

11241

29/18

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL

[Handwritten signature]

FALLA DE ORIGEN



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.

I N D I C E

1. JUSTIFICACION	6
2. PROBLEMA	6
3. OBJETIVOS	6
4. HIPOTESIS	6
5. UNIVERSO	7
6. METODOLOGIA	7
7. ANTECEDENTES	11
7.1. S. ESQUIZOFRENICO	12 - 27
7.2. EPILEPSIA Y PSICOSIS	28 - 43
8. APENDICE	45
9. PRESENTACION TABULAR	48 - 57
10. CONCLUSIONES	58
11. DISCUSION	60.

JUSTIFICACION - Se realiza el presente estudio en base a la observación de que en un frecuente número de pacientes diagnosticados clínicamente con síndrome esquizofrénico, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez SSA se encuentra estudio EEG anormal, con fenómenos epilépticos y por la viabilidad de la investigación, tanto en recursos económicos como en la disposición de la información.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1) Falta de unificación de criterios respecto al diagnóstico de esquizofrenia
- 2) Posibilidad de diagnosticar como esquizofrenia, otros tipos de trastornos.

OBJETIVOS -

- 1) Investigar tipo y frecuencia de hallazgos de trastornos electroencefalográficos a pacientes a quienes se haya diagnosticado un síndrome esquizofrénico.
- 2) Revisión en el expediente clínico de los criterios utilizados para el diagnóstico de síndrome esquizofrénico.
- 3) Investigar tipo de terapia utilizada y la respuesta a la misma.

HIPOTESIS -

- H1** - En un número significativo de pacientes diagnosticados con síndrome esquizofrénico se encuentran alteraciones electroencefalográficas que corresponden a otro tipo de trastorno.

H2 - Existe respuesta al proporcionar tratamiento específico de acuerdo al trastorno electroencefalográfico detectado en pacientes clínicamente diagnosticados con síndrome esquizofrénico.

UNIVERSO -

102 expedientes de pacientes del Hospital Fray Bernardino -- Alvarez, de la Secretaría de Salud, correspondientes a un -- período de 10 años (de marzo de 1974- a marzo de 1984), a todos los cuáles se les efectuó el diagnóstico de síndrome esquizofrénico, y se les practicó estudio electroencefalográfico. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, con edad de inicio del padecimiento de los 14 a los 45 años, y con tiempo de evolución que varió de 3 meses a 19 años. De los 102 pacientes, -- 74 presentaron EEG anormal, con fenómenos de tipo epiléptico, y 28 presentaban EEG normal. Se excluyeron expedientes de pacientes con otros diagnósticos, o bien, que se encontrasen incompletos.

METODOLOGIA -

A - DISEÑO

Se tomaron 102 pacientes diagnosticados con Síndrome Esquizofrénico, a los que se les practicó estudio EEG, correspondientes a un período de 10 años (1974-1984) , en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, en quienes se estudió el tipo de Sintomatología, los resultados electroencefalográficos y la

respuesta al tipo de tratamiento establecido (con anticomieles o neurolépticos).

A su vez el estudio reúne las siguientes características:

- a) De acuerdo a la época en que se captó la información.
Retrospectivo - Recogiendo información sobre las condiciones y factores que en el pasado, pudieron haber influido - sobre dicho grupo de estudio.
- b) De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado:
Transversal - ya que los fenómenos ocurrieron en cierto - tiempo (una década) y cuyo análisis se hace en este momento
- c) De acuerdo a la comparación de poblaciones:
Comparativo - ya que existen dos tipos de población, una con estudio EEG anormal y otra con estudio EEG normal.
- d) De acuerdo a la presentación:
Explicativo - ya que se busca establecer el tipo de relación entre los elementos de un fenómeno, y no experimental, porque las condiciones no se manipularon.

B. - VARIABLES

- a) Tipo de Síndrome esquizofrénico - Variable cualitativa nominal. Detectado por los criterios diagnósticos del DSM III.
- b) Tipos de síntomas - variables cualitativas nominales.
- c) Resultado de EEG - variable cualitativa nominal
- d) Tipo de respuesta al tratamiento - Variable cualitativa nominal.

C - DESCRIPCION DE LA MUESTRA:

La población con la que se trabajó, reunió las siguientes características:

- a) Ser pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, en un período que comprendió 10 años (1974-84)
- b) De sexo femenino o masculino
- c) Inicio del padecimiento de los 14 años a los 45.
- d) Ser diagnosticado con Síndrome Esquizofrénico ó esquizofreniforme.
- e) No tener diagnóstico previo de epilepsia, ni haber realizado este diagnóstico de certeza durante su ingreso.
- f) No tener antecedentes categóricos de padecer un daño cerebral.
- g) Habérseles realizado durante su estudio, registro EEG.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS:-

Se revisaron los estudios EEG de pacientes a los que les fué solicitado durante una década, con el diagnóstico clínico de Síndrome Esquizofrénico o esquizofreniforme, posteriormente se revisaron los expedientes clínicos de estos pacientes, registrando la sintomatología que presentaban, tipo de inicio del cuadro, su evolución durante el manejo intrahospitalario como internos o externos, sus antecedentes familiares y personales patológicos además, el resultado del registro EEG, y la respuesta de los pacientes ante el tratamiento específico con anticomiciales en caso de que el EEG hubiera mostrado fenómenos de tipo epiléptico.

El síndrome esquizofrénico se detectó tomando en cuenta - los síntomas descritos en el DSM III, considerando además los índices de deterioro, para una evaluación aproximada - del aspecto longitudinal del padecimiento.

PLAN DE ELABORACION E INTERPRETACION DE LA INFORMACION:

**Descripción de datos : Porcentajes
(medición de frecuencias).**

ANTECEDENTES

Desde los tiempos de Kraepelin (1919) ha habido un continuo debate acerca de la definición de la esquizofrenia. Para algunos, que siguen el punto de vista de Kraepelin, el diagnóstico de esquizofrenia se debe reservar a un grupo relativamente reducido de pacientes psicóticos cuyo pronóstico general -tanto clínico como social-, es malo, aún cuando, como el mismo Kraepelin notó, del 10 al 15 % se recuperan completamente. Para otros, que siguen el punto de vista de Bleuler (1950), el diagnóstico puede ser utilizado para un amplio rango de pacientes psicóticos con pronóstico variable, aunque, algo paradójicamente Bleuler insistió en que nunca más retornarían por completo a su estado premórbido.

Debido a ello, los psiquiatras influenciados por Kraepelin han tendido a identificar los criterios diagnósticos como asociados en general a un mal pronóstico y han definido la esquizofrenia de acuerdo a ello. Han enfatizado el inicio insidioso del trastorno, la personalidad esquizoide prepsicótica, la ausencia de eventos obvios desencadenantes, la restricción del afecto, la tendencia a una vida célibe, la inhabilidad para establecer una meta propia y el incremento de prevalencia de enfermedades similares en la familia. Los psiquiatras influenciados por Bleuler, han adoptado generalmente un concepto más estricto de la esquizofrenia. La diagnostican siempre y cuando los pacientes muestren un trastorno psicótico funcional. Bleuler enfatiza ciertos -

síntomas primarios -pensamiento autista, ambivalencia, trastornos del afecto y de la volición- que, piensa, - siempre se encuentran presentes en el paciente esquizofrénico. Asignando a los delirios y las alucinaciones un papel secundario, llevó a realizar el diagnóstico en pacientes que mostraban unos pocos síntomas inequívocos.

La teoría psicoanalítica llevó esta tendencia aún más lejos, enfatizando un yo defectuoso como un hecho central -- en la esquizofrenia, incluyendo un amplio rango de psicopatología en el diagnóstico.

No es sorprendente, por lo tanto, que se hayan observado diferencias internacionales mayúsculas en el diagnóstico de la esquizofrenia.

La mayoría de las autoridades europeas occidentales han -- utilizado una definición restrictiva, conservando los puntos de vista de Kraepelin; y la mayoría de las americanas han utilizado una definición amplia, conservando los puntos de vista Bleulerianos y psicoanalíticos.

Se han realizado muchos intentos para clarificar estos puntos de vista opuestos durante los pasados 30 años, iniciándose en 1939, con el trabajo de Langfeldt, quien trató de -- caracterizar a los pacientes que se aproximaban a un diagnóstico más estrictamente definido de esquizofrenia pero cuyo tiempo de evolución y pronóstico sugerían que no eran -- esquizofrénicos típicos según el concepto de Kraepelin.

Se refirió a estos trastornos como esquizofreniformes e hizo énfasis en su relativo buen pronóstico y respuesta al tratamiento. Desde entonces, varios investigadores-- (Astrup y cols. 1962, Astrup y Noreik, 1966; Fowler, == 1978; Strauss y Carpenter, 1978; Vaillant, 1978) han continuado trabajando en la clasificación de los pacientes psicóticos de acuerdo a la duración de su evolución y -- pronóstico.

Los pacientes psicóticos no demenciados pueden ser divididos en dos amplios grupos, uno con un pronóstico relativamente malo, y otro con un pronóstico relativamente bueno. Términos diagnósticos tales como esquizofrenia - crónica, esquizofrenia nuclear, proceso esquizofrénico, se han aplicado a aquellos con un pronóstico relativamente malo; y términos como esquizofrenia aguda, esquizofrenia reactiva, trastornos esquizofreniformes y trastornos esquizoafectivos se han aplicado a aquellos con un relativo buen pronóstico. Algunos han argumentado, que las - diferencias pronósticas, aunque válidas, no representan una diferencia fundamental de los trastornos; otros han concluido que reflejan condiciones básicas diferentes. Realmente, aunque se han tratado de separar estos dos -- tipos clínicos, a través de pruebas psicológicas, factores bioquímicos o físicos, no hay diferencias decisivas que prueben que son cualitativamente diferentes y no simplemente diferentes grados de severidad de un solo continuum psicopatológico.

Actualmente se aceptan cuatro tipos de esquizofrenia: catatónica, hebefrénica, paranoide y simple. Otros subtipos en la clasificación ICD 9 incluyen: episodio esquizofrénico agudo, esquizofrenia latente, esquizofrenia residual, tipo esquizoafectivo e inespecífica. El DSM III enlista 5 tipos: desorganizada, catatónica, paranoide, indiferenciada y residual. No incluye esquizofrenia simple. Como una categoría diagnóstica especial el trastorno esquizoafectivo, indicando que no puede ser incluido dentro de los trastornos esquizofrénicos ni afectivos. También el DSM III describe una categoría diagnóstica separada para el trastorno esquizofreniforme utilizando el concepto de Langfeldt para cualquier condición "esquizofrénica" con duración menor de 6 meses.

ASPECTOS CLINICOS

Desde que la Demencia precoz fué descrita por primera vez como una entidad nosológica por Kraepelin (1896) a finales del siglo XIX, muchos aspectos clínicos de la enfermedad han sido generalmente aceptados.

Eugen Bleuler (1930) describió tres síntomas generales primarios de la esquizofrenia: un trastorno de la asociación, un trastorno del afecto y un trastorno de la actividad. También enfatizó la actitud derefista de la esquizofrenia - esto es, el desligamiento de la realidad y el consecuente autismo y ambivalencia. Por ello, el sistema de Bleuler de la esquizofrenia se señala frecuentemente como de las cuatro "A": asocia

ción, afecto, autismo y ambivalencia.

Bleuler derivó el nombre de la enfermedad de su concepto de escisión. La iniciativa es escindida en una variedad de potencialidades equivalentes, y el paciente se separa entonces de la realidad; los pensamientos y las asociaciones están fragmentados y desprovistos de significado; el afecto no es adecuado o apropiado a la situación.

No obstante, los cuatro trastornos generales del funcionamiento mental y de la conducta, a pesar de su importancia fundamental para la comprensión de la psicopatología de la esquizofrenia, no son de ayuda fundamental para realizar el diagnóstico clínico de esquizofrenia. Debido a que son generales, y, en el caso del autismo y la ambivalencia, se refieren más a actitudes existenciales que a síntomas clínicos, es difícil expresar estos trastornos en términos operativos y reconocerlos -- como síntomas clínicos confiables.

Manfred Bleuler, (1965, 1970, 1972), hijo de Eugen Bleuler, resumió lo que él consideraba como los aspectos esenciales de la esquizofrenia. Enfatizó la naturaleza psicótica de la esquizofrenia.

Aunque los pacientes esquizofrénicos pueden no estar psicóticos todo el tiempo, un diagnóstico de esquizofrenia sólo se debe hacer cuando la psicosis es diagnosticada.

Manfred Bleuler describió ciertos aspectos que excluyen un diagnóstico de esquizofrenia. En aquellas psicosis en las -- cuáles las características primarias lo constituyen la pérdida de memoria y capacidades intelectuales no son esquizofrénicas.

También excluyó psicosis con recuperación rápida después - de un trauma psicológico, psicosis con trastornos primarios de la conciencia, psicosis con cambios primarios cuantitativos en las emociones y psicosis aparentemente debidas a - enfermedad física. Consideró como aspectos esenciales y positivos de la psicopatología esquizofrénica la extraña combinación de procesos psicóticos y normales en la misma persona, cambios en los procesos de asociación, trastornos en - la afectividad y la experiencia del paciente de tener su - mente controlada por agentes externos, frecuentemente invisibles.

Manfred Bleuler puntualizó que casi todos los mecanismos esquizofrénicos se pueden encontrar en la gente normal - por ejemplo, pensamiento derefsta en los ensueños, alucinaciones y simbolismos extraños en los ensueños nocturnos. Lo que es específico de la esquizofrenia es la incapacidad del paciente - para distinguir entre las dos realidades -la del mundo interno y la del mundo externo. Fracasa en corregir y reprimir -- las fantasía y los sueños y admite componentes incompatibles que coexisten con su personalidad, la cuál entonces se caracteriza por la disociación.

Manfred Bleuler observó otros dos aspectos característicos de la esquizofrenia : conlleva una mezcla disármonica de genes, - los cuáles por sí mismos no son necesariamente patológicos, pero cuya constelación particular pone en peligro de una irrupción esquizofrénica bajo el stress.

Sin duda, uno de los hallazgos más característicos de la esquizofrenia es el pronunciado simbolismo expresado en la conducta frecuentemente absurda del paciente, la ideación y el lenguaje. Tal simbolismo es difícil de comprender para cualquiera que no sea el paciente, a menos que el observador tome un tiempo considerable para analizarlo.

La esquizofrenia ha sido referida como una clase de psicoma, puesto que consiste, particularmente en las fases aguda y sub aguda, en una proliferación de producciones psíquicas, tal como se incrementa la productividad de un crecimiento maligno. Tal productividad se debe distinguir de la productividad reducida que caracteriza al déficit ideatorio de muchas otras enfermedades psiquiátricas, particularmente aquellas causadas por trastornos orgánicos de la estructura cerebral.

Todos los esquizofrénicos son, al menos en su origen, más sensitivos que la persona promedio. Parece que el incremento de la sensibilidad y alta reactividad a la estimulación sensorial y emocional está presente en los esquizofrénicos desde una temprana edad, posiblemente desde el nacimiento.

Se ha demostrado experimentalmente que el paciente esquizofrénico es bombardeado por un mayor número de estímulos en la unidad de tiempo que la persona normal.

Casi sin excepción, los pacientes esquizofrénicos se caracterizan por aislamiento social, por una distancia emocional que se experimenta ante su presencia, y por la falta de capacidad para establecer relación con otros. La empatía y la simpatía plantea grandes problemas, tanto para los terapeutas como para los pa -

cientos esquizofrénicos, que los que pueda haber con otros pacientes psiquiátricos.

Un hecho característico de la condición esquizofrénica es la así llamada pérdida de los límites del yo. Este síntoma peculiar puede dar al paciente la convicción delirante de que está leyendo la mente de otras gentes o de ser controlado por los pensamientos de otras personas. Esto también los convierte en extremadamente vulnerables a cualquier estímulo externo. Su propia identidad puede fundirse con la de cualquier objeto del universo a su alrededor y pueden sufrir personalmente --- cuando se dan cuenta de que tal objeto de su entorno está --- siendo atacado.

Un sentimiento específico que se refiere a la pérdida de la identidad es la incertidumbre que muchos esquizofrénicos --- sienten acerca de su género; un paciente masculino frecuentemente no está seguro de si es un hombre o una mujer.

Otra extraña pero fundamental característica de la esquizofrenia es su impredecible variabilidad o inconsistencia. Un paciente esquizofrénico puede ser incapaz, en un determinado --- tiempo, de llevar a cabo una conversación racional y simple, y media hora más tarde puede escribir una carta sensible y con una composición notablemente buena a un familiar.

SINTOMAS

Kurt Schneider (1957, 1971) describió un número de síntomas primarios de la esquizofrenia. No son idénticos a los síntomas primarios de Eugen Bleuler, o no significan lo mismo. Para Schneider los síntomas primarios de la esquizofrenia no son específicos de la enfermedad, pero son de un gran valor pragmático para efectuar el diagnóstico. Cuando un número de estos síntomas están presentes en un paciente en quien cualquier otra patología -de origen tóxico u orgánico por ejemplo- puede ser excluida, entonces puede estar indicado el diagnóstico de esquizofrenia. Los síntomas primarios de Schneider incluyen el escuchar a los propios pensamientos hablar en voz alta, alucinaciones auditivas que comentan la conducta del paciente, alucinaciones somáticas, la experiencia de que los pensamientos son controlados, el transmitir los propios pensamientos a otros, delirios, y la experiencia de que las propias acciones son controladas o influenciadas desde fuera.

Schneider puntualizó que la esquizofrenia también puede ser diagnosticada exclusivamente en base a los síntomas secundarios; que incluyen otras formas de alucinaciones, perplejidad, trastornos depresivos y eufóricos del afecto, y aplanamiento afectivo.

Un número de observadores han cuestionado la especificidad de los síntomas primarios de Schneider de la esquizofrenia, señalando que se pueden encontrar todos en otras condiciones psiquiátricas. Davison & Bagley (1969), revisaron las psicosis similares a la esquizofrenia asociadas con enfermedad orgánica cerebral.

Ellos presentaron evidencia estadística de que el afecto aplanado e inapropiado, sentimientos de pasividad, trastornos del pensamiento, las alucinaciones auditivas, una personalidad premórbida esquizoide, y una historia familiar de esquizofrenia eran significativamente más frecuentes entre 475 pacientes esquizofrénicos que entre 150 pacientes con enfermedad orgánica cerebral que presentaban un síndrome similar a la esquizofrenia. Sin embargo, ellos concluyeron que una distinción clínica clara entre ciertas psicosis orgánicas y la verdadera esquizofrenia es grandemente ilusoria. Estos investigadores señalaron que los síntomas similares a la esquizofrenia parecen ocurrir más en pacientes con lesiones del lóbulo temporal y diencefálicas y reportaron que 64 % de su grupo de enfermedad orgánica cerebral también presentaba uno o más síntomas primarios de Schneider.

Gruhle (1936) también observó que cualquier síntoma visto en la esquizofrenia puede ocurrir también en ciertas condiciones epilépticas. Carpenter y cols (1973) encontraron tales síntomas en 50 % de pacientes esquizofrénicos, pero también en 23 % de pacientes con trastornos afectivos y en 9 % de aquellos con trastornos neuróticos o de carácter. Ellos concluyeron que el sistema de Schneider es altamente discriminatorio para la esquizofrenia pero que los síntomas primarios no deberían considerarse como patognomónicos.

Todo ello sugiere que la llamada esquizofrenia puede ser la manifestación final común de uno o varios trastornos funcionales, y de pocas psicosis tóxicas u orgánicas que tienen un restringido substrato cerebroanatómico y se caracterizan por la pre-

sencia de algunos síntomas específicos, tales como el sentimiento de ser controlado o de tener pensamientos transmitidos, que raramente ocurren en la gran mayoría de otras psicosis de origen conocido o desconocido.

SINDROMES

Kraepelin (1896), distinguió y describió tres subtipos básicos de demencia precoz: la catatónica, la hebefrénica, y la paranoide. Bleuler (1930) adicionó más tarde la esquizofrenia simple como un cuarto tipo básico de esquizofrenia.

En las pasadas tres décadas, época durante la cual se introdujo la moderna farmacoterapia, ha habido una tendencia definida, para que las manifestaciones de la esquizofrenia sean menos distintivas. Como resultado, los clínicos hoy ven más estados de esquizofrenia interrumpida con defectos residuales de la personalidad, en los cuales los pacientes muestran menor iniciativa y espontaneidad que hace 20 años y la mayoría de los casos de esquizofrenia aguda se distribuyen ahora entre los tipos indiferenciados y paranoide de la esquizofrenia.

Los subgrupos catatónico y hebefrénico son referidos como esquizofrenia nuclear debido a que sus manifestaciones son más específicas de las desviaciones esencialmente esquizofrénicas en el afecto, procesos de asociación, y conducta y porque estos grupos están mayormente asociados con la personalidad típica pre-esquizofrénica. Más aún, terminan con mayor frecuencia con un deterioro de la personalidad el

cual es el principal concepto de la demencia precoz de Kraepelin.

Sub tipo catatónico: Ocurre en dos formas, inhibida o estuporosa y excitada. El hecho esencial en ambas formas es la marcada anormalidad en la conducta motora. La forma estuporosa puede ser un estado de completo estupor, o se puede manifestar con una disminución pronunciada de los movimientos espontáneos y la actividad. Puede haber mutismo, negativismo, estereotipias, ecopraxia y obediencia automática. Sin embargo, pueden presentar súbitamente y sin provocación una breve irrupción de destructividad, de violencia no provocada. Ocasionalmente los esquizofrénicos catatónicos exhiben el fenómeno de catalepsia o flexibilidad cética.

La forma excitada es un estado de extrema agitación psicomotora. Hablan y gritan continuamente. Su producción verbal es frecuentemente incoherente, y su conducta parece estar influenciada más por estímulos propios que por la respuesta a su ambiente. Requieren control urgente, debido a que son destructivos y violentos con los demás y su peligrosa excitación puede causarles daño o un colapso por completo agotamiento.

En años recientes, los investigadores han puesto atención en que la catatonía no es exclusivamente un subtipo de esquizofrenia sino un síndrome no específico que ocurre frecuentemente en otras condiciones psiquiátricas. Taylor y Abrams (1977), por ejemplo, examinaron 123 pacientes, todos los cuales reunían los signos catatónicos; de cualquiera de los siguientes 8 tipos: estereotipia, postura, catalepsia, obediencia automática, negativismo, ecolalia, ecopraxia y estupor. Todos los pacientes --

reunían también los criterios para el diagnóstico de manía. Otros han reportado la presencia de síndrome catatónico -- típico en enfermedades orgánicas cerebrales - por ejemplo, en el aneurisma cerebral.

Sub tipo hebefrénico: Está caracterizado por una marcada - regresión a una conducta primitiva, desinhibida y desorganizada. El paciente hebefrénico es usualmente activo, pero -- sin objeto, de una manera no constructiva. Su trastorno en el pensamiento es pronunciado, y su contacto con la reali-- dad es extremadamente pobre. Su apariencia personal y su -- conducta social están arruinadas. Sus respuestas afectivas son inapropiadas, y frecuentemente irrumpen en risa sin -- causa aparente, son comunes las muecas y gesticulaciones - incongruentes y su conducta es descrita como ridícula o -- fatua.

Sub tipo paranoide: Está caracterizada principalmente por la presencia de delirios de persecución o grandeza. Usualmente son mayores que los catatónicos o los hebefrénicos - al inicio de la enfermedad, están en los últimos años de la tercera década o el inicio de la cuarta. Los recursos - de su yo son mayores que los de los catatónicos o hebefrénicos. Muestran menor regresión de sus facultades mentales, de la respuesta emocional y de la conducta que los otros -- subtipos de la esquizofrenia.

Un esquizofrénico paranoide típico está tenso, suspicaz, cauteloso y reservado. Frecuentemente es hostil y agresivo, se conduce bastante bien socialmente. Su inteligencia en áreas no invadidas por sus delirios puede permanecer alta.

Sub tipo Simple: El principal trastorno es una pérdida gradual e insidiosa del impulso, el interés, la ambición y la iniciativa. Comunmente no están alucinados o delirantes y, si estos síntomas ocurren, no persisten. Se aísla del contacto con otra gente, puede permanecer en su cuarto, evitando encontrarse o comer con otros miembros de la familia deja de trabajar y de ver a sus amigos. Si está en la escuela, lleva un bajo nivel, aunque haya sido más alto en el pasado. Evita salir a la calle durante el día, pero da largos paseos solo a las 2 ó 3 de la mañana. Tiende a dormir hasta mediodía o más tarde, después permanece solo la mayor parte de la noche. Durante los estadios tempranos de la enfermedad puede tener quejas somáticas diagnosticadas como fatiga, nerviosismo, neurosis, enfermedad psicósomática ó pereza. Frecuentemente es tratado un año o más antes que el diagnóstico correcto se realice. Aunque parece ser indiferente a su ambiente, puede reaccionar con súbita rabia ante la persistente insistencia de su familia. Su ingreso a un hospital es frecuentemente la irrupción de violencia dirigida contra su madre o padre por una razón trivial.

DIAGNOSTICO

Esta ha sido un área de gran interés en la investigación, un gran número de sistemas y criterios diagnósticos han sido investigados y publicados. Dos sistemas computarizados se han desarrollado: DIAGNO III y CATEGO y en términos de aproximación fenomenológica a los síntomas y a los signos se publicó en 1980 la tercera edición del DSM III --- (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), con amplios cambios en la definición de la esquizofrenia. Cuáles son las características de un buen sistema de diagnóstico? Son cuatro: 1) Debe ser objetivo. 2) Confiable, 3) Debe tener validez. 4) Debe ser comprensible y tener la mínima sobreposición entre sus categorías.

La principal meta del diagnóstico es no solamente aplicar etiquetas, sino reflejar el proceso patológico básico. De esta forma, el diagnóstico puede servir como centro para la investigación, el tratamiento y la prevención.

La más reciente tendencia es hacia realizar un diagnóstico multiaxial que incorpore el concepto de múltiples procesos que provea una estructura que considere sistemáticamente los componentes, biológicos, psicológicos y sociales de la esquizofrenia y de cualquier otro trastorno psiquiátrico, ello sugiere que no hay un área o característica singular de estudio para clasificar, comprender, tratar o prevenir el trastorno implicado. El diagnóstico multiaxial está, a su vez, estrechamente relacionado con la Teoría de los --- Sistemas. Cada diagnóstico multiaxial provee de ejes que deben ser considerados como sistemas o, quizá con mayor se

guridad como sistemas y subsistemas. (15)

Endicott & Nee, (1) compararon la asociación de frecuencias y confiabilidad de seis sistemas actuales para el diagnóstico de la esquizofrenia (NHSI, CSB, FC, TA, RDC, DSM III) (ver apéndice) en 168 pacientes, encontrando que los sistemas varían importantemente en el diagnóstico de la esquizofrenia, - con una diferencia de siete veces entre en NHSI que diagnosticó esquizofrenia en 44 de 168 pacientes (26 %), y el sistema TA, que la diagnosticó en seis (3.6 %). Tres de los sistemas, RDC, DSM III y CBS-5, diagnosticaron los casos con tasas esencialmente equivalentes (11 a 14 %). Los otros sistemas, CSB-6 y CSB-7, RDC crónica o subcrónica, y FC, también diagnosticaron esquizofrenia en tasas bajas (5 a 7 %). La disparidad ilustra el grado de dificultad asociada con el diagnóstico de esquizofrenia, y en el concepto de esquizofrenia; la sobreposición entre los sistemas no es al azar, y para la mayor parte de los pacientes en quienes se diagnostica esquizofrenia por sistemas de tasa baja se diagnostica también esquizofrenia por los sistemas de tasa alta. Cuando ello no ocurre, la razón parece ser la presencia de un síndrome afectivo.

La confiabilidad para los sistemas generalmente fué más alta que para aquellos que en el pasado reportaban un diagnóstico clínico de rutina. Los resultados sugieren que si se usara el DSM III de rutina para el diagnóstico clínico la confiabilidad se elevaría considerablemente.

EPILEPSIA Y PSICOSIS

La relación causal entre epilepsia y psicosis ha sido considerada comunmente como bien establecida. Por ejemplo, en investigaciones de esquizofrenia se acepta generalmente el exclusión de la muestra a pacientes con enfermedad orgánica cerebral y/o epilepsia, y la clasificación internacional de enfermedades (ICD) incluye el diagnóstico: psicosis ex epilepsia (293.29)

La clasificación de la psicosis epiléptica ha seguido tanto los principios etiológicos como los sindromáticos y una combinación de ellos se ha propuesto (Bruens, 1974):

1. Psicosis con trastorno de la conciencia:

- a) estados post-paroxísticos
- b) estado de pequeño-mal.
- c) estado de epilepsia psicomotora
- d) trastornos de la conciencia, no referidos cronológicamente a crisis.
- e) estados delirantes

2. Psicosis con conciencia normal:

- a) de corta duración, frecuentemente psicosis periódicas (disforia, estados de manía, estados depresivos, alternando con psicosis de sintomatología productiva)
- b) de larga duración (más de tres semanas) (estados paranoídes, psicosis similar a la esquizofrenia, estados maníaco-depresivos y psicosis con marcada regresión).

El estado 2.b. (psicosis de larga duración) frecuentemente se ha enfatizado como una relación análoga a la esquizofrenia, -- muchos investigadores han considerado a este tipo de epilepsia

como de fenotipo esquizofrénico.

Una conexión etiológica entre la epilepsia y la psicosis podría ser afirmada por exclusión de una coincidencia estocástica (10). Consecuentemente es obvio comparar la prevalencia de psicosis, en la población general y la prevalencia de psicosis entre los epilépticos. La prevalencia de psicosis en la población general es de aproximadamente 4.5 % (Nielsen 1976). En el proyecto de Langner & Michael encuentran que la prevalencia de la psicosis va a depender del status social, siendo bajo (3.6 %) en las clases socialmente altas, y alto (13 %) en las socialmente bajas. Amplios estudios de pacientes epilépticos, derivados de muestras primariamente neurológicas han descubierto una prevalencia de psicosis de aproximadamente 2 % (1%-2.6%). Entre los epilépticos admitidos en hospitalización psiquiátrica durante una década sólo 4.5 % sufren de episodios psicóticos similares a la esquizofrenia y 1.07 % de psicosis crónica (Bash & Hahnig, 1980). Obviamente tales comparaciones deben ser cautelosas debido a las diferentes edades de distribución en estos estudios. Pero da la impresión de que la psicosis entre los epilépticos fuera infrecuente. A la inversa, podría esperarse que los epilépticos, por tener mayor contacto con el cuidado médico, tendrían más oportunidad de ser psiquiátricamente diagnosticados como es el caso en los estudios epidemiológicos. Más aún, las mencionadas investigaciones trataron con muestras de considerable amplitud, pero de hospitalización, lo que podría incrementar la prevalencia de un espectro más estricto de pacientes. Sin embargo, en un importante artículo, Slater y cols (1963), postularon que un número de 69 pacientes en su muestra que --

padecían tanto psicosis como epilepsia no deberían ser valorados como una simple coincidencia. Calcularon que el número de pacientes excedía lo que se podría esperar de la multiplicación de la incidencia de esquizofrenia (0.8 %) y la epilepsia (0.5 %). Slater y cols (1963) señalaron que la mayoría de los pacientes no mostraban el aislamiento emocional típico de la esquizofrenia y en relación a ello, Parnas & Korsgaard, analizan que deben haber sustituido la incidencia de esquizofrenia con la incidencia de la psicosis en general. Otra posible desviación en el cálculo de Slater pudo ser el utilizar la coincidencia de epilepsia y esquizofrenia por año en todo el país (Gran Bretaña), en comparación con el número de pacientes encontrados en Londres, aunque las investigaciones sociopsiquiátricas evidencian que la incidencia y prevalencia de psicosis son más altas en áreas urbanas que en el campo. Estudios anteriores encontraron mucha menor frecuencia de la combinación de esquizofrenia y epilepsia. Entre 6 000 pacientes hospitalizados, sólo ocho (0.13 %) sufrían de epilepsia concomitante, -- (Glaus, 1931). Sin embargo, en un estudio de pacientes daneses hospitalizados, la frecuencia de epilepsia entre los esquizofrénicos hospitalizados se encontró más alta (0.7%). La coincidencia entre psicosis y epilepsia no puede ser refutada y la coincidencia entre esquizofrenia y epilepsia puede ocurrir ocasionalmente, pero el cálculo de Slater y cols (1963) no -- puede ser utilizado para el avance de la hipótesis patogénica.

-Sintomatología-

La relación entre epilepsia y psicosis fué una cuestión crucial en la literatura psiquiátrica hasta los 30's, cuando el desarrollo del EEG transfirió la epilepsia de la psiquiátrica, casi exclusivamente al área de interés neurológica. Consecuentemente, descripciones anteriores proveen de más detalles psicopatológicos. Samt (1875,1876) describió diferentes tipos de reacciones psicóticas entre epilépticos, de los cuales nueve casos correspondían a condiciones psicóticas crónicas. Sin embargo, probablemente tres de los pacientes tenían depresión psicótica endógena y uno tenía enfermedad bipolar, (maniaco-depresiva).

Dos pacientes presentaban un curso episódico benigno (de pocos meses) y un cuadro clínico parecido a la reacción esquizofrénica aguda con una mezcla de síntomas alucinatorios paranoides, y fuerte carga emocional, principalmente ansiedad y depresión. De los restantes tres pacientes, uno persistió con un estado psicótico crónico, caracterizado por ansiedad, inhibición psicomotora y delirios religiosos y dos pacientes remitieron parcialmente. Similares hallazgos clínicos son presentados por Glaus (1931) donde cuatro de ocho pacientes epilépticos psicóticos desarrollaron demencia precoz típica, uno estuvo crónicamente psicótico con oscilaciones concomitantes del talante, mientras los otros tres pacientes mostraban un cuadro afectivamente matizado acompañado por alucinaciones visuales y confusión.

Investigaciones recientes de psicosis epiléptica siempre referidas a las extensas investigaciones de Slater, estimularon nuevamente el interés en esta área.

Slater y cols (1963) dividió su muestra en tres grupos: 11 pacientes caracterizados por episodios confusionales recidivantes, 46 pacientes con psicosis paranoide crónica y 12 pacientes que manifestaban cuadros hebefrénicos. El enfatizó que ninguno de los síntomas cardinales de la esquizofrenia faltaba, en particular alucinaciones y delirios, y consecuentemente llamó a este trastorno similar a la esquizofrenia (schizophrenia-like).

Los psiquiatras con una tradición continental (Glaser 1964, Bruens 1971, Koehler, 1975) señalaron que los síntomas fundamentales de la esquizofrenia tales como aislamiento emocional y trastornos formales del pensamiento estaban conspicuamente ausentes de las psicosis epilépticas crónicas.

Esta diferencia en clasificar las psicosis en la epilepsia está aún presente. En varias investigaciones británicas recientes el término 'schizophrenia-like-', se aplica persistentemente (Flor-Henry 1969,) (Perez & Trimble, 1980), (Toone & Driver, 1980). El procedimiento diagnóstico en los dos últimos estudios mencionados se basan en clasificaciones computarizadas por el sistema PSE-CATEGO (Wing y cols) (1974) los cuales están primariamente basados en la presencia de delirios y alucinaciones con especial énfasis en los síntomas primarios de Schneider (1959). Sin embargo, la utilidad de los síntomas primarios de Schneider para este propósito parece limitada, ya que Schneider reservó la validez de los síntomas primarios con respecto al diagnóstico de esquizofrenia genuina para casos sin daño cerebral demostrado.

Estas diferencias conceptuales y terminológicas reflejan el diferente énfasis colocado sobre los fundamentos de Bleuler contra los síntomas esquizofrénicos accesorios. Más aún, los síntomas primarios cuando son sistemáticamente evaluados son pobres predictores del curso de la esquizofrenia. (Hawk y cols, 1975), y pobres discriminadores diagnósticos de la esquizofrenia y los desórdenes afectivos (Carpenter y cols, 1973).

Con el incremento del reconocimiento de las omisiones del diagnóstico de Schneider se ha sugerido recientemente emplear la definición de Bleuler para algunos propósitos de investigación. Sin embargo, cuando se clasifica de acuerdo con el concepto Bleuleriano/europeo (diagnóstico basado en síntomas esquizofrénicos fundamentales), las psicosis crónicas en la epilepsia son pocas veces similares a la esquizofrenia (schizophrenia-like). Parnas (10) propone sustituir el término 'schizophrenia-like', con la designación de síndromes paranoides-alucinatorios en la epilepsia.

-Relación entre tipo de epilepsia y tipo de psicosis-

Varios investigadores han encontrado un exceso de epilepsia del lóbulo temporal entre epilépticos psicóticos de aproximadamente 70 % (Slater y cols 1963). Estos hallazgos no necesariamente implican una relación específica entre epilepsia y psicosis debido a que la prevalencia de la epilepsia del lóbulo temporal aumenta con el aumento de la edad, así como la prevalencia de la psicosis. Estos incrementos de la prevalencia siguen dos curvas paralelas, y consecuentemente la epilepsia del lóbulo temporal puede ocurrir más frecuentemente en la población mayor de los epilépticos y es-

Estas diferencias conceptuales y terminológicas reflejan el diferente énfasis colocado sobre los fundamentos de Bleuler contra los síntomas esquizofrénicos accesorios. Más aún, los síntomas primarios cuando son sistemáticamente evaluados son pobres - predictores del curso de la esquizofrenia. (Hawk y cols, 1975), y pobres discriminadores diagnósticos de la esquizofrenia y los trastornos afectivos (Carpenter y cols, 1973).

Con el incremento del reconocimiento de las omisiones del diagnóstico de Schneider se ha sugerido recientemente emplear la definición de Bleuler para algunos propósitos de investigación. Sin embargo, cuando se clasifica de acuerdo con el concepto Bleuleriano/europeo (diagnóstico basado en síntomas esquizofrénicos fundamentales), las psicosis crónicas en la epilepsia son pocas veces similares a la esquizofrenia (schizophrenia-like). Parnas (10) propone sustituir el término 'schizophrenia-like', con la designación de síndromes paranoides-alucinatorios en la epilepsia.

-Relación entre tipo de epilepsia y tipo de psicosis-

Varios investigadores han encontrado un exceso de epilepsia del lóbulo temporal entre epilépticos psicóticos de aproximadamente 70 % (Slater y cols 1963). Estos hallazgos no necesariamente implican una relación específica entre epilepsia y psicosis debido a que la prevalencia de la epilepsia del lóbulo temporal aumenta con el aumento de la edad, así como la prevalencia de la psicosis. Estos incrementos de la prevalencia siguen dos curvas paralelas, y consecuentemente la epilepsia del lóbulo temporal puede ocurrir más frecuentemente en la población mayor de los epilépticos y es-

ta mayoría también es encontrada entre los psicóticos epilépticos. Stevens (1966) no demostró ninguna diferencia en la frecuencia de psicosis entre los epilépticos del lóbulo temporal y los epilépticos que sufrían de gran mal (31.4 % vs 29.4 %). Dentro de los pacientes admitidos al hospital psiquiátrico durante un período de 12 meses Dowzenko y cols (1975) encontraron 3.2 % de epilépticos. De estos 92 pacientes, 14 sufrían de psicosis crónica. Cinco habían tenido primero epilepsia generalizada, cinco epilepsia del lóbulo temporal con o sin generalización, y cuatro tenían epilepsia extratemporal focal con o sin generalización. En la investigación de Juul-Jensen (1963) de 1,020 epilépticos se encontró que la frecuencia de deterioro social se correlacionaba con la gravedad y no con el tipo de epilepsia. El grado de decadencia social se puede calcular correlacionándolo con el grado de trastorno psicológico. Una comparación controlada de 27 pacientes epilépticos sin daño cerebral extenso con 27 pacientes con enfermedad reumática crónica no descubrió diferencias significativas entre los grupos con respecto a la psicopatología y tales diferencias no se encontraron en el grupo de epilépticos entre los que padecían de epilepsia temporal o no temporal.

- Lateralidad del foco epileptógeno y el tipo de psicopatología-

Varios investigadores han encontrado una correlación entre la lateralidad del foco epileptógeno y el tipo de psicopatología. La localización EEG izquierda se ha supuesto que da como resultado una "psicopatía" (Serafetinides, 1965), mientras la "neurosis", se correlaciona con la focalización en el lado derecho e-

lectroencefalográficamente. Los resultados más impresionantes se derivan de la comparación de 50 pacientes psicóticos y 50 no psicóticos con epilepsia del lóbulo temporal (Flor-Henry 1969), que sugiere una conexión entre la focalización EEG izquierda y la psicosis 'similar a la esquizofrenia' y el foco EEG derecho y la psicosis afectiva. Hallazgos similares se han reportado recientemente por Toone & Driver (1980). Sin embargo no es claro si las muestras de varios investigadores en Londres (Flor-Henry, Perez & Trimble, Toone & Driver), incluyen los mismos pacientes. Un re-análisis de la muestra EEG de Slater (1963) descubre que de un total de 69 pacientes, 38 tenían focalización EEG izquierda o bitemporal, 10 foco EEG derecho y 21 cambios difusos o no temporales o EEG normal. En otras palabras, 38 pacientes psicóticos tenían un foco temporal izquierdo, mientras 31 no tenían disfunción EEG focal en el lóbulo temporal izquierdo. Esta distribución es aún más diferente en el grupo hebefrénico de Slater (1963) (el cuál fué llamado propiamente esquizofrénico), tan sólo 4 de 12 pacientes mostraban focalización temporal en el lado izquierdo del EEG.

Aún si una relación entre la focalización EEG izquierda y la psicosis se diera por supuesta, permanece la cuestión de si esta preponderancia EEG está específicamente confinada a los epilépticos psicóticos. En la investigación de Currie y cols (1971), de 666 pacientes epilépticos del lóbulo temporal no psicóticos la presencia del foco en el lado izquierdo (incluyendo la bilateralidad) se encontró en 71 % de los pacientes. Diferencias similares en la focalización hemisférica fueron presentadas en las series de Juul-Jensen (1963) de 1,020 epilépticos. Esto puede ha--

cer sospechar que los epilépticos del lóbulo temporal sufren más frecuentemente de daño cerebral en el lado izquierdo y -- consecuentemente esta asimetría hemisférica se reflejaría entre los psicóticos epilépticos también.

La preponderancia de los cambios en el lado izquierdo pueden ser explicados por una mayor vulnerabilidad del hemisferio izquierdo durante los dos primeros años de la vida debido a su más lenta velocidad de maduración (Taylor 1971). Una explicación alternativa considera la lateralización como un artefacto causado por la mayor actividad de los músculos en el lado izquierdo de la cabeza influyendo en el patrón EEG, probablemente debido a que el lado izquierdo del cuerpo posee más función mímica. Además, debido a la asimetría anatómica en el aporte sanguíneo del cerebro hay un incremento en las anomalías EEG, con el incremento de la edad, probablemente debido a episodios tromboembólicos subclínicos (Volavka, 1980).

Investigaciones recientes (Kristensen & Sindrup, 1978) (Shukla & Katyar, 1980) no han sido capaces de confirmar ninguna correlación entre psicosis y el foco EEG unilateral en cualquier lóbulo temporal. Sin embargo, la preponderancia de focos de descarga temporales medio basales registrados con un electrodo esfenoideal tanto como una alta frecuencia de focos de descarga múltiples bilaterales con electrodos en el epicráneo indican lesiones más extensas y graves epileptogénas en los pacientes psicóticos.

Entre otros hallazgos correlativos originalmente se consideró por Slater y cols (1963) que había un intervalo relativamente fijo entre el inicio de la epilepsia y el inicio de la psicosis y una correlación positiva entre la edad de inicio de la epilepsia y la edad de inicio de la psicosis. Sin embargo, el rango de intervalo de tiempo fué muy amplio en estudios subsecuentes y esta correlación no fué considerada importante - Glaser (1964), Flor-Henry (1969).

Otro fenómeno que indicaba la relación entre psicosis y epilepsia fué la así llamada normalización forzada (normalización del EEG durante los episodios psicóticos) originalmente descrito por Landolt (1958) y reproducido por Dongier (1959). Otros investigadores no han podido reproducir estos hallazgos. Una inspección de las muestras de pacientes en diferentes investigaciones pueden explicar esta discrepancia asumiendo que el fenómeno de la normalización forzada está confinada sólo a pacientes con episodios psicóticos breves con o sin trastornos de la conciencia. Por otra parte, muchos investigadores han observado una relación inversa entre la frecuencia de las crisis y la presencia de psicosis o su grado de severidad (Stevens 1966, Flor Henry 1969, 1974, Bruens 1971). La terapia anticonvulsiva más efectiva se ha considerado como responsable de este fenómeno. Reynold (1967) y Reynolds & Travers, (1974), encontraron un aumento estadísticamente significativo entre los trastornos psicológicos con el incremento de la dosis de medicación antiepiléptica. Los resultados

están de acuerdo con la interpretación del llamado efecto psicotrópico de las drogas antiepilépticas que dependen de su toxicidad relativa y no de mecanismos psicotrópicos genuinos y específicos. (Parnas y cols 1979,1980). Sin embargo, está aún por ser demostrado si la mejoría de las psicosis dependen de la presencia de las crisis o de dosis menos tóxicas de medicación antiepiléptica. Además, aún no se sabe si la deficiencia de ácido fólico durante la terapia antiepiléptica juega algún papel con respecto al desarrollo y gravedad de trastornos neuropsiquiátricos en la epilepsia.

-Teorías Patogénicas -

No hay una hipótesis unitaria que pueda reunir todos los hallazgos correlativos mencionados.

Considerando una relación causal entre la epilepsia y la psicosis se pueden señalar las siguientes teorías:

- 1) La psicosis es el resultado de un daño cerebral, causado por crisis recurrentes.
- 2) La psicosis es causada por una enfermedad orgánica cerebral no específica la cual es la causa tanto de la psicosis como de la epilepsia.
- 3) La psicosis es resultado del tratamiento antiepiléptico.
- 4) La psicosis se refiere a una disfunción específica en el sistema temporo-límbico (epilepsia funcionalmente referida).
- 5) La psicosis es una consecuencia psicológica de la epilepsia.

Con respecto a la primera hipótesis aunque ninguno de los estudios se ha realizado prospectivamente hay un consenso de que --

determinada frecuencia de las crisis no se correlacionan positivamente con el riesgo de psicosis (Slater y cols 1963, Stevens 1966, Flor-Henry 1969, Bruens 1971, Flor-Henry 1974, Koehler 1975),

La segunda explicación se basa fuertemente en una correlación entre la severidad del daño cerebral y el riesgo de psicosis (Kristensen & Sindruo, 1978). Como se había mencionado previamente, la influencia del tratamiento antiepiléptico en la severidad de la psicopatología es debatible.

Sin embargo, la cuarta teoría ha atraído considerable interés en psicopatología, ya que una disfunción en el sistema límbico puede estar acompañada tanto de trastornos cognitivos como afectivos. La estimulación de diferentes partes del lóbulo temporal puede producir alucinaciones auditivas y visuales (cortex lateral temporal), mientras que la estimulación de la amígdala puede despertar miedo, confusión, y automatismos (Penfield & Jasper, 1954). Las lesiones en el sistema límbico pueden estar asociadas con trastornos de atención caracterizados por un influjo desinhibido de estímulos y trastornos de la función -- del sistema nervioso autónomo (pobre habituación) (Mednick, 1970). Esto se concibe dentro de un sistema límbico defectuoso el cual incrementa la propensión a la psicosis. Bruens (1971-74) sugiere que un trastorno en el sistema límbico puede llevar a un trastorno en la regulación de las bases afectivas e instintivas de la personalidad y además a la disociación entre las funciones psíquicas corticales y subcorticales. Los resultados pueden ser una disminución del control de los impulsos agresivos y sexuales con una combinación de trastornos en la interpretación aumentando el

riesgo para el pensamiento delirante. En el caso de la epilepsia primariamente generalizada, Bruens (1971, 1974) propone que la disociación antes mencionada es debida a la inhibición de los mecanismos de control integrativo de alto nivel. Una proposición similar se ha formulado en una investigación psicodinámica de cuatro pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, (Ostow, 1954). Se presume que los procesos orgánicos en el lóbulo temporal producen deterioro de los mecanismos de defensa y una intensificación de los impulsos instintivos.

Russell (1982) (9), propone el concepto de un ictus límbico como mecanismo etiológico en las psicosis atípicas. El hallazgo de Goddard de que en los animales la estimulación continua de la amígdala lleva a una rápida debilidad neuronal, mientras que la estimulación intermitente tiende a reducir el umbral para la crisis llevando a una prolongación posterior de las descargas (efecto "kindling"), provee, como Post y Kopanda han sustentado, de un concepto crítico ligado a la explicación del inicio agudo de algunas psicosis local que puede explicar que dentro del grupo generalmente considerado como de las psicosis funcionales pueda haber alteraciones neurofisiológicas episódicas sin cambios estructurales observables, y además propone el uso de anticonvulsivantes como la carbamacepina que elevarían el umbral para las crisis.

La hipótesis psicológica considera a la psicosis como una sistematización del fenómeno del aura (Pond 1957) que no puede mantenerse ya que los epilépticos psicóticos sufren más frecuentemente de crisis psicomotoras simples, sin aura y, como se afirmó previamente hay una relación inversa entre la fre---

cuencia de las crisis y la severidad de la psicosis.

Sin embargo, la posibilidad de influencias psicológicas para el desarrollo de las psicosis en pacientes epilépticos no -- puede refutarse con los resultados disponibles.

Las hipótesis patogénicas descritas no se excluyen mutuamente, además, varios investigadores han descubierto atrofia cerebral en pacientes esquizofrénicos, no relacionada con desnutrición o tratamiento. Se han demostrado desviaciones EEG con el uso de EEG computarizado y signos neurológicos suaves. La disfunción nerviosa autonómica se refiere al riesgo de esquizofrenia y es de alguna extensión determinada por las complicaciones del embarazo y el nacimiento (mednick y cols 1978). Finalmente, los eventos de la vida en la niñez promueven el desarrollo de la esquizofrenia en individuos predispuestos genéticamente, y los sucesos de la vida adulta se relacionan con la irrupción -- esquizofrénica, y la exacerbación de la esquizofrenia. De acuerdo a ello, es preferible considerar el estado psicótico en el individuo epiléptico como multifactorialmente determinado. El -- daño cerebral puede disminuir el umbral para la psicosis, el -- daño temporal, puede inducir fenómenos psicopatológicos específicos y los sucesos de la vida pueden promover e influir en el proceso psicótico. El conocimiento de la etiología de la psicosis crónica en la epilepsia se considera muy escaso. Primero, -- la frecuencia confiable de estas psicosis está por ser demos-- trada. Si la incidencia de la psicosis crónica entre los epi--- lépticos no difiere de la de la población general entonces puede haber poca indicación de cualquier relación específica entre epilepsia y psicosis. Aún no se han llevado a cabo estudios controlados que eviten estas omisiones.

-Estudios EEG en Esquizofrenia y Psicosis Epiléptica -

Varios estudios de esquizofrénicos (7) reportan un significativamente menor coeficiente de variación del promedio de amplitud integral en la región occipital izquierda. No indican una asimetría en esquizofrénicos, sin embargo, sólo se ha -- estudiado la región occipital izquierda. Rochford y cols (1963) sin embargo, usando una técnica similar reportan que el coeficiente de variación occipital en esquizofrénicos fué más bajo - en el lado izquierdo comparado con el derecho.

En un análisis visual de EEGs, Abrams & Taylor (1979) encontraron que 13 de 27 esquizofrénicos (48 %) tenían EEGs anormales. Las anomalías más comúnmente eran temporales y estaban lateralizadas en 8 de 13, pero el lado de la lateraliza--- ción en los 8 no fué estadísticamente significativo.

Alpertz & Martz (1977) encontraron que la reducción de la actividad alfa hemisférica asociada con la realización de tareas - preferencialmente manuales por ese hemisferio era menor en esquizofrénicos que en normales. Sin embargo, esta diferencia de los normales era igual para ambos hemisferios.

Flor-Henry reportó (1969) una clara evidencia de disfunción preferencial hemisférica en pacientes psiquiátricos. Descubrió que los esquizofrénicos tenían mayor potencial en las derivaciones temporales izquierdas comparadas con las derechas en una banda de 20-30 Hz. Sin embargo Giannitrapini y Kayton basando su reporte en 16 EEGs en contraste a Flor-Henry registraron sólo regiones parietales y temporales encontraron cambios difusos y - bilaterales en múltiples frecuencias y asimetrías casi no significativas. Midiendo el coeficiente de variación de varias --

áreas, Lifshitz y Gradijan (1974) sólo encontraron evidencia de los estudios de potencial EEG que la distribución de anomalías en la esquizofrenia es difusa.

Además, varios investigadores han encontrado que los EEGs de los esquizofrénicos cambian menos que los normales con la actividad visual u otros procedimientos de activación (13). -

APENDICE

ASPECTOS ESENCIALES DE SEIS SISTEMAS DIAGNOSTICOS

I - New Haven Schizophrenia-Index

1. a. Delirios (no especificados o diferentes a los depresivos: 2 puntos.
b. Alucinaciones (auditivas)
c. Alucinaciones (visuales)
d. Alucinaciones (otras) (2 puntos para b, c, ó d)
2. a. Pensamientos absurdos
b. Autismo o pensamientos privados importantemente irreales.
c. Pérdida de la asociación, pensamiento ilógico (2 puntos por a, b ó c).
d. Bloqueo
e. Concretismo (dos puntos por d ó e)
f. Desrealización.
g. Despersonalización (1 punto para f y g)
3. Afecto inapropiado (un punto)
4. Confusión (un punto.)
5. Ideación paranoide. (1 punto)
6. Conducta catatónica (1 punto de la a a la g).
a. Excitada
b. Estupor
c. flexibilidad cérea
d. negativismo
e. mutismo.
f. ecolalia
g. actividad motora estereotipada.

II. Carpenter, Strauss, and Bartko: *

Afecto restringido
Pobre insight
Pensamiento sonoro
Rapport pobre
Delirios de dispersión.
Lenguaje incoherente
Información imprecisa
Delirios extravagantes
Delirios nihilistas
Ausencia de despertar temprano (1 a 3 h)
Ausencia de facies depresiva
Ausencia de elación

* El mínimo número de síntomas requeridos pueden ser 4,5,6,7 u 8, dependiendo de la elección del investigador.

DSM III (Se requieren de 1 a 6)

1. Al menos uno de los siguientes presentes durante la fase activa de la enfermedad:
 - Delirios de control
 - Difusión del pensamiento
 - Inserción del pensamiento.
 - Bloqueo del pensamiento
 - Otros delirios absurdos
 - Delirios sin contenido persecutorio o de celos
 - Delirios con contenido persecutorio o de celos acompañado por alucinaciones de cualquier tipo.
 - Alucinaciones auditivas, murmullos o voces que comentan entre sí
 - Alucinaciones auditivas no afectivas en varias ocasiones.
 - Incoherencia, marcada pérdida de la asociación, marcadamente ilógica o pobre en el contenido del lenguaje acompañado por afecto aplanado o inapropiado, delirios o alucinaciones o - conducta grandemente desorganizada o catatónica.
2. Deterioro del nivel previo de funcionamiento
3. Cronicidad (más de 6 meses de la fase activa con o sin fase prodrómica o residual)
4. Síndrome maníaco o depresivo no presente o desarrollado después de cualquier síntoma psicótico o de duración relativamente breve.
5. Inicio de la fase activa o prodrómica antes de los 45 años
6. No debida a cualquier trastorno mental orgánico o retardo mental.

IV - Research Diagnostic Criteria (Se requiere de 1 a 3)

1. Al menos dos de los siguientes para enfermedad definida y 1 para probable (no se debe contar durante un período de abuso de alcohol o drogas o supresión):
 - Difusión del pensamiento, inserción o bloqueo
 - Delirios de ser controlado o influenciado, otros delirios - absurdos o múltiples delirios
 - Delirios diferentes a los persecutorios de celos de duración de duración de al menos un mes.
 - Delirios de cualquier tipo si son acompañados por alucinaciones de cualquier tipo por al menos una semana.
 - Alucinaciones auditivas de voces que comenten la conducta del sujeto o pensamientos de lo que le ocurre, o dos o más voces conversando entre ellas.
 - Alucinaciones verbales no afectivas que hablan al sujeto.
 - Alucinaciones de cualquier tipo a través del día por varios días o intermitentes por al menos un mes
 - Marcados trastornos formales del pensamiento acompañados por afecto aplanado o inapropiado, delirios o alucinaciones de -- cualquier tipo o conducta importantemente desorganizada.

2. Uno de los siguientes:

Período de enfermedad actual con duración de al menos dos semanas de inicio de que se tenga conocimiento de cambio de la condición usual del sujeto.

Sujeto que haya tenido un período de enfermedad previo de al menos dos semanas en el cual reunió los criterios y quedó con síntomas residuales. Ej: aislamiento social extremo, afecto - aplanado o inapropiado, trastornos formales del pensamiento, pensamientos o percepciones inusuales.

3. En ningún momento durante el período activo de la enfermedad debe reunir los criterios para un síndrome probable o definido de manía o depresión a tal grado que sea parte prominente de la enfermedad.

V. Feighner Criteria (1 a 3 necesarios)

1. Ambos necesarios:

Enfermedad crónica de al menos seis meses de sintomatología antes de la evaluación sin retorno al nivel premórbido de adaptación psicosocial

Ausencia de un período de depresión o síntomas maníacos suficientes en cualidad para trastorno afectivo o probable trastorno afectivo.

2. Al menos uno de los siguientes:

Delirios o alucinaciones sin desorientación o perplejidad significativa.

Producción verbal que hace difícil la comunicación debido a la falta de organización lógica o comprensible (en presencia de mutismo, la decisión diagnóstica debe ser diferida).

3. Al menos 3 para definir, 2 para enfermedad probable:

Soltero

Ajuste social o en el trabajo premórbido pobre.

Historia familiar de esquizofrenia

Ausencia de alcoholismo o abuso de drogas un año previo.

Inicio antes de los 40 años.

VI. Taylor & Abrams (1977, todos necesarios)

Duración del episodio de más de 6 meses

Conciencia clara

Presencia de delirios, alucinaciones o formales del pensamiento

Ausencia de afecto cálido.

Ausencia de signos y síntomas suficientes para hacer el diagnóstico de trastorno afectivo.

Ausencia de alcoholismo o abuso de drogas durante el año previo.

Ausencia de signos y síntomas focales de enfermedad cerebral orgánica o de otra enfermedad médica que se sabe produce cambios de conducta significativos.

T A B L A A

Resultados EEG en 102 pacientes diagnosticados con síndrome esquizofrénico

EEG	Pacientes	Porcentaje
Anormal	74	72.5 %
Normal	28	27.4 %
TOTAL	102	100 %

T A B L A B

SINTOMAS EN PACIENTES CON EEG ANORMAL
(74 pacientes)

SINTOMAS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
1) Conciencia clara	74	100 %
2) Deterioro del nivel previo de actividad	72	97 %
3) Relaciones externas (aislamiento)	66	89 %
4) Contenido del pensamiento	65	87 %
5) Inicio insidioso	62	83 %
6) Percepción	56	75 %
7) Afecto	51	68 %
8) Deterioro durante el curso de la enferm.	44	59 %
9) Curso del pensamiento	33	44 %
10) Ant familiares	18	24 %
11) Ant pers patológicos	17	22 %
12) Personalidad premórbida	15	20 %
13) Sentido del yo	13	17 %

4) ideas de tipo persecutorio, robo del pensamiento, control del pensamiento.

7) aplanamiento, disociación ideoafectiva, ambivalencia, indiferencia.

9) incoherencia, disgregación, bloqueos.

10) Epilepsia, otros padecimientos mentales.

11) Hipoxia neonatal, TCE en la infancia, lipotimias ocasionales

12) Esquizoide.

T A B L A C

SINTOMAS EN PACIENTES CON EEG NORMAL
(28 pacientes)

SINTOMAS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
1) Conciencia clara	28	100 %
2) Deterioro del nivel previo de actividad	28	100 %
3) Afecto	28	100 %
4) Contenido del pensamiento	27	96 %
5) Relaciones externas (aislamiento)	27	96 %
6) Deterioro durante el curso de la enf.	25	89 %
7) Percepción	24	85 %
8) Inicio insidioso	24	85 %
9) Curso del pensamiento.	14	50 %
10) Personalidad premórbida	12	42 %
11) Antecedentes fam.	10	35 %
12) Sentido del yo	5	17 %
13) Ant pers patológicos	2	7 %

T A B L A D

Localización de anomalía EEG
(74 pacientes)

Sitio	No de pacientes	Porcentaje
Generalizado	33	44 %
Hemisferio izquierdo	26	35 %
Bitemporal	7	9 %
Hemisferio derecho	6	8 %
Otras	2	3 %

T A B L A E

TIPOS DE SINDROME ESQUIZOFRENICO

SINDROME	No de pacientes con EEG anormal	No de pacientes con EEG normal.
Paranoide	56	20
Simple	8	5
Esquizoafectivo	5	0
Hebefrénico	2	2
Catatónico	2	1
Esquizofreniforme	1	0
TOTAL	74	28

T A B L A F

RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON EEG ANORMAL

Respuesta	No. de pacientes	Tipo de tratamiento
Mejoría	60 (81 %)	Anticomiciales*
Mejoría	5 (6 %)	Neurolépticos
Ignorada	9 (12 %)	- - -

* Carbamacepina, DFH, primidona.

T A B L A 6

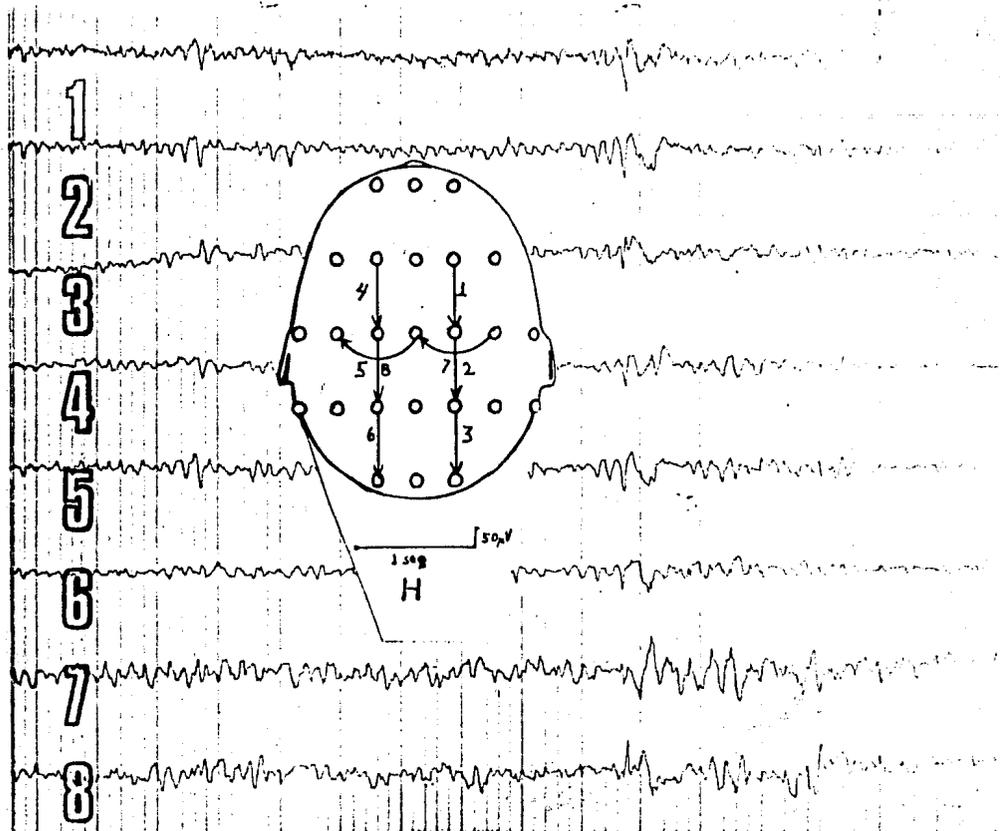
TIPO DE ALTERACIONES DE LA PERCEPCION

Pacientes		
Tipo	EEG Normal	EEG Anormal
Alucinaciones auditivas	22	51
Alucinaciones visuales	7	28
Otras*	3	9
Sin alucinaciones	4	19

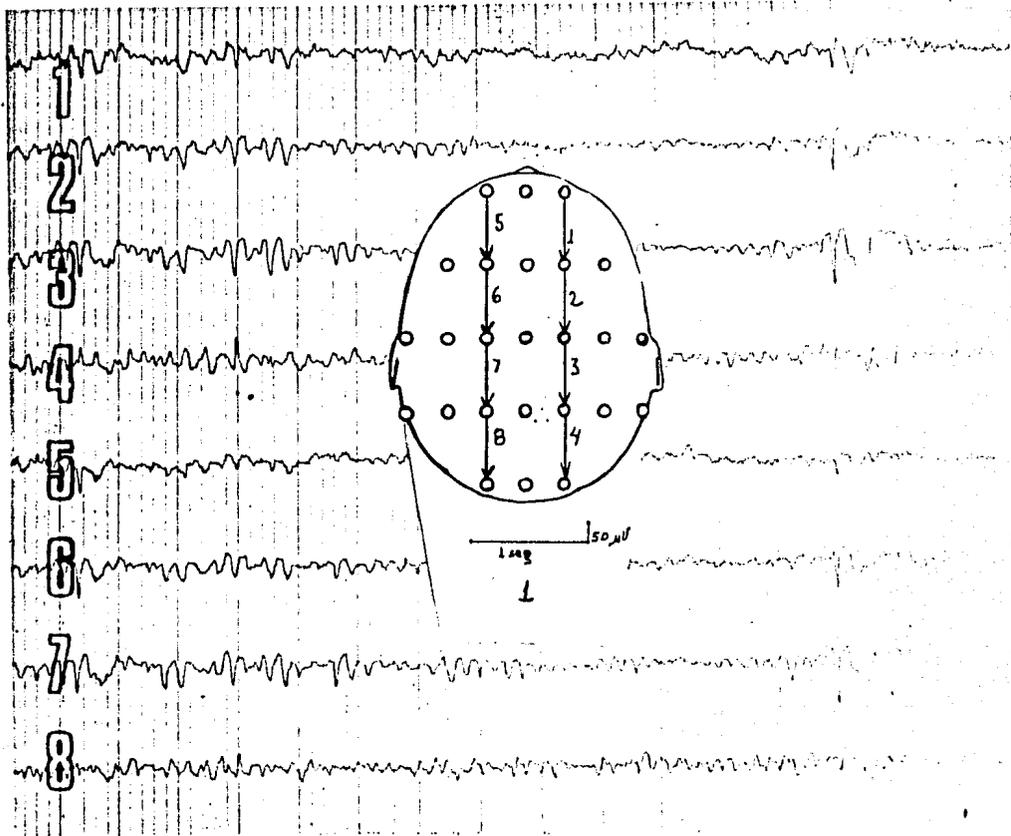
* Pensamiento sonoro, alucinaciones cenestésicas.

T A B L A H
ANTECEDENTES FAMILIARES

Pacientes		
Tipo	EEG Normal	EEG Anormal
Epilépticos	3	8
Otros pad. mentales	7	10
Ningún antecedente	18	56
TOTAL	28	74



Se observa otra descarga generalizada, en el caso de la misma paciente, en otra de las derivaciones electroencefalográficas.



EEG anormal, mostrando descargas epilépticas generalizadas de probable origen subcortical sobre una actividad de fondo dentro de límites normales, de una paciente de 46 años de edad, con padecimiento de 7 años de evolución, diagnosticada con probable síndrome esquizofrénico paranoide.

C O N C L U S I O N E S

1. En un período de 10 años se encontraron 74 pacientes diagnosticados con Síndrome Esquizofrénico clínicamente y que EEG presentaron fenómenos de tipo epiléptico.
2. Todos los pacientes presentaron conciencia clara durante la valoración clínica y los síntomas que presentaron con mayor frecuencia fueron: Deterioro del nivel previo de actividad (97 %), Deterioro de las relaciones externas (aislamiento), (89 %), y alteraciones en el contenido del pensamiento (87 %). En tanto que en los pacientes diagnosticados con Síndrome Esquizofrénico y con EEG normal los síntomas más frecuentes fueron: deterioro del nivel previo de actividad (100 %), Trastornos del afecto (aplanamiento, ambivalencia, disociación ideoaffectiva, indiferencia) (100 %) y contenido del pensamiento - (ideas de tipo persecutorio, robo del pensamiento y control - del pensamiento) (100 %).
3. El sitio de localización más frecuente de anomalía electroencefalográfica, fué generalizado en 33 pacientes (44 %); en Hemisferio izquierdo (35 %), siendo en hemisferio derecho sólo de 8 %.
4. El Síndrome esquizofrénico más frecuentemente diagnosticado en ambos grupos fué el de tipo paranoide, presentándose los 4 síndromes básicos y el esquizofreniforme en pacientes que tuvieron EEG anormal.

5. El 81 % de pacientes diagnosticados con síndrome esquizo-frénico y EEG anormal, tuvieron una mejor respuesta a los anticomiciales que a los neurolépticos.
6. Las alteraciones de la percepción más frecuentes fueron las alucinaciones auditivas, el pensamiento sonoro, síntoma de Schneider, aparece con menor frecuencia en ambos grupos.
7. En ambos grupos aparecen antecedentes familiares, tanto de epilepsia como de otras patologías mentales.

D I S C U S I O N

En el presente estudio se analizaron casos de pacientes a quienes previamente no se les había realizado un diagnóstico de epilepsia y sólo en 17 casos, de aquellos que presentaron EEG anormal, fué posible encontrar antecedentes - que sugirieran un daño cerebral (nacimiento por fórceps, - hipoxia neonatal, TCE en la infancia con probable conmoción cerebral y lipotimias aisladas; en un solo casos una crisis convulsiva generalizada); en la literatura revisada, se encuentra la descripción de la psicosis similar a la esquizofrenia 'schizophrenia-like', pero solo en pacientes que eran diagnosticados primariamente como epilépticos, indicando esto que en los casos reportados aquí, la primera manifestación de la epilepsia fué de naturaleza psiquiátrica, y el hecho de - que se trate de una psicosis de tipo epiléptico, nos lo indica el hecho de que un número importante de pacientes mejora - notablemente con la administración de anticomiciales, y además, los resultados electroencefalográficos anormales demuestran la utilidad de este estudio en nuestro medio de pacientes a quienes se diagnostica con síndrome esquizofrénico clínicamente.

Relacionado con ello, encontramos el hecho de que en un número importante de pacientes de la muestra (35 %) la localización - de la anormalidad se encuentre en el lado izquierdo, lo que estaría de acuerdo con los estudios de Flor-Henry (1969) y --- Toone & Driver (1980).

También se observa, a través de la recopilación de los síntomas, en que aunque se menciona el aspecto longitudinal del diagnóstico psiquiátrico, no se le enfatiza como fundamental de la esquizofrenia en los casos estudiados, el diagnóstico, es a nivel descriptivo y los aspectos clínicos fenomenológicos como es el caso del autismo bleuleriano, son poco mencionados, orientándose más bien en el diagnóstico por criterios de Schneider, que si bien son operativos, restringen el diagnóstico hasta el momento en que se esté en condiciones de ---excluir cualquier otro tipo de patología estructural u orgánica en el paciente a quien se ha diagnosticado esquizofrenia. Hasta el momento, en el diagnóstico de esquizofrenia no se realiza en diversos ejes que nos darían una imagen más aproximada de las dimensiones bio-psico-social en el paciente.

Todos los estudios realizados hasta ahora acerca del tema son retrospectivos y sufren de diferentes desviaciones, siendo de las más importantes la selección de pacientes para los grupos experimentales y de control. Parnas sugiere el evitar estas --falacias estudiando pacientes no psicóticos con epilepsia de --una manera prospectiva y longitudinal.

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFICAS

- 1) ENDICOTT, Jean
NEE, John
Diagnostic Criteria for -
Schizophrenia. Reliability -
and Agreement Between
Systems. Arch Gen Psychia-
try. 1982, 39, 884-889.
- 2) FENTON, G.W.
FENWICK, P.B.C.
EEG Spectral Analysis in -
Schizophrenia. Brit. J. -
Psychiat. 1980, 136, 445-455
- 3) FLOR-HENRY, P.
Psychosis, neurosis and -
epilepsy. Brit. J. Psychiat
1974, 124, 144-150.
- 4) KAPLAN, H.I.
FREEDMAN, A.M.
Comprehensive Textbook of -
Psychiatry. Vol. 2 Third --
Ed. W&W. 1980.
- 5) KETY, S.S.
The Syndrome of Schizophren
ia. Unresolved questions and
opportunities for research.
Brit. J. Psychiat. 1980, -
136, 421-436.
- 6) KRISTENSEN, O.
SINDRUP, E.H.
Psychomotor epilepsy and -
psychosis. II. Electroence-
phalographic findings. Acta
Neurol. Scand. 1978, 57, -
370-379.
- 7) MARIN, S. Robert
TUCKER J Gary
Psychopathology and Hemis -
pheric Dysfunction. A Review
J. Nerv. Ment. Dis. 1981,
169, 546-557.

- 8) MESHHER, W Fenton
Diagnosis of Schizophrenia. A critical review of current diagnostic systems. Schi -- zophr. Bull. 1981, 452-476.
- 9) MONROE R Russell
Limbic Ictus and Atypical Psychoses. J. Nerv. Ment. Dis., 1982, 170, 711-716.
- 10) PARNAS, J.
& KORSGAARD, S.
Epilepsy and Psychosis. Acta Psychiat. Scand. 1982, 66, 89-99.
- 11) PEREZ, M.M.
TRIMBLE, M.R.
Epileptic Psychosis -Diagnostic Comparison with -- Process Schizophrenia. Brit. J. Psychiat., 1980, 137, 245-249.
- 12) REYNOLDS, E.H.
The Pharmacological Management of Epilepsy Associated with Psychological Disorders. Brit. J. Psychiat. 1982, 141, 549 -- 557.
- 13) SHAGASS, Charles
ROEMER A Richard
Relationships Between - Psychiatric Diagnosis - and Some Quantitative - EEG Variables. Arch. Gen Psychiatry., 1982, 39, - 1423-1434.
- 14) SLATER, Elliot
The Schizophrenia-like - Psychoses of Epilepsy. I. Psychiatric Aspects. - Brit. J. Psychiat., 1981 138, 954-958.
- 15) STRAUSS, S. John
BARTKO, J. John
New Directions in Diagnosis. The longitudinal - process of Schizophrenia. Am J Psychiatry., 1981, - 138, 954-958.

16) WATSON, J.P.

Special review feature.
Schizophrenia in the
1970's. Brit. J. Med. -
Psychol., 1980, 53, 91-
92.

17) YOUNG A. Michael
TANNER A. Martin

Operational Definitions
of Schizophrenia. What =
Do They Identify? J. Nerv.
Ment. Dis., 1982, 170, -
443-447.