* **84**, 179-84.
- Bleuler, E. (1908) *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig und Wien. Traducido en Bleuler, E (1960) *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Ed. Hormé: Buenos Aires
- Brauning, P. (1995). *Elemente zyklorder Psychopathologie und diagnostische Merkmale zyklorder Psychosen*. Stuttgart, New York: Schttauer.
- Brockington, I. and Roper, A. (1990) An evaluation of the concept of cycloid psychosis. *Psychopathology* **23**, 193-5.
- Brockington, I.F., Perris, C., Kendell, R.E., Hillier, V.E. and Wainwright, S. (1982) The course and outcome of cycloid psychosis. *Psychol Med* **12**, 97-105.
- Brockington, I.F, Roper, A., Buckley, M., Copas, J., Andrade, C., Wigg, P. (1991) Bipolar disorder, cycloid psychosis and schizophrenia: a study using 'lifetime' psychopathology ratings, factor analysis and canonical variate analysis. *European Psychiatry* **6**, 223-36.
- Bromet, E.J., Schwartz, J.E., Fennig, S., Geller, L., Jandorf, L., Kovasznay, B., Lavelle, J., Miller, A., Pato, C., Ram, R. (1992) The epidemiology of psychosis: the Suffolk County Mental Health Project. *Schizophr Bull* **18**, 243-255.
- Cabaleiro Goas, M. (1968) Las psicosis marginales y atípicas endógenas, el concepto de psicosis mixtas y los síndromes esquizofrenoides, maniformes u pseudodepresivos. *Folia neuropsiquiátrica* **3**, 25-49.
- Carpenter WT, Buchanan RW, Kirkpatrick B, Tamminga CA, Wood F. (1993) Strong inference, theory falsification, and the neuroanatomy of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* **50**, 825-31.
- Carpenter Jr, W.T. (2004) Clinical constructs and therapeutic discovery. *Schizophr Res* **72**, 69-73.

- Carpenter, W.T. and Koenig, J.I. (2008) The evolution of drug development in schizophrenia: past issues and future opportunities. *Neuropsychopharmacology* **33**, 2061-79.
- Carpenter, W.T. (2010) It is time for a new paradigm for the Study of Psychoses. *Rev Psiquiatr Salud Ment* **3**, 1-3.
- Castagnini, A. and Berrios, G.E. (2009) Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F23): a review from a European perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **259**, 433-43.
- Castagnini, A., Bertelsen, A., Munk-Jorgensen, P. and Berrios, G.E. (2007) The relationship of reactive psychosis and ICD-10 acute and transient psychotic disorders: evidence from a case register-based comparison. *Psychopathology* **40**, 47-53.
- Castro-Fornieles J, Baeza I, de la Serna E, Gonzalez-Pinto A, Parellada M, Graell M, Moreno D, Otero S, Arango C (2011). Two-year diagnostic stability in early-onset first-episode psychosis. *Journal of Child Psychology Psychiatry* **52**, 1089-98
- Cetkovich-Bakmas, M.G. (2002) [Karl Leonhard's Cycloid Psychosis and its position in the field of the endogenous psychosis]. *Vertex* **13 Suppl 1**, 17-21.
- Claude H. (1930) Schizomanie à forme imaginative. *Encephale*. **25**, 10.
- Colina, F. and Álvarez, J. M. (1994) *El delirio en la clínica francesa*. Dorsa: Madrid.
- Compton MT, Kelley ME, Ramsay CE, Pringle M, Goulding SM, Esterberg ML, Stewart T, Walker EF. (2009) Association of pre-onset cannabis, alcohol, and tobacco use with age at onset of prodrome and age at onset of psychosis in first-episode patients. *Am J Psychiatry* **166**, 1251-7.
- Coyle N, Jones I, Robertson E, Lendon C, Craddock N. (2000) Variation at the serotonin transporter gene influences susceptibility to bipolar affective puerperal psychosis. *Lancet* **356**, 1490-91.
- Craddock N, Owen MJ. (2007). Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. *World Psychiatry* **6**, 84-91.
- Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ. (2006) Genes for schizophrenia and bipolar disorder? Implications for psychiatric nosology. *Schizophr Bull* **32**:9-16.
- Crow, T.J. (1986) The continuum of psychosis and its implication for the structure of the gene. *Br J Psychiatry* **149**, 419-422.
- Cuesta, M.J. and Peralta, V. (2008) Current psychopathological issues in psychosis: Towards a phenome-wide scanning approach. *Schizophr Bull* **34**,587-90.
- Cutting, J. (1990) Relationship between cycloid psychosis and typical affective psychosis. *Psychopathology* **23**, 212-9.
- Cutting, J.C., Clare, A.W. and Mann, A.H. (1978) Cycloid psychosis: an investigation of the diagnostic concept. *Psychol Med* **8**, 637-48.
- Das, S.K., Malhotra, S., Basu, D. (1999) Family study of acute and transient psychotic disorders: comparison with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **34**, 328-32.
- de Sousa, L.M. (2005) [Cycloid psychosis]. *Servir* **53**, 264-70.
- Del Porto, J.A. (2004) [Bipolar disorder: evolution of the concept and current controversies]. *Rev Bras Psiquiatr* **26 Suppl 3**, 3-6.

- Derito, M., Martínez-Rodríguez, G., Monchablon-Espinoza, A., (2005). Las Psicosis Cicloides: Psicosis Bipolares no Maníaco-depresivas. *Alcmeón* **47**, 271-99
- Descheemaeker, M.J., Vogels, A., Govers, V., Borghgraef, M., Willekens, D., Swillen, A., Verhoeven, W. and Fryns, J.P. (2002) Prader-Willi syndrome: new insights in the behavioural and psychiatric spectrum. *J Intellect Disabil Res* **46**, 41-50.
- Deuchar, N. and Brockington, I. Puerperal and menstrual psychoses: the proposal of a unitary etiological hypothesis. (1998) *J Psychosom Obstet Gynaecol* **19**, 104-110.
- Dohrenwend B, Dohrenwend B. (1974) Sex differences and psychiatric disorders. *Annual Review of Psychology* **25**, 417-52
- Ehlis AC, Zielasek J, Hemmann MJ, Ringel T, Jacob C, Fallgatter AJ. (2005) Beneficial effect of atypical antipsychotics on prefrontal brain function in acute psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **225**, 299-307.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. (1976) The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* **33**, 766-71
- Ey, H. (1995) *Tratado de Psiquiatría*. Editorial Masson: Madrid
- Falkai P, Bogerts B, Klieser E, Mooren I, War tes H, Schlüter U. (1995) *Cranial computed tomography in schizophrenic patients with cycloid psychosis and controls*. En: H. Beckman & K. J. Neumarker (eds.), *Endogenous psychoses. Leonhard's impact on modern psychiatry*. Berün/Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Faraone SV, Taylor L, Tsuang MT. (2002) The molecular genetics of schizophrenia: an emerging consensus. *Expert Rev Mol Med*. **23**, 1-13
- Fish F. (1964) The cycloid psychoses. *Compr Psychiatry* **5**, 155-69.
- Franzek, E. (1990) Influence of Carl Wernicke on Karl Leonhard's nosology. *Psychopathology* **23**, 277-281.
- Franzek E, Beckmann H. (1992) Season-of-birth effect reveals the existence of etiologically different groups of schizophrenia. *Biol Psychiatry* **32**, 375-378.
- Franzek, E., Becker, T., Hofmann, E., Flohl, W., Stober, G. and Beckmann, H. (1996) Is computerized tomography ventricular abnormality related to cycloid psychosis? *Biol Psychiatry* **40**, 1255-66.
- Franzek E, Beckmann H. Different genetic background of schizophrenia spectrum psychoses: a twin study. (1998) *Am J Psychiatry* **155**, 76-83.
- Garcia-Andrade, R.F., Diaz-Marsa, M., Carrasco, J.L., Lopez-Mico, C., Saiz-Gonzalez, D., Aurecochea, J.F., Yanez, R. and Lopez-Ibor, J.J. (2011) Diagnostic features of the cycloid psychoses in a first psychotic episode sample. *J Affect Disord* **130**, 239-44.
- Häfner, H. (2003) Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology* **Suppl 2**, 17-54.
- Hales R, Yudofsky S, Talbott J. (1999) *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gaupp, R. (1926) Die Frage der kombinierten Psychosen. *Arch Psychiat Nervenkr* **76**, 73.
- Geraud, M. (1997) [Emil Kraepelin and bipolar disorder: invention or over-extension?]. *Encephale* **23 Spec No 1**, 12-9.
- Gieruch, N. and Friedmann M. Studies in paranoia. *American Journal of Insanity* **65**, 547-9

- Gómez-Alcalde, M.S. (2002) Patología psiquiátrica en el puerperio (Psicosis puerperal). *Revista de Neuropsiquiatría* **65**, 32-46.
- Grosse, U. (1968) Diagnostische Beurteilung der im puerperium ausbrechender Psychosen. *Psychiat Neurol Med Psychol* **20**, 222-25
- Hatotani, N. and Nomura, J. (1983) Neurobiology of periodic psychoses. *Tokyo Igaku-Shoin. Suppl*
- Hoch, A. (1921) *Benign stupors*. Little & Ives Company: New York
- Hoffler, J., Braunig, P., Kruger, S. and Ludvik, M. (1997) Morphology according to cranial computed tomography of first-episode cycloid psychosis and its long-term-course: differences compared to schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* **96**, 184-7.
- INSERM (1977) Des maladies, traumatismes et causes de décès. Genève
- Jabs, B., Althaus, G., Bartsch, A., Schmidtke, A., Stober, G., Beckmann, H. and Pfulmann, B. (2006) [Cycloid psychoses as atypical manic-depressive disorders. Results of a family study]. *Nervenarzt* **77**, 1096-100, 1102-4.
- Jabs, B., Krause, U., Althaus, G., Stober, G. and Pfulmann, B. (2004) [Comparative study of life quality in patients with cycloid and schizophrenic psychoses]. *Nervenarzt* **75**, 460-6.
- Jabs, B.E., Krause, U., Althaus, G., Bartsch, A.J., Stober, G. and Pfulmann, B. (2004) Differences in quality of life and course of illness between cycloid and schizophrenic psychoses - a comparative study. *World J Biol Psychiatry* **5**, 136-42.
- Jabs, B.E., Pfulmann, B., Bartsch, A.J., Cetkovich-Bakmas, M.G., Stober, G. (2003) Cycloid psychoses: from clinical concepts to biological foundations. *JNeural Transm* **109**, 907-19.
- Jarema, M. and Choma, M. (1995) [A case report of cyclic psychosis]. *Psychiatr Pol* **29**, 93-100.
- Jarema, M., Kacperczyk, J. and Kruszynski, S. (1991) The predictive value of psychopathological subclassifications for the neuroleptic treatment outcome in schizophrenia. *Psychopathology* **24**, 141-6.
- Jonsson, S.A. (1992) Cycloid psychosis and affective disorder: borderland cases. *Psychopathology* **25**, 154-60.
- Jonsson, S.A. (1991) Marriage rate and fertility in cycloid psychosis: comparison with affective disorder, schizophrenia and the general population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **241**, 119-25.
- Jonsson, S.A., Jonsson, H., Nyman, A.K. and Nyman, G.E. (1991) The concept of cycloid psychosis: sensitivity and specificity of syndromes derived by multivariate clustering techniques. *Acta Psychiatr Scand* **83**, 353-62.
- Jonsson, S.A., Jonsson, H. and Nyman, G.E. (1991) The concept of cycloid psychosis: the discriminatory power of symptoms. *Acta Psychiatr Scand* **84**, 22-5.
- Kasanin, J. (1994) The acute schizoaffective psychoses. *Am J Psychiatry* **151**, 144-54.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. and Opler, L.A. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* **13**, 261-76.
- Kendell, R.E. (1982) The choice of diagnostic criteria for biological research. *Arch Gen Psychiatry* **39**, 1334-39.
- Kirkpatrick B, Buchanan RW, McKenney PD, Alphas LD, Carpenter WT Jr. (1989) The Schedule for the Deficit syndrome: an instrument for research in schizophrenia. *Psychiatry Res* **30**, 119-23.

- Kleist, K. (1928) *Ubre zyklode, paranoide und epileptoide psychosen und ubre die frage des degeneration psychosen*. Citado en: Psicosis marginales de Kleist *Psiquiatría.COM* (revista electronica) (citado 1 Jul 1997).
- Klompenerhouwer, J., van Hulst, A., Tulen, J., Jacobs, M., Jacobs, B. and Segers, F. (1995) The clinical features of postpartum psychoses. *Eur Psychiatry* **10**, 355-67.
- Kraepelin, E. (1899) *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studirende und Aertze* (6th edn). Leipzig: Barth Verlag. Reimpreso (1990) como *Psychiatry: A Textbook for Students and Physicians* (ed. J. M. Quen; trans. H. Metoiu & S. Ayed). Canton, MA: Science History Publications.
- Kraepelin, E. (1900) *Introducción a la clínica psiquiátrica (Treinta y dos lecciones)*. Heidelberg: Traducción de Santos Rubiano.
- Kraepelin, E. (1988) *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Nieva: Madrid.
- Kopala, L.C. (1998) Diagnosing cycloid psychosis. *J Psychiatry Neurosci* **23**, 240-1.
- Lacono, W. and Beiser, M. (1992) Where are the women in first-episode studies of schizophrenia? *Schizophr Bull* **18**, 471-480
- Lader, M. (1995) What is relapse in schizophrenia?. *Int Clin Psychopharmacol* **Suppl 5**, 5-9.
- Lake, C.R and Hurwitz, N. (2007) Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease - there is no schizoaffective disorder. *Curr Opin Psychiatry*. **20**, 365-79.
- Langfeldt, G. (1939) *The schizophreniform states*. Copenhagen: E. Munksgaard.
- Larsen, T.K., Moe, L.C., Vibe-Hansen, L., Johannessen, J.O., (2000) Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Res* **45**, 1-9.
- Lee, J.W. (2004) Cycloid psychosis, catatonia, and periodic catatonia. *Aust N Z J Psychiatry* **38**, 975-6.
- Leonhard, K. (1960) Clasificación de las psicosis endógenas en la línea de investigación de Wernicke y Kleist. *Alcmeón* (revista electronica) **13**, (traducción Tabasso, J.V)
- Leonhard, K. (1961) Cycloid psychoses-endogenous psychoses, which are neither schizophrenic or manic-depressive. *J Ment Sci* **107**, 632-648.
- Leonhard, K. (1979) *The classification of endogenous psychoses*. 5ª ed. Irvington: Nueva York.
- Leonhard K. (1995) *Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferenciada*. Traducción y revisión técnica de la 7ª edición alemana, corregida y aumentada por Beckmann, H. Würzburg: Polemos.
- Leonhard, K. (1999). *Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology*. Springer Medicine.
- Levinson, D.F. and Levitt, M.E. (1987) Schizoaffective mania reconsidered. *Am J Psychiatry* **144**, 415-25.
- Lewine R, Burbach D, Meltzer H (1984) Effect of diagnostic criteria on the ratio of male to female schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* **141**, 84-87.
- Lindvall, M., Axelsson, R. and Ohman, R. (1993) Incidence of cycloid psychosis. A clinical study of first-admission psychotic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **242**, 197-202.
- Lindvall, M., Hagnell, O. and Ohman, R. (1990) Epidemiology of cycloid psychosis. *Psychopathology* **23**, 228-32.

- Lindvall, M., Hagnell, O. and Ohman, R. (1986) Epidemiology of cycloid psychosis. A prospective longitudinal study of incidence and risk in the 1947 cohort of the Lundby Study. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* **236**, 109-18.
- Little, J.D., Ungvari, G.S. and McFarlane, J. (2000) Successful ECT in a case of Leonhard's cycloid psychosis. *J ECT* **16**, 62-7.
- Livianos, L., Rojo, L., Guillem, J.L., Villavicencio, D., Pino, A., Mora, R., Vila, M.L., Domínguez, A. (2000). Adaptation of the clinician-administered rating scale for mania. *Actas Esp Psiquiatr* **28**, 169-177.
- López-Ibor, J.J. (2010) *Monismos y dualismos en psiquiatría*. Madrid
- López-Ibor, J.J. (2011). Percepción, vivencia e identidad corporales. *Actas Esp Psiquiatr* **39**, Suppl 3
- Magnan, V. and Legrain, M. (1895) *Les degeneres. Etat mental et syndromes épisodiques*. París: Rueff.
- Mahé, V. and Dumaine, A. (2001) Oestrogen withdrawal associated psychoses. *Acta Psychiatr Scand* **104**, 323-31.
- Mahuzier, G., Sylvestre, G., Demaison, J., Maccario, J. and Vu, T.D. (1977) [Determination of the erythrocytoplasma lithium ratio. Analytical considerations and clinical applications (author's transl)]. *Pathol Biol (Paris)* **25**, 629-36.
- Maier, W. (2006) Do schizoaffective disorder exists at all? *Acta Psychiatr Scand* **13**, 369-71.
- Maier, W., Hofgen, B., Zobel, A. (2005) Genetic models of schizophrenia and bipolar disorder: overlapping inheritance or discrete genotypes? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **255**, 159-66.
- Maj, M. (1984) The evolution of some European diagnostic concepts relevant to the category of schizoaffective psychoses. *Psychopathology* **17**, 158-67.
- Maj, M. (1984) Effectiveness of lithium prophylaxis in schizoaffective psychosis: application of a polydiagnostic approach. *Acta Psychiatr Scand* **70**, 228-234.
- Maj, M. (1988) Clinical course and outcome of cycloid psychotic disorder: a three-year prospective study. *Acta Psychiatr Scand* **78**, 182-187.
- Maj, M. (1990) Cycloid psychotic disorder: validation of the concept by means of a follow-up and a family study. *Psychopathology* **23**, 196-204.
- Maj M, Pirozzi R, and Formicola AM. (2000) Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder: preliminary data. *J Affect Disord* **57**, 95-8.
- Marneros, A., Pillmann, F., Haring, A. and Balzuweit, S. (2000) [Acute and transient psychotic disorders]. *Fortschr Neurol Psychiatr* **68 Suppl 1**, S22-5.
- Marneros A, Pillmann F (2004). *Acute and Transient Psychoses*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Mayer-Gross, W. (1952) The diagnostic significance of certain tests of carbohydrate metabolism in psychiatric patients and the question of "oneirophrenia". *J Ment Sci* **98**, 683-6.
- McCabe, M. S. (1975) Reactive psychoses. A clinical and genetic investigation. *Acta Psychiatr Scand* **259**, 1-133.
- McGorry, P.D, Singh, B., Connell, S., McKenzie, D., Van Riel, R., Copolov, DL. (1992) Diagnostic concordance in functional psychosis revisited: a study of inter-relationships between alternative concepts of psychotic disorder. *Psychol Med* **22**, 367-78.

- McNeil, T.F. (1986) A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. 1. Clinical characteristics of the current postpartum episodes. *Acta Psychiatr Scand* **74**, 205-16.
- McNeil, T.F., Kaij, L., Malmquist-Larsson, A., Naslund, B., Persson-Blennow, I., McNeil, N. and Blennow, G. (1983) Offspring of women with nonorganic psychoses. Development of a longitudinal study of children at high risk. *Acta Psychiatr Scand* **68**, 234-50.
- Meduna, L.J and McCulloch, W.S.(1946) Oneirophrenia, a clinicophysilogic syndrome. *Arch Neurol Psychiatry*. **56**, 483.
- Mitsuda, H. (1965) The concept of atypical psychoses—from the aspect of clinical genetics. *Acta Psychiatr Scand* **41**, 372-377.
- Mojtabai, R. (2000) Heterogeneity of cycloid psychosis: a latent class analysis. *Psychol Med* **30**, 721-26.
- Mojtabai, R., Susser, E.R., Bromet, E. J. (2003) Clinical characteristics, 4-year course, and DSM-IV classification of patients with non-affective acute remitting psychosis. *Am J Psychiatry* **160**, 2108-15.
- Mojtabai, R., Varma, V.K., Susser, E. (2000) Duration of remitting psychoses with acute onset. Implications for ICD-10. *Br J Psychiatry Suppl*
- Morel, B.A. (1857) *Traite des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espece humaine et des causes que produisent ees variétés malades*. París: Bailliére.
- Montgomery, J.H. and Vasu, D. (2007) The use of electroconvulsive therapy in atypical psychotic presentations: a case review. *Psychiatry (Edmont)* **4**, 30-9.
- Muller, T.J., Kalus, P. and Strik, W.K. (2001) The neurophysiological meaning of auditory P300 in subtypes of schizophrenia. *World J Biol Psychiatry* **2**, 9-17.
- Naslund, B., Persson-Blennow, I., McNeil, T., Kaij, L. and Malmquist-Larsson, A. (1984) Offspring of women with nonorganic psychosis: fear of strangers during the first year of life. *Acta Psychiatr Scand* **69**, 435-44.
- Naz B, Fochtmann LJ, Bromet EJ. *Schizophreniform Disorder*. (2005) En: Sadock B, Sadock VA, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Neele, E. (1944) Krampftherapie und Differentialdiagnose der bedrohlichen Hyperkinese (fälschlich «tödliche Katatonie» genannt). *Z ges Neurol Psychiat* **178**, 165–189.
- Neumarker, K.J. (1990) Leonhard and the classification of psychomotor psychoses in childhood and adolescence. *Psychopathology* **23**, 243-52.
- Neumarker, K.J. (1987) [Occurrence of motility psychoses (cycloid psychoses) in childhood]. *Z Kinder Jugendpsychiatr* **15**, 57-67.
- Norman, C. (1890) Acute confusional insanity. *The Dublin Journal of Medical Science* **89**, 506-18
- Nugent, K.L., Paksarian, D. and Mojtabai, R. (2011) Nonaffective acute psychoses: uncertainties on the way to DSM-V and ICD-11. *Curr Psychiatry Rep* **13**, 203-10.
- Okasha, A. (1983) Problems of schizo-affective disorders. *Psychiatr Clin (Basel)* **16**, 149-55.
- Palsson, A., Thulin, S.O. and Tunving, K. (1982) Cannabis psychoses in south Sweden. *Acta Psychiatr Scand* **66**, 311-21.
- Paykel ES, Martin del Campo A, White W, Horton R. (1991) Neuroendocrine challenge studies in puerperal psychoses: dexamethasone suppression test and TRH stimulation. *Br J Psychiatry* **153**, 90-

94.

Peralta, V. and Cuesta, M.J. (1994). Validación de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica* **4**, 44–50.

Peralta, V. and Cuesta, M.J. (2005) Cycloid psychosis. *Int Rev Psychiatry* **17**, 53-62.

Peralta, V. and Cuesta, M.J. (2004) Cycloid psychosis: a clinical and nosological study. *Psychol Med* **33**, 443-53.

Peralta, V. and Cuesta, M.J. (2003) The nosology of psychotic disorders: a comparison among competing classification systems. *Schizophr Bull* **29**, 413-25.

Peralta, V., Cuesta, M.J., Serrano, J.F. and Martínez-Larrea, J.A. (2001) Classification issues in catatonia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **251 Suppl 1**, I14-6.

Peralta, V., Cuesta, M.J. and Zandío, M. (2007) Cycloid psychosis: an examination of the validity of the concept. *Curr Psychiatry Rep* **9**, 184-92.

Perris, C. (1988) The concept of cycloid psychotic disorder. *Psychiatr Dev* **6**, 37-56.

Perris, C. (1978) Morbidity suppressive effect of lithium carbonate in cycloid psychosis. *Arch Gen Psychiatry* **35**, 438-31.

Perris, C. (1974) A study of cycloid psychosis. *Acta Psychiatr Scand* **253**, 1-77.

Perris, C. and Perris, H. (1978) Status within the family and early life experiences in patients with affective disorders and cycloid psychosis. *Psychiatr Clin (Basel)* **11**, 155-62.

Perris, C., Strandman, E. and Wahlby, L. (1979) HL-A antigens and the response to prophylactic lithium. *Neuropsychobiology* **5**, 114-8.

Pfuhlmann, B., Franzek, E., Stober, G., Strik, W.K. and Beckmann, H. (1999) [Remarks on the contribution of D. Sigmund. Cycloid psychosis and empirical-statistical research. *Nervenarzt* (1998) 69:228-37]. *Nervenarzt* **70**, 288-9.

Pfuhlmann, B., Stober, G., Franzek, E. and Beckmann, H. (1998) Cycloid psychoses predominate in severe postpartum psychiatric disorders. *J Affect Disord* **50**, 125-34.

Pfuhlmann, B., Stoeber, G. and Beckmann, H. (2002) Postpartum psychoses: prognosis, risk factors, and treatment. *Curr Psychiatry Rep* **4**, 185-90.

Pfuhlmann, B., Jabs, B., Althaus, G., Schmidtke, A., Bartsh, A., Stobre, G. (2004) Cycloid psychoses are not part of a bipolar affective spectrum: results of a controlled family study. *J Affect Disord* **83**, 11-19.

Pichot, P. (1982) The diagnosis and classification of mental disorders in French-speaking countries; background, current views and comparison with other nomenclatures. *Psychol Med* **12**, 475-492.

Pillmann, F., Haring, A., Balzuweit, S., Bloink, R. and Marneros, A. (2001) Concordance of acute and transient psychoses and cycloid psychoses. *Psychopathology* **34**, 305-11.

Pillmann, F., Bloink, R., Balzuweit, S., Haring, A., Marneros, A. (2003) Personality and social interactions in patients with acute brief psychoses. *J Nerv Ment Dis* **191**, 503-508.

Régis, E. (1901) *Le délire onirique des intoxications et des infections*. Bordeaux: Destout

Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, Koreen A, Sheitman B, Chakos

- M, Mayerhoff D, Lieberman JA (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry* **56**, 241-7.
- Rossi, R. and Delmonte, P. (1970) [Cycloid psychosis in Italian diagnostic models]. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)* **22**, 289-93.
- Rossi, R. and Gabrielli, F. (1976) [The use of rating scales for the study of diagnostic models: recognition of the uncertainties in classification principles]. *Encephale* **2**, 283-6.
- Sakamoto, K. (2011) [Categorical and dimensional diagnostic approach to acute psychosis in view of operational diagnostic criteria]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* **113**, 1228-34.
- Salvatore, P., Bhuvanewar, C., Ebert, D., Maggini, C. and Baldessarini, R.J. (2008) Cycloid psychoses revisited: case reports, literature review, and commentary. *Harv Rev Psychiatry* **16**, 167-80.
- Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M, Khalsa HM, Sanchez-Toledo JP, Zarate CA Jr, Vieta E, Maggini C (2009). McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of DSM-IV diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *Journal of Clinical Psychiatry* **70**, 458-66.
- Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M, Khalsa HM, Sanchez-Toledo JP, Zarate CA Jr, Vieta E, Maggini C (2011). McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of ICD-10 diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *Journal of Clinical Psychiatry* **72**, 183-93.
- Samuel-Lajeunesse, B. (1996) *La querelle des diagnostics*. Paris: Navarin.
- Sanchez, E.G. (1987) Schizophreniform disorder: a diagnostic dilemma. *South Med J* **80**, 223-7.
- Sarró, S., Dueñas, R.M., Ramírez, N., Arranz, B., Martínez, R., Sánchez, J.M., González, J.M., Saló, L., Miralles, L., San, L. (2004) Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Schizophr Res* **68**, 349-356.
- Schifferdecker, M., Krahl, A. and Krekel, N.O. (1995) [Psychoses in multiple sclerosis--a reevaluation]. *Fortschr Neurol Psychiatr* **63**, 310-9.
- Schneider, F., Böser, H., Heimann, H., Fus, I., Friedrich, J. (1992) [Nosologic specificity of psychopathologic findings in schizophrenic and depressed patients]. *Wien Klin Wochenschr* **104**, 51-5.
- Schreiber W. (1995) *Operationalized Diagnosis of Cycloid Psychoses and Non-Systematic Schizophrenias according to Karl Leonhard*. Endogenous Psychoses. Ullstein Mosby: Austria.
- Schröder, P. (1922) Degenerationspsychosen und Dementia praecox. *Arch Psychiat Nervenkr* **66**, 1.
- Seghers, A. (1987) [Relevance of using the concept of reactional psychosis]. *Acta Psychiatr Belg* **87**, 599-606.
- Sérieux, P. y Capgras, J. (1909) *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*. Félix Alcan:París. Traducido en Alvarez, J.M., Colina, F., Esteban, R. (2009) *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*. Ergon: Madrid.
- Severino, S.K. and Yonkers, K.A. (1993) A literature review of psychotic symptoms associated with the premenstruum. *Psychosomatics* **34**, 299-306.
- Sigmund, D. and Mundt, C. (1999) The cycloid type and its differentiation from core schizophrenia: a phenomenological approach. *Compr Psychiatry* **40**, 4-18.
- Srihari, V.H., Lee, T.S., Rohrbach, R.M. and D'Souza, D.C. (2006) Revisiting cycloid psychosis: a case of an acute, transient and recurring psychotic disorder. *Schizophr Res* **82**, 261-4.
- Stein M, Blumenshon R, Witztum E. (2003) Perimenstrual psychosis among female adolescents: two

case reports and an update of the literatura. *Int J Psychiatry Med* **33**, 169-79.

Stober, G., Kocher, I., Franzek, E. and Beckmann, H. (1997) First-trimester maternal gestational infection and cycloid psychosis. *Acta Psychiatr Scand* **96**, 319-24.

Strik, W.K. (2000) Anxiety as a primary symptom in cycloid psychosis. *CNS Spectr* **5**, 47-51.

Strik, W.K. (1997) [The psychiatric illness of Vincent van Gogh]. *Nervenarzt* **68**, 401-9.

Strik, W.K., Dierks, T., Franzek, E., Maurer, K. and Beckmann, H. (1993) Differences in P300 amplitudes and topography between cycloid psychosis and schizophrenia in Leonhard's classification. *Acta Psychiatr Scand* **87**, 179-83.

Strik, W.K., Fallgatter, A.J., Stoeber, G., Franzek, E. and Beckmann, H. (1996) Specific P300 features in patients with cycloid psychosis. *Acta Psychiatr Scand* **95**, 67-72.

Strik, W.K., Ruchow, M., Abele, S., Fallgatter, A.J. and Mueller, T.J. (1998) Distinct neurophysiological mechanisms for manic and cycloid psychoses: evidence from a P300 study on manic patients. *Acta Psychiatr Scand* **98**, 459-66.

Strömngren E. (1987) The development of the concept of reactive psychoses. *Psychopathology* **20**, 62-7. Review

Susser, E., Varma, V.K., Malhotra, S., Conover, S., Amador, X.F. (1995) Delineation of acute and transient psychotic disorders in a developing country setting. *Br J Psychiatry* **167**, 216-19.

Tappe, K. (1995) *Synonymy of phasic «atypical» psychoses- cycloid psychoses versus other classifications*, en: Endogenous Psychoses. Ullstein: Mosby.

Tolna, J., Peth, B., Farkas, M., Vizkeleti, G., Tusnady, G. and Marosi, J. (2001) Validity and reliability of Leonhard's classification of endogenous psychoses: preliminary report on a prospective 25- to 30-year follow-up study. *J Neural Transm* **108**, 629-36.

Trostorff, S. and Leonhard, K. (1990) Catamnesis of endogenous psychoses according to the differential diagnostic method of Karl Leonhard. *Psychopathology* **23**, 259-262.

Ungvari, G.S. (1993) The Wernicke. Kleist-Leonhard school of psychiatry. *Biol Psychiatry* **34**, 749-752.

Vaillant, G.E. (1964) An historical view of remitting schizophrenias. *J Nerv Ment Dis* **138**, 48-56.

Van Den Bogaert, Del-Favero, J., Van Broeckhoven, C. (2006) Major affective disorders and schizophrenia: a common molecular signature? *Hum Mutat* **27**, 833-53.

van der Heijden, F.M., Tuinier, S., Kahn, R.S. and Verhoeven, W.M. (2004) Nonschizophrenic psychotic disorders: the case of cycloid psychoses. *Psychopathology* **37**, 161-7.

Vanggaard T. (1978) Diagnosis of schizophrenic borderline states. *Acta Psychiatr Scand* **58**, 213-30.

Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. (2009) A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* **39**, 179-95.

Veen ND, Selten J-P, van der Tweel I, Feller WG, Hoek HW, Kahn RS. (2004) Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry* **161**, 501-506.

Verhoeven, W.M., Curfs, L.M. and Tuinier, S. (1998) Prader-Willi syndrome and cycloid psychoses. *J Intellect Disabil Res* **42** (Pt 6), 455-62.

Verhoeven, W.M., Egger, J.I., Gunning, W.B., Bevers, M. and de Pont, B.J. (2010) Recurrent

schizophrenia-like psychosis as first manifestation of epilepsy: a diagnostic challenge in neuropsychiatry. *Neuropsychiatr Dis Treat* **6**, 227-31.

Walther, S., Horn, H., Koschorke, P., Muller, T.J. and Strik, W. (2009) Increased motor activity in cycloid psychosis compared to schizophrenia. *World J Biol Psychiatry* **10**, 746-51.

Warkentin, S., Nilsson, A., Karlson, S., Risberg, J., Franze'n, G. and Gustafson, L. (1992) Cycloid psychosis: regional cerebral blood flow correlates of a psychotic episode. *Acta Psychiatr Scand* **85**, 23-9.

Westphal, C.F.O. (1869) En oposición al instinto sexual: un síntoma del estado neuropatológico *Archivos de Psiquiatría y Enfermedades Nerviosas* **2**, 73-108.

Warkentin S, Nilsson A, Karlson S, Risberg J, Franzén G, Gustafson L. (1992) Cycloid psychosis: regional cerebral blood flow correlates of a psychotic episode. *Acta Psychiatr Scand* **85**, 23-29.

Wernicke, C. (1900) *Grundriss der Psychiatrie*. Leipzig: G. Thieme.

Wieck A, Kumar R, Hirst AD, Marks MN, Campbell IC, Checkley SA (1991). Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *Brit Med J* **303**, 613-16.

Winblad, B., Gottfries, C.G., Oreland, L. and Wiberg, A. (1979) Monoamine oxidase in platelets and brains of non-psychiatric and non-neurological geriatric patients. *Med Biol* **57**, 129-32.

Woods, S.W., Miller, T.J., Davidson, L., Hawkins, K.A., Sernyak, M.J., McGlashan, T.H. (2001) Estimated yield of early detection of prodromal or first episode patients by screening first degree relatives of schizophrenic patients. *Schizophr Res* **52**, 21-27.

Woods, S.W. (2003) Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* **64**, 663-667.

World Health Organization. (1993) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva.

Yadav, D.S. (2010) Cycloid psychosis: Perris criteria revisited. *Indian J Psychol Med* **32**, 54-8.

Yu, Z., Chen, J., Shi, H., Stoeber, G., Tsang, S.Y. and Xue, H. (2006) Analysis of GABRB2 association with schizophrenia in German population with DNA sequencing and one-label extension method for SNP genotyping. *Clin Biochem* **39**, 210-8.

Zaudig, M. (1990) Cycloid psychoses and schizoaffective psychoses--a comparison of different diagnostic classification systems and criteria. *Psychopathology* **23**, 233-42.

Zubin, J., Steinhauer, S.R. and Condray, R. (1992) Vulnerability to relapse in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl* **13**-8.



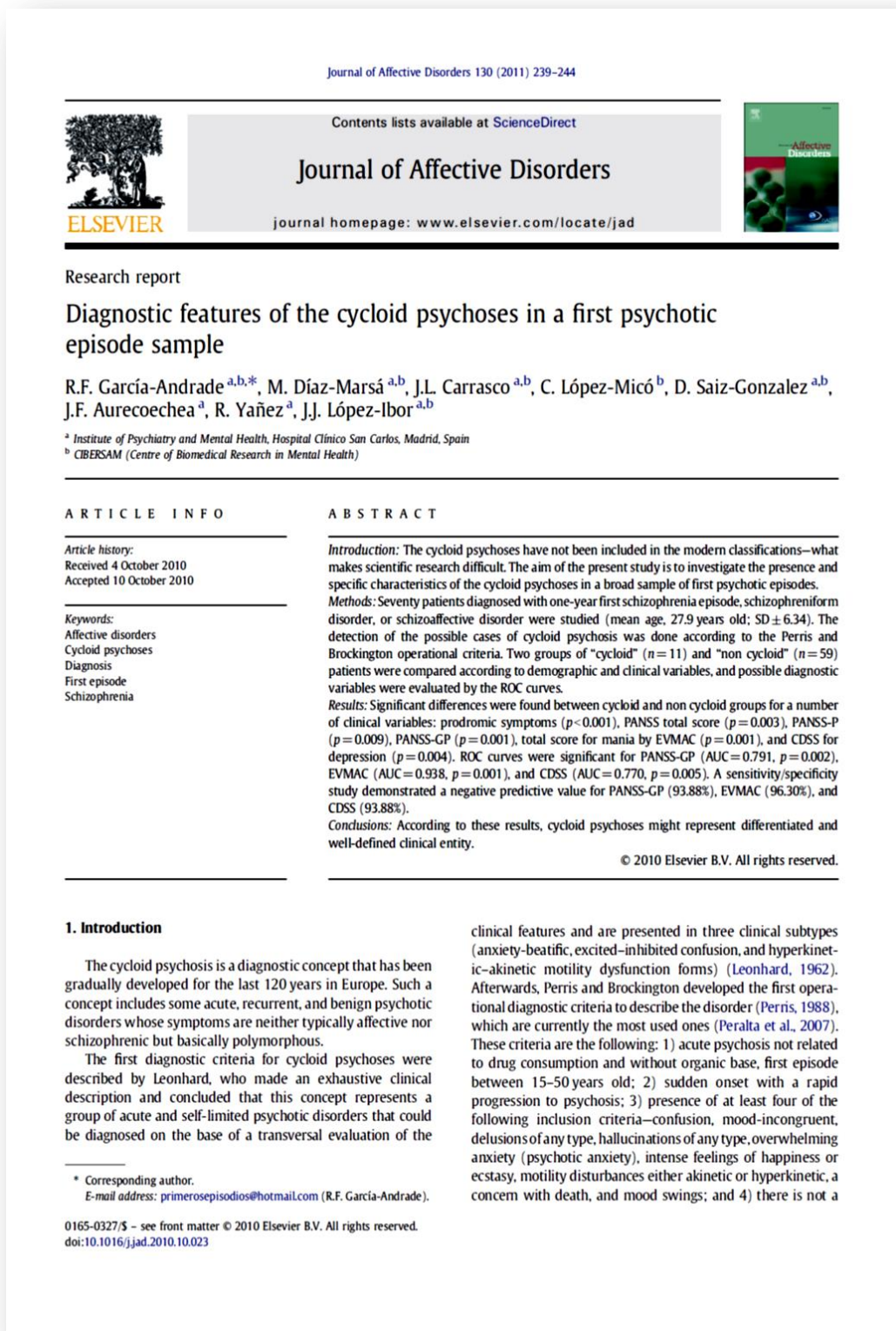
## ANEXOS

### Anexo A: Publicación parcial de la tesis

**Journal of Affective Disorders: Diagnostic features of the cycloid psychoses in a first psychotic episode sample.**

- **García-Andrade RF, Díaz-Marsa M, Carrasco JL, Lopez-Mico C, Saiz-Gonzalez D, Aurecochea JF, Yanez R and López-Ibor JJ (2011) Diagnostic features of the cycloid psychoses in a first psychotic episode sample. *J Affect Disord* 130, 239-44.**

### Ilustración 0-1: Journal of Affective Disorders: Diagnostic features of the cycloid psychoses in a first psychotic episode sample.



## Anexo B: Protocolo de recogida de datos

Hospital Clínico San Carlos  
Servicio de Psiquiatría  
Unidad de Investigación  
**ESTUDIO DE PRESENTACIÓN  
CLÍNICA EN PRIMEROS  
EPISODIOS PSICÓTICOS**

### PROTOCOLO RECOGIDA DE DATOS

Iniciales

CODIGO

NHC

Fecha   .   .

Dia                      Mes                      Año

**NOMBRE COMPLETO:**

**TELEFONOS DE CONTACTO:**

**Paciente:**

Sexo

1. Masculino
2. Femenino

Fecha de nacimiento

|                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Día

Mes

Año

Edad

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

\*El médico, el investigador, ..... me ha explicado las ventajas e inconvenientes, riesgos y molestias asociados al estudio antes citado. He leído la información para el paciente y se me ha dado la oportunidad de formular preguntas. He tenido tiempo para reflexionar. Comprendo la naturaleza y el propósito de este estudio.

\*Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento a participar en este estudio en cualquier momento sin estar obligado a ofrecer ninguna explicación. Esto no tendrá ninguna consecuencia en el tratamiento habitual ni en los cuidados que me presta mi médico.

\*Soy consciente de que el hecho de que todos mis datos médicos que tengan relevancia para este estudio serán utilizados para la investigación científica y sujetos a ser publicados. Consiento que así sea, siempre y cuando se respete mi intimidad.

\*Se permite al médico, el investigador, a permitir la inspección de las partes relevantes del expediente, como parte de una comprobación de los datos recogidos, a los empleados de este estudio o a otros organismos autorizados, siempre y cuando se garantice la confidencialidad y que se garantice que toda la información se trate con confidencialidad.

\*Quiero que se me informe/ no se me informe de los hallazgos revelados en el transcurso del estudio.

\*Por la presente, doy mi consentimiento, en ejercicio de mi libre voluntad, a participar en este estudio.

Nombre del participante: .....

Firma

Fecha

Por la presente, confirmo que he explicado el estudio antes citado a .....

Nombre del médico, el investigador .....

Firma.

Fecha.....

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- 1) Pacientes hospitalizados en la unidad de agudos, que presentan un Primer Episodio Psicótico (PEP) con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o trastorno esquizoafectivo, definido por el DSM-IV mediante la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Plus (Mini International Neuropsychiatric Interview Plus - M.I.N.I. Plus; Sheehan y cols. 1998).
- 2) Edad comprendida entre 18 y 65 años;
- 3) Consentimiento informado.

¿Se ha obtenido consentimiento informado?

sí  no

¿Cumple el sujeto criterios DSM-IV para esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno esquizofreniforme confirmado en el Mini Internacional Neuropsychiatry Interview Plus (MINI-Plus) (*ANEXO I*)?

sí  no

Clasificación DSM-IV:

**Cumple criterios de inclusión:**

**sí**  **no**

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- 1) No cumplir cualquiera de los criterios de inclusión
  
- 2) Intervalo de tiempo entre la aparición de la psicosis y la entrada del estudio superior a tres años.
  
- 3) Uso previo de medicación antipsicótica durante más de un episodio de dos semanas el año anterior y/o 6 semanas en toda la vida.
  
- 4) Lesión cerebral que pueda producir déficit cognitivo o alteraciones en el comportamiento (ej. historia de traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular).
  
- 5) Diagnóstico actual de dependencia a sustancias (excepto el tabaco) según criterios DSM-IV (APA, 2000).

**Cumple algún criterio de exclusión:**

si  no



**Ocupación**

Ocupación actual del paciente      1. si    2. no

- Si afirmativo
1. Alto ejecutivo, profesional altamente cualificado
  2. Personal administrativo, profesional cualificado, pequeño empresario
  3. Vendedor, tecnico
  4. Obrero cualificado
  5. Empleo no cualificado
  6. Estudiante
  7. Ama de casa (al cuidado de dos personas)
  8. Desempleado

Ocupación previa del paciente      1. si    2. no

- Si afirmativo
1. Alto ejecutivo, profesional altamente cualificado
  2. Personal administrativo, profesional cualificado, pequeño empresario
  3. Vendedor, tecnico
  4. Obrero cualificado
  5. Empleo no cualificado
  6. Estudiante
  7. Ama de casa (al cuidado de dos personas)
  8. Desempleado

Nivel ocupacional mas alto

- del padre
1. Alto ejecutivo, profesional altamente cualificado
  2. Personal administrativo, profesional cualificado, pequeño empresario
  3. Vendedor, tecnico
  4. Obrero cualificado
  5. Empleo no cualificado
  6. Estudiante
  7. Ama de casa (al cuidado de dos personas)
  8. Desempleado

Nivel ocupacional mas alto

- de la madre
1. Alto ejecutivo, profesional altamente cualificado
  2. Personal administrativo, profesional cualificado, pequeño empresario
  3. Vendedor, tecnico
  4. Obrero cualificado
  5. Empleo no cualificado
  6. Estudiante
  7. Ama de casa (al cuidado de dos personas)
  8. Desempleado

**Educación**

Educación del paciente       años en la escuela desde los 6 años en adelante

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| Mayor graduación del paciente | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Universitario (finalizado)</li><li>2. Universitario (no finalizado)</li><li>3. F.P / Bachiller superior (finalizado)</li><li>4. F.P / Bachiller superior (no finalizado)</li><li>5. Graduado Escolar (finalizado)</li><li>6. Graduado Escolar (no finalizado)</li><li>7. Sin estudios</li></ol> |
| Problemas educacionales       | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nunca necesitó educación especial</li><li>2. Repitió un curso, sin educación especial</li><li>3. Requirió educación especial pero progreso a una media de curso por año y/o repitió menos de dos años</li><li>4. Repitió dos o mas cursos</li><li>5. No completó la educación escolar</li></ol> |
| Mayor graduación del padre    | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Universitario (finalizado)</li><li>2. Universitario (no finalizado)</li><li>3. F.P / Bachiller superior (finalizado)</li><li>4. F.P / Bachiller superior (no finalizado)</li><li>5. Graduado Escolar (finalizado)</li><li>6. Graduado Escolar (no finalizado)</li><li>7. Sin estudios</li></ol> |
| Mayor graduación de la madre  | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Universitario (finalizado)</li><li>2. Universitario (no finalizado)</li><li>3. F.P / Bachiller superior (finalizado)</li><li>4. F.P / Bachiller superior (no finalizado)</li><li>5. Graduado Escolar (finalizado)</li><li>6. Graduado Escolar (no finalizado)</li><li>7. Sin estudios</li></ol> |

**Circunstancias vitales**Vive solo    **1. si    2. no**

Si negativo:

Con padre    **1. si    2. no**Con madre    **1. si    2. no**Con pareja    **1. si    2. no**Con hermanos y/o hermanas    **1. si    2. no**Con amigos o algún otro grupo    **1. si    2. no**Con niños    **1. si    2. no**

Tipo de vivienda

- 1. Casa**
- 2. Apartamento**
- 3. Habitación**
- 4. Casa con supervisión**
- 5. Dormitorio**
- 6. Transitorio**
- 7. Otro, especificar.....**

Origen de ingresos

- 1. Empleo**
- 2. Padres**
- 3. Pensión por incapacidad**
- 4. Pensión por desempleo**
- 5. Otro, especificar.....**

Ingresos: cantidad al mes □□□□ euros

## ENTREVISTA CLÍNICA: ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedentes psiquiátricos familiares (primer grado):

1. NINGUNO
2. Alcoholismo
3. Abuso de sustancias
4. Depresión
5. Distimia
6. Esquizofrenia, Tr Esquizaafectivo,  
Tr. Esquizofreniforme
7. Trastorno bipolar
8. TCA
9. TOC
10. Tr. Ansiedad
11. T.C Impulsos
12. Tr. Personalidad
13. Otros, especificar.....

Antecedentes médicos familiares (primer grado):

1. NINGUNO
2. Neurológicos
3. Cardiovasculares
4. Inmunológicos
5. Digestivos
6. Otros

## ENTREVISTA CLÍNICA: ABUSO DE SUSTANCIAS

### Abuso de sustancias

|                                     |   |       |       |  |  |
|-------------------------------------|---|-------|-------|--|--|
| Tabaco                              | Alguna vez  | 1.si  | 2.no  |  |  |
|                                     | Consumo habitual (>3/semana)                      | 1. si | 2.no  |  |  |
|                                     | Numero de años con consumo habitual               |       |       |  |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |       |       |  |  |
| Cannabis                            | Alguna vez  | 1. si | 2.no  |  |  |
|                                     | Consumo habitual (>3/semana)                      | 1.si  | 2.no  |  |  |
|                                     | Numero de años con consumo habitual               |       |       |  |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |       |       |  |  |
| Alcohol                             | Alguna vez  | 1. si | 2. no |  |  |
|                                     | Consumo habitual (>3/semana)                      | 1.si  | 2. no |  |  |
|                                     | Numero de años con consumo habitual               |       |       |  |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |       |       |  |  |
| Cocaína                             | Alguna vez  | 1. si | 2. no |  |  |
|                                     | Consumo habitual (>3/semana)                      | 1. si | 2. no |  |  |
|                                     | Numero de años con consumo habitual               |       |       |  |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |       |       |  |  |
| Anfetaminas u<br>otros estimulantes |   |       |       |  |  |
| Alguna vez                          | 1. si   | 2. no |       |  |  |
|                                     | Consumo habitual (>3/semana)                      | 1. si | 2. no |  |  |
|                                     | Numero de años con consumo habitual               |       |       |  |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |       |       |  |  |
| Heroína u<br>otros opiáceos         |   |       |       |  |  |
| Alguna vez                          | 1. si   | 2. no |       |  |  |
|                                     | Consumo habitual (>3/semana)                      | 1.si  | 2. no |  |  |
|                                     | Numero de años con consumo habitual               |       |       |  |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |       |       |  |  |
| XTC                                 | Alguna vez  | 1. si | 2. no |  |  |
|                                     | Consumo habitual (>3/semana)                      | 1. si | 2. no |  |  |
|                                     | Numero de años con consumo habitual               |       |       |  |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |       |       |  |  |
| LSD u otros<br>alucinógenos         | Alguna vez  | 1. si | 2. no |  |  |
|                                     | Consumo habitual (>3/semana)                      | 1. si | 2. no |  |  |
|                                     | Numero de años con consumo habitual               |       |       |  |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |       |       |  |  |

Otras sustancias Alguna vez **1. si** **2. no**

Consumo habitual (>3/semana) **1. si** **2. no**

Numero de años con consumo habitual

### Abuso de sustancias últimos 6 meses

Tabaco

Consumo **1. si** **2. no**

Si afirmativo, numero de cigarrillos/dia

Cannabis

Consumo **1. si** **2. no**

Si afirmativo,

veces/semana

Alcohol

Consumo **1. si** **2. no**

Si afirmativo,

veces/semana

Cocaína

Consumo **1. si** **2. no**

Si afirmativo,

veces/semana

Anfetaminas,  
otros estimulantes

Consumo **1. si** **2. no**

Si afirmativo,

veces/semana

Heroína

u otros

opiaceos

Consumo **1. si** **2. no**

Si afirmativo,

veces/semana

XTC

Consumo **1. si** **2. no**

Si afirmativo,

veces/semana

LSD

u otros

alucinógenos

Consumo **1. si** **2. no**

Si afirmativo,

veces/semana

Otras sustancias

Consumo **1. si** **2. no**

Si afirmativo,

veces/semana



Grupo sanguíneo            1. 0-            2. 0+  
                                     3. A-            4. A+  
                                     5. B-            6. B+  
                                     7. AB-          8. AB+

Se realizó extracción de ADN             si     no

**Pruebas de imagen**

**TAC**

Realizado    1.si    2.no

Si afirmativo, patológico    1. si, especificar.....

.....

2. no

Otras determinaciones, especificar.....

.....  
.....

**RNM**

Realizado    1. si    2. no

Si afirmativo, patológico    1. . si, especificar.....

.....

2. no

Otras determinaciones, especificar.....

.....  
.....

**PET**

Realizado    1. si    2. no

Si afirmativo, patológico    1. si, especificar.....

.....

2. no

Otras determinaciones, especificar.....

.....  
.....

## DetECCIÓN DE PSICOSIS CICLOIDE

### *CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE PERRIS Y BROCKINGTON*

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.

Cumple criterios diagnósticos:

Si                      No

## Sintomatología prodrómica

### 1. HUMOR DISFÓRICO

Incluye ánimo disfórico pertinaz durante gran parte del día. Incluye: **tensión** (expresado como ansiedad, nerviosismo, disgusto, desasosiego), **depresión** (expresado como sentimiento de tristeza, desanimado, apenado, afligido, depresivo, melancólico), **hostilidad** (expresado como ira, irritabilidad). Puede haber labilidad emocional (ej. de tristeza a irritabilidad).

0. nunca
  1. posible
  2. esporádico
  3. recurrente
  4. continuo → Fecha   .
- Mes                      Año

### 2. ALTERACIONES DEL SUEÑO

Incluye: **insomnio** de conciliación (más de media hora), despertar nocturno (mas de una hora) o despertar precoz (más de una hora); **hipersomnía** (dos horas más de lo habitual); **inversión ciclo vigilia sueño**.

0. nunca
  1. posible
  2. esporádico
  3. recurrente
  4. continuo → Fecha   .
- Mes                      Año

### 3. IDEAS DE REFERENCIA

Sentimiento de que un incidente casual tiene un significado inusual y particular que es específico para la persona. El paciente reconoce que la creencia podría ser un error.

0. nunca
  1. posible
  2. esporádico
  3. recurrente
  4. continuo ↓  
Fecha   .
- Mes                      Año

### 4. SUSPICACIA

Sensación de que otros están conspirando, engañando, persiguiendo o dañando de alguna manera. El paciente reconoce que la creencia podría ser un error. Debe representar un cambio en niveles de suspicacia previos.

0. nunca
  1. posible
  2. esporádico
  3. recurrente
  4. continuo ↓  
Fecha   .
- Mes                      Año

**5. CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO**

Cambios en el contenido de pensamientos normal. Incluye: confusión sobre que es real y que imaginario, dejá vú, ideas sobrevaloradas (frecuente contenido filosófico, religioso o existencial), pensamiento mágico (supersticiones exageradas, clarividencia)

0. nunca

1. posible

2. esporádico

3. recurrente

4. continuo

Fecha .

Mes

Año

**6. DIFICULTAD DE PENSAMIENTO**

Problemas en la organización para procesar el pensamiento: disminución en la habilidad para concentrarse, focalizar la atención, comunicarse con otros, organizar los pensamientos o el discurso. Incluye bloqueos de pensamiento, interrupciones en el curso del pensamiento con pensamientos intrusos e irrelevantes, dificultad para controlar los pensamientos

0. nunca

1. posible

2. esporádico

3. recurrente

4. continuo

Fecha .

Mes

Año

**7. PERCEPCIONES ANORMALES**

Interpretación errónea de un estímulo externo real: oír su nombre en una habitación con ruido, ver a alguien cuando se mira en el espejo, ver algo por el “rabillo” del ojo. Es necesario un estímulo externo para que no sea considerado alucinación. Se excluye las producidas por drogas alucinógenas.

0. nunca

1. posible

2. esporádico

3. recurrente

4. continuo

Fecha .

Mes

Año

**8. EPISODIOS ALUCINATORIOS INTERMITENTES**

Episodios alucinatorios que ocurren de forma fugaz, desde pocos segundos a varios minutos.

Alucinación es una sensación perceptiva que es vivenciada como una percepción real, pero que no tiene un estímulo externo real y relevante para los órganos de los sentidos. Incluye oír su nombre o ver personas u objetos durante unos segundos.

0. nunca

1. posible

2. esporádico

3. recurrente

4. continuo

Fecha .

Mes

Año

**9. EPISODIOS DELIRANTES INTERMITENTES**

Ideas delirantes transitorias (si la suficiente intensidad para ser considerado psicótico). Debe ser transitorio, de varios minutos a pocas horas. No son organizados. Y suelen conllevar crítica posterior.

- 0. nunca
  - 1. posible
  - 2. esporádico
  - 3. recurrente
  - 4. continuo
- ↓
- Fecha   .
- Mes                      Año

**10. OTROS**

- 0. nunca
  - 1. posible
  - 2. esporádico
  - 3. recurrente
  - 4. continuo → Fecha   .
- Mes                      Año

**11. DETERIORO EN EL FUNCIONAMIENTO GLOBAL**

Incluye una disminución en las habilidades para llevar a cabo las actividades diarias: trabajo, obligaciones familiares, tareas del hogar, higiene personal, socialización. Solamente debido a enfermedad mental, no a enfermedad física. La severidad vendrá dada por los comentarios de personas ajenas.

- 0. nunca
  - 1. posible
  - 2. esporádico
  - 3. recurrente
  - 4. continuo → Fecha   .
- Mes                      Año

**12. RETRAIMIENTO SOCIAL**

Perdida de interés en el contacto social y pérdida de habilidades sociales (no secundario a ideación paranoide u otro síntoma positivo).

- 0. nunca
  - 1. posible
  - 2. esporádico
  - 3. recurrente
  - 4. continuo
- ↓
- Fecha   .
- Mes                      Año

**13. TRASTORNOS DE LA VOLICION**

Disminución en la habilidad para empezar y continuar una actividad mental dirigida.

- 0. nunca
- 1. posible

2. esporádico
  3. recurrente
  4. continuo → Fecha   .
- Mes                      Año

#### **14. EXPRESION EMOCIONAL DISMINUIDA**

Disminución de la expresión emocional en las expresiones faciales, gestos y lenguaje corporal, variaciones tonales del discurso.

0. nunca
  1. posible
  2. esporádico
  3. recurrente
  4. continuo → Fecha   .
- Mes                      Año

#### **15. DISMINUCION DE LA EXPERIENCIA EMOCIONAL**

Las emociones no se experimentan con la misma intensidad que anteriormente.

0. nunca
  1. posible
  2. esporádico
  3. recurrente
  4. continuo → Fecha   .
- Mes                      Año

### **SINTOMAS PSICOTICOS**

#### **16. ALUCINACIONES**

0. nunca
  1. posible
  2. esporádico
  3. recurrente
  4. continuo
- Fecha   .
- Mes                      Año

#### **17. DELIRIOS**

0. nunca
  1. posible
  2. esporádico
  3. recurrente
  4. continuo
- Fecha   .
- Mes                      Año

#### **18. PENSAMIENTO DISGREGADO**

0. nunca
1. posible
2. esporádico
3. recurrente

4. continuo

Fecha □□.□□□□

Mes

Año

### **19. CONDUCTA DESORGANIZADA**

0. nunca

1. posible

2. esporádico

3. recurrente

4. continuo

Fecha □□.□□□□

Mes

Año

### **\*INICIO ESTIMADO POR EL PACIENTE**

Fecha □□.□□□□ Hace □□ meses

Mes

Año

### **\*INICIO DEL PRIMER SIGNO O SINTOMA ESTIMADO POR EL ENTREVISTADOR**

Fecha □□.□□□□ Hace □□ meses

Mes

Año

### **\*INICIO DEL SINDROME ESTIMADO POR EL ENTREVISTADOR**

Fecha □□.□□□□ Hace □□ meses

Mes

Año

## **Duración de la psicosis sin tratar (DUP)**

DUP (días):

## **Tipo de comienzo de la enfermedad**

En función del tiempo transcurrido desde la detección de alguno de los síntomas prodrómicos (entendiendo estos como, aquellos que aun perteneciendo a la escala positiva, negativa, o desorganizada no alcanzan la intensidad suficiente para alcanzar criterios diagnósticos)

1. Agudo (menor de 6 meses)
2. Insidioso (mayor o igual a 6 meses)

## Sintomatología psicótica

### Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

#### *Escala positiva (PANSS-P)*

1. Delirios 1 2 3 4 5 6 7
2. Desorganización conceptual 1 2 3 4 5 6 7
3. Alucinaciones 1 2 3 4 5 6 7
4. Excitación 1 2 3 4 5 6 7
5. Grandiosidad 1 2 3 4 5 6 7
6. Susplicacia/perjuicio 1 2 3 4 5 6 7
7. Hostilidad 1 2 3 4 5 6 7

*Puntuación directa (7-49) :*

#### *Escala negativa (PANSS-N)*

1. Embotamiento afectivo 1 2 3 4 5 6 7
2. Retraimiento emocional 1 2 3 4 5 6 7
3. Contacto pobre 1 2 3 4 5 6 7
4. Retraimiento social 1 2 3 4 5 6 7
5. Pensamiento abstracto 1 2 3 4 5 6 7
6. Fluidez de la conversación 1 2 3 4 5 6 7
7. Pensamiento estereotipado 1 2 3 4 5 6 7

*Puntuación directa (7-49) :*

#### *Escala compuesta (PANSS-C)*

*Puntuación directa (-42 - +42) :*

#### *Psicopatología general (PANSS-PG)*

1. Preocupación somática 1 2 3 4 5 6 7
2. Ansiedad 1 2 3 4 5 6 7
3. Sentimientos de culpa 1 2 3 4 5 6 7
4. Tensión motora 1 2 3 4 5 6 7
5. Manierismos/posturas 1 2 3 4 5 6 7
6. Depresión 1 2 3 4 5 6 7
7. Enlentecimiento motor 1 2 3 4 5 6 7
8. Falta de colaboración 1 2 3 4 5 6 7
9. Pensamientos inusuales 1 2 3 4 5 6 7
10. Desorientación 1 2 3 4 5 6 7
11. Atención deficiente 1 2 3 4 5 6 7
12. Ausencia de *insight* 1 2 3 4 5 6 7
13. Trastornos de la volición 1 2 3 4 5 6 7
14. Control deficiente de los impulsos 1 2 3 4 5 6 7
15. Ensimismamiento 1 2 3 4 5 6 7
16. Evitación social activa 1 2 3 4 5 6 7

*Puntuación directa (16-112) :*

**Puntuación total:**

**Información categorial del trastorno:**      1 Positivo      2 Negativo      3 Mixto

**Sintomatología afectiva maniforme**
**Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos (EVMAC)  
(Clinical Administered Rating Scale for Mania, CARS-M)**

*Nota:* Para cumplimentar esta escala, la información puede ser obtenida no sólo de la entrevista con el paciente, sino también de fuentes adicionales fiables, incluidos la familia, personal de enfermería, historias clínicas, etc. En general, el período de tiempo para evaluar los síntomas debería ser los últimos 7 días, pero puede ser más largo si fuera necesario.

**1. Humor elevado/eufórico** (optimismo inadecuado acerca del presente o del futuro que duró al menos varias horas y era desproporcionado a las circunstancias).

**0.** Ausente

- 1.** Mínimo, buen humor, más alegre que los demás, de cuestionable significado clínico
- 2.** Ligeramente, pero humor claramente elevado o expansivo, demasiado optimista y algo desproporcionado a sus circunstancias
- 3.** Moderado, humor y perspectivas claramente desproporcionados a las circunstancias
- 4.** Grave, humor de cualidad claramente eufórica
- 5.** Extremo, claramente agotado, sentimientos extremos de bienestar, risas y/o cantos inapropiados

**2. Irritabilidad/agresividad** (ha manifestado recientemente expresiones claras de cólera, irritabilidad o enfado, durante o fuera de la entrevista. No incluya meros sentimientos subjetivos de cólera/enfado a menos que se expresen abiertamente).

**0.** Ausente

- 1.** Mínimo, enfado ocasional, de cuestionable significado clínico
- 2.** Ligeramente, algo discutidor, manifiesta con facilidad enfado con los pacientes, personal o entrevistador. Ocasionalmente irritable durante la entrevista
- 3.** Moderado, maldice a menudo, pierde los estribos, amenazante, excesiva irritabilidad al tratar ciertos temas, puede requerir aislamiento, frecuentemente irritable durante la entrevista
- 4.** Grave, ocasionalmente agresivo, puede lanzar objetos, dañar la propiedad, es necesario fijar los límites, irritabilidad excesiva e inapropiada, puede precisar contención, la entrevista debe ser interrumpida por la excesiva irritabilidad
- 5.** Extremo, episodios de violencia contra personas u objetos, requiere contención física

**3. Hiperactividad motora** (ha mostrado recientemente, durante o fuera de la entrevista, manifestaciones evidentes de hiperactividad motora generalizada. No incluya simples sensaciones subjetivas de inquietud o la inquietud relacionada con la medicación).

**0.** Ausente

- 1.** Mínimo aumento, de dudoso significado clínico
- 2.** Ligeramente, deambulación ocasional, incapaz de permanecer quieto en la silla
- 3.** Moderado, paseos frecuentes por la unidad, incapaz de permanecer sentado
- 4.** Intenso, movimiento o deambulación casi constante
- 5.** Extremo, continuos signos de hiperactividad tales que el paciente debe ser contenido para evitar el agotamiento

¿Ha habido ocasiones en las que usted ha sido incapaz de permanecer sentado o ha tenido que estar moviéndose o paseando de acá para allá?

**4. Presión del habla** (discurso acelerado o apresurado o incremento en la cantidad y velocidad del habla durante o fuera de la entrevista).

0. Ausente

1. Mínimo aumento de dudoso significado clínico

2. Ligero, notablemente más hablador de lo normal, pero sin que la conversación sea forzada

3. Moderado, tan hablador que la conversación es forzada, alguna dificultad para interrumpir el discurso del paciente

4. Intenso, la conversación del paciente es tan rápida que es difícil de mantener, marcada dificultad para interrumpir el discurso

5. Extremo, el discurso es tan rápido o continuo que el paciente no puede ser interrumpido

**5. Fuga de ideas/pensamiento acelerado** (discurso acelerado con cambios bruscos de un tema a otro, generalmente basados en asociaciones comprensibles, estímulos distractores o juegos de palabras. Cuando es intenso las asociaciones pueden ser tan difíciles de entender que puede también haber pérdida de la capacidad asociativa o incoherencia. El pensamiento acelerado hace referencia al relato subjetivo del paciente de tener pensamientos corriendo por su mente).

0. Ausente

1. Mínimo, aparición ocasional, de dudoso significado clínico

2. Ligero, aparición ocasional de cambios bruscos de temas, con poco deterioro de la comprensibilidad o el paciente relata pensamiento acelerado ocasional

3. Moderado, aparición frecuente con algún deterioro en la comprensibilidad o el paciente relata pensamientos acelerados frecuentes que le interrumpen o le causan malestar

4. Grave, aparición muy frecuente con deterioro definido

5. Extremo, la mayor parte del discurso consiste en cambios rápidos de temas que son difíciles de seguir

- ¿Ha estado usted preocupado por tener demasiados pensamientos a la vez?

-¿Ha tenido pensamientos corriendo por su mente? ¿Con qué frecuencia? ¿Le entorpece esto en algún aspecto de su vida?

**6. Distraibilidad** (la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos insignificantes o irrelevantes, por ejemplo, ruido en la habitación contigua, libros en la estantería, ropa del entrevistador, etc. Excluya la distraibilidad debida a la intrusión de alucinaciones visuales y/o auditivas o de ilusiones. Valore únicamente en función de la observación).

0. Ausente

1. Mínimo, de dudoso significado clínico

2. Ligero, presente pero no interfiere con la tarea o la conversación

3. Moderado, alguna interferencia con la conversación o tarea

4. Grave, frecuentes interferencias con la conversación o tarea

5. Extremo. Incapacidad para centrar la atención del paciente en la conversación

**7. Grandiosidad** (incremento de la autoestima y valoración no realista o inapropiada del valor, mérito, poder o habilidades propias).

0. Ausente

1. Mínimo incremento de la autoestima o confianza pero de cuestionable significado clínico

2. Ligero, autoestima claramente elevada o exageración de las habilidades algo desproporcionada a las circunstancias

3. Moderado, autoestima elevada claramente desproporcionada a las circunstancias de intensidad casi delirante

4. Grave, claros delirios de grandeza

5. Extremo, preocupaciones y/o actos basados en los delirios de grandeza

- ¿Se ha sentido con más confianza en sí mismo de lo normal?

- ¿Ha sentido usted que era una persona particularmente importante y que tenía poderes especiales, conocimientos o habilidades fuera de lo corriente?

- ¿Tiene su vida una misión o propósito especial?

- ¿Tiene usted una relación especial con Dios?

**8. Disminución de la necesidad de dormir** (menos necesidad de dormir para sentirse descansado. No valore las dificultades con el insomnio inicial, medio o tardío).

0. Ausente

1. Hasta 1 hora menos de sueño de lo habitual

2. Hasta 2 horas menos de sueño de lo habitual

3. Hasta 3 horas menos de sueño de lo habitual

4. Hasta 4 horas menos de sueño de lo habitual

5. 4 o más horas de sueño de lo habitual

- ¿Cuánto necesita dormir normalmente?

- ¿Ha necesitado usted dormir menos de lo habitual para sentirse descansado?

- ¿Cuánto tiempo menos de sueño necesita o necesitaba?

**9. Excesiva energía** (inusualmente enérgico o más activo sin el cansancio esperado, de al menos varios días de duración).

0. Ausente

1. Algo más de energía, de significado clínico cuestionable

2. Aumento definido en el nivel de actividad o menos cansado de lo habitual; no afecta al funcionamiento

3. Claramente más activo de lo habitual con poco o ningún cansancio, interferencia ocasional con el funcionamiento

4. Mucho más activo de lo habitual con poco cansancio y clara interferencia con el funcionamiento normal

5. Extremo, activo a lo largo de todo el día, con poco o ningún cansancio o necesidad de dormir

- ¿Se ha sentido usted con más energía de lo habitual para hacer cosas?

- ¿Se ha sentido usted más activo de lo habitual o ha sentido la sensación de que podía trajinar todo el día sin sentirse cansado?

**10. Juicio empobrecido** (implicación excesiva en actividades sin prever el alto potencial de consecuencias dañinas, entrometimiento, llamadas inapropiadas de atención sobre sí mismo).

**0.** Ausente

**1.** Mínimo, pero de significado clínico cuestionable (p. ej., aumento de las llamadas telefónicas, entrometimiento ocasional)

**2.** Ligeramente, pero ejemplos definidos (algo intrusivo, sexualmente provocativo, canturreo inapropiado)

**3.** Moderado, asume tareas o responsabilidades sin la preparación adecuada, imprudencias financieras, compras excesivas dentro de sus posibilidades financieras, entrometimiento frecuente

**4.** Grave, promiscuidad sexual, hipersexualidad, conducta extremadamente entrometida, se coloca en dificultades económicas significativas

**5.** Extremo, conducta entrometida continua que requiere fijar límites, excesivas llamadas telefónicas a todas horas, conducta antisocial, excesiva implicación en actividades sin reparar en las consecuencias

- Cuando se sentía «subido»/irritable, ¿hizo cosas que le causaran problemas a usted o a su familia?

- ¿Ha gastado usted dinero alocadamente?

- ¿Asumió responsabilidades para las cuales no estaba capacitado?

**Puntuación total (0-50):**

**Información categorial:**

**1** No existe o cuestionable (0-7)

**2** Maníaca leve (8-15)

**3** Maníaca moderada (16-25)

**4** Maníaca grave (>25)

## Sintomatología afectiva depresiva

### Escala de Depresión de Calgary (Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CDSS)

#### **1. Depresión**

¿Cómo describiría usted su humor durante las 2 últimas semanas: se ha mantenido razonablemente alegre o ha estado muy deprimido o bajo de espíritu recientemente?

¿En las 2 últimas semanas con qué frecuencia ha estado... (propias palabras)? ¿Todos los días? ¿Durante todo el día?

#### **0. Ausente**

1. Leve. Expresa alguna tristeza o desaliento sobre la pregunta
2. Moderado. Claro humor deprimido que persiste menos de la mitad del tiempo durante las últimas 2 semanas; presencia diaria
3. Grave. Marcado humor deprimido que persiste diariamente más de la mitad del tiempo e interfiere con el funcionamiento motor y social normal

#### **2. Desesperanza**

¿Cómo ve su propio futuro? ¿Puede ver algún futuro, o la vida le parece sin esperanza?

¿Se ha rendido o aún le queda alguna razón para seguir?

#### **0. Ausente**

1. Leve. Ha sentido alguna vez desesperanza durante la última semana pero aún tiene algún grado de esperanza para el futuro
2. Moderado. Sentimiento de desesperanza persistente y moderado durante la última semana. Puede ser persuadido de que es posible que las cosas vayan mejor
3. Grave. Sentimiento de desesperanza persistente y doloroso

#### **3. Autodepreciación**

¿Cuál es la opinión acerca de sí mismo comparado con las demás personas? ¿Se siente usted mejor, peor o similar a la mayoría?

¿Se siente usted inferior e incluso inútil?

#### **0. Ausente**

1. Leve. Algún sentimiento de inferioridad pero sin llegar a sentirse inútil
2. Moderado. El sujeto se siente inútil, pero menos del 50 % del tiempo
3. Grave. El sujeto se siente inútil más del 50 % del tiempo. De otra manera, puede ser cuestionado a reconocerlo

#### **4. Ideas culpables de referencia**

¿Tiene la sensación de que está siendo culpado de algo o incluso erróneamente acusado? ¿De qué? (No incluir culpas o acusaciones justificadas. Excluir delirios de culpa)

#### **0. Ausente**

1. Leve. El sujeto se siente culpado, pero no acusado, menos del 50 % del tiempo
2. Moderado. Sentimiento persistente de ser culpado y/o sentimientos ocasionales de ser acusado
3. Grave. Sentimiento persistente de ser acusado. Cuando se le cuestiona reconoce que no es así

### **5. Culpa patológica**

¿Tiende a culparse usted mismo por pequeñas cosas que pudo haber hecho en el pasado? ¿Cree usted que merece estar tan preocupado por ello?

**0. Ausente**

- 1. Leve.** El sujeto a veces se siente excesivamente culpable de algún pequeño error, pero menos del 50 % del tiempo
- 2. Moderado.** El sujeto normalmente (más del 50 % del tiempo) siente culpa acerca de hechos pasados cuya significancia exagera
- 3. Grave.** El sujeto normalmente cree que es culpable de todo lo que ha ido mal, incluso cuando no es por su culpa

### **6. Depresión matutina**

Cuando se ha sentido deprimido durante las últimas 2 semanas, ¿ha notado que la depresión empeoraba en algún momento concreto del día?

**0. Ausente.**No hay depresión

- 1. Leve.** Depresión presente pero sin variaciones diurnas
- 2. Moderado.** Se menciona espontáneamente que la depresión es peor por la mañana
- 3. Grave.** Depresión marcadamente peor durante la mañana, con funcionamiento dificultado que mejora por la tarde

### **7. Despertar precoz**

¿Se despierta más temprano por la mañana de lo que es normal en usted? ¿Cuántas veces a la semana ocurre esto?

**0. Ausente.**No hay despertar precoz

- 1. Leve.** Ocasionalmente (hasta 2 veces a la semana) se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador
- 2. Moderado.** A menudo (hasta 5 veces a la semana) se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador
- 3. Grave.** Diariamente se despierta una hora o más tiempo antes de la hora normal de despertarse o de sonar el despertador

### **8. Suicidio**

¿Ha sentido que la vida no merecía la pena? ¿Alguna vez sintió como si todo terminara? ¿Qué pensó que debería hacer? ¿Realmente lo intentó?

**0. Ausente**

- 1. Leve.** Frecuentes pensamiento de estar mejor muerto o pensamientos ocasionales de suicidio
- 2. Moderado.** Ha pensado deliberadamente en el suicidio, con un plan, pero no ha hecho ningún intento
- 3. Grave.** Intento de suicidio aparentemente diseñado para acabar en muerte (p. ej., descubrimiento accidental o medios ineficaces)

### **9. Depresión observada**

Basado en las observaciones del entrevistador durante la entrevista completa.

La pregunta «¿Se siente con ganas de llorar?» usada en momentos apropiados de la entrevista puede aportarnos información útil para esta valoración.

#### **0. Ausente**

**1. Leve.** El sujeto aparece triste y afligido incluso durante las partes de la entrevista en las que tratan temas afectivamente neutros

**2. Moderado.** El sujeto aparece triste y afligido a lo largo de toda la entrevista, con una voz triste y monótona, y está lloroso o próximo a llorar por momentos

**3. Grave.** El sujeto se sofoca con temas dolorosos, con frecuencia suspira profundamente, y llora abiertamente o permanece persistentemente en un estado de completa desdicha

#### **Puntuación total (0-27):**

#### **Información categorial:**

**1 Sin depresión (0-4)**

**2 Depresión (5-27)**

## Funcionamiento global

### Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

|                 |  |
|-----------------|--|
| 100...<br>...91 | <b>Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.</b>  |
| 90...<br>...81  | <b>Síntomas ausentes o mínimos</b> (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), <b>buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos</b> (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).  |
| 80...<br>...71  | <b>Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales</b> (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); <b>solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar</b> (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).  |
| 70...<br>...61  | <b>Algunos síntomas leves</b> (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) <b>o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar</b> (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), <b>pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.</b>   |
| 60...<br>...51  | <b>Síntomas moderados</b> (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) <b>o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar</b> (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).  |
| 50...<br>...41  | <b>Síntomas graves</b> (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) <b>o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar</b> (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).   |
| 40...<br>...31  | <b>Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación</b> (por ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) <b>o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo</b> (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela). |
| 30...<br>...21  | <b>La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio</b> (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) <b>o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas</b> (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).  |
| 20...<br>...11  | <b>Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo</b> (por ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) <b>u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima</b> (por ej., con manchas de excrementos) <b>o alteración importante de la comunicación</b> (por ej., muy incoherente o mudo).  |
| 10...<br>...1   | <b>Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo</b> (por ej., violencia recurrente) <b>o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.</b>  |
| 0               | <b>Información inadecuada</b>  |

**PUNTUACIÓN TOTAL (0-100):**

## **Severidad del episodio psicótico**

### **Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)**

#### **Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)**

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

**ANEXO I****Mini International Neuropsychiatry Interview Plus (MINI Plus)**

Questions and procedure: see manual of measures

Visit date

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| 10  | 10    | 2005 |
| day | month | year |

## MINI-Plus

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| A | Major depressive episode                           | Current (2 weeks)                                | <input type="checkbox"/> yes                                   | <input type="checkbox"/> no                                   |
|   |  | Recurrent  | <input type="checkbox"/> yes                                   | <input type="checkbox"/> no                                   |
|   |  | Age of onset                                     | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |   |
|   |  | Number of episodes                               | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
|   |  | Mood disorder due to a general medical condition | Current  | <input type="checkbox"/> yes                                  |
|   |  | Past   | <input type="checkbox"/> yes                                   | <input type="checkbox"/> no                                   |
|   | Substance induced mood disorder                    | Current  | <input type="checkbox"/> yes                                   | <input type="checkbox"/> no                                   |
|   |  | Past   | <input type="checkbox"/> yes                                   | <input type="checkbox"/> no                                   |
|   | Major depressive episode with melancholic features | Current (2 weeks)                                | <input type="checkbox"/> yes                                   | <input checked="" type="checkbox"/> no                        |
|   |  | Recurrent  | <input type="checkbox"/> yes                                   | <input type="checkbox"/> no                                   |
| B | Dysthymia  | Current (past 2 years)                           | <input type="checkbox"/> yes                                   | <input checked="" type="checkbox"/> no                        |
|   |  | Past   | <input type="checkbox"/> yes                                   | <input type="checkbox"/> no                                   |
|   |  | Age of onset                                     | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |   |
| C | Suicidality  | Current (past month)                             | <input checked="" type="checkbox"/> yes                        | <input type="checkbox"/> no                                   |
|   |  | Risk   | <input checked="" type="checkbox"/> low                        | <input type="checkbox"/> medium <input type="checkbox"/> high |

*Handwritten signature and date: 10*

|   |  |                    |                              |                             |
|---|--|--------------------|------------------------------|-----------------------------|
| D | Manic episode  | Current            | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
|   |  | Past               | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
|   |  | Age of onset       | <input type="text"/>         | <input type="text"/>        |
|   |  | Number of episodes | <input type="text"/>         | <input type="text"/>        |
|   | Hypomanic episode                                      | Current            | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
|   |  | Past               | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
|   | Bipolar II disorder                                    | Current            | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
|   |  | Past               | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
|   | (Hypo)manic episode due to a general medical condition | Current            | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
|   |  | Past               | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
|   | Substance induced (hypo)manic episode                  | Current            | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |
|   |  | Past               | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no |

|   |  |                      |   |
|---|--|----------------------|---|
| E | Panic disorder   | Current (Past Month) | <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no |
|   |  | Life time            | <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no |
|   |  | Age of onset         | <input type="text"/> <input type="text"/>                           |
|   | Anxiety disorder with panic attacks due to a general medical condition | Current              | <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no |
|   | Substance induced anxiety disorder with panic attacks                  | Current              | <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no |
| F | Agoraphobia  | Current              | <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no |
|   |  | Life time            | <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no |
|   |  | Age of onset         | <input type="text"/> <input type="text"/>                           |
| G | Social phobia (Social anxiety disorder)                                | Current (past month) | <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no |
| H | Specific phobia  | Current              | <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no |
| I | Obsessive-compulsive disorder  | Current (past month) | <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no |
|   |  | Age of onset         | <input type="text"/> <input type="text"/>                           |
|   | OCD due to a general medical condition                                 | Current (past month) | <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no |
|   | Substance induced OCD  | Current (past month) | <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no |
| J | Posttraumatic stress disorder  | Current (past month) | <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no |
|   |  | Age of onset         | <input type="text"/> <input type="text"/>                           |
|   |  | Number of episodes   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>      |

|                     |                                       |                              |   |  |
|---------------------|---------------------------------------|------------------------------|---|--|
| K                   | Alcohol dependence                    | Past 12 months               | <input type="checkbox"/> yes            | <input type="checkbox"/> no            |
|                     |                                       | Lifetime                     | <input type="checkbox"/> yes            | <input checked="" type="checkbox"/> no |
|                     | Alcohol abuse                         | Past 12 months               | <input type="checkbox"/> yes            | <input checked="" type="checkbox"/> no |
|                     |                                       | Lifetime                     | <input type="checkbox"/> yes            | <input type="checkbox"/> no            |
| L                   | Substance dependence                  | Past 12 months               | <input checked="" type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no            |
|                     |                                       | Lifetime                     | <input checked="" type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no            |
|                     | Substance abuse                       | Past 12 months               | <input type="checkbox"/> yes            | <input type="checkbox"/> no            |
|                     |                                       | Lifetime                     | <input checked="" type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no            |
| M                   | Psychotic disorders                   | Current                      | <input checked="" type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no            |
|                     |                                       | Lifetime                     | <input type="checkbox"/> yes            | <input checked="" type="checkbox"/> no |
|                     | Mood disorder with psychotic features | Current                      | <input type="checkbox"/> yes            | <input type="checkbox"/> no            |
|                     | Schizophrenia                         | Current                      | <input type="checkbox"/> yes            | <input type="checkbox"/> no            |
|                     |                                       | Lifetime                     | <input type="checkbox"/> yes            | <input type="checkbox"/> no            |
|                     | Schizoaffective disorder              | Current                      | <input type="checkbox"/> yes            | <input checked="" type="checkbox"/> no |
|                     |                                       | Lifetime                     | <input type="checkbox"/> yes            | <input type="checkbox"/> no            |
|                     | Schizophreniform disorder             | Current                      | <input checked="" type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no            |
|                     |                                       | Lifetime                     | <input type="checkbox"/> yes            | <input checked="" type="checkbox"/> no |
|                     | Brief psychotic disorder              | Current                      | <input type="checkbox"/> yes            | <input checked="" type="checkbox"/> no |
| Lifetime            |                                       | <input type="checkbox"/> yes | <input checked="" type="checkbox"/> no  |  |
| Delusional disorder | Current                               | <input type="checkbox"/> yes | <input checked="" type="checkbox"/> no  |  |
|                     | Lifetime                              | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no             |  |

|   |          |                              |  |
|---|----------|------------------------------|--|
| Psychotic disorder due to a general medical condition | Current  | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no            |
|   | Lifetime | <input type="checkbox"/> yes | <input checked="" type="checkbox"/> no |
| Substance induced psychotic disorder                  | Current  | <input type="checkbox"/> yes | <input checked="" type="checkbox"/> no |
|   | Lifetime | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no            |
| Psychotic disorder NOS                                | Current  | <input type="checkbox"/> yes | <input checked="" type="checkbox"/> no |
|   | Lifetime | <input type="checkbox"/> yes | <input checked="" type="checkbox"/> no |
| Mood disorder with psychotic features                 | Lifetime | <input type="checkbox"/> yes | <input checked="" type="checkbox"/> no |
| Mood disorder NOS                                     | Lifetime | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no            |
| Major depressive disorder with psychotic features     | Current  | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no            |
|   | Past     | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no            |
| Bipolar I disorder with psychotic features            | Current  | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no            |
|   | Past     | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no            |

Rater initials

|   |   |   |
|---|---|---|
| F | D | M |
|---|---|---|

X

X



# ESTUDIO DE RESPUESTA TERAPEUTICA EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

## PROTOCOLO RECOGIDA DE DATOS

### Tratamiento pautado

Antipsicótico pautado al alta hospitalaria/mg:

- Risperidona
- Ziprasidona
- Olanzapina
- Aripiprazol
- Quetiapina

Dosis antipsicótico mg (equivalentes clorpromacina):

Benzodiazepinas pautadas al alta hospitalaria:

Si      No

Dosis Benzodiacepinas (mg en equivalentes de Clorazepato Dipotásico):

## Respuesta al tratamiento y mejoría

### Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)

#### Mejoría Global: (CGI-GI)

Comparado con el estado inicial ¿Cómo se encuentra el paciente en estos momentos? Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento.

0. No evaluado.
1. Mucho mejor.
2. Moderadamente mejor.
3. Levemente mejor.
4. Sin cambios.
5. Levemente peor.
6. Moderadamente peor.
7. Mucho peor.

#### El paciente es respondedor:

Si (1-2)      No (3-7)

#### Duración del ingreso:

#### Puntuación PANSS-Total (opcional):

# ESTUDIO DEL CURSO EVOLUTIVO EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

## PROTOCOLO RECOGIDA DE DATOS

### **VISITA 1 (a los 6 meses del primer episodio psicótico)**

Fecha (d/m/a):

### **REMISIÓN DEL EPISODIO PSICÓTICO**

#### **Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)**

Escala positiva (PANSS-P)

1. Delirios 1 2 3 4 5 6 7
2. Desorganización conceptual 1 2 3 4 5 6 7
3. Alucinaciones 1 2 3 4 5 6 7

Escala negativa (PANSS-N)

1. Embotamiento afectivo 1 2 3 4 5 6 7
4. Retraimiento social 1 2 3 4 5 6 7
6. Fluidez de la conversación 1 2 3 4 5 6 7

Psicopatología general (PANSS-PG)

5. Manierismos/posturas 1 2 3 4 5 6 7
9. Pensamientos inusuales 1 2 3 4 5 6 7

Presenta remisión (> ó = a 3 en todos los ítemns):

Si      No

### **RECAIDA**

Ha presentado recaída (hospitalización por síntomas psicóticos):

Si      No

**SINDROME DEFICITARIO****Escala para el Síndrome Deficitario de la Esquizofrenia (SDS)**

## Criterios de Síndrome Deficitario de la Esquizofrenia

1. Presencia de al menos dos síntomas de la siguiente lista (con severidad >2):

- |  |           |
|--|-----------|
| a) Aplanamiento afectivo.                      | 0 1 2 3 4 |
| b) Rango emocional disminuido.                 | 0 1 2 3 4 |
| c) Alogia.                                     | 0 1 2 3 4 |
| d) Pérdida de intereses.                       | 0 1 2 3 4 |
| e) Falta de objetivos.                         | 0 1 2 3 4 |
| f) Pérdida de interés en actividades sociales. | 0 1 2 3 4 |

2. Alguna combinación de dos o más de estos síntomas negativos ha estado presente durante los últimos 12 meses, y ha estado siempre presente durante períodos de estabilidad clínica (incluidos los estados psicóticos crónicos). Estos síntomas pueden ser o no detectables durante episodios transitorios de desorganización o descompensación psicótica aguda.

3. Los síntomas negativos son primarios, es decir, no secundarios a otros factores que no sean los de la enfermedad. Dichos factores incluyen:

- a) Ansiedad.
- b) Efectos de la medicación.
- c) Desconfianza.
- d) Trastornos formales del pensamiento.
- e) Alucinaciones o delirios.
- f) Retraso mental.
- g) Depresión.

4. El paciente cumple los criterios DSM-III, DSM-III-R o DSM-IV para esquizofrenia.

Cumple criterios:

Si      No

Severidad global:                      0 1 2 3 4

**VISITA 2 (a los 12 meses del primer episodio psicótico) (1 AÑO)**

Fecha (d/m/a):

**REMISIÓN DEL EPISODIO PSICÓTICO**

Presenta remisión (> ó = a 3 en todos los ítemns\*):

Si No

**RECAIDA**

Ha presentado recaída (hospitalización por síntomas psicóticos):

Si No

**SINDROME DEFICITARIO**

Cumple criterios:

Si No

**VISITA 3 (a los 18 meses del primer episodio psicótico)**

Fecha (d/m/a):

**REMISIÓN DEL EPISODIO PSICÓTICO**

Presenta remisión (> ó = a 3 en todos los ítemns\*):

Si No

**RECAIDA**

Ha presentado recaída (hospitalización por síntomas psicóticos):

Si No

**SINDROME DEFICITARIO**

Cumple criterios:

Si No

**VISITA 4 (a los 24 meses del primer episodio psicótico) (2 AÑOS)**

Fecha (d/m/a):

**REMISIÓN DEL EPISODIO PSICÓTICO**

Presenta remisión (&gt; ó = a 3 en todos los ítemns\*):

Si      No

**RECAIDA**

Ha presentado recaída (hospitalización por síntomas psicóticos):

Si      No

**SINDROME DEFICITARIO**

Cumple criterios:

Si      No

**VISITA 5 (a los 30 meses del primer episodio psicótico)**

Fecha (d/m/a):

**REMISIÓN DEL EPISODIO PSICÓTICO**

Presenta remisión (&gt; ó = a 3 en todos los ítemns\*):

Si      No

**RECAIDA**

Ha presentado recaída (hospitalización por síntomas psicóticos):

Si      No

**SINDROME DEFICITARIO**

Cumple criterios:

Si      No

**VISITA 6 (a los 36 meses del primer episodio psicótico) (3 AÑOS)**

Fecha (d/m/a):

**REMISIÓN DEL EPISODIO PSICÓTICO**

Presenta remisión (> ó = a 3 en todos los ítemns\*):

Si No

**RECAIDA**

Ha presentado recaída (hospitalización por síntomas psicóticos):

Si No

**SINDROME DEFICITARIO**

Cumple criterios:

Si No