
Nuevas perspectivas en la psicopatología de los trastornos esquizofrénicos

New perspectives on the psychopathology of schizophrenic disorders

M.J. Cuesta, V. Peralta, J.F. Serrano

RESUMEN

En el presente artículo tratamos de describir la evolución que ha tenido lugar en el estudio de la psicopatología de los trastornos esquizofrénicos, desde la aplicación del método anatómico hasta los nuevos modelos dimensionales. Destaca la perdurabilidad de la delimitación establecida por Kraepelin entre las Psicosis Maníaco-Depresivas y la Demencia Precoz y la subclasificación en cuatro formas, paranoide, hebefrénica, catatónica y simple, a pesar de haberse demostrado la insuficiencia de estas clasificaciones para explicar la evolución clínica de los trastornos esquizofrénicos.

Hace 25 años se introdujo un nuevo enfoque dicotómico positivo/negativo, clasificatorio de síntomas y trastornos, que permitió el desarrollo de instrumentos de evaluación de síntomas. Los análisis factoriales llevados a cabo con las distintas escalas, encontraron que los síntomas se agrupaban en torno a tres o más factores o síndromes dimensionales. Esta aproximación dimensional es la que está guiando la mayoría de las investigaciones sobre esquizofrenia en los últimos años. Se destaca también la importancia de otras dimensiones clínicas de gran valor en el trastorno esquizofrénico, que quedaron postergadas por los instrumentos de medida que se desarrollaron. Se delimitan las tendencias actuales en la investigación psicopatológica de la esquizofrenia, con la ventaja que ofrecen los enfoques dimensionales.

Palabras clave: Esquizofrenia. Psicopatología. Dimensiones. Categorías.

ABSTRACT

In this paper the evolution that has taken place in the study of the psychopathology of schizophrenic disorders is studied from the application of the anatomico-clinical method to the new dimensional models. What is striking is the durability of the demarcation established by Kraepelin between Manic-Depressive Psychosis and Dementia Praecox, and the subclassification in four forms - paranoid, hebephrenic, catatonic and simple - in spite of the demonstration of the insufficiency of these classifications for explaining the clinical evolution of schizophrenic disorders.

25 years ago a new positive/negative dichotomic focus was introduced for the classification of symptoms and disorders, which made it possible to develop the tools for evaluating symptoms. Factorial analyses carried out using the different scales found that the symptoms were grouped around three or more factors or dimensional syndromes. This dimensional approach is what has guided the greater part of research into schizophrenia in recent years. Attention is also drawn to the importance of other clinical dimensions of great value in schizophrenic disorder which were passed over by the measurement tools that were developed. Present tendencies in psychopathological research into schizophrenia are delimited, with the advantage offered by dimensional approaches.

Key words: Schizophrenia. Psychopathology. Dimensions. Categories.

ANALES Sis San Navarra 2000, 23 (Supl. 1): 37-50.

Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Correspondencia:
Dr. Víctor Peralta Martín
Unidad de Psiquiatría
Hospital Virgen del Camino
Irunlarrea, 4
31008 Pamplona
Tfno. 948 422488
Fax 948 429924

INTRODUCCIÓN

Desde la Psicopatología al concepto Positivo/Negativo

Los trastornos psiquiátricos (TP) se caracterizan por su gran heterogeneidad. La aplicación del modelo anatomoclínico a dichos trastornos supuso un gran avance hacia la concepción que actualmente se tiene de los mismos. El modelo anatomoclínico fue originalmente propuesto para las enfermedades médicas y se fundamentaba en la existencia una interrelación específica entre las manifestaciones externas (síntomas y signos) y el substrato patológico o interno de la enfermedad. El método de exploración del modelo anatomoclínico en el campo de los TP fue la semiología psiquiátrica, que por analogía con la somática, se desarrolló sobre todo en el ámbito de la psiquiatría francesa a lo largo del siglo pasado y principios del actual. La semiología, o “notación precisa de los signos que componen los cuadros clínicos de la enfermedades mentales y

permiten su diagnóstico y pronóstico”, en la definición de Ey¹, se convertiría en el método por excelencia de exploración de los TP. Posteriormente y a partir de la influencia de Jaspers² la psicopatología, ya definida como el ordenamiento metodológico del acontecer psíquico anormal en todas sus dimensiones, ha venido a sustituir y englobar a la antigua semiología, sin que existan unas delimitaciones netas entre ellas. La exploración psicopatológica así definida no es un método ateorico de exploración sino que recoge los síntomas y signos de los trastornos de una forma estructural, es decir, organizada en función de las hipotéticas funciones mentales subyacentes (pensamiento, senso-percepción,... etc). Ésta es una característica que la diferencia de la semiología, que sería una recogida de los signos observables que presentan los pacientes, y de la psicopatología fenomenológica que tamiza la recogida de los síntomas y signos a través del proceso de empatización con los pacientes (Tabla 1).

Tabla 1. Métodos de evaluación de síntomas y signos derivados de las enfermedades mentales.

<i>Semiología</i>	Notación precisa de los signos que componen los cuadros clínicos de las enfermedades mentales y permiten su diagnóstico y pronóstico
<i>Psicopatología</i>	Estudio sistemático de las experiencias anómalas, la cognición y la conducta
<i>Psicopatología fenomenológica</i>	Es la observación y categorización de las experiencias subjetivas anómalas y su representación en las conductas

Los trastornos esquizofrénicos (TE) son probablemente, dentro del conjunto de los TP, aquéllos donde se manifiesta una mayor variedad y riqueza en la expresividad sintomatológica. Esto conlleva que sean definidos de forma politética, es decir, que se definan de acuerdo a sus múltiples características. Esta definición ha precisado de la aplicación de métodos clasificatorios o nosotáxicos complejos que se han sucedido de frecuentes revisiones y cambios.

Sin embargo, se pueden destacar dos hilos conductores en la nosología de los TE que no han variado significativamente con el paso del tiempo. En primer lugar, la

delimitación establecida por Kraepelin³ entre el grupo de las Psicosis Maníaco-Depresivas (PMD) y la Demencia Precoz. Bleuler⁴ asumió también esta delimitación a pesar de que su visión conceptual y funcional fuera diferente de la postulada por Kraepelin respecto de la Demencia Precoz. Esta delimitación entre los grandes grupos de psicosis se sigue manteniendo en la actualidad a pesar de que haya sido preciso incluir un grupo de trastornos mixtos o Esquizoafectivos⁵, ya que muchos pacientes no se podían clasificar en un solo grupo diagnóstico, y a pesar de que no haya podido ser validada estadísticamente⁶.

El segundo hilo conductor respecto de la nosotaxia de los TE se refiere a su subclasificación en las cuatro formas características: paranoide, hebefrénica, catatónica y simple. Tampoco se han demostrado suficientemente ni su validez⁷ ni su estabilidad⁸.

Si revisamos someramente lo sucedido en otros sistemas nosográficos de los TP, veremos que estos dos hilos conductores también se han mantenido más o menos implícitamente. La clasificación de los TE de la escuela francesa en formas delirantes agudas, psicosis esquizofrénicas y psicosis delirantes crónicas, de gran valor en la práctica, quedó reducida a una influencia parcial en la comunidad francófona. En este sistema clasificatorio se mantiene la delimitación con las psicosis afectivas y también se siguen proponiendo las cuatro formas para la esquizofrenia crónica. Por otra parte, la clasificación desarrollada por la escuela de Wernicke, Kleist y Leonhard basada en la tipificación de Esquizofrenias sistemáticas y no sistemáticas, junto con las psicosis cicloides diferenciadas de las afectivas también delimita las esquizofrenias de las psicosis afectivas y presenta tres de las cuatro formas en las esquizofrenias sistemáticas, incluyendo la forma simple dentro de las hebefrénicas⁹.

Paralelamente a la subclasificación en cuatro formas esquizofrénicas, y en parte debido a sus insuficiencias para explicar la evolución característica de los TE en fases activas o brotes y fases deficitarias, se han formulado modelos principalmente dicotómicos para su clasificación que han tenido gran aplicabilidad para la práctica clínica. De todos los modelos dicotómicos, la clasificación basada en la introducción de los conceptos de síntomas positivos y negativos ha supuesto un gran hito conceptual y ha persistido paralelamente a la clasificación tipológica clásica en los últimos 20 años, desbordando el campo de la investigación hasta hacerse presente en el lenguaje clínico de los psiquiatras.

Historia de los términos Positivo y Negativo

La historia conceptual de los términos positivo y negativo ha sido descrita fundamentalmente por Berrios^{10,11}, aunque tam-

bién son relevantes otras aportaciones¹². Ha habido un gran debate sobre si esta terminología en su concepción actual debería atribuirse al neurólogo J.H. Jackson¹³, o a su coetáneo J.R. Reynolds. Ambos autores emplearon estos términos para describir estados clínicos asociados a diferentes procesos funcionales. Desde una perspectiva jerárquica y funcional Jackson defendía que los síntomas negativos se producían como efecto directo de la lesión, ya que provocaban un déficit o anulación de la función. Como consecuencia se desinhibirían procesos funcionales más arcaicos, que serían los síntomas positivos. Por lo tanto, existiría una interdependencia funcional y jerárquica entre ambos tipos de síntomas. Sin embargo, para Reynolds los síntomas negativos se producirían por déficit energético o del tono vital, y los positivos por un exceso de los mismos, sin que fuese necesaria su asociación funcional ni una relación jerárquico-estructural entre ellos. En la terminología actual, los conceptos positivo y negativo solamente hacen referencia a la exageración de una función o comportamiento que un sujeto normal no presenta, y a la ausencia o déficit de la función o comportamiento.

La escuela anglosajona moderna¹⁴ revitalizó estos conceptos en el contexto de los síntomas esquizofrénicos, aunque el uso de los conceptos de positivo y negativo no implicaba necesariamente la aceptación de los conceptos de Jackson en su sentido original. Previamente, a finales de los 50, algunos autores como Venables y Wing manejaron conceptos muy próximos a los de positivo-negativo, aunque con otra denominación (actividad-retraimiento)¹⁵.

En 1974, Strauss, Carpenter y Bartko llevaron a cabo un estudio dirigido a la comprensión de la relación entre los síntomas y el concepto de esquizofrenia. Partieron del modelo anatomoclínico de enfermedad basado en la aceptación implícita de que los síntomas son las manifestaciones externas de los trastornos esquizofrénicos y de que dichas manifestaciones sirven para identificar los procesos patológicos subyacentes. Concluyeron que las manifestaciones de los trastornos esquizofrénicos pueden agruparse en tres grupos de síntomas: síntomas positivos (delirios, alucinaciones, comportamientos catatóni-

cos y algunas formas de trastornos formales del pensamiento, como la distraibilidad), con poco poder predictivo sobre evolución y antecedentes familiares; síntomas negativos (afecto embotado, apatía y algunas formas de trastornos formales del pensamiento, como el bloqueo), grupo de síntomas relacionados con la cronicidad del trastorno; y trastornos de las relaciones personales, que se evidenciaría como una dimensión relativamente independiente de las dos anteriores. Estos tres procesos se relacionarían con alteraciones subyacentes diferenciadas. Además, como contribución marginal al estudio pero de gran interés para la psicopatología actual, encontraron que la falta de conciencia de enfermedad no se podía englobar en nin-

guna de estas tres dimensiones mencionadas¹⁶.

Posteriormente, Crow en su clasificación de los trastornos esquizofrénicos, incluyó los síntomas positivos como característicos de las esquizofrenias tipo I y los síntomas negativos en las esquizofrenias tipo II¹⁷. Por su parte Andreasen y Olsen desarrollaron unos criterios clínicos específicos, dependiendo de la intensidad de los síntomas positivos y negativos para la clasificación de los trastornos en tres grandes grupos: esquizofrenia positiva, negativa y mixta. La dicotomía positivo-negativo se planteó ya desde sus orígenes con una finalidad clasificatoria de los trastornos esquizofrénicos y como método de cuantificación de los síntomas^{18,19} (Tabla 2).

Tabla 2. Concepto funcional asociado a los síntomas positivos y negativos.

Strauss et al. ¹⁴	Procesos semiindependientes
Crow ^{17,85}	Evolucionó desde una concepción de procesos independientes a procesos semiindependientes
Andreasen ^{13,56}	Similar evolución conceptual a la de Crow, desde procesos independientes a semiindependientes

Aproximaciones categoriales y dimensionales

Los sistemas tipológicos se derivan principalmente de los modelos médicos y propugnan la existencia de enfermedades discretas²⁰ presuponiendo una patofisiología o etiología diferente para cada enfermedad. Es un sistema clasificatorio con categorías excluyentes. Para el caso de la distinción positiva-negativa, las esquizofrenias se clasificarían en los dos grupos excluyentes y se les atribuiría una patofisiología o etiología diferente. Sin embargo, no se ha demostrado que tal delimitación refleje una etiología diferente, ni que los grupos sean estables en el tiempo, ni tampoco se ha solucionado la elevada proporción de casos mixtos al ser clasificados de esta forma. Muchas de estas dificultades han provocado que esta clasificación haya caído en desuso. Realmente más que un modelo dicotómico fue en su origen un modelo de tres categorías ya que contemplaba un grupo mixto cuando se cumplían

las características de ambos grupos. En un estudio propio²¹ encontramos que sobre 115 pacientes esquizofrénicos el grupo mixto lo conformaban más del 50% de los pacientes (n=61, 53%).

Por otro lado, los sistemas dimensionales provienen originalmente de la psicología y las dimensiones son continuas, clasificándose los síntomas, no los pacientes. Las dimensiones no son excluyentes y pueden ser aditivas. Estos sistemas plantean problemas a la hora de delimitar los trastornos, pero dan una imagen más real de los cuadros clínicos que presentan los pacientes. El modelo dimensional precisa de escalas de cuantificación específicas y no sirve para finalidades diagnósticas.

El enfoque dimensional sobre los síntomas positivos y negativos ha sido el más desarrollado y el más influyente en la clínica e investigación de los trastornos esquizofrénicos. Ha redundado de forma provechosa para la exploración psicopatológica de los pacientes psicóticos ya que se han

desarrollado numerosos instrumentos de evaluación a partir del modelo de síntomas positivos y negativos.

Instrumentos de evaluación de los síntomas positivos y negativos

Existen diferentes instrumentos para la evaluación de síntomas positivos y negativos que pueden clasificarse de una forma sinóptica según el método empleado para la evaluación y en función del tipo de síntomas que incluyan.

Debido a su origen, la mayor parte de los síntomas positivos y negativos se pueden evaluar mediante inventarios psicopatológicos generales, como el AMDP²² y el CPRS²³. También se pueden evaluar mediante las entrevistas semiestructuradas para trastornos psiquiátricos (PSE²⁴, y SADS²⁵), aunque no son específicas para ello ni incluyen todos los síntomas positivos y negativos. Tan sólo existe una entrevista semiestructurada que evalúa los síntomas positivos y negativos, junto con otros síntomas presentes en los trastornos psicóticos mayores como los catatónicos y los afectivos que es el CASH²⁶.

Dentro de las escalas para la evaluación de los síntomas positivos y negativos, el BPRS en su versión de 18 ítems es una escala que permite la evaluación de síntomas positivos y negativos en el contexto de otros síntomas psiquiátricos²⁷. Sin embargo, es una escala pobre para la evaluación de los síntomas negativos ya que tan sólo evalúa tres, no incluyendo síntomas tan importantes como la alogia o abulia.

La escala de Krawiecka o escala de Manchester fue el primer instrumento para el estudio de síntomas positivos y negativos²⁸, ha sido validada para nuestro país^{29,30}. La escala tiene adecuadas propiedades psicométricas en su composición y es fácil de aplicar, pero está limitada por el escaso número de síntomas positivos y negativos que se evalúan. Esta escala sirvió de base al desarrollo clínico de los estudios ingleses que sirvieron de fundamento a las hipótesis de Crow³¹.

Por último, hay que resaltar las escalas específicas de evaluación de los síntomas positivos y negativos, que son las escalas de Andreasen SAPS y SANS y la escala PANSS³².

Las escalas SAPS y SANS fueron originalmente concebidas para tratar de relacionar la clínica de los trastornos esquizofrénicos con sus substratos neurobiológicos³³, así como para el estudio diagnóstico y nosológico de dichos trastornos. Se componen de 50 síntomas y signos individuales, pertenecientes a 9 grandes grupos, 4 positivos (alucinaciones, delirios, conducta bizarra y trastorno formal del pensamiento) y 5 negativos (afecto embotado, alogia, abulia, anhedonia-insociabilidad y trastornos de la atención). Inicialmente se incluían los síntomas catatónicos dentro de los positivos pero fueron suprimidos debido a su baja correlación con dichos síntomas.

La escala PANSS fue diseñada para obviar algunas posibles deficiencias metodológicas de las anteriores. Su composición es pareada, se compone de 7 síntomas positivos y 7 negativos, y además se evalúan 16 síntomas de psicopatología general. Permite una evaluación cuantitativa y a la vez clasificatoria de las esquizofrenias (esquizofrenias positivas y negativas).

De forma comparativa, tanto la SAPS/SANS como la PANSS tienen mejores propiedades psicométricas que la escala de Krawiecka³⁴. La escala PANSS proporciona mejores puntos de anclaje y siempre se evalúa de forma semiestructurada³⁵. Tiene como inconvenientes que su síndrome positivo es muy heterogéneo, aunque el negativo es marcadamente nuclear³⁶. Sin embargo, el síntoma de afectividad inapropiada no está bien representado, y se ha sugerido su evaluación como un ítem complementario. Existe una versión de la PANSS que se realiza en base a una entrevista estructurada para el DSM-III-R (SCID-PANSS³⁷). Para la PANSS existen valores normativos de rangos y percentiles³⁸.

MODELOS DIMENSIONALES

El modelo trisindrómico

Los primeros instrumentos diseñados específicamente para evaluar los síntomas positivos y negativos fueron respectivamente las escalas SAPS y SANS. Los síntomas negativos y positivos tenían una elevada consistencia interna, si bien esta fue

relativamente modesta en el caso de los positivos.

El primer análisis factorial de las subescalas SAPS/SANS encontró una estructura trifactorial de los síntomas que componen dichas escalas³⁹. La validez del constructo de síntomas positivos y negativos comenzaba a cuestionarse. Desde entonces, se han publicado numerosos análisis factoriales de dichas escalas; la mayoría han constatado la agrupación natural de los síntomas esquizofrénicos en torno a tres factores o síndromes dimensionales⁴⁰: psicosis (delirios, alucinaciones), desorganización (trastornos formales del pensamiento, conducta extraña, afectividad inapropiada) y negativo (embotamiento afectivo, alogía, apatía y anhedonia-insoportabilidad). Este modelo trisindrómico y dimensional ha sido recogido en el DSM-IV como un sistema alternativo para la evaluación de la esquizofrenia.

El paso de una concepción dicotómica de los síntomas positivos y negativos a una trisindrómica, ha conllevado dos avances fundamentales. El primero ha sido el paso de una visión categorial a otra dimensional de la fenomenología esquizofrénica, y el segundo la transformación de un modelo bidimensional, en modelos tridimensionales e incluso multidimensionales. El análisis factorial de otras escalas de síntomas esquizofrénicos tales como la BPRS⁴¹, la escala de Krawiecka⁴² y la escala PANSS⁴³ también ha demostrado la existencia de al menos tres síndromes dimensionales de similar composición sintomática que los derivados de las escalas SAPS y SANS. Con la escala PANSS se han desarrollado modelos multidimensionales más complejos⁴⁴, aunque actualmente existe un cierto consenso⁴⁵ de que la escala comprende cinco síndromes: psicosis, desorganización, negativo, excitación y afectivo.

El modelo trisindrómico dimensional de la esquizofrenia tiene importantes implicaciones, tanto en la clínica como en investigación: 1) al igual que el modelo dicotómico, se supone que los tres agrupamientos sintomáticos son la expresión clínica de procesos fisiopatológicos diferentes^{46,47}; 2) los tres síndromes tienen un carácter dimensional, pueden coexistir todos ellos en un mismo pacien-

te y pueden predominar uno sobre los demás configurando perfiles clínicos más o menos puros; 3) el carácter dimensional de los síndromes hace que éstos puedan ser estudiados más allá de las categorías diagnósticas (ver el siguiente apartado); 4) Como consecuencia de lo anterior, y en contraste con las subclasificaciones categoriales, los síndromes dimensionales tienen un carácter aditivo y no excluyente por lo que pueden estudiarse en todos los pacientes sin pérdida de información.

Además, el modelo trisindrómico tiene un importante valor heurístico, ya que es relativamente equivalente desde un punto de vista dimensional a los subtipos clásicos de la esquizofrenia y al peso que históricamente se ha concedido por diferentes autores al valor diagnóstico de los tres agrupamientos sintomáticos.

El modelo trisindrómico en las psicosis funcionales

Aunque determinados síntomas pueden tener un cierto valor diagnóstico dentro de las psicosis funcionales⁴⁸, es un hecho bien establecido que no hay síntomas patognomónicos de la esquizofrenia⁴⁹ y que no existe una clara separación bimodal entre las psicosis esquizofrénica y afectiva en base a sus manifestaciones clínicas⁵⁰. Teniendo en cuenta estos datos, se podrían plantear las siguientes hipótesis: 1) el modelo trisindrómico de la esquizofrenia es replicable en las psicosis no esquizofrénicas, y 2) las dimensiones individuales no son específicas de trastornos psicóticos determinados. Nuestro grupo ha realizado un estudio al objeto de evaluar ambas hipótesis en una muestra de 314 pacientes que presentaban todo el espectro de las psicosis funcionales según criterios DSM-III-R. La primera hipótesis pudo ser confirmada, al encontrarse una estructura trisindrómica muy similar a la de la esquizofrenia en tres grupos de pacientes, un primer grupo con trastornos esquizofreniformes, un segundo con psicosis afectivas (esquizaafectivas y trastornos del humor con síntomas psicóticos) y un tercer grupo compuesto por psicosis reactiva breve, trastorno delirante y psicosis atípica⁵¹.

La hipótesis de la inespecificidad diagnóstica de los tres síndromes dentro de las

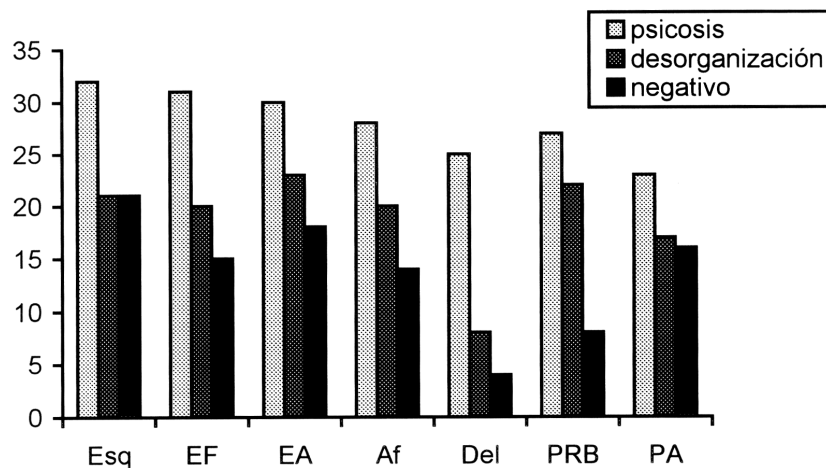
psicosis funcionales también pudo ser comprobada. En la figura 1 está representada la intensidad de los síndromes de psicosis, desorganización y negativo en todo el espectro de psicosis funcionales. Como se puede observar, la intensidad de cada síndrome fue similar en todos los trastornos. Las excepciones se dieron, como era esperable, en la psicosis reactiva breve (menor intensidad del síndrome negativo) y en el trastorno delirante (menor intensidad de los síndromes negativo y de desorganización). Estos resultados tienen importancia teórica, ya que claramente muestran una dimensionalidad de la psicopatología en todo el espectro de las psicosis funcionales, y apoyan de forma inequívoca la hipótesis de un "continuum" psicopatológico en las psicosis.

Una vez demostrado que el modelo trisindrómico tiene validez clínica y estadística mas allá de las categorías diagnósticas, el siguiente reto consistirá en demostrar su validez fisiopatológica independientemente también de las categorías diagnósticas. A este respecto, hay muy pocos estudios empíricos, pero los existentes son muy sugestivos. Así por ejemplo, se ha encontrado que la dilatación de los ventrículos

laterales⁵² y la disfunción prefrontal⁵³ están relacionados con los síntomas negativos independientemente del tipo de psicosis. Se encontró también que los síndromes de psicosis y desorganización respondieron a los neurolépticos de una forma similar independientemente del tipo de trastorno psicótico. Estos ejemplos apoyan la sugestiva hipótesis de que los síndromes de psicosis, desorganización y negativo pueden tener una realidad biológica mas allá de las categorías diagnósticas.

El modelo tetradimensional

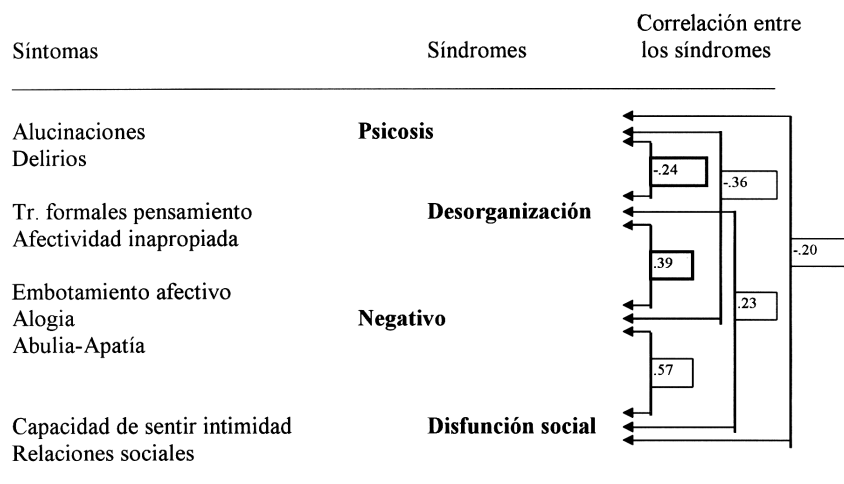
Nuestro grupo ha estudiado un modelo tetradimensional de los síntomas esquizofrénicos evaluados con las escalas SAPS/SANS mediante análisis factorial confirmatorio en una muestra de 253 pacientes⁵⁴. El modelo de 4 dimensiones se basó por una parte en el bien contrastado modelo tridimensional, y por otra, en la distinción que se hizo en un principio entre síntomas negativos y los trastornos de las relaciones interpersonales. La composición sintomática y la correlación entre las dimensiones de este modelo se muestra en la figura 2.



Esq=esquizofrenia, EF=trastorno esquizofreniforme, Af=Trastorno afectivo, Del=trastorno delirante, PRB=psicosis reactiva breve, PA=psicosis atípica

Fuente: Peralta et al., 1997.

Figura 1. Intensidad de los síndromes de psicosis, desorganización y negativo en los diferentes tipos de psicosis funcionales.



Fuente: Peralta et al. (1994).

Figura 2. El modelo tetradimensional de la esquizofrenia.

El análisis estadístico comparativo de este modelo reveló un ajuste prácticamente perfecto a los datos, siendo significativamente superior a los modelos uni, bi y tridimensionales. El modelo de 4 dimensiones fue comparativamente mejor en términos de parsimonia, significación estadística e interpretación sustantiva. A diferencia de las dimensiones de psicosis, desorganización y negativa, que se supone son la expresión de diferentes procesos fisiopatológicos, la dimensión de disfunción social o relacional para otros autores⁵⁵ tenía su propio curso longitudinal en la que estarían implicados diversos factores psicosociales. En este modelo, la disfunción social está estrechamente relacionada con el síndrome negativo ($r=0,57$).

Este modelo tiene una especial importancia desde el punto de vista conceptual, ya que algunos autores⁵⁶ mantienen que el concepto de síntomas positivos versus negativos continúa siendo válido, a pesar de admitir la existencia de al menos tres síndromes en la esquizofrenia. Estos autores sostienen que los síndromes de psicosis y desorganización son subsíndromes de tipo positivo. Si esta hipótesis fuera cierta, los síndromes de psicosis y desorganización deberían estar estrecha y positivamente correlacionados. Sin embargo, si nos fijamos en las intercorrelaciones (Fig. 2), se

puede observar que la correlación entre los síndromes de psicosis y desorganización ($r=-0,24$), no sólo es poco relevante sino de tipo inverso, lo que entra en contradicción con la hipótesis de que ambos síndromes pertenecen al orden de lo “positivo”. Resultados muy similares a los nuestros han sido publicados en una muestra de pacientes esquizofrénicos en remisión⁵⁷. Ambos estudios indican claramente que, en el plano empírico, la simple subdivisión de los síntomas esquizofrénicos en positivos y negativos es insostenible.

Hemos propuesto tres diferentes niveles de comprensión de los síntomas positivos y negativos. A nivel conceptual los síntomas positivos y negativos pueden ser entendidos como constructos de tercer orden que reflejan dos tipos de psicopatología: productiva y deficitaria^{58,59}. A nivel clínico, los síntomas positivos se expresan como síndromes de psicosis y de desorganización (que no están necesariamente asociados), y los síntomas negativos como un síndrome negativo propiamente dicho y otro de disfunción social. Por último, a un nivel más molecular y psicométrico –que representa el análisis a nivel de ítem–, los síntomas positivos y negativos se entienden mejor como constructos multidimensionales, cuya estructura última está aún por definir.

Otras dimensiones psicopatológicas

Numerosas dimensiones clínicas de indudable valor teórico y clínico se han postergado en los últimos 20 años. Al igual que las dimensiones previamente expuestas, estas otras dimensiones también se caracterizan por estar compuestas por grupos de síntomas estrechamente relacionados entre sí. Seguidamente examinaremos de forma breve algunas de ellas.

Síndrome afectivo. Los síntomas depresivos y maníacos fueron descritos como trastornos primarios de la esquizofrenia tanto por Kraepelin como por Bleuler. De especial importancia son los primeros ya que son muy prevalentes y se han asociado con el riesgo de suicidio. La prevalencia de los síntomas depresivos oscila entre un 19 y un 81% dependiendo del estadio de la enfermedad que se considere⁶⁰.

Síndrome catatónico. Es un hecho bien establecido que la esquizofrenia catatónica es mucho menos prevalente que a principios de siglo. Esto ha desarrollado la creencia de que los trastornos motores prácticamente han desaparecido, lo que ha conducido al abandono de la exploración sistemática de este tipo de síntomas. Nada más lejos de la realidad clínica, los trastornos motores han disminuído de intensidad (y por eso no llegan a configurar un subtipo de esquizofrenia), pero su prevalencia sigue siendo relativamente alta. Así por ejemplo, un 17% de los pacientes psicóticos que ingresan en una unidad de agudos presentan un síndrome catatónico⁶¹.

Síndrome cognitivo subjetivo. Denominamos así a una gran variedad de síntomas muy prevalentes que son verbalizados por los pacientes y raramente explorados. La mayoría de estos síntomas son experiencias de tipo cognitivo de áreas tales como pérdida de control, percepción, lenguaje, pensamiento, motórica, pérdida de automatismo y sobreestimulación sensorial⁶². Algunos autores⁶³ califican a estos trastornos de 'básicos' ya que se supone que son la expresión más directa de un hipotético sustrato orgánico de la enfermedad. Se ha demostrado que estos síntomas constituyen por sí mismos un síndrome clínico muy cohesionado^{64,65} con un probable sustrato neurobiológico⁶⁶.

Falta de conciencia de enfermedad. Este es un síntoma o grupo de síntomas sobre el que actualmente existe consenso acerca de que está compuesto por tres componentes que se solapan: falta de conciencia de la enfermedad, falta de conciencia de síntomas individuales y falta de cooperación con el tratamiento^{67,68}. Esta dimensión psicopatológica tiene una indudable importancia sobre el tratamiento y pronóstico de la esquizofrenia, y actualmente existe un debate sobre su asociación⁶⁹ o no con una disfunción frontal⁷⁰.

Síndrome neurológico. Las alteraciones neurológicas de la esquizofrenia son conocidas desde las descripciones clásicas de la enfermedad⁷¹, y recientemente han sido propuestas como una dimensión primaria de la esquizofrenia⁷². Incluyen tanto signos neurológicos blandos como movimientos anormales. Se ha demostrado que los síntomas neurológicos están presentes desde las fases iniciales de la enfermedad y que no están asociadas con el tratamiento neuroléptico^{73,74}. Se ha señalado que los signos neurológicos blandos pueden ser un buen índice de deterioro cognitivo de la esquizofrenia⁷⁵.

Otros síntomas de la esquizofrenia. La descripción clínica de la esquizofrenia no se agota en todas las dimensiones anteriormente descritas. En realidad, prácticamente cualquier trastorno psicopatológico puede encontrarse en esta enfermedad⁷⁶. Así, entre otros, se han descrito síntomas de despersonalización, obsesivos, de angustia, trastornos del control de los impulsos y conductas de automedicación que, si bien no tienen valor diagnóstico, pueden dominar el cuadro clínico del paciente y requerir enfoques terapéuticos específicos.

DIRECCIONES FUTURAS EN LA INVESTIGACIÓN PSICOPATOLÓGICA DE LA ESQUIZOFRENIA

Evolución de las principales escuelas psicopatológicas hasta el momento actual

Las clasificaciones internacionales confeccionadas por el consenso de la mayor parte de los psiquiatras, provienen del legado recibido de los 4 autores más influyentes de la psiquiatría clásica (Kraepelin, Bleuler, Jaspers y Schneider). Otros

enfoques categoriales, como el de la escuela francesa, tan sólo se sigue empleando en el ámbito francés. La herencia recibida de la escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard sigue siendo de gran interés heurístico y recientemente vuelve a reconsiderarse, tanto en los aspectos clínicos, como de clasificación (véase la introducción de los trastornos psicóticos polimorfos en la CIE 10⁸⁾ y también en la investigación⁷⁷. Por último, la clasificación en esquizofrenias tipo positivo o negativo actualmente está en desuso.

La introducción en el DSM-IV de una evaluación tridimensional de los trastornos esquizofrénicos ha supuesto la consolidación de los modelos trisindrómicos en la clínica psiquiátrica. Sin embargo, donde mayor relevancia están teniendo los enfoques dimensionales es sobre todo en investigación, debido en gran parte a las hipótesis que sostienen que existen correlatos neurobiológicos subyacentes a las dimensiones esquizofrénicas.

Desde la perspectiva de enfermedad, el cuerpo doctrinal de la Psicosis Única tiene una influencia reducida en el mundo psiquiátrico actual, aunque cualitativamente significativa^{78,79}.

Por último, hay planteamientos interesantes en los análisis a nivel de síntoma. Se está desarrollando un reanálisis histórico-conceptual⁸⁰ de los síntomas psiquiátricos con la finalidad de diseñar nuevos instrumentos de evaluación y se está proponiendo la construcción de una nueva psicopatología, más acorde con la clínica e investigación actual.

Otra corriente de pensamiento propugna el estudio de las expresiones clínicas más elementales, es decir los síntomas individuales en vez de los síndromes. Esta aproximación se basa en que el análisis de los síntomas a partir del funcionamiento cognitivo normal proporciona modelos clínicos más comprensivos y más útiles para la planificación terapéutica⁸¹ (Tabla 3).

Tabla 3. Evolución de las principales escuelas psicopatológicas hasta el momento actual.

PERSPECTIVA CATEGORIAL		
Enfoques clásicos		
Escuela de Kraepelin/Bleuler/Jaspers/Schneider		CIE y DSM-IV
Escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard		Desarrollo minoritario
Escuela francesa		Influencia ámbito francófono
Esquizofrenias positivas y negativas		No ha sido validado este sistema clasificatorio
PERSPECTIVA DIMENSIONAL		
A nivel de enfermedades	Psicosis única	Teoría recientemente revitalizada (Crow, Kendell)
A nivel de síndromes	Positivos/negativos	Modelos 3 síndromes
	Síndromes multidimensionales	Subdimensionalización
A nivel de síntomas	Análisis de los síntomas	Desarrollo de una nueva psicopatología (Berrios)
		Análisis de síntomas individuales (Bentall, Garety Costello, Persons)

Direcciones futuras en la evaluación clínica

Hasta la fecha no se han diseñado instrumentos adecuados para evaluar todas las dimensiones psicopatológicas de la esquizofrenia. Actualmente la derivación de las dimensiones se hace mediante la suma ponderada de grupos de síntomas de las escalas de síntomas positivos y negativos, o bien, mediante el empleo simultáneo de varios instrumentos de evaluación.

Los instrumentos de evaluación actuales no establecen una jerarquía entre los síntomas. Además, se presupone que los síntomas subjetivos, los observados, y los explorados tienen el mismo valor (p.e. diagnóstico) cuando esto no está demostrado.

Un problema muy importante y que ha recibido poca atención es el de la contaminación de la exploración psicopatológica por el diagnóstico. Se ha señalado⁸² que los esquemas diagnósticos preconcebidos tienen una gran importancia en la denominación de síntomas. Existe la necesidad de una aproximación atórica a la psicopatología descriptiva, no contaminada por conceptos diagnósticos o nosológicos previos, que no dejen de ser arbitrarios.

En cuanto a la aproximación multidimensional, el modelo más aceptado es el trisindrómico, aunque no captura suficientemente la riqueza psicopatológica de la esquizofrenia. Se deberán examinar los correlatos clínicos de las distintas dimensiones (influencia de las variables psicosociales, respuesta al tratamiento, cronicidad, valor pronóstico) y su hipotético sustrato neurobiológico. Entre algunas dimensiones de la personalidad premórbida y las dimensiones de las psicosis funcionales, se ha sugerido la existencia de un continuum⁸³. Futuras investigaciones deberán establecer si este continuum tiene su base en un mismo sustrato neurobiológico⁸⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. EY H, BERNARD P, BRISSET CH. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Toray-Masson 1978.
2. JASPERS K. Allgemeine Psychopathologie. Neunte, unveränderte Auflage. Berlin: Springer 1973.
3. KRAEPELIN E. Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig: Barth 1896.
4. BLEULER E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. (trans. J Zinkin). New York: International University Press 1911/1950.
5. KASANIN J. The acute schizo-affective psychoses. Am J Psychiatry 1933; 13: 97-126.
6. KENDELL RE, GOURLAY J. The clinical distinction between the affective psychoses and schizophrenia. Br J Psychiatry 1970; 117: 261-266.
7. MCGLASHAN TH, FENTON WS. Classical subtypes for schizophrenia: literature review for DSM-IV. Schizophr Bull 1991; 17: 609-623.
8. FENTON WS, MCGLASHAN TH. Natural history of schizophrenic subtypes: II. positive and negative symptoms and long-term course. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 978-986.
9. LEONHARD, K. Aufteilung der endogen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Berlin: Akademie-Verlag 1986.
10. BERRIOS GE. Positive and negative symptoms and Jackson. Arch Gen Psychiatry 1985; 42: 95-97.
11. BERRIOS GE. Positive and negative signals: a conceptual history. En: Negative versus positive schizophrenia. Eds A. Marneros, N.C. Andreasen y M.T. Tsuang. Berlin: Spriger, pp 8-27 1991.
12. SASS H. The historical evolution of the concept of negative symptoms in schizophrenia. Br J Psychiatry 1989; Suppl 7: 26-31.
13. ANDREASEN NC, OLSEN S. Negative versus Positive schizophrenia: definition and validation. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 789-794.
14. STRAUSS JS, CARPENTER WJ, BARTKO JJ. The diagnosis and understanding of schizophrenia: Part III. Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. Schizophr Bull 1974; 11: 61-69.
15. WING JK. The concept of negative symptoms. Br J Psychiatry 1989; Suppl 7: 10-14.
16. CUESTA MJ, PERALTA V. Lack of insight in schizophrenia. Schizophr Bull 1994; 20: 359-366.
17. CROW TJ. Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?. Br Med J 1980; 280: 66-68.
18. ANDREASEN NC. The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). University of Iowa, Iowa City 1984.

19. ANDREASEN NC. The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). University of Iowa, Iowa City 1984.
20. ANDREASEN NC, NOPOULOS P, SCHULTZ S *et al*. Positive and negative symptoms of schizophrenia: past, present and future. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90 (Suppl 384): 51-59.
21. PERALTA V, CUESTA MJ. Síntomas esquizofrénicos positivos y negativos: un reanálisis del modelo dicotómico de la esquizofrenia. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1990; 18: 266-273.
22. LOPEZ-IBOR JJ. El sistema AMDP. Madrid, Garsi 1980.
23. ASBERG M, MONTGOMERY SA, PERRIS C, SCHALLING D, SEDVALL G. A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatr Scand* 1978; Suppl 271: 5-27.
24. WING JK, COOPER JE, SARTORIUS N. The measurement and classification of psychiatric symptoms. London: Cambridge University Press 1974.
25. ENDICOTT J, SPITZER RL. A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 837-862.
26. ANDREASEN NC. The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH). Iowa City, IA. The University of Iowa 1987.
27. OVERALL JE, GORHAM DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 1962; 10: 799-912.
28. KRAWIECKA M, GOLDBERG D, VAUGHAN M. A standardized psychiatric assessment for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1977; 55: 299-308.
29. PÉREZ-FUSTER A, BALLESTER GRACIA M, GIRÓN GIMENEZ M, GÓMEZ BENEYTO M. Fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio de la escala de evaluación psiquiátrica de Krawiecka. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1989; 17: 111-118.
30. PÉREZ-FUSTER A, BALLESTER GRACIA M, GIRÓN GIMENEZ M, GÓMEZ BENEYTO M. (1989b). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de evaluación psiquiátrica de Krawiecka. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1989; 17: 25-31.
31. JOHNSTONE EC, CROW TJ, FRITH *et al*. Mechanism of the antipsychotic effect in the treatment of acute schizophrenia. *Lancet* 1978; 22: 848-850.
32. KAY SR, FISZBEIN A, OPLER LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-276.
33. ANDREASEN NC, ARNDT S, MILLER D, FLAUM M, NOPOULOS P. Correlational studies of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms and the Scale for the Assessment of positive Symptoms: an overview and update. *Psychopathology* 1995; 28: 7-17.
34. KAY SR. Positive-negative symptom assessment in schizophrenia: psychometric issues and scale comparison. *Psychiatric Quarterly* 1990; 61, 163-178.
35. PERALTA V, CUESTA MJ. Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1994; 53: 31-40.
36. PERALTA V, CUESTA MJ, DE LEON J. Positive and negative symptoms/ syndromes in schizophrenia: reliability and validity of different diagnostic systems. *Psychol Med* 1995; 25: 43-50.
37. KAY SR, OPLER LA, SPITZER RL *et al*. SCID-PANSS: two-tier diagnostic system for psychotic disorders. *Compr Psychiatry* 1991; 32: 355-361.
38. PERALTA V, CUESTA MJ. La validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1994; 22: 171-177.
39. BILDER RM, MUKHERJEE S, RIEDER RO, PANDURANGI AK. Symptomatic and neuropsychological components of defect states. *Schizophr Bull* 1985; 11: 409-419.
40. PERALTA V, DE LEON J, CUESTA MJ. Are there more than two syndromes in schizophrenia?. A critique of the positive-negative dichotomy. *Br J Psychiatry* 1992; 161; 335-343.
41. VAN DER DOES AJW, DINGEMANS PMAJ, LINSZEN DH. *et al*. Dimensions and subtypes of recent-onset schizophrenia. A longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 681-687.
42. FRITH CD. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. Hove, Hillsdale: LEA 1992.
43. CUESTA MJ, PERALTA V. Psychopathological dimensions in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21: 473-482.
44. KAY S.R, SEVY S. Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990; 16: 537-545.
45. LINDENMAYER JP, BERNSTEIN-HYMAN R, GROCHOWSKI S. Five-factor model of schizophrenia. Initial validation. *J Nerv Mental Dis* 182: 631-638.

46. LIDDLE PF. Schizophrenic syndromes, cognitive performance and neurological dysfunction. *Psychol Med* 1987; 17: 49-57.
47. LIDDLE PF, FRISTON KJ, FRITH CD, HIRSCH SR, JONES T, FRACKOWIAK RSJ. Patterns of cerebral blood flow in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 179-186.
48. CUESTA MJ, PERALTA V. Are positive and negative symptoms relevant to cross-sectional diagnosis of schizophrenic and schizoaffective patients?. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 353-361.
49. POPE HG, LIPINSKI JF. Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 811-828.
50. KENDALL RE, BROCKINGTON IF. The identification of disease entities and the relationships between the schizophrenic and affective psychoses. *Br J Psychiatry* 1981; 137: 341-350.
51. PERALTA V, CUESTA MJ, FARRÉ C. Factor structure of symptoms in functional psychoses. *Biol Psychiatry* 1997; 42: 806-815.
52. PEARLSON GD, GARBACZ DJ, BREAKEY WR, AHN HS, DE PAULO JR. Lateral ventricular enlargement associated with persistent unemployment and negative symptoms in both schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry Res* 1994; 12: 1-9.
53. DOLAN RJ, BENCH CJ, LIDDLE PF, FRISTON KJ, FRITH CD, GRASBY PM. Dorsolateral prefrontal dysfunction in the mayor psychoses: symptom or disease specificity? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993;56:1290-1294.
54. PERALTA V, CUESTA MJ, DE LEON J. An empirical analysis of latent structures underlying schizophrenic symptoms: a four-syndrome model. *Biol Psychiatry* 1994; 36: 726-736.
55. STRAUSS JS, RAKFELDT J, HARDING CM, LIEBERMAN P. Psychological and social aspects of negative symptoms. *Br J Psychiatry* 1989; 155 (Suppl. 7): 128-132.
56. ANDREASEN NC. Symptoms, signs and diagnosis of schizophrenia. *Lancet* 1995; 346: 477-481.
57. BREKKE JS, DE BONIS JA, GRAHAM JW. A latent structure analysis of the positive and negative symptoms in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 252-259.
58. PERALTA V, CUESTA MJ. Negative symptoms in schizophrenia: A confirmatory factor analysis of competing models. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1450-1457.
59. PERALTA V, CUESTA MJ. Factor structure and clinical validity of competing models of positive symptoms in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 107-114.
60. DELISI LE. Depression in schizophrenia. Washington: American Psychiatric Press. 1990.
61. PERALTA V, CUESTA MJ, SERRANO JF, MATA I. The Kahlbaum syndrome: a study of its clinical validity, nosological status and relationship with schizophrenia and mood disorder. *Compr Psychiatry* 1997; 38: 61-67.
62. SÜLLWOLD L. Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (3). En: Huber G y Süllwold L, *Schizophrene Basisstörungen*. Berlin: Springer. 1986.
63. HUBER G. Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. *Fortschritte von Neurologie und Psychiatrie* 1966; 34: 409-426.
64. CUESTA MJ, PERALTA V, IRIGOYEN Y. Factor analysis of the Frankfurt Complaint Questionnaire in a Spanish Sample. *Psychopathology* 1996; 29: 46-53.
65. CUESTA MJ, PERALTA V, JUAN JJ. Abnormal subjective experiences in schizophrenia: its relationships with neuropsychological disturbances and frontal signs. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1996; 246: 101-105.
66. PERALTA V, CUESTA MJ. Subjective experiences in schizophrenia: a critical review. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 198-204.
67. DAVID AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 798-808.
68. PERALTA V, CUESTA MJ. Lack of insight: its status within schizophrenic psychopathology. *Biol Psychiatry* 1994; 36: 559-561.
69. YOUNG DA, DAVILA R, SCHER H. Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1993; 10: 117-124.
70. CUESTA MJ, PERALTA V, CARO F, DE LEÓN J. Is poor insight in psychotic disorders associated with poor performance on the Wisconsin card sorting test? *Am J Psychiatry* 1995; 152: 380-382.
71. KRAEPELIN E. *Dementia praecox and paraphrenia* (trad. R.M. Barclay). Huntington, NY: Krieger 1919/1971.
72. CARPENTER WT, BUCHANAN RW. Domains of psychopathology relevant to the study of etiology and treatment in schizophrenia. En: S.C. Schulz & C.A. Tamminga (Eds.) *Schizophrenia: Scientific Progress* (pp 13-22). New York: Oxford University Press. 1989.
73. GUPTA SJ, ANDREASEN NC, ARNDT S, FLAUM M, SCHULTZ SK, HUBBARD WC et al. Neurologic soft signs in neuroleptic-naive and neuroleptic-

- treated schizophrenic patients and in normal comparison subjects. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 191-196.
74. SPOERRI T. Motorische Shablonen und Stereotypien bei schizophrenen Endzuständen. *Psychiatrie und Neurologie (Basel)* 1967; 153: 81-127.
75. CUESTA MJ, PERALTA V, DE LEON J. Neurological frontal signs and neuropsychological deficits in schizophrenic patients. *Schizophr Res* 1996; 20: 15-20.
76. FOULDS GA, BEDFORD A. Hierarchy of classes of personal illness. *Psychol Med* 1975; 5: 181-192.
77. BECKMAN H, NEUMÄRKER KJ. Endogenous psychoses. Leonhard impact on modern psychiatry. Berlin, Ullstein Mosby 1995.
78. CROW TJ. The continuum of psychosis and its implications for the structure of the gene. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 419-429.
79. KENDELL RE. Diagnosis and classification of functional psychoses. *Br Med Bull* 1987; 43: 499-513.
80. BERRIOS GE, QUEMADA I. Aspectos históricos y conceptuales de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. En: *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Eds A Aldaz y C Vázquez. Editorial Siglo XXI, Madrid 1996 pp 121-134.
81. BENTALL RP. La aproximación psicológica sobre las alucinaciones y los delirios: psicopatología y aplicaciones para las estrategias del tratamiento. En: *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Eds A Aldaz y C Vázquez. Madrid: Editorial Siglo XXI 1996 pp 89-108.
82. BERRIOS GE, CHENG EYH. Recognising psychiatric symptoms. Relevance to the diagnostic process. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 308-314.
83. CUESTA MJ, PERALTA V, CARO F. Premorbid personality in psychoses. *Schizophr Bull* 1999; 25: 801-811.
84. GRUZELIER J, BURGESS A, STYGALL J, IRVING G, RAINE A. Patterns of cognitive asymmetry and syndromes of schizotypal personality. *Psychiatry Res* 1995; 56: 71-79.
85. CROW TJ. The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull* 1985; 11: 471-486.