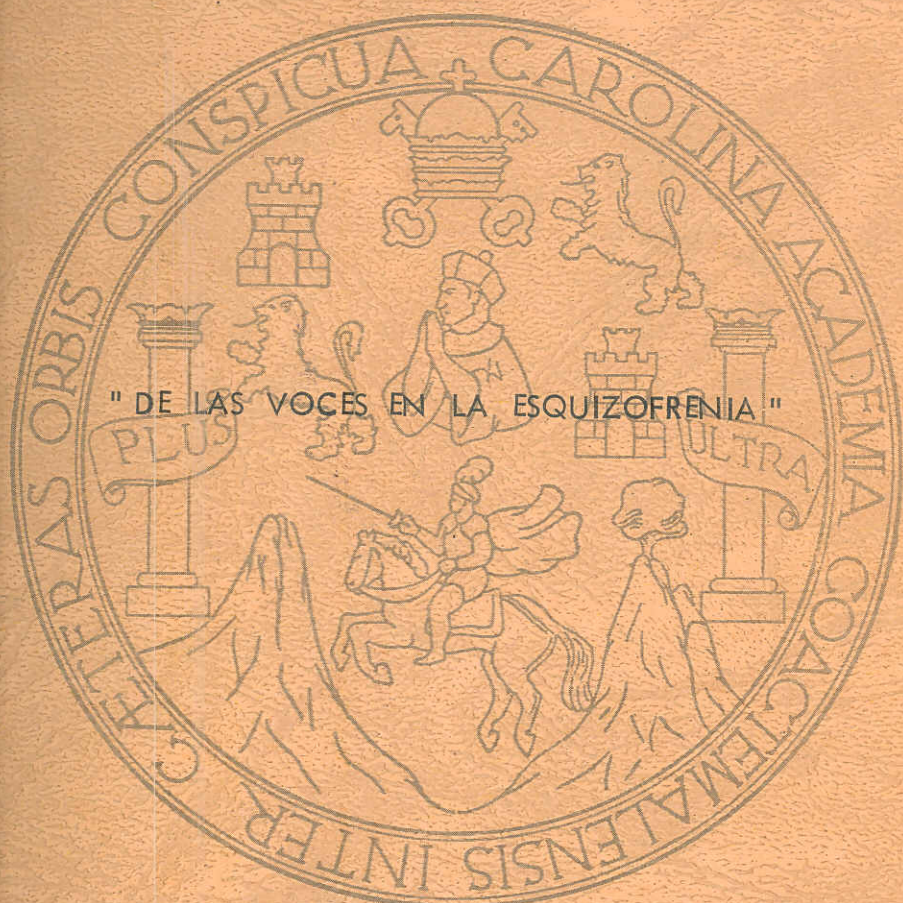


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



ROLANDO ABSALON GUTIERREZ BERRIOS

GUATEMALA, JULIO DE 1980

PLAN DE TESIS

- I.- INTRODUCCION
- II.- ANTECEDENTES
- III.- OBJETIVOS
- IV.- MATERIAL Y METODOS
- V.- DEFINICION DE TERMINOS
- VI.- HIPOTESIS
- VII.- CONSIDERACIONES GENERALES
- VIII.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- IX.- DISCUSION
- X.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- XI.- DATOS BIBLIOGRAFICOS
- XII.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves, que provocan una modificación profunda y durable de la personalidad, es la esquizofrenia la que engloba la mayor parte de los casos de alienación mental, caracterizada por un proceso de disgregación mental, que ha sido llamado alternativamente: Demence Precoe, (Demencia Precoz); Discordancia Intrapsíquica; Disociación Autística de la personalidad.

Aunque es relativamente fácil describir algunas de las características psicopatológicas más aparentes de las reacciones esquizofrénicas, ninguna de las definiciones de esta enfermedad mental, ha recibido todavía aceptación universal, existe por lo tanto, una inclinación cada vez mayor, a pensar que esquizofrenia es el término que designa a ciertos tipos de pautas de reacción más o menos similares, ante situaciones vitales que para el individuo es demasiado difícil encarar.

Consideramos Alucinaciones Auditivas (Acúfenos y Voces) a la vivencia de una percepción, sin que exista el estímulo fisiológico normal que lo justifique o explique (excluimos Tinnitus y Nooacusia).

Nuestro trabajo, tiene como objeto, investigar el valor que pueda adjudicársele a las Alucinaciones Auditivas en el diagnóstico de la Esquizofrenia; el estudio se realizó en todos los Pacientes que durante un año, asistieron al Departamento de Psiquiatría del Hospital General San Juan de Dios y que presentaban un número mínimo de síntomas y signos positivos, así como ausencia de otras anomalías concomitantes que pudieran alterar o hacer dudoso el cuadro clínico.

Realizamos también una encuesta comparativa de la población que tuviera las mismas características culturales, en este caso la hicimos a los acompañantes de los pacientes, y esto nos arrojó una medida comparativa, con la que contrastamos las cifras obtenidas en el estudio fundamental.

ANTECEDENTES

No existe hoy en día, un acuerdo unificado sobre la causa o causas de la Esquizofrenia, todas las teorías etiológicas quedan aun en hipótesis, entre estas; las teorías organicistas, las genéticas, las sociales, las ambientales y otras.

Los numerosos estudios experimentales, cuyo objetivo es encontrar en los Esquizofrénicos defectos constitucionales, metabólicos, endocrinos o de otro tipo fisiológico, todavía no han producido datos concretos verificables. Las áreas de investigación que en la actualidad se exploran mas activamente están relacionadas con el metabolismo intermediario de la Glucosa Cerebral, Frohman y colaboradores, han formulado la Hipótesis, de que los esquizofrénicos debido a defectos metabólicos en el esquema Emden-Meyerhof, tienen una capacidad deficiente para utilizar la energía disponible cuando hay que reaccionar ante un stress.

En general se considera que el esquizofrénico dependiendo o no de cualquier teoría etiológica, es incapaz de establecer por medio de defensas y adaptaciones maduras, una armonía efectiva, entre sus impulsos coercitivos y sus inhibiciones, y que no ha podido desarrollar un concepto claro o estable de si mismo.

Puede ser difícil diferenciar la esquizofrenia de la psicosis orgánicas, por ejemplo; sustancias exógenas como las anfetaminas sustancias Psicotróficas, psiquedélicas, y problemas endógenos como los trastornos tiroideos, disfunción adrenal y procesos neoplásicos.

Los trastornos afectivos primarios con síntomas unipolares

intensivos depresivos y de abstinencia, o padecimientos maníaco-depresivos.

Son a menudo muy difíciles de distinguir de la esquizofrenia esquizo-afectiva. Las reacciones histéricas y los síndromes limítrofes en ocasiones demuestran descompensación su ficiente como para causar problemas diagnósticos.

OBJETIVOS

GENERALES

- I.- Tomar mayor conciencia del problema que representan las enfermedades mentales en Guatemala.
- II.- Contribuir al análisis, estudio e interpretación del problema Esquizofrenia.
- III.- Presentar un documento al médico y al estudiante de medicina, para ampliar sus conocimientos sobre esquizofrenia.
- IV.- Cumplir con el requisito de la Facultad de Ciencias Médicas.

ESPECIFICOS

- I.- Establecer la frecuencia con que se presentan las Alucinaciones Auditivas en pacientes con Esquizofrenia franca.
- II.- Demostrar la confiabilidad que representa dicho síntoma para establecer el diagnóstico de esquizofrenia.
- III.- Comprobar la validez de este síntoma clínico, basado en los datos estadísticos.

MATERIAL Y METODOS

RECURSOS MATERIALES

- I.- Departamento de Psiquiatría del Hospital General San Juan de Dios.
- II.- Registros Médicos.
- III.- Revisión de textos de Psiquiatría y documentos relacionados.

RECURSOS HUMANOS

- I.- Personal Médico del Hosp. General San Juan de Dios.
- II.- Médico asesor y revisor.
- III.- Selección de Pacientes que presentaban Esquizofrenia franca.
- IV.- Consideramos Pacientes con esquizofrenia franca los que presentaron las siguientes características:

Ambulatorio, lúcido, orientado, bien nutrido, eumnésico, afebril, I.Q dentro de límites normales, sin alteraciones sensitivo-sensoriales ni motoras, sin reflejos asimétricos ni anormales, sin historia de utilización de sustancias psicotropicas, estimulantes o depresoras del sistema nervioso central o que produzcan acostumbamiento, sin historia compatible con psicosis maniaco-depresivas, epilepsia ni otras alteraciones neurológicas, sin

signos de irritación meníngea, ni hipertensión intracraneal.

Presencia de la siguiente sintomatología:

- I.- Nooacusia.
- II.- Alucinaciones Auditivas.
- III.- Ilusiones de Influencia.
 - A.- Imposición de Conductas
 - B.- Sentimientos de Pasividad.
 - C.- Imposición de pensamientos
 - D.- Robo de Ideas.
- IV.- Ilusiones de Referencia
 - A.- Vivencias paranoides
- V.- Catatonia
- VI.- Timidez y Retraimiento
- VII.- Evasividad.
- VIII.- Reticencia
- IX.- Alteraciones de la modulación afectiva.
- V.- Observación del paciente por espacio de un año, citándolo semanalmente.
- VI.- Se tomó un grupo control; se designó así a las personas acompañantes de los pacientes, sin importar el parentesco, para establecer una comparación con los pacientes en estudio.

DEFINICION DE TERMINOS

ILUSIONES DE INFLUENCIA: Vivencia de algo determinado o indeterminado, ajeno al paciente, que ejerce una influencia sobre su propia vida.

IMPOSICION DE CONDUCTAS: Vivencia delirante de que lo que se hace, se sueña o se piensa, es inducido por fuerzas ajenas (brujería, radio, etc...)

ROBO DE IDEAS: Vivencia delirante, de que sus ideas le son hurtadas, por otras personas, por la radio, etc...

ILUSIONES DE REFERENCIA: Vivencia de que, lo que se percibe tiene relación con el paciente, casi siempre de una forma molesta, sin que en realidad hayn fundamentos.

ALUCINACIONES AUDITIVAS: Vivencia de una percepción sin que exista el estímulo fisiológico normal que lo justifique o explique. Excluimos el término Tinnitus.

TIMIDEZ Y RETRAIMIENTO: Tendencia a apartarse del mundo que lo rodea, incapacidad para establecer contacto afectivo con otros seres humanos.

RETICENCIA: Omisión voluntaria de lo que se debería decir.

EVASIVIDAD: Efugio con el que se elude dar cierto tipo de información usual.

TRASTORNO DE LA MODULACION AFECTIVA: Rigidez aparente del estado de ánimo.

ANAFECTIVIDAD: Ausencia de todo interés hacia las personas y las cosas.

DISOCIACION DE IDEAS: Sucesión inconsecuente de divagaciones que hacen que el paciente al hablar se aleje del tema de la conversación.

CATATONIA: Estado de detención Psicomotriz por la que el paciente queda inmóvil, inerte y fijo, como una estatua indiferente a todo lo que le rodea, permaneciendo así durante períodos prolongados. El examen ulterior demuestra que aunque delirante y rígido, el paciente se encuentra lúcido, orientado y eumnésico. Algunas veces el paciente obedece como un autómatas ciertas órdenes, pero con mayor frecuencia mantiene una actitud de oposición, con rechazo de alimento, mutismo, retención esfintérica y resistencia pasiva, y aumento del tono muscular.

Excluimos de la catatonía, los estados de agitación en los que no existe aumento del tono muscular.

HIPOTESIS

"NO TODOS LOS PACIENTES ESQUIZOFRENICOS TIENEN ALUCINACIONES AUDITIVAS".

CONSIDERACIONES GENERALES

Esquizofrenia (Schizein: dividir, Phren: mente) Enfermedad mental que se caracteriza por unos síntomas Psíquicos bastante específicos, que en la mayoría de los casos, tiene su origen en una grave desorganización de la personalidad.

Se trata de una enfermedad de curso crónico y generalmente desfavorable. Fue descrita por vez primera por Emil Kraepelin, quien empleó el término de "Dementia praecox" para designar un proceso mental que podía conducir en breve tiempo, y además precozmente a la demencia; de esta manera reunió en una sola entidad nosográfica, algunas formas mentales que hasta entonces habían sido consideradas como distintas. La hebefrenia, la catatonía y ciertas formas paranóicas con delirios fantásticos y a menudo incoherentes.

Tiempo después Eugen Bleuler, introdujo el término esquizofrenia, basándose en el criterio de que todos los casos incluidos en este grupo de enfermedades registran, en su base, un trastorno primario fundamental, que se caracteriza por un defecto de asociación del pensamiento, ya sea entre sus propios elementos, ya sea entre pensamiento, afectividad y voluntad. Para este trastorno primario Bleuler empleó el nombre "disociación esquizofrénica" y así, el término esquizofrenia vino a sustituir el Kraepeliniano de demencia precoz.

Actualmente, el concepto de demencia para la esquizofrenia, ya no resulta aceptable, puesto que ésta, no conduce casi nunca a una verdadera demencia, si bien la alteración del pensamiento y de la conducta puede ser tal que asuma un aspecto análogo a un cuadro demencial.

La defensa de esta teoría se basa, sobre todo, en el hecho de que en muchos casos, se ha podido comprobar una sorprendente remisión del cuadro morbo, con una buena reordenación del comportamiento. Se puede sostener, por lo tanto, que la esquizofrenia representa esencialmente la incapacidad para utilizar el patrimonio mental propio, como consecuencia de una descompensación de la personalidad del enfermo respecto al mundo exterior.

ETIOPATOGENIA: La discusión sobre el aspecto etiológico de la esquizofrenia no ha terminado todavía, ya que es muy impreciso lo que se sabe acerca de las causas y de la naturaleza de esta enfermedad, pese al gran número de investigaciones que se están realizando en este campo desde hace muchos años.

El problema de la herencia es muy debatido, aunque son muchos los especialistas que están de acuerdo en atribuir una función importante e incluso decisiva al factor hereditario, no se ha aclarado todavía las modalidades con que se transmite la enfermedad. Más significativos resultan los estudios sobre la constitución esquizoide; en efecto muchos investigadores han comprobado que muchos esquizofrénicos, incluso antes del comienzo de la enfermedad, manifiestan ciertas peculiaridades mentales que podrían concretarse en una falta de sociabilidad, en una pobreza de interés, en excéntrica y una timidez excesiva. Ernst Kretschmer recogió estas observaciones y elaboró una exhaustiva teoría de la constitución esquizoide. Actualmente la existencia de esta constitución se suele admitir de modo general, sin embargo no debe de olvidarse, en el 30-40% de los casos de esquizofrenia no se registra ninguna anomalía mental antes de la manifestación de la enfermedad, por lo que en estas circunstancias la etiología de la esquizofrenia debe basarse forzosamen

te en otras consideraciones.

Entre los estudios sobre las causas orgánicas de la Esquizofrenia hay que señalar los que se refieren al sistema nervioso central. Algunos científicos han tomado en consideración el sistema diencefálico, pero hasta ahora no ha sido posible descubrir alteraciones patológicas en esta región, las investigaciones de eventuales alteraciones cerebrales en la esquizofrenia se ha desarrollado también sobre otras zonas del encéfalo, por lo que se han descrito muchas anomalías de las células corticales, de la neuroglia y de los capilares, considerándolas como características de la esquizofrenia; sin embargo todavía no se puede afirmar con certeza que ninguno de estos factores orgánicos lo sea.

Los defensores de una causa biológica han reconocido también cierta importancia al sistema endocrino, por el hecho de que a menudo la dolencia se inicia tras la pubertad, por la posibilidad de la remisión del cuadro con motivo del puerperio y, finalmente por la comprobación de numerosas recaídas en la época de la menopausia.

El tiroides, las Glandulas sexuales, la corteza suprarrenal y la hipófisis han sido consideradas alternativamente como supuestos focos de la sede primaria del trastorno, aunque sin pruebas concluyentes, sin embargo, el fracaso de las investigaciones en este sentido no significa que deban abandonarse las esperanzas de obtener un buen resultado. Las técnicas de la investigación endocrinológica por ejemplo no están aun lo bastante perfeccionadas para medir e interpretar algunas anomalías de menor entidad que el Psiquiatra encuentra a menudo. Así pues en definitiva, sobre las causas y sobre la naturaleza orgánica de la enfermedad esquizofrénica se sabe muy poco a ciencia cierta.

La anatomía patológica no ha aportado tampoco ninguna contribución convincente al problema de la patogenia y de la delimitación nosográfica de este mal, en cuanto a las lesiones cerebrales encontradas, solamente han podido apreciarse en casos de curso muy prolongado, en los que cabe suponer su se deban a factores secundarios.

En el siglo actual han alcanzado mayor desarrollo las investigaciones psicodinámicas sobre la génesis de la esquizofrenia en función del hecho, de que el concepto de esta enfermedad se basa preferentemente en criterios psicopatológicos.

PSICOPATOLOGIA

Precisamente porque el origen de la esquizofrenia es aún poco conocido, resulta de fundamental importancia el estudio psicopatológico de los síntomas esquizofrénicos. Tales síntomas son principalmente trastornos del pensamiento, perturbaciones de la afectividad y de la voluntad, alteraciones psicomotoras y muy a menudo, fenómenos alucinatorios y delirantes.

El trastorno fundamental consiste en la "disociación de las ideas"; en los casos iniciales suele presentarse con caracteres de una vaga superficialidad o con una sucesión inconsecuente de divagaciones que hacen que el paciente al hablar, se aleje del tema de la conversación, en las formas más típicas, la disociación revela el complejo del pensamiento disgregado, con sus incoherencias e inconexiones, por las que el sujeto pasa de una cuestión a otra totalmente distinta, sin ninguna desviación razonable u oportuna. La disociación mental se refleja en el campo ideativo y, sobre todo en la conducta del sujeto, que es necia, pueril desordenada y llena de contradicciones.

La disociación entre representación y sentimientos crea la anafectividad, es decir, la ausencia de todo interés hacia las personas y las cosas. La anafectividad puede ser un síntoma precoz y en algunos casos el único signo de la enfermedad durante mucho tiempo.

La incapacidad del esquizofrénico para establecer contactos afectivos con otros seres humanos, conduce a un progresivo apartamiento de mundo, a una gradual pérdida de vinculación con la realidad y a otro síntoma fundamental, llamado Autismo que es una especial ruptura del equilibrio entre la personalidad del enfermo y el mundo exterior.

En el campo de la voluntad se asiste a una gradual debilitación de las capacidades volitivas, es decir, a una incapacidad para tomar una decisión o para actuar. El gesto especial de tender y de retirar la mano para saludar, se ha reconocido como un síntoma característico de la esquizofrenia, es lo que Bleuler llamó Ambibalencia, que se debe a una debilidad de la voluntad.

La pasividad es trastorno volitivo, que determina, que el acto de voluntad degenera en un automatismo servil respecto a la influencia de estímulos exteriores, incluso los más extravagantes y también en la instauración en el sujeto, de actitudes absurdas e irrazonables, como la catalepsia.

Esta pasividad se diferencia por su mecanismo psíquico de la Catatonia, cuyo cuadro característico se manifiesta no solo en las actitudes pasivamente impuestas, sino también en los mandatos, basta la representación mental de un movimiento sugerida por una orden, para que sea traducida en acto.

También se pueden obtener reacciones contrarias a di-

chas órdenes (Negativismo).

La pérdida de toda disciplina de la voluntad, y por consiguiente de todo freno inhibitor, puede engendrar el fenómeno de la Impulsividad, esto puede inducir a la violencia contra sí mismo o contra las personas que lo rodean.

Los trastornos de la psicomotilidad, son muy frecuentes, se pueden citar ciertos movimientos extraños alambicados, denominados "manerismos" y casi siempre repetidos con monótona uniformidad (estereotipias). Estos se manifiestan también en el lenguaje y en la escritura en forma de neologismos y de caligrafía extravagante, rúbricas abundantes, dibujos geométricos intercalados en las palabras, etc...

Las alucinaciones son también trastornos muy frecuentes, y pueden interesar todos los sentidos. Las alucinaciones auditivas consisten en voces tan pronto próximas como lejanas, sonoras o tenues y con diversos contenidos; amenazadores, injuriosos imperativos, irónicos, o halagadores. Es frecuente la repetición sonora del pensamiento, de modo que el sujeto oye su propio pensamiento repetido en voz alta y acaba convenciéndose de que alguien se lo roba con medios misteriosos (hurto del pensamiento). Las alucinaciones visuales consisten en la visión de personas y de escenas, también existen las alucinaciones corporales: el enfermo siente que su cuerpo es de vidrio o de madera etc.. Muy a menudo los delirios de los esquizofrénicos están apoyados por estas alucinaciones y casi siempre son absurdos fantásticos o paradójicos; uno de los más comunes, es el delirio de Persecusión.

Muchas veces se observa también trastornos de las funciones vegetativas, Ejemplo: Sialorrea, sudoración excesiva cianosis de las extremidades, secreción sebacea exagerada tem-

blores palpebrales y acentuación de los reflejos profundos a cargo del sistema nervioso.

TERAPEUTICA

En la cura de la Esquizofrenia se distinguen tres métodos: Los biológicos, los Psicofarmacológicos y los psicoterápicos. Entre los primeros cabe recordar los diversos tratamientos de shock, o de choque, de los cuales los más aplicados han sido la cura insulínica, la cura convulsiva con cardiazol y electro choque.

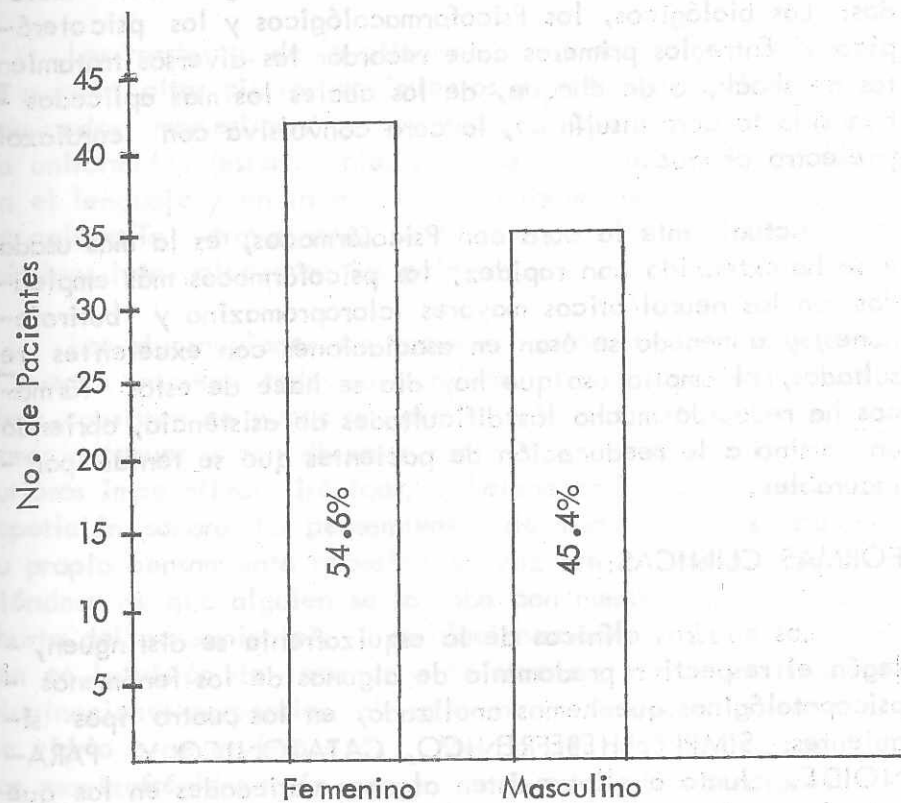
Actualmente la cura con Psicofármacos, es la más usada y se ha extendido con rapidez, los psicofármacos más empleados son los neurolépticos mayores (clorpromazina y butirofenones) y a menudo se usan en asociaciones con excelentes resultados, el amplio uso que hoy día se hace de estos fármacos ha reducido mucho las dificultades de asistencia, abriendo un camino a la reeducación de pacientes que se tenían por incurables.

FORMAS CLINICAS:

Los cuadros clínicos de la esquizofrenia se distinguen, según el respectivo predominio de algunos de los fenómenos psicopatológicos que hemos analizado, en los cuatro tipos siguientes: SIMPLE, HEBEFRENICO, CATATONICO Y PARANOIDE. Junto a ellos existen algunas variedades en las que prevalecen síntomas Pseudoneuróticos y otras en las que, por su manifestación en edad infantil o puberal, se han clasificado con el término de esquizofrenia infantil o también demencia precocísima.

PRESENTACION DE RESULTADOS

El número total de pacientes que presentaron la sintomatología y características requeridos fue de 77 pacientes.



GRAFICA No. 1

Se aprecia en esta Gráfica que el 54.6% corresponde al sexo femenino y el 45.4% al sexo masculino.

TABLA No. 1

DISTRIBUCION ETARIA

GRUPO DE ESTUDIO

EDAD (i)	Xi	No. CASOS (F)	fxi
15 - 19	17	16	272
20 - 24	22	19	418
25 - 29	27	13	351
30 - 34	32	7	224
35 - 39	37	5	185
40 - 44	42	7	294
45 - 49	47	4	188
50 - 54	52	4	208
55 - 59	57	0	0
60 - 64	62	1	62
65 - 69	67	1	67
		TOTAL	77
			2269

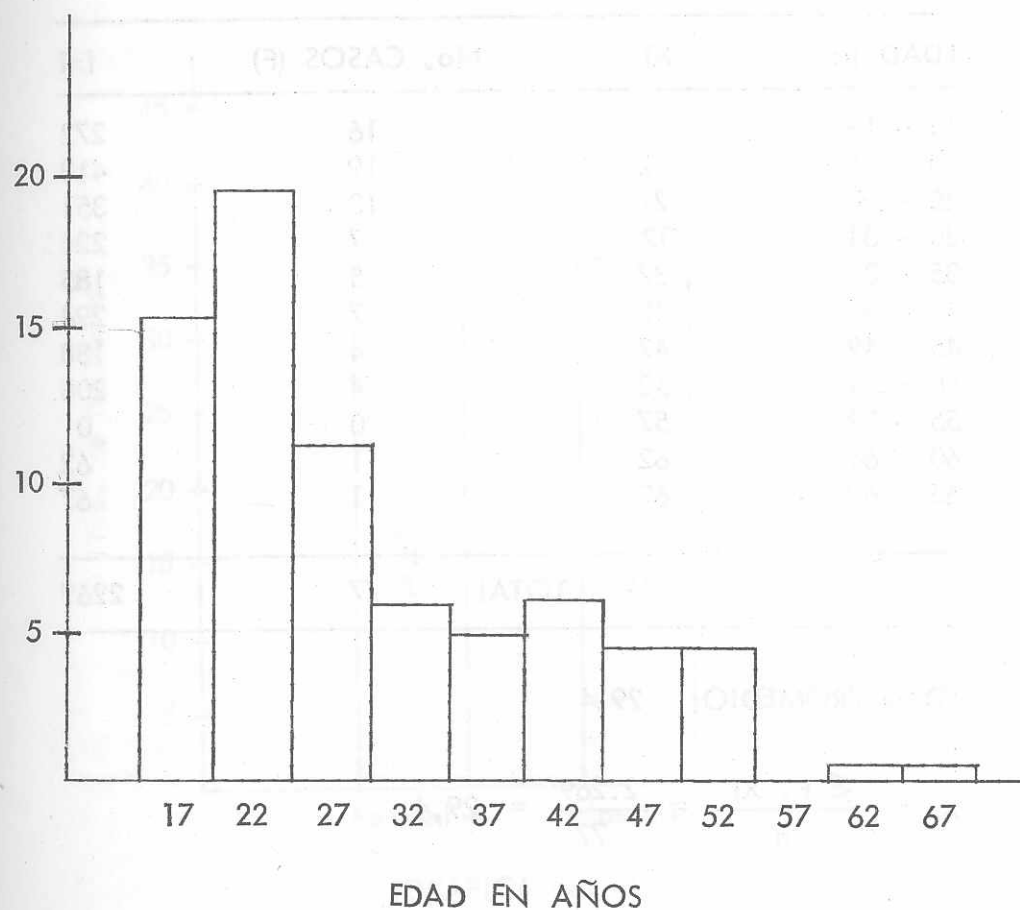
EDAD PROMEDIO: 29.4

$$X = \frac{\sum F \cdot Xi}{n} = \frac{2.269}{77} = 29.4$$

Las edades oscilaron entre los 15 \hat{a} y los 69 años.

GRAFICA No. 2

FRECUENCIA SEGUN LA EDAD
GRUPO DE ESTUDIO



LA MAYOR FRECUENCIA SE DIO A LOS 22 AÑOS.

TABLA No. 2

DISTRIBUCION ETARIA DEL GRUPO FEMENINO

EDAD (i)	xi	No. CASOS (f)	fxi
15 - 19	17	9	153
20 - 24	22	11	242
25 - 29	27	4	108
30 - 34	32	4	128
35 - 39	37	3	111
40 - 44	42	4	168
45 - 49	47	4	188
50 - 54	52	3	156
TOTAL		42	1254

EDAD PROMEDIO: 29.8

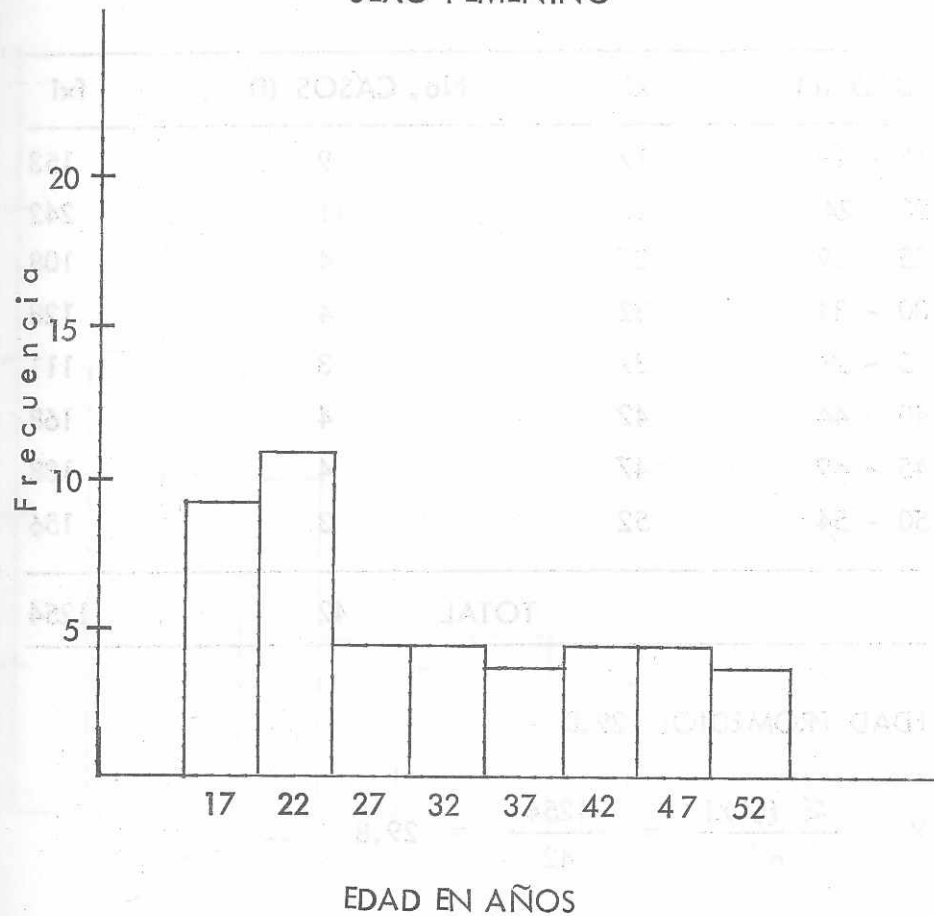
$$X = \frac{\sum f \cdot Xi}{n} = \frac{1254}{42} = 29.8$$

Las edades en las pacientes hembras oscilaron entre los 17 y los 54 años.

GRAFICA No. 3

FRECUENCIA SEGUN EDAD

SEXO FEMENINO



LA MAYOR FRECUENCIA SE PRESENTO A LOS 22 AÑOS.

TABLA No. 3

DISTRIBUCION ETARIA DEL GRUPO MASCULINO

EDAD (i)	X_i	No. CASOS (f)	f_i
15 - 19	17	7	1
20 - 24	22	8	1
25 - 29	27	9	2
30 - 34	32	3	
35 - 39	37	2	
40 - 44	42	3	1
45 - 49	47	0	
50 - 54	52	1	
55 - 59	57	0	
60 - 64	62	1	
65 - 69	67	1	
TOTAL		35	9

EDAD PROMEDIO: 28.4

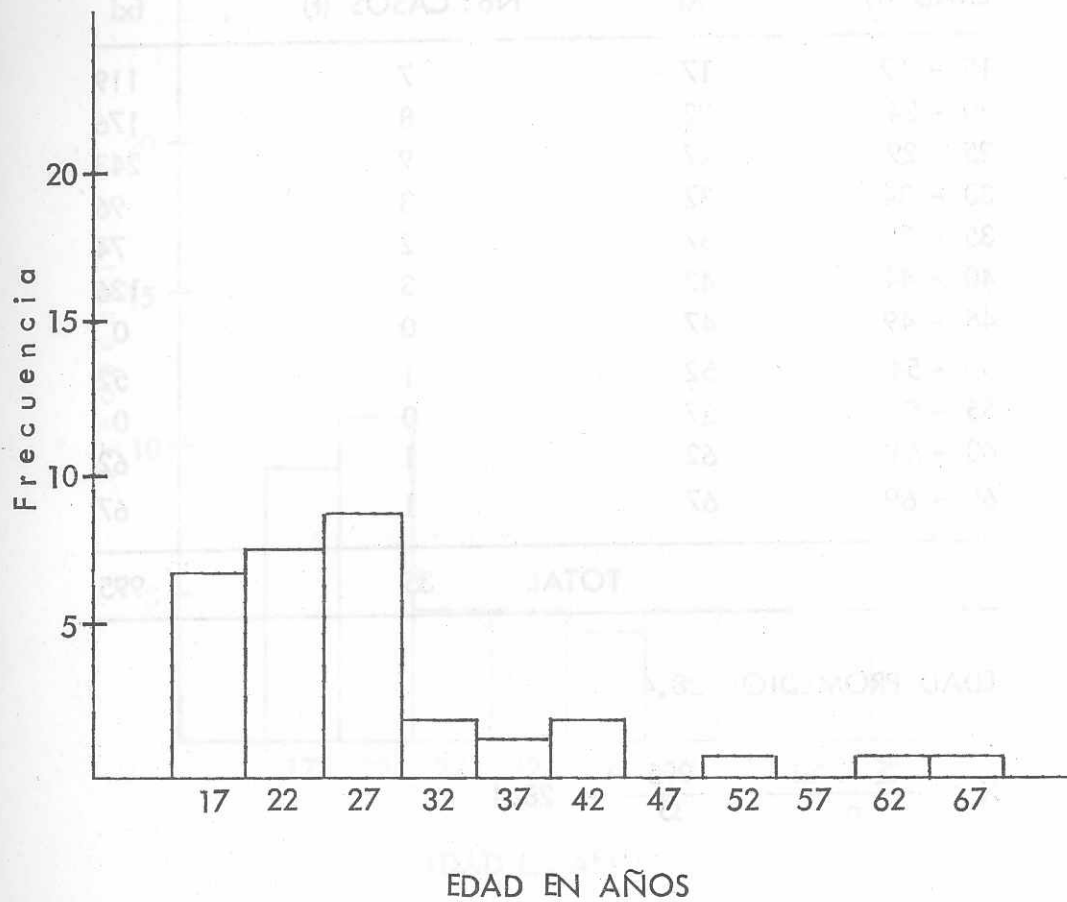
$$X = \frac{\sum f. x_i}{n} = \frac{995}{35} = 28.4$$

Las edades en los pacientes varones oscilaron entre los 16 años a los 69 años.

GRAFICA No. 4

FRECUENCIA SEGUN EDAD

SEXO MASCULINO

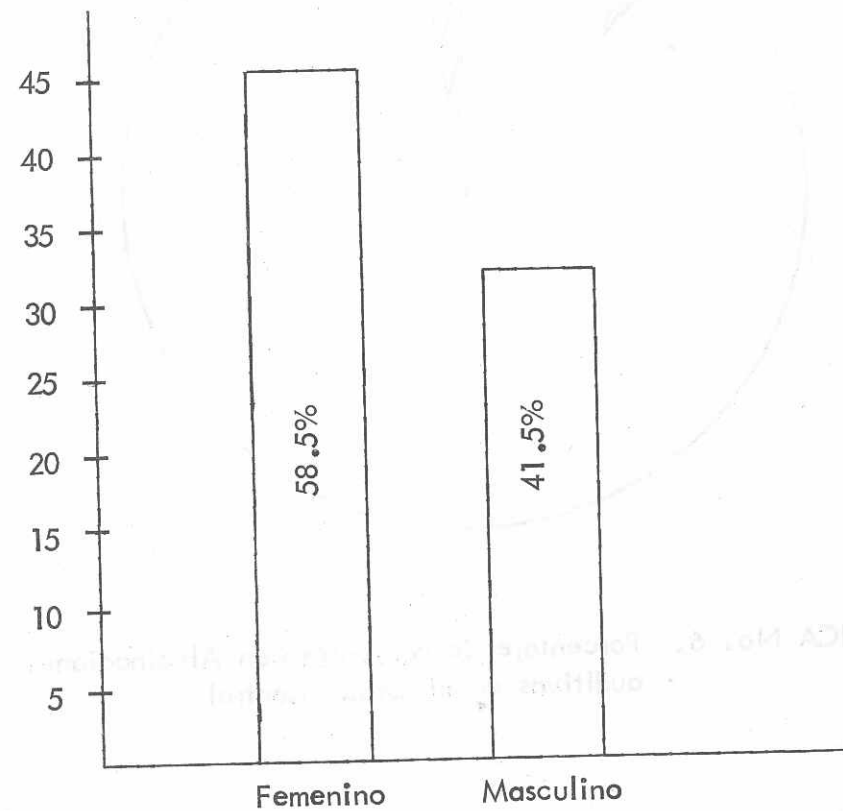


LA MAYOR FRECUENCIA SE DIO A LOS 27 AÑOS.

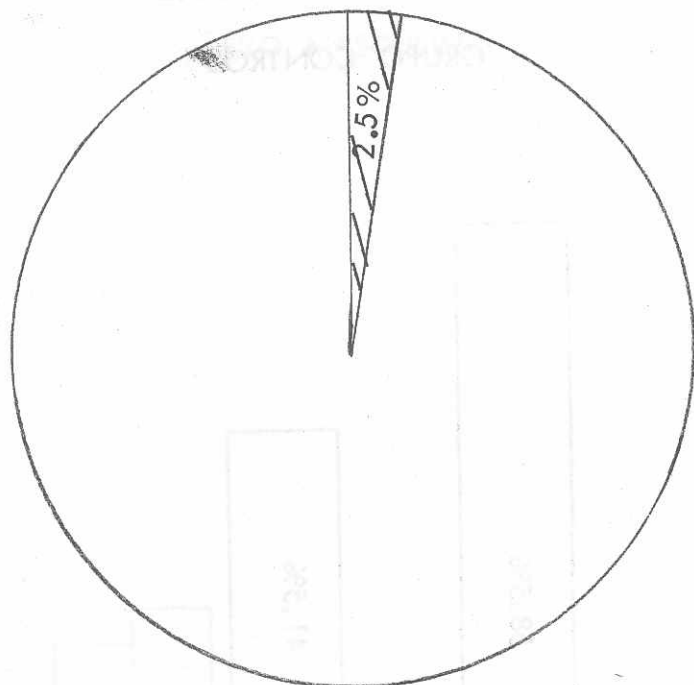
GRAFICA No. 5

DISTRIBUCION POR SEXO

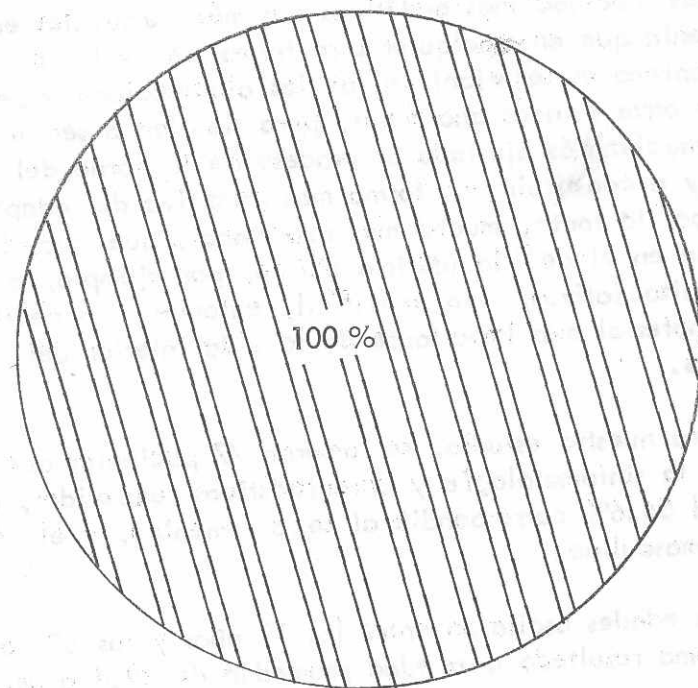
GRUPO CONTROL



La Distribución por sexo en el grupo control fue de 32 mas y 45 hembras.



GRAFICA No. 6. Porcentaje de pacientes con Alucinaciones auditivas en el Grupo Control



GRAFICA No. 7. Porcentaje de pacientes con Alucinaciones auditivas en el Grupo de Estudio.

DISCUSION

Las alucinaciones auditivas son más frecuentes en la esquizofrenia que en cualquier otra forma de trastorno mental; su mecanismo es semejante al de las alucinaciones que ocurren en otros estados anormales, pero tienden a ser de naturaleza mucho más ajustada al proceso de trastorno del pensamiento y a constituir una forma mas primitiva de adaptación, tienen por lo tanto, mucho mas importancia que cuando se presentan en el delirio (delirio tóxico, por ejemplo) o en los estados disociativos; No es difícil, entonces, concebir que son el material mas importante de la vida interior del esquizofrénico.

Para nuestro estudio, se tomaron 77 pacientes que presentarán la sintomatología y características requeridas, de los cuales el 54.6% correspondió al sexo femenino, y el 45.4% al sexo masculino.

Las edades oscilaron entre los 15 años y los 69 años, dando como resultado una edad promedio de 29.4 años.

Se tomó también un grupo control; designamos así a las personas acompañantes de los pacientes, sin importar el parentesco, para establecer una comparación con los pacientes en estudio.

De este grupo control el 58.5% pertenecían al sexo femenino y el 41.5% al sexo masculino.

La frecuencia mas alta de alucinaciones auditivas en el sexo femenino se dio a los 22 años.

La mayor frecuencia de alucinaciones auditivas en el se xo masculino se dio a los 27 años.

El 100% de los pacientes del grupo estudiado presenta- ron alucinaciones auditivas.

En el grupo control solamente dos personas presentaron a lucinaciones auditivas, lo que corresponde al 2.5% del total.

Hacemos notar que no se investigó la precedencia de es quizofrenia en el grupo control.

En resumen podemos decir que todos los pacientes inves- tigados, padecían de alucinaciones auditivas. Y, que las a- lucinaciones auditivas son un dato de confiabilidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1.- Para el estudio se escogieron 77 pacientes que presentaron la sintomatología requerida.
- 2.- El 45.4% de pacientes estudiados, pertenecían al sexo masculino.
- 3.- El 54.6% de pacientes estudiados, pertenecían al sexo femenino.
- 4.- La edad promedio de el grupo en estudio fue de 29.4 años.
- 5.- Todos los pacientes presentaban alucinaciones auditivas a su ingreso al hospital.
- 6.- En todos los casos, la presencia de alucinaciones auditivas fue indicio inequívoco de esquizofrenia.
- 7.- No se tomó en cuenta el subgrupo esquizofrénico, ya que las alucinaciones auditivas se presentan en todos los pacientes con esquizofrenia franca, sin importar el sub tipo.
- 8.- Las alucinaciones auditivas se encontraron presentes en el 100% de los casos.
- 9.- Las alucinaciones auditivas son un dato de confiabilidad mayor del 0.93 al establecer el diagnóstico de esquizofrenia, si tomamos en cuenta el "International Pilot Study of Schizophrenia" realizado bajo el amparo de la Organización Mundial de la Salud, y que considera

como confiable para establecer el diagnóstico de esquizofrenia, a todo síntoma que supera el 0.93 si se toma 1 como confiabilidad total.

- 10.- El 41.5% de pacientes de el grupo control, pertenecían al sexo masculino.
- 11.- El 58.5% de pacientes del grupo control, pertenecían al sexo femenino.
- 12.- El 2.5% de pacientes del grupo control, padecían de alucinaciones auditivas.
- 13.- La frecuencia mas alta de alucinaciones auditivas se dio a la edad de 22 años.
- 14.- No se investigó la presencia de esquizofrenia en el grupo control.
- 15.- Desechamos la hipótesis inicial, y podemos afirmar que todos los pacientes esquizofrénicos, padecen de alucinaciones auditivas.

RECOMENDACIONES:

- A.- Las manifestaciones patológicas de los fenómenos alucinatorios, pueden estar vinculadas a enfermedades del sistema nervioso central o periférico, a intoxicaciones medicamentosas o químicas, a utilización de sustancias psicotrópicas, estimulantes o depresoras del sistema nervioso central o a una patológica flexión de la vigilancia; En estos casos, la patología que se deriva, está constituida por experiencias afines a las del sueño, acompañadas de confusión mental de grado variable y de alteraciones del humor. El fenómeno alucinatorio participa, además, en los diversos procesos de excitación, abatimiento, y desestructuración de la psicosis. Asimismo, pueden ser, secundariamente elaboradas o integradas en un sistema de convencimiento, intuición e interpretación delirante. Corresponde al Médico y en especial al Psiquiatra distinguir o interpretar los diferentes cuadros, a los que se hallan asociados los fenómenos alucinatorios.
- B.- Hay que ser muy cauteloso al declarar que un síntoma aislado, es un síntoma concluyente de esquizofrenia y al evaluar un síntoma, debe examinarse con gran cuidado el marco clínico dentro del cual se presenta.
- C.- El fenómeno alucinatorio debe distinguirse de la "Ilusión" o interpretación sensorial subjetiva errónea. Por todo esto el médico debe prestar especial atención a la calidad del contacto interpersonal, así como a la organización perceptual y cognitiva de la personalidad del paciente.

- D.- En cuanto al tratamiento, lo ideal es iniciar el tratamiento del esquizofrénico antes de que se vuelvan manifiestos los síntomas claros del trastorno mental, y el éxito depende en mucho de la iniciativa, la energía y el esfuerzo terapéutico del médico.
- E.- El coeficiente de recuperación aumenta mientras mayor es el interés que se pone, en que el cuidado y el tratamiento vayan de acuerdo con cada individuo y cada personalidad.
- F.- Finalmente, aunque hay un cierto número de pacientes que se deterioran con cualquier tipo de tratamiento y otros mejoran incluso en casos aparentemente graves en más de la tercera parte de los casos, el tratamiento decidirá si los enfermos pueden o no, volver a ser miembros de la sociedad.

DATOS BIBLIOGRAFICOS

Incluyo en el trabajo de tesis, una sección de datos de la bibliografía consultada, por cualquier interés que pudiera existir entre los lectores, dichas notas Bibliográficas, contienen resúmenes o acotaciones, sobre las múltiples opiniones de los diferentes autores sobre el tema principal de esta Tesis.

" Los estudios genéticos han mostrado que si un miembro de la familia es esquizofrénico el riesgo para los hermanos, y hijos es del 7 al 16 por ciento, y en los padres del 5 al 10 por ciento (21)

" Se ha sugerido que los nuevos descubrimientos sobre péptidos opiáceos, llamadas endorfinas podrían jugar un papel importante en los síntomas de la esquizofrenia (20)

" Esquizofrenia, una disposición genética, con penetrancia variable, que afecta probablemente el metabolismo de la estereolaminas, a través de varios mecanismos bioquímicos aún no entendidos (22)

" Los estudios realizados con depauperación sensorial, medicamentos y ansiedad elevada, señalan que la fragmentación es una función de la capacidad del individuo para soportar tensiones (23)

" Existe solo un paso entre la metáfora "voz de la conciencia" y su percepción audible, el material inconsciente y las tendencias mal adaptadas, franquean la barrera y crean percepciones sensoriales, tal vez mas simbolizadas, en respuesta a necesidades y problemas psicológicos. (5)

" Los deseos repudiados y los sentimientos de culpa se proyectan en forma de alucinaciones auditivas, que igual que la voz de la conciencia, acusan y critican (5).

" A menudo las percepciones auditivas proporcionan consuelo, compañía, consejos, juicios, incluso satisfacción sexual. (19)

" El Esquizofrénico puede encontrar que sus alucinaciones son a tal grado útiles que se niega a abandonarlas (24).

" La actitud del alucinado respecto a la normalidad de su percepción esta en función del grado de defecto de su capacidad de crítica, si ésta, falta, su convicción ante la experiencia alucinatoria es total; por el contrario si se conserva parcialmente, el sujeto se halla en condiciones de juzgar el aspecto patológico de la experiencia" (10)

" El fenómeno alucinatorio debe distinguirse de la Ilusión o interpretación sensorial subjetiva errónea, en condiciones fisiológicas un fenómeno alucinatorio puede manifestarse al conciliar el sueño (alucinaciones hipnagógicas) o en condiciones experimentales de aislamiento sensorial (10)

" En las formas incompletas limitadas a su origen intrapsíquico (denominadas alucinaciones psíquicas porque falta la proyección espacial en el exterior de la sensorialidad) las alucinaciones corresponden al síndrome de automatismo mental; así llamado porque el sujeto tiene la impresión de perder el control de su pensamiento, que, por consiguiente, parece funcionar de modo automático. En este cuadro se hallan asociados fenómenos alucinatorios de voces interiores, eco, comentarios o cambios de pensamiento. (31)

" Puede decirse que las alucinaciones del esquizofrénico co- laboran con las ideas delirantes en el desarrollo del mismo tema, una por medio de imágenes simbólicas, otras por me dio de ideas (9)

" Se ha propuesto que las presiones ambientales inducidas - por un estado fisiológico de tensión, en un individuo gené- ticamente predispuesto, podrían resultar en el desarrollo de una psicosis esquizofrénica aguda debida a producción de sustancias químicas que actúen induciendo enzimas relacio- nadas a la producción de proteínas, las cuales podrían es- tar ligadas a la etiología de la esquizofrenia, activando procesos autoinmunes en conexión con el origen de la es- quizofrenia, alterando los niveles de las aminas cerebra- les, interfiriendo la permeabilidad de la barrera hematoen- cefálica (14).

" A pesar de que los estudios realizados con el uso de las en- dorfina, pueden probar sus enormes contribuciones al en- tendimiento de la esquizofrenia, e incluso podrían guiarnos hacia nuevos y efectivos agentes psicoterapéuticos, conclui- mos en que es prematuro el decir que la betaendorfina o sus análogos, hayan demostrado ser agentes antipsicóticos". (13)

" Al descubrirse las endorfinas en el cerebro y la pituitaria, muchos investigadores han especulado sobre el papel fisio- lógico de estos péptidos y su importancia en las enferme- dades mentales. Un desorden en el metabolismo de la li- potropina-endorfina podría jugar un papel importante en las enfermedades mentales. Desde el punto de vista patogéni- co, la esquizofrenia podría ser observada como un desor- den neuro-endocrino. (13)

" Una nueva teoría une al sistema de endorfinas a la teoría de la esquizofrenia. Otra teoría sugiere que las alteracio- nes de la transmisión sináptica dopaminérgica juega un pa- pel importante en la patogénesis de la esquizofrenia. Recientes descubrimientos químicos y farmacológicos han in- dicado una estrecha relación entre las endorfinas y el siste- ma dopaminérgico. Las endorfinas modulan la transmisión si- náptica dopaminérgica, ejerciendo efectos pre y post- siná- pticos. A nivel molecular esta modulación puede envolver la actividad de nucleotidociclasas y sistemas de proteínfosfo- rilación. Así, la actividad neuronal dopaminérgica que se ha creído relacionada con la esquizofrenia puede ser causa- da por una alteración primaria en el sistema de las endorfi- nas. Múltiples hipótesis sobre la naturaleza de esta altera- ción han sido probadas en experimentos terapéuticos con pa- cientes esquizofrénicos. (16)

" La diálisis puede ayudar a la recuperación del esquizofrénico, esto implica que la esquizofrenia puede deberse a un exceso de un constituyente anormal, mas que a una falta. La ausencia de artritis reumatoidea en el esquizofrénico po- dría explicarse por efecto protector de una sustancia exce- siva contra posibles agentes infecciosos" (2)

" La Ig M y las concentraciones de Ig Bla y B1c son mas ba- jas en los pacientes esquizofrénicos, que en los controles normales, esto indica una reacción de fijación del comple- mento y de antígeno anticuerpo". (1)

" Los cambios significativos verificados en las proteínas en la fase aguda, o sea un aumento en el orosmucoide y hapto- globina y un decenso en las glucoproteínas \propto 2 HS, B-l-ipoproteína y transferrina, en los Pacientes esquizofrénicos in- dican un reflejo no específico ante el stress (1)

" Las anfetaminas y otros estimulantes usados en diversas "Píldoras para dietas" precipitan comunmente los síntomas psicóticos en aquellos esquizofrénicos que no están manifestando síntomas ni signos cuando se prescriben medicamentos". (8)

" Tal vez sea mejor considerar a la esquizofrenia, como un tipo especial de desadaptación, que habitualmente tiende a ser progresiva y que por lo tanto debe mirarse con cierta aprensión, no en todos los casos se presenta como desorganización y una desorganización permanente de la personalidad (19)

" Las alucinaciones autocondenatorias tienen una connotación mas favorable y parecen relacionarse con la voluntad del paciente para aceptar cierta responsabilidad por su conducta (9).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Inmunoglobulins Psychopathlogy and prognosis in schizophrenia Pikkinew E. Sept. 1977, Acta Psychiatr.
- 2.- Schizofrenia as a prostaglandin deficiency disease; Abelson J. H, Lancet Tomo I 18 Junio 1977.
- 3.- Psiquiatría clínica moderna; Noyes Kolb, 4ta. ed. 1977
- 4.- Management of emotional disorders, Chapman A.H. 1977
- 5.- Tratado de Psiquiatría, Henry Ey, 1969.
- 6.- Comprehensive Textbook of Psychiatry, Freedman Alfred, 1975
- 7.- The Harvard Guide to Modern Psychiatry; Armand m Nicholi 1978
- 8.- Modern Clinical Psychiatry, Kolb Lawrence Coleman 1976
- 9.- Psiquiatría Clínica Moderna, Noyes Arthur P. 1963
- 10.- Encyclopedia of Psychiatry; Denis Leigh 1972
- 11.- Nicotinic Acid in the treatment of Schizophrenia, Baar T Lehmann, 1975.
- 12.- The differences Between L.S.D. Psychosis and Schizophrenia Schizophrenia Vol 18 No. 4 Ag. 1973

- 13.- Endorphins, dopamine, and Schizophrenia; Schizophrenia Magazine Vol 5 No. 2 Watson S. 1979.
- 14.- Possible interaction of environmental and biological factors in the etiology of Schizophrenia; Strahilevitz M. Ab 1974.
- 15.- Dopamine And Schizophrenia; Nair Zicherman, Oct. 1977
- 16.- Endorphins, Dopamine and Schizophrenia; Volavka J.- Davis Schizophrenia Magazine Vol 5 No. 2 Mar 1979
- 17.- W. T, B. Megavitamine and Orthomolecular Therapy of Schizophrenia; Can Psychiat, Vol 22 No. 4 Jun 1977
- 18.- Obsessionality and Schizophrenia; Birnie W.A. Littman Vol 20 No. 2 Jun 1977
- 19.- Tratado de Psiquiatría Beuler E. Madrid España 1967
- 20.- Research in endorphin and Schizophrenia; Davis G. - Can. Vol 5 No. 2 1979
- 21.- Kallman F. J. Heredity in Health and Mental disorder N. Y Norton, Co Inc 1963
- 22.- The pathogenesis of Schizophrenia. Pollin W. Arch - Gen Psychiat 29; 1972
- 23.- An overview of Schizophrenia from a predominantly psychologic approach; Arieti S. A.M J. Psychiat 131. 1979

- 24.- Recent prespectives in Schizophrenia; Kaplan H. Can Psychiat Vol 16 No. 6 Dic 1971
- 25.- Psiquiatría General y Especial Wirsch J. Ed Gredas Madrid 1958
- 26.- Beluler and Schizophrenia Raskin D. British Journal Pscyciatry vol 127 sept 1975
- 27.- Psiquiatría 5a. Edición Kõlle K. Madrid 1964
- 28.- A High prevalence of affective disorder in a Schizophrenia clinic; Can Psychiat Assoc. vol 22 No. 4 Jun 1975
- 29.- Tratado General de Psiquiatría Rosello Juan A. 1962
- 30.- Manual de Psiquiatría Betta Juan C. 3a. ed. 1962
- 31.- Neurosis y sicosis; Bosselman Beulah Ch. 1974
- 32.- Tratado de Psiquiatría, Disertoni Beppino 1974
- 33.- Salud Mental; Glaser MD Willian 1961
- 34.- Beta Endorphin, induced Changes in schizophrenia and depressed patients; Kline N. S. Arch Gen Psychiat 34 sep 1977.
- 35.- Some old and New Theories in biochemical Psychiatry Mandell A.J. 165- 1978
- 36.- Cholinergic Mechanisms in Neurological and Psychiatric disorders; 442-50 Davis K.L. Oxford Unipress 1977.

Dr. Rolando Gutierrez Berrios
Rolando Gutierrez Berrios

Dr. Octavio Aguilar
Asesor.
Octavio Aguilar

Dr. Director de Fase III
Director A. Aguila E.

Dr. Enriquez Morales Chinchillo
Revisor.
Enriquez Morales Chinchillo

Dr. Secretario
Raul A. Castillo R.

Vo. Bo.

Dr. Decano.
Rolando Castillo Montelvo.