

61  
Zij



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**ESQUIZOFRENIA:  
HEMEROGRAFIA, CUADRO NOSOLOGICO  
E  
INDICE ANALITICO**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA**  
**SANDRA LUZ CRUZ ITURRIBARRI**

**DIRECTOR DE TESIS:**  
**LIC. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ**

**MEXICO, D. F.**  
**1996**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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 esta 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.

**Con profundo agradecimiento a la  
Licenciada Blanca Elena Mancilla  
Gómez, por su gran apoyo en la  
dirección de este trabajo.**

**A los miembros del jurado:  
Concepción Conde Alvarez,  
Lidia Díaz San Juan,  
Martina Jurado Baizabal y  
Juan Carlos Muñoz Bojalil,  
por su confianza y sus atinados  
comentarios.**

**A MIS HIJAS BRENDA JIMENA Y MARÍA JOSÉ, PORQUE ME BRINDARON EL MARAVILLOSO PRIVILEGIO DE SER MADRE Y POR SU HERMOSA SONRISA. ESTO ES POR USTEDES Y PARA USTEDES. LAS AMO.**

**A MI ESPOSO MIGUEL ÁNGEL, PORQUE ES MI FANTASÍA HECHA REALIDAD. UNA VEZ MÁS LO LOGRAMOS JUNTOS, TE AMO.**

**A MI MADRE TERESITA Y MI ABUELA PAZ+, POR SU GRAN AMOR Y SU INFINITA PACIENCIA. ESTOY CONVENCIDA DE QUE ESTE MUNDO SERÍA EXTRAORDINARIO SI LA MAYORÍA DE LA GENTE FUERA COMO USTEDES, GRACIAS POR TODO LO QUE SIEMPRE ME HAN DADO.**

**A MI PADRE VÍCTOR MANUEL, PORQUE ME DIO LA VIDA.**

**A MIS HERMANOS VÍCTOR, SARITA, LETICIA Y GABY, Y A MI TÍA PAZ, PORQUE SIEMPRE SERÁN MI MEJOR EJEMPLO. LOS QUIERO MUCHÍSIMO.**

**A MIS SOBRINOS EDGAR, OSCAR, ELIECER, RODRIGO, ALEXA, RICARDO, MIGUEL, PAMELA, VERÓNICA Y MÓNICA, PORQUE VERLOS CRECER HA SIDO UNA DE LAS COSAS MAS BONITAS DE LA VIDA.**

**A MIS CUÑADOS RICARDO, TERE, JUAN Y JORGE, PORQUE LOS QUIERO.**

**A LA FAMILIA CASTRO ESPECIALMENTE A GABY Y GRACE, PORQUE ACEPTARON MUÝ BIEN NO PERDER UN HIJO SINO GANAR UNA HIJA, CON TODOS LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE ESO IMPLICA. GRACIAS.**

**A MIS QUERIDOS AMIGOS VICKY ORTÍZ, SILVIA ISLAS, GABRIELA GARCÍA, ROSALBA FERNÁNDEZ, ULISES AGUIRRE Y JOSÉ LUIS RIVERO, PORQUE CONOCEN MUÝ BIEN EL SIGNIFICADO DE LA PALABRA AMISTAD.**

## RESUMEN

Revisé un total de 7 revistas de Psicología con la finalidad de elaborar una Hemerografía sobre esquizofrenia, la cual quedó formada por 110 artículos, hice la traducción de inglés a español de 71 y 39 fueron publicados en español.

Con la información obtenida elaboré un Cuadro Nosológico que incluye:

Definición  
Sintomatología  
Comienzo  
Personalidad Premórbida  
Factores Predisponentes  
Prevalencia  
Incidencia  
Familia  
Tipos  
Etiología  
Tratamiento

Finalmente elaboré un Índice Analítico de la Hemerografía en el que se desglosa, por orden alfabético, el total de autores, títulos de artículos y descriptores que aparecen en la hemerografía, así como el número de ficha en el que se localizan. Este Índice incluye también información sobre el número de artículos por revista, los autores que más escribieron, número de artículos por año y un pequeño resumen sobre depresión y recaídas.

## ÍNDICE GENERAL

Introducción	4
Ficha hemerográfica	8
Hemerografía	9
Psiquis	9
Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina	18
Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana	21
American Psychologist	28
The American Journal of Family Therapy	30
Annual Review of Psychology	31
British Journal of Medical Psychology	32
Cuadro Nosológico	65
Definición	65
Sintomatología	65
Comienzo	66
Personalidad Premórbida	67
Factores Predisponentes	67
Prevalencia	68
Incidencia	69
Familia	69
Tipos	70
Etiología	72
Tratamiento	74
Índice Analítico de la Hemerografía	80
Comentarios a modo de Conclusiones	101
Bibliografía	107

# INTRODUCCIÓN

"¿La primera hora de tratamiento de un esquizofrénico basta para pensar que uno sabe de esquizofrenia, y hacen falta veinte años de experiencia para darnos cuenta de que sabemos muy poco?"

RACAMIER

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Estamos viviendo una época de grandes e importantes cambios en todas las áreas del conocimiento: social, política y científica. La Psicología no se queda atrás, se está investigando y se obtienen resultados y novedades constantemente.

Hablando específicamente de esquizofrenia, a lo largo del tiempo y de interesantes lecturas he podido percibir que existen muchos y muy variados puntos de vista sobre su tratamiento, etiología y diagnóstico, entre otras cosas. Considero, por lo tanto, que existe la necesidad de englobar estos distintos puntos de vista, que en gran medida no dejan de ser complementarios.

Otra razón que me motivó a llevar a cabo este trabajo es el hecho de que no existe una hemerografía específica sobre esquizofrenia. Nuestra Facultad cuenta en su biblioteca con el área de Servicios de Información, en la que se manejan discos compactos. Uno de ellos es Bancos Bibliográficos Mexicanos, proyecto realizado por la Universidad de Colima y en el que se presentan las fichas de la siguiente manera:

- (AUTOR.) -Nuñez Domínguez, L. A. Martín Carrasco, M.
- (TITULO.) -Cannabis y esquizofrenia. Presentación de un caso
- (FUENTE.) -1989
- (IDIOMA:) -spa.
- (PAGINAS.) -10 (5), 49-50
- (RESUMEN.) -Un caso clínico pone de manifiesto la correlación entre el consumo de cannabis y la activación de un medio psicótico de tipo esquizofrénico.
- (DESCRIP.) -Droga (abuso). Drogas alucinógenas. Cannabis. Esquizofrenia. Reporte de caso.

Sin dejar de reconocer la gran ayuda de este tipo de ficha, al no ser específicas sobre los distintos temas de Psicología, en este caso esquizofrenia, quedan interrogantes que para nuestra área son fundamentales, ya que para cualquier muestreo requerido en una



investigación, es necesario saberlos y ver de esta forma son útiles o no, para lo que se investiga por ejemplo, el sexo del paciente, edad, educación, etc.

Es claro que estas interrogantes se aclaran de inmediato al recurrir al artículo original, sin embargo se ha hecho una doble búsqueda y una doble lectura, porque en muchas ocasiones las publicaciones no se encuentran en la UNAM y el rastrearlas implica inversión de tiempo y algunas veces de dinero. Lo que no sucede con una hemerografía específica, ya que la totalidad de artículos que se manejan están incluidos en un sólo volumen y además cuentan con un resumen mucho más amplio que contiene los datos pertinentes. Encontré también que en lo que se considera descripción, el mismo artículo habla de drogas alucinógenas, pero al remitirme al original, descubrí que lo que dice sobre drogas es que el sujeto esporádicamente consume LSD, amfetaminas y cocaína; de tal manera que si estoy buscando información sobre este tipo de drogas no me sería muy útil lo que ahí se menciona, pues, en realidad, la información al respecto no es amplia.

La Facultad cuenta con bases de datos, como PsycLIT, que contiene información mundial de literatura en psicología. Sin embargo, al momento de realizar la primera búsqueda en 1993, solamente contenía los datos de 1971 a 1991, faltando los de 1992 a 1993. Por otra parte, para buscar datos específicos debemos irlos solicitando poco a poco, por ejemplo, en mi experiencia personal con PsycLIT, realicé la búsqueda de la siguiente manera: pedí como primer concepto *schizophrenia* (se maneja en inglés la mayor parte del programa) aparecieron un total de 10 721 fichas, después pedí de éstas las que fueran de 1981 a 1991, se redujo el número a 10 676, pedí entonces las que estuvieran en inglés y finalmente en español y el número final de fichas fue cero. Tuve pues que solicitar la información como *esquizofrenia/esquizofrenias*, por medio de un número que se busca previamente en el propio banco de datos; solicité uno a uno los datos anteriormente mencionados y finalmente obtuve un total de 92 fichas, este número no me pareció correcto porque en mi revisión de artículos únicamente en español, de la revista *Psiquis*, había identificado, 16 artículos, de enero de 1988 a diciembre de 1991. Tomando en cuenta que la información que este disco contiene es mundial y que solicité el total de fichas de diez años, me pareció que 92 fichas eran muy pocas naturalmente, los resultados obtenidos se encuentran en los comentarios de este trabajo.

Por lo anteriormente expuesto,

#### **LOS OBJETIVOS DE ESTE TRABAJO SON:**

1) Presentar una hemerografía actualizada y específica, que contenga los artículos que se encuentren en algunas de las revistas que tengan el mayor número de ejemplares de enero de 1988 a diciembre de 1993; que se encontraran en el acervo de la Facultad de Psicología de la UNAM, y que estuvieran en español o inglés, como por ejemplo la *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*.

2) Traducir los artículos publicados en inglés y presentar un amplio resumen en español de los artículos, que proporcione mayor información sobre el contenido de los mismos, y facilitar su consulta.

3) Elaborar un Cuadro Nosológico de esquizofrenia basado en la información obtenida en los artículos revisados.

4) Elaborar un Índice Analítico específico de esquizofrenia que contenga el nombre del autor, el título de artículo y los descriptores o temas. Con esta información se puede saber con facilidad qué autores han publicado más en los años señalados, qué temas han predominado o en qué año se editaron más trabajos, entre otras cosas.

### MÉTODO:

Para realizar la investigación, primero revisé los ficheros del acervo de la hemeroteca de la Facultad de Psicología de la UNAM y seleccioné las 7 revistas que tenían mayor número de ejemplares de enero de 1988 a diciembre de 1993: obteniendo *Psiquis, Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, American Psychologist, The American Journal of Family Therapy, Annual Review of Psychology* y *British Journal of Medical Psychology*. Tras la revisión cuidadosa de cada uno de sus números obtuve 167 artículos sobre esquizofrenia, 61 en español y 106 en inglés, de los que tomé aleatoriamente 39 en español y traduje 71, elaborando para cada uno de ellos una ficha como la que se muestra en el anexo 1 de esta introducción, tomada de la propuesta por Umberto Eco (1992).

Para presentar la Hemerografía ordené las fichas por revista y alfabéticamente por autor, designe un número al artículo de acuerdo con dicho ordenamiento.

Para la elaboración del Cuadro Nosológico, saqué toda la información requerida, la confronté, analicé y resumí. El Cuadro contiene los siguientes datos:

- Definición
- Síntomatología
- Comienzo
- Personalidad Premórbida
- Factores Predisponentes
- Prevalencia
- Incidencia
- Familia
- Tipos
- Etiología
- Tratamiento

El Índice Analítico se presenta por autor, tema y título de artículo y, como su nombre lo indica, se ofrece un análisis sobre la cantidad de artículos por revista, por autor, por año y, al final, el número de descriptores del total de artículos, además de un pequeño resumen de los descriptores que encontré en mayor número de artículos y que no fueron incluidos en el Cuadro Nosológico.

Me parece conveniente insistir en que el Índice Analítico es muy importante porque proporciona información sobre los autores que más publican y sobre qué temas, o bien sobre cuáles son los títulos más conocidos. Además si se busca información sobre un tema en especial, por ejemplo, etiología, al recurrir al índice, obtenemos además de los artículos que hablan sobre el particular, el autor o autores que más escribieron al respecto, por lo tanto, los que tienen más experiencia y nos pueden aportar más y mejor información.

En este mismo índice, se puede saber sobre cuáles áreas se necesita seguir investigando, porque así como da información sobre los aspectos más estudiados, se tiene información sobre los temas menos trabajados; lo que da al investigador una pauta para realizar trabajos posteriores.

De cumplir con los objetivos propuestos, contaremos con un modesto pero útil instrumento de consulta específico y reciente, que podrá servir tanto al estudiante como al investigador o al interesado de la Facultad o de otras instituciones, que requieran información al respecto y facilitará la búsqueda de información, sobre esquizofrenia. Con ello, me parece que se ahorra la consulta de Bancos de datos generales, algunos de los cuales están en servicio en la biblioteca de la Facultad.

Este trabajo deja la puerta abierta para continuarlo con el resto de revistas que sobre el particular existen en el acervo de nuestra Universidad y otras instituciones, en todos los idiomas y sobre todos los temas que conciernen o interesan a la Psicología.

Por último quiero señalar que también se puede obtener, una interesante lista de posibles trabajos de investigación, tanto documental como de campo sugerida por los mismos artículos.

## FICHA HEMEROGRÁFICA

**N° número de ficha**

**AUTOR:** quién o quiénes escriben el artículo

**TÍTULO:** "título del artículo"

**PUBLICACIÓN:** referencia de la revista: volumen, fecha (mes-año), número de páginas

**DESCRIPTORES:** tema o temas principales

**RESUMEN:** información resumida sobre el contenido del artículo

## HEMEROGRAFÍA

El título de la revista a la que pertenecen las fichas hemerográficas aparece centrado en la parte superior antes de iniciar cada bloque de fichas, e inmediatamente abajo, entre paréntesis, se localiza el lugar de publicación de la revista.

### *PSIQUIS* (Madrid)

1.- A: Alberdi, Sudepe, J.

"Influencia de las variables socio familiares sobre el desarrollo y el curso de la esquizofrenia"

R: v. X, n. 11, n. 9, f. 1989, pp. 18 - 31

D: Factores predisponentes/ Familia/ Carga/ Recaldas

Realizó una revisión bibliográfica sobre los conocimientos del influjo de diversas variables familiares sobre el comienzo y curso de la esquizofrenia.

Presenta el modelo de vulnerabilidad estrés de Fallon para la esquizofrenia con algunas modificaciones.

Menciona los constructos familiares de mayor vigencia: Hirsch y Leff y Sluzk.

Menciona algunas investigaciones realizadas sobre CD (communication deviance) y AS (affective style), resumiendo que los hijos de padres que puntúan alto en CD y AS tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno del espectro esquizofrénico amplio.

Comenta los estudios de Brown y cols. sobre la influencia del medio en las tasas de recaldas tras el alta hospitalaria, evaluando por medio de entrevistas, principalmente Expresividad Emocional (EE), encontrando que las recaldas eran más frecuentes en pacientes que regresaban al seno familiar con una puntuación alta de EE y que las recaldas en familias de alta EE se reducían si el tiempo de contacto con la familia era menor a 35 horas semanales.

Propone dos alternativas de cuestionarios para la valoración del medio familiar.

Habla sobre el concepto de carga familiar de Fadden que se refiere a la influencia del enfermo sobre la familia; a este respecto Tessler y cols. proponen nueve etapas de los familiares a la conducta y actitud de los pacientes.

2.- A: Boatas, F., et al.

"Análisis de la conducta suicida en la esquizofrenia"

R: v. XII, a. 13, n. 10, f. 1991, pp. 21 - 27

D: Suicidio/ Conducta agresiva/ Depresión

Se estima que alrededor del 10% de los esquizofrénicos fallecen por suicidios consumados, aunque el porcentaje de pacientes que presentan ideas relacionadas con el suicidio puede estar entre el 20 a 30%.

Pretenden analizar la conducta suicida de los esquizofrénicos, durante su tratamiento.

Presentan cinco casos: tres varones de 24 a 58 años y una mujer de 23, todos solteros, que consumaron el suicidio. Y un varón de 31 años, casado, que intentó suicidarse sin éxito.

Los autores entienden el proceso esquizofrénico desde un punto de vista multidimensional, por lo que ante un suicida manejan una constelación casual que engloba los marcos biológicos, psicodinámicos y socio familiares.

El comportamiento suicida en la esquizofrenia, va configurándose al rededor de los siguientes conceptos: hostilidad, odio a la realidad, depresión. Incluso los hallazgos biológicos que se encuentran en el metabolismo serotoninérgico orientan a alteraciones patológicas de la conducta agresiva.

3.- A: Cabrera Fomeiro, J.

"El brote esquizofrénico en el personal profesional destinado en el País Vasco"

R: v. IX, a. 10, n. 4, f. 1988, pp. 50 - 56

D: Factores predisponentes

Estudia cómo una situación de estrés puede favorecer un brote esquizofrénico en el personal profesional Castrense, del país Vasco y su repercusión en la Guardia Civil y Policía Nacional.

Investigó en el Psiquiátrico Militar de Ciempozuelos en Madrid, revisó las historias clínicas de 1979 a 1985, buscando los diagnósticos de esquizofrenia de 18 a 23 años.

Encontró cinco guardias civiles y un policía nacional. Realizó una descripción de la causística, profundizando en los factores psicogenéticos, intentando relacionar la aparición del brote con el estado de tensión de los pacientes. Tres eran esquizofrénicos y tres manifestaron el brote después de meses de dejar el país.

Que aparezcan tres casos de esquizofrenia en 6 años sugiere que la frecuencia en la aparición del brote es menor en el personal destinado a esa región que en el resto del país y que las circunstancias sociales de ésta influyen en la dificultad para detectar el brote, por la tolerancia natural de las conductas extrañas, pues es más fácil pasar desapercibido con conductas paranoides en un medio donde la vida está amenazada.

Concluye que no parece que una situación de estrés favorezca la aparición del brote en el personal militar, que dicha situación podría ser propicia para la permanencia en ella sin aparentes descompensaciones de las personalidades esquizoides, que la salida de la

situación de estrés, sería un desencadenante desinhibidor que precipitaría la enfermedad y que ningún caso presentó factores psicogenéticos que explicaran el surgir del brote.

4.- A: Cabrera Forneiro, J., et al

"Los signos neurológicos menores en la esquizofrenia residual"

R: v. XII, a. 13, n. 2, f. 1991, pp. 52 - 55.

D: Sintomatología

Con el protocolo de Gándara estudian los signos neurológicos menores (SNM) de la esquizofrenia residual. Se aplicó de manera uniforme por un solo experimentador a cuatro grupos que fueron: 1) 14 varones diagnosticados de esquizofrenia menores de 20 años, 2) 14 varones normales de 20 años como grupo control, 3) 30 varones diagnosticados de esquizofrenia residual de 33 a 64 años y 4) 17 varones normales de 30 a 60 años como grupo control.

Los grupos 1 y 3 fueron explorados estando ingresados en hospital y bajo tratamiento neuroléptico convencional.

El grupo 3 se subdividió en dos, de 33 a 49 años y de 50 a 64 años.

Sus conclusiones fueron: 1. La presencia de SNM en esquizofrénicos residuales es mayor que en los esquizofrénicos juveniles en comparación con su grupo control, 2. Existen diferencias significativas de SNM de los esquizofrénicos residuales en el sentido de aumento de edad, 3. La marcha es la única prueba que no denotó deterioro en ningún grupo, 4. La estereognosia es el único ítem que dio diferencias significativas independientemente en el grupo 3, 5. Hubo un deterioro más significativo en coordinación de los miembros superiores en el grupo 3 y 6. No es posible especificar el efecto de la edad y la esquizofrenia residual ambos por separado en cuanto a su influencia en la aparición de los SNM.

5.- A: De Arce Córdón, R. y E. Baca Baldomero

"Expectativas de la familia ante el ingreso psiquiátrico en un grupo de esquizofrénicos"

R: v. X, a. 11, n. 8, f. 1989, pp. 45 - 51

D: Familia

La evaluación, por parte de la familia del esquizofrénico, de la asistencia recibida por sus enfermos, es un dato revelador de la efectividad de ésta.

Investigaron cuáles son las expectativas de la familia en relación a la enfermedad y su proceso de curación y cuáles son satisfechas por los profesionales y la Institución.

Entrevistaron cincuenta familiares directos y convivientes de los pacientes ingresados por primera vez en la Unidad de Agudos del Hospital Psiquiátrico de Navarra, de agosto de 1986 a septiembre de 1987 con diagnóstico de trastorno esquizofrénico.

Se hizo una segunda entrevista, al alta del paciente, solicitando que clasificaran las expectativas en base a su satisfacción.

Los pacientes eran un grupo de esquizofrénicos, mayoritariamente jóvenes, no institucionalizados, que habían permanecido ligados a la familia, sin desarrollar vínculos maritales estables, con nivel de instrucción aceptable y nivel de ocupación alto, para el conjunto de la muestra. No se planteaban problemas de desarraigo o emigración y el contacto previo con el sistema asistencial psiquiátrico era minoritario.

Según los porcentajes obtenidos concluyen que, si bien el valor de la familia como recurso e instrumento de rehabilitación del paciente es un hecho, el apoyo real que recibe es insuficiente.

6.- A: Fuentenebro, F., et al

"Predicción de la respuesta al tratamiento neuroléptico en la esquizofrenia"

R: v. X., a. 11, n. 1, f. 1989, pp. 22 - 28

D: Tratamiento

El Estudio de la predicción de la respuesta al tratamiento neuroléptico en la esquizofrenia ha estado, tradicionalmente, basado en la observación de ciertas variables: edad, sexo, estado civil y clase social. En los últimos diez años varios autores han señalado que la valoración de la respuesta subjetiva -sintónica o disfórica- ante los fármacos antipsicóticos puede ser un predictor del pronóstico.

Se evaluaron 50 esquizofrénicos (DSM-III) tratados con Molidone o Haloperidol. El estudio fue a doble ciego para comprobar el efecto, sobre el control de los síntomas psicóticos, de dos neurolépticos con un perfil bioquímico diferente.

Los enfermos que recibieron Molidone presentaron una mejor respuesta subjetiva y menos efectos extrapiramidales. La diferencia entre la respuesta clínica al tratamiento de los dos grupos -sintónicos y disfóricos- no fue significativa.

Estos hallazgos sugieren la necesidad de interpretar con cautela la relación entre respuesta subjetiva al tratamiento neuroléptico y pronóstico clínico. Probablemente la reacción disfórica esté en función de la afinidad de los neurolépticos por ciertos receptores dopaminérgicos y sea correlato de la elaboración subjetiva de los efectos secundarios de la medicación.



7.- A: García Corbeira, P., et al  
 "Repercusión de la esquizofrenia sobre el grupo familiar"  
 R: v. XII, a. 13, n. 2, f. 1991, pp. 34 - 47  
 D: Familia/ Carga

Analizan las repercusiones y el desgaste que para una familia supone la convivencia con un esquizofrénico, a través de entrevistas realizadas a un grupo de 65 familiares de enfermos ingresados en el Hospital Clínico de San Carlos de Madrid; distribuidos en dos grupos, uno de 34 familiares de 20 esquizofrénicos y otro de 31 familiares de 15 enfermos de otras patologías, como grupo control. Los enfermos eran de 18 a 39 años, solteros, con escolaridad mínima de cinco años y residentes en el domicilio paterno.

Los orígenes de la "carga" manifestada por estas familias son: problemas económicos, interferencia con las tareas cotidianas, restricción de tiempo libre, trastornos del sueño, deterioro de relaciones familiares, conducta agresiva o desconcertante del paciente, responsabilidad de protección del enfermo y sentimiento de desesperación.

Excepto en algunos aspectos, la "carga" que deben soportar las familias de esquizofrénicos no se reveló cualitativamente distinta de la ocasionada por los enfermos del grupo de otras patologías psiquiátricas.

Es un hecho que al intentar afrontar la sintomatología del paciente esquizofrénico, resulta perjudicada la propia salud mental de los familiares

8.- A: González Marchamalo, L., et al  
 "Delirio esquizofrénico y personalidad premórbida"  
 R: v. XII, a. 13, n. 2, f. 1991, pp. 27 - 47  
 D: Sintomatología/ Personalidad premórbida

Realizaron un estudio del delirio, en 27 hombres y 18 mujeres diagnosticados de esquizofrenia en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico de San Carlos, viendo las relaciones con determinadas variables psicopatológicas y sociodemográficas, incluida la personalidad premórbida.

La temática delirante mayoritaria de los enfermos era paranoide y/o de persecución, seguida por el delirio afectivo 60%, y el cultural y/o familiar 30%, dándose generalmente asociados los temas delirantes en un 77%.

Los trastornos de la personalidad premórbida se dan en el 75% de los enfermos, pero el esquizoide no es el más frecuente. Los síntomas neuróticos en la infancia se dan en un 57%. No encontraron relaciones significativas entre el tipo de delirio y las variables estudiadas.

9.- A: Ingelmo Fernández, J., et al

"Sobre la eficacia de la psicoterapia grupal analítica con principios técnicos específicos en el tratamiento de la esquizofrenia crónica"

R: v. XIII, a. 14, n. 9, f. 1992, pp. 26 - 40

D: Tratamiento

Plantean la eficacia de la psicoterapia grupal analítica en el tratamiento de esquizofrénicos, analizan la mejoría clínica y psicosocial de éstos. Toman como punto de partida los resultados de una investigación sobre tratamiento combinado en la esquizofrenia crónica (tratamiento con neurolepticos y psicoterapia grupal analítica).

Trabajaron con un grupo control de 13 pacientes que recibieron tratamiento con neurolepticos y con un grupo experimental de 19 pacientes tratados con neurolepticos y psicoterapia grupal analítica.

Concluyen que es posible que la psicoterapia grupal analítica sea una terapia adecuada para mejorar la calidad de vida de los pacientes, entendiendo que ésta mejora al presentar síntomas más moderados y sin efectos sobre el comportamiento, al existir un deterioro menor en la comunicación y presentar una menor incapacidad para funcionar en casi todas las áreas de la vida cotidiana.

La terapia combinada parece ser más eficaz que la terapia farmacológica en el tratamiento de pacientes diagnosticados, según el DSM-III-R, como Esquizofrenia de Curso Crónico con Exacerbación Aguda.

10.- A: Manero Marcen, E., et al

"Evolución clínica del paciente esquizofrénico y adaptación dopaminérgica"

R: v. XI, a. 12, n. 1, f. 1990, pp. 57 - 60

D: Tratamiento/ Sistema Dopaminérgico

Pacientes diagnosticados de Esquizofrenia Crónica (RDC) y en tratamiento prolongado con neurolepticos fueron sometidos a determinaciones de niveles plasmáticos de prolactina y ácido homovalínico. El estudio pretende comprobar si el sistema dopaminérgico continúa respondiendo a la administración crónica de tales drogas.

Los pacientes estaban ingresados en la unidad de pacientes varones del hospital, con edades entre 19 y 45 años, ninguno presenta patología orgánica y todos estaban tomando neurolepticos.

Los resultados indican que no se ha constatado variación significativa con los diferentes neurolepticos, existiendo una respuesta genérica de los receptores dopaminérgicos independientemente del fármaco usado y que existe respuesta de los receptores dopaminérgicos a la administración del neuroleptico, lo que implica una acción positiva del fármaco sobre la enfermedad.

Concluyen que es posible poner de manifiesto a través de los análisis de la variación diurna de HVA y de la prolactina, la persistencia de un efecto metabólico de los

neurolépticos, aún después de largos períodos de tratamiento, esto se demuestra con cualquier neuroléptico clásico.

No se ha podido establecer una correlación entre la magnitud del efecto bioquímico residual del neuroléptico y la evolución clínica, lo que no excluye que tal relación pueda existir.

11.- A: Montero, I., et al

"Impacto de un programa psicoeducativo en familias de pacientes esquizofrénicos"

R: v. XI, a. 12, n. 7, f. 1990, pp. 27 - 35

D: Factores predisponentes/ Familia/ Programas Psicoeducativos

Describen un programa de intervención psicosocial con 24 familias de esquizofrénicos. La muestra de pacientes constaba de 18 hombres y 6 mujeres, con media de edad de 21 años. 22 solteros y 2 casados. La duración media de enfermedad fue de 3 años.

Las familias participantes estaban representadas por el esposo(a) en 2 casos y por los padres en 22 casos.

Se analizan los cambios en el nivel de información y actitudes sobre esquizofrenia, la Expresividad Emocional (EE) del familiar clave, el número de horas de contacto, antes y después del programa y el grado de satisfacción de los participantes.

El nivel de información y actitudes, medido con un cuestionario, mejoran con el programa. Al finalizar el mismo, el número de comentarios críticos se reduce aunque no los suficiente como para modificar la EE global. Los cambios en información y actitudes detectados, no se relacionan con los cambios en la EE global ni en ninguno de sus componentes. Los participantes se mostraban satisfechos con el programa.

12.- A: Nuñez Domínguez, L. A. y M. Martín Carrasco

"Cannabis y esquizofrenia. Presentación de un caso"

R: V. X, a. 11., n. 5, f. 1989, pp. 49 - 51

D: Factores Predisponentes

Presentan el caso de un varón de 24 años, soltero, en cuya historia personal destacan los malos rendimientos escolares y la presencia de rasgos esquizoideos. Consumidor de cannabis desde los 17 años, alternando con tomas esporádicas de LSD, anfetaminas y cocaína. Al momento de su ingreso no ingería ningún tóxico.

Lo trataron con químicos, apreciándose una importante mejoría en los síntomas psicóticos activos, en las relaciones sociales y en su integración a las actividades terapéuticas

A lo largo del ingreso, observaron una importante asociación entre el consumo de cannabis, confirmado por la existencia de la sustancia en la orina, y la reaparición de síntomas psicóticos, especialmente delirios y alucinaciones.

13.- A: Orengo García, F.

"Trastorno de personalidad múltiple, borderline y esquizofrenia"

R: V. XII, a. 13., n. 10, f. 1991, pp. 11 - 19

D: Trastorno de personalidad múltiple/ Borderline/ Sintomatología

Reflexionan sobre aspectos clínicos esenciales a la hora de realizar un diagnóstico diferencial entre un trastorno de personalidad múltiple (TPM), borderline y esquizofrénico.

La presencia de alucinaciones auditivas o vivencias de influencia corporal pasiva es frecuentemente compartida entre estas entidades nosológicas, por lo que su validez a la hora del diagnóstico diferencial es escasa. Por el contrario la constatación anamnéstica de abusos especialmente sexuales en la infancia, constituye una característica constante en pacientes con trastorno de personalidad múltiple y en menor grado en aquellos trastornos de personalidad borderline, distinguiéndose en este punto claramente del colectivo esquizofrénico.

14.- A: Paniagua, C.

"Teorías psicoanalíticas de la esquizofrenia"

R: v. XII, a. 13, n., 2, f. 1991, pp. 11 - 25

D: Incidencia/ Antecedentes históricos/ Etiología/ Tratamiento

Repasan distintas teorías psicoanalíticas sobre esquizofrenia, que se ajustan a los modelos del déficit y del conflicto. Se citan las teorías sobre el origen interpersonal familiar de la enfermedad.

Los hallazgos neurofisiológicos en la esquizofrenia no invalidan su vertiente psicológica, aunque en lo referente a la etiología pueda existir incompatibilidad entre las teorías orgánicas y las psicológicas. Se resalta la imposibilidad de reducción de la psicogénia a la neuroquímica.

Se señala que, aún cuando el psicoanálisis clásico no está indicado en la esquizofrenia, las intervenciones de inspiración dinámica pueden resultar cruciales en el tratamiento de estos enfermos. Se comenta sobre las posibilidades y limitaciones de su manejo psicoterapéutico y se presentan tres viñetas clínicas ilustrativas de algunas sugerencias al respecto.

15.- A: Salamero, C., et al

"Personalidad y organicidad en esquizofrenia residual mediante el psicodiagnóstico de Rorschach"

R: v. XI, a. 12, n. 10, f. 1990, pp. 29 - 38

D: Rorschach/ Sintomatología

Analizan los rasgos de personalidad de 18 pacientes de sexo femenino, de edad entre 25 y 79 años, diagnosticadas de esquizofrenia residual (DSM-III-R).

La metodología utilizada fue la aplicación del test de Rorschach. Las características encontradas fueron un bajo número de respuestas, respuestas globales aumentadas, baja calidad formal, pocas respuestas de claro-oscuro, escasas respuestas de color, tipo vivencial coartado, bajo número de contenidos y escasas respuestas tanto vulgares como originales.

Los resultados obtenidos con el test son indicativos de un llamativo grado de lesión orgánica en los pacientes esquizofrénicos residuales.

16.- A: Sanz de la Torre, J. C., et al

"Neuropsicología de la esquizofrenia"

R: v. XIV, a. 15, n. 1, f. 1993, pp. 23 - 37

D: Pruebas neuropsicológicas/ Sintomatología

Realizan una revisión sobre las alteraciones neuropsicológicas halladas en pacientes esquizofrénicos. Analizan especialmente las siguientes funciones: ejecutiva, atención, memoria, lenguaje, habilidades espaciales y motricidad.

También se estudian los efectos de la mediación y de la institucionalización.

Presentan una tabla de test neuropsicológicos en la que se manejan 40 estudios realizados, la tabla incluye: nombre del estudio, muestra, edad, sexo, test, función - área y resultados.

17.- Zabala Blanco, I., et al

"Entrenamiento de la capacidad de resolución de los problemas cotidianos en un grupo de pacientes esquizofrénicos crónicos"

R: v. XIII, a. 14, n. 1, f. 1992, pp. 38 - 46

D: Rehabilitación psicosocial

Se expone el método y los resultados de un programa de entrenamiento de la capacidad para resolver problemas interpersonales con un grupo de esquizofrénicos ambulatorios con

diagnóstico de esquizofrenia crónica según criterios del DSM-III-R. Trabajaron con cinco hombres y una mujer con edad media de 26.3 años.

La conclusión demuestra que este tipo de programa mejora las capacidades de los pacientes y que la experiencia anglosajona puede trasponerse a un entorno sociocultural diferente.

**ACTA PSIQUIATRICA Y PSICOLÓGICA DE AMÉRICA LATINA**  
(BUENOS AIRES)

18.- A: Ban, Thomas A.

"Aspectos nosológicos, genéticos, neurobiológicos y psicofarmacológicos de la esquizofrenia"

R: v. XXXVIII, n. 3, f. septiembre, 1992, pp. 189 - 204

D: Nosología/ Antecedentes históricos/ Etiología

Se delinea el desarrollo de la nosología psiquiátrica y se proponen cinco principios para organizar los síntomas psicopatológicos en trastornos psiquiátricos. Dentro del marco de referencia de los principios organizativos de la nosología, se pasa revista a la evolución y disolución del concepto unitario de esquizofrenia para discutir, luego, ciertos hallazgos ocurridos en estudios de validación, tanto neurobiológica como genética y psicofarmacológica. Se hace hincapié en que determinados hallazgos, comprobados en estudios de genética familiar de investigaciones de psicofarmacología clínica respaldan la opinión de Leonard (1957) que postulaba que la esquizofrenia sistemática y no-sistemática constituyen dos poblaciones distintas.

19.- Ellerman, Luis A.

"Tratamiento con Bromperidol en pacientes esquizofrénicos"

R: v. XXXV, n. 1 y 2 f. enero - junio, 1989, pp. 23 - 30

D: Tratamiento/ Sintomatología

Evaluó en forma abierta la acción antipsicótica y los efectos secundarios del Bromperidol en 33 pacientes esquizofrénicos, 14 hombres y 19 mujeres de edad entre 18 y 57 años, 13 solteros, 4 casados y 4 divorciados con diagnósticos (DSM-III) de

esquizofrenia indiferenciada 7, paranoide 4, desorganizada 2 y otros tipos 20. El Bromperidol fue administrado por vía oral en dosis iniciales de 2.5 a 10 mg/día.

Los resultados obtenidos luego de dos semanas, un mes, dos y tres meses, de tratamiento, evidenciaron una significativa mejoría en la mayoría de los síntomas psiquiátricos evaluados. El Bromperidol posee un potente efecto antipsicótico y ciertas propiedades estimulantes sobre la actividad, que resultan sumamente beneficiosas al favorecer la motivación y resocialización de los pacientes. Su tolerancia general fue muy buena. Nueve pacientes, presentaron efectos extrapiramidales leves que fueron fácilmente controlados con medicación anticolinérgica.

20.- A: Lagomarsino, Alejandro J.

"Psicoeducación para familias de esquizofrénicos"

R: v. XXXVI, n. 1 y 2, f. enero - junio, 1990, pp. 73 - 80

D: Programas psicoeducativos/ Tratamiento/ Modelo vulnerabilidad - estrés/ Factores predisponentes/ Recaídas

Evidencias procedentes de diferentes países han mostrado que un nuevo enfoque de tratamiento de la esquizofrenia tiene mayor eficacia que el tratamiento tradicional, de entrevistas individuales y medicación antipsicótica.

Las recaídas disminuyen su frecuencia mediante una intervención familiar, uno de cuyos aspectos novedosos es la educación del paciente y su familia sobre la enfermedad. Se revisa el origen de las ideas que sustentan este enfoque integrador de los recursos psicofarmacológicos y psicológicos en el tratamiento de la esquizofrenia.

Se mencionan los cuatro modelos psicoeducativos, sus objetivos y diferencias entre sí.

21.- A: Silva I, Hernán, et al

"Disminución de la esquizofrenia catatónica en pacientes hospitalizados en 1984 respecto de 1964"

R: v. XXXV, n. 3 y 4, f. julio - diciembre 1989, pp. 132 - 138

D: Tipos/ Sintomatología

Se ha sostenido que las enfermedades mentales han cambiado en sus manifestaciones, en las últimas décadas. La forma catatónica de la esquizofrenia, sería cada vez menos frecuente y se ha afirmado que es una entidad en vías de desaparición.

Investigaron las variaciones en la prevalencia de la esquizofrenia catatónica y de la sintomatología catatónica en los pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile en 1984 respecto de 1964. Con este propósito se hizo un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes esquizofrénicos egresados de esa institución en ambos años.

Se encontró una disminución de la forma catatónica de la esquizofrenia en los pacientes hospitalizados en 1984 respecto de 1964 y hubo también una disminución de los síntomas catatónicos que se asocian a las formas más graves de la enfermedad. Estas diferencias no guardan relación con el mayor o menor tiempo de evolución previo a la hospitalización en ambos años.

22.-A: Del Vecchio, Sandra y Pascual A. Gargiulo  
"Objetivación de la función visomotriz en la esquizofrenia"

R: v. XXXVIII, n. 4, f. diciembre, 1992, pp. 317 - 322

D: Sintomatología/ Test de Bender

La función gestáltica visomotriz ha sido explorada mediante la aplicación del reactivo Bender en 26 esquizofrénicos crónicos (edad promedio 38.9 ) y 7 esquizofrénicos agudos (edad promedio 28.7 años) comparados con 26 controles normales (edad promedio 26.4 años). Los parámetros considerados fueron: distorsión de la forma, rotación, integración, perseveración, utilización del espacio, motricidad fina, puntaje (Ítem global) y tiempo de ejecución. En distorsión y rotación hubo diferencias altamente significativas entre crónicos y controles. En los agudos, se observó que la perseveración alcanzaba una significación destacable. Integración y utilización del espacio, no ofrecieron diferencias significativas entre los tres grupos. El puntaje resultante de todos los ítems anteriores, demostró diferencias altamente significativas entre los controles y ambos grupos de pacientes. Haciendo todas las salvedades pertinentes por tratarse de enfermos medicados con neurolepticos, concluyen que el reactivo Bender detecta alteraciones en la gestalt de la percepción, compatibles con una pérdida de la estructura objetiva de lo percibido, en pacientes agudos y crónicos.



*REVISTA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA HABANA*  
(HABANA)

23.- A: Cabrera Gómez, José A., et al

"Hallazgos ultraestructurales en la corteza auditiva de una paciente esquizofrénica"

R: v. XXIX, n. 4, f. octubre - diciembre, 1988, pp. 593 - 598

D: Etiología/ Tipos

Presentan los hallazgos ultraestructurales en la corteza auditiva de una paciente esquizofrénica fallecida por un trombolismo pulmonar en el hospital provincial clínico quirúrgico docente Dr. Gustavo Aldeleguía Lima, en Cienfuegos, en la que pudo demostrarse la presencia de duplicidad de membranas, así como partículas semejantes al herpes simplex hominis tipo I. Los resultados se compararon con los de otros autores, lo que reafirmó la hipótesis de la posible etiología viral de la esquizofrenia.

24.- A: Cabrera Gómez, José A., et al.

"Interferón y esquizofrenia. Una revisión."

R: v. XXX, n. 3, f. julio - septiembre, 1989, pp. 349 - 356

D: Interferón/ Etiología

Realizan una revisión teórica del estado actual en que se encuentran las investigaciones respecto a la utilización del Interferón (IFN) en afecciones virales del Sistema Nervioso Central y específicamente en la esquizofrenia. Se discuten aspectos tales como los niveles del IFN en el suero y el líquido cefaloraquídeo de pacientes esquizofrénicos, los mecanismos de producción de dicha sustancia, sus efectos neurobiológicos y neurotóxicos, las vías de administración y dosis utilizadas, así como los ensayos clínicos que a ese momento se han realizado en este sentido.

Presentan doce conclusiones sobre este particular.

25.- A: Cabrera Gómez, José A., et al  
 "Interferón. Su utilización en dos casos de esquizofrenia. Nota clínica inicial"  
 R: v. XXX, n. 4, f. octubre - diciembre, 1989, pp. 583 - 586  
 D: Etiología/ Interferón/ Tipos/ Tratamiento

Exponen la experiencia de la administración de Interferón en dos pacientes: un varón de 20 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide y una mujer de 17 años con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica, en los cuales los tratamientos clásicos fueron infructuosos. Los resultados con Interferón fueron favorables por lo que proseguirán con los estudios en ese sentido.

26.- A: Cabrera Gómez, José A., et al.  
 "Interferón. Su utilización en nueve pacientes esquizofrénicos"  
 R: v. XXXI, n. 1, f. enero - marzo, 1990, pp. 81 - 87  
 D: Interferón/ Tratamiento/ Sintomatología

Reseñan los conocimientos de la utilización del Interferón (IFN) en el tratamiento de la esquizofrenia. Describen la muestra que cuenta con 9 pacientes, 7 hombres y 2 mujeres, con edad entre 21 y 47 años y con diagnósticos ajustados a los establecido en el Glosario Cubano 2 y el DSM-III. Se detalla el esquema de tratamiento utilizado y se exponen los resultados que indican que de los 9 pacientes tratados, 8 tuvieron mejoría. Se discute la significación estadística de los resultados y se plantean los beneficios de la utilización del IFN por vía intratecal en pacientes esquizofrénicos jóvenes, con pocos años de evolución y pocos brotes.

Plantean la necesidad de realizar un estudio a doble ciegos como confirmación de la presente investigación.

27.- A: Cabrera Gómez, José A., et al.  
 "Tratamiento de la esquizofrenia con Interferón. Estudio a doble ciegos."  
 R: v. XXXI, n. 2, f. abril - junio, 1990, pp. 251 - 268  
 D: Interferón/ Tratamiento/ Sintomatología

Estudiaron 16 pacientes hombres y una mujer, con edades entre 25.8 y 28.1 años, diagnosticados como esquizofrénicos (GC 2 y DSM- III). Formaron dos grupos, el grupo A recibió tratamiento con IFN y placebos y el grupo B, terapéutica oral tradicional y un simulacro de punción lumbar. Establecieron una escala cuantitativa de los síntomas primarios y secundarios además de la medición de la evolución social; las evaluaciones se realizaron al inicio y al final del tratamiento y seis meses después. Inyectaron IFN

leucocitario humano por vía intratecal con una frecuencia bisemanal , hasta un total de ocho inyecciones; luego se aplicaron cuatro inyecciones con una periodicidad semanal y por último cuatro inyecciones quincenales. Las reacciones adversas del IFN se eliminaron con Indometacina por vía oral. Se midieron diversos parámetros humorales del líquido cefalorraquídeo y del electroencefalograma para comprobar la respuesta del medicamento y su tolerancia. Los resultados los analizaron con la prueba de Wilcoxon, se detectaron diferencias significativas en el grupo A (N= 9) no así en B (N= 2). Para evaluar las diferencias entre los grupos se utilizó la prueba "U" de Mann-Whitney, que demostró diferencias estadísticamente significativas favorables a los pacientes que recibieron el IFN.

28.- A: Franco Salazar, Guillermo, et al.

"Estudio sobre la hemostasia en los pacientes esquizofrénicos crónicos"

R: v. XXIX, n. 1, f. enero - marzo, 1988, pp. 53 - 60

D: Tratamiento/ Hemostasia

Esta investigación parece corroborar la existencia de una perturbación en los mecanismos de la hemostasia, hallazgo que estaría en consonancia con la altísima frecuencia de fenómenos tromboembólicos en los pacientes esquizofrénicos. La citada perturbación parece residir en la síntesis de la trombina y en uno de los factores plaquetarios estudiados. La correlación de las alteraciones en la hemostasia con los psicofármacos no ha sido definitivamente probada, pero el grupo de pacientes estudiados que recibían dichos medicamentos fue el que se afectó en mayor medida.

Se investigaron 50 pacientes esquizofrénicos crónicos, 26 del sexo masculino y 24 del femenino, en edades límites de 20 a 50 años.

29.- A: González Menéndez, Ricardo, et al.

"El Token Economy en la rehabilitación: comportamiento y apreciaciones de pacientes esquizofrénicos y alcohólicos."

R: v. XXIX, n. 3, f. julio - septiembre, 1988, pp. 361 - 373

D: Tratamiento

El estudio mediante entrevista estructurada a grupos respectivos de esquizofrénicos, alcohólicos y alumnas de terapia ocupacional y el seguimiento durante cuatro semanas, del comportamiento de estos grupos de pacientes incluidos en una comunidad terapéutica donde se utiliza una variante del sistema de reforzamiento por ficha (Token Economy), evidenció en los tres grupos una operación adecuada de los objetivos y criterios muy favorables sobre su utilidad, factibilidad y nivel de exigencia, así como el consenso de que el personal idóneo para el otorgamiento de méritos era el de terapia ocupacional. Los grupos de pacientes evidenciaron mayor nivel de información, sobre el sistema, que las

alumnas. Los alcohólicos lograron mayor promedio de méritos acumulados que los esquizofrénicos, pero fueron menos elegidos para cargos de autogobierno. Las alumnas evidenciaron juicios de valor muy positivos sobre el sistema y consideraron que la variante idónea era la de la tarjeta personal con señalización de méritos con gomígrafo.

Los esquizofrénicos eran 25 varones con edades entre 18 y 60 años, con criterio de cronicidad de los cuales el 12% eran casados.

30.- A: Guma Díaz, Emilio, et al.

"Estudio de algunas funciones cognitivas en alcohólicos y esquizofrénicos"

R: v. XXIX, n. 1, f. enero - marzo, 1988, pp. 29 - 40.

D: Tipos/ Raven

Se seleccionaron doce alcohólicos primarios crónicos, doce esquizofrénicos residuales, doce esquizofrénicos paranoides y doce controles presuntamente sanos a quienes se les aplicaron pruebas de velocidad psicomotora, memoria verbal inmediata y tardía, matrices progresivas de Raven y comprensión de estructuras logicogramaticales. Se encontraron deficiencias cognitivas de diferentes tipos y grados en los tres grupos de pacientes, centrados en la reducción de la capacidad de procesamiento y en el ineficaz manejo de la información abstracta, reveladoras de un anormal desarrollo de las habilidades cognitivas, explicables por una hipotética falla de los mecanismos de mediación lingüística lateralizados al hemisferio dominante y clasificables como una patología informacional de la actividad nerviosa superior.

31.- A: Guma Díaz, Emilio, et al.

"Estudio de algunas funciones cognitivas en alcohólicos y esquizofrénicos (II parte)"

R: v. XXIX, n. 2, f. abril - junio, 1988, pp. 185 - 193.

D: Tipos/ Raven

Seleccionaron doce alcohólicos primarios crónicos, doce esquizofrénicos residuales, doce esquizofrénicos paranoides y doce controles presuntamente sanos a quienes se les aplicaron pruebas de velocidad psicomotora, memoria verbal inmediata y tardía, matrices progresivas de Raven y comprensión de estructuras logicogramaticales. Se encontraron deficiencias cognitivas de diferentes tipos y grados en los tres grupos de pacientes, centradas en la reducción de la capacidad de procesamiento y en el ineficaz manejo de información abstracta, reveladoras de un anormal desarrollo de las habilidades cognitivas, explicables por una hipotética falta de los mecanismos de mediación lingüística lateralizados al hemisferio dominante y clasificables como una patología informacional de la actividad nerviosa superior.

32.- A: Handall, Norma, et al.

"Esquizofrenia y consanguinidad en dos regiones de Costa Rica"

R: v. XXXIII, n. 1, f. enero - junio, 1992, pp. 1 - 5

D: Consanguinidad/ Familia

Estudiaron en dos regiones de Costa Rica (provincias de San José y Heredia) tres grupos con diferentes tipos de unión: consanguíneas, no consanguíneas y otras que incluyó familias con pacientes esquizofrénicos. Se utilizó el método de la Isonimia para establecer agrupaciones de apellidos y calcular el coeficiente de endocruzamiento y estimar así la consanguinidad. El grupo con pacientes mostró una consanguinidad relativamente alta, aunque el núcleo de apellidos más frecuente difiere del de las otras series. Se establece que existe una relación de la consanguinidad con la esquizofrenia aunque es independiente de los grupos con alto endocruzamiento. Sin embargo, no pudieron precisar si la consanguinidad por sí misma fomenta esta dolencia en las regiones estudiadas.

33.- A: Mesa Castillo, Segundo, et al.

"Inoculación de embriones de pollo con líquido cefalorraquídeo de pacientes esquizofrénicos"

R: v. XXIX, n. 1, f. enero - marzo, 1988, pp. 17 - 27

D: Etiología/ Inoculación

Presentan los primeros resultados del estudio inmunoelectromicroscópico de muestra de cerebros de embriones de pollo inoculados con líquido cefalorraquídeo de una paciente esquizofrénica hebefrénica. Los hallazgos son similares a los observados en cerebros de esquizofrénicos adultos y en el cerebro de un feto de la paciente en la que se realizó el presente estudio en el líquido cefalorraquídeo. Estos resultados son compatibles con un fenómeno de replicación anormal de membranas que provienen de las vainas de mielina de los nervios y están a favor de la hipótesis viral lenta planteada para la enfermedad.

34.- A: Mesa Castillo, Segundo, et al.

"Esquizofrenia. Resultados del estudio inmunoelectromicroscópico en animales de experimentación inoculados con líquido cefalorraquídeo. Datos adicionales"

R: v. XXIX, n. 3, f. julio - septiembre, 1988, pp. 385 - 397.

D: Inoculación/ Etiología

Presentan los resultados encontrados en un estudio a doble ciegas de un segundo grupo de embriones de pollo inoculados con líquido cefalorraquídeo de cinco pacientes

esquizofrénicos, analizando los mismos a la luz de los requerimientos epidemiológicos generales para las enfermedades infecciosas aplicadas a la esquizofrenia.

35.- A: Mesa Castillo, Segundo, et al.

"Estudio de la descendencia de ratas inoculadas intracerebralmente con líquido cefalorraquídeo de pacientes esquizofrénicos. Primeros resultados"

R: v. XXX, n. 2, f. abril - junio, 1989, pp. 177 - 184.

D: Inoculación/ Etiología/ Transmisión vertical

Realizan un estudio mediante técnicas inmunoelectromicroscópicas en cerebros de 4 ratas descendientes de padres inoculados intracerebralmente con el líquido cefalorraquídeo (LCR) de una paciente esquizofrénica hebefrénica, comparando sus resultados con un estudio en ratas controles. En un estudio anterior habían encontrado alteraciones compatibles con la etiología por el herpes simplex hominis tipo I (HSV-I) en el cerebro de un feto de dicha paciente utilizando la misma técnica de investigación, así como en embriones de pollo inoculados con el LCR de la paciente. Los resultados obtenidos hasta el momento de este estudio pueden constituir un elemento más en favor de la transmisión vertical planteada para la enfermedad, así como su relación con el virus HSV-I.

36.- A: Mesa Castillo, Segundo, et al.

"Estudio inmunoelectromicroscópico con oro coloidal en muestras de cerebro de dos gemelos monocigóticos de madre esquizofrénica"

R: v. XXXI, n. 1, f. enero - marzo, 1990, pp. 1 - 11

D: Etiología/ Consanguinidad

Hacen un estudio con técnicas inmunoelectromicroscópicas con oro coloidal en muestras de cerebro de dos fetos gemelos monocigóticos de una madre esquizofrénica paranoide. La presencia de antígeno del virus herpes simplex tipo I (HSV-I) en las muestras de cerebro de los dos gemelos estudiados, confirman los resultados de estudios anteriores mediante técnicas de inmunoperoxidasa en cerebros de adultos esquizofrénicos fallecidos y en fetos de madres esquizofrénicas, lo que plantea una posible relación de la enfermedad con este tipo de virus y la posibilidad de la adquisición de la misma durante las primeras etapas del desarrollo intrauterino. Estos resultados a su vez, se analizan a la luz de observaciones clínicas y epidemiológicas que apoyan esta hipótesis.

37.- A: Mesa Castillo, Segundo.

"La esquizofrenia, una enfermedad producida por un virus"

R: v. XXXII, n. 1, f. enero - junio 1991, pp. 345 - 358

D: Etiología/ Lóbulo temporal/ Sistema límbico/ Sistema dopaminérgico/ Interferón

Se consideró desde principios de siglo que la esquizofrenia fuera una enfermedad orgánica del cerebro de posible etiología viral. Se estableció la relación entre el sistema límbico y el psiquismo. No obstante, la mayor parte de las investigaciones se dirigieron a la corteza frontal y sin el uso del microscopio electrónico, la falta de hallazgos neuropatológicos dejaron en una incógnita tales suposiciones: hipótesis viral y enfermedad orgánica del cerebro. Durante trece años se han realizado estudios en muestras de cerebro en estructuras del sistema límbico en pacientes esquizofrénicos, en fetos de madres esquizofrénicas y en animales experimentalmente inoculados, utilizando técnicas de microscopía electrónica convencional e inmunoelectromicroscopía, cuyos resultados no sólo confirman ambas hipótesis sino que orientan hacia una nueva estrategia frente a una de las enfermedades más invalidantes de los seres humanos.

38.- A: Valdés Hidalgo, Irma I. y Fermín Galán Rubí.

"Esquizofrenia Insidiosa"

R: v. XXIX, n. 4, f., octubre - diciembre, 1988, pp. 633 - 641

D: Prevalencia

La frecuencia de la distribución de la esquizofrenia en diferentes poblaciones varía en relación a los autores, países y regiones. Los factores que intervienen en estas diferencias son múltiples y están identificados por muchos autores. Revisan con un enfoque crítico las circunstancias que participan en la diversidad de las tasa de esta entidad. El actual trabajo es el resultado de un estudio general clínico epidemiológico de la esquizofrenia. Siguieron métodos y criterios clínicos del Centro Nacional de Salud Mental de la URSS, Moscú. Revisaron 62 877 historias clínicas en dos áreas de salud y de aquellas se seleccionaron todos los casos de síntomas, síndromes evolución que pudiera responder al diagnóstico según los criterios establecidos. Las dos áreas de salud tuvieron plena identidad de todas las variables demográficas, sociales y étnicas. La única diferencia era el volumen y calidad de la asistencia psiquiátrica. En la policlínica mejor atendida la tasa por 1000 habitantes era de 0.65 y en la otra de 0.45, siendo significativa la diferencia para ambos sexos. Los pacientes de la primera policlínica mostraban edades más tempranas de inicio de la enfermedad y mayor duración de esta.

39.- A: Valeron Alvarez, Fulgencio A., et al.

"Estudio anatómico-comparativo del Área de Brocá en encéfalos controles y de pacientes esquizofrénicos"

R: v. XXIX, n. 4, f. octubre - diciembre, 1988, pp. 523 - 534.

D: Atrofia cerebral/ Área de Brocá

Se hace un análisis de varios encéfalos de sujetos esquizofrénicos, se les compara con los controles y se determina la densidad, área total de las regiones operculares frontales de cada hemisferio cerebral. Los valores obtenidos fueron comparados, y se encontró marcada atrofia de dicha región en ambos hemisferios, en mayor grado, al parecer, en la sustancia gris, lo que pudiera indicar que el proceso atrófico en la esquizofrenia estuviera vinculado con atrofia marcada de áreas específicas corticales, en este caso de zonas relacionadas con el centro cortical del lenguaje oral, Área de Brocá.

**AMERICAN PSYCHOLOGIST**  
(WASHINGTON)

40.- A: Heinrichs, R. Walter.

"Esquizofrenia y cerebro. Condiciones para una neuropsicología de la demencia"

R: v. XLVIII, n. 3, f. marzo, 1993, pp. 221 - 233

D: Sintomatología

Este desconcertante desorden implica pensamientos que difieren cualitativamente de los efectos del comportamiento, esperados de un cerebro lesionado.

La esquizofrenia debe satisfacer algunas condiciones básicas; debe tener un conjunto de signos y síntomas que se puedan observar y deslindar de otras enfermedades en forma consistente, estos signos y síntomas deben asociarse a una neuropatología identificable, ser ligados a una disfunción del sistema nervioso y debe adquirir un sentido neuropsicológico.

El propósito del autor es dar un punto de vista crítico y de evidencia relevante para el progreso del conocimiento de la enfermedad; argumenta que: 1. La esquizofrenia es una enfermedad heterogénea, que paradójicamente soporta subdivisiones; 2. Hay una pequeña evidencia consistente en unir la esquizofrenia con cualquier anomalía cerebral y 3. Estas anomalías encontradas no parecen producir los déficits conductuales vistos en los pacientes neurológicos tradicionales.



41.- A: Johnson, Dale L.

"Esquizofrenia como enfermedad cerebral. Implicaciones para psicólogos y familiares."

R: v. XLIV, n. 3, f. marzo, 1989, pp. 553 - 555.

D: Familia/ Rehabilitación psicosocial/ Etiología/ Tratamiento

Los familiares de esquizofrénicos tienen como dogma central que la esquizofrenia es una enfermedad cerebral, lo mismo piensan los miembros de la Alianza Nacional para los Enfermos Mentales (NAMI).

Los miembros de la NAMI saben que se está dando un cambio en el punto de vista sobre la etiología, ahora se afirma que existe evidencia de alguna forma de disfunción cerebral como factor etiológico, los datos estadísticos de los últimos años indican que la probabilidad de que la esquizofrenia sea una enfermedad cerebral ha crecido mucho; además porque la evidencia de que el medio ambiente familiar es la causa de la esquizofrenia nunca ha sido confirmada.

Los modelos etiológicos son incompletos para cubrir la complejidad de la esquizofrenia; quizá se requiere un modelo más extenso como el biopsicosocial, basado en la teoría general de sistemas de Engel (1977), que considera el desorden etiológicamente pero también sus aspectos psicológico y social.

En los tratamientos hay que tener en cuenta que el esquizofrénico es altamente vulnerable al estrés. Los programas psicosociales que han demostrado efectividad son aquellos que intentan reducir al máximo el estrés medioambiental y que atienden los aspectos sociales y psicológicos del paciente.

42.- A: Zigler, Edward y Marion Glick.

"¿Es la esquizofrenia paranoide realmente una depresión camuflageada?"

R: v. XLIII, n. 4, f. abril, 1988, pp. 284 - 290.

D: Tipos/ Depresión

La esquizofrenia paranoide, o al menos algunas formas del desorden, podrían ser una depresión camuflageada y no una verdadera esquizofrenia. Los esquizofrénicos paranoides y no paranoides difieren a lo largo de una variedad de dimensiones. Los investigadores han descubierto semejanzas entre esquizofrenia paranoide, manía y abuso de sustancias. Los sujetos con manía o abuso de sustancias, admiten que se evaden de su negativo autoconcepto y su consiguiente depresión. La esquizofrenia paranoide puede ser considerada todavía como otro mecanismo por medio del cual los sujetos evitan la angustia de las experiencias depresivas. Un buen número de recomendaciones para investigación son propuestas para fomentar, perfeccionar y poner a prueba estas formulaciones.

*THE AMERICAN JOURNAL OF FAMILY THERAPY*  
(NEW YORK)

43.- A: McCarrick, Anne, et al.

"Modelos relativos al mando en familias de esquizofrénicos"

R: V. XVI, n. 3, f. 1988, pp. 216 - 228.

D: Familia

Reportan un estudio exploratorio relativo a la dirección o mando en familias de pacientes esquizofrénicos, y la relación entre el mando en la familia y el curso de la enfermedad. Los datos son transcripciones de conversaciones entre 17 pacientes esquizofrénicos y sus familias, a los que les pidieron que hablaran durante 10 minutos sobre la pregunta ¿qué cosas sucederán en casa?. Todos los pacientes tenían diagnóstico de esquizofrenia, recientemente dados de alta del hospital estatal y que vivirán con su familia. Todos son lúcidos, ninguno muestra en sus diálogos evidencia de dificultad para hablar, 53% son mujeres y el resto hombres, el rango de edad es de 21 a 48 años.

Los datos fueron compilados dentro del Sistema de Codificación Relativo al Mando. Lo relativo al mando también podría ser parte del proceso de reflejo de Expresividad Emocional y Estilo Afectivo, lo cuales, algunos investigadores han encontrado, que son predictores de recaídas.

44.- A: O'Shea, Michael D., et al.

"Programas breves de psicoeducación multifamiliar sobre esquizofrenia: estrategias para implementación y manejo"

R: v. XIX, n. 1, f. 1991, pp. 33 - 44

D: Familia/ Programas psicoeducativos

La efectividad clínica de los programas psicoeducativos centrados en la familia, como tratamiento para la esquizofrenia han recibido repetidos soportes empíricos durante la década pasada.

La escasez de recursos obliga a los clínicos de salud mental a implementar versiones cortas de los modelos establecidos, aunque la efectividad de la psicoeducación familiar breve sobre esquizofrenia, no este bien establecida. Este artículo habla sobre las experiencias de los autores conduciendo programas breves de psicoeducación familiar con familias de pacientes esquizofrénicos externos. Poniendo énfasis en estrategias para reclutar, seleccionar y retener participantes apropiados, convenientes variaciones de contenidos y formatos del programa, y lineamientos para manejar las sesiones satisfactoriamente y procesos de grupo de máximo impacto.

Aunque en rigor faltan datos sobre estos trabajos, muchos estudios indican que la psicoeducación familiar es clara y consistentemente superior a los servicios no centrados en la familia. La experiencia clínica sugiere que los programas breves de psicoeducación podrían usarse más apropiadamente como portal de entrada para la afiliación de las familias con la Alianza Nacional para los Enfermos Mentales (NAMI).

*ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY*  
(LOS ANGELES, CAL.)

45.- A: Fowles, D. C.

"Esquizofrenia: Revisión Diatésis-Estrés"

R: v. XLIII, f. 1992, pp. 303 - 336.

D: Sistema Dopaminérgico/ Etiología/ Modelo Vulnerabilidad-Estrés

Habla sobre la distinción general entre síntomas positivos y negativos, los continuos desafíos que presenta el modelo de enfermedad por los desórdenes esquizoafectivos, el reconocimiento de los problemas de morbilidad, que también desafían el modelo de enfermedad, la evidencia que implican los eventos de la vida y la estimulación psicosocial aversiva en los síntomas que se presentan en esquizofrenia, el aumento del reconocimiento entre los psicólogos de la relevancia de la teoría motivacional de Gray (1982), el desarrollo de las dimensiones de la personalidad de Tellegen (1985) y la continua defensa del modelo poligénico multifactorial por Gottesman y cols.

Solamente considera aquí el sendero de la dopamina porque sus funciones comportamentales y su relación con la psicopatología son más obvias que las de otros neurotransmisores, pero argumenta que con el rápido incremento en el conocimiento del comportamiento neuroquímico, podría ser posible expandir este modelo incluyendo otros senderos neurales, proporcionando un modelo más comprensible y posiblemente, derivando en tratamientos farmacológicos más efectivos.

**BRITISH JOURNAL OF MEDICAL PSYCHOLOGY**  
(HERTS, U.K.)

46.- A: Carr, Vaughan

“Técnicas de los pacientes para combatir la esquizofrenia: Un estudio exploratorio”

R: v. XLI, f. diciembre, 1988, pp. 339 - 352

D: Sintomatología/ Tratamiento

Realizó un estudio exploratorio con objeto de obtener una gran muestra de pacientes esquizofrénicos extemos y determinar cómo combaten síntomas psiquiátricos en el curso de la vida ordinaria.

Fueron 20 pacientes, 13 hombres y 7 mujeres, con edad promedio de 38 años y rango de 18 a 78 años. A todos se les aplicó un cuestionario con el fin de evaluar su experiencia personal con respecto a los síntomas comunes de esquizofrenia. Manejó siete grupos de síntomas que fueron: Ansiedad, depresión, inhibición, pensamiento perturbado, alucinaciones, delirios de persecución y otros delirios. Del total de la muestra, 92 dieron una descripción adicional de técnicas de combate que ellos encuentran útiles, en adición al listado dado. Presenta los últimos hallazgos y enlista el orden de la técnicas de combate describas. Los pacientes usan una variedad de técnicas semejantes, ordenándolas a través de un espectro de cambio conductual, socialización, control cognitivo y uso de cuidados médicos.

Los resultados sugieren que un trabajo futuro debe tener como principal objetivo clarificar la metodología, particularmente el desarrollo de instrumentos más comprensibles y confiables para evaluar las técnicas de combate.

47.- A: Rust, John, et al.

“Dimensiones de personalidad a través de la esquizofrenia borderline”

R: v. LXI, f. junio, 1988, pp. 163 - 166

D: Borderline

Frecuentemente se ha pensado que la dimensión de la personalidad esquizoide es unitaria, recientemente, se ha propuesto que podrían estar involucradas muchas dimensiones. En este estudio aplicaron dos escalas, el inventario de conocimientos esquizotípicos de Rust (RISC), una escala diseñada para medir el conocimiento positivo de la dimensión esquizotípica, y la escala de Eysenck P dentro del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), a un grupo de 608 estudiantes universitarios, venezolanos. 102 eran hombres y 506 mujeres, sacados de la Facultad de Humanidades de la Universidad Central de Venezuela. La media de edad del grupo era 24.96 años. La universidad es una

prestigiada escuela que tiene estudiantes de un amplio rango cultural y medios socioeconómicos.

Encontraron que el RISC y el EPQ sólo tenían una pequeña correlación de 0.12.

Concluyeron que finalmente las dos dimensiones estaban involucradas en el espectro normal/esquizofrénico, y que la escala de psicosis EPQ mide, de hecho una dimensión de desorden de la personalidad en vez de un factor general de psicosis.

48.- A: Allen, Heidi

"Procesos cognitivos y su relación con los síntomas y el desempeño social en esquizofrenia"

R: v. CLVI, f. febrero, 1990, pp. 201 - 203

D: Sintomatología

Es importante clarificar cómo los procesos contextuales podrían estar implicados en el desempeño social y cómo ambos pueden ser relativos a los síntomas de esquizofrenia, además qué técnicas de intervención efectivas podrían ser desarrolladas. El objetivo del estudio es explorar la conexión de un análisis dirigido a los procesos contextuales de habilidades frente a frente con el estado sintomatológico y el desempeño social en esquizofrenia.

Trabajó con 19 pacientes, con un rango de edad de 20 a 47 años, todos tomando neurolépticos. Examinaron 3 variables: 1. Competencia social, 2. Estado sintomatológico y 3. Estado cognitivo.

El análisis sugiere que la temprana aparición de síntomas en la vida de una persona, reduce la oportunidad de realizar un mayor grado profesional y de mantener un trabajo regular por mucho tiempo.

Una variable no investigada en el estudio es la frecuencia y duración de síntomas, sugiriendo que el incremento y severidad podrían ser relativos a más frecuentes y prolongados episodios y por lo tanto más períodos en los cuales los procesos contextuales estén deteriorados.

49.- Bamrah, J. S., et al.

"Epidemiología de esquizofrenia en Salford, 1974 - 84. Cambios en una comunidad urbana durante 10 años"

R: v. CLIX, f. diciembre, 1991, pp. 802 - 810.

D: Prevalencia/ Comienzo

Los datos de prevalencia y comienzo de esquizofrenia en Salford fueron comparados con los de 10 años anteriores. Se obtuvieron datos del registro de casos computarizado, un cuestionario enviado por correo a los médicos generales (MG), y notas de caso evaluadas

con la Lista de Clasificación de Síndromes y validadas con el ICD-9. La tasa de prevalencia es de 6.26 por 1000 adultos, es mayor que la previamente reportada (4.56) a pesar del decremento en tasas de comienzo y población general.

Comparados con 1974, los pacientes de día y los internos han descendido substancialmente en 1984, aunque las admisiones anuales han incrementado durante la década; los pacientes de día y externos atendidos, y los contactos extramuros con psiquiatras, comunidades de cuidados psiquiátricos y trabajadores sociales han incrementado también. Más del 75% de esquizofrénicos estuvieron en contacto con psiquiatras, 7 de 557 estuvieron en contacto únicamente con MG. A pesar de los cuidados comunitarios, la responsabilidad de los esquizofrénicos es todavía llevada abrumadoramente por los hospitales psiquiátricos.

El total de la población estimada para 1984 fue 91 552 y el total de adultos (mayores de 15 años) fue 74 176; los datos correspondientes para 1974 fueron 121 190 y 91 700. Existe un decremento del 5.3% en los menores de 15 años y un incremento del 1.2% entre 15 a 24 años en 1984. La población de 35 a 44 años y 75 y más se incrementó para 1984 en un 1.5%.

50.- A: Barnes, Thomas R. E., et al.

"La naturaleza y prevalencia de depresión en pacientes esquizofrénicos crónicos internos"

R: v. CLIV, f. abril, 1989, pp. 486 - 491.

D: Depresión/ Sintomatología

De 194 esquizofrénicos crónicos internos, 25 (13%) presentaron depresión. Comparados con 5 controles, los deprimidos tenían significativamente mayor puntuación en el MADRS e Inventario de depresión de Beck. Ideas suicidas y alucinaciones auditivas eran mucho más comunes en los deprimidos. Aunque no había diferencias significativas entre grupos en términos de síntomas negativos, parkinsonismo, medicación anticolinérgica, o dosis común de antipsicóticos, esto sugiere que la depresión identificada no es relativa al tratamiento con medicamentos. Por tres meses siguieron con las puntuaciones del MADRS y Beck covariando de cerca la presencia o ausencia de depresión. Está persistió durante los tres meses en la mayoría de los pacientes originalmente deprimidos.

Ambos grupos fueron tomando una variedad de antipsicóticos, 9 del grupo control y 7 de los deprimidos recibieron una combinación de medicamentos de mantenimiento. Esto hizo que no fuera posible determinar la contribución de una droga particular en el cuadro depresivo.

La depresión estuvo presente en aproximadamente 1 de cada 8 pacientes de la muestra. Esto conformó el síndrome típico depresivo y lo hizo distinto del afecto aplanado, pero encontraron sobreposición entre depresión y los reactivos del SANS como pobreza de lenguaje y latencia de respuesta, reconocidos como síntomas negativos de esquizofrenia y también como rasgos característicos de depresión. El problema de especulación permanece.

51.- A: Barnett Ragin, Ann, et al.

"Pobreza de lenguaje en esquizofrenia y depresión durante periodos de internamiento y post-hospitalario"

R: v. CLVI, f. enero, 1989, pp. 52 - 57.

D: Sintomatología/ Depresión.

Pobreza de lenguaje, un prominente rasgo de los síntomas negativos que se construyen en esquizofrenia, fue estudiado longitudinalmente en doce esquizofrénicos y trece deprimidos de admisión hospitalaria y aproximadamente 7 meses después del alta, con objeto de evaluar la hipótesis concerniente a curso y diagnóstico específicamente. Usaron múltiples mediciones de pobreza de lenguaje, incluyendo índices clínicos y cuantitativos.

Durante el período de admisión, la pobreza de lenguaje fue más pronunciada entre los deprimidos, pero se observó que aumenta entre los esquizofrénicos y permanece relativamente estable o declina entre los deprimidos. Esto sugiere que los procesos subyacentes a la pobreza de lenguaje podrían diferir entre esquizofrenia y depresión.

Hubo otros sujetos entrevistados inicialmente, pero no participaron en la segunda entrevista debido a reinternamiento o a falta de interés, fueron dos deprimidos y dos esquizofrénicos.

En la presente investigación, las medidas cuantitativas de pobreza de lenguaje fueron obtenidas con objeto de evaluar la convergencia entre medidas clínicas y empíricas y de evaluar la utilidad de índices cuantitativos de pobreza de lenguaje.

52.- A: Baron, Miron y Rhoda Gruen.

"Factores de riesgo en esquizofrenia. Época de nacimiento e historia familiar"

R: v. CLII, f. abril, 1988, pp. 460 - 465.

D: Familia/ Factores Predisponentes/ Morbilidad/ Etiología

Estudiaron la relación del riesgo familiar de esquizofrenia y la época de nacimiento en 88 pacientes esquizofrénicos crónicos.

Los datos de riesgo de morbilidad sostienen la hipótesis de diátesis-estrés por causa de factores medioambientales que interactuando con la vulnerabilidad genética aumentan el riesgo de esquizofrenia.

La prevalencia de infecciones virales durante invierno y principios de primavera permite proponer que los agentes virales en conjunción con la constitución genética, podrían contribuir al desarrollo de esquizofrenia. El soporte de esta hipótesis son estudios que sugieren una asociación entre anomalías congénitas (principalmente daños en el Sistema Nervioso Central) e infecciones virales durante el embarazo.

Trabajaron con 58 hombres y 30 mujeres con edad promedio de 25.5 años, nacidos en: invierno 16, primavera 29, verano 18 y otoño 25.

Los datos familiares se analizaron comparando la época de nacimiento de los pacientes con o sin antecedentes familiares de esquizofrenia u otros desórdenes. 17% tenían historia

de esquizofrenia y 50% de algún desorden. No había diferencias estadísticas significativas entre los grupos; es decir la distribución de casos con o sin historia familiar fue similar entre estaciones.

Los hallazgos sugieren que la época de nacimiento es importante para la etiología de un subgrupo identificado de esquizofrenia con un historial del desorden. No existe evidencia de que el sexo, orden de nacimiento entre hermanos, edad de aparición y subtipos étnicos sean relativos a la época de nacimiento.

53.- A: Barrelet, L., et al.

"Emoción expresada y primera admisión en esquizofrenia. Seguimiento de 9 meses en medioambiente cultural francés"

R: v. CLVI, f. marzo, 1990, pp. 357 - 362.

D: Familia/ Factores predisponentes/ Recaídas.

Un estudio de 36 familias hablantes de francés en Génova, identificó 66% con alta Expresividad Emocional (EE) familiar. Después de 9 meses, las tasas de recaídas del grupo de alta EE (33%) fue significativamente mayor que el del grupo de baja EE (0%). Estos resultados parecen confirmar la relevancia de EE como predictor de recaídas.

Sin embargo, en esta muestra aparece un componente de EE, comentarios críticos, como principal responsable para un pronóstico válido.

Los pacientes estudiados eran 51, diagnosticados como esquizofrénicos o psicótico paranoides, con edad entre 17 y 45 años.

11 de 46 pacientes (24%) recayeron durante el seguimiento de 9 meses, de ellos 9 eran psicóticos.

54.- A: Bellack, Alan S., et al.

"Un análisis de la competencia social en esquizofrenia"

R: v. CLVI, f. junio, 1990, pp. 809 - 818.

D: Competencia social/ Sintomatología

21 esquizofrénicos con marcados síntomas negativos fueron comparados con 37 esquizofrénicos sin estos síntomas, 33 pacientes con desórdenes afectivos mayores y 20 controles normales; con una batería que incluía: Test de juego de roles de habilidades sociales, Escala de ajuste social y Escala de calidad de vida.

Los pacientes eran de 18 a 50 años sin evidencia obvia de síndrome de daño cerebral, retardo mental o abuso de drogas o alcohol.

Los esquizofrénicos negativos fueron los más deteriorados en cada subescala medida, siguiéndolos en orden los esquizofrénicos no negativos, pacientes con desórdenes afectivos y grupo control. Las habilidades sociales medidas no fueron correlativas con los niveles de



síntomas positivos, pero fueron altamente correlativos con medidas de funcionamiento comunitario. Los resultados son consistentes con la hipótesis de que las disfunciones sociales son resultado de déficits centrados en habilidades sociales.

55.- A: Bertrando, P., et al.

"Emoción expresada y esquizofrenia en Italia. Un estudio de una población urbana"

R: v. CLXI, f. agosto, 1992, pp. 223 - 229

D: Tratamiento/ Factores predisponentes/ Recaídas

42 esquizofrénicos, 32 hombres y 10 mujeres con edad promedio de 29.7 años y rango de 17 a 56, y sus parientes cercanos tomaron parte en una réplica italiana de un estudio de Expresividad Emocional (EE). Fueron seleccionados del hospital general en Milán y estudiados por 9 meses. Todos eran atendidos en una comunidad de servicios clínicos como pacientes externos y todos menos uno tomaban neurolépticos. Los parientes fueron designados como alta EE, si puntuaban 4 o 5 en la escala de sobreinvolucración emocional, mostraban hostilidad, o hacían 6 o más comentarios críticos. 18 (42%) familias fueron de baja EE y 24 (57%) de alta EE. Las tasas de admisión en los 9 meses fue significativamente mayor para el grupo de alta EE. Durante el estudio pocos pacientes fueron readmitidos, viniendo de familias que mostraban gran cordialidad. La presencia de gran cordialidad aparece asociada con la baja admisión, aún en familias con alta EE.

Los pacientes estudiados tenían que tener contacto con sus parientes al menos 35 horas por semana.

Los pacientes que tomaron parte en el estudio no diferían en características demográficas o clínicas. Se puede, por tanto, afirmar que los resultados no dependen de características ajenas a EE. Los dos subgrupos reportan el mismo tratamiento médico y complacencia. Se puede pues hipotetizar que las tasas bajas de recaídas en el grupo de baja EE no son debidas a diferencias en el tratamiento neuroléptico.

56.-A: Birchwood, Max, et al.

"La escala de desempeño social. El desarrollo y validación de una nueva escala de ajuste social para usarla en programas de intervención familiar con pacientes esquizofrénicos"

R: v. CLVII, f. diciembre, 1990, pp. 853 - 859

D: Escala de desempeño social/ Programas de intervención familiar/ Familia

El desempeño social como un resultado variable de intervención familiar con pacientes esquizofrénicos ha sido un área relativamente descuidada. La Escala de desempeño social EDS fue construida específicamente para cubrir las áreas del desempeño que son cruciales para el mantenimiento del individuo esquizofrénico en su comunidad. Las siete áreas seleccionadas fueron: 1. compromiso-retiro social, 2. comportamiento interpersonal,

3. actividades pro-sociales, 4. recreación, 5. independencia-competencia, 6. independencia-perfeccionamiento y 7. empleo-ocupación.

La EDS fue diseñada con dos requerimientos en mente. El primero era proveer de una clasificación detallada de fuerzas y debilidades, ambas como guía para una intervención y proveer al clínico con algunas posibles metas específicas, sujetas a negociación con el paciente y su familia. El segundo era la capacidad de sintetizar cada detalle cubierto dentro de una coherencia, confiable continua.

La muestra fue de 334 esquizofrénicos (238 hombres y 96 mujeres, con edad promedio de 30.8 años) y 100 controles (65 hombres y 35 mujeres con edad promedio de 30.5 años).

El estudio ha proporcionado un fuerte soporte para la confiabilidad y validez de la EDS.

Atendiendo a la validez, la puntuación de la EDS es correlativa con la presencia de síntomas positivos y negativos.

57.- A: Bo Mortensen, Preben y Knud Juel.

"Mortalidad y causas de muerte en la primera admisión de pacientes esquizofrénicos"

R: v. CLXIII, f: agosto, 1993, pp. 183 - 189

D: Mortalidad/ Suicidio

Aunque muchos estudios han mostrado un incremento en la mortalidad de pacientes esquizofrénicos, la literatura provee de poca información al respecto por causas específicas (edad, sexo, y duración de la enfermedad). Este estudio examina la mortalidad y causas de muerte en una muestra de 9 156 esquizofrénicos internados por primera vez (5 658 hombres y 3 498 mujeres). El suicidio refiere 50% de muerte en hombres y 35% en mujeres. El riesgo de suicidio fue particularmente incrementado durante el primer año del seguimiento. La muerte por causas naturales, con excepción de cáncer y enfermedades cerebrovasculares incrementó.

El suicidio en ambos sexos fue aproximadamente veinte veces más frecuente que en la población en general. Aunque aumentaron las causas de muerte violenta en ambos sexos. Los accidentes fatales fueron cuatro veces más frecuentes en ambos sexos, que en la población general y los hombres esquizofrénicos fueron víctimas de homicidio al menos diez veces más de lo esperado. Entre las causas de muerte natural, las enfermedades cardíacas y respiratorias aumentaron significativamente en pacientes de ambos sexos. La mortalidad por enfermedades del sistema digestivo aumentaron mucho en hombres.

El tabaquismo excesivo puede contribuir a que aumente el riesgo de mortalidad. La mortalidad por cáncer es igual, aunque en los hombres ligeramente menor, que en la población general. Los hallazgos de un aumento del riesgo de suicidio podrían ser un indicador de algunos efectos adversos de desinstitutionalización.

58.- A: Buhrich, N. et al.

"La desorientación cronológica en esquizofrenia crónica no está asociada con el deterioro intelectual premórbido o con tratamientos físicos recibidos"

R: v. CLII, f. abril, 1988, pp. 466 - 469

D: Tratamiento

42 pacientes internos, con esquizofrenia crónica fueron divididos en grupos de edad, sexo, desorientación u orientación cronológica y clasificados por desempeño académico premórbido y tratamiento físico recibido. La escolaridad de los pacientes esquizofrénicos que tenían deterioro cognitivo, no difería de los pacientes cognitivamente intactos. Los grupos no diferían en historia de tratamientos físicos o psicocirugía. Los pacientes con desorientación cronológica recibían menores dosis de neurolépticos o medicación anticolinérgica. Así pues el deterioro cognitivo aparece en el curso de la enfermedad y no es debido a tratamiento físico.

Trabajaron con dos grupos de 13 mujeres y 8 hombres cada uno, 3 eran casadas y 18 solteros en cada uno, con un promedio de edad de 23 años (rango 15 a 41) los desorientados y de 24 años (rango 16 a 42) los orientados.

La relación precisa entre deterioro intelectual premórbido y mórbido en esquizofrenia y la secuencia de progresión del deterioro después de la aparición de los síntomas esquizofrénicos, queda por establecerse.

59.- A: Cheng, K. K., et al

"Suicidio entre esquizofrénicos chinos en Hong Kong"

R: v. CLIV, f. febrero, 1989, pp. 243 - 246

D: Suicidio

Presentan un estudio descriptivo de suicidios en 74 esquizofrénicos chinos, pacientes externos (43 hombres y 31 mujeres). La media de edad de muerte fue 31.3 años, la media de duración de enfermedad 8.5 años y 50 de 74 murieron durante los diez años de duración de enfermedad. Solamente 5 vivían solos; 35 eran empleados y 20 eran casados al tiempo de morir, 20 tenían una historia de depresión y 27 tenían previos intentos de suicidio.

Más mujeres que hombres habían estado deprimidos o habían tenido intentos de suicidio, más de la mitad fueron admitidos la última vez por otros síntomas no esquizofrénicos y 10 murieron durante el primer mes después del alta. El método más comúnmente usado fue saltar. Se necesitan estudios analíticos para identificar factores de riesgo en esquizofrénicos chinos.

Esta es una de las series más largas de suicidio de esquizofrénicos reportados en la literatura.

La última vez que fueron vistos por sus psiquiatras más o menos un 80% parecían en aparente remisión. Sin embargo 8 pacientes expresaron ideas suicidas en las 2 últimas consultas. 6 fueron juzgados depresivos y 9 estaban tomando antidepressivos. También hay

que notar que 34 sujetos tuvieron su último contacto psiquiátrico durante la semana precedente a sus muertes. La dificultad para predecir el suicidio entre esquizofrénicos es, por consiguiente, evidente.

60.- A: Clarke, David J. y Mary E. Buckley  
 "Asociación familiar de albinismo y esquizofrenia"  
 R: v. CLV, f. octubre, 1989, pp. 551 - 553  
 D: Etiología/ Albinismo/ Familia

Reportan una familia de origen irlandés cuyo Albinismo oculocutáneo (AOC) es asociado con desórdenes psicóticos fenomenológicamente indistinguibles de esquizofrenia en 2 de 3 hermanos.

D: 39 años, soltero, sin empleo, fue admitido en hospital después de intentar matar a su padre. Su examen físico mostraba los rasgos característicos de AOC. Su historia de enfermedad mental data de los 24 años, cuando fue atendido en una clínica psiquiátrica como paciente externo con quejas de depresión, insomnio y complejo de inferioridad.

Una de su hermanas también sufría de AOC y de desorden esquizofrénico similar, de diagnóstico tardío a la edad de 24 años durante su tercer embarazo. Anterior a esto ella había tenido una personalidad extrovertida y fue exitosa en la escuela y como madre. Fue tratada con neurolépticos aproximadamente por 5 meses con buena respuesta. Desafortunadamente suspendió su medicación y por 12 años se negó a tratarse. En un examen reciente a la edad de 36 años ella estaba socialmente aislada, con comportamiento bizarro, afecto incongruente y desórdenes de pensamiento. Su enfermedad cumplía por completo con los criterios de esquizofrenia del DSM-III-R (tipo residual).

Este reporte junto con el de Baron (1976), sugieren una asociación entre AOC y desórdenes esquizofrénicos en algunas familias y tiene implicaciones para entender la etiología de las psicosis esquizofrénicas.

61.- A: Grupo de estudio Clozapina.  
 "La seguridad y eficacia de la Clozapina en una severa resistencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos en el Reino Unido"  
 R: v. CLXIII, f. enero, 1993, pp. 43 -48  
 D: Sintomatología/ Tratamiento

Los síntomas psiquiátricos y el conocimiento fueron evaluados en diez pacientes con esquizofrenia indiferenciada, tres con esquizofrenia paranoide, uno con desorden esquizoafectivo y uno con psicosis no especificada, mientras recibían neurolépticos convencionales y nuevamente después de un promedio de 15 meses con Clozapina. A pesar de la mejoría en los síntomas psiquiátricos, atención, memoria y buen nivel de resolución

de problemas, no cambiaron esencialmente. Esto sugiere que ciertos déficits cognitivos son relativamente independientes de los síntomas psiquiátricos en esquizofrenia y son, probablemente rasgos centrales y permanentes del desorden.

Observaron que el tratamiento con Clozapina estuvo asociado con una baja en algunas funciones de la memoria; las potentes propiedades del anticolinérgico del medicamento podrían haber sido responsables de esto. En promedio los síntomas declinaron en un 40%.

En la muestra había 10 hombres y 5 mujeres cuya edad promedio era de 35 años y un rango de 18 a 46 años.

62.- A: Cochrane, Raymond y Sukhwant S. Bal.

"La densidad étnica no es relativa a la incidencia de esquizofrenia"

R: v. CLIII, f. septiembre, 1988, pp. 363 - 366.

D: Densidad étnica/ Incidencia

Los datos derivados de la encuesta de salud mental fueron obtenidos del Departamento de Salud y Seguridad Social, de 186 000 admisiones en Inglaterra en 1981 para probar la hipótesis de densidad étnica. Esta hipótesis ha estado usándose para explicar las variaciones en las tasas de enfermedad mental entre grupos étnicos en otros países y sugiriendo que existe una relación inversa entre el tamaño de los grupos étnicos y sus tasas de hospitalización. Los datos son analizados en el presente artículo del grupo de extranjeros inmigrantes de Inglaterra no solamente como soporte de la hipótesis de densidad étnica, en algunos casos muestra una significativa relación positiva entre el tamaño del grupo y las tasas de admisión.

63.- A: Cramer, P., et al.

"Esquizofrenia y percepción de emociones. ¿Cómo exactamente entienden los esquizofrénicos el estado emocional de otros?"

R: v. CLV, f. agosto, 1989, pp. 225 - 228

D: Sintomatología/ Morbilidad/ Factores predisponentes

Cintas audiovisuales de situaciones emocionales fueron mostradas a 34 esquizofrénicos y 15 controles a quienes se pidió que clasificaran el contenido emocional de las escenas usando una lista de adjetivos que se les proporcionó. Los pacientes esquizofrénicos fallaron en detectar el carácter dominante de las escenas y percibir las emociones opuestas a aquellas percibidas por los controles. Aquellas respuestas desviadas no fueron relativas a síntomas paranoides, aplanamiento afectivo, desórdenes de pensamiento, nivel general de morbilidad o duración como pacientes internos.

En la muestra había 23 hombres con edad promedio de 37 años y 11 mujeres con edad promedio de 38 años.

64.- A: Crawford, J. R., et al  
 "Estimación de la inteligencia premórbida en esquizofrenia"  
 R: v. CLXI, f. julio, 1992, pp. 69 - 74.  
 D: Coeficiente Intelectual

Para determinar si el Test Nacional de Lectura para Adultos (NART) podría proveer de una estimación válida de la inteligencia premórbida en esquizofrenia, fueron reclutadas dos muestras de esquizofrénicos, una consiste en 35 pacientes internos de larga estancia (15 hombres y 20 mujeres), el otro de 29 pacientes normalmente residentes en la comunidad (22 hombres y 7 mujeres). Los pacientes esquizofrénicos fueron seleccionados individualmente por edad, sexo y educación con un sujeto normal. Ambas muestras de esquizofrénicos obtuvieron puntajes significativamente menores en el WAIS, que sus respectivos grupos control. La estimación de C. I. del NART no difiere significativamente entre los esquizofrénicos residentes en comunidad y sus controles, sugiriendo que el NART provee de una medida válida para estimar la inteligencia premórbida en cualquier población. El C. I. estimado con el NART fue significativamente menor en los pacientes internos que en sus controles. Aunque la baja puntuación del NART en esta última muestra podría ser un reflejo válido del bajo C. I. premórbido, una explicación alternativa de que el buen desempeño del NART fue perjudicado por la aparición de la enfermedad no puede ser desechada.

65.- A: Curson, David A., et al.  
 "30 años sobre institucionalismo y esquizofrenia. Pobreza clínica y el entorno social en tres hospitales mentales británicos en 1960 comparados con 4 en 1990"  
 R: v. CLX, f. febrero, 1992 pp. 230 - 241  
 D: Sintomatología

En su comparación de pacientes esquizofrénicos crónicos en 3 hospitales mentales británicos en 1960, Wing y Brown encontraron una fuerte asociación entre la pobreza del entorno social y la "pobreza clínica" (aplanamiento afectivo, pobreza de lenguaje y aislamiento social). Entre 1960 y 1968 el entorno social de los 3 hospitales mejoró y una débil relación causal entre pobreza social y clínica fue reportada en su muestra de pacientes.

Usando los mismos instrumentos de evaluación que Wing y Brown, el presente estudio reexamina la relación entre pobreza clínica y social en una población de pacientes esquizofrénicos de larga estancia de 4 hospitales mentales británicos en 1990. La renuencia de una parte de los pacientes a ser dados de alta del hospital no fue relativa al tiempo de estancia. No hubo diferencias significativas entre el grado de enfermedad de los pacientes del presente estudio y aquellos del anterior. Sin embargo, los pacientes en el primer grupo pasaban más tiempo sin hacer nada, que aquellos en el hospital con menos estimulación medioambiental 3 décadas antes, con 4 o 5 sin hacer nada por más de 5 horas al día, a pesar de un gran incremento en la proporción de enfermeras por paciente.

Trabajaron con 66 pacientes, 56 hombres y 10 mujeres, con edad promedio de 49.4 años y rango de 29 a 60.

66.- A: Cutting, J. y D. Murphy

"Desorden del pensamiento esquizofrénico. Una interpretación psicológica y orgánica"

R: v. CLII, f. marzo, 1988, pp. 310 - 319.

D: Sintomatología

Se sugiere que el desorden del pensamiento esquizofrénico comprende 4, relativamente independientes, componentes: Alucinaciones, Perturbación del pensamiento lógico o pensamiento ilógico, Desorden del pensamiento formal y Conocimiento deficiente del mundo real. A sujetos esquizofrénicos y neuróticos, como grupo control, se les aplicaron test sobre pensamiento, percepción, apreciación del discurso en conversación y conocimiento social y práctico. No todos los esquizofrénicos con alucinación tienen pensamiento ilógico. El desorden del pensamiento formal fue asociado con un pobre desempeño en el test del discurso en conversación. El resultado más sorprendente fue que el 75% de los pacientes esquizofrénicos fueron marcadamente deficientes, en relación a los pacientes neuróticos, en su conocimiento de los procedimientos sociales diarios.

Trabajaron con 20 esquizofrénicos, todos estaban en tratamiento neuroléptico al tiempo del estudio, con una edad promedio de 28.1 años, 13 eran hombres y 7 mujeres y tenían C. I. promedio de 102.4; había diferencias significativas de edad, sexo, C. I. premórbido, entre esquizofrénicos y pacientes depresivos (edad promedio 48.5, 4 hombres y 16 mujeres y C. I. promedio 109.0) y pacientes neuróticos no depresivos (edad promedio 41.5, 13 hombres y 7 mujeres, C. I. promedio 101.7)

67.- A: Dodwell, David y David Goldberg

"Un estudio de los factores asociados con la respuesta a la terapia electroconvulsiva en pacientes con síntomas esquizofrénicos"

R: v. CLVI, f. mayo 1989, pp. 635 - 639

D: Tratamiento/ Sintomatología/ Desorden esquizoafectivo

17 pacientes con síntomas esquizofrénicos fueron evaluados antes y después de terapia electroconvulsiva (TEC) para educir posibles factores predictores de respuesta. La asociación más fuerte con una buena respuesta fue mostrada por una corta duración de enfermedad y escasez de rasgos de personalidad esquizoide premórbida; asociaciones significativas, fueron también mostradas por corta duración de episodios comunes, escasez de rasgos de personalidad paranoide premórbida y la presencia de confusión. El diagnóstico de desorden esquizoafectivo no fue relativo a la respuesta. Los cuestionarios llenados por

16 pacientes (uno se negó a colaborar), después de la TEC mostraron que sus actividades fueron generalmente favorables para el procedimiento.

Las edades de los pacientes tenían un rango de 17 a 62 años con una media de 37. Trabajaron con 13 mujeres y 4 hombres, 9 solteros, 1 divorciado y 7 casados. Todos eran tratados con neurolépticos.

Este estudio es el primero de los predictores de respuesta después de TEC en pacientes con esquizofrenia operacionalmente diagnosticada.

68.- A: Eagles, J. M., et al.

"Declinación en el diagnóstico de esquizofrenia entre primeros contactos con servicios psiquiátricos en el noreste de Escocia, 1969 - 1984."

R: v. CLII, f. junio 1988, pp. 793 - 798

D: Prevalencia/ Etiología/ Psicosis

Las tasas anuales de periodos estandarizados, para primeros contactos con servicios psiquiátricos en el área de Aberdeen, de 1969 a 1984 fueron calculados para esquizofrenia, estados paranoides, psicosis reactivas, todas las psicosis afectivas, manía y neurosis depresiva. Una fuerte declinación significativa aparece en el diagnóstico de esquizofrenia y neurosis depresiva. No aparece incremento simultáneo. Se concluye que estos resultados probablemente indican que ha habido una disminución en la incidencia de esquizofrenia en el noreste de Escocia. Esto podría tener origen debido a los cambios en el modo de expresión y/o la severidad de todas las psicosis funcionales.

69.- A: Eagles, John M.

"La relación entre esquizofrenia e inmigración. ¿Existen alternativas para una hipótesis psicosocial?"

R: v. CLIX, f. diciembre, 1991, pp. 783 - 789

D: Etiología

Muchos estudios recientes han encontrado un marcado incremento en las tasas de esquizofrenia entre los inmigrantes del oeste de India al Reino Unido. Casi exclusivamente, los autores han recurrido a explicaciones psicosociales para estos hallazgos. Estas hipótesis como causas medioambientales, notables complicaciones obstétricas e infecciones prenatales, proveen modelos etiológicos más plausibles, especialmente para levantar las tasas de esquizofrenia entre las segundas generaciones de inmigrantes del oeste de India.

Comparados con los esquizofrénicos blancos nacidos en el Reino Unido, la segunda generación de Hindúes occidentales esquizofrénicos podrían: a) Ser menos probable que tengan una historia familiar de esquizofrenia, b) Ser más probable que tengan una historia de complicaciones obstétricas, c) Ser más probable que tengan evidencia de desórdenes del



neurodesarrollo, d) Ser más probable que muestren anormalidades en su imagen cerebral y e) Tener un gran exceso de nacimientos en invierno.

70.- A: Faith Berman, Karen, et al.

"¿Es el mecanismo de la hipofunción prefrontal en depresión el mismo que en esquizofrenia? Fluido sanguíneo cerebral regional durante la activación cognitiva."

R: v. CLXII, f. febrero, 1993, pp. 183 - 192.

D: Depresión/ Fluido sanguíneo cortical regional

Para probar la hipótesis de que los pacientes depresivos y esquizofrénicos tienen en común un patofisiológico mecanismo de hipofunción en la corteza prefrontal, midieron el fluido sanguíneo cortical regional (FSCr) en 10 pacientes deprimidos (3 mujeres y 7 hombres, edad promedio 44.6 años y rango de 29 a 64), 10 pacientes esquizofrénicos crónicos (3 mujeres y 7 hombres, edad promedio 44.1 años y rango de 29 a 73) y 20 controles normales (6 mujeres y 14 hombres, edad promedio 44.1 años y rango de 29 a 69).

El fluido sanguíneo fue medido durante 3 diferentes condiciones cognitivas: un estado de reposo, una tarea sensoriomotora control simple, de selección de números y el Wisconsin Care Sorting Test (WCS). Los pacientes esquizofrénicos tenían menor prefrontal FSCr durante el WCS. No hubo diferencias en global del fluido regional entre los pacientes depresivos y los sujetos normales durante ninguna condición de prueba. El análisis lateralizado de FSCr mostró que durante el WCS los sujetos normales tenían relativamente más fluido sanguíneo parietal izquierdo que los pacientes depresivos, quienes tenían más fluido sanguíneo parietal derecho. Los datos sugieren que el mecanismo patofisiológico subyacente a la hipofunción prefrontal en depresión y esquizofrenia es diferente.

71.- A: Folnegovic, Z., et al.

"La incidencia de esquizofrenia en Croacia"

R: v. CLVI, f. marzo, 1990, pp. 363 - 365

D: Incidencia

Las tasas de incidencia anual de esquizofrenia basadas en hospitales, en Croacia durante el período de 1965 - 84 no han cambiado significativamente. El rango de la tasa es de 0.21 a 0.22 por cada 1000 personas (0.26 a 0.29 por cada 1000 en mayores de 15 años). Los factores que podrían influir estas tasas fueron analizados, pero aparentemente las tasas son un verdadero reflejo de las tasas de incidencia de esquizofrenia en la población Croata.

Dan tasas de incidencia de Noruega, Dinamarca, Inglaterra, Estados Unidos, Yugoslavia, Belgrado, etc.

La tasas de incidencia de admisión de hombres es ligeramente mayor que las tasas de mujeres.

72.- A: Folnegovic, Z., et al.

"Características de hombres y mujeres esquizofrénicos en su primera admisión."

R: v. CLVI, f. marzo, 1990, pp. 365 - 368

D: Incidencia

Basados en la información del registro de casos, la edad y el diagnóstico de los pacientes de primera admisión fueron analizados en Croacia, del total de esquizofrénicos de primera admisión en 1972 y haciendo un seguimiento de los registros por 12 años. Los diagnósticos fueron analizados con las mismas bases y en el mismo periodo. Aunque la diferencia en las tasas de incidencia entre hombres y mujeres esquizofrénicos no es muy grande las tasas de incidencia en hospital de los grupos de más jóvenes fue mayor en hombres. Los hombres fueron además más comúnmente diagnosticados como esquizofrénicos en su primera admisión, las mujeres recibieron más frecuentemente el diagnóstico de psicosis afectiva u otras psicosis orgánicas, excepto la psicosis inducida por alcoholismo.

Mientras el promedio de edad de hombres en primera admisión fue de 33.7 el de mujeres fue 39.

73.- A. Folnegovic-Smalc, V, et al.

"Edad de comienzo de enfermedad en Croatas esquizofrénicos hospitalizados"

R: v. CLVI, f. marzo, 1990, pp. 368 - 372.

D: Edad de comienzo/ Incidencia

La edad de aparición fue determinada de una muestra de 360 pacientes, representativa de 8 069 esquizofrénicos hospitalizados en Croacia. El 95% de intervalo confiable para edad de comienzo fue 22.9 a 26.7 años. La diferencia entre hombres y mujeres no fue significativa, no así con la diferencia de edad entre sexos reportada en primera admisión por esquizofrenia.

Los resultados podrían estar afectados por la disminución de la población original de pacientes.

El rango de edad de comienzo de esquizofrenia fue de 19 a 48 años con una media de 23.8.

También examinaron el tiempo entre el comienzo de la enfermedad y la primera admisión. En el 65% de los casos, la primera admisión fue durante los 2 primeros años de comienzo, en el 7.8%, sin embargo, este intervalo excedía los 10 años. La proporción de pacientes enfermos por más de 10 años antes de la admisión fue significativamente mayor entre mujeres.

74.- A: Glynn, Shirley M., et al.

"Psicopatología del paciente y expresividad emocional en esquizofrenia"

R: v. CLVII, f. diciembre, 1990, pp. 877 - 880

D: Factores predisponentes/ Sintomatología/ Recaidas

La relación del rango total de síntomas psiquiátricos y expresividad emocional (EE) fueron examinados en 40 hombres con el Brief Psychiatric Rating Scale (BIRS) y Scale for the assessment of negative symptoms (SANS), con diagnóstico de esquizofrenia o desorden esquizoafectivo. Los pacientes con alta EE familiar tenían significativamente mayor puntaje de síntomas positivos y no negativos como aquellos con familias de baja EE. Para predecir recaídas en esquizofrenia, sería necesario tomar en cuenta la interacción entre las diferencias en síntomas y las actitudes de los parientes. Los sujetos incluidos eran hombres con edad entre 18 y 55 años, media de 30.5, que pasaran al menos 4 horas a la semana cerca de los miembros de la familia, durante la terapia. Tenían un promedio de educación formal de 12.7 años. 11 eran blancos, 19 negros, 8 hispanos y 2 asiáticos, 29 eran solteros, 6 casados, 4 divorciados y 1 viudo.

75.- A: Goldberg, Terry E., et al.

"Los efectos de la clozapina en el conocimiento y síntomas psiquiátricos en pacientes con esquizofrenia"

R: v. CLXII, f. enero 1993, pp. 43 - 48

D: Tratamiento

Los síntomas psiquiátricos y el conocimiento fueron evaluados en 10 pacientes con esquizofrenia indiferenciada, 3 con esquizofrenia paranoide, 1 con desorden esquizoafectivo y 1 con psicosis no especificada, mientras recibían neurolepticos convencionales y nuevamente después de un promedio de 15 meses con clozapina. A pesar de la mejoría en los síntomas psiquiátricos, atención, memoria y buen nivel de resolución de problemas, no cambiaron esencialmente. Esto sugiere que ciertos déficits cognitivos son relativamente independientes de los síntomas psiquiátricos en esquizofrenia y son, probablemente rasgos centrales y permanentes del desorden.

Observaron que el tratamiento con clozapina estuvo asociado con una baja en algunas funciones de la memoria; las potentes propiedades del anticolinérgico del medicamento podrían haber sido responsables de esto. En promedio los síntomas declinaron en un 40%.

En la muestra había 10 hombres y 5 mujeres cuya edad promedio era de 35 años y un rango de 18 a 46 años.

76.- A: Gupta, Sunjai y Robin M. Murray

"La relación de la temperatura medioambiental con la incidencia y comienzo de esquizofrenia"

R: v. CLX, f. junio, 1992, pp. 788 - 792

D: Factores predisponentes/ Etiología/ Morbilidad

Este artículo presenta un nuevo análisis de datos llevado a cabo por dos multicentros de estudios de la Organización Mundial de la Salud. El riesgo de morbilidad del desarrollo de esquizofrenia, como lo define ampliamente el Estudio de Aparición de Determinantes, fue positivamente relativo al rango promedio diario de temperatura. El comienzo de esquizofrenia, como se determinó por el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia, fue encontrado ser positivamente relativo a la media de temperatura medioambiental. Son necesarios estudios adicionales para examinar la relación de las variables geográficas y climatológicas con la esquizofrenia, con intención de complementar lo que ya es sabido sobre el rol que juegan los factores socioculturales.

77.- A: Gureje, O.

"Correlación de síndromes positivo y negativo esquizofrénicos en pacientes nigerianos"

R: v. CLV, f. noviembre, 1989, pp. 628 - 632

D: Sintomatología

Estos dos conceptos de síndrome de esquizofrenia fueron investigados en una muestra de 70 pacientes esquizofrénicos nigerianos. Los síndromes positivo y negativo fueron estudiados en relación a demografía, historia, neurología y medidas psicométricas. El síndrome negativo fue asociado con deterioro cognitivo, deterioración conductual y ojo izquierdo dominante y también con pobre desempeño educativo premórbido y período largo de estancia en hospital. El síndrome positivo no fue relativo con ninguna de las variables independientes. Los síndromes no son significativamente relativos, lo que da soporte al punto de vista de que representan dos dimensiones de patología relativamente independientes. Esto provee de soporte adicional a la validación de los dos subtipos tipo I y Tipo II de esquizofrenia en poblaciones de pacientes con diferentes antecedentes culturales y sugiere que el síndrome negativo es relativo a la presencia de déficits del neurodesarrollo que posiblemente anteceden a la esquizofrenia.

78.- A: Häfner, Heinz, et al

"La influencia de la edad y el sexo en el episodio y curso temprano de esquizofrenia"

R: v. CLXII, f. enero, 1993, pp. 80 - 86

D: Comienzo/ Sintomatología

Una nueva entrevista estandarizada para la clasificación retrospectiva del episodio y curso temprano de esquizofrenia, fue usada para estudiar la influencia de edad y sexo en la duración del episodio y psicopatología antes de la primera admisión en 267 pacientes esquizofrénicos de primera admisión. La media de edad y episodio esquizofrénico, de acuerdo con varias definiciones operacionales, difería en 3 o 4 años entre sexos. La distribución de edad de los signos iniciales de desorden mental mostraron un temprano y marcado incremento hasta los 25 años en hombres y un tardado y pequeño incremento en mujeres, con un segundo periodo de enfermedad en mujeres de edad entre 45 y 79 años. La esquizofrenia empezó con síntomas negativos en el 70% de los casos, apareciendo de 2 a 6 años antes de la admisión y todos los síntomas positivos aparecieron aproximadamente 2 años antes. El curso temprano de enfermedad fue similar entre grupos, excepto porque hubo un largo periodo de síntomas negativos antes de la primera admisión en periodos tardíos de esquizofrenia en mujeres. Las pocas diferencias significativas de edad en los síntomas fue presumiblemente debida al patrón general de reacciones dependientes de la edad, como ansiedad y depresión o el desarrollo cognitivo de la personalidad como se indica por un incremento en la extensa elaboración de síntomas positivos, especialmente los sistematizados delirios paranoides.

Para las diferencias de edad en los síntomas iniciales, trabajaron con 112 hombres y 124 mujeres de 12 a 59 años divididos en 3 grupos.

79.- A: Hare, Edward

"Esquizofrenia como una enfermedad reciente"

R: v. CLIII, f. octubre, 1988, pp. 521 - 531

D: Antecedentes Históricos/ Prevalencia/ Incidencia

La hipótesis de que la esquizofrenia es una enfermedad reciente, puede explicar porque las descripciones de esquizofrenia como desorden eran raras antes de 1800, porque la prevalencia de insania en el mundo occidental incrementó durante el siglo XIX pero permaneció baja en el mundo no occidental hasta el siglo XX y porque la esquizofrenia ha empezado a ser moderada en el occidente durante las décadas recientes. Esto también explica porque la esquizofrenia ha persistido a pesar de que es asociada con la baja fertilidad. La evidencia de esta hipótesis es algo frágil, pero quizá no más que las hipótesis alternativas.

80.- A: Howard, Robert, et al

"Un estudio comparativo de 470 casos de comienzo temprano y tardío de esquizofrenia"

R: v. CLXIII, f. septiembre, 1993, pp. 352 - 357

D: Comienzo/ Sintomatología

La presencia o ausencia de 22 síntomas esquizofrénicos fue registrada con la edad de aparición de enfermedad en 470 pacientes con psicosis no afectiva y no orgánica. Desordenes formal del pensamiento y positivo y negativo, síntomas afectivos, afecto inapropiado, delirio de grandeza o pasividad, delirios primarios como alucinaciones visuales e inserción y hurto de pensamiento fueron los más comunes en los casos de aparición temprana (edad de comienzo 44 años o menos, este grupo de 336 pacientes tenía 141 mujeres).

Delirios de persecución, con o sin alucinaciones, ilusiones organizadas, alucinaciones auditivas de comentarios acusativos o agresiones fueron los más comunes en los casos de comienzo tardío (edad de comienzo de 45 años o más, este grupo tenía 134 pacientes de los cuales 90 eran mujeres). No había diferencia entre los grupos en la prevalencia de delirios de referencia, alucinaciones visuales o falta de insight. Concluyen que aunque existen similitudes clínicas entre grupos, hay suficientes diferencias entre ellos para sugerir que no son fenotípicamente homogéneos.

La media de edad de comienzo en mujeres fue 41 años y 31 en hombres.

81.- A: Humphreys, M. S., et al

"Comportamiento agresivo precedente a primera admisión en esquizofrenia"

R: v. CLXI, f. octubre 1992, pp. 501 - 505

D: Conducta agresiva/ Sintomatología/ Personalidad premórbida

De 253 pacientes en su primer episodio esquizofrénico, 52 se habían comportado de un modo amenazador para la vida de otros antes de su admisión al hospital. Estos 52 pacientes fueron estudiados con los datos recopilados al tiempo de su presentación inicial. A pesar de su historia de enfermedad por más de un año en 24 casos, y evidencia de que la violencia era motivada por síntomas psicóticos en 23 casos, menos de la mitad de los pacientes fueron admitidos en hospital como resultado directo de su comportamiento agresivo. El comportamiento amenazador de otras vidas fue más común cuando el paciente había estado enfermo por un largo periodo y cuando tenían delirios de intrusión.

La muestra consistía en 35 hombres y 17 mujeres cuya media de edad era de 26 años con un rango de edad de 16 a 50 años.

82.- A: Imber Mintz, Lois, et al

"El episodio inicial de esquizofrenia y expresividad emocional familiar. Algunas consideraciones metodológicas"

R: v. CLIV, f. febrero, 1989, pp. 212 - 217

D: Familia/ Factores predisponentes/ Personalidad preinórbida/ Comienzo

La relación entre la duración de la enfermedad antes de la primera admisión hospitalaria, la Expresividad Emocional (EE) en los parientes más cercanos y el curso de la enfermedad, se ha reportado que producen conflictos entre sí. Este estudio examina los resultados de una perspectiva metodológica en una muestra de pacientes esquizofrénicos en su primer episodio. La "mejor valoración" de aparición de enfermedad, basada en una compilación de todos los recursos, fue comparada con una estimación basada en reportes familiares. La valoración familiar sugiere que los niños con alta EE familiar han estado enfermos por un tiempo significativamente mayor, pero estas diferencias no han sido confirmadas por la "mejor valoración". En muchos casos, los niños enfermos con alta EE familiar vivieron en casa antes de su primera admisión y la valoración de la duración por parte de los parientes es casi exacta. En los pocos casos en los que el niño vivía lejos de casa, con alta EE familiar, fue sorprendentemente sobrestimada la duración. Los niños con baja EE familiar, era más probable que vivieran fuera de casa, pero este factor no explica el constante menosprecio de la duración hecha por los parientes. Aunque la duración de enfermedad no es relativa a la EE, hay un relación exitosa en pacientes externos antes de su primera admisión y es más común entre niños con baja EE familiar que tengan que recibir tratamientos como internos.

83.- A: Kaiya, H., et al

"Tomografía computarizada en esquizofrenia. Formas de enfermedad familiar contra no familiar"

R: v. CLV, f. octubre, 1989, pp. 444 - 450

D: Transmisión horizontal/ Transmisión vertical/ Etiología

Los hallazgos en tomografía computarizada (TC) y los datos demográficos o clínicos de 80 pacientes con esquizofrenia (DSM-III) y 45 controles médicos, todos japoneses menores de 50 años, fueron evaluados. El análisis de discriminación múltiple mostró que el agrandamiento de el tercer ventrículo y la atrofia pariental y frontal podrían predecir significativamente el diagnóstico de esquizofrenia. El ensanchamiento de la Cisura de Silvio y la atrofia pariental distingue a los esquizofrénicos familiares con ambos tipos de transmisión horizontal (aquellos que tienen padres afectados) y vertical (aquellos que tienen padres y/o descendientes afectados) de los pacientes no familiares. La atrofia pariental y una historia de parto complicado distingue la transmisión horizontal de la vertical. Los hallazgos de TC junto con algunas características clínicas podrían diferenciar los 3

subgrupos clasificados por la forma hereditaria, cada uno de estos subgrupos podría pertenecer a diferentes entidades de enfermedad, de diferentes patofisiologías.

Este estudio da soporte a la importancia de la atrofia cerebral, especialmente, en las regiones frontal y parietal en el diagnóstico de esquizofrenia.

84.- A: Kendell, R. E. y W. Adams

"Fluctuaciones inexplicables en el riesgo de esquizofrenia por el mes y año de nacimiento"

R: v. CLVIII, f. junio, 1991, pp. 758 - 763

D: Factores predisponentes/ Etiología/ Incidencia

La variación en el año y mes de nacimiento fue estudiada en 13 661 esquizofrénicos nacidos entre 1914 y 1960, aportados por el Registro de Casos Psiquiátricos Escocés. Año con año las fluctuaciones en el número de esquizofrénicos por cada 10 000 nacimientos tuvieron límites fuera de proporción. Así pues hubo fluctuaciones mes con mes entre enero de 1932 y diciembre de 1960, y esto fue en gran parte debido a las fluctuaciones en el número de nacimientos de esquizofrénicos en febrero, marzo, abril y mayo. El tiempo de los primeros meses de gestación se relaciona con el promedio de temperatura mensual, lo que sugiere que en los mismos 4 meses la incidencia de esquizofrenia está influenciada por la temperatura de los 6 meses previos (la baja de temperatura en el otoño se refleja en el aumento en la incidencia de nacimiento de esquizofrénicos en primavera). Si estos hallazgos pudieran ser confirmados con más datos, podría sugerirse que la influencia de la variación de estación y temperatura, contribuye a la etiología de la esquizofrenia y podría ejercer sus efectos en el tercero o cuarto mes del desarrollo fetal.

Una infección viral intrauterina es probablemente la más plausible de la gran cantidad de posibles explicaciones de este fenómeno de "estación de nacimiento", particularmente porque se ha acumulado evidencia epidemiológica y neuropatológica de que el daño del cerebro del feto antes o al tiempo del nacimiento puede contribuir a la génesis de esquizofrenia.

85.- A: Kibel, D. A., et al.

"La composición del síndrome negativo de la esquizofrenia crónica"

R: v. CLXII, f. junio, 1993, pp. 744 - 750

D: Depresión/ Sintomatología/ Antecedentes históricos

Los rasgos clínicos de los pacientes quienes satisfacen una variedad de criterios para el síndrome negativo pueden ser ordenados en 5 grupos de fenómenos: a) Pobreza de pensamiento y lenguaje, b) Aplanamiento afectivo, c) Decremento de la actividad motora, d) Apatía y e) Decremento en la interacción interpersonal. Mostraron que el carácter depresivo y la depresión en sí no son relativos al síndrome negativo, pero existe una



sobreposición entre el fenómeno específico de depresión como enfermedad y el síndrome negativo en esquizofrenia. Los reactivos que miden deterioro cognoscitivo tienen una moderada correlación con el síndrome negativo, pero el síndrome negativo tuvo menos de la mitad de puntos de la variación en el desempeño cognoscitivo. Estos reactivos que definen el síndrome negativo pueden ser tan confiables como los que miden depresión y síntomas positivos.

Trabajaron con 73 pacientes internos de los hospitales de San Bernardo y Santa María, de Londres. La media de edad era de 50.2 años y eran 22 mujeres y 51 hombres.

86.- A: Kulhara, P., et al

“Síntomas negativos y depresivos en esquizofrenia”

R: v. CLIV, f. febrero, 1989. pp. 207 - 211

D: Sintomatología/ Depresión

95 pacientes esquizofrénicos fueron evaluados usando el Present State Examination, la Brief Psychiatric Rating Scale y la Scale for the assessment of Negative Symptoms.

Los síntomas negativos y depresivos . Retardo, falta de energía, pereza y otros síntomas de depresión fueron asociados significativamente con los síntomas negativos de esquizofrenia. El afecto depresivo en sí no tenía una correlación significativa con los síntomas negativos.

El presente trabajo indica que el síntoma más característico de la depresión no tiene mucha influencia en la prevalencia de síntomas negativos en esquizofrenia. No se estableció una relación positiva entre síntomas negativos y muchos de los síntomas depresivos, lo que sugiere que estos dos fenómenos podrían surgir de diferentes procesos. La necesidad de más trabajos en esta importante e interesante área de la psicopatología es evidente por sí misma.

87.- A: Landmark, J., et al

“La tríada positiva de los síntomas esquizofrénicos. Sus propiedades estadísticas y sus relaciones con 13 sistemas tradicionales de diagnóstico”

R: v. CLVI, f. marzo, 1990, pp. 388 - 394

D: Sintomatología/ Diagnóstico

Usando los datos del Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia de la Organización Mundial de la Salud y de una serie de sus reportes previos, de 120 pacientes que reciben tratamiento como esquizofrénicos, investigaron el grado de concordancia entre 13 sistemas de diagnóstico de esquizofrenia. Identificaron una tríada de síntomas similares a la del Estudio Piloto Internacional: Alucinaciones auditivas, Pasividad y Desórdenes afectivos.

Esta tríada es altamente correlativa con el diagnóstico de esquizofrenia como se determina en los 13 sistemas de diagnóstico, así como con la respuesta al neuroléptico en sus series. Esta tríada podría ser útil como núcleo central de los síntomas en el estudio de la enfermedad esquizofrénica. Esto representa el fenómeno más importante en un grupo de pacientes que tienen que ser generalmente considerados como esquizofrénicos, aunque no se les pueda dar un diagnóstico definitivo.

88.- A: Lebell, Malca B., et al

"Percepción de los pacientes, del clima emocional familiar y sus consecuencias en esquizofrenia"

R: v. CLXII, f. junio, 1993, pp. 751 - 754

D: Factores predisponentes/ Familia

39 pacientes externos, esquizofrénicos crónicos y sus familias fueron entrevistados separadamente para evaluar la percepción de sus relaciones. Usaron dos escalas simples de 5 puntos, predictoras de riesgo de exacerbación psicótica de seguimiento de un año: Percepción de los pacientes de las actitudes de sus familiares con respecto a ellos y Actitudes propias de los pacientes con respecto a sus familiares. Analizan los datos de supervivencia en un 2 x 2 factorial (combinando el grado de contacto con el pariente guía y la percepción del paciente de sus parientes) encontraron que los pacientes que tienen contacto frecuente y percepción positiva de sus familiares tienen significativamente mejores tasas de supervivencia sin exacerbación psicótica. La percepción de los pacientes de sus familiares podría ayudar a identificar el riesgo de exacerbación de los pacientes en su enfermedad. Trabajaron con 39 pacientes externos, hombres con un rango de edad de 18 a 60 años y una media de 39.05 años. Los familiares comprendían 30 mujeres y 9 hombres, 20 eran sus madres, 4 sus padres, 7 hermanos, 4 esposas, 2 novias, una tía y un amigo.

89.- A: Lee, Peter W. H., et al

"Estrategias de combate de pacientes esquizofrénicos y su rehabilitación"

R: v. CLXIII, f. agosto, 1993, pp. 177 - 182

D: Rehabilitación psicosocial/ Tratamiento

La experiencia y percepción de recursos efectivos de ayuda a 101 pacientes esquizofrénicos fueron estudiados. Una combinación de ayuda profesional, soporte social y esfuerzo de autocombate fueron enlistados como rehabilitadores. Las experiencias que tuvieron los pacientes con los recursos de ayuda fueron de los mejores resultados. Adaptación premórbida, exposición a la magnitud y naturaleza de recursos de ayuda, tanto como la habilidad y motivación de los pacientes para usar estos recursos fueron pensados como variables importantes para una mejor rehabilitación. Aparte de la medicación

psicotrópica más de la mitad de los pacientes no usaron ningún recurso de ayuda mencionado. Queda una importante cuestión por investigar, ya sea o no paciente esquizofrénico ¿podría beneficiarse del adiestramiento de autoayuda en conjunto con la ayuda de un profesional de óptimo desempeño y del soporte medioambiental?

90.- A: Leff, J., et al

"Un ensayo de terapia familiar contra un grupo de familiares de esquizofrénicos"

R: v. CLIV, f. enero, 1989, pp. 58 - 66

D: Factores predisponentes/ Tratamiento/ Familia/ Recaídas

Esquizofrénicos con edad entre 16 y 65 años; viviendo en gran contacto con parientes que tenían alta Expresividad Emocional (EE) fueron reclutados para un ensayo de intervención social. Los pacientes tomaban neurolépticos; sus familiares fueron asignados al azar a terapia de educación familiar plus o a un grupo de educación plus para familiares. 11 de 12 familiares aceptaron la terapia familiar en casa y 6 de 11 consintieron con el grupo de familiares. El no consentimiento fue asociado con un pobre resultado de los pacientes en términos de recaídas. Las tasas de recaídas después de 9 meses en la terapia familiar fue de 8%, mientras que en grupo de familiares fue de 17%. El desempeño social de los pacientes mostró una mejora no significativa. Los datos de este ensayo fueron comparados con los de uno previo. La disminución en las recaídas mostró estar intervenida por la reducción en la EE de los familiares y/o contacto cara a cara. La reducción en EE y/o contacto fue asociada con una minúscula tasa de recaídas, 5%. Un pequeño cambio ocurrió en los familiares que no aceptaron estar en grupo.

Basándose en sus hallazgos, recomiendan que el procedimiento más efectivo es establecer grupos de familiares en conjunto con educación familiar y una o más sesiones de iniciación de terapia familiar en casa. Es muy importante ofrecer visitas domiciliarias a familiares que están incapacitados o que se rehusan a asistir a grupos de familiares.

91.- A: Leff, J. et al

"Un ensayo de terapia familiar contra un grupo de familiares de esquizofrénicos. Seguimiento de 2 años"

R: v. CLVII, f. octubre, 1990, pp. 571 - 577

D: Familia/ Factores predisponentes/ Tratamiento/ Recaídas

Los resultados son reportados después de 2 años de seguimiento de sesiones del ensayo familiar en casa (incluyendo pacientes, 12 familias) contra un grupo de familiares (excluyendo pacientes, 11 familias). Los sujetos eran pacientes esquizofrénicos, viviendo en alto contacto cara a cara con familiares de alta expresividad emocional (EE). Los pacientes estuvieron mantenidos con neurolépticos (cuando fue posible) durante los 2 años.

Los comentarios críticos y hostiles fueron significativamente menores que el ensayo de 9 meses, pero no hubo cambios significativos a consecuencia de ellos. Las tasas de recaídas de pacientes en la terapia familiar y grupos de familiares fueron de 33% y 36% después de 2 años. Cuando estos datos se combinaron con los resultados del ensayo previo, se encontró que los pacientes de familias asignadas a alguna forma de intervención social tenían, después de 2 años una tasa de recaídas de 40%, significativamente menor (75%) que la tasa de pacientes cuyos familiares no recibían ayuda. Sobre todo recomendamos que los grupos de familiares sean establecidos en conjunto con algunas sesiones familiares en casa, para pacientes con alto riesgo de recaída.

92.- A: Liddle, Peter F. y Thomas R. E. Barnes

"Síndromes de esquizofrenia crónica"

R: v. CLVII, f. octubre, 1990, pp. 558 - 561

D: Sintomatología

Confirman el reporte de unos hallazgos anteriores sobre que los síntomas de los pacientes con esquizofrenia crónica pueden separarse en 3 síndromes: Pobreza psicomotora (Pobreza de lenguaje, aplanamiento afectivo, decremento del movimiento espontáneo); Desorganización (Desórdenes del pensamiento, afecto inapropiado); y Realidad distorsionada (Delirios y alucinaciones).

Sugieren que la heterogeneidad de la esquizofrenia está mejor descrita en términos de síntomas, los cuales podrían coexistir en un paciente.

Trabajaron con 57 pacientes, 33 hombres y 24 mujeres con rango de edad de 34 a 80 años y media de 58.6 años, 54 de ellos recibían medicación neuroléptica.

93.- A: Liddle, Peter F. y Danielle L. Morris

"Síndromes de esquizofrenia y funcionamiento del lóbulo frontal"

R: v. CLVIII, f. marzo, 1991, pp. 340 - 345

D: Lóbulo frontal/ Sintomatología

Una batería de pruebas neuropsicológicas sensibles al deterioro del lóbulo temporal fueron administrados a 43 pacientes, esquizofrénicos crónicos, menores de 66 años, para delinear la anormalidad del proceso mental asociado con los síndromes de pobreza psicomotora y desorganización, los cuales habían sido identificados en un estudio previo de separación de síntomas esquizofrénicos. Se encontró que la pobreza psicomotora está asociada con la lentitud de la actividad mental, incluyendo lentitud en la generación de palabras. El síndrome de desorganización fue asociado con el deterioro en las pruebas en las cuales se solicitaba al sujeto ordenar solamente las respuestas inadecuadas.

94.- A: Lund, C. E., et al

"Desórdenes motor, volitivo y conductual en esquizofrenia. 1: Valoración usando la escala de Rogers modificada"

R: v. CLVIII, f. marzo, 1991, pp 323 - 327

D: Sintomatología/ Tipos

La valoración de los síntomas catatónicos, distintamente de otros síntomas esquizofrénicos, no tiene una precisión ni exactitud fenomenológica y su distinción de los síntomas extrapiramidales no siempre es fácil. La escala de Rogers modificada puede mostrar anomalías en movimiento, volición, lenguaje y sobretodo conducta en esquizofrenia. Es detallada, confiable, válida y permite la separación de puntuación para síntomas no extrapiramidales y por lo tanto presumiblemente fenómeno catatónico.

95.- A: Martyns-Yellowe, I. S.

"La carga de esquizofrenia en la familia. Un estudio de Nigeria"

R: v. CLXI, f. diciembre, 1992, pp. 779 - 782

D: Carga/ Familia

La carga de esquizofrenia en familias nigerianas urbanas y rurales fue estudiada usando un cuestionario estandarizado. Las familias rurales experimentan más carga; sin embargo, la diferencia fue significativa solamente respecto a la carga económica. Las familias rurales de esquizofrénicos mostraron ser más propensos a la morbilidad psiquiátrica menor, que las familias urbanas.

Reclutaron 44 pacientes, 24 de familias rurales y 20 de urbanas, 36 eran hombres y 24 mujeres.

96.- A: Mayer, C., et al

"Edad de comienzo en esquizofrenia: Relaciones de psicopatología y género"

R: v. CLXII, f. mayo, 1993, pp. 665 - 671

D: Comienzo/ Tipos/ Depresión/ Incidencia

Este estudio retrospectivo evalúa diferencias entre pacientes con primera manifestación de psicosis esquizofrénica (ICD 295) o síndrome paranoide (ICD 297) de edades entre 18 y 23 años o 40 y 63 años. Las variaciones de género específico en psicopatología fueron también examinadas. Los numerosos análisis de variación mostraron pocas diferencias significativas. Los pacientes con comienzo tardío de enfermedad puntuaron alto en depresión y en escalas de síndrome autonómico en su admisión, mientras que pacientes con comienzo temprano mostraron más deterioro psicosocial en su alta y su estancia en hospital

fue mayor. Solamente entre pacientes esquizofrénicos (excluyendo ICD 297), la puntuación elevada de síndrome autonómico de admisión fue confirmada solo en los pacientes de mayor edad. Los hombres fueron más apáticos a su admisión y alta que las mujeres. Excluyendo pacientes con síndrome paranoide estas diferencias fueron nuevamente significativas. Sobretudo, los esquizofrénicos hombres tenían mayor puntuación en depresión y síndrome psico-orgánico al alta. La demostración solamente de diferencias marginales entre comienzo temprano y tardío de esquizofrenia no es soporte suficiente para suponer que la edad de comienzo influye marcadamente en la psicopatología.

97.- A: Meadows, G., et al.

"Valorando esquizofrenia en adultos con retardo mental. Un estudio comparativo"

R: v. CLVIII, f. enero, 1991, pp. 103 - 105

D: Retardo mental/ Coeficiente intelectual

25 pacientes con retraso mental leve, fueron comparados con 26 pacientes esquizofrénicos de inteligencia normal (ambos de edad entre 18 y 65 años). Los pacientes con retardo mental sufrieron un comienzo más temprano de esquizofrenia y habían estado casados o empleados en menor número. Sin embargo, el fenómeno clínico mostrado por los dos grupos, obtenido por el Inventario de desórdenes afectivos y esquizofrenia (SADS-L) fueron muy similares. Estas entrevistas estandarizadas y criterios de esquizofrenia pueden ser aplicados adecuadamente en aquellos con C.I. entre 50 y 70.

Los resultados obtenidos, de entre más, mostraron que los pacientes esquizofrénicos con retardo mental eran más jóvenes que los del grupo de C.I. normal y que tenían una edad de comienzo más temprana. En ambos grupos había un exceso de hombres.

98.- A: Modestin, Jiri, et al

"Un estudio sobre suicidio en pacientes esquizofrénicos internos"

R: v. CLX, f. marzo, 1992, pp. 398 - 401

D: Suicidio

Un análisis retrospectivo de las estadísticas clínicas de 53 pacientes esquizofrénicos internos que cometieron suicidio y el mismo número de sujetos control, fueron elegidos, tomando en cuenta las mismas variables clínicas, psicosociales y demográficas. Un análisis univariado de los datos, mostró un pobre ajuste psicosocial temprano, mayor severidad de enfermedad, situación social insatisfactoria y comportamiento suicida más frecuente en el grupo suicida. El suicidio en pacientes esquizofrénicos internos parece estar muy cercanamente conectado con una particular forma de incapacidad de la enfermedad y sus consecuencias nocivas psicosociales.

Los 53 pacientes suicidas representan el 35% del total de pacientes suicidas en el periodo, 39 (74%) eran hombres y 14 (26%) mujeres.

99.- A: Montero, I., et al

"La influencia de la expresividad emocional familiar en el curso de la esquizofrenia en una muestra de pacientes españoles. Un estudio de seguimiento de dos años"

R: v. CLXI, f. agosto, 1992, pp. 217 - 222

D: Factores predisponentes/ Recaídas

Una muestra de 60 pacientes esquizofrénicos españoles fue estudiada para investigar la relación entre la Expresividad Emocional (EE) de la familia y las recaídas. La EE de los parientes y las recaídas de los pacientes fueron operacionalmente seguidas con el criterio de Leff y Vaughn. Después de 9 meses no se encontró una asociación significativa entre la EE y las recaídas, pero esta asociación empezó a ser significativa con la variación de la puntuación de la EE que decreció en 4 puntos por el aumento de comentarios críticos.

Después de 24 meses no se encontró asociación entre EE y recaídas. Existe una tendencia de los pacientes que interrumpieron su medicación o que no trabajaban, a recaer más frecuentemente, particularmente entre el grupo de alta EE. Los pacientes tenían edad entre 17 y 45 años con media de 26.8, 78% eran solteros, había 28 mujeres y 32 hombres.

100.- A: Munk-Jorgensen, Povl y Preben Bo Mortensen

"Incidencia y otros aspectos de la epidemiología de esquizofrenia en Dinamarca, 1971-87"

R: v. CLXI, f. octubre, 1992, pp. 489 - 495

D: Incidencia/ Epidemiología

Todos los pacientes daneses admitidos por primera vez en el periodo de 1969-88 con diagnóstico de esquizofrenia fueron incluidos en el estudio. Más de 8 500 pacientes fueron examinados del total de registros psiquiátricos daneses. Las tasas de primera admisión decrecieron en aproximadamente un 50% independientemente de la forma de calcularlas y del incremento en las tasas de mortalidad estandarizadas. El uso de cuidados internos no varió a pesar de la reducción en camas disponibles de más del 40% en el periodo de estudio.

- 101.- A: O'Callaghan, Eadbhard, et al  
 "Época de nacimiento en esquizofrenia. Evidencia para limitar de un exceso de nacimientos en invierno de pacientes sin una historia familiar de desorden mental"  
 R: v. CLVIII, junio, 1991, pp. 764 - 760  
 D: Factores predisponentes/ Familia/ Etiología

Aunque es bien reconocido que los pacientes esquizofrénicos es más común que hallan nacido en invierno, la significación de estos hallazgos permanece oscura. Los datos referentes a época de nacimiento e historia familiar fueron analizados en 561 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (ICD-9). El grupo de pacientes sin historia familiar de algún desorden psiquiátrico fue significativamente más común que nacieran en invierno que los pacientes con parientes en primer grado afectados de esquizofrenia. En comparación con la población control normal, solamente aquellos sin historia familiar de enfermedad mostraron un significativo exceso de nacimientos en invierno, lo que sugiere un factor medioambiental de gran significancia etiológica en esos pacientes.

- 102.- A: Parnas, Josef y Aage Jorgensen  
 "Psicopatología premórbida en el espectro esquizofrénico"  
 R: v. CLV f. noviembre, 1989, pp. 623 - 627  
 D: Factores predisponentes/ Personalidad premórbida

Como prevención, hicieron un estudios longitudinal de sujetos de alto riesgo descendientes de madres esquizofrénicas, con una severa dimensión de comportamiento premórbido "peculiar", predictor de una subsecuente esquizofrenia o esquizotipia. Peculiaridad/Excentricidad podrían representar una sutil marca de genotipo esquizofrénico. Pre-esquizofrénicos, fueron caracterizados por discontrol afectivo, reflejado en menor introversión y mayor comportamiento disturbado.

- 103.- Peralta, Víctor, et al  
 "¿Existen más de dos síndromes en esquizofrenia? Una crítica de la dicotomía positivo-negativo"  
 R: v. CLXI, f. septiembre, 1992, pp. 335 - 343  
 D: Sintomatología

Una muestra de 115 esquizofrénicos, 79 hombres y 36 mujeres, con un rango de edad de 16 a 76 años y media de 35.7 años, fueron estudiados utilizando las escalas de: Evaluación de síntomas negativos (SANS) y Evaluación de síntomas positivos (SAPS). Un análisis factorial de las 9 subescalas y 2 síntomas (afecto inapropiado y pobreza de



contenido) y una revisión de análisis factoriales previos sugieren que los síntomas esquizofrénicos no pueden ser apropiadamente clasificados en síndromes positivo y negativo. La baja consistencia interna de la SAPS sugiere que los síntomas no son un síndrome homogéneo. Nuestros resultados encajan mejor con el modelo de Liddle de tres síndromes (negativo, delirio-alucinación y síndromes desorganizados). Esto permite argumentar que estamos lejos de una clasificación válida de síntomas esquizofrénicos y la dicotomía positivo-negativo parece ser una sobresimplificación.

104.- A: Phillips, Michael R. et al

"Cambios en los síntomas positivos y negativos de pacientes esquizofrénicos internos en China"

R: v. CLIX, agosto, 1991, pp. 226 - 231

D: Sintomatología/ Tipos

Se estudiaron los síntomas positivos y negativos de 401 pacientes esquizofrénicos de 4 hospitales psiquiátricos alrededor de China, durante su admisión y alta. En la admisión, 58% de los pacientes tenían prominentes síntomas negativos y la severidad del total de los síntomas negativos era similar a la de los síntomas positivos; al alta, los síntomas negativos fueron más prevalentes y severos. La severidad de los síntomas negativos no fue significativamente correlativa con la duración de la enfermedad o con la dosis de medicamento; 48% de pacientes severamente medicados, en su primer episodio, tenían prominentes síntomas negativos en su admisión. Los síntomas negativos respondieron al tratamiento neuroléptico estandarizado, pero la mejoría fue menos marcada que en los síntomas positivos (47% y 80%). La proporción de pacientes clasificados como tipo positivo, tipo negativo y tipo combinado de esquizofrenia se alteraron dramáticamente con el tratamiento. Estos hallazgos aumentan considerablemente la importancia de los síntomas negativos en la evaluación y tratamiento de la esquizofrenia crónica y aguda.

De los 401 pacientes 227 era hombres y 174 mujeres con una media de edad de 31 años y un rango de 14 a 69, el promedio de intervalo entre la admisión y el alta fue de 66 días con un rango de 7 a 122.

105.- A: Ring, Noreen, et al

"Síntomas negativos en esquizofrenia crónica. Relación con la duración de enfermedad"

R: v. CLIX, f. octubre, 1991, pp. 495 - 499

D: Sintomatología

La frecuencia y distribución de síntomas negativos en una muestra de 40 pacientes admitidos en hospital con diagnóstico definitivo de esquizofrenia, fueron examinados. Hubo una altamente significativa correlación positiva entre la puntuación de los síntomas

negativos obtenidos usando tres diferentes escalas, pero la presencia de síntomas negativos no fue significativamente relativa a la duración de enfermedad o al número de episodios de enfermedad. Estos hallazgos no son soporte para el modelo que dice que los síntomas negativos son consecuencia de la recaídas, pero están a favor de ser un componente integral de el síndrome esquizofrénico que aparece tanto en el primero como en los siguientes episodios.

106.- A: Scott, R. D., et al

"La importancia del rol del paciente en la aparición de esquizofrenia"

R: v. CLXIII, f. Julio, 1993, pp. 62 - 68

D: Familia/ Factores predisponentes/ Recaídas

El test de percepción interpersonal familiar (FIPT) fue usado para explorar la relación entre los pacientes esquizofrénicos y sus parientes y cómo se relacionan ambos con las recaídas un año después del alta y en la mejoría en el desempeño social. 40 pacientes esquizofrénicos y sus parientes fueron evaluados durante su primera admisión hospitalaria y de nuevo dos años después. La percepción de parientes y pacientes entre sí fue más negativa en aquellos con un comienzo de enfermedad más fuerte, pero lo que más significativamente se distinguió entre los grupos con diferentes comienzos fue la expectativa de los pacientes de cómo son vistos por sus parientes. El FIPT, más que nada, revela patrones de interacción en los cuales el rol de los pacientes en la aparición es al final tan importante como el de los parientes y puede ayudar en la identificación de características con las cuales se puede trabajar en terapia. Los pacientes eran 33 hombres y 7 mujeres con un rango de edad de 16 a 34 años.

107.- A: Tarrier, Nicholas

"Algunos aspectos de intervención familiar en esquizofrenia. I.- Adherencia a programas de intervención"

R: v. CLIX, f. octubre, 1991, pp. 475 - 480

D: Programa psicoeducativo/ Tratamiento

Aunque los programas de intervención familiar para instruir a los familiares en el manejo y técnicas de imitación de enfermedad son frecuentemente efectivos para reducir las recaídas, muchas familias no pueden comprometerse con el tratamiento. Se describen posibles razones de esto y se sugieren algunas formas de incrementar la adherencia al tratamiento. La adherencia a la intervención podría ser vista como un patrón de comportamiento complejo y los factores de incremento que se presenta y puede ser mantenido y que podría ser investigado para maximizar el potencial clínico de los programas de intervención familiar.

108.- A: Tarrrier, Nicholas, et al

"Algunos aspectos de intervención familiar en esquizofrenia. II.- Consideraciones financieras"

R: v. CLIX, f. octubre, 1991, pp. 481 - 484

D: Programas psicoeducativos/ Tratamiento

Los costos directos de los servicios de salud mental para pacientes que participaron en un experimento de intervención familiar comportamental, para reducir las recaídas en esquizofrenia, fueron estimados. La comparación fue hecha entre dos grupos de pacientes con alta expresividad emocional (AEE) familiar: un grupo recibió 9 meses de intervención familiar (AEE intervención) y el otro grupo tratamiento rutinario (AEE control). Un tercer grupo consistió en pacientes con baja EE familiar. El significado decremento en las tasas de recaída en el grupo AEE intervención comparados con el grupo AEE control fueron previamente reportados; el análisis de costos indica que cualquier incremento en los costos derivado de la intervención familiar es preponderante por el decremento en el tratamiento de los servicios mentales establecidos. La intervención resulta en un decremento del 27% en promedio del costo por paciente.

109.- A: Tsuang, Ming T.

"Riesgos de morbilidad en esquizofrenia y desórdenes afectivos entre parientes en primer grado de pacientes con desórdenes esquizoafectivos"

R: v. CLVIII, f. febrero, 1991, pp. 165 - 170

D: Desordenes afectivos/ Familia/ Morbilidad

De 510 pacientes admitidos y diagnosticados como esquizofrénicos, 310 que no cumplan con el criterio de diagnóstico de esquizofrenia, se les dio clasificación de psicosis atípica. Este heterogéneo grupo de pacientes fue entonces reacomodado en subgrupos más homogéneos de acuerdo con sus características clínicas, independientemente de sus antecedentes familiares. Un subgrupo semejante a esquizofrenia, un subgrupo semejante a desorden afectivo y un tercer grupo que no era semejante ni a esquizofrenia ni a desorden afectivo, fue definido como esquizoafectivo. Comparando el riesgo de morbilidad de esquizofrenia y desorden afectivo en los parientes del grupo esquizoafectivo con los parientes de los grupos "típicos" de esquizofrenia y desorden afectivo, mostraron que el grupo de esquizoafectivos es diferente de los otros dos.

110.- A: Varma, Shashjit L. e Indira Sharma

"Morbilidad psiquiátrica en los parientes en primer grado de pacientes esquizofrénicos"

R: v. CLXII, f. mayo, 1993, pp. 672 - 678

D: Familia/ Morbilidad

Parientes en primer grado (PPG) de 1 018 esquizofrénicos y 812 controles fueron investigados. La morbilidad psiquiátrica estuvo presente en 34.8% de los PPG de esquizofrénicos y en 9.2% de los PPG del grupo control. Hubo significativamente más enfermedades psiquiátricas en los hermanos y parientes que en los descendientes en ambos grupos. El riesgo de morbilidad del desorden de personalidad esquizotípica, desorden de personalidad paranoide fue significativamente mayor en los PPG de los pacientes esquizofrénicos que el grupo control, lo que permite sugerir una relación biológica.

## CUADRO NOSOLÓGICO

**DEFINICIÓN:** En 1911 Eugen Bleuler maneja por primera vez el término de **esquizofrenia** que etimológicamente significa "espíritu desgarrado o escindido".

La esquizofrenia es un trastorno de tipo psicótico en cuya fase activa se presentan invariablemente alteraciones características de las áreas del pensamiento, afectiva, sentido del yo, voluntad, relaciones interpersonales, percepción y psicomotriz. Con aparición en alguna de sus fases de síntomas como: aplanamiento afectivo, pobreza de pensamiento y lenguaje, decremento de la actividad motora, apatía, conducta volitiva, disminución de interacción personal, conducta extravagante, delirios y alucinaciones.

Previo al comienzo del trastorno existe un periodo de deterioro tanto de actividad escolar y/o laboral, como del cuidado personal y relaciones interpersonales (retramiento o excentricidad).

**SINTOMATOLOGÍA:** Los síntomas que a continuación se describen son los más comunes, aunque generalmente no están presentes durante todo el proceso de enfermedad.

**DESÓRDENES DEL PENSAMIENTO.-** Los más conocidos son los siguientes:

**Difusión del pensamiento.-** Los pensamientos se difunden hacia afuera del sujeto, de tal forma que pueden ser oídos por los demás.

**Inserción del pensamiento.-** Los pensamientos han sido introducidos al sujeto, no son propios.

**Robo del pensamiento.-** Los pensamientos le han sido robados al sujeto.

**Delirio de creerse controlado.-** Los pensamientos, sentimientos, acciones, etc., no son propios, sino que son controlados por alguna fuerza ajena al sujeto.

**Trastorno formal del pensamiento.-** Pérdida de capacidad asociativa, de tal manera que no existe una relación de ideas, se brinca de una a otra sin relación aparente, si es muy grave, el lenguaje puede llegar a ser tan incoherente que no se comprende.

**Delirio de grandeza.-** Creen ser un personaje muy importante, poseer grandes poderes, tener una misión muy especial en el mundo, etc..

**Delirio persecutorio.-** La idea de ser perseguidos por alguien o algo que les quiere hacer daño ya sea físico, mental o ambos.

**Conocimiento deficiente del mundo real.-** El sujeto juzga o piensa erróneamente sobre los acontecimientos del mundo real (también es conocido como falta de sentido común).

**LENGUAJE.-** Frecuentemente hay pobreza de lenguaje, presentan repuestas breves, concretas y poco elaboradas.

Sullivan y Kasanin afirman que el esquizofrénico utiliza el lenguaje como una forma de contrarrestar la inseguridad que siente. Es decir, la principal función del lenguaje es comunicarse, entonces el sujeto se trata de comunicar con el mundo aunque éste no lo entienda y él no entienda al mundo, a pesar de que su lenguaje sea simple, escaso y muy elemental y en ocasiones extraño e incomprensible.

Los trastornos de lenguaje están estrechamente relacionados con los desórdenes del pensamiento, de tal forma que las alteraciones del pensamiento provocan la desorganización en la sintaxis del discurso y dificultan la comprensión.

**ALTERACIONES EN LA PERCEPCIÓN.-** Se ubican aquí las alucinaciones siendo las más comunes:

**Auditivas.-** Voces ajenas que el sujeto escucha, pueden ser una o varias cuyos propósitos son variables: los insultan, les ordenan, los regañan o les platican.

**Táctil.-** Pueden presentar alucinaciones de tipo táctil que generalmente se manifiestan como sensaciones eléctricas, hormigueos, y caricias, entre otras cosas.

**Visuales, olfativas y gustativas.-** Estas son menos frecuentes pero llegan a presentarse.

**AFFECTIVIDAD.-** Frecuentemente presentan trastornos en el plano afectivo, los esquizofrénicos pueden sentir amor y odio hacia una misma persona. Casi siempre se encuentra aplanamiento afectivo, apatía, indiferencia, pueden estarse riendo al platicar sobre algo que les duele o les molesta.

**RELACIONES INTERPERSONALES.-** Generalmente se aíslan de la sociedad, aunque se presentan casos en que el sujeto se muestra muy amistoso aún con desconocidos.

**PSICOMOTRICIDAD.-** Presentan pobreza psicomotriz y desorganización, es decir enlentecimiento general psicomotor, dificultad en la manipulación de objetos y marcha anormal.

**COMIENZO:** Por comienzo se entenderá:

- 1) Primer signo de desorden mental, específico o no
- 2) Primer síntoma psicótico, específico
- 3) Inicio de episodio, primera admisión hospitalaria y
- 4) Primera admisión hospitalaria por diagnóstico de esquizofrenia.

Aunque por lo general la aparición sucede en la juventud (entre 15 y 40 años) se presentan casos de comienzo precoz (menos de 15 años) o tardío (más de 45 años).

Los hombres, a diferencia de las mujeres, tienen un comienzo más temprano. Es más común que los hombres sean admitidos en hospital antes de los 25 años, que las mujeres.

Se ha atribuido una predominancia de síntomas afectivos a las mujeres, mientras que en los hombres se ha observado una mayor depresión. Para Fäthndrich y Richter (1987), la expresión de apatía y depresión son predictores de curso crónico de esquizofrenia, mismo que se da más frecuentemente en hombres.

**PERSONALIDAD PREMÓRBIDA:** Por lo regular se encuentran niños modelos, pseudoadaptados, estudiosos, retraídos, algo tristes, con adaptación aparentemente normal a la realidad, con un yo débil que se observa en su ansiedad o depresión ante pequeños contratiempos. También son comunes los síntomas neuróticos.

Después de los 15 años su personalidad es hipersensitiva, introvertida, frágil, con poca resistencia al estrés y a las frustraciones.

En ocasiones presentan comportamiento agresivo amenazador hacia otras personas, por lo regular las demás personas las definen como excéntricos, suspicaces, retraídos y en ocasiones impulsivos.

**FACTORES PREDISPONENTES:** En este apartado existe mucha polémica, sin embargo entre los desencadenantes más frecuentes de inicio, recaídas o cronicidad se encuentran los siguientes:

Consumo de drogas.- Se trata en su mayoría de marihuana, derivados de anfetaminas, LSD y hongos. Se ha encontrado que personas que están comportándose a un nivel límite, sin que se puedan considerar enfermos, presentan un brote psicótico franco y el único motivo aparente que se encuentra como desencadenante es el abuso de drogas.

En opinión de los especialistas el consumo de marihuana reactiva los síntomas psicóticos de los esquizofrénicos. Recientemente, Negrete (1986) realizó un estudio en el que se observó que el consumo de marihuana aumentó la intensidad de delirios y alucinaciones, este aumento de la intensidad de los síntomas, no desaparece con neurolepticos, sino hasta que el consumo de la droga es suspendida.

Expresividad Emocional (EE).- Vaughn (1981), define este concepto en 4 puntos que son los siguientes:

- 1) Intromisión
- 2) Enfado, tensión y ansiedad
- 3) Culpabilización del paciente e
- 4) Intolerancia a los síntomas y al deterioro, desengaño y resentimiento porque el paciente no responde a las expectativas y presión sobre éste para que modifique su comportamiento.

Se considera por lo tanto, que los familiares de alta EE son los que hacen comentarios críticos y/o están sobreinvolucrados emocionalmente con el paciente.

Por sobreinvolucración se entiende:

- 1) Actitudes de excesiva protección o de resistencia a conductas independientes del paciente (ejemplo: no dejarlo salir solo)
- 2) Conductas intrusivas (ejemplo: vigilarlo durante el baño)
- 3) Excesiva reacción emocional frente a los problemas del paciente
- 4) Actitudes de excesiva dedicación (ejemplo: dejar a un lado la vida social para dedicarse por entero al paciente) y
- 5) Falta de discriminación entre los estados internos del familiar y del paciente.

**Estrés.**- El modelo Diátesis-estrés plantea que la enfermedad surge de la interacción entre una vulnerabilidad (predisposición) biológica, determinada genéticamente y el estrés provocado por el medio ambiente. Este modelo sugiere que cualquier variable que incremente el estrés causado por el medio ambiente puede facilitar el desarrollo de la esquizofrenia.

El paciente esquizofrénico no puede procesar los estímulos que el estrés le provoca, por el contrario lo desorganiza, particularmente altera su atención, y al ser alterada se vuelve distraído y se aumenta su nivel de actividad del Sistema Nervioso Central. Los neurolepticos inhiben en cierta forma el exceso de actividad del SNC pero no totalmente, para ello es necesario reducir el estrés, para lo cual el paciente tiende a retraerse y aislarse.

**Infecciones virales durante la vida intrauterina.**- La prevalencia de infecciones virales entre mujeres embarazadas durante las épocas de frío han hecho suponer a algunos investigadores que los agentes virales en conjunto con la genética de un individuo pueden contribuir al desarrollo de esquizofrenia en determinados sujetos.

Parker (1979) y Kendell (1991) han demostrado que a baja temperatura en otoño hay mayor incidencia de nacimientos de esquizofrénicos en la siguiente primavera, lo que suponen que puede deberse a una interacción entre temperatura y algún otro agente como nutrición o infección.

**PREVALENCIA:** La prevalencia de esquizofrenia varía en relación con las regiones geográficas y en ocasiones también con los autores.

En México se habla de 0.2 esquizofrénicos por cada 100 habitantes, según estadísticas de 1960, que, según el Dr. López Almaraz (1992), son las únicas estadísticas específicas disponibles en nuestro país.

Así, pues, encontramos que en un estudio realizado en Moscú, en 1988 las tasas de prevalencia iban de 0.9 a 10.8 pacientes por cada 1000 habitantes. En Cuba, en el mismo año, se reportaron tasas de 0.45 a 0.65 por cada 1000 habitantes. Para Salford, Inglaterra, en 1984, se dieron tasas de 6.26 adultos (mayores de 15 años) por cada 1000. Las tasas de prevalencia anotadas en 1984 para el noreste de Escocia, fueron de 6.0 por cada 1000 habitantes. En Noruega, para 1982, se obtuvieron tasas de 0.24 por cada 1000. En Croacia, para 1984, en mayores de 15 años, se hablaba de 0.26 a 0.29 por cada 1000 y en Yugoslavia y Belgrado, se mencionaba un 0.22, en 1987.



**INCIDENCIA:** Aunque no se puede hablar de diferencias significativas, entre sexos, sí podemos comentar que la incidencia es mayor en hombres que en mujeres, sobre todo hasta los 35 años, la incidencia en mujeres aumenta a partir de esta edad. También se puede afirmar que las tasas de incidencia son mayores entre la población de edad entre 25 a 40 años.

**FAMILIA:** Sabemos que en nuestra cultura la familia representa un núcleo muy importante, ya que es el primer ambiente en que se desarrolla el individuo, y es donde adquiere sus primeros hábitos. Fundamental para su desarrollo, porque el clima emocional le hará sentir seguridad y apoyo, si es adecuado, y, por el contrario, inquietudes, temores e inseguridad si el ambiente es inadecuado u hostil.

En nuestra sociedad, por lo regular, los hijos permanecen en el núcleo familiar hasta que se casan, o por lo menos hasta edades avanzadas. Aquellos individuos que nunca se casan, sobretudo las mujeres, por lo general permanecen siempre al lado de los padres o de los familiares con los que viven, por lo tanto, la familia es una gran influencia para el esquizofrénico, y lo mismo ayuda al sujeto a sobrellevar su patología que puede ser causante de su cronicidad.

En cuanto a la madre del esquizofrénico, generalmente es percibida por éste como agresiva, distante, autoritaria, dominante, nerviosa. En un estudio reciente (*Psicología*, 1992, nº 13) sobre dichas madres, se reporta clínicamente como una mujer con antecedentes familiares psicopatológicos, con padres distantes o ausentes, madres rígidas y dominantes, con graves conflictos en el área sexual (por lo regular ausencia de orgasmo o rechazo al acto sexual). Son sobreprotectoras con el hijo enfermo, mujeres muy angustiadas e introvertidas.

Socioeconómicamente existe un predominio de mujeres que son las mayores de la familia, sin instrucción escolar y con acentuada religiosidad.

Psicológicamente son consideradas con un yo débil y poco realista, introvertidas, tienen contacto con la realidad perturbado, pensamiento concreto, poco control de impulsos, francos rasgos esquizoides y utilización de mecanismos de negación y proyección patológicos. Por lo regular presentan antecedentes o problemas actuales de alcoholismo. Por lo tanto, se puede considerar que este tipo de madres, condicionaron a sus hijos, tanto por mala identificación como por impedirle desarrollar sus potenciales. Formaron hijos con una personalidad pésimamente estructurada y fijada en el proceso de su desarrollo, que tienden a evadirse de una realidad que les resulta hostil y frustrante. Viven una vida de "tipo esquizofrénico", concepto que es dado por Lewis Hill, quien también afirma que existe un tipo de esquizofrénicos que son condicionados por un tipo de madre "esquizofrenógena", término igualmente propuesto por Hill.

En otro aspecto, es sabido que las madres de esquizofrénicos muestran actitudes de mayor protección hacia éstos que hacia sus hijos sanos.

Por otro lado, el padre es visto como débil, inútil, pasivo, inmaduro, retraído, distante y, en ocasiones, sádico y dominante. También es considerado agresivo, irresponsable, autoritario, aislado e indiferente y, en muy pocos casos, cariñoso, tolerante y alguien con quien se pueden relacionar. Algunas veces presentan también problemas relacionados con el alcoholismo.

Finalmente Tessler y col. (1987) proponen nueve etapas por las que pasan las familias de los esquizofrénicos, debidas a la conducta y actitud de los pacientes:

- 1) Enfrentamiento inicial con el problema
- 2) Negación de la enfermedad mental
- 3) Etiquetación
- 4) Confianza en los profesionales de la salud mental
- 5) Crisis recurrentes
- 6) Reconocimiento de la cronicidad
- 7) Falta de confianza ante los problemas
- 8) Creencia en la propia pericia familiar e
- 9) Inquietud acerca del futuro.

No necesariamente pasan las familias de esquizofrénicos por todas las etapas, ni en ese orden, pero sirven para ilustrar, de algún modo, el proceso que existe desde el brote de la enfermedad de un paciente ubicado dentro de una familia.

**TIPOS:** Crow en 1982, propone la hipótesis de dos tipos de esquizofrenia, el tipo I o agudo, cuyas características son: 1. Existencia de síntomas positivos, 2. Tamaño normal de ventrículos cerebrales, 3. Predisposición genética, 4. Compatibilidad con la hipótesis bioquímica dopaminérgica, 5. Buena respuesta a los neurolepticos y 6. Buen pronóstico.

El tipo II o crónico se caracteriza por: 1. Existencia de síntomas negativos, 2. Agrandamiento de los ventrículos cerebrales, 3. Incompatibilidad con la hipótesis dopaminérgica, 4. Mala respuesta a los neurolepticos, 5. Disminución de los patrones conductuales y 6. Mal pronóstico.

Otra forma de clasificarlos es la siguiente:

**Catatónico.-** Se caracteriza fundamentalmente por trastornos psicomotores, rigidez muscular, adaptación de posturas raras. Son pacientes que pueden estar acostados durante horas, manteniendo la cabeza y el cuello rígidos, sin descansar en la almohada. Pueden balancearse o mantenerse rígidos, apoyados en una cama, una silla, etc. Pueden adoptar, por horas, posiciones extrañas de las cuales las más frecuentes son las estatuarias, permaneciendo inmóviles e insensibles a los cambios climatológicos.

No hablan, no colaboran. Sufren negativismo pasivo: se les tiene que presionar a comer, a bañarse y a defecar, o bien, negativismo activo: se oponen a ser alimentados, bañados, para lo cual pueden llegar a cometer agresiones.

En este tipo también se pueden presentar cuadros agitados con trastornos graves de psicomotricidad, actividad intensa sin propósito, violencia, destructividad y agresividad. Se acompaña de síntomas que incluyen estereotipos, manierismos y es especialmente frecuente el mutismo.

El DSM-III-R señala que este tipo era muy frecuente antes pero que en la actualidad es raro tanto en Europa como en Norteamérica.

En estudios realizados recientemente (Silva y col. 1989) se dice que es cada vez menos frecuente, e incluso, hay autores (Fleming y Hogarty) que han manifestado que está en vías de desaparición.

Pfohl y Winokur (1982) señalan que la hipoactividad suele aparecer 5 o más años después de la primera hospitalización, mientras que los estereotipos aparecen antes pero tienden a desdibujarse y desaparecer con el tiempo.

**Desorganizado o Hebefrénico.-** Por lo regular se origina en la adolescencia. Los trastornos del pensamiento, en los hebefrénicos son muy notables y consisten principalmente en pérdida de la ilación del discurso, con incoherencia o disgregación.

Generalmente han sido estudiantes brillantes y destacados que empiezan a presentar dificultades en el aprendizaje.

Son sujetos que pueden ir al médico para solicitar cirugías fantásticas, por ejemplo, extirpación de genitales o de orejas. En la evolución de este tipo puede haber periodos de relativa calma. Presentan un interés especial por actividades pseudocientíficas o pseudofilosóficas, llegando inclusive a ser correligionarios de sectas formadas por personas que sufren el mismo padecimiento, es decir que se integran en una comunidad esquizofrénica.

Pueden presentar ataques de risa, sin estímulo externo. Uno de los síntomas más destacados es el robo de pensamiento o inserción del mismo. Tienen también una notable pérdida de capacidad asociativa, conducta desorganizada y aplanamiento afectivo. Presentan alucinaciones sin contenido organizado.

La sintomatología asociada incluye muecas, manierismos, hipocondría y retraimiento social.

**Paranoide.-** En este tipo el sujeto tiene una personalidad aparentemente más integrada y establece un mejor contacto con la realidad exterior. Pueden llevar una conversación sobre un tema de actualidad y no descubrir su patología.

Es poco frecuente que presenten alteraciones graves de pensamiento, los síntomas más destacados son las alucinaciones, auditivas principalmente, llegando a presentarse también olfatorias; presentan delirios más o menos sistematizados. Tienen una historia de frecuente aislamiento social y persistencia del desorden por 6 meses al menos.

Este tipo se distingue también por la presencia de delirios de grandeza y de persecución. Su puntuación en competencia social premórbida es siempre mayor que la de los otros tipos.

En un estudio realizado por Guma y cols. (1989), se encontró una correlación positiva del rendimiento en el Raven con respecto a la memoria y a la fluidez verbal. Es decir, que mientras menos afectado esté el pensamiento abstracto de estos pacientes, su capacidad de memoria y su repertorio verbal son mayores.

Este tipo, por lo regular, es de comienzo más tardío que el resto.

Es de llamar la atención que los delirios tienen una estructura muy bien organizada, lógica y sistematizada.

Va acompañado de síntomas como: ansiedad no focalizada, ira, discusiones y violencia. Si su actividad no se ve influida por la producción delirante el deterioro puede ser mínimo.

**Residual.-** Son comunes en este tipo, los síntomas como embotamiento emocional, aislamiento social, pensamiento ilógico y ausencia de capacidad asociativa. Por lo general su conducta es excéntrica. Los delirios y alucinaciones son poco frecuentes.

**Simple.-** Este tipo, por lo regular, se manifiesta en la adolescencia. Su sintomatología es: trastornos en la afectividad, por lo regular son pacientes fríos y poco expresivos, hay ausencia, casi total, de delirios y alucinaciones, los desórdenes del pensamiento son muy leves. Se caracterizan por sus hábitos coleccionistas y su improductividad. Pueden presentar vagos síntomas hipocondríacos.

Lo que es más de llamar la atención en ellos es que son capaces de cometer crímenes brutales por nimiedades, por ejemplo, una discusión sin importancia y la actitud que adoptan después, es de como si nada hubiera pasado.

**Indiferenciado.-** Sus síntomas característicos son: delirios, alucinaciones, incoherencia y conducta muy desorganizada. Dichos síntomas no cumplen por completo con los otros tipos, o bien, los cumplen para más de uno.

**ETIOLOGÍA:** En cuanto a este punto, no existe una opinión unificada, sin embargo, las hipótesis que cuentan con más adeptos son las siguientes:

**Dopaminérgica.-** La hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia, tiene su origen en tres observaciones:

- 1) La eficacia terapéutica de las drogas antipsicóticas especialmente por su habilidad para bloquear los receptores dopaminérgicos
- 2) Las grandes dosis de drogas que incrementan la actividad dopaminérgica (como las anfetaminas), pueden producir un síndrome clínico que no se puede distinguir de la esquizofrenia paranoide, en sujetos sanos y
- 3) Las pequeñas dosis de estas drogas agudizan los síntomas de los pacientes esquizofrénicos en etapa activa y en pacientes en período de remisión, producen síntomas transitorios. Lo anterior concuerda con la hipótesis de que la actividad dopaminérgica contribuye a la producción de síntomas esquizofrénicos.

Así pues la teoría acerca de la dopamina tiene una gran presencia científica, postulando que la etiología de la esquizofrenia se debe a: 1) Una cantidad excesiva de la dopamina en la sinapsis, 2) Un aumento de sensibilidad de los receptores dopaminérgicos y 3) Una disminución de los antagonistas dopaminérgicos.

**Viral.-** Esta hipótesis se basa en estudios de tipo epidemiológico, clínico, humoral, anatomopatológicos, inmunológicos y de transmisión.

Entre las razones para apoyar la teoría viral de la esquizofrenia se encuentran las siguientes: •

1) Estudios epidemiológicos (ej.: Hare, E. H., 1983), sobre el mayor número de nacimientos de esquizofrénicos en determinadas épocas del año y la afectación de gemelos del mismo sexo.

2) Estudios clínicos sobre enfermedades cuyo curso progresivo es muy semejante a otras enfermedades producidas por virus (ej.: Torrey, E. F., 1986)

3) Determinación de anticuerpos e inmunocomplejos en la sangre, el líquido cefalorraquídeo y la piel, contra el virus del herpes simplex (ej.: Libikova, H., 1983)

4) Partículas semejantes al virus del herpes simplex en estructuras del sistema límbico y en la corteza auditiva de pacientes esquizofrénicos que reaccionaron con el antisuero antiherpes simplex hominis tipo I (ej.: Mesa y cols., 1985)

5) El hallazgo, con técnicas inmunoelectromicroscópicas, de multiplicación anormal de membranas en el sistema nervioso central, que reaccionan con el anticuerpo antiherpes simplex hominis tipo I (ej.: Mesa y cols., 1987)

Los virus son de gran interés por su neurotropismo, su capacidad de permanecer latentes en el sistema nervioso por largos períodos, la tendencia a brotes, recaídas y la capacidad de alterar los procesos enzimáticos en las células cerebrales sin cambio estructural aparente.

Entre los más importantes estudios que apoyan esta hipótesis, están todos los relacionados a la época de nacimiento, entre un 5 y un 15% más de nacimientos en invierno y primavera, de sujetos que padecerán esquizofrenia, en comparación con la población normal. Esto debido a que muchos virus aumentan su replicación en esas épocas del año y podrían afectar al feto ya sea por vía trasplacentaria o directamente al recién nacido, produciendo formas latentes de infección viral, que bajo la influencia de factores de naturaleza diversa, (estrés y cambios hormonales, entre otros) se manifiestan después de varios años. Por otro lado, la época de nacimiento no está en relación con el sexo, el lugar que ocupa entre hermanos, edad de aparición o subtipo clínico.

Así pues, la explicación más plausible de entre las muchas probables para el fenómeno de la época de nacimiento en esquizofrenia es una infección viral intrauterina, puesto que existe evidencia epidemiológica y neuropatológica de que el daño al cerebro del feto antes o al tiempo del nacimiento, puede contribuir a la génesis de esquizofrenia.

Por otro lado se han llevado a cabo estudios que relacionan la enfermedad con una forma latente del virus del herpes simplex. Se dice que este virus, puede permanecer en el cerebro, en forma latente, por largos períodos y ser activado por factores diversos, como pueden ser cambios hormonales, estrés, radiaciones, etc., dando lugar a la enfermedad; en tales estudios se afirma que la forma latente de dicho virus se relaciona con un aumento en las membranas celulares que intervienen, en forma decisiva, en la conducción nerviosa.

El 75% de los casos de esquizofrenia brotan en la pubertad, por lo que los cambios hormonales que se presentan en esa etapa podrían activar una infección latente para el herpes simplex, adquirida en etapa intrauterina. El mayor número de ingresos al hospital durante los meses de primavera y el verano, puede relacionarse con una mayor circulación del virus herpes, durante estos meses.

Genetista.- Se habla de la transmisión de virus en forma vertical (de padres a hijos) por medio de los genes, además de que existe una predisposición genética para determinadas enfermedades infecciosas. Se ha hablado también, de que los virus pueden alterar el

metabolismo de la dopamina en animales de laboratorio, por lo tanto podemos afirmar que ni la teoría viral, ni la dopaminérgica son incompatibles con la viral.

Aunque existe una relación entre los genes y la esquizofrenia, se sabe que sólo entre un 35 y un 50% de los gemelos monocigóticos padecen los dos esquizofrenia, lo que nos hace pensar que si la esquizofrenia fuera debida únicamente a la genética, el 100% de gemelos monocigóticos la padecerían. Otro factor en contra de esta teoría se basa en estudios de familias de esquizofrénicos en los que la presencia de la enfermedad en gemelos dicigóticos es mayor que en consanguíneos, a pesar de que los dos grupos comparten características genéticas, siendo más común la coincidencia de enfermedad en dicigóticos y consanguíneos del mismo sexo, mayor que en sexos opuestos. Lo cual nos lleva a considerar más bien una predisposición genética a padecer la enfermedad, que se produce por la acción de otros factores de tipo primario, entre los que se deben considerar factores infecciosos que podrían actuar en las primeras etapas del desarrollo intrauterino.

**Psicosocial.-** Aunque es generalmente aceptado que el curso de esquizofrenia podría estar influido por factores familiares y sociales, existe poca evidencia de que el estrés psicosocial o las desventajas psicosociales, sean de importancia primordial para la etiología de la esquizofrenia (Leff, 1987).

**TRATAMIENTO:** La finalidad del tratamiento es eliminar o reducir al mínimo los síntomas y reintegrar al paciente a su medio, evitando tanto en él como en la familia o las personas más allegadas la tensión, la angustia y el rechazo.

**FARMACOLÓGICO.-** Antes que nada este tratamiento debe realizarse muy estrictamente porque suspenderlo, generalmente, significa una recaída.

Es importante también, el hacer notar a los familiares que este tipo de tratamiento puede ser lento porque muchas veces hay que aumentar o disminuir las dosis, cambiar de medicamentos, etc.

Entre los fármacos más comunes están:

**Bromperidol.-** Su eficacia se ha demostrado a través de ensayos clínicos, tanto abiertos como a doble-ciegas. Muestra un potente efecto antipsicótico y ciertas propiedades estimulantes sobre la actividad, que resultan muy beneficiosas al favorecer la motivación y resocialización de los pacientes. Presenta leves efectos extrapiramidales que se pueden controlar con medicación anticolinérgica. (Ellerman, 1989)

**Molindone.-** Reduce significativamente la intensidad de los síntomas psicóticos. Presentan síntomas extrapiramidales de poca intensidad. (Fuentenebro y cols., 1989)

**Haloperidol.-** Se presenta una considerable mejoría en la sintomatología del paciente. Presentan síntomas extrapiramidales como son temblores, rigidez, etc., aunque al cabo de una semana tienden a perder intensidad.

**Clozapina.-** Se presenta una marcada mejoría tanto en síntomas positivos como negativos. Tiene un efecto adverso en la memoria visual, debido probablemente, a que es uno de los más potentes anticolinérgicos de entre los neurolépticos y se sabe que el sistema colinérgico juega un papel muy importante en la memoria; la clozapina puede deteriorar la cognición aun en sujetos normales, debido a su actividad anticolinérgica. El efecto adverso más frecuente que produce, es la hipersalivación. Este medicamento se considera muy valioso para pacientes resistente al tratamiento. Entendiendo como resistencia el no obtener respuesta después de por lo menos tres antipsicóticos, de tres químicos diferentes en dosis mayores al máximo tolerable al rango normal, por al menos, cuatro semanas cada uno.

**Interferón.-** Es una glicoproteína con actividad antiviral. En general reduce los síntomas como alucinaciones, disgregación, embotamiento afectivo, excitación psicomotriz e insomnio, los pacientes se muestran cooperativos, afables y tranquilos.

En general la administración del interferón es aceptable, con buena tolerancia y escasa toxicidad para los pacientes; presentan por ejemplo, ligera somnolencia, fiebre moderada, cefaleas y en algunas ocasiones vómito, mismos que desaparecen con tratamiento sintomático.

Los pacientes que más responden al tratamiento parecen ser los más jóvenes (menos de 47 años), con inicio reciente de enfermedad y pocos brotes de la misma.

Sin embargo se considera que el tratamiento farmacológico es necesario combinarlo con algún tipo de terapia, ya que los fármacos ayudan en la reducción o desaparición de síntomas, pero no promueven la autonomía, autoestima y resocialización del paciente, y es ahí, donde ayuda una terapia.

**TERAPÉUTICO.-** Al igual que en el farmacológico uno no se recomienda sin el otro.

**Terapia de grupo.-** Ha mostrado ser más eficaz en este tipo de padecimiento, debido a que los pacientes muestran más interés que en la terapia individual, y por lo mismo hay un número reducido de abandonos.

Se considera más eficaz también, porque pone en funcionamiento, a través del trabajo que se realiza para activar la función del pensamiento, el funcionamiento del "yo realidad" (Freud) y por la identificación con el terapeuta, la función analítica del "yo observador" (Sterba), así pues afronta con más objetividad sus delirios y alucinaciones y, por otra parte, organiza el curso de su pensamiento de forma más coherente, lo que lo lleva a un lenguaje menos incoherente y por lo tanto, a un mejor ajuste social.

**Terapia individual.-** La mayoría de los autores concuerdan en que el mayor deterioro de los esquizofrénicos está en el área del pensamiento, de tal forma que la finalidad de la terapia debe ser, de acuerdo con Aulagnier (1976):

"...probarles que tienen derecho a pensar y que, por lo tanto, no hay nada que interpretar en ellos, sino solo hacerles entender el placer que como terapeutas experimentamos al ser testigos del reinvestimento de su

pensamiento. La misión del terapeuta durante gran parte del tratamiento, consiste, entonces, en asegurar al paciente que tiene derecho a crear pensamientos que sean fuente de placer. En otros términos, la misión del terapeuta es la de crear las condiciones que hagan posible el reinvestimento de la actividad del pensar."

Psicoanálisis formal.- No se considera adecuado en esta patología, ya que los pacientes requieren modelos de identificación y una respuesta emocional adecuada, y no la abstinencia y anonimidad que debe tener un psicoanalista, el permitir la exploración libre de sus delirios y fantasías psicóticas en lugar de ayudarle las acentuaría.

El terapeuta debe hacerle sentir que comprende sus dificultades y angustia, que puede ayudarle y, sobre todo, darle seguridad de que su relación no terminará cuando el paciente "se cure", ya que para estos pacientes la continuación de la relación y la disponibilidad del terapeuta son de gran importancia.

Así, pues, el terapeuta debe ser para el paciente una figura benévola pero firme, que no lo pueda seducir pero tampoco destruir; para Fromm-Reichman (1952):

"el terapeuta debe ser comprensivo pero no condescendiente, considerando la agitación, los ataques verbales, etc., como parte de la comunicación patológica del paciente, pero no como una conducta aceptable fuera de la consulta. Cuando éste percibe que su violencia no va a ser contrarrestada eficazmente, tiende a angustiarse más aún..."

Como parte de la terapia se deben tener sesiones con las personas más allegadas al paciente para que ayuden a interpretar las reacciones del paciente, la información que se da, etc., y también, para informarles bien y aclarar sus dudas sobre la patología a la que se enfrentan, y enseñarles, en la medida de lo posible cómo ayudar al paciente, a detectar síntomas precoces de recaídas. Se ha demostrado, además, que la ausencia o no participación de los familiares o personas más allegadas al paciente, dificulta su tratamiento y rehabilitación social. Sin embargo en muchas ocasiones las familias no se comprometen con un tratamiento o bien los tratamientos fallan, por ejemplo, Emmelkamp y Foa (1983), clasifican los tratamientos fallidos en cuatro grupos:

- 1) Rechazo.- Aquellos pacientes que no aceptan ir a tratamiento.
- 2) Abandono.- Pacientes que no completan un tratamiento considerado adecuado por el terapeuta.
- 3) No respondientes.- Pacientes que reciben tratamiento pero no alcanzan una mejoría considerada adecuada dentro del criterio.
- 4) Recaídas.- Cuando la mejoría obtenida en el tratamiento no perdura con el tiempo y los síntomas se vuelven a presentar.



Como adherencia al tratamiento se entiende el compromiso y permanencia de la familia o persona más allegada al paciente, trabajando activamente en colaboración con el terapeuta en el tratamiento del paciente. Maichenbaum y Turk (1987) clasifican en cinco grupos los factores que pueden afectar la adherencia al tratamiento y son:

A) Características del cliente.- Refiriéndose al familiar, no al paciente:

1) Estado físico.- Muchas veces los familiares de los pacientes son de edad avanzada o tienen alguna enfermedad, lo que puede dificultar su asistencia o participación en las sesiones terapéuticas, por lo tanto, es necesario hacer consideraciones especiales (visitas domiciliarias, horario accesible, etc.)

2) Competencia de necesidades y carencia de recursos.- En ocasiones tienen otras necesidades como trabajar, cuidar otros hijos o tienen otras relaciones de tipo social o emocional y no tienen el tiempo o el dinero disponibles para remediarlo, lo que también dificulta la adherencia a un tratamiento.

3) Falta de conocimiento sobre la naturaleza y curso de la enfermedad, o bien creencias incorrectas sobre la misma.- Estas pueden ser de cualquier tipo sociocultural, étnica, etc., sobre la enfermedad o el tratamiento, por ejemplo, pueden creer que el medicarlos les provoca otros trastornos de tipo físico, como anemia o retardo mental, o pueden pensar que el problema del paciente no es mental sino exceso de trabajo y tratan de remediarlo llevándolos de vacaciones. Por lo tanto, se debe, antes que nada, dar una amplia información sobre el padecimiento y aclarar todas las dudas que manifiesten.

4) Presencia de apatía y pesimismo.- Estos pueden presentarse especialmente en los casos de padecimiento crónico y pueden ser fuertes sentimientos de desesperanza si con el tratamiento no notan ningún cambio. Es muy necesario dar una amplia explicación advirtiendo que la terapia puede ser muy lenta y poco productiva, pero, dejando la esperanza de que será de gran ayuda.

5) Ausencia de soporte social y gran carga familiar.- Esto lleva a los parientes a no aceptar ningún tipo de ayuda o tratamiento para el paciente, porque ya no tienen la mínima motivación, lo que quieren es deshacerse de él, o bien, mantenerlo estable en casa o en hospital, sin ningún contacto con lo que crean que puede alterarlo.

6) Residencia inestable.- Muchas veces el paciente, por el mismo padecimiento está con uno de los padres o con algún pariente por un tiempo y luego con otro, o con un conocido. Se puede ayudarlos, buscando alternativas, como por ejemplo, internarlo toda la semana y dejarlo los fines de semana, para reducir la carga familiar y evitar recaídas.

7) Características individuales.- Se trata de las variantes de disposición a participar, por falta de motivación, nivel cultural bajo, etc. Regularmente los parientes de alta expresividad emocional presentan una pobre adherencia al tratamiento. Puede haber, también, antecedentes aversivos hacia tratamientos o centros de salud.

Es conveniente platicar sobre las experiencias existentes y pedir su colaboración para complementar el tratamiento, basándose en la información que tengan.

8) Insatisfacción con el tratamiento o el terapeuta.- La percepción del interés o trato adecuado pueden ser variables importantes para comprometer a los parientes. Si sienten inseguridad del resultado o al terapeuta lo perciben inexperto o inseguro, difícilmente se comprometerán con un tratamiento.

9) Expectativas y actitudes de los parientes hacia el tratamiento.- En algunos casos, los parientes esperan o desean algo totalmente opuesto a lo que se les ofrece y por lo tanto será casi imposible que se comprometan o mantengan en el tratamiento. Es conveniente aclarar lo que se puede ofrecer y tratar de llegar a un punto de acuerdo entre lo que se desea y lo que se puede obtener.

10) Exposición a problemas que no ayudan a la adherencia.- La adherencia al tratamiento se ve afectada cuando se expone a los parientes a problemas sociales en los que prevalecen actitudes que entran en conflicto con el objetivo de la intervención. Un ejemplo muy representativo es cuando se le pide a una madre que no se sobreinvolucra con el paciente, lo cual va totalmente en contra de su deseo.

B) Características del tratamiento.- La adherencia al tratamiento requiere de iniciar y mantener nuevos patrones de conducta que por lo general contrastan con los patrones conductuales ya establecidos, por eso muchas veces existe una gran dificultad o resistencia de las personas más cercanas para adherirse a algún programa de intervención. Es importante mencionar que con el tiempo la adherencia se va deteriorando, y es fundamental mantenerla sobre todo en los ciclos crónicos, en los que el paciente es muy sensible al estrés medioambiental. Se sabe también que mientras más complejo e intrusivo (por parte del terapeuta) sea el tratamiento menor es la adherencia.

Así pues las estrategias de intervención deben tener como objetivo el hacer que gradualmente la conducta de los parientes se aproxime a la deseada para mantener y organizar el tratamiento requerido, así como para ir resolviendo los obstáculos que pudieran surgir.

#### C) Variables del desorden o enfermedad.-

1) Crisis aguda.- Los investigadores reportan grandes dificultades para comprometer a las familias durante los periodos estables o de remisión.

Los familiares se muestran mucho más dispuestos a participar en los periodos criticos como admisión hospitalaria o periodos de recaídas. Sin embargo se debe tratar de mantener contacto con ellos por si se requiere una nueva intervención.

2) Curso crónico.- En estos casos es particularmente difícil la adherencia, ya que los familiares, por experiencias pasadas, sienten que sus actos no influyen en el paciente y que la situación no va a cambiar y que no tiene caso entrar a un programa de intervención.

3) Comportamiento violento y agresivo.- Este tipo de comportamiento es el que plantea más problemas a los parientes para combatirlo y por muchas razones se niegan a participar en programas de intervención, un ejemplo es cuando los pacientes violentos están relativamente estables, temen que al participar en una terapia se alteren y vuelvan a comportarse agresivamente.

D) Relación entre familia y servicios de salud mental.-

1) Insatisfacción y estigmatización.- Los investigadores han encontrado que los parientes muestran una gran insatisfacción cuando no obtienen información de los profesionales. Es sabido que mientras más saben de la enfermedad más se reduce su ansiedad y preocupación. Por lo tanto, la falta de información aumenta sus problemas emocionales. Está comprobado que los familiares sienten una gran frustración cuando no reciben respuesta a sus preguntas o cuando son tratados con hostilidad por los profesionales o los trabajadores de los centros de salud. El hacer sentir a la familia cierta culpabilidad de la enfermedad del paciente, o que el tratamiento está fracasando por ellos, o el explicar erróneamente el término de alta expresividad emocional, provoca un inmediato rechazo (Mc Intyre et al, 1989), estigmatización e insatisfacción por parte de los familiares hacia los terapeutas y además regularmente provoca que eviten el contacto con ellos. Esto, como se mencionó anteriormente, deja una mala experiencia que resulta en falta de adherencia o rechazo a la terapia.

2) Prioridades diferentes.- Es claro que si para la familia y el terapeuta, los problemas tienen distinto orden de importancia, será muy difícil la adherencia al tratamiento, por lo que es necesario que quede claro cuál es para los parientes la mayor prioridad, definir entre ambos las prioridades y objetivos del programa o terapia.

E) Variables de la clínica y el servicio.- Generalmente la organización de la clínica y el trato a familiares también influyen en la adherencia. Estas variables son ubicación del sanatorio, duración de las citas, horarios de visita, limpieza, servicios, etc. Si cuenta con un buen trato, información telefónica, fácil acceso, y otros aspectos de este tipo, la adherencia será mayor.

Es muy importante tomar en cuenta todos los puntos mencionados para lograr una mayor adherencia a la terapia y obtener resultados positivos en la mejoría y estabilidad del paciente.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## ÍNDICE ANALÍTICO DE LA HEMEROGRAFIA

En este índice se encuentran por orden alfabético los autores, los descriptores y los títulos de los artículos revisados.

Los autores se identifican en altas y bajas, los descriptores aparecen en mayúsculas y los títulos de los artículos se localizan entre comillas. El número del registro que les corresponde en esta hemerografía está a la derecha.

A	NO. DE ARTÍCULO
Adachi,	83
Adam, A.	11, 99
Adams, W.	84
Aguilera, Ángel	27, 34, 36
Alberdi Sudepe, J.	1
ALBINISMO	60
"Algunos aspectos de intervención familiar en esquizofrenia. I.- Adherencia a programas de intervención"	107
"Algunos aspectos de intervención familiar en esquizofrenia. II.- Consideraciones financieras"	108
Allen, Heidi	48
Almagro Vázquez, Delfina	28
"Análisis de la conducta suicida en la esquizofrenia"	2
Ancheta Niebla, Odelsa	33, 34, 35, 36
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	14, 18, 79, 85
Apezteguía Rodríguez, Isabel	27
ÁREA DE BROCA	39
"Asociación familiar de albinismo y esquizofrenia"	60
"Aspectos nosológicos, genéticos, neurobiológicos y psicofarmacológicos de la esquizofrenia"	18
ATROFIA CEREBRAL	39
Avasthi, A.	86

## B

Baca Baldomero, E.	5
Bal, Sukhwant S.	62
Bamrah, J. S.	49
Ban, Thomas A.	18
Barnes, Thomas R. E.	50, 65, 92
Barnett Ragin, Ann	51
Baron, Miron	52
Barrantes, Ramiro	32
Barrelet, L.	53
Barrowclough, Christine	108
Bellack, Alan S.	54
Beltz, J.	55
Berkowitz, R.	90, 91
Bertrando, P.	55
Besson, J. A. O.	64
Bicknell, Lindsay	44
Birchwood, Max	56
Bo Mortensen, Preben	57, 100
Boatas, F.	2
BORDERLINE	13, 47
Bremner, M.	64
Bressi, C.	55
Buckley, Mary E.	60
Buckley, Peter	101
Buhrich, N.	58

## C

Caballero, Idania	36
Cabrera Forneiro, J.	3, 4
Cabrera Gómez, José A.	23, 24, 25, 26, 27
Calzadilla Fierro, Luis	30, 31
"Cambios en los síntomas positivos y negativos de pacientes esquizofrénicos internos en China"	104
Campbell, L.	97
CANNABIS	12
"Cannabis y esquizofrenia. Presentación de un caso"	12

"Características de hombres y mujeres esquizofrénicos en su primera admisión"	72
CARGA	1, 7, 95
Carr, Vaughan	46
Castle, David	80
Catenacci P., Mario	21
Cazzullo, C. L.	55
Cernovsky, Z.	87
Chadda, R.	86
Chandiramani, K.	86
Cheng, K. K.	59
Cheng, Xiufang	104
Cisneros Linares, Aída D.	29
Civeira Murillo, J. M.	7, 8
Clarke, David J.	60
Clerici, M.	55
Cochrane, Ray	56, 62, 64
COEFICIENTE INTELECTUAL	64, 97
Colohan, Hubert A.	101
COMIENZO	49, 73, 78, 80, 82, 96
COMPETENCIA SOCIAL	54
"Comportamiento agresivo precedente a primera admisión en esquizofrenia"	81
CONDUCTA AGRESIVA	2, 81
CONSANGUINIDAD	32, 36
Copestake, Sonja	56
"Correlación de síndrome positivo y negativo esquizofrénicos en pacientes nigerianos"	77
Cramer, P.	63
Crawford, J. R.	64
Crow, T. J.	58
Cruz Gómez, Yolanda	28
Cuesta, Manuel J.	103
Curson, David A.	50, 65
Cutting, J.	66

## D

De Arce Cordón, R.	5
De la Rosa, Ma. Cristina	36
De León, José	103

"Declinación en el diagnóstico de esquizofrenia entre primeros contactos con servicios psiquiátricos en el noreste de Escocia, 1969-1984"	68
Del Vecchio, Sandra	22
"Delirio esquizofrénico y personalidad premórbida"	8
DENSIDAD ÉTNICA	62
DEPRESIÓN	2, 42, 50, 51, 70, 85, 86, 96
"Desorden del pensamiento esquizofrénico. Una interpretación psicológica y orgánica"	66
DESORDENES ESQUIZOAFECTIVOS	67, 109
"Desordenes motor, volitivo y conductual en esquizofrenia. I: Valoración usando la escala de Rogers modificada"	94
DIAGNOSTICO	87
Díaz García, Raúl F.	39
"Dimensiones de personalidad a través de la esquizofrenia borderline"	47
"Disminución de la esquizofrenia catatónica en pacientes hospitalizados en 1984 respecto de 1964"	21
Dodwell, David	67
Domínguez Alvarez, Carlos	23, 34, 35, 36
Domínguez Arquez, María B.	36
Donaire Calabush, Isabel	29
Doran, Allen R.	70

## E

Eagles, J. M.	68, 69
Ebmeier, K. P.	64
Echazabal Campos, Alina	30, 31
"Edad de comienzo de enfermedad en Croatas esquizofrénicos hospitalizados"	73
"Edad de comienzo en esquizofrenia. Relaciones de psicopatología y género"	96
"El brote esquizofrénico en el personal profesional militar destinado en el País Vasco"	3
"El episodio inicial de esquizofrenia y la expresividad emocional familiar. Algunas consideraciones metodológicas"	82

“El Token Economy en la rehabilitación: comportamiento y apreciaciones de pacientes esquizofrénicos y alcohólicos”	29
Ellerman, Luis A.	19
“Entrenamiento de la capacidad de resolución de los problemas cotidianos en un grupo de pacientes esquizofrénicos crónicos”	17
EPIDEMIOLOGÍA	100
“Epidemiología de esquizofrenia en Safford, 1974-84. Cambios en una comunidad urbana durante diez años”	49
“Época de nacimiento en esquizofrenia. Evidencia para limitar un exceso de nacimientos en invierno de pacientes sin una historia familiar de desorden mental”	101
“¿Es el mecanismo de la hipofunción prefrontal en depresión el mismo que en esquizofrenia? Fluido sanguíneo cerebral regional durante la activación cognitiva”	70
“¿Es la esquizofrenia paranoide realmente una depresión camuflageada?”	42
ESCALA DE DESEMPEÑO SOCIAL	56
Escobar, J. I.	6
“Esquizofrenia como una enfermedad cerebral. Implicaciones para psicólogos y familiares”	41
“Esquizofrenia como una enfermedad reciente”	79
“Esquizofrenia insidiosa”	38
“Esquizofrenia. Resultados del estudio inmunoelectromicroscópico en animales de experimentación inoculados con líquido cefaloraquídeo. Datos adicionales”	34
“Esquizofrenia: Revisión Diatésis-estrés”	45
“Esquizofrenia y cerebro. Condiciones para una neuropsicología de la demencia”	40
“Esquizofrenia y consanguinidad en dos regiones de Costa Rica”	32
“Esquizofrenia y percepción de emociones. ¿Cómo exactamente entienden los esquizofrénicos el estado emocional de otros?”	63
“Estimación de la inteligencia pre-mórbida en esquizofrenia”	64
“Estrategias de combate de pacientes esquizofrénicos y su rehabilitación”	89



"Estudio anatómico-comparativo del Area de Bróca en encéfalos controles y de pacientes esquizofrénicos"	39
"Estudio de algunas funciones cognitivas en alcohólicos y en esquizofrénicos"	30, 31
"Estudio de la descendencia de ratas inoculadas intracerebralmente con líquido cefaloraquídeo de pacientes esquizofrénicos. Primeros resultados"	35
"Estudio inmunoelectromicroscópico con oro coloidal en muestras de cerebro de dos gemelos monocigóticos de madre esquizofrénica"	36
"Estudio sobre la hemostasia en los pacientes esquizofrénicos crónicos"	28
Eth, Spencer	74
ETIOLOGÍA	14, 18, 23, 24, 25, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 45, 52, 68, 69, 76, 83, 84, 101
"Evolución clínica del paciente esquizofrénico y adaptación dopaminérgica"	10
"¿Existen más de dos síndromes en esquizofrenia? Una crítica de la dicotomía positivo-negativo"	103
"Expectativas de la familia ante el ingreso psiquiátrico en un grupo de esquizofrénicos"	5
"Expresividad emocional y esquizofrenia en Italia. Un estudio de una población urbana"	55
"Expresividad emocional y primera admisión en esquizofrenia. Seguimiento de nueve meses en un medioambiente cultural francés"	53

## F

"Factores de riesgo en esquizofrenia. Época de nacimiento e historia familiar"	52
FACTORES PREDISPONENTES	1, 3, 11, 12, 20, 52, 53, 55, 63, 76, 84, 88, 90, 91, 99, 101, 102,
Fagin, L.	106
Faith Berman, Karen	106
FAMILIA	70
	1, 5, 7, 11, 32, 41, 43, 44, 52, 53, 56, 60, 82, 88, 90, 91, 95, 101, 106, 109, 110
Farma, T.	55

Favrod, J.	17
Fernández López, Odalis	23, 24, 25, 26, 27
Ferrero, F.	53
"Fluctuaciones inexplicables en el riesgo de esquizofrenia por el mes y año de nacimiento"	84
FLUIDO SANGUÍNEO CORTICAL REGIONAL	70
Folnegovic, Z.	71, 72, 73
Folnegovic-Smalc, V.	71, 72, 73
Fowles, D. C.	45
Franco Salazar, Guillermo	28
Freeman, H. L.	49
Fuentenebro, F.	6

## G

Galán Rubí, Fermín	38
García Corbeira, P.	7, 8
García Jardon, Mirta E.	39
Gargiulo, Pascual A.	22
Gibson, Tessa	101
Giddey, C.	53
Glass, I.	90, 91
Glick, Marion	42
Glynn, Shirley M.	74
Gold, James M.	75
Goldberg, D. P.	49, 67
Goldberg, Terry E.	75
Goldstein, Michael J.	82
Gómez Barry, Hilario	33, 34, 35, 36
Gómez-Beneyto, M.	11, 99
Gómez Padrón, Enrique I.	39
González Cabrera, Ileana	28
González del Pino, Miriam M.	23
González García, Alberto	28
González Marchamalo, L.	7, 8
González Menéndez, Ricardo	29, 30, 31
González Pacheco, Enma	33, 34, 35, 36
González Rodríguez, Caridad	30, 31
González Suárez, Isabel	30, 31
Greenberg, Richard D.	75
Griffin, Suzanne J.	75
Gruen, Rhoda	52

Grupo de estudio clozapina	61
Guma Díaz, Emilio	30, 31
Gupta, Sunjai	76
Gureje, O.	77

## H

Häfner, Heinz	78
"Hallazgos ultraestructurales en la corteza auditiva de una paciente esquizofrénica"	23
Handall, Norma	32
Hare, Edward	79
Heinrichs, R. Walter	40
Helmes, E.	87
HEMOSTASIA	28
Hernández O., Mario L.	33, 36
Herrera del Pino, María	29
Howard, Robert	80
Humphreys, M. S.	81
Hunt, Gerard J.	43
Hunter, D.	68

## I

Imbert Mintz, Lois	82
"Impacto de un programa psicoeducativo en familias de pacientes esquizofrénicos"	11
INCIDENCIA	14, 62, 71, 72, 73, 79, 84, 96, 100
"Incidencia y otros aspectos de la epidemiología de esquizofrenia en Dinamarca, 1971 - 87"	100
"Influencia de las variables socio-familiares sobre el desarrollo y el curso de la esquizofrenia"	1
Ingelmo Fernández, J.	9
INOCULACIÓN	33, 34, 35
"Inoculación de embriones de pollo con líquido cefalorraquídeo de pacientes esquizofrénicos"	33
INTERFERÓN	24, 25, 26, 27, 37

"Interferón. Su utilización en dos casos de esquizofrenia. Nota clínica inicial"	25
"Interferón. Su utilización en nueve pacientes esquizofrénicos"	26
"Interferón y esquizofrenia. Una revisión"	24
Invernizzi, G.	55

## J

Jerez C., Sonia	21
Johnson, Dale L.	41
Johnston-Cronk, Kathleen	88
Johnstone, E. C.	58, 81
Jorgensen, Aage	102
Joseph, S.	86
Juel, Knud	57
Junqué Plaja, C.	16

## K

Kaiya, H.	83
Keller, J.	6
Kelterborn, G.	96
Kendell, R. E.	84
Kibel, D. A.	85
Kirkwood, K.	64
Kleinman, Joel E.	75
Kota, S. K.	86
Kulcar, Z.	71, 72, 73
Kulhara, P.	86

## L

"La carga de esquizofrenia en la familia. Un estudio de Nigeria"	95
--	----

"La composición del síndrome negativo de la esquizofrenia crónica"	85
"La densidad étnica no es relativa a la incidencia de esquizofrenia"	62
"La desorientación temporal en esquizofrenia crónica no está asociada con el deterioro intelectual premórbido o con tratamientos físicos recibidos"	58
"La escala de desempeño social. El desarrollo y validación de una nueva escala de ajuste social para usarla en programas de intervención familiar con pacientes esquizofrénicos"	56
"La esquizofrenia, una enfermedad producida por un virus"	37
"La importancia del rol del paciente en la aparición de la esquizofrenia"	106
"La incidencia de esquizofrenia en Croacia"	71
"La influencia de la edad y el sexo en el episodio y curso temprano de esquizofrenia"	78
"La influencia de la expresividad emocional familiar en el curso de la esquizofrenia en una muestra de pacientes españoles. Un estudio de seguimiento de dos años"	99
"La naturaleza y prevalencia de depresión en pacientes esquizofrénicos crónicos internos"	50
"La relación de la temperatura medioambiental con la incidencia y comienzo de esquizofrenia"	76
"La relación entre esquizofrenia e inmigración. ¿Existen alternativas para una hipótesis psicosocial?"	69
"La seguridad y eficacia de la clozapina en una severa resistencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos en el Reino Unido"	61
"La tríada positiva de los síntomas esquizofrénicos. Sus propiedades estadísticas y sus relaciones con trece sistemas tradicionales de diagnóstico"	87
Laffont, I.	85
Laforgue G. Enterría, J.	10
Lagomarsino, Alejandro J.	20
Lam, T. H.	59
Landmark, J.	87
Larkin, Conall	101
Lebell, Malca B.	88
Lebigre, F.	17

Lee, Peter W. H.	89
Leff, J.	90, 91
Leong, Gregory B.	74
Lepage, Beatriz	47
Leung, C. M.	59
Lewis, S. W.	97
Liddle, Peter F.	50, 85, 92, 93
Lieh-Mark, F.	89
Lo, W. H.	59
LÓBULO FRONTAL	93
LÓBULO TEMPORAL	37
Löffler, Walter	78
López de Ochoa, E. F.	6
López Saura, Pedro	27
Lorenzo Morejón, Mayra	30, 31
"Los efectos de la clozapina en el conocimiento y síntomas psiquiátricos en pacientes con esquizofrenia"	75
"Los signos neurológicos menores en la esquizofrenia residual"	4
Lowson, Karen	108
Lund, C. E.	94

### M

MacMillan, J. F.	81
Manero Marcen, E.	10
Manzano, J. Ma.	15
Marder Stephen, R.	88
Martín Carrasco, M.	12
Martínez Marquez, Yolanda	29
Martyns-Yellowe, I. S.	95
Mascaro V., Julian	21
Mateo Pérez, Arnulfo	29, 30, 31
Mattoo, S. K.	86
Maurer, Kurt	78
Mayer, C.	96
McCance, C.	68
McCarrick, Anne	43
McKenna, P. J.	94
McKenzie, Joanne	88
Meadows, G.	97

Melendis, Clara	36
Merskey, H.	87
Mesa Castillo, Segundo	33, 34, 35, 36, 37
Mintz, Jim	82, 88
Mintz Lois, I.	88
MODELO VULNERABILIDAD-ESTRES	20, 45
“Modelos relativos al mando en familias de esquizofrénicos”	43
Modestin, Jiri	98
Molina Lois, Mirta	26, 27
Moncada, Aura	47
Montague, Linda	105
Montenegro, Alvaro	32
Montero, I.	11, 99
MORBILIDAD	52, 63, 76, 109, 110
“Morbilidad psiquiátrica en los parientes en primer grado de pacientes esquizofrénicos”	110
Morikeyo, M.	83
Morris, Danielle L.	93
Morris, Julie	105
Morrison, Randall L.	54
MORTALIDAD	57
“Mortalidad y causas de muerte en la primera admisión de pacientes esquizofrénicos”	57
Mortimer, A. M.	94
Mueser, Kim T.	54
Munk-Jorgensen, Povl	100
Muñoz Rodríguez, F.	9
Murphy, D.	66
Murray, Robin M.	76, 80, 97

## N

Naber, D.	96
“Neuropsicología de la esquizofrenia”	16
Nishida, A.	83
NOSOLOGIA	18
Nuechterlein, Keith H.	82
Núñez Domínguez, L. A.	12

## O

"Objetivación de la función visomotriz en la esquizofrenia"	22
O'Callaghan, Eadbhard	101
Ofuji, M.	83
Oltmanns, Thomas F.	51
O'Neil, M.	63
Orengo García, F.	13
O'Shea, Michael D.	44
Owens, D. G. C.	58

## P

Paniagua, C.	14
Pantelis, Christos	65
Parnas, Josef	102
Patel, Meena	50
Paz, George G.	74
Pellejero, A. J.	2
Pellizzer, G.	53
Peralta, Victor	103
"Percepción de los pacientes del clima emocional familiar y sus consecuencias en esquizofrenia"	88
Pérez Berenguer, Juan L.	34, 36
Pérez, Inés María	27
Pérez Ríos, M.	16
PERSONALIDAD PREMÓRBIDA	8, 81, 82, 102
"Personalidad y organicidad en esquizofrenia residual mediante el psicodiagnóstico de Rorschach"	15
Phillips, Michael R.	104
Pickar, David	70, 75
"Pobreza de lenguaje en esquizofrenia y depresión durante periodos de internamiento y posthospitalización"	51
Pogue-Geile, Michael	51
"Predicción de la respuesta al tratamiento neuroléptico en la Esquizofrenia"	6
PREVALENCIA	38, 49, 68, 79
Prieto Contreras, Elba	29



"Procesos cognitivos y su relación con los síntomas y el desempeño social en esquizofrenia"	48
"Programas breves de psicoeducación multifamiliar sobre esquizofrenia: estrategias para implementación y manejo"	44
PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR	56
PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS	11, 20, 44, 107, 108
PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS	16
"Psicoeducación para familias de esquizofrénicos"	20
"Psicopatología del paciente y expresividad emocional en esquizofrenia"	74
"Psicopatología premiórbida en el espectro esquizofrénico"	102
PSICOSIS	68
Puche, E.	99
Pujada Espinosa, Magaly	36

## R

Ramón, Francisco J.	4
Ramos Fuentes, Ma. I.	9
Randolph, Eugenia T.	74
RAVEN	30, 31
RECAÍDAS	1, 20, 53, 55, 74, 90, 91, 99, 106
Rego, A.	2
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	17, 41, 89
"Repercusión de la esquizofrenia sobre el grupo familiar"	7
RETRASO MENTAL	97
Reveley, M. A.	97
Reyes Gutiérrez, Bernardo R.	23, 24, 25, 26, 27
Riecher-Rössler, Anita	78
"Riesgos de morbilidad en esquizofrenia y desórdenes afectivos entre parientes en primer grado de pacientes con desórdenes esquizoafectivos"	109
Ring, Noreen	105
Robles Sánchez, J. I.	4
Rodríguez, Dagoberto	36

Rogers, D.	94
Rojas Pavón, Mirta	26, 27
Ruiz, I.	11, 99
Rust, John	47
Ruz, A.	15

## S

Sacarias Sosa, Eduardo	33, 34, 35
Salamero, C.	15
Salcedo Ocerin, B.	10
Sanz de la Torre, J. C.	16
Schulz S., Charles	75
Scott, R.D.	106
Shaner, Andrew L.	74
Sharma, Indira	110
Shavit, N.	90, 91
Silva I., Hernán	21
"Síndromes de esquizofrenia crónica"	92
"Síndromes de esquizofrenia y funcionamiento del lóbulo temporal"	93
"Síntomas negativos en esquizofrenia crónica. Relación con la duración de enfermedad"	105
"Síntomas negativos y depresivos en esquizofrenia"	86
SINTOMATOLOGIA	4, 8, 13, 15, 16, 19, 21, 22, 26, 27, 40, 46, 48, 50, 51, 54, 61, 63, 65, 66, 67, 74, 80, 81, 85, 86, 87, 92, 93, 94, 103, 104, 105
SISTEMA DOPAMINERGICO	10, 37, 45
SISTEMA LIMBICO	37
Smith, Jo	56
Snyder, Karen S.	82
Sobal, Jeffery	43
"Sobre la eficacia de la psicoterapia grupal analítica con principios técnicos específicos en el tratamiento de la esquizofrenia crónica"	9
Spinks, J. A.	89
Strachan, Angus	74, 90, 91
SUICIDIO	2, 57, 59, 98
"Suicidio entre esquizofrénicos chinos en Hong Kong"	59

Sun, Guiron	104
Szigethy, L.	53

## T

Tantam, Digby	105
Tarrier, Nicholas	107, 108
Taylor, P. J.	81
"Técnicas de los pacientes para combatir la esquizofrenia: un estudio exploratorio"	46
"Teorías psicoanalíticas de la esquizofrenia"	14
Terrón, Y.	15
TEST DE BENDER	22
TEST DE RORSCHACH	15
TIPOS	21, 23, 25, 30, 31, 42, 94, 96, 104
"Tomografía computarizada en esquizofrenia. Formas de enfermedad familiar contra no familiar"	83
Tompson, Martha	88
TRANSMISIÓN HORIZONTAL	83
TRANSMISIÓN VERTICAL	35, 83
TRASTORNO DE PERSONALIDAD MULTIPLE	13
"Trastorno de personalidad múltiple, borderline y esquizofrenia"	13
TRATAMIENTO	6, 9, 10, 14, 19, 20, 25, 26, 27, 28, 29, 41, 46, 55, 58, 61, 67, 75, 89, 90, 91, 107, 108
"Tratamiento con bromperidol en pacientes esquizofrénicos"	19
"Tratamiento de la esquizofrenia con interferón. Estudio a doble ciegas"	27
"Treinta años sobre institucionalismo y esquizofrenia. Pobreza clínica y el entorno social en 3 hospitales mentales británicos en 1960 comparados con 4 en 1990"	65
Tsuang, Ming T.	109
Turner, T.	97

## U

Uematsu, M.	83
"Un análisis de la competencia social en esquizofrenia"	54
"Un ensayo de terapia familiar contra un grupo de familiares de esquizofrénicos"	90
"Un ensayo de terapia familiar contra un grupo de familiares de esquizofrénicos. Seguimiento de dos años"	91
"Un estudio comparativo de 470 casos de comienzo temprano y tardío de esquizofrenia"	80
"Un estudio de los factores asociados con la respuesta a la terapia electroconvulsiva en pacientes con síntomas esquizofrénicos"	67
"Un estudio sobre suicidio en pacientes esquizofrénicos internos"	98
Uriarte Uriarte, J.	10

## V

Valdés Hidalgo, Irma I.	38
Valdés, Surey	36
Valero, Odalys	36
Valeron Alvarez, Fulgencio	39
"Valorando esquizofrenia en adultos con retardo mental. Un estudio comparativo"	97
Varma, Shashjit L.	110
Vaughn, C.	90, 91
Vázquez, C.	6
Villa, Aleida	36

## W

Waddington, John L.	101
Waldvogel, Doris	98
Walshe, David	101
Ward, Jan	65

Weegmann, M.	63
Weinberger, Daniel R.	70, 75
Wessely, Simon	80
Wetton, Sheila	56
Wheatley, Donald	44
Winter, D.	106
Wirshing, William	88
Wixted, John T.	54
Wu, Ningsheng	104

**X**

Xiong, Xianzhang	104
------------------	-----

**Y**

Yu, K. K.	89
-----------	----

**Z**

Zabala, Blanco I.	17
Zarro, Ivo	98
Zhao, Zuan	104
Zigler, Edward	42

Los 110 artículos revisados, pertenecen a 7 revistas y aparecieron de la siguiente manera:

*Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*; 5 artículos

*American Psychologist*; 3 artículos

*Annual Review of Psychology*; 1 artículo

*British Journal of Medical Psychology*; 65 artículos

*Psiquis*; 17 artículos

*Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*; 17 artículos

*The American Journal of Family Therapy*; 2 artículos

Como se puede apreciar, más de la mitad del total de artículos aparecieron en el *British Journal of Medical Psychology*, seguido por *Psiquis* y *La Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*.

De estos artículos el original es en español en 39 de ellos y el resto, 71 se encuentran en inglés y fueron traducidos para el presente trabajo.

Los autores que mayor producción tuvieron son, por orden alfabético, los siguientes:

**Ancheta Niebla, Odelsa.**- Quien participó en 4 artículos cuyos descriptores son:

Consanguinidad, Etiología, Inoculación y Transmisión vertical.

**Cabrera Gómez, José A.**- Con 5 artículos de los siguientes descriptores:

Etiología, Interferón, Sintomatología, Tipos y Tratamiento.

**Domínguez Álvarez, Carlos.**- Se encontró en 4 artículos que hablan de:

Consanguinidad, Etiología, Inoculación y Tipos.

**Fernández López, Odalis.**- Se encontraron 5 artículos con los siguientes temas:

Etiología, Interferón, Sintomatología, Tipos y Tratamiento.

**Gómez Barry, Hilario.**- Participó en 4 artículos que hablan sobre:

Consanguinidad, Etiología, Inoculación y Transmisión vertical.

**González Pacheco, Enma.**- Con 4 artículos de temas como:

Consanguinidad, Etiología, Inoculación y Transmisión vertical.

**Liddle F. Peter.**- Con 4 artículos de los siguientes descriptores:

Antecedentes históricos, Depresión y Sintomatología.

**Mesa Castillo, Segundo.**- Aparece en 5 artículos de los siguientes descriptores:

Consanguinidad, Etiología, Inoculación, Interferón, Sistema Dopaminérgico, Sistema límbico y Transmisión vertical.

El número de artículos por año fue muy equilibrado en 1988 obtuvo 20, en 1989 fueron 22, para 1990 hubo 18, en 1991 encontré 20, en 1992 encontré 16 y 14 para 1993. Aunque para 1993 el número fue menor, seguramente la producción total fue mayor, el dato no se proporciona exacto, ya que, al momento de la investigación no se contaba con el número completo de revistas en el acervo de la facultad.

Los descriptores que aparecen en más artículos son los siguientes:

**Depresión.**- Aparece en 8 artículos en los que se dice que las características de la depresión son la baja autoestima, autodevaluación y la idea de que son incapaces de

alcanzar sus aspiraciones o de que todo lo que hagan no tendrá ningún resultado positivo. Esto va acompañado, consecuentemente de conductas de autocastigo y de sentimientos de tristeza, culpabilidad y desesperanza. Otra característica es la tendencia a exagerar todos los problemas.

Algunos estudios epidemiológicos hablan de una prevalencia de 16% a 18% de depresión en la población general (Weissman, et al, 1978). De hecho todos, alguna vez hemos tenido periodos de desesperanza, de infelicidad, lo cual lleva a la hipótesis de que la depresión es inherente al ser humano. Pero si estos periodos son muy frecuentes, seguramente encontraremos una personalidad inadecuada, con fuertes rasgos neuróticos o psicóticos.

El abuso de drogas puede ser un mecanismo de escape que las personas deprimidas usan para evitar su dolor. El efecto de la cocaína en los neurotransmisores es muy similar al que producen algunos antidepresores (Weiss, et al, 1986); también las anfetaminas muestran propiedades similares a la cocaína, por otro lado se ha encontrado una fuerte asociación entre alcoholismo y depresión. Algunos individuos muestran marcados sentimientos depresivos en los periodos libres de alcohol. Así mismo, algunos alcohólicos responden satisfactoriamente a los antidepresivos.

La aparición de síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos es, para algunos autores, una señal de mejoría, ya que la ven como el cese de la actividad psicótica que escindía y proyectaba aspectos yoicos, recuperándolos y viviéndolos como propios. Sin embargo, la aparición de depresión aumenta considerablemente el riesgo de suicidio.

En el caso de alta hospitalaria por mejoría de los síntomas esquizofrénicos, se supone que existe una mejor comprensión de la realidad, el paciente puede sentirse como un niño que ha perdido de pronto a su madre y surgen apatía, sumisión, retraimiento, es decir, una reacción depresiva. Para los psicóticos en general, la vivencia de abandono es muy grave, muestran sentimientos ansioso-hostiles hacia ese alguien que los deja y pueden recurrir al suicidio, abandonar antes de ser abandonados. También para el concepto Kleniano la depresión es resultado de una mayor integración del yo, pero ante una situación de extrema angustia el sujeto tratará de huir nuevamente, (muy probablemente suicidándose) recurriendo a mecanismos proyectivos y de escisión en lo que sería una vuelta a la posición de esquizofrenia paranoide. Fallon, et al, (1978) realizaron un seguimiento de un año después del alta hospitalaria de pacientes esquizofrénicos y encontraron que más pacientes requirieron ser reingresados por depresión que por la reaparición de síntomas psicóticos.

Se han realizado estudios (Barnett, et al, 1989) sobre pobreza de lenguaje en esquizofrénicos y deprimidos obteniendo como resultado que, en fase aguda, los deprimidos muestran mayor pobreza de lenguaje que los esquizofrénicos, pero durante el internamiento, aumenta en esquizofrénicos mientras que en los deprimidos se mantiene estable o disminuye.

Por otro lado Sommers (1985) ha encontrado que existen grandes similitudes entre los síntomas negativos y depresivos en esquizofrenia y esto provoca dificultades para el diagnóstico diferencial entre ambos y por lo tanto, fallas en el control de efectos de los neurolepticos, en la clasificación, ambigüedad en los conceptos y falta de constructos válidos en los síntomas negativos.

En otro estudio sobre relaciones entre psicopatología y género (Mayer, et al, 1993) se concluye que los pacientes con comienzo más tardío de enfermedad presentan más síntomas

depresivos contra los de comienzo más temprano y que los hombres se muestran más deprimidos al alta hospitalaria que las mujeres.

**Recaídas.**- Se localizó en 9 artículos de los que se puede concluir que existe una relación estrecha entre recaídas y Expresividad Emocional (EE). En estudios de seguimiento después del alta hospitalaria, se han obtenido las siguientes tasas de recaídas en grupos de Alta Expresividad Emocional: Leff y Brown (1978), 69%, Vaughn y Leff (1976), 48%, Vaughn, et al (1984), 56%, Falloon, et al (1982), 44%, Leff, et al (1985), 50%, Barrelet, et al (1989), 33%; en todos los casos estas tasas fueron mucho mayores que las recaídas en los grupos de Baja Expresividad Emocional.

En otros estudios realizados (Glynn, et al, 1990), se afirma que los pacientes de alta EE presentan más síntomas positivos, así como ansiedad y depresión, que los de baja EE. Aunque otros autores (Vaughn, et al, 1984 y Miklowitz, et al, 1983), reportan no haber encontrado diferencias significativas en la sintomatología de pacientes con alta y baja EE.

Leff, et al (1989) realizaron un seguimiento de nueve meses, de un grupo de familiares de alta EE que aceptó participar en terapia familiar y otro que no. Los resultados en cuanto a tasas de recaídas fue que, después de los nueve meses el grupo en terapia obtuvo un 8% de recaídas contra un 17% del grupo que no aceptó. Como complemento se realizó otro seguimiento de dos años (Leff, 1990), con los mismos grupos obteniendo un 40% de recaídas contra un 75% de los familiares que no aceptaron asistir a la terapia. Así pues podemos afirmar, una vez más, que las tasas de recaídas, mantienen una estrecha relación con el alta EE.

Es importante hacer notar que otro factor que influyó en los resultados fue el mantenimiento con neurolépticos, los pacientes que suspendían su tratamiento farmacológico, recayeron más veces y más rápido que los que lo continuaron y dentro de estos recayeron más los de alta EE.

Montero, et al (1992) obtuvieron resultados similares y agregan que en su estudio el número de hombres que recayó fue mayor que el de las mujeres, con la diferencia que los hombres con alta EE, obtuvieron tasas de recaídas de 58% contra 24% de baja EE y en las mujeres fue menor la tasa de recaídas de alta EE (11%) que en baja EE (23%).

Los otros descriptores que se encuentran en mayor número de artículos son: Etiología con 20, Factores predisponentes en 18, Familia en 21, Incidencia con 9, Sintomatología con 32, Tipos en 9 y Tratamiento 23. En el Cuadro Nosológico de este trabajo se encuentra información sobre cada uno de ellos.

Es de gran importancia mencionar que en ninguno de los artículos, encontré información sobre diagnóstico en esquizofrenia, se menciona con base en qué criterios fueron diagnosticados (ejem. DSM-III-R), o dicen que es difícil hacer un diagnóstico diferencial (ejem. contra depresión), pero no se encuentra información amplia en ninguno, de tal manera que no aparece dentro de los descriptores de esta Hemerografía.



## COMENTARIOS A MODO DE CONCLUSIONES

"Nosotros terapeutas somos numerosos, emprendedores y diferentes, como las aguas y las corrientes del Río Alfeo. Es a ustedes para terminar a quienes dejaré el cuidado de decidir si estamos tallados para seducir las psiquis asustadizas, o para lavar las psiquis demasiado encombradas o para mas modestamente, en fin, ayudar a los psicóticos a descubrir las puertas que un día, quizá, y puede que a hurtadillas, franquearán"

### RACAMIER

En cuanto a la Hemerografía de esquizofrenia es necesario que se elabore una base de datos computarizada que permita ir registrando la información que sobre el particular se tiene y se está publicando continuamente, ya que, como se mencionó en la introducción del presente trabajo, los bancos de datos de nuestra Facultad son efectivos, pero para los requerimientos de una investigación específica, en este caso, esquizofrenia, no resultan muy prácticos, ya que, son elaborados por bibliotecólogos. Si trabajamos en conjunto, ellos organizando la información de manera adecuada, y nosotros los psicólogos recopilando los datos necesarios y, por supuesto, gente de informática creando las bases de datos requeridas, será una labor mucho más rápida y sencilla.

Con la elaboración de una base de datos para computadora, se podría realizar un proyecto con prestadores de servicio social, con becarios o con investigadores interesados, que fueran vaciando la información de las revistas de Psicología y clasificándola, no solamente de esquizofrenia, sino en todos aquellos temas que interesan a la Psicología, (depresión, alcoholismo, retraso mental, etc.). Tomando revista por revista e incluyendo cada uno de los artículos que contengan.

Se puede empezar con el acervo de nuestra Facultad, tomando las revistas a partir de la década de los ochenta, para que esté actualizado, y después recopilar la información de las revistas que no se encuentran en nuestra Facultad, haciendo un rastreo del mayor número posible de revistas de psicología y psiquiatría, lo que serviría, de paso, para contar con un índice de las mismas.

El tener este tipo de Hemerografía es de un valor incalculable como instrumento de consulta, ya que: 1. Ahorran tiempo y dinero, 2. No se maneja la información desde un solo enfoque, sino que se incluyen todos los que existen, esto nos ayuda a confrontarlos, 3. Con un resumen bien elaborado, solamente en casos muy especiales se tiene que recurrir a los originales, y se tienen bien localizados, 4. Se cuenta con información constantemente

actualizada, 5. Se puede obtener una gran cantidad de información enlazada, porque con un adecuado programa, se relacionan todos los temas o descriptores, por ejemplo, se podría obtener al mismo tiempo edad, sexo, padecimiento, autor, enfoque, etc. De alguna manera lo que se tiene en PsycLIT, pero al ser realizado por psicólogos tendría justamente la información precisa y esto facilitaría enormemente cualquier investigación. Lo anterior, me parece, ofrece muchas ventajas para el investigador. Además, si se elaborará con prestadores de servicio social, podrían obtener, una gran cantidad de ideas para elaboración de tesis, o bien, al igual que en este trabajo incluir Hemerografía, Cuadro Nosológico e Índice Analítico de cualquier tema, lo que ayudaría a una titulación más rápida de los egresados de nuestra Facultad y, si se deja como un programa permanente de servicio social se mantendrá actualizado. Se pueden incluso publicar por tomos de cada uno de los descriptores, de tal manera que si no hay computadoras suficientes para servicio al público, o no hay sistema o cualquier falla, se tendrían estas publicaciones para ser consultadas.

Una vez que este funcionando el programa se conectaría con otras universidades del país, mismas con las que se tendría además intercambio de información. Para esto se requiere elaborar un glosario o tesaurus para unificar criterios en cuanto a descriptores, por ejemplo hablando de esquizofrenia:

TIPOS: Positivo, negativo, I, II, hebefrénica, paranoide, catatónica, residual, simple, indiferenciada.

Lo anterior evitaría confusión y exceso de términos. De esa forma podemos abarcar la gran mayoría de revistas existentes en las universidades de nuestro país, trabajando con criterios uniformes y beneficiándonos mutuamente.

Por otra parte, en lo que toca al presente trabajo el número total de fichas de mi primera búsqueda en PsycLIT en mayo de 1993, fue de 92. Este dato no lo considero correcto, pues nos hace suponer que solamente hubo 92 artículos sobre esquizofrenia en inglés y español de enero de 1981 a diciembre de 1991 y que, como ya se mencionó, PsycLIT tiene información mundial de Psicología. Para este trabajo obtuve 167 artículos, 61 en español y 106 en inglés, en un periodo menor (enero de 1988 a diciembre de 1993), y en sólo 7 revistas, por lo tanto 92 fichas en 10 años no puede ser un dato exacto.

Por otra parte en mayo de 1996 realicé una nueva búsqueda en PsycLIT, como dato complementario para esta Hemerografía, en el disco que contiene la información de enero de 1990 a septiembre de 1995 y, que en este momento, es el más reciente que se tiene de PsycLIT, (el manejo del disco, así como la información, se encuentran en inglés, casi en su totalidad). En esta nueva búsqueda, me reportó 111 artículos en español y 4 748 en inglés, de enero de 1990 a diciembre de 1993 y en el periodo total del disco (ene. 90 - sep. 95) nos reporta 246 artículos en español y 7 291 en inglés. Es notable el incremento de artículos, sobre todo de diciembre de 1993 a septiembre de 95 ya que, como se observa, el número casi se duplica; lo que nos da otra razón más, para reunir en un sólo ejemplar, toda esta información para que permita hacer la consulta más fácil y rápido, que se incremente el índice de autores y descriptores, pero lo más importante estar actualizado en lo que se está investigando y reportando constantemente.

En cuanto al tema que nos ocupa, es fundamental que se sigan haciendo investigaciones de todo tipo para tratar de encontrar la manera de lograr una mayor rehabilitación para el esquizofrénico. Sería suficiente el hecho de saber que esta patología.

destruye a aquellos a quienes ataca, sin embargo, encontramos además la carga psicológica y económica que representa para los familiares de los pacientes y por lo tanto el peso tan grande que significa para la sociedad, ya que es una de las enfermedades más invalidantes del ser humano, lo aísla, lo deteriora y poco a poco lo destruye.

En estadísticas recientes (1993), el Dr. Rafael Velasco Fernández, dice que: "los desórdenes neuropsiquiátricos contribuyen con el 15.5% del gasto total causado por todas las enfermedades", entre las principales se menciona a la esquizofrenia ocupando el sexto lugar. Lo que nos lleva a concluir que cualquier cosa que podamos hacer para combatir este mal es insuficiente, pero debemos seguir trabajando.

En la familia provoca sentimientos de temor, de culpa, ansiedad, en algunas ocasiones indiferencia y a la larga, deteriora a los familiares.

Además, dado que el comienzo generalmente es en la adolescencia, corta en el sujeto la posibilidad de seguir preparándose y por lo tanto, tiene menos oportunidades laborales, lo que repercute una vez más en la familia y en la sociedad, pues los vuelve una carga. Es bien sabido que muchos pacientes son abandonados en los hospitales psiquiátricos, sin posibilidad de encontrar a los familiares, dejando así, toda la responsabilidad de tener y mantener a estos pacientes, al hospital y por extensión al gobierno y a la sociedad. Aunque estos pacientes fueran rehabilitados, difícilmente podrán ser reintegrados a la sociedad, ya que no tienen oportunidades de trabajo y, por consiguiente de sostenerse económicamente, sin olvidar, además, que necesitan cierta vigilancia y apoyo para no abandonar sus tratamientos.

Es necesario hacer una concientización social, para que se le permita al enfermo mental en general, no solamente a los esquizofrénicos, formar parte de la sociedad en que viven, que se les brinden oportunidades de trabajo, de acuerdo a sus capacidades, que se les trate sin temor, sin lástima, en fin, que sean vistos como lo que son: seres humanos con ciertas desventajas, no objetos que nos estorban. Ser conscientes de que sienten, piensan, para resumirlo, que están vivos.

En lo que toca a la etiología, no se ha podido afirmar algo seguro al cien por ciento, que no sea refutable, aunque la de origen viral es la que cuenta con más seguidores, por la capacidad que tienen los virus de permanecer latentes en el Sistema Nervioso por periodos prolongados, la tendencia a brotes y remisiones y por la capacidad de alterar los procesos enzimáticos de las células cerebrales sin causar un evidente cambio estructural.

Otro elemento que apoya esta hipótesis es el número de nacimientos en invierno de pacientes esquizofrénicos, muchos virus propios de determinadas épocas del año (neumonía, influenza, etc.), podrían afectar al bebé recién nacido o bien al feto por vía transplacentaria, quedando latente y con el paso del tiempo y por medio de la influencia de factores medioambientales como estrés, cambios hormonales, etc., desarrollarse y presentar la patología. Si tomamos en cuenta, que el 75% de los casos de esquizofrenia brotan en la adolescencia (Mesa y cols., 1990) se puede llegar a la conclusión de que los cambios hormonales actúan sobre el virus y desarrollan el problema.

Hay tres estudios representativos, que han reportado correlación positiva entre los nacimientos de esquizofrénicos y prevalencia de enfermedades infecciosas y son el de Watson, et al, 1984; Mednick, et al, 1988 y Torrey, et al, 1988. Por otra parte, afirma O'Callaghan (1991) que existen un exceso de nacimientos en invierno de pacientes sin historia familiar de enfermedad.

Sin embargo, no debemos olvidar que no se puede tomar a una persona desde el punto de vista biológico aislado, es decir, tenemos que tomar en cuenta el enfoque biopsicosocial. Si bien, la teoría viral puede ser la más atinada, pero para que surja el brote influyen factores como el estrés medioambiental entre otros. Se hace necesario entonces, trabajar en conjunto con otras disciplinas. Esto se demuestra al revisar que los programas de rehabilitación más exitosos son aquellos que reducen al máximo el estrés medioambiental (Johnson, 1989) y que ponen atención a los aspectos psicológico y social de cada paciente, combinándolo con un tratamiento farmacológico adecuado.

Es de gran importancia el que se involucre a la familia como parte de los programas de rehabilitación, puesto que el objetivo de la rehabilitación debe ser reintegrar al paciente a su hogar, y en ese hogar está la familia y ésta es generadora de recaídas, así como puede ayudar a la permanencia de la rehabilitación si es que el paciente vive en un ambiente tranquilo, libre de angustias y mantiene su tratamiento farmacológico y terapéutico, por lo tanto tiene muy pocas posibilidades de ser reingresado a una clínica o de presentar una crisis aguda de nuevo; a diferencia de aquel paciente que se reincorpora a un ambiente hostil, estresante y del que forma parte sólo como una molestia. El paciente debe ser reintegrado a un ambiente adecuado en el que se respete su autonomía, su propio espacio, que sin temor le sea permitido retraerse de vez en cuando, ¿no buscamos todos alguna vez la soledad?, que tenga obligaciones y responsabilidades y que se le permita ser un integrante "normal" dentro de una familia "normal".

No se puede perder de vista que en nuestra sociedad la familia sigue siendo un núcleo fundamental, la inmensa mayoría de los jóvenes permanecen en ese núcleo hasta que forman su propia familia y en gran cantidad de casos, esa nueva familia se integra a la ya existente (viviendo juntos en el mismo sitio, en sitios muy cercanos, pasando juntos mucho tiempo, etc.). En los casos en que no forman una nueva familia o buscan una pareja, difícilmente dejan su hogar y en otras tantas ocasiones, si la vida con otros no funcionó, regresan al seno familiar. Es por esta razón por la que la familia debe ser parte imprescindible en los programas de rehabilitación de los pacientes. No hay que olvidar que para muchas familias el paciente representa una carga a la que además, le temen, que se le considera incapacitado, tratan de alejarlo de otros miembros de la familia por miedo de que los lastime. La madre mexicana, regularmente, los sobreprotege o, en el otro extremo, los rechaza y abandona. El padre generalmente está ausente o es absolutamente indiferente (Torres Plank, et al, 1992) lo que generalmente obedece a la ignorancia y desinformación sobre la enfermedad. Es entonces ahí donde radica gran parte de nuestra tarea como profesionales.

Si el paciente se topa con tantos obstáculos le será muy difícil lograr rehabilitarse, sin tomar en cuenta que su principal obstáculo es la cronicidad de su enfermedad.

Parte importante de la terapia consiste en crear en el paciente responsabilidad en cuanto al tratamiento farmacológico (autoadministración de medicamentos), responsabilidad que debe compartir con la familia, sin olvidar que el abandono de dicho tratamiento aumentará la posibilidad de una recaída.

Llegamos, pues, al punto de mencionar que en la rehabilitación del paciente deben participar activamente el paciente, la familia y el profesional de la salud, en un continuo que no funcionará si falla alguno de los elementos.

Entre los programas que se han aplicado en nuestro país están los siguientes ejemplos, el "Médico psiquiátrico psicofarmacológico" cuyos postulados son que las alteraciones patológicas se deben a una perturbación bioquímica cerebral y, por lo tanto, pueden ser corregidas con fármacos, sin necesidad de que el paciente comprenda el origen del problema (Quiroga, et al, 1986). Este programa es ineficaz. Según el censo realizado en 1977 por la Dirección General de Salud Mental de la SSA y el Instituto Mexicano de Psiquiatría en los hospitales del gobierno, los resultados obtenidos fueron que el 80% de los pacientes crónicos, no podía cuidar de sí mismo y un 64% no podía ser rehabilitado, dado el alto grado de deterioro en que se encontraban.

Debido a este fracaso, se tomó como modelo el programa de "Aprendizaje Social", por el éxito que tenía en los Estados Unidos. Este programa fue diseñado para enfermos crónicos basado en el análisis experimental de la conducta de Skinner (1938), haciendo un resumen, cuenta con tres niveles; en el primero, se trabaja en la adquisición de hábitos de limpieza personal y del lugar donde viven, actividades recreativas, etc., el segundo nivel es para interacción personal, cumplimiento de órdenes, control de sintomatología (problemas de percepción, afectividad, etc.) y en el tercero se les habilita en el uso de herramientas de trabajo, control de conductas bizarras (ejemplo, colección de objetos), y en lectura, escritura y aritmética básicas. Estos tres niveles pertenecen a la llamada fase I o de pabellón. En la fase II o de villa terapéutica que, como su nombre lo indica, son pequeñas villas construidas dentro del hospital, también se cuenta con tres niveles, el primero en de reforzamiento de lo aprendido en la fase I, en el segundo se trabaja más sobre lectura, escritura, nociones de volumen y peso, uso de aparatos electrodomésticos, preparación de alimentos, etc. Y, finalmente el tercero es para desarrollar habilidades como autoadministración de medicamentos, de capacidades laborales, lecto-escritura y fundamentalmente autoadministración de medicamentos. También se trabaja con la programación del tiempo libre, hacer compras, uso de transportes públicos, de medios de comunicación, etc. Por último, se ingresan a un programa de reintegración comunitaria, que incluye a los familiares y en el que se les capacita para que puedan adaptarse al cambio que implica el reingreso del paciente a casa. En una evaluación realizada en julio de 1984 (Quiroga y cols.) encontraron que el porcentaje de participación y adquisición de habilidades aumentó considerablemente.

Otro programa muy similar es el de "Terapia Milieu", las diferencias consisten en que sólo se realiza en la fase I o de pabellón, el paciente participa como codirector de sus asuntos. Se estimulan las mismas áreas, control de conductas bizarras, resocialización, reintegración comunitaria, etc. En este programa también se reportan significativos cambios positivos en las áreas trabajadas, (Vite y cols, 1983).

Como se observa, los programas de rehabilitación deben contar con "pequeñas comunidades" antes de reintegrar al paciente definitivamente a su hogar, en las que se les formen hábitos de limpieza, autocuidado, control de conductas bizarras, uso de medios de transporte y comunicación y, sobre todo autoadministración de medicamentos. La participación de los familiares en estos programas, es indispensable para la adaptación tanto de ellos, como del paciente al regreso de éste a la comunidad, y, por otra parte, se necesita la supervisión cercana, por un periodo de por lo menos un año, del terapeuta encargado del paciente.

¿Qué oportunidades tienen los pacientes que son abandonados por sus familiares? Los programas mencionados pasan primero por la fase de "pequeñas comunidades"; pues bien,

estos pacientes pueden ser rehabilitados y mantenerse en estas pequeñas comunidades, sin embargo, reintegrarlos a la sociedad es difícil, pues como ya se dijo, existen pocas posibilidades de que vivan solos, pero sí se les puede capacitar para trabajar y mantenerse en estas comunidades, dentro de las propias clínicas, lo que disminuiría en gran parte, la carga económica que representa para el gobierno y por ende para la sociedad. Estas villas terapéuticas podrían funcionar como viviendas permanentes para todos aquellos pacientes que no tienen a donde regresar, y de esta manera asegurar también que estarían bajo tratamiento ininterrumpido y por lo tanto evitar al máximo recaídas.

Finalmente, en cuanto a diagnóstico, debemos tener presente antes de poner la etiqueta de esquizofrenia, que ciertos síntomas como conducta agresiva, delirios, aislamiento, aplanamiento afectivo, etc., pueden deberse al abuso de drogas y no a un brote psicótico. Algunas sustancias como cocaína o anfetaminas producen un efecto parecido a los antidepresivos, sobre los neurotransmisores, es decir provocan euforia. Por supuesto que hay una relación positiva bastante grande entre abuso de sustancias y desórdenes afectivos y que las drogas pueden llegar a producir un brote psicótico, pero hay que revisar cuidadosamente todas las características respecto al paciente. Está comprobado que la marihuana (Nuñez y Martín, 1989) produce un aumento de intensidad en los síntomas psicóticos que no desaparece aún con tratamiento neuroléptico, mientras no se deje de consumir la marihuana.

De acuerdo al DSM-III-R: "El síndrome delirante orgánico provocado por anfetaminas o fenciclidina puede ofrecer una sintomatología idéntica a la de la esquizofrenia", entonces debemos descartar también que los síntomas no estén produciéndose debido a alguna alteración orgánica.

En cuanto a personalidad premórbida, mencioné en el Cuadro Nosológico, que otras personas los definen como: excéntricos, suspicaces, retraídos, impulsivos y que presentan comportamiento agresivo, ¿no podríamos definir a algunos adolescentes de igual forma? Hay que revisar entonces la sintomatología que puede acompañar estas conductas.

El diagnóstico debemos hacerlo una vez que hayamos descartado el abuso de sustancias, daño orgánico y que la sintomatología que está presente (alucinaciones, delirios, notable deterioro del lenguaje, aplanamiento afectivo, etc.), tengan una duración de al menos seis meses de forma continua. Si en esos seis meses se presentan períodos con ausencia total de síntomas, sin que esto se deba a algún tratamiento específico, con seguridad no hablamos de esquizofrenia.

No tenemos una teoría sobre la etiología de la esquizofrenia que sea 100% segura, ni un tratamiento único y definitivo pero sí podemos conservar el optimismo en los avances científicos para poder ayudar al paciente y a la sociedad en general a liberarse de la carga tan grande que esta enfermedad representa. Crear una conciencia social de que estos pacientes son seres humanos a los que se puede rehabilitar y capacitar para su mantenimiento, autocuidado y hacerlos productivos para nuestra sociedad.

La investigación científica es un arma muy importante con la que contamos para luchar contra las enfermedades mentales, seguir trabajando con esquizofrenia es lo único que nos llevará a derrotarla.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez, Guadalupe, et al, *Curso de comprensión de lectura en inglés para psicólogos*  
2º nivel  
Coordinación de Difusión Cultural  
Serie Cuadernos  
UNAM  
México  
1986
2. Anónimo, "Psicosis-Esquizofrenia" en  
*Psicología*  
México  
nº 28, p. 7-9, (marzo-abril, 1992)
3. Beneyto, Juan, *Conocimiento de la información. Aproximación al Sistema de Comunicaciones Sociales*  
Alianza Editorial  
Colección El Libro de Bolsillo  
Madrid  
1973
4. Carranza Acevedo, José, et al, "Historia natural de las psicosis" en  
*Psicología*  
México  
nº 13, p. 2-28, (julio-agosto, 1992)
5. Donnollo, V. F., et al, "Esquizofrenia: relación entre síntomas negativos y rasgos esquizotípicos de personalidad" en  
*Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*  
Buenos Aires  
vol. 41, nº 3, p. 214-218, (septiembre, 1995)
6. Eco, Umberto, *Cómo se hace una tesis*  
Editorial Gedisa  
Barcelona  
1992
7. Escamilla G., Gloria, *Manual de metodología y técnica bibliográficas*  
UNAM  
México  
1988

8. Fernández, Alfonso, *Fundamentos de la Psiquiatría actual*  
Editorial Paz Montalvo  
Tomo II  
2ª edición  
1972
9. Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*  
Breviarios del Fondo de Cultura Económica  
Tomo II  
4ª reimpresión  
1986
10. Fuente, Ramón de la, *Psicología Médica*  
Fondo de Cultura económica  
México  
2a. edición, 1992
11. Heuyer, George, *La esquizofrenia*  
Editorial Planeta  
Barcelona  
2ª edición  
diciembre, 1978
12. Kasanin, J. S. *Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia*  
Ediciones Hormé  
3ª edición  
1975
13. Lagomarsino, Alejandro J. "Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia" en  
*Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina*  
Buenos Aires  
vol. 41, n° 2, p. 140-147, (mayo, 1995)
14. Minkowski, E., *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*  
Editorial Paidós  
1ª edición en México  
1989
15. Quiroga A., Horacio, et al, "Programas de tratamiento psicosocial para la rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado en México: Descripción, resultados y perspectivas" en  
*Revista Mexicana de Psicología*  
vol. 3, n° 1, p. 44-53, (enero-junio, 1986)



16. Racamier, P. C., *Los esquizofrénicos*  
Editorial Biblioteca Nueva  
Madrid  
1983
  
17. Rodríguez Palacios, Irma R., *Rasgos predominantes de la familia de los esquizofrénicos*  
Tesis de licenciatura  
UNAM  
1991
  
18. Sánchez, Héctor, *La lucha en México contra las enfermedades mentales*  
Fondo de Cultura Económica  
México  
1974
  
19. Szasz, Thomas, *Esquizofrenia: El símbolo sagrado de la psiquiatría*  
Premiá Editora  
México  
1ª edición en castellano  
1979
  
20. Torres Plank, J. Felipe, "Psicoterapia en psicosis esquizofrénicas" en  
*Psicología*  
México,  
nº 28, p. 13-14, (marzo-abril, 1992)
  
21. Torres Plank, J. Felipe, et al, "Estudio integral de la madre del esquizofrénico" en  
*Psicología*  
México  
nº 28, p 10-12, (marzo-abril, 1992)
  
22. Valdés Miyar, Manuel, et al, *DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*  
Editorial Masson, S. A.  
España  
1988
  
23. Valencia C., Marcelo, "Formulación de principios para el tratamiento y rehabilitación del paciente psicótico hospitalizado" en  
*Revista mexicana de psicología*  
vol. 3, nº 1, p. 37-43, (enero-junio, 1986)