

trip



NOOACUSIA Y ESQUIZOFRENIA

LUIS FERNANDO VIDES RODRIGUEZ

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

OBJETIVOS

HIPOTESIS

MATERIAL Y METODOS

GENERALIDADES

PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

AUTOCRITICA

CONCLUSIONES

DATOS BIBLIOGRAFICOS

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Consideramos el **pensamiento sonorizado** como la vivencia delirante que el paciente experimenta de que él puede escuchar sus propios pensamientos. Esta vivencia es, la mayoría de las veces, agradable y es percibida con mayor nitidez cuando el paciente se encuentra solo.

El presente trabajo tiene por objeto investigar el valor que pueda adjudicársele al **pensamiento sonorizado** en el diagnóstico de esquizofrenia.

Con este propósito analizamos los datos contenidos en las papeletas de pacientes esquizofrénicos tratados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital General San Juan de Dios de la Ciudad de Guatemala.

Realizamos el estudio en pacientes que llenaron los requisitos que más adelante expondremos. Estos incluyen un número mínimo de síntomas y signos positivos, así como ausencia de otras anomalías concomitantes que pudieran alterar o hacer dudoso el cuadro clínico. Proveemos definición de los términos utilizados, carente de ambigüedades y no sujeta a interpretaciones especulativas.

Encontramos que el **pensamiento sonorizado** existía en todos los casos en cuestión. Encuesta comparativa de población que tuviera las mismas características culturales, (acompañantes de los pacientes) nos arrojó medida comparativa con la que contrastamos las cifras obtenidas en el estudio fundamental.

ANTECEDENTES:

Con raras excepciones, la literatura psiquiátrica, en la primera mitad del siglo XX, descuidó deliberadamente la descripción de las enfermedades mentales. De simples síntomas se hicieron entidades nosológicas, y, en el otro extremo, se llegó a la antítesis de los afanes heurísticos que encontramos en otras ramas de las Ciencias Médicas: se declaró lo innecesario del diagnóstico y la nosografía. Fue de esta manera como se fueron desdibujando las descripciones clínicas que, generalmente, habían sido plasmadas con anterioridad, perdiéndose con ello el dato perentorio para establecer el diagnóstico. Encontramos así, que el **pensamiento sonorizado** ni se describe ni se menciona en numerosos textos "modernos" de psiquiatría (12, 35, 36, 37), o se trata de voltear tendenciosamente su descripción, al hacerlo parecer como producto de "proyección", y se le llama "eco del pensamiento" (25). (ut infra).

Es muy interesante notar la ligereza, puesto que suponemos que no se trata de ignorancia, al ver como se prostituye el concepto "proyección" como mecanismo de defensa. Podría defenderse la teoría de que las alucinaciones auditivas son resultado de proyección, puesto que el paciente esquizofrénico tiene la convicción delirante e irreductible a todo tipo de explicación, de que las "voces" que escucha no le pertenecen en ninguna forma ni son parte de su propio pensamiento; pero, cuando el esquizofrénico expone la vivencia de que puede escuchar sus propios pensamientos, nunca hemos encontrado que él niegue estos pensamientos como suyos. Además, las "voces" generalmente lanzan amenazas, vituperios, palabras soeces, burlas y toda clase de insultos y al paciente le desagrada escucharlas. Aun cuando, en contadas ocasiones las voces son "amigas", el paciente nunca se las apropia, siempre hace la división tajante. No siempre confía en ellas. Por el contrario, la vivencia del **pensamiento sonorizado** le es, la mayoría de las veces, muy grata, y, en todos los casos de nuestro estudio, encontramos que persistía cuando, merced al tratamiento instituido, ya las voces "amigas" o "enemigas" habían desaparecido. El hecho tan evidente de que el paciente exponga su "capacidad de escuchar su pensamiento", quita toda validez a su supuesta calidad de proyección; salvo que, para este caso especialísimo se desvirtúe totalmente los conceptos que se aceptaron en forma clara e inconfundible respecto de los mecanismos de defensa. (38)

OBJETIVOS:

a) Generales:

- a.1) Contribuir al estudio, análisis, conocimiento e interpretación del problema de la esquizofrenia en Guatemala.
- a.2) Presentar tanto al médico general como al estudiante de medicina, un documento sencillo y completo que les permita profundizar sus conocimientos sobre la esquizofrenia.
- a.3) Cumplir con un requisito de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

b) Específicos:

- b.1) Conocer la frecuencia con que se presenta el **pensamiento sonorizado** en un grupo de pacientes que padezcan de esquizofrenia franca.
- b.2) Establecer la confiabilidad que dicho síntoma representa para establecer el diagnóstico de esquizofrenia.
- b.3) Obtener datos estadísticos basados en casos nacionales que contribuyan al engrandecimiento de Guatemala, puesto que no existe en la literatura revisada prueba de la validez de este signo clínico.

HIPOTESIS:

1. El síntoma denominado pensamiento sonorizado se encuentra en más del 90o/o de los casos clasificados como esquizofrénicos.
2. La confiabilidad de dicho síntoma para establecer el criterio diagnóstico de Esquizofrenia llega a superar el 0.93* (si tomamos 1 como confiabilidad total).

Según el "International pilot study of schizophrenia" realizado bajo el amparo de la Organización Mundial de la Salud, se considera como "confiable" pa-

MATERIAL Y METODOS:

A) Para el presente estudio se utilizará:

1. Archivo del Departamento de Psiquiatría del Hospital General San Juan de Dios de la Ciudad de Guatemala.
2. Revisión de textos de Psiquiatría, de Farmacología, de Medicina Interna y documentos relacionados.

B) Las hipótesis del actual trabajo se comprobarán o desecharán de la siguiente manera:

1. Para evitar dudas sobre el diagnóstico, se seleccionará solamente las papeletas de pacientes que presenten esquizofrenia franca.
2. Se tomará como paciente con esquizofrenia franca aquel que presente las siguientes características:
Ambulatorio*; lúcido; orientado; eumnésico; afebril; sin alucinaciones visuales; I.Q. dentro de los límites del promedio normal; sin historia o hallazgos clínicos o paraclínicos compatibles con alcoholismo o utilización de drogas que forman acostumbamiento; sin signos de hipertensión intracraneana ni de irritación meníngea; sin alteraciones sensitivo-sensoriales ni motoras, excepción hecha de la cacatonía; sin reflejos asimétricos ni patológicos, sin historia compatible con psicosis maníaco-depresiva, epilepsia, ni otras alteraciones neurológicas.

Deberá haber presentado la siguiente sintomatología:

a) **Ilusiones de influencia:** Vivencia de algo o alguien determinado o indeterminado, ajeno al paciente mismo, ejerce una influencia sobre lo que se vive o incluso sobre lo que él decide, piensa o sueña.

a.1) Imposición de conductas: Vivencia delirante (ilusión) de lo que se piensa, lo que se sueña o lo que se hace, es inducido por fuerzas ajenas (brujería, hipnosis, radio, etc.). Vivencias éstas que indignan al paciente y que también se describen como **sentimientos de pasividad** o **conducta automática**.

a.2) Robo de ideas: Vivencia delirante (ilusión) de que lo se lee o lo que se escucha por la radio o lo que hablan otras personas, fue idea original del paciente y le ha sido hurtada.

b) **Ilusiones de referencia:** Vivencia de lo que se percibe tiene relación con el paciente, generalmente en una forma molesta, sin que el paciente tenga fundamentos para justificar esta certidumbre dogmática.

c) **Alucinaciones auditivas:** (acufenos y voces) Se considera que la alucinación es la vivencia de una percepción sin que exista el estímulo fisiológico normal que la justifique o explique. Se excluye tinnitus.

d) **Timidez y retraimiento:** Temor a entablar nuevas relaciones y tendencias a permanecer solitario y a evadir la posibilidad de relación que se juzga corriente en función de la edad y del status.

e) **Escasa expresión de la modulación afectiva:** Rigidez aparente del estado de ánimo que ha originado la creencia de que existe incongruencia entre éste y el contenido ideativo o la situación vivida.

f) **Reticencia:** Efecto de no decir sino en parte, o de dar a entender que se oculta algo que pudiera decirse.

g) **Evasividad:** Efugio con el que se elude dar cierto tipo de información usual.

h) **Catatonía:** Aumento estable y persistente del tono muscular que oscila desde los grados máximos, que se manifiestan en el paciente por actitudes estatuarias con inmovilidad casi absoluta durante largos períodos, hasta grados leves que imprimen a los movimientos del sujeto cierta tiesura y torpor con disminución notable de los gestos, de los ademanes y de los movimientos sincinéticos acostumbrados y que también se traduce en la voz, que se torna aplanada y sin modulaciones. Cuando la catatonía adquiere cierta intensidad, dificulta la movilización pasiva del paciente, y éste permanece estático en las diversas posiciones que el examinador pudiere haber dado a las diferentes partes del cuerpo, permaneciendo así "incansablemente" durante períodos prolongados (flexibilidad cerea). El examen ulterior demuestra que, aunque delirante y rígido, el paciente se encuentra lúcido, orientado y eumnésico, hasta sagaz para darse cuenta del interés que por él exhiben las personas que lo rodean.

El paciente vivencia este fenómeno como una rigidez de su cuerpo que le impide movilizarse, independientemente de la interpretación que pudiere tener sobre el mismo.

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

Los datos positivos que tomamos como requisito para el diagnóstico de esquizofrenia, coinciden con los que K. Schneider considera como síntomas esquizofrénicos de primer orden; los cuales al ser encontrados en una psicosis, ésta se puede incluir en el grupo esquizofrénico; a saber: sonorización del pensamiento, oír voces que acompañan las acciones del paciente con comentarios, vivencias de influencia física, robo del pensamiento y otras influencias sobre el pensamiento, divulgación del pensamiento, percepción delirante, así como la impresión de cosas hechas o influídas por otros en

el campo de los sentimientos, de las tendencias (pulsiones) y de la voluntad. (39)

Como la esquizofrenia puede coexistir con otro tipo de enfermedades o anomalías, utilizamos los requisitos negativos con el objeto de eludir otras variables.

3. El paciente deberá haber sido observado al menos durante un año a intervalos periódicos de una semana entre cada observación.
4. Luego de la selección de pacientes en la forma anteriormente descrita, se procederá a la recolección de datos que servirán para determinar la frecuencia del síntoma en cuestión.
5. Se tomará el mismo número de personas aparentemente sanas (acompañantes de los pacientes) para establecer una comparación con los pacientes de estudio.
Calificaremos de "acompañantes" a las personas que sin tener parentesco con los pacientes se prestan a acompañarlos cuando los pacientes visitan el hospital; ésto, tendrá por objeto el excluir la variable de cultura o subcultura.
A estas personas les llamaremos "grupo control", y, se les interrogará en forma verbal acerca de la presencia de **pensamiento sonorizado**.
6. Utilizaremos el término "**nooacusia**" (vous = mente akovois = oído) como sinónimo de **pensamiento sonorizado** para fines prácticos.

GENERALIDADES:

Los empeños de los que se dedican a la investigación de las ciencias médicas han estado encaminados, en una forma u otra, al afinamiento y delimitación de las entidades que constituyen la taxonomía patológica. Sin la debida delimitación clínica entre la fiebre de Malta y el paludismo no se habría podido dilucidar respecto a los agentes etiológicos ni de los vectores. No habría sido posible la erradicación casi total de la malaria de que se gozó, en determinada época, en ciertas regiones del mundo. A la utilización sistemática de la vacuna de Jenner, hubo de preceder el perfil nosográfico adecuado de la viruela.

No obstante el desbordamiento de los entusiasmos amparados por supuestos doctrinarios que conllevan la aceptación de pretendida etiología fundamentada en factores psicodinámicos, las investigaciones biológicas, peyorativamente calificadas de "organicistas", laboriosamente, pero con resultados cada vez más demostrativos, han proseguido acerca de lo que hoy se considera como la biología molecular que subtiende lo que se concibe como "fenómeno psíquico". En esta forma, es posible, ahora, no solamente teorizar; sino que contamos con psicofármacos potentísimos que administrados en proporción de 1×10^{-6} y aún menos respecto del neuroeje, demuestran una acción incisiva y altamente selectiva respecto de entidades nosológicas sin cuya delimitación clínica no hubiese sido posible concebir ni planear su fábrica que presenta una maravillosa bódisonibilidad.

Guiados por el principio de proporcionar a los pacientes el innegable provecho del diagnóstico más seguro y expedito, desbrozamos el estudio descriptivo de la esquizofrenia de todo aquello que pudiese ser objeto de interpretaciones doctrinarias subjetivistas, y tratamos de circunscribirnos a los síntomas que con J. Wirsh consideramos "psicológicamente inderivables". Así es que nuestro cuadro clínico parecerá escueto a los que acostumbran de las lucubraciones interpretativas; pero, frondoso, comparado con la toma singular de la alucinación auditiva como indicador único en las investigaciones sobre esquizofrenia. (31, 26, 27, 28)

Puesto que pudiese existir interés de cualquier naturaleza en ciertos datos de la bibliografía consultada, dedicamos una sección de "Notas Bibliográficas" que contiene acotaciones o resúmenes que demuestran la diversidad de opiniones e intereses en los que siempre se enfrenta el médico estudioso en las fuentes de consulta. Nuestras notas bibliográficas no pretenden ser exhaustivas.

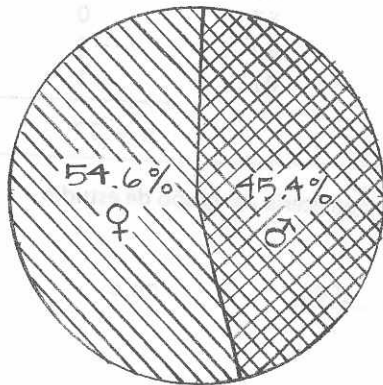
PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

Durante la revisión del archivo fueron escogidas 77 historias clínicas que presentaron la sintomatología y las características requeridas para la realización de este proyecto. (v. Material y Métodos).

De dichas historias se recopilaron las siguientes características:

35 pacientes varones, que corresponde al 45.4o/o de la población estudiada.

42 pacientes hembras que corresponden al 54.6o/o de dicha población.



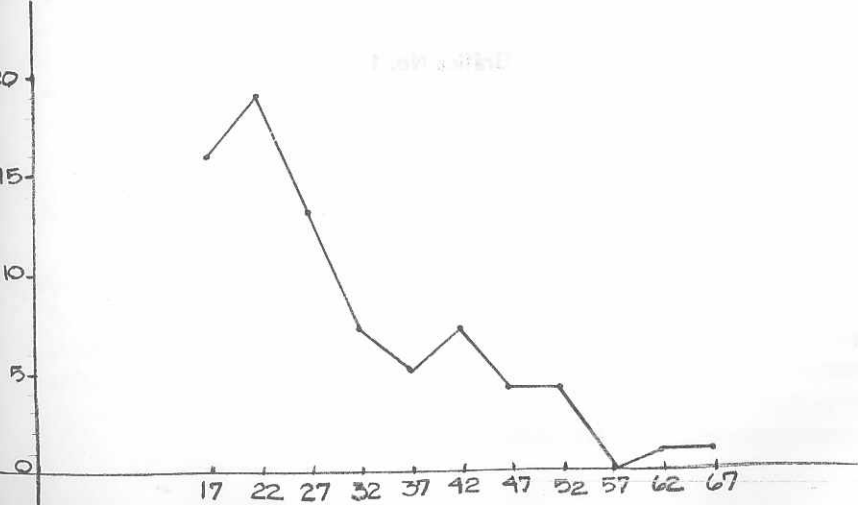
Gráfica No. 1

Los límites etarios encontrados fueron: 15 años el menor y 69 años el mayor.

i	xi	f	f·xi
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
		n = 77	2269

TABLA I. Distribución etaria del grupo de estudio

$$X = \frac{\sum f \cdot xi}{n} = \frac{2269}{77} = 29.4$$



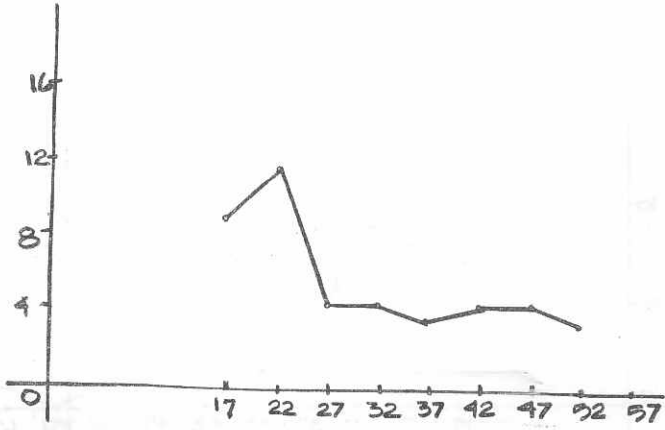
Gráfica No. 2. Polígono de frecuencias. Condición etaria.

Los pacientes hembras (42) se distribuyeron en los grupos etarios siguientes: 17 años el menor y 54 años el mayor.

i	xi	f	f·xi
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
		n = 42	1254

TABLA II. Distribución etaria del grupo femenino.

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



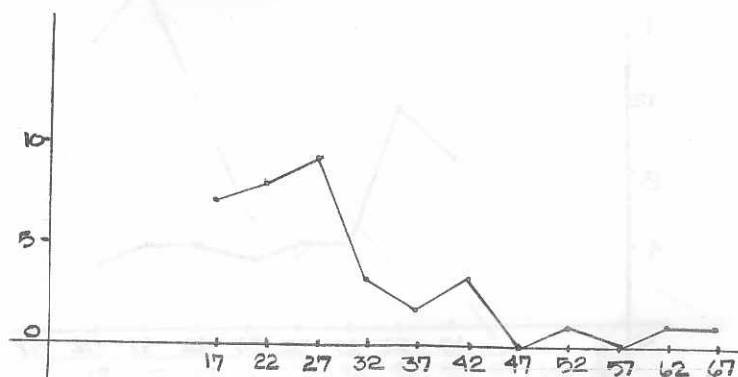
Gráfica No. 3. Polígono de Frecuencias. Condición etaria. Sexo femenino.

Los pacientes varones (35) se distribuyeron en la siguiente forma: El menor 16 años y el mayor 69 años.

i	xi	f	f·xi
15-19	17	7	119
20-24	22	8	176
25-29	27	9	243
30-34	32	3	96
35-39	37	2	74
40-44	42	3	126
45-49	47	0	0
50-54	52	1	52
55-59	57	0	0
60-64	62	1	62
65-69	67	1	67
n = 35			995

TABLA III. Distribución etaria del grupo de varones.

$$\bar{x} = \frac{\sum f \cdot x_i}{n} = \frac{995}{35} = 28.4$$



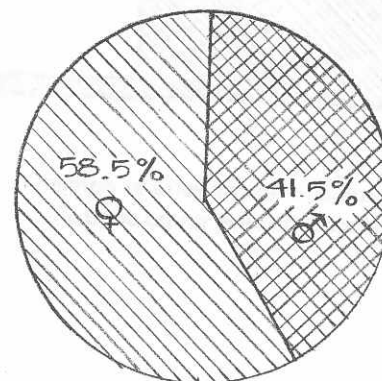
Gráfica No. 4. Polígono de frecuencias. Condición etaria. Grupo de pacientes varones.

Para establecer una comparación, se tomó un grupo de 77 personas escogidas al azar de entre los acompañantes de los pacientes que asistieron a consulta al Departamento de Psiquiatría del Hospital General San Juan de Dios durante los meses de agosto y septiembre de 1979. Estas personas fueron seleccionadas de forma tal, que pertenecieran a un nivel socioeconómico y cultural similar al grupo de pacientes en estudio, sin que existiera consanguinidad con estos últimos.

La distribución por sexo en este grupo control fue la siguiente:

32 personas del grupo varones, correspondiendo al 41.5o/o del total del grupo.

45 personas del grupo hembras con un porcentaje de 58.5o/o del grupo en cuestión.



Gráfica No. 5. Distribución por sexo. Grupo Control.

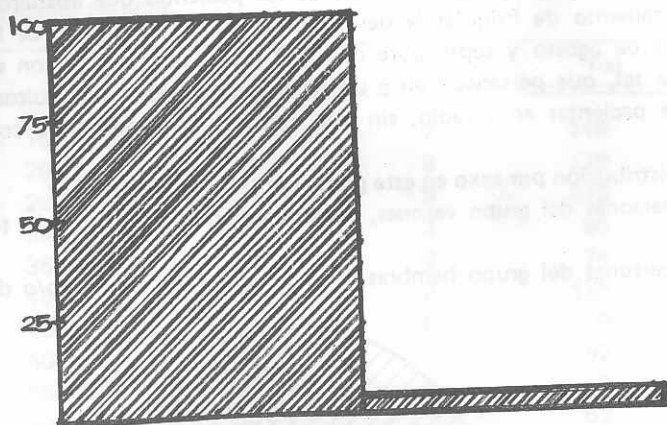
A este grupo control se le interrogó acerca de la presencia de **pensamiento sonORIZADO**, habiéndose encontrado positivo en solamente dos personas; esto es el 2.5o/o del total del grupo control, mientras que el grupo de estudio manifestó la presencia de nooacusia en el 100o/o de los casos.

AUTOCRITICA:

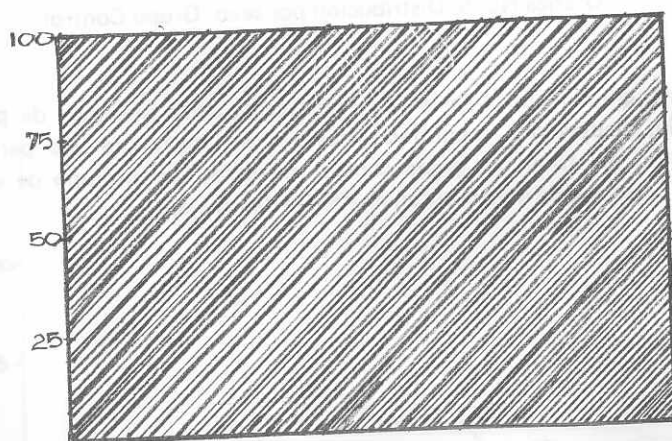
a) Dentro de nuestro estudio no fue tomado en cuenta el subgrupo esquizofrénico de cada uno de los pacientes en estudio, dada la facilidad con que el paciente pasa de uno a otro subtipo durante el desarrollo de la enfermedad. (12) Además, tenemos indicios, aún no confirmados totalmente, de que la nooacusia se presenta por igual, sin importar el subtipo, en todos los pacientes que padecen de esquizofrenia franca.

b) Aunque hubiera sido de nuestro agrado es determinar si la **nooacusia** es un síntoma que se presenta en forma temprana o tardía, nos fue materialmente imposible puesto que todos los pacientes en estudio, ya la presentaban a su ingreso al hospital. Esto, a la vez que nos desanima, nos estimula a la realización de un estudio posterior por medio del cual podamos resolver estas interrogantes.

c) No se investigó la presencia de esquizofrenia en el grupo control. Si tomamos en cuenta que aproximadamente el 1o/o de la población general padece de esquizofrenia, podríamos inferir el origen de este 2.5o/o. La probabilidad de encontrar dos personas esquizofrénicas en el grupo control, es de 0.8623064.



Gráfica No. 6. Histograma que nos muestra el porcentaje en que se encontró presente la Nooacusia en el grupo control.



Gráfica No. 7. Histograma que muestra el porcentaje de Nooacusia que se encontró presente en el grupo de estudio.

CONCLUSIONES:

1. La mayor cantidad de pacientes esquizofrénicos en estudio, resultó ser hembras por una mínima diferencia.
2. La edad promedio del grupo en estudio fue de 29.4 años, siendo ésta de 29.8 para las hembras y de 28.4 para los varones.
3. La **nooacusia** se encontró presente en el 2.5o/o del grupo control.
4. La **nooacusia** se encontró presente en el 100o/o de los pacientes con esquizofrenia franca.
5. La **nooacusia** es un dato con una confiabilidad mayor del 0.93 al establecer el diagnóstico de esquizofrenia.

DATOS BIBLIOGRAFICOS:

"La expresión 'esquizofrenia' o escisión de la mente, ha sido utilizada para describir la fragmentación de la síntesis del pensamiento, del talante y del comportamiento que marca a las personas que sufren de este problema mental, y que representa el 18o/o de los primeros ingresos a los hospitales psiquiátricos en Estados Unidos. No existe un acuerdo sobre la causa o causas de la esquizofrenia; múltiples hipótesis etiológicas han sido discutidas, entre éstas, las teorías organicistas, genéticas, las sociales, las ambientales y otras. Desde el punto de vista clínico, problemas de la percepción, del habla, del pensamiento, del comportamiento y la afectividad forman el objeto de una descripción. Desde el punto de vista pronóstico, si se acepta el "Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association", los principales subgrupos son: los tipos simples, hebefrénicos, catatónicos y paranoides; la esquizofrenia aguda; las formas latentes, duales, esquizo-afectivas y las crónicas no diferenciadas. Las formas de tratamiento comprenden el empleo de drogas, la psicoterapia y la terapia ambiental". (11)

"La frecuencia de la esquizofrenia en la población general es del 0.9o/o, frecuencia que varía dependiendo de la región (en los países escandinavos llega a ser hasta el 3o/o). Es sensiblemente la misma en los dos sexos y no hay variación dependiendo del nivel social. El estudio del árbol genealógico familiar de los esquizofrénicos, el examen preciso de los padres y familiares, ha permitido evaluar el riesgo mórbido de los descendientes". (7)

"Numerosos estudios familiares han mostrado la importancia del factor genético en la etiología de la esquizofrenia. Igualmente han permitido conocer este factor en otras afecciones padecidas por los miembros de las familias. La esquizofrenia ha sido igualmente asociada a aberraciones cromosómicas, principalmente, exceso del cromosoma X. Las dos secuelas, mono y poligenéticas se han propuesto esclarecer las correlaciones genéticas". (7)

"La posible interacción de los factores genéticos y ambiental en la etiología de la esquizofrenia se encuentran en discusión.

Se ha propuesto que las presiones ambientales inducidas por un estado fisiológico de tensión, en un individuo genéticamente predispuesto, podrían interferir en el desarrollo de una psicosis esquizofrénica aguda debida a:

Producción de sustancias químicas que actúen induciendo enzimas relacionadas a la producción de proteínas, las cuales podrían estar ligadas a la etiología de la esquizofrenia; activando procesos autoinmunes en conexión con el desarrollo de la esquizofrenia; alterando los niveles de las aminas cerebrales; interfiriendo la permeabilidad de la barrera hematoencefálica". (23)

"Los niveles de ácido 5-hidroxiindolacético y ácido homovanílico, así como metabolitos de desoxifenilalaninaamina y 5-hidroxitriptamina, fueron deter-

minados en el líquido cefalorraquídeo de 40 esquizofrénicos crónicos. Estos niveles fueron comparados con los de un grupo de voluntarios sanos. No se encontró diferencia significativa entre ambos grupos". (16)

"La teoría de que las alteraciones de la transmisión sináptica dopaminérgica puede jugar un importante papel en la patogénesis de la esquizofrenia es ampliamente aceptada. Una nueva teoría une el sistema de endorfinas a la teoría de la esquizofrenia. Se propone que estas dos teorías pueden ser combinadas en un modelo único. Recientes descubrimientos químicos y farmacológicos han indicado una estrecha relación entre las endorfinas y el sistema dopaminérgico. Las endorfinas modulan la transmisión sináptica dopaminérgica ejerciendo efectos pre y postsinápticos. A nivel molecular esta modulación puede envolver la actividad de nucleótidociclasas y sistemas de proteínfosforilación. Así, la actividad neuronal dopaminérgica que se ha creído relacionada a la esquizofrenia, puede ser causada por una alteración primaria en el sistema de las endorfinas. Múltiples hipótesis sobre la naturaleza de esta alteración han sido probadas en experimentos terapéuticos con pacientes esquizofrénicos". (27)

"A pesar de que los estudios realizados con el uso de endorfinas pueden probar sus enormes contribuciones al entendimiento de la esquizofrenia, e incluso podrían guiarnos hacia nuevos y efectivos agentes psicoterapéuticos, está discusión concluye que es prematuro el decir que la betaendorfina o sus análogos hayan demostrado ser agentes antipsicóticos". (28)

"Ha sido sugerido que los nuevos descubrimientos sobre péptidos opiáceos, llamados endorfinas, podrían jugar un papel importante en los síntomas de la esquizofrenia. La administración de narcóticos antagónicos provee tanto una hipótesis como un tratamiento en potencia". (6)

"Hace menos de una década que el primer estudio científico válido sobre una posible conexión entre los grupos de sangre y la esquizofrenia, fue publicado. Los resultados de los pocos artículos que han aparecido desde entonces, son contradictorios y no clarifican el problema original. Esto podría ser debido a la incapacidad para realizar el diagnóstico de esquizofrenia y a la falta de homogeneidad en la población enferma. Para remediar esta situación en el presente estudio, solamente fueron aceptados los pacientes que cumplieron con los criterios de Bleuler o Schneider. Nuestros resultados no indicaron relación entre los grupos sanguíneos ABO y la esquizofrenia. Mientras la esquizofrenia no pueda ser diagnosticada tan ciertamente como los grupos sanguíneos, la relación entre ellos no puede estar científicamente establecida". (17)

"Es claro que cada libro de texto presenta su propia interpretación de Bleuler. Los términos fundamental y accesorio, así como primario y secundario, son usados en forma diferente en cada uno. Además, existe confusión en el método por el cual Bleuler diagnostica esquizofrenia y la distingue de otras perturbaciones psiquiátricas". (19)

"Por el término Dementia Praecox o esquizofrenia, se designa a un grupo de

psicosis cuyo curso, a veces crónico, a veces caracterizado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o regresar a cualquier etapa, pero no permite una completa restitutio ad integrum. Esta enfermedad es caracterizada por un tipo específico de alteración del pensamiento. . ." (3)

"Este ceremonioso papel de la esquizofrenia en Psiquiatría, es ilustrado por la publicación y el contenido del prestigioso "International Pilot Study of Schizophrenia" realizada bajo el amparo de la Organización Mundial de la Salud.

Los autores de este estudio nombran las siguientes cuatro características (a las que llaman "criterios de inclusión"), las cuales, cuando se observan o se atribuyen a una persona por un psiquiatra, la califican de padecer esquizofrenia: a) Delirio b) Conducta inapropiada o anormal c) Alucinaciones d) Desorden psicomotor craso; hiper o hipoactividad. . . Estos criterios de inclusión califican automáticamente de esquizofrénico a una persona, sin importar la severidad de la sintomatología.

Mejor nos reímos de ésto en vez de llorar. Este somerísimo escrutinio desvanece las pretensiones médicas y científicas, como a un niño asustado por un fantasma se le disipa haciendo parpadear la luz del dormitorio.

Delirio. Nosotros sabemos que es: Creencia de que uno es gente escogida; o que Jesús es hijo de Dios y que murió pero todavía vive; o que el oro siempre costará \$35 la onza.

Conducta inapropiada o anormal. Bien, nosotros sabemos bien esto, también: El ataque a Pearl Harbor, o la invasión a Vietnam, el tener pelo largo o corto o no tenerlo, montar en cólera, practicar el hara-kiri, saltar del puente de Golden Gate.

Alucinaciones. No hay problema aquí: O comunicarse con las deidades o con los muertos; revivir la infancia u otros recuerdos del pasado; decir a alguien "es como si estuviera viéndolo".

Hipo e hiperactividad. Esto es lo más sencillo: Viajar medio mundo para asistir a un congreso médico y quedarse dormido mientras se escucha las lecturas". (24)

"Una revisión de la literatura psiquiátrica sugiere que el pensamiento obsesivo y la neurosis obsesivo-compulsiva, pueden perfectamente ser antecedentes de esquizofrenia. Esto es en vista de que una severa ansiedad y fobias son ocasionalmente vistas en el período prodromico de la esquizofrenia. En raros casos se observa obsesiones incluso después de la franca manifestación de la esquizofrenia". (2)

"Cincuenta pacientes padeciendo de esquizofrenia clínica fueron examinados nuevamente, encontrándose que dieciséis sufrían de desórdenes afectivos periódicos. Nueve de estos fueron tratados con Carbonato de Litio, y ocho dieron una respuesta favorable. Las historias clínicas mostraron tres distintas razones para cometer un error diagnóstico. El examen de las notas clínicas de cinco de estos pacientes sugerían que los problemas diagnósticos descritos en el pasa-

lo, continuaban representando un obstáculo para el correcto diagnóstico". (18)

"Los autores han comparado los pacientes que han desarrollado psicosis similares a la esquizofrenia consecutiva a la ingestión de LSD, con los pacientes que la han desarrollado sin la ingestión de drogas. Se examinó las formas clínicas del síndrome y la incidencia familiar de la esquizofrenia y relataron en forma detallada las diferencias observadas; éstas parecen confirmar la opinión de que la psicosis debida a LSD y a las enfermedades esquizofrénicas, constituyen dos estados diferentes, que pueden distinguirse clínicamente en base a la herencia, los síntomas de percepción y las alucinaciones secundarias". (8)

"Los síntomas de primer orden son: Sonorización del pensamiento, oír voces en forma de discurso y réplica, oír voces que acompañan la propia actividad con observaciones, vivencias de influencia corporal, robo de pensamiento y otras maneras de ser influido el pensamiento, divulgación del pensamiento, percepción delirante, así como todo lo que es el terreno de los sentimientos, impulso y voluntad aparece como hecho o influido". (13)

"Cada cosa que se piensa es repetida por las voces e incluso, éstas pueden decirlo antes". (31)

"En la sonorización del pensamiento el enfermo oye pronunciar aquello en lo que en ese momento está pensando". (3)

"Eco del pensamiento: . . . Siempre que el sujeto piensa, oye reproducido con palabras". (25)

"El presente estudio, claramente demuestra la propiedad antipsicótica del Clozapine. Es claro que no induce efectos extrapiramidales. Estos descubrimientos tienden a apoyar la hipótesis de que el clozapine puede los receptores dopaminérgicos en el sistema límbico. La farmacología evidencia un apoyo a la hipótesis de que los síntomas de la esquizofrenia son debidos a una actividad dopaminérgica excesiva en el sistema límbico". (14)

"Se escribe un método en el cual esquizofrénicos con dosis de mantenimiento con neurolépticos reciben sus prescripciones en un grupo. Guiados por el terapeuta, aprenden a dar y tomar relaciones interpersonales. El resultado es una palanca de los pacientes a interesarse en otras personas. La experiencia de grupo ha ayudado a los participantes en su desenvolvimiento con la sociedad". (15)

"El ácido nicotínico o nicotinamida, al ser usada conjuntamente a las terapias convencionales, como los barbitúricos y los tratamientos electro-convulsivos, pueden tener un efecto benéfico en el tratamiento de algunos pacientes que sufren de esquizofrenia aguda, tal como reportó anteriormente Hoffer.

La terapia de megavitaminas no ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la mayoría de pacientes esquizofrénicos crónicos.

La psiquiatría orthomolecular ha reemplazado a la terapia con megavitaminas, tal como lo definió Pauling". (33)

"Al inicio, el término "terapia megavitamínica" se refirió al uso de grandes dosis de vitamina B3 (ácido nicotínico o nicotinamida) en el tratamiento de es-

quizofrenia. A través de los años esto ha llegado a incluir el ácido ascórbico, piridoxina (vitamina B6), ácido fólico, vitamina B12, y otras vitaminas, minerales, hormonas, dieta y drogas.

Las bases teóricas para el uso de vitaminas en "mega" dosis, ha avanzado a través de los años. Inicialmente se propuso que la vitamina B3 actuaba como grupo metilo receptor, el cual reducía la formación de psicotógenos endógenos. En la actualidad se discute si la esquizofrenia es una forma de pelagra cerebral basada en las necesidades individuales de grandes dosis de vitaminas". (1)

"Desde el descubrimiento de las endorfinas en la pituitaria y el cerebro, numerosos investigadores han especulado sobre el papel fisiológico de estos péptidos y su importancia en las enfermedades mentales. Un desorden en el metabolismo de la lipotropina-endorfina podría jugar un papel importante en las enfermedades mentales.

Desde el punto de vista patogénico, la esquizofrenia podría ser observada como un desorden neuro-endocrino". (26)

BIBLIOGRAFIA:

1. Ban, T., Lehmann, H.: Nicotinic acid in the treatment of schizophrenia. Can. Psychiat. Assoc. J. vol. 20, No. 2, Marzo, 1975.
2. Birnie, W. A., Littmann, S.: Obsessionality and schizophrenia. Can. Psychiat. Assoc. J. vol. 22, No. 4, Jun. 1977.
3. Beuler, E.: Tratado de psiquiatría. 2a. ed., trad. por Alfredo Guerra. Espasa-Calpe S.A., Madrid, España, 1967.
4. Cazzullo, C., Smeraldi, E., Penati, G.: The leucocyte antigenic system HL-A as a possible genetic marker of schizophrenia. British Journal of Psychiatry. Julio 1974.
5. Chapetón, G.: Estadística descriptiva. 5a. ed., Ed. Piedra Santa, Guatemala, 1977.
6. Davis, G., Buchsbaum, M., Bunney, W., Jr.: Research in endorphin and schizophrenia. vol. 5, No. 2, 1979.
7. Debray, Q.: La Place de la génétique dans l'étiologie de la schizophrénie. La revue du praticien. Tomo XXIII, No. 23, Abril, 1973.
8. Hays, P., Tilley, J.: The differences between LSD psychosis and schizophrenia. Can. Psychiat. Assoc. J. vol. 18, No. 4, Agosto, 1973.
9. Hegedus, Z., Altschule, M., Nayak, U.: A clinical method for testing abnormal in vitro haemolysis from catecholamine metabolites in schizophrenia. British journal of Psychiatry. vol. 121, Septiembre, 1972.
10. Huzka, L., Zabek, D., Lovett, W.: Urinary excretion of N,N-Dimethylated tryptamines in chronic schizophrenia. Can. Psychiat. Assoc. J. vol. 21, No. 8, Diciembre, 1976.
11. Kaplan, H. Sadoc, B.: Recent prespectives in schizophrenia. Can. Psychiat. Assoc. J. vol. 16, No. 6, Diciembre, 1971.
12. Kolb, L. C.: Modern clinical psychiatry. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1973.

13. Kolle, K.: Psiquiatria, 5a. ed. ale., 1a. ed. esp., trad. por Vicente Peset. Ed. Alhambra, S.A., Madrid, España, 1964.
14. Nair, N., Zicherman, B., Schwartz, G.: Dopamine and schizophrenia. Can. Psychiat. Assoc. J. vol. 22, No. 6, Octubre, 1977.
15. Payn, S.: Group pharmacotherapy for withdrawn schizophrenic patients. Can. Psychiat. Assoc. J. vol. 23, No. 2, Marzo, 1978.
16. Persson, T., Roos, B.: Acid metabolites from monoamines in cerebrospinal fluid of chronic schizophrenics. British Journal of Psychiatry. vol. 115, Enero, 1969.
17. Peterfy, G., Solyom, L., Kendall, A., Turcan, M.: The relationship between ABO blood groups and schizophrenia. Can. Psychiat. Assoc. J. vol. 21, No. 5, Agosto, 1976.
18. Rapp, M., Edwards, P.: A high prevalence of affective disorder discovered in a schizophrenia clinic. Can. Psychiat. Assoc. J. vol. 22, No. 4, Junio, 1977.
19. Raskin, D.: Belulor and schizophrenia. British Journal of Psychiatry. vol. 127, Septiembre, 1975.
20. Reich, W.: The schizophrenia spectrum: a genetic concept. The journal of nervous and mental disease. vol. 162, No. 1, Enero, 1976.
21. Roth, M.: Schizophrenia and the theories of Thomas Szasz. British Journal of Psychiatry. vol. 129, Octubre, 1976.
22. Schorer, C.: Gestational schizophrenia. Can. Psychiat. Assoc. J. vol. 17, special suplement, 1972.
23. Strahilevitz, M.: Possible interaction of environmental and biological factors in the etiology of schizophrenia. Can. Psychiat. Assoc. J. vol. 19, No. 2, Abril, 1974.
24. Szasz, T.: Schizophrenia: the sacred symbol of psychiatry. British Journal of Psychiatry. vol. 129, Octubre, 1976.
25. Székely, B.: Diccionario enciclopédico de la psique. 4a. ed., Ed. Claridad, Buenos Aires, Argentina, 1966.
26. Verhoeven, M., van Praag, H., van Ree, J., de Wied, D.: Improvement of schizophrenic patients treated with (Des-Tyrl)-endorphin (DT E). Arch. Gen. Psychiatry. vol. 36, Marzo, 1979.
27. Volavka, J., Davis, L., Ehrlich, Y.: Endorphins, dopamine, and schizophrenia. Schizophrenia Magazine, Vol. 5, No. 2, 1979.
28. Watson, S., Akil, H.: Endorphins, dopamine and schizophrenia: two discussions. Schizophrenia Magazine, vol. 5, No. 2, 1979.
29. Wirsh, J.: Über acute schizophrene zustände usf Basel, 1937.
30. Wirsch, J.: Die person des schizophrene. Berna, 1949.
31. Wirsch, J.: Psiquiatría general y especial. 4a. ed. ale., 1a. ed. esp., trad. por J.J. Ibor, Ed. Gredas, Madrid, España, 1958.
32. White, H., McLeod, M., Davidson, J.: Cathecol O-Methyltransferasa in red blood cells of schizophrenic, depressed and normal human subjects. British Journal of Psychiatry. vol. 128, Febrero, 1976.
33. W. T. B.: Megavitamine and orthomolecular therapy of Schizophrenia. Can. Psychiat. Assoc. J. vol. 20, No. 2, Editorial, Marzo, 1975.
34. Anónimo.: Psychiatry's depression. Time Magazine. vol. 113, No. 14, Abril 2, 1979.
35. Salomon, P., Patch, V.: Handbook of Psychiatry. 2a. ed., Lange Medical publications, Los Altos, California 1971.
36. Hofling, K.: Textbook of Psychiatry for medical practice, J.B. Lippincott Company, printed in Mexico, 1968.
37. MacKinnon, R., Michels, R.: Psiquiatría clínica aplicada. Trad. por C. Ottenwaelder. 1a. ed., Ed. Interamericana. México, 1973.
38. Fenichel, O.: The psychoanalytic theory of neurosis. W. W. Norton Company Inc., New York, 1945.
39. Weitbrecht, H., J.: Psychiatrische fehldiagnosen in der allgemeinpraxis., Ed. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1968.

40. Schneier, K.: Linische psychopatologie, 7a. ed. Thieme, Stuttgart, 1966.
41. Eaton, M., Peterson, M.: Pscyhiatry. 2a. ed., Medical Examination Publishing Co.: U.S.A., 1969.

Luis F. Vides
Br.
Luis Fernando Vides R.

Octavio Aguilar
Asesor
Dr. Octavio Aguilar

Dr. Fernando Bandfelt S.
Revisor
Dr. Fernando Bandfelt S.

Julio de León M.
Director de Fase III
Dr. Julio de León M.

Dr. Raúl A. Castillo M.
Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo M.

Vo.Bo.

Dr. Rolando Castillo M.
Decano
Dr. Rolando Castillo M.