

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11241
1
201

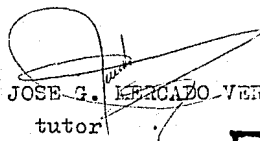
S.S. HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

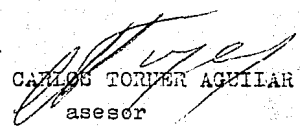
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TESINA DE ESPECIALIDAD

" REVISION E IDENTIFICACION DEL PERFIL DE LOS PACIENTES ESQUIZO-
FRENICOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO
ALVAREZ, SS. "


DR. JOSE G. MERCADO VERDÍN
tutor


DR. CARLOS TORNER AGUILAR
asesor

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

DR. RAMON DE LA FUENTE MUÑOZ
titular del curso.

Febrero 1990.
autor: DR. JESUS ARENAS WIEDFELDT.



1991





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1.- INTRODUCCION

- a) definición de esquizofrenia
- b) Planteamiento del problema
- c) Objetivos

2.- ANTECEDENTES

- a) epidemiologicos
- b) de confiabilidad diagnóstica
- c) de tratamiento

3.- Hipotesis

MATERIAL Y METODOS.

4.- Resultados

5.- TABLAS

6.- DISCUSION

7.- Conclusiones

8.- Bibliografía.

Esquizofrenia.

El término esquizofrenia se usa en la actualidad para agrupar psicosis caracterizadas por: peculiaridades de la personalidad, el pensamiento, de la afectividad y de la conducta.

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en la presencia de síntomas psicóticos durante la fase activa de la enfermedad y un deterioro del nivel previo de la actividad, (en los niños o en los adolescentes dificultad para alcanzar el nivel de desarrollo social adecuado), con una duración mínima de 6 meses, que puede implicar síntomas prodrómicos o residuales característicos. En alguna de las fases de la enfermedad esquizofrénica se encuentran siempre ideas delirantes, alucinaciones, o ciertas alteraciones características del contenido y curso del pensamiento. El diagnóstico solo se establece si no puede demostrarse que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración. Tampoco se establece este diagnóstico si los síntomas responden a un trastorno del estado de ánimo o a un trastorno esquizoafectivo.

Para definir la esquizofrenia, algunos enfoques han hecho énfasis en la tendencia deteriorante del curso (Kraepelin), en las alteraciones fundamentales de determinados procesos psicológicos (Schneider). El concepto actual no se limita a la enfermedad con curso deteriorante, a un cuando se requiere una duración mínima del trastorno, ya que las pruebas acumuladas sugieren que la enfermedad de una menor duración, denominada trastorno esquizofreniforme tiene con toda probabilidad diferentes correlatos externos, tales como la historia familia y la probabilidad de repetición.

En la actualidad los criterios clínicos incluyen tanto un mínimo

de duración como un conjunto de síntomas característicos que identifica una serie de estados homologables por sus antecedentes familiares, su respuesta a los tratamientos somáticos y su tendencia a aparecer al inicio de la edad adulta con -recurrencias y deterioro de la actividad laboral y social.

OBJETIVOS

- 1.- Identificación del perfil de los pacientes Esquizofrénicos que son internados al Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez, S.S.
- 2.- Conocer cuáles han sido las normas terapéuticas farmacológicas en general.
- 3.-Comparar las diversas alternativas terapeuticas, en búsqueda de la que dé mejores resultados.

Al hablar de esquizofrenia necesariamente hay que remontarse a los orígenes de la psiquiatría contemporánea.

A principios del siglo XIX habían quienes consideraban a la enfermedad mental como alteración exclusiva del alma (los psíquicos) y quienes aun, sin desprenderse del espíritu idealista de la época afirmaron que el alma no podía enfermar y, en consecuencia las enfermedades mentales obedecían a alteraciones del soma que soporta a aquella (los somáticos).

En aquella época Heinroth (1773-1843) hablaba como un místico-poeta: La melancolía es el estado propio del hombre abandonado por Dios al mundo. No existen más causas de la locura que las psíquicas y el hombre enferma cuando su razón queda prisionera de las pasiones. La inocencia muje enloquece.

Frente a los intentos de los "psíquicos" para explicar la locura y sus contenidos, reaccionan los "somáticos", pegándose a la clínica, en los hospitales que ellos fundan y dirigen, pero con notorias muestras de incapacidad para progresar desde sus propios postulados somaticistas, especulando al igual que los psíquicos. Eran hombres de transición, con un pie en lo romántico y otro en lo mecanicista, en lo espiritual y lo corporal, mantuvieron una postura "somática" solo como consecuencia de su idea, nada materialista, de "que el alma, sustancia pura, no podía ser objeto de enfermedad".

Así la psiquiatría se inscribe en el saber médico con la aparición de la "Patología y terapéutica de las enfermedades psíquicas" de Griesinger en la 2da edición de 1861, afirmando que "las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro" desechando la poesía sin olvidar las causas psíquicas, trazó el nuevo rumbo de la psiquiatría. Ampliando su afirmación agregó que no toda enfermedad

del cerebro se traduce en alteración de la mente. La locura tiene un sustrato cerebral difuso, las causas pueden ser físicas, psíquicas o mixtas; numerosas circunstancias predisponen a padecerlas la herencia, la educación, las preocupaciones, pero sea cual sea la causa, la locura no constituye más que "un complejo de síntomas de diversos estados anómalos del cerebro". Griesinger ante la imposibilidad de clasificar las enfermedades mentales por la neuropatología cerebral, pretendió una clasificación "fisiológica", ordena los cuadros clínicos en dos grupos: Los trastornos de los afectos y los trastornos del pensamiento y la voluntad. El se convirtió así, por una parte en el iniciador de la orientación neuropsiquiátrica y por otra en el puntal de la teoría unitaria de la psicosis. La orientación neuropsiquiátrica continuó con su discípulo en Berlín, K Westphal (1833-1890) y con T Meynert (1833-1893) y Karl Wernicke (1848-1905). Con sus pesquisas exhaustivas no alcanzaron hallazgos histopatológicos específicos en la Esquizofrenia.

Karl L. Kahlbaum (1828-1899) representa el arquetipo de los psiquiatras clínicos que conscientes de la inutilidad de los esfuerzos para encontrar causas cerebrales en la psicosis, decidieron atender más el curso, es decir al modo de comienzo, al período de estado y a su final. Es entonces que el curso de la enfermedad se convierte con Kahlbaum, en un proceso medible. Su trabajo se centra en la descripción de complejos sintomáticos o síndromes. Estos síndromes encierran cierta regularidad, es decir, se combinan y evolucionan en unos cuantos modos, lo que permite postular la existencia de formas de enfermar, muy amplias, lo que precisa "valorar las múltiples causas y circunstancias de cada enfermo, y el curso completo de la enfermedad. Así delimita otro modo de

enfermar, de comienzo habitualmente solapado, que tras un largo curso, concluye en alienación, a la que por iniciarse en la juventud llamó Parafrenia Hebética (18563). También delimitó otro modo de enfermar relativamente parecido, pero en el que cobran cierta relevancia las alteraciones en el tono muscular, los estados de estupor, y la tendencia a adoptar posturas y actitudes singulares: "una forma de demencia con trastornos de la motilidad". En 1871 Hecker describe la hebefrénia: "El comienzo en relación con la pubertad, la aparición sucesiva o no de estados de melancolía, manía y confusión; la transición rápida hacia un estado de debilidad y la forma muy peculiar de este estado terminal de estupidez , cuyos indicios podrían ser reconocidos desde los primeros estadios de la enfermedad", más tarde se revelan los signos característicos del cuadro: 2 falta de crítica, conducta pueril, inclinación por los temas científicos en general, desatinos y trastornos formales del pensamiento."

Emil Kraepelin (1856-1926), apoya su pensamiento en Morel, Griesinger, Kahlbaum, Hecker, Moebius y Wundt. Es de Morel de quién toma la noción de la demencia precoz. Y se dedica a ordenar y sistematizar el conocimiento acerca de los trastornos mentales. Se precisa postular la existencia de enfermedades psíquicas independientes, esto es, enfermedades con una etiología, unas manifestaciones, un curso y una histopatología peculiares. Se impone de limitar estas entidades porque sólo de su conocimiento y diagnóstico pueden derivarse estrategias terapéuticas. Con Kraepelin la psiquiatría clínica alcanza por primera vez el lugar que hoy ocupa en la medicina. En 1893 agrupa como procesos psíquicos degenerativos tres cuadros diferentes: La demencia paranoide, la catatonía y la demencia precoz ".

Al utilizar el termino de Demencia precoz primeramente lo hace para definir lo que Hecker denominó hebefrenia. Es hacia 1899 en que agrupa las tres entidades clínicas bajo la denominación de Demencia Precoz como una solo entidad autónoma, soportada por un criterio clínico evolutivo al que contribuyen a dar unidad los peculiars trastornos del pensamiento, la evolución progresiva o por brotes y la terminación en una forma de debilitamiento para demencial.

Las tres formas pueden darse en el mismo paciente. Caracterizan el estado de déficit, el bloqueo, el negativismo, la debilidad del juicio, y la disminución de la productividad psíquica, el embotamiento motor, la pérdida de la energía y el embotamiento afectivo, y así frente a la DEMENCIA PRECOZ, quedan descritas y diferenciadas las psicosis maniaco-depresivas como entidades que alternan episodios de manía y depresión, la llamada locura de doble forma o de doble fase, o la locura cíclica y ciclotímica. Así pues, Kraepelin individualizó la Demencia Precoz, describió los invariantes de la enfermedad, los trstornos del pensamiento y la inafectividad y aportó el criterio evolutivo de la fatalidad parademencial. Aunque a partir de 1904 admitió que algunos casos (el 13 %) curan completamente, y todavía en 1912 se vió obligado a separar de la demencia precoz un grupo de pacientes con delusiones, alucinaciones, trstornos del pensamiento y de la afectividad y que no tienen el debilitamiento parademencial, denominando a estos cuadros :parafrenias. Este término tomado de Kahlbaum el cual es una proliferación imaginaria y fabulosa que las distingue de la construcción pseudológica de la paranoia.

En el año de 1911 se publica la obra :Demencia Precoz o el Grupo de las Esquizofrenias de Eugen Bleuler, creando el nombre ESQUIZOFRENIA.

Se pretende describir una estructura psíquica patológica: la enfermedad de caractriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma peculiar. En todos los casos nos vemos ante un desdoblamiento más o menos nítido de las funciones psíquicas. Si la enfermedad es pronunciada la personalidad pierde su unidad; en diferentes momentos, diferentes complejos psíquicos parecen representarla. La integración de los diferentes complejos e impulsos es insuficiente o inclusive falta por completo. Los complejos psíquicos no se combinan en un conglomerado de esfuerzos con un resultado unificado, como sucede en la persona sana; antes bien, un conjunto de complejos dominan a la personalidad durante un tiempo, mientras que otros grupos de ideas e impulsos son segregados y parecen parcial o totalmente im potentes. A menudo las ideas son sólo elaboradas parcialmente y se ponen en relación de manera ilógica a fragmentos de ideas para constituir una nueva idea. Los conceptos dejan de ser completos parecen prescindir de uno o más de sus componentes esenciales; esto tiene por resultado asociaciones que individuos normales considerarán incorrectas, extrañas y totalmente imprevisibles. Con frecuencia el proceso del pensar se detiene en medio de un pensamiento o en el intento de pasar de una idea a otra, cesa súbitamente por completo.

Eleuler difiere fundamentalmente de Kraepelin en los siguientes aspectos: 1.- El rasgo central de la enfermedad no es un curso sino un estado, una escisión de la personalidad, una disociación un hendimiento de las funciones psíquicas. "Llamo esquizofrenia a la demencia precoz, porque, como espero demostrarlo, una de sus más importantes características es la escisión de las diversas "

funciones psíquicas".

2.- Como consecuencia directa de la escisión se produce la interiorización de la vida psíquica y la pérdida de contacto con el medio social (autismo)

3.- La esquizofrenia pierde el carácter de entidad unitaria. Es un grupo de psicosis, para cuya denominación, por razones de conveniencia utilizo la palabra esquizofrenia en singular, aunque es evidente que el grupo incluye varias enfermedades.

4.- La enfermedad en sí misma no puede entenderse y, en consecuencia, se precisa investigar el contenido de los síntomas generales por mecanismos psicológicos.

5.- La teoría de los síntomas conduce a ordenarlos en primarios o fisiógenos y secundarios o psicógenos. Son primarios los que surgen directamente del propio proceso patológico, secundarios los que solo comienzan a operar cuando la psique enferma reacciona ante algunos procesos internos o externos. Los síntomas primarios son fenómenos parciales necesarios de la enfermedad; los secundarios pueden estar ausentes, al menos potencialmente, o pueden cambiar sin que cambie al mismo tiempo el proceso patológico. Los primarios traducen la alteración funcional del cerebro, son pues, fisiógenos. Los secundarios son consecuencia de la escisión de las asociaciones: El empleo de meros fragmentos de ideas en el pensamiento, con sus falsas conclusiones, los desplazamientos, la simbolización, las condensaciones, el pensamiento errático y sin objetivo.

6.- No solo existe un déficit de función, sino formación de estructuras psíquicas patológicas. Hay pues, margen para un cierto optimismo terapéutico porque, junto a un negativum, hay un positivum modificable.

7.- Aunque se sabe hacia dónde va la psicosis, pronóstico de dirección, no cabe predecir hasta que punto llegará el proceso (pronóstico de extensión).

8.- Con sentido más pragmático y exento de teorización, Bleuler distinguió los síntomas fundamentales de los accesorios. Ciertos síntomas de la esquizofrenia están presentes en todos los casos y en todos los períodos de la enfermedad, aun cuando, como toda manifestación patológica, deban alcanzar cierto grado de intensidad ante de poder ser reconocidos con alguna certidumbre. Además de estos síntomas específicos, permanentes o fundamentales, podemos descubrir multitud de manifestaciones accesorias. Estas pueden faltar por completo durante ciertos períodos o, inclusive durante todo el curso de la enfermedad. Los síntomas fundamentales consisten en trastornos de la asociación y de la afectividad, predilección a la fantasía en oposición a la realidad e inclinación a divorciarse de la realidad (autismo). Los síntomas accesorios mejor conocidos son las alucinaciones e ideas delirantes. Aparte de ellos, las perturbaciones de la función de la memoria y los cambios de la personalidad. El habla, la escritura y varias funciones psicológicas se alteran a menudo de una manera irregular, pero típica. El aporte de Bleuler fue, sin duda considerable. Superior cuando menos a la confusión que introdujo con la escisión, y el modo de ser escindido, que pronto se derivó de ella. La impregnación psicoanalítica, con su arrollador empuje en las fuerzas de la cultura, puso de moda la esquizofrenia. Tan de moda que lo esquizofrénico se aplicó a cualquier forma de manifestación de los procesos sociales y aún a la sociedad misma. Una sociedad Esquizofrénica.

Posteriormente a las aportaciones de los autores ya mencionados los cuales ya tipificaban a la Esquizofrenia como una serie de psicosis , con características clinicas específicas, surgen las aportaciones de nuevos investigadores.

Para Freud la esquizofrenia era una regresión narcisista, una neurosis narcisista, con un ego débil a cuya debilidad pueden contribuir factores somáticos o psíquicos y, sobre todo, la pobreza de las relaciones interpersonales durante los primeros años del niño. En Norteamérica surgen las escuelas culturalistas, los cuales " privilegian la acción patógena de los factores del medio ambiente", Sullivan, K. Horney y E. Fromm , son representantes de esta corriente, el primero de ellos mencionaba: "Nunca existen ac tividades simbólicas ajenas a lo humano. Por ello , cuando se esta blece un contacto adecuado, el paciente resulta siempre compren sible en algún sentido. No hay nada cualitativamente distinto en tre el sano y el enfermo." Hace más de 40 años Kanner describió el autismo infantil, en cuya génesis aparecían combinados la privación familiar y los factores biológicos. Que éste autismo infantil debe separarse de otras formas de esquizofrenia juve nil, lo que ha sido sobradamente demostrado.

ANTECEDENTES HISTORICOS:

"creemos que el núcleo de lo que hoy llamamos Esquizofrenia puede ser comprendido como enfermedad esencialmente unitaria a pesar de la multiplicidad de sus síntomas, de su curso y de su desenlace, y como una enfermedad psíquica endógena o bien tóxicamente condicionada de causa desconocida." Estas palabras de Wilmanns, coordinador del volumen Esquizofrenia del Hand buch der Geisteskrankheiten, editado por Oswald Bunke, definen en términos precisos el valor y sentido que en su día alcanzó la PSICOSIS:

I. Una enfermedad endógena; 2. Condicionada orgánica o bien tóxicamente; 3. Unitaria, dentro de la multiplicidad de sus síntomas curso y desenlace; 4. Difícil de delimitar; 5. Sobre de la que se dispone de múltiples datos empíricos y 6. Que ha de diagnosticarse por sus manifestaciones psicopatológicas, pues se desconocen si es que existen signos físicos específicos.

Le cabe a Freud (1896) el honor de iniciar la lista de los autores que trataron de definir el trastorno fundamental psicológico expresión del proceso esquizofrénico. Esta es una larga lista; habló de debilitación de la conciencia; Lehmann en 1898, de descenso de la energía de la conciencia; R. Vogt 1902, de estrechamiento de la conciencia; Weigand, 1904: de insuficiencia de la atención Otto Gross 1904, de desintegración de la conciencia; Stransky 1907 de ataxia intrapsíquica; Kleist 1913, de trastorno general de la coordinación; Eleuler 1911, de la relajación de las asociaciones; Berze 1914, de hipotónia de la conciencia, etc.

En general se comparó éste trastorno primordial con el propio del período que precede inmediatamente al sueño, en donde la relajación de las asociaciones traduce la dificultad para organizar lo real

e imaginario. Una comparación por cierto analógica o poco acertada.

Bleuler ordenó los síntomas en primarios o fisiógenos y accesorios o psicógenos, los unos de la propia enfermedad y los otros de la reacción de la personalidad ante ella. Y es que describir la sintomatología exige diseccionar manifestaciones que, si aisladas nada significan, tampoco deben entenderse como elementos aditivos que sumados, al alcanzar cierta cota, definen la enfermedad.

La esquizofrenia no se identifica por la aposición de tales o cuales síntomas y signos: " la Psicosis es siempre una alteración total"K. Schneider. Atento a ese trastorno global de la personalidad, Berze delimitó unos cursos, grados, de un proceso llenos de agudeza clínica; 1. Un tipo de enfermos nunca se libera de sus primeros síntomas agudos* El proceso continúa indefinidamente 2. En otros, transcurrido el primer brote, los restos de la personalidad prepsicótica se amalgaman con los del proceso esquizofrénico y forman una nueva estructura personal capaz de un desarrollo creador; En otros finalmente la enfermedad adquiere tal virulencia y destruye tal punto la personalidad que cualquier desarrollo es imposible.

Esta variabilidad de la índole y cronología de los síntomas en interrelación con la estructura de la personalidad, genera la inabarcable riqueza con que la esquizofrenia se manifiesta y crea un mundo propio en cada enfermo. Detrás de todo ello, como invasores que separan al enfermo de la personalidad normal, la psicosis testimonia su presencia con tres documentos orientados en tres perspectivas: "desde el punto de vista subjetivo, el alejamiento de los semejantes, la soledad esquizofrénica; objetivamente la

Excentricidad y oposicionismo, en relación con quien observa, la incomprendibilidad, la impenetrabilidad fundamentada en el trastorno de la motivación, en la conmoción del sistema de valores".

K. Schneider 1925, creyó encontrar una "unidad de las manifestaciones formales" en todos los procesos psíquicos del Esquizofrénico en los que cabe descubrir la consumación de un cambio. Cuando éste se presenta, se trata de una Esquizofrenia."

Antecedentes en la Terapéutica:

Dos tipos de tratamiento dominaron el período clásico; una de ellos, puramente empírico, entregó a la psiquiatría algunos momentos de éxito. Eran la laborterapia de Simon y la opoterapia. La esquizofrenia, comienza habitualmente, en las crisis puberales, catameniales, climatéricas, etc. y produce grandes alteraciones del instinto sexual. Se veía en ella un trastorno pluriglandular por alteración de los centros vegetativos del cerebro intermedio. Y así se utilizaron extractos suprarrenales, tiroideos gonadales, trasplantes de testículos, etc. También hacia 1922 Klaesi, introduce la "cura del sueño" con muy poco éxito. La agitación catatónica se trataba con escopolamina, y cuyo efecto sedante se intentaba prolongar con la acción de otros fármacos como el paraldehído, el pernoctón, etc. con serias dificultades pues exigían una gran atención hospitalaria.

La malaría terapia, hacia finales de la tercera década de este siglo, levantó gran entusiasmo, pero estudios controlados de Menninger y Lerchenthal (1931), demostraron que las discretas mejorías observadas con los piretoterápicos, se atribuyeron al cambio, que en la situación del enfermo, comportan los cuidados propios de la enfermedad intercurrente.

Euler potenció las altas hospitalarias precoces; Se precocizan la organización de servicios sociales y médicos de postcura.

El ocio es el peor enemigo del esquizofrénico. El enfermo debe trabajar y ser recompensado por ello; en el hospital o fuera de él. Se debe a Euler, el esbozo de jerarquización de tareas que posteriormente desarrolló Simón en el hospital de Gütersloh; solo el trabajo puede combatir la tendencia del esquizofrénico al autismo y a otros hábitos negativos. La actitud terapéutica del médico, ha de estar siempre dirigida por la idea de fomentar el contacto -

del paciente con la realidad. De ahí que el trabajo para ser verdaderamente terapéutico, debe consistir en algo útil práctico y remunerado, y preferentemente en grupo, porque así contribuye a combatir la tendencia al autismo. "una tarea especial de la educación hospitalaria es la de ayudar al enfermo a acostumbrarse a la libertad".

Hacia 1935 Sakel en Viena, revolucionó la vida manicomial, cuando aúó a conocer el tratamiento insulínico. Es la llamada cura de Sakel; la cual mediante la administración intravenosa de dosis crecientes de insulina (comenzando con 10 unidades), se induce un coma que suele alcanzarse a partir de 100 unidades a veces se precisan dosis muy superiores. Alcanzado éste y tras un tiempo tan variable, como discutible, se administra glucosa i.v. ó glucagón; aproximadamente un cuarto de hora más tarde el paciente recupera la conciencia. El número total de comas varía de acuerdo a la mejoría alcanzada. Desde 20, las cortas, hasta 60 las largas. La complicación más frecuente, y siempre seria, de la cura de Sakel es el coma prolongado; la mortalidad total del tratamiento, por coma insulínico se sitúa alrededor de 0.05%.

El tratamiento electroconvulsivo en la ESQUIZOFRENIA.

Tras observar que las crisis convulsivas, de cualquier naturaleza, surtían hasta cierto punto, los síntomas esquizofrénicos, Von Meduna decidió provocar crisis convulsivas para tratar la esquizofrenia, mediante la administración i.v. de alcánfor. Después lo sustituyó con cardiazol. El 1938, los italianos Cerletti y Bini introdujeron el método de provocación de crisis por medio de la estimulación eléctrica cerebral (electroshock).

Desgraciadamente este método se ha convertido en el pararrayes de las terribles críticas de la sociedad frente a la psiquiatría y sus métodos. Sin embargo varias encuestas y simposios entre practicantes de esta especialidad están de acuerdo en su uso, correctamente indicado. Los entusiastas del T.E.C. afirman que su eficacia es comparable a la de otros métodos farmacológicos, y que las complicaciones carecen prácticamente de significado.

La gran mayoría de los autores relegan esta forma de tratamiento para los casos más resistentes a la farmacoterapia y casi todos están de acuerdo en usarla especialmente en los estados de Estupor catatónico, en donde su respuesta es realmente sorprendente en cuanto a la rapidez de la evolución hacia la mejoría, comparativamente con el uso de neurolépticos. En la esquizofrenia crónica no produce gran mejoría, como las hebefrénicas, que responden mal al tratamiento Ec.

FARMACOTERAPIA

Un 75 % de los pacientes tratados con MLPs, mejoran en las primeras 6 a semanas de tratamiento, ni en ellos ni el 25% restante se observan signos de deterioro que sí producen a los tratados solo con placebo.

Quizá la respuesta terapéutica más franca se produce en los pacientes con historia previa de buena adaptación social. (Klein y Rosen 1973)

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS.

Diversos estudios realizados en los últimos 50 años han arrojado datos controvertidos acerca de la epidemiología de la Esquizofrenia. Sin embargo, esto se ha subsanado al ponerse de acuerdo los diversos investigadores y al hecho de que han empleado mayor rigor en sus trabajos. Para esto han contribuido enormemente la uniformidad de criterios diagnósticos y al estudio de los factores sociales, culturales y otros en la causalidad, prevalencia y rehabilitación de los enfermos.

No obstante todo lo anterior, el diagnóstico de Esquizofrenia se hace con un alto grado de consistencia y en cualquier caso, el índice de desacuerdo, entre los distintos grupos médicos no supera el 30% de discordancia. El cual es propio de la medicina general entre el diagnóstico clínico y el anatómopatológico. (Elking y Doering).

Los trabajos clásicos establecieron el riesgo de padecer esquizofrenia, antes de los 55 años en un 1% aproximadamente, con un ligero predominio en el sexo masculino (1064 vs 0.987) Slater 1974. Algunas investigaciones elevan esta cifra al 1.8% a lo largo de la vida.

Factores predisponentes: El diagnóstico se hace con mayor frecuencia entre las clases económicamente más bajas. Las razones por las que esto es así, no son claras, pero parecen contribuir los cambios socioeconómicos en sentido descendente, la ausencia de progreso económico y el estrés intenso.

Al respecto se han postulado dos ideas, Una la de la génesis social, es la que los grupos más bajos, que viven en áreas pobres, se postula que están sometidas a mayores factores tensionantes y en consecuencia la disfuncionalidad familiar acompañada de lo anterior serían factores coadyuvantes de la génesis de la enfermedad.

La otra hipótesis, la del descenso social, se dice que la enfermedad migra marginalmente social y laboralmente a los pacientes, incluso antes de exhibir los síntomas psicóticos.

Es importante reafirmar, que la participación de la sociedad en la estructuración de la personalidad es un proceso sin fin, que se inicia a partir del nacimiento. Las fieles transmisoras de esta influencia son la familia, la escuela, el ambiente social y cultural. Aunque la personalidad se desenvuelve a partir de bases biológicas propias de la especie y especificadas por la dotación genética individual, sobre el cual la sociedad ejercerá su determinación para conformar el carácter individual.

A este respecto los índices de incidencia reseratan una mayor tendencia a padecer esta enfermedad en los países desarrollados, lo que pudiera deberse a que las sociedades menos desarrolladas exigen menos al individuo y además son más tolerantes.

Como otros factores predisponentes en el desarrollo, inicio, recaídas e intensidad de la esquizofrenia se han postulado hipótesis referentes a la estructura de las relaciones e interacciones familiares, pero la interpretación de las pruebas que apoyan dichas hipótesis es objeto de controversia. Siendo de todos modos de gran aceptación entre los psiquiatras la postura de que el Esquizofrénico se rehabilitará mejor si el medio social, laboral y familiar lo recibe con comprensión y aceptación.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Todos los investigadores han encontrado una alta prevalencia entre los familiares de sujetos con esquizofrenia. Estos estudios incluyen los hijos de los sujetos con esquizofrenia adoptados por padres no esquizofrénicos. Los estudios con gemelos muestran en forma consistente mayor índice de prevalencia entre los univitelinos que entre los bivitelines, y éstos últimos tienen el mismo índice de concordancia que entre los hermanos entre sí.

Sin embargo, el hecho de ser un gemelo univitelino, no predispone en sí mismo a la esquizofrenia. Aunque han sido probados factores genéticos implicados en el desarrollo de la enfermedad, la existencia de una sustancia discordancia en la incidencia del trastorno, incluso en gemelos univitelinos, esto indica la importancia de los factores no genéticos.

HIPOTESIS

1.- En el presente estudio esperamos encontrar una confiabilidad diagnóstica concordante con la reportada por la literatura, Esto de acuerdo al diagnóstico clínico de ingreso en urgencias, a piso y de egreso, comparados con un Diagnóstico revisado.

2.- El HALOPERIDOL , por su uso tan frecuente en nuestro hospital debe ser el mejor N.L.F en tratamiento de la esquizofrenia.

MATERIAL Y METODOS.

El presente estudio se realizó consultando los expedientes del archivo clínico del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez S.S.A., El número de expedientes que se utilizaron, fué calculado en base a tener un 10% máximo de margen de error, considerando el factor de confiabilidad diagnóstica de un 70%.

Se enlistaron 82 expedientes de pacientes que tuvieron Esquizofrenia como diagnóstico de Egreso. Cada expediente fué revisado por varios médicos psiquiatras, discutiéndose el caso para determinar si eran cubiertos los requisitos del D.S.K. III r para el diagnóstico de esquizofrenia, y el tipo de la misma.

Para la captura de datos, se diseñó un programa de base de datos en computadora, en colaboración con el CEDAT. El análisis de los mismos fué realizado en dicho centro con máquinas P.C. compatibles. La hoja para el cálculo de datos y el vaciado de los mismos se anexa.

El análisis de los datos comprende la descripción de los hallazgos demográficos y su análisis, el análisis de la confiabilidad diagnóstica y los datos comparativos de la evolución clínica de los pacientes tratados con los diferentes medicamentos.

RESULTADOS.

En el presente estudio se revisaron 82 expedientes que correspondieron a los pacientes que se hospitalizaron en el primer trimestre de 1989, a los que se les estudiaron las variables ya mencionadas, teniéndose un perfil demográfico siguiente : 44 pacientes masculinos y 38 del sexo femenino, con edades desde los 19 hasta los 62 años, con una media de 32 años, moda de 23 y un promedio de 30.96 años; la escolaridad prevalente fué de 15.9 % con primaria completa, 13.4% con secundaria, 7.3% con preparatoria y 2.4 % con educación profesional o equivalente; solamente el 2.4% fue analfabeta, siendo el promedio de escolaridad en la muestra de 2 do de secundaria.

Ocupacionalmente la muestra completa tenía 56.1% sin ocupación y 12.2 % se dedicaban al hogar, 6.1% eran campesinos y también 6.1% eran obreros.

Debida a las características de nuestro Hospital, es evidente que la principal cobertura se da a pacientes del D.F. , 46.3% y del estado de México conurbado 25.6%, siendo los demás pacientes de Guerrero 7.3%, de Guanajuato 6.1%, y del estado de Hidalgo 6.1%.

Respecto al estado civil, el 74.4% eran pacientes solteros, el 17.1% eran casados y apenas el 8.5% en las diversas otras condiciones.

De toda esta muestra, por el procedimiento natural del estudio, fué necesario hacer una minuciosa revisión de los diagnósticos, recordándose que esta muestra total , es de los pacientes que fueron capturados por el servicio de Archivo como Sí Esquizofrén

nicos , pero se tuvo que eliminar a 23 pacientes, después de esa revisión , los que correspondieron a otros diagnosticos, como Trastornos afectivos bipolares, Trastornos de Personalidad tipo Esquizoide, episodios psicóticos breves reactivos, e incluso hubo un síndrome de Farry Rombreg (asimetría craneofacial con compresión del lóbulo temporal y fenómenos disrítmicos) , etc., los cuales obviamente no fueron considerados en los manejos estadísticos posteriores.

Quedaron 59 pacientes esquizofrénicos confirmados, siendo la distribución por tipo de Esquizofrenia la siguiente:

- 295.1 Esquizofrenia desorganizada..... 5.
- 295.2 Esquizofrenia catatónica..... 1.
- 295.3 Esquizofrenia paranoide.....37.
- 295.6 Esquizofrenia residual..... 8.
- 295.9 Esquizofrenia indiferenciada..... 8.

Hubo una más marcada frecuencia de hombres, 37, que de mujeres 22, siendo esto más notorio en los pacientes con Esquizofrenia paranoide, en donde la diferencia fué de 2 a 1 (25 a 12), siendo el promedio de edades muy semejante a la muestra total, distribuidos como se muestra en la Tabla 1, destacándose que 52 pacientes estaban precisamente entre la 3era y 5ta década de la vida.

En relación a la reincidencia de internamientos , obtuvimos que 23 pacientes se hospitalizaron por primera vez, 15 fueron vistos por segunda vez y 11 por 3 era vez, siendo apenas 10 los que habían sido internados más de 4 veces.

En relación a la escolaridad 8 tenían primaria completa , 8 habían cursado hasta el 2 do de secundaria , 6 estaban en 1 ero de preparatoria y 11 habían cursado estudios profesionales. Nuevamente es de llamar la atención que de los pacientes con Esquizofrenia paranoide, 10 tenían estudios de preparatoria y 6 con estudios posterior

res .

Ocupacionalmente los pacientes Esquizofrénicos no difieren de la muestra total, siendo el mayor porcentaje el de los pacientes desocupados, 37 de ellos, 6 dedicados al hogar 4 campesinos y dos mecánicos. El nivel socioeconómico de nuestros pacientes fué valorado por trabajo social , encontrando que el mayor número de ellos , 36 pacientes eran de nivel económico bajo, 11 de nivel medio bajo y 10 de nivel medio, quizá también debido a las características propias de nuestra Institución de Asistencia.

Consideramos las variantes de integración y funcionalidad familiar, en un afán de correlacionar éstos parámetros con la evolución de la enfermedad , así tenemos que 32 pacientes tenían familias desintegradas, 25 sí integradas y 2 casos no se pudieron corroborar . La funcionalidad fué adecuada en apenas 14 familias y en 43 había franca disfuncionalidad , llegándose a tener casos de pacientes abandonados en el hospital , quizá muy en relación a el tiempo total de duración de la enfermedad, que osciló desde 6 hasta 384 meses, con una media de 108 y moda de 36 meses, siendo el promedio general de la muestra de esquizofrénicos de 88.73 meses. También correlacionados con la permanencia hospitalaria que osciló desde 5 hasta 775 días, siendo el promedio de 68.93 días, con una moda de 19 y 42 días(3 pacientes en cada caso), destacándose que apenas 5 pacientes estuvieron más de 100 días, (116, 146, 394, 628, 775 días respectivamente) siendo ellos los que desvían la muestra , y 3 de ellos además con Esquizofrenia de tipo residual.

El comportamiento clínico de los pacientes de la muestra, nos permite ver que en 35 pacientes hubo un inicio gradual, contra 22 de inicio incidioso, siendo la evolución continua en 25 de ellos, y

con empeoramiento en 19 casos y en 11 ésta fué en brotes. Valorando el grado de adaptabilidad social, 18 eran más o menos con problemas menores y sólo 3 tenían buen rendimiento., laboralmente 32 mal adaptados, 13 en condiciones limítrofes y solamente 6 desempeñaban labores adecuadamente y familiarmente, quizá por la mayor tolerancia , tenemos que 27 tenían un pobre desempeño, 14 regularmente relacionados y 10 con buen desempeño.

En el hospital los pacientes fueron vistos en los diferentes servicios, teniéndose una distribución por pisos como se indica en la tabla no. 2, siendo el mayor número de casos , los provenientes del tercer piso.

Según el procedimiento referido, los diagnósticos fueron confrontados con los criterios clínicos del D.S.M. IIIr., de la opinión del consenso grupal y en caso de dudas con la opinión de un experto que dirimía las diferentes opiniones del grupo, pudiéndose establecer una correlación de confiabilidad entre los diagnósticos de los servicios de urgencias, de ingreso a piso y de egreso. Contra un diagnóstico revisado, cuyos resultados se muestran en las tablas 3,4 y 5 , observando en las abscisas los diagnósticos hechos por cada uno de dichos servicios y en las ordenadas los revisados por el equipo, encontrándose por ejemplo, que en urgencias no hubo mayor concordancia sino en el Dx. de 17 casos de Esquizofrenias paranoides, que no obstante fué sobrediagnosticada en 6 casos más, y que fué mal diagnosticada como síndrome esquizofreniforme en 7 casos, psicosis paranoide en 4 y como epilepsia en 4 casos más. El diagnóstico de Ingreso a piso tuvo mayores concordancias: 24 casos de E. paranoide, 4 caso de E. indiferenciada, 1 de catatónica y 1 de residual, así mismo, el número de "otros diagnósticos" disminuye, habiendo mayor precisión , aunque no mayor s

sensibilidad . Finalmente como es pbvio pensarlo, los diagnósticos de egreso de piso definitivamente alcanzan una mayor confiabilidad coincidiendo en 42 ocasiones, pero confundiendo aún sobre todo en cuanto a la variedad de Esquizofrénia y ya no en cuanto a "otros diagnósticos" , que disminuye de 32 en Urgencias, 20 en Ingreso a piso y 6 en egreso. Las interpretaciones de éstas diferencias de harañ en la discusión del trabajo.

Terapéuticamente observamos que la variable considerada fué las alternativas farmacológicas a que el hospital tiene acceso, dejando de lado los procedimientos psicoterapéuticos de apoyo y ocupacionales, por no ser fácilmente sistematizables para su valoración, y así tenemos que los medicamentos más usados fueron obviamente los Neurolépticos, en 125 ocasiones (dado de que a algunos pacientes se les debió dar más de uno de ellos) , los anticolinérgicos se utilizaron en 46 ocasiones, 12 pacientes recibieron carbamacepina y 8 tuvieron ansiolíticos y a 5 pacientes hubieron de recibir T.E.C.

La distribución de los diferentes fármacos usados está reportado en la tabla no. 6, destacandose que el más utilizado fué la Levomepromazina en 37 casos, destacándose este para uso sedativo y casi siempre asociado a otros medicamentos, pero en sentido único fué el Haloperidol en 33 casos y después la Trifluoperazina en 21 pacientes. Consideramos el promedio de dosis usadas, las cuales se precian en la tabla 7, observándose que todos ellos se indicaron dentro de los rangos terapéuticos conocidos y con las variantes inherentes a la severidad y variabilidad del cuadro. También consideramos las dosis promedio de los medicamentos más usados, consignándolos en la tabla 8, percatandonos de que las dosis se encuentran nuevamente dentro de los parámetros establecidos, siendo los antidepresivos manejados muy conservadoramente, no así

los anticomiciales que sí están en las dosis medias altas.

Para valorar la eficacia de los tratamientos utilizados, nos valimos de los criterios habituales en el hospital de Motivos de Egreso, reportándolos en la tabla 9, en donde se aprecia que en 42 ocasiones el criterio de egreso fué por "mejoría", y en 9 pacientes fué porque se había conseguido el "máximo beneficio hospitalario" tratándose siempre de pacientes muy crónicos y con varios internamientos. Además con objeto de considerar comparativamente los diversos fármacos, utilizamos el criterio de "Satisfactorio, no Satisfactorio y Sin Cambios", obteniendo los resultados en la tabla 10, en donde debemos subrayar el marcado buen efecto de la PERFE/NAZINA, con un 92.15 % de resultados satisfactorios, con desaparición casi total de síntomas productivos y apenas un 7.84 % de síntomas que permanecieron sin haber remitido, y sin permitir la aparición de nuevos síntomas. Le siguió en eficacia el T.E.C. con 84.78% de resultados satisfactorios, pero permaneciendo síntomas en un 15.22% y sin que hubiera ningún síntoma nuevo.

El HALOPERIDOL mostró eficacia en un 75.73 % de desaparición de los síntomas con 8.74 % de resultados sin cambios, pero este sí con un 15.53% de síntomas que aparecieron durante el tratamiento. Los medicamentos menos favorecidos en este estudio fueron la TRI/FLUPERACINA y la TICROPERAZINA, con apenas un 50% de resultados satisfactorios, con desaparición de la mitad de los síntomas que caracterizaron a los cuadros clínicos de Ingreso. Además de pocos pacientes sin cambios, hubo muchos síntomas que aparecieron nuevos. Desde luego ésto no quiere decir que sean los mejores medicamentos, sino que en nuestra muestra se comportaron como los más exitosos, pero definitivamente se abre la posibilidad para continuar ampliando la casuística, ya que como vimos en la tabla 6, apenas

9 pacientes recibieron PEPHENAZINA sola, lo que limita mucho la muestra, y por lo tanto el siguiente paso deberá ser el de realizar un estudio ya específico en búsqueda de corroborar dichos resultados.

TABLA NO. 1

50 +	0	0	1	1	2
40-49	1	0	6	1	1
30-39	0	0	10	2	3
20-29	4	1	18	3	2
19	0	0	2	1	0
	E.D.	E.C.	E.P.	E.R.	E.I.

Edades de los pacientes al momento del estudio. Contra Dx
 n=52

TABLA NO. 2

piso						totales	
1	0	0	1	0	0	=	1
2	0	0	1	0	3	=	4
3	0	0	3	4	2	=	22
4	0	0	10	1	0	=	11
5	0	0	2	0	1	=	3
6	1	0	3	0	2	=	6
7	2	0	7	3	0	=	12
	E.D.	E.C.	M.P.	E.R.	E.I.		

N = 59 Pacientes en el estudio por piso.

TABLA NO. 3

E.D.	0	0	1	0	1
E.C.	0	0	0	0	0
E.P.	1	0	17	4	1
E.R.	0	0	0	0	1
E.I.	1	0	1	0	0
Otros dx	1	1	7	1	2
Sd. Esóf.	0	0	1	1	2
T. esq.	0	0	1	1	2
Psic Par	0	0	4	1	0
Epilepsia	1	0	4	1	0
S.O.S.	1	0	2	1	1
	E.D.	E.C.	E.P.	E.R.	E.I.

Diagnóstico de urgencias vs. Dx revisado.

n= 59

TABLA NO. 4

R/D.	0	0	0	0	0
E.C.	0	1	0	0	0
E.P.	1	0	24	2	1
E.R.	1	0	1	1	0
R.I.	0	0	2	1	4
Otros dx.	0	0	0	0	0
S. esaf	2	0	2	3	1
T. esu.	1	0	1	1	0
T. narn	0	0	5	0	0
S.O.C.	0	0	2	0	1
P.M.D.	0	0	0	0	1
	R.D.	E.C.	E.P.	E.R.	E.I.

n = 59 .

Diagnostico de ingreso a piso vs. Dx Revisado.

TABLA no. 5

E.D.	1	0	0	1	0
E.C.	0	1	0	0	0
E.P.	1	0	3	4	1
E.R.	1	0	0	1	0
E.I.	1	0	1	1	0
Otros	0	0	0	0	0
S esqf	1	0	0	0	0
T.esqa	0	0	2	1	0
S.O.C.	0	0	1	0	1
	E.D.	E.C.	E.P.	E.R.	E.I.

n= 59 Diagnostico de egreso vs. Diagnostico revisado.

TABLA NO. 6

NEUROLEPTICOS ADMINISTRADOS POR TIPO DE ESQUIZOFRENIA

Tipo	E.P.	E.D.	E.I.	E.R.	E.C.
HALOPERIDOL	20	3	5	5	0
CLOROPROMAZINA	2	4	4	1	0
TRIFLUOPERAZINA	15	3	1	2	0
PERFENAZINA	7	0	0	2	0
LEVOMEPROMAZINA	24	4	4	4	1
TIOPROPERAZINA	4	1	3	1	0
FLUFENAZINA	4	0	0	0	0
PIPOTIAZINA	2	1	0	1	0
TIORIDAZINA	1	0	0	0	0

TABLA NO. 7

PROMEDIO DE DOSIS DE MEDICAMENTOS NEUROLEPTICOS

NEUROLEPTICOS	PROMEDIO DE DOSIS mg
HALOPERIDOL	26.75
Floridazina	300
Perfenazina	36
Trifluoperazin	20.47
Pipotiazina	81.25
Flufenazina	15
Levomopromazin	30.37
Cloropromazin	237.5
Tiopropazin	33.88

TABLA 8

Promedio de dosis de otros medicamentos

Medicamento	Dosis mg
Imiobra mina	75
Amitriptilin	75
Diazepam	15
Clonazepam	7.5
Biperiden	3.9
THDPL	11.66
GBZ	512.5
Clonazepam.	3.5.
D.F.H.	500
Valproato	600
T.R.C.	5.28 sesiones

TABLA no 9

CAUSA	E.D.	E.C.	E.P.	E.R.	E.I.
de alta					
max benef.	1	0	4	2	2
tasralado	0	0	0	0	2
Fuga	0	0	3	0	0
alta Vo	0	0	1	0	0
mejoría	4	1	27	6	4
No Regresa permiso	0	0	2	0	0

n + 59

MOTIVO DE EGRESO.

TABLA NO 10

CALIFICACION DE LA EVOLUCION POR MEDICAMENTO.

MEDICAMENTO	S/CAMBIO	SATISFACTORIO	N/SATISFACTORIO
HALOPERIDOL	8.74	75.73	15.53
PERFENAZINA	7.84	92.16	0
TRIFLUPZ	16.94	50	33.06
CLPZ	0	68	32
TIOPE	10	50	40
OMEP	12.73	63.64	23.64
TEC.	15.22	84.78	0

valores dados en porcentajes.

DISCUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio , podemos decir que en lo referente a los datos demográficos el perfil de los pacientes que son internados en el Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez, y que a su egreso realmente se confirmó su diagnóstico de Esquizofrenia, encontramos una concordancia con lo reportado por los investigadores en la literatura universal, al respecto.

Este es un padecimiento que afecta a gente joven , y en nuestra muestra encontramos un promedio de edad de 30.96 años, lo que se confirma con lo mencionado en renglones arriba, con la salvedad de que nuestra Institución solo atiende a mayores de 18 años.

Es predominante en el sexo masculino, y la población mayormente afectada es la socioeconómicamente más baja y esto es confirmado con la salvedad de que nuestro Hospital por ser una Institución de tipo asistencial , ofrece sus servicios a la población más desprotegida de nuestro medio.

Por otra parte es de llamar la atención el grado de escolaridad de los integrantes de la muestra , el cual alcanza el segundo de secundaria, siendo éste mayor al 5 to de primaria, el cual es el promedio nacional.

En cuanto a la ocupación, más de la mitad están desempleados , lo que nos confirma el curso deteriorante del padecimiento, con la consecuente falta de socialización y adaptabilidad de los enfermos y la falta de capacidad de la familia y la sociedad para incorporar y comprender a los afectados de ésta enfermedad. Por otra parte llama la atención que los que sí se ocupan lo hagan en actividades básicas y primarias, que implican poca constancia y regula

riedad en las tareas; ésto tomando en cuenta que casi el 72 % de la muestra se desenvuelve en el medio urbano y conurbado, el cuál exige mayor funcionalidad y adaptabilidad , desarrollandose la persona en un medio hostil y tensionante, que tiene poco tiempo para dedicarle al prójimo y al medio familiar, poniendo más atención al problema de la subsistencia.

Esto último se ve corroborado y confirmado también en otros estudios, ya que más del 54.23 % de la muestra proviene de familias desintegradas y el 72.89% son francamente disfuncionales, lo que provoca y acentúa los factores negativos que inciden en la prevalencia , curso y deterioro del enfermo esquizofrénico, teniendo así mismo, en nuestra muestra un promedio de 108 meses (9 años) en la antigüedad de la enfermedad de los pacientes hospitalizados. El caracter psicótico , de afección total a la personalidad también está comprobado por la escasa funcionalidad social de los pacientes, ya que el 81.35% tiene algún grado de déficit, y más de la mitad muestran grandes problemas.

En lo tocante a la confiabilidad diagnóstica , vemos como ésta va teniendo una tendencia de Certidumbre, mientras más se amplie el tiempo de observación del paciente. En un inicio los pacientes son revisados y entrevistados en el Servicio de Urgencias, donde por las características propias de éste servicio, los pacientes son internados con "una Impresión Diagnóstica", y los cuales muchas vecesa acuden en circunstancias propias del brote agudo de la enfermedad, el cual requiere de una atención inmediata y de decisiones médicas rápidas lo que en ocasiones no permite una buena dilucidación nosológica. Siguiendo la ruta crítica propia del Hospital , los pacientes nuevamente diagnosticados y revisados a su ingreso a piso, son evaluados con menos apremio, y su vez

intervienen un mayor número de especialistas que decidieran las actitudes y conductas que prevaleceran durante el período medio del internamiento, siendo ahí donde vemos que la concordancia con el diagnóstico revisado aumenta.

Ya a su egreso, cuando el paciente ya ha permanecido, en nuestra muestra, un promedio de 68.93 días de internamiento, habiéndose controlado el brote agudo de la enfermedad, y siendo más estudiado en cuanto a su psicopatología, el diagnóstico emitido es concordante en un 71.18% con el diagnóstico revisado.

Esta cifra tiene una coincidencia con las emitidas en la literatura internacional en cuanto a la confiabilidad diagnóstica, la cual se encuentra situada, para el ejercicio de la medicina en general en un 70%, de acuerdo al diagnóstico clínico vs. el diagnóstico anatomopatológico. Además del total de expedientes consultados, 82 que fueron internados con el diagnóstico de esquizofrenia, al ser sometidos al diagnóstico revisado, fueron eliminados 23, lo que da un índice de desacuerdo del 28.05 % el cual no supera al 30% reportado por los distintos grupo médicos, lo que es considerado como normal. Esto afirma que el diagnóstico de esquizofrenia, entre los practicantes de la especialidad en nuestro hospital se hace con un alto grado de consistencia y no es superado por los estándares mundiales. (Elking y Deering).

La terapéutica farmacológica empleada en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, con cierta consistencia ha mostrado predilección por el uso del Haloperidol, lo que a priori nos hacía suponer la eficacia y superioridad de éste, en el tratamiento de la esquizofrenia, por sobre otros fármacos, sin embargo encontramos resultados sorprendentes en cuanto a los beneficios y virtudes de la PERFE-NAZINA, al mostrar eficacia en el 92.16 % de los casos en que fué utilizada.

A diferencia del Haloperidol que solo mostró una eficacia de solo el 75.73 % y la aparición de 15.53% síntomas nuevos en los pacientes durante el internamiento, cosa que en la Perfenazina no hubo ningún síntoma de nueva aparición.

Se utilizaron otros M.LP y recursos terapéuticos, como ya se mencionó, pero con la salvedad de la Levomepromazina, que sigue siendo muy útil en el cuadro agudo de agitación, por su gran poder sedativo, y de la Terapia Electroconvulsiva, la cual tiene un lugar destacado en su indicación en las formas resistentes al tratamiento farmacológico y sobre todo en la esquizofrenia con estupor catatónico, los demás, como son la tioproperazina y la trifluoperazina, no mostraron una efectividad mayor al 50 %.

CONCLUSIONES:

Es importante reconocer el conocimiento que aporta el presente estudio, ya que nos clarifica el perfil socioeconómico y en particular del enfermo de Esquizofrenia que acude en busca de la oferta de servicios asistenciales que brinda nuestra Institución.

Tipificamos formas de accionar ante el enfermo mental, de acuerdo a los recursos que tiene la institución a su alcance, y se realiza una comparación lo más objetiva posible para brindar estas a la comunidad médica y sirvan para optimizar la atención y el beneficio a los enfermos. Por lo que la necesidad de que estos estudios se amplíen y se realicen con regularidad, para conocer a nuestro hospital y devolver la riqueza que en ella han depositado tantos médicos y pacientes a la sociedad, se hace imperante, buscando la verdad de nuestro tiempo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ABRAMAM.K.R. AND KULIARA: the efficacy of electroconvulsive therapy in the treatmente of Schizophrenia. A comparative study. Brit Jour. of Psychiatry 1987, 151-155
- 2.- Kendler K. Kraepelin and the differential diagnosis of demntia praecox and Manic-Depressive Insanity.
Comprehensive Psychiatry, Vol 27 no.6 1986 pp. 549-558.
- 3.- Kane, J. Interview: MD , Low dose and intermitent N.L.P. treat ment strategies for Schizophrenai.
Psychiatric Annals, 17-2 Feb. 1987 pp 125-130.
- 4.- MacGlashan T. :Predictors of shorter, medium and lonfer term out come in chizofrenia.
Am, J. Psychiatry, 143:1 January 1986 .pp 50-55
- 5.- Lamb, R. : Some reflections on trating Schizophrenics.
Arch Gen Psychiatry Vol 43 Oct 86. pp 1007 1011.
- 6.- Andrews, et al, : A survey practising Psychiatric's'Viws on the treatment of Shizophrenia.
British, J of Psychiatry. 1986, 149, pp 357-364.
- 7.- Mac Glashan , The prediction of out come in Chronic Schizophre.
Arch, Gen Psychiatry. Vol 43 feb 86 , pp 167-176.
- 8.- Endicott J, et al: Diagnosis of Schizophrenia.
Arch Gen Psychiatry Vol 43, January 1986, pp13-19.