

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**



# *La Esquizofrenia*

Revisión de 220 casos tratados en el Hospital Psiquiátrico durante los años 1951-1960 y su estudio crítico.

**TESIS**

DOCTORAL PRESENTADA POR

*Ricardo Adonay Girón*

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE

**DOCTOR EN MEDICINA**

**1961**

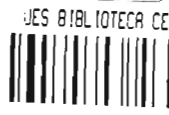
616.898

E 527e

1961

F. med.

leg. 1



INVENTARIO: 10

1525

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Dr. Napoleón Rodríguez Ruiz

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Roberto Emilio Cuéllar Milla



FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

Dr. José Kuri A.

SECRETARIO:

Dr. Tomás Palomo Alcaine.

# JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES PRIVADOS DEL DOCTORAMIENTO

---

## PRIMER EXAMEN: CLINICA MEDICA

Presidente: Dr. Luis Edmundo Vásquez.  
Primer Vocal: Dr. Luis Escalante J.  
Segundo Vocal: Dra. Adela Cabezas de Allwood.

## SEGUNDO EXAMEN: CLINICA QUIRURGICA

Presidente: Dr. Carlos González Bonilla.  
Primer Vocal: Dr. Roberto Avila Moreira.  
Segundo Vocal: Dr. Juan Hasbún.

## TERCER EXAMEN: CLINICA OBSTETRICA

Presidente: Dr. Jorge Bustamante.  
Primer Vocal: Dr. José Isaías Mayén.  
Segundo Vocal: Dr. Raúl Argüello Escolán.

---

---

JURADO DE TESIS  
Y  
DOCTORAMIENTO PUBLICO

*Presidente: Dr. José Molina Martínez.*

*Primer Vocal: Dr. Carlos Romero Hernández.*

*Segundo Vocal: Dr. Angel Estévez Ulloa.*

---

---

# Dedicatoria

*A mis padres:*

*Dr. José Ricardo Girón.*

*Dña. Elísa Morán de Girón.*

*A mis hermanos.*

---

---

## PLAN DE TRABAJO

Introducción.

I Historia.

II Definición, Etiología, Frecuencia.

III Sintomatología.

IV Clasificación.

V Diagnóstico, Evolución, Pronóstico.

VI Tratamiento.

VII Revisión de 220 casos tratados en el Hospital Psiquiátrico durante los años 1951 - 1960 y su estudio crítico.

VIII Conclusiones y Recomendaciones.

Bibliografía.

---

---

---

---

## INTRODUCCION

*En el presente trabajo expongo lo encontrado en el análisis y estudio crítico de un pequeño número de casos de Esquizofrenia, tratados en el Hospital Psiquiátrico entre los años 1951-1960 y que por primera vez padecieron de la enfermedad.*

*Mi objeto no es sentar conclusiones cien por ciento afirmativas en lo que respecta a la Esquizofrenia, sino mostrar los resultados del tratamiento de ese pequeño número de casos, en condiciones Hospitalarias que considero no son adecuadas y que influyen no sólo en la terapéutica para la Esquizofrenia, sino para todas las enfermedades mentales.*

---

---

## I

# HISTORIA

La primera descripción que puede encontrarse de un cuadro mental que semeja los que actualmente se clasifican como Esquizofrenias, fué en 1849, que el inglés John CONOLLY del Asilo Hanwel, describió el siguiente cuadro. «Frecuentemente los jóvenes caen en un estado con mucha semejanza a la melancolía, sin causa discutible de pena y ciertamente sin ninguna aflicción específica; se hacen indolentes, realizan sus ocupaciones o diversiones de manera mecánica y sin interés; el intelecto, los afectos, las pasiones, todo parece inactivo o muerto y los enfermos se vuelven totalmente apáticos.

Pero el término demencia precox que fué el precursor de Esquizofrenia, lo usó formalmente por primera vez Morel (belga) en 1860, refiriéndose al caso de un muchacho de 14 años que había sido el primero en su clase y que sin causa aparente alguna perdió el interés por sus estudios, presentó luego trastornos en la afectividad, llegó hasta odiar a su padre y perdió sus facultades intelectuales; su conclusión final fué que «parecía como que si estuviera teniendo lugar una transición hacia un estado irrecuperable de Demencia Precox. Pero Morel incluyó sus cuadros entre las deficiencias mentales.

En 1871 Hecker, describió la Hebefrenia, término usado anteriormente por Kahlbaum y quien introdujo el término Cata-tonía describiendo varios cuadros. Ambos han ayudado al estudio, terminología y clasificación de la Esquizofrenia.



En 1896, Emil Krapelin fué quien reunió varios de los cuadros y términos descritos e hizo la primera clasificación agrupándolos bajo el nombre de Dementia Praecox. Distinguió en ella cuatro formas; 1o. Hebefrenia, 2o. Catatonia, 3o. Demencia paranoide y 4o. Demencia precoz simple. Pero fué Bleuler quien en 1911 recomendó el término Esquizofrenia que etimológicamente quiere decir: Mente hendida o disgregada.

De esa parte hasta estos días, ha intentado cada autor hacer una clasificación según sus conceptos y si se tratase de resumirlos sería un gran problema. Actualmente la clasificación aceptada aquí es la de la Asociación Americana de Psiquiatría.

En El Salvador existen dos estudios sobre Esquizofrenia; el 1o., la tesis doctoral del Dr. José Rivera (1915) titulada Demencia precoz, en la cual se vierten los conocimientos hasta esa época y observaciones clínicas hechas en el Manicomio Nacional (actual Hospital Psiquiátrico). La otra es también tesis doctoral; el Dr. José Antonio Martínez, la intituló: La Esquizofrenia y su tratamiento por las crisis de Meztrazol (1938) y tuvo por objeto analizar la experiencia del tratamiento de Meduna que se hacía por primera vez en el Hospital y obtuvo 38,80 por ciento de remisiones totales, remisiones sociales 37.20 por ciento y fracasos 29 por ciento en 31 casos analizados.

En el Hospital Psiquiátrico, en 1944, se utilizó por primera vez la terapia electroconvulsiva en casos de Esquizofrenia luego en otros padecimientos mentales.

La Insulinoterapia se empleó en 1937 por primera vez, inicialmente en la Esquizofrenia, usándose también después en otras afecciones.

## II

### DEFINICION - ETIOLOGIA FRECUENCIA

#### DEFINICION

Esquizofrenia: este término es sinónimo de Demencia Precox (Dementia Preacox) usado antiguamente, fué introducido por Bleuler en 1911.

Esta representa un grupo de reacciones psicóticas, las cuales se caracterizan primordial y fundamentalmente, por la pérdida de contacto con la realidad y trastornos en la formación de conceptos, la afectividad, la conducta y disturbios intelectuales en varios grados y formas.

El contacto entre el paciente y su ambiente se pierde o se trastorna. La atención es dispersa. Los procesos ideativos se caracterizan por incoherencia del pensamiento y simbolismos. En casos extremos hasta desorientación total. La disociación de la personalidad se muestra en el paciente como una pérdida de la coherencia en la ideación. Los procesos sensoriales y mentales están desarmonizados y se pierde la realidad y armonía de las impresiones.

#### ETIOLOGIA

Biotipos. El origen de la enfermedad es desconocido, aunque algunos antropologistas señalan la presencia de esta enfermedad en ciertos tipos de constitución corporal, los asténicos, de temperamento introvertido; con un físico de torax largo, angosto y aplanado, cuello largo, que constituye el tipo leptosomático.

Herencia. No han sido confirmados los factores hereditarios, estadísticamente no hay pruebas de que padres esquizofrénicos tengan hijos que en una época de su vida padezcan la enfermedad y aún cuando se encuentra casos en que sí sucede,

probablemente es el medio familiar el contributorio. Kahlman encontró 7 por ciento de frecuencia entre los medio hermanos, 14 por ciento entre hermanos, 86 por ciento entre gemelos univitelinos.

Personalidad. Han sido descritas personalidades en las cuales hay ciertos rasgos psíquicos que pueden ser relacionados con la esquizofrenia y que constituyen la personalidad esquizoide; son personas en las cuales desde temprana edad, muestran mucho falseamiento de la realidad y son dadas a la ensoñación, susceptibles e introvertidas, taciturnas, labilidad psíquica y sobre todo dificultad para afrontar situaciones difíciles y muy mala reacción a las tensiones personales y ambientales.

Ambiente. No puede hablarse de causas únicamente personales, sino también ambientales, familias desadaptadas y con constantes tensiones que mantienen un ambiente desfavorable para el desarrollo psíquico de los hijos.

Cultura. La constante preocupación y ansiedad hacia una mejor civilización, el interés creciente de la humanidad en adquirir mejor cultura ocasiona de por sí mayor esfuerzo y fatiga mental, contribuyendo enormemente a situaciones de ansiedad y depresión, que pueden tener gran significado no sólo en esquizofrenia sino en todas las psicosis, como también en las enfermedades somáticas. Así como la úlcera péptica es la herida traumática de la civilización «para el estómago», la neurosis lo es para la mente.

Edad. Generalmente se presenta después de los últimos años de la infancia hasta los últimos de la edad media, pudiéndose encontrar casos fuera de esas edades, siendo rara entre los (5 a 13 años), más aun en la madurez, más de 40 años.

Su edad más frecuente, entre los 18 años y los 30, debiéndose probablemente a la época en la cual existen situaciones tensionales en todos los aspectos, familiares, sociales, religiosos, sexuales, etc. Los adolescentes que atraviesan su

período crítico y que se muestran perdidos de sí mismos y con los que los rodean; que afrontan situaciones sobre todo sexuales en las cuales no están orientados; su decisión ante lo permitido y lo prohibido, por la dependencia e independencia. La falta de comprensión, el olvido frecuente de las personas capaces de dar ayuda y seguridad al no recordar su adolescencia y no aceptando las «innovaciones modernas», amoldándolas a principios racionales y adecuados al buen desarrollo psíquico.

Sexo. Ningún psiquiatra ha demostrado la influencia del sexo, los que arguyen mas frecuencia en la mujer, le dan importancia a la exagerada respuesta psíquica, a las situaciones tensionales y a las continuas represiones en la esfera afectiva. Otros argumentos son los cambios cíclicos en el sistema endócrino y su relación con la psiquis. Pero las estadísticas no son significativas.

Factores Somáticos. Ninguna patología física ha sido señalada como contributoria, aunque varios autores entre ellos Krapelin, Mott, trataron de relacionar la enfermedad con una etiología endócrina. Otros con trastornos metabólicos al nivel de las células nerviosas; estando en favor de ello, la efectividad del tratamiento insulínico, el cual da origen a series cambios metabólicos en ellas.

Emilgreen trató varios casos con éxito usando hormonas tiroideas; Woolley y Shaw han hecho investigaciones con la serotonina en las funciones que esta desempeña en la actividad mental, encontrando que un aumento o disminución es el origen de algunos trastornos mentales, en especial en la esquizofrenia; notaron también el descenso de ésta en los depósitos cerebrales al administrar reserpina, droga que actualmente es de gran uso en psiquiatría, por sus efectos tranquilizantes; al mismo tiempo encontraron que los inhibidores de la monoamino-oxidasa, inactivadora de la serotonina, elevan el nivel cerebral de ésta, actuando como antidepresivos. Todo eso y lo ensayado por Emilgreen hacen más numerosos los partidarios de las teorías Metabólicas y Endócrinas.

Bioquímica. Sin número de trabajos han sido publicados, pero también sin arrojar conclusiones en el campo etiológico; Heat ensayó con plasma de esquizofrénicos, inyectándolo en seres normales obteniendo reacciones, aunque leves, de aspecto esquizofrénico que persistieron de 15 a 45 minutos. En otro ensayo verificado por él, aisló de la sangre de esquizofrénicos una sustancia proteica que llamó «Taraxeína» e inyectada en personas no psicóticas desarrolló un cuadro que podía catalogarse como esquizofrenia. De Jong encontró extractos fenólicos en la orina, las cuales produjeron cuadros catatónicos en los ratones muchos más claros que los producidos por la mescalina y adrenalina, encontrando que en los esquizofrénicos estaba disminuida su excreción, lo cual indicaba retención, llamaron a esta sustancia «catatonina».

Muchísimos otros ensayos de los psiquiatras organicistas, con el fin de demostrar un origen puramente somático y en especial cerebral han sido hechos, pero sin haber base suficiente para explicarse la esquizofrenia de esa manera.

Intoxicaciones. El alcoholismo y las drogas, no han sido demostradas estadísticamente como causantes, si como coadyuvantes indirectos, a dicha enfermedad, pero debe tomarse en cuenta que la adicción es más frecuente en personas con disturbios en su psiquis.

Factores externos e inmediatos. Frecuentemente se observan enfermedades, traumatismos físicos y psíquicos inmediatos a las reacciones esquizofrénicas, sin que por ello se crea que al someterse un ser humano a un «stress» intenso pueda desencadenar la enfermedad. En su contra está la infinidad de sujetos que reaccionan normalmente a situaciones iguales o más intensas que las que originaron reacciones esquizofrénicas en determinadas personas. En las personas que reaccionan haciendo una esquizofrenia en respuesta a un «stress» se les ha encontrado una personalidad francamente esquizoide.

## FRECUENCIA

Constituyen 0.8 por ciento en el promedio de la población en general, 15 a 20 por ciento en las admisiones por primera vez en los Hospitales Psiquiátricos; 40 a 60 por ciento en la población de estos.

En el Hospital Psiquiátrico de El Salvador existe el 30 por ciento de esquizofrénicos en la población hospitalaria; contando casos agudos y crónicos; 31 por ciento de mujeres y 29 por ciento de hombres. (Datos encontrados hasta el 10. de Feb. 61). Los crónicos constituyen el 10 por ciento; 11 las mujeres y 9 los hombres.

### III

## SINTOMATOLOGIA

Sintomatología Psíquica. Puede iniciarse bruscamente como en la catatonía y puede presentarse lenta y desapercibida como en la hebefrenia; en estos últimos casos es muy importante el descubrir lo que puede nominarse Pródromos, pues podría evitarse un cuadro complejo. Pacientes que muestran cambios en su conducta, afectividad e intelecto; que comienzan a mostrar preocupaciones por motivos injustificados y triviales, aprensiones y tensiones a problemas que antes resolvía fácilmente; introversión y encerramiento en aspectos filosóficos, religiosos, morales.

Todo esto puede pasar desapercibido en algunos casos, pero en su mayoría sí se dieron cuenta las personas conectadas con el paciente, pero no le prestaron la importancia que merecía. Los síntomas de estado pueden resumirse en las siguientes esferas:

Afectividad. Paciente en las cuales ya no existe reacción a ninguna causa de afecto, pudiendo presentar reacciones inversas a ciertos estímulos.

La Ambivalencia. O la presentación de dos cualidades afectivas opuestas, es uno de los principales síntomas, el esquizofrénico no decide por una, sino las mantiene unidas, puede por ejemplo; amar y odiar a sus padres, hijos; puede él sentirse vivo o muerto.

El Autismo. Otra perturbación de la afectividad, el paciente se introduce en sí mismo, se aísla de la realidad y el medio y vive solo para su yo.

La rigidez afectiva. Al igual que la del pensamiento hace faltar modulación, gracia y cambio a las actitudes afectivas.

El comportamiento ético del paciente se modifica por su misma alteración de la afectividad, muestra desprecio por quienes antes mostró aprecio, pierde sus cualidades socio-morales, pudiendo cometer las acciones más absurdas y siempre encontrando justificación, la cual es también patológica.

Memoria. Es una de las facultades menos perturbadas en los esquizofrénicos, no obstante que pueden presentarse trastornos variables «criptomnesias, falta de reconocimiento para las cosas habituales, que parecen vistas por primera vez» (Bleuler). Paramnesias y disgregaciones e imágenes seudonémicas las cuales hacen creer poco de los testimonios esquizofrénicos.

Ideación y Pensamiento. Es lo más afectado en el esquizofrénico y del cual emanan muchos de los otros trastornos, lenguaje, escritura.

La lógica. No existe, por eso se semejan los esquizofrénicos a los niños, el pensamiento es prelógico y pierden toda relación con el mundo exterior ideatorio, la pseudo imaginación predomina.

La ideación se disgrega, hay falta de espontaneidad, de continuidad y coherencia, las ideas no se pueden relacionar entre sí ni sintetizarlas; se escapan o pierden en la maraña de ideación ilógica del paciente.

Las ideas y el pensamiento son simbolizadas impulsivamente lo cual da origen a una transposición, confusión, sustitución de ellas, en resumen a una verdadera jerga ideatoria, la cual hace inentendible el esquizofrénico. Las ideas delirantes son variables, de grandeza, por ejemplo, dueño del universo, ideas metafísicas, místicas, de persecución, etc. estas dan origen en un esquizofrénico a la falta de razonamiento con los demás de sus ideas.

El Lenguaje. Producto de la ideación y pensamiento, es alterado, las palabras son usadas al arbitrio personal o deformadas en neologismos, se repiten o se suman (ecolalia), extravagancia, interrupciones, estereotipias, manierismos, en fin esto da origen a que sea inteligible.

Escritura. Lo mismo hacen con la escritura lo cual pierde toda conexión con la gramática. Puede verse aquí los neografismos, también estereotipeas, manierismos, omisiones, en fin una gama de trastornos los cuales pueden llevar hasta el mutismo gráfico, en el cual el esquizofrénico no es que no recuerde los signos de la escritura sino que no tiene que escribir.

## C A T A T O N I A

La Catatonía y catalepsia con flexibilidad sérea. Síntoma primordial de la esquizofrenia de tipo catatónico, se puede presentar abruptamente y sin mediar causa desencadenante. El paciente entra en una rigidez psíquica, pierde todo contacto ambiental y todas las demostraciones a los estímulos afectivos. Pierden la motricidad voluntaria y más parece una estatua que un ser humano. Queda el paciente en función vegetativa, respira y verifica sus funciones fisiológicas automáticas, en ocasiones hasta se suprime la defecación, raras veces la micción. Ni aún los estímulos dolorosos parece sentirlos el paciente. La flexibilidad sérea es el grado extremo y consiste en que el paciente puede ser puesto por el siquiatra en las po-



siciones más extremas y antalógicas, con una pierna levantada, inclinada, los brazos extendidos y el paciente permanece horas en esa posición sin mostrar el menor cansancio.

En otras ocasiones, en lugar del estupor catatónico presenta la excitación catatónica, el paciente muestra actos seriados, en igual forma (estereotipados) que lo llevan a ejecutar acciones no provechosas, otros muestran actos impulsivos y compulsiones de determinada acción sin verificarla. Un paciente en el hospital, se golpeaba la cabeza con las manos, en series de 25 golpes cada 5-10 minutos y probablemente si se le hubiera dejado se hubiera ocasionado un serio trastorno. Otro trataba de pegar y luego se mordía la mano.

Grado menor de Catatonía es el mutismo y negativismo, el cual no es más que el resultado de un autismo exagerado o de la ambivalencia, aunque algunos autores dicen que es difícil de explicar su verdadera causa. En este el paciente se mantiene sin quererse relacionar, pero no es porque no puede sino porque no tiene motivo para relacionarse; no habla por no tener que hablar, no ejecuta ninguna acción por no haber razón para ejecutarla; ni obedece órdenes y si responde hace lo contrario. La rigidez ideatoria y del pensamiento contribuyen a el negativismo.

Alucinación. Las alucinaciones e ilusiones no son como otros de los síntomas generales mencionados, particulares de la esquizofrenia; sino se encuentran en otras psicosis y pueden ser de modalidad variada, místicas, terroríficas, religiosas, zoológicas, etc.

Las alucinaciones son frecuentes en otras psicosis como: las afectivas, orgánicas y muy comunmente en las tóxicas.

Las deluciones o delirios frecuentemente son confundidas con las alucinaciones, la diferencia consistiría: en que en la alucinación la proyección organiza el mundo dentro de sensaciones y objetos percibidos por los sentidos especiales y la delución lo hace en la esfera de conceptos, pensamientos e ideas.

La diferencia entre alucinación e ilusión es que la primera es una percepción sin estímulo en el ambiente exterior.

Ilusión es la percepción deformada de un estímulo real. Por ejemplo, un paciente puede decir, ver animales, seres sobrenaturales, familiares y oír gritos e insultos estando aislado en un cuarto (alucinación). O por ejemplo: un enfermo al contemplar un árbol manifiesta ver en su lugar a un ser humano - (Ilusión).

Síntomas somáticos. Muchos estudios han sido hechos en este sentido pero no han dado suficientes resultados positivos.

Algunos han demostrado pérdida de peso en el cuadro agudo, con un aumento de este con la recuperación mental. Noyes dice: es signo de mal pronóstico la recuperación física sin la mental.

Síntomas Neurológicos. Se pueden citar entre los más frecuentes: la lentitud en el reflejo pupilar, que puede exagerarse hasta en una verdadera rigidez pupilar en la esquizofrenia catatónica; cosa similar sucede con el reflejo psicopupilar que varía según el tipo de esquizofrenia.

En el Aparato Circulatorio. Puede existir hipotensión con variados grados de vasoconstricción, hasta provocar frialdad y cianosis de las extremidades, en otras ocasiones mareos.

Trastornos Metabólicos y Glandulares. Han sido estudiados sin llegar a conclusiones exactas.

Los Estudios Electroencefalográficos. Muestran hallazgos variados, Pavis encontró en 132 esquizofrénicos un «picado» especial. Otros como, Leberson, han demostrado distribución anormal de los potenciales neuroeléctricos en esquizofrénicos; Walter (1942) encontró actividad delta difusa durante las fases catatónicas y considera estos cambios debido a trastornos metabólicos en los tejidos cerebrales, no encontrando cambios de dicha actividad en los casos no catatónicos,

Gibbs y Lennox encontraron electroencefalogramas anormales muy semejantes a los de los encontrados en epilepsias latentes, siempre con más frecuencia en los esquizofrénicos catatónicos y en los casos que habían presentado convulsiones espontáneas, lo mismo en los que tuvieron convulsiones con el tratamiento insulínico y en pacientes esquizofrénicos que habían presentado convulsiones en toxemias gravídicas y anestias, pero no pudieron llegar a conclusiones exactas. En un análisis de 80 casos encontraron cambios en 33.47 por ciento de los recientes y 33 por ciento de los crónicos.

El Líquido Cafalorraquídeo. También no muestra datos contributarios. Lehmann estudió la «fracción fosfátida» y encontró 92 por ciento de reacciones positivas en la esquizofrenia paranoide y 88 por ciento en la catatónica.

Hallazgos post-morten. Infinidad de estudios han sido hechos con el objeto de buscar datos útiles para encontrar la causa de la esquizofrenia. Southard hizo un cuidadoso estudio microscópico y macroscópico del cerebro en 29 casos esquizofrénicos, encontrando gliosis que en 9 casos afectaba el área pre Rolándica. Como ese hay infinidad de análisis pero sin llegar a conclusiones exactas.

Dunlap dice: que la esquizofrenia es una psicosis en la cual no se encuentran alteraciones constantes en las células nerviosas y muchos de los hallazgos en estudios anatomopatológicos son debido a varios y desconocidos cambios post morten y a factores técnicos.

#### IV

### CLASIFICACION

#### REACCIONES ESQUIZOFRENICAS

Este término es sinónimo con el formalmente usado: «Dementia Praecox». Representa un grupo de reacciones psicóticas, caracterizadas por disturbios fundamentales en la armonía de las relaciones, formación de conceptos, de la afectivi-

dad, conducta y disturbios intelectuales en varios grados y formas. Los desórdenes están compuestos, por una fuerte tendencia de falseamiento de la realidad y desarmonía emocional, disturbios que no se pueden predecir en el curso del pensamiento, conducta regresiva y en algunos por una tendencia a la «deterioración».

La sintomatología predominante se hará determinando factores y sirviendo para clasificar tales pacientes en tipos.

#### REACCIONES ESQUIZOFRENICAS. TIPO SIMPLE.

Este tipo de reacción se caracteriza principalmente por reducción del contacto ambiental e intereses y por empobrecimiento de las relaciones humanas; frecuentemente se incluyen los casos con un bajo nivel psicobiológico, usualmente acompañado por apatía e indiferencia pero raramente por delusiones manifiestas y alucinaciones. El tipo simple de reacción esquizofrénica característicamente manifiesta un aumento en la severidad de los síntomas al travez de largos períodos, usualmente con franco deterioro mental, en contraste con las personalidades esquizoides, en las cuales hay muy poco o casi ningún cambio en ese aspecto.

#### REACCIONES ESQUIZOFRENICAS. TIPO HEBEFRENICO.

Estas reacciones se caracterizan por sensibles afectos inapropiados, risas inmotivadas, conducta pueril y manierismos, ilusiones frecuentemente de naturaleza somática, alucinaciones y conducta regresiva.

#### REACCIONES ESQUIZOFRENICAS. TIPO CATATONICA.

Estas reacciones se caracterizan por conducta motora extravagante exhibiendo ya sea manierismos o inhibición motora generalizada, estupor, mutismo, negatividad y flexibilidad sérea, o excesiva actividad motora, excitaciones, compulsiones y actos impulsivos.

El individuo puede volver a un estado negativista, después de dicha excitación.

### REACCIONES ESQUIZOFRENICAS. TIPO PARANOIDE.

Este tipo de reacción es caracterizado por pensamientos irreales, contenido mental compuesto generalmente de ideas de persecución, ideas de grandeza y alusiones personales frecuentes de daño. Esto seguidamente se caracteriza por conducta inexplicable, con una actitud firme y constante de hostilidad y agresión, ideas místicas fijas, puede presentarse con o sin ideas de persecución.

Puede haber un sistema delusional expansivo de omnipotencia, ingenio o habilidad especial.

### REACCIONES ESQUIZOFRENICAS. TIPO INDIFERENCIADO AGUDO.

Estas reacciones incluyen casos, que exhiben una amplia variedad de síntomas de tipo esquizofrénico, tales como confusión del pensamiento y trastornos de la emotividad, manifestados por perplejidad, ideas de referencia, miedo, estados de ensoñación y fenómenos de disociación. Estos síntomas son de aparición aguda, con frecuencia sin causa aparentemente desencadenante, pero mostrando causas evidentes en la historia de los síntomas prodrómicos.

Con mucha frecuencia la reacción está acompañada de una afectividad vivaz y pronunciada, ya sea en estímulo o depresión. Los síntomas con frecuencia clasifican en lapso de semanas, también en ocasiones existen recaídas frecuentes.

Muchos casos son agrupados en esta clasificación durante las primeras reacciones. Si las reacciones subsecuentes progresan, ordinariamente se clasifican en uno de los otros tipos de reacciones definidas.

### REACCIONES ESQUIZOFRENICAS. TIPO CRONICO INDIFERENCIADO.

Las reacciones esquizofrénicas crónicas exhiben una sintomatología mixta y cuando la reacción no puede ser clasificada en ninguno de los tipos más claramente definidos, será puesta en este grupo. Pacientes que presentan pensamiento afecto y comportamiento pertenecientes a la personalidad es-

quizofrénica, pero no clasificables en ningún otro tipo de reacción, también serán puestos en este grupo las llamadas reacciones esquizofrénicas «latentes».

#### REACCIONES ESQUIZOFRENICAS. TIPO ESQUIZO-AFECTIVO.

Esta categoría está destinada para los casos que muestran síntomas significativos de formas esquizofrénicas y reacciones afectivas. El contenido mental puede ser predominantemente esquizofrénico con elación pronunciada y depresión; algunos casos pueden demostrar predominantes cambios afectivos esquizofrénicos, como pensamientos y conducta rara. La personalidad psicótica puede ser variable e inconstante con expectación basada en los síntomas psicóticos presentados. En observaciones prolongadas, tales casos prueban ser de naturaleza básicamente esquizofrénica.

#### REACCIONES ESQUIZOFRENICAS, TIPO INFANTIL.

Aquí serán clasificadas las reacciones esquizofrénicas ocurridas antes de la pubertad. El cuadro clínico puede variar de reacciones esquizofrénicas ocurridas en otros períodos de edad, a consecuencia de la falta de madurez y plasticidad del paciente en el tiempo en que se acentúa la reacción. Reacciones psicóticas en niños, manifestadas primordialmente por autismo, serán clasificadas aquí. Sintomatología especial puede ser agregada al diagnóstico, según se manifieste.

#### REACCIONES ESQUIZOFRENICAS, TIPO RESIDUAL.

Este término es para ser aplicado a los pacientes quienes, después de una definida reacción esquizofrénica, tienen una remisión que les permite continuar en la comunidad, pero continúan demostrando residuos de reconocidos disturbios del pensamiento, afectividad y conducta.

## DIAGNOSTICO - EVOLUCION PRONOSTICO

### DIAGNOSTICO:

El objeto primordial es calificar el cuadro sintomato-  
lógico en general y luego los síntomas especiales que nos guía-  
rán a clasificar el tipo (simple, paranoide, etc.); la impor-  
tancia de ello está en el pronóstico pues, como veremos ade-  
lante, tienen mejor pronóstico unos tipos que otros.

La valoración de un solo síntoma, o un grupo de ellos  
puede traer errores y confusiones.

Diagnóstico diferencial. La principal psicosis con la  
que puede presentarse dificultades en el diagnóstico es con la  
psicosis Maníaco Depresiva, pero hay que recordar que esta  
afecta parte de la personalidad, y no produce una completa de-  
sorganización de ella como sucede en la esquizofrenia; lo  
mismo en la afectividad, la cual únicamente son los aspectos  
cuantitativos los parcialmente afectados; otro aspecto es la  
fácil influencia que puede ejercer sobre sí mismo el pacien-  
te, cosa que no sucede en la esquizofrenia. Lo mismo pasa en  
las otras esferas, ideación, pensamiento, lenguaje, escritu-  
ra, etc. las cuales están completamente desorganizadas en los  
esquizofrénicos. En fin, el análisis de conjunto, la historia  
de la personalidad, conducta y reacciones a los estímulos  
afectivos previos a la enfermedad, ayuda sobre todo cuando se  
encuentra la seguridad de que el paciente pertenece a los lla-  
mados tipos esquizoides.

La epilepsia puede confundirse con aquellos casos en los  
que han padecido convulsiones, pero una buena historia, en la  
cual debe hacerse incapié en si fueron las primeras manifes-  
taciones, las psicóticas o las convulsivas, lo cual, si las  
primeras fueron las psicóticas, nos inclinarán hacia esqui-  
zofrenia y si las segundas, hacia epilepsia; al mismo tiempo

por la historia de la enfermedad, los antecedentes familiares y de ciertas enfermedades como las meningoencefalitis, los traumas obstétricos, las enfermedades infecciosas agudas en la infancia, nos pueden inclinar hacia epilepsia.

El electroencefalograma, también nos vendría a esclarecer los problemas diagnósticos, pues es indispensable para descartar epilepsia.

Con la historia, en la cual la catatonia es la más parecida, puede diferenciarse con la fácil influencia y la completa remisión en corto tiempo, con tratamiento correcto. La falta de desorganización en la personalidad, ideación, etc. Lo mismo sucede con las neurosis, en especial la de ansiedad, en la cual existe una verdadera conciencia del problema y el paciente puede reaccionar de por sí a su neurosis, ya que muestra su autocritica y la lógica conservada, cosa que no sucede en el esquizofrénico.

#### E V O L U C I O N

Es variable su evolución, puede presentarse en forma aguda, en forma lenta, hasta pasar desapercibida y volverse crónica. En algunos tipos de esquizofrenia sobre todo la catatónica puede presentarse en forma brusca, otras como la simple puede ser insidiosa y se descubre muchas veces hasta en el momento de hospitalizarse el paciente; puede haberse notado desde mucho antes problemas de conducta, introversiones, mucha ideación abstracta. Otras evolucionan tórpidamente hacia la cronicidad y aun con tratamiento adecuado no se logra una regresión de los síntomas.

Deterioración. Término empleado para aquellos casos de esquizofrenias que terminan desfavorablemente; este tipo de enfermos se ve con gran frecuencia en las salas de crónicos de los hospitales psiquiátricos.

Son pacientes en los cuales hay reducción notoria en la aplicación y ejecución intelectual, gran retraimiento autístico, enorme pérdida del contacto ambiental y una falta com-



## VI

### TRATAMIENTO

Es en la esquizofrenia donde se han ensayado los más variados tratamientos, que en otra psicosis. Hasta la fecha actual lentamente han caído en desuso la mayoría, ya sea por su dificultad de aplicación, por sus complicaciones o por ineficaces.

Se comprende que para un adecuado tratamiento deben reunirse condiciones generales sin las cuales sería imposible llevarlo a cabo. Las más importantes son: un hospital con edificaciones que reúnan las mejores condiciones, personal suficiente y entrenado, presupuesto necesario para el adecuado funcionamiento del Centro Hospitalario y atención de los pacientes.

El tratamiento puede dividirse en dos partes:

I) Tratamiento General, que es el necesario para todos las psicosis. II) Los Tratamientos Especiales. Los cuales también son usados actualmente en otras psicosis pero fueron primeramente aplicados en la esquizofrenia.

Tratamientos generales; los ordenará en la forma que lo hace Mira y López, que considero la más indicada. Tratamiento dietético. Compréndese la necesidad de una dieta adecuada, con un poder nutricional acorde a las necesidades del enfermo, preparada en forma aceptable para el paciente, con un horario bien seleccionado y lugar higiénico para tomarlos, y que satisfaga el bienestar de ellos. Se comprende el cuidado extremo que se debe tener en los aspectos mencionados anteriormente, pues el esquizofrénico es un psicótico dado a mostrar trastornos somáticos en la esfera digestiva, como náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea o presentar anorexia marcada.

En los casos de estupor, excitación catatónica y esquizofrenias paranoides, el estado psíquico del paciente lo lleva a negarse a ingerir alimentos, verificándose alimentaciones forzadas y por sonda nasogástrica.

En caso de afecciones intercurrentes, tuberculosis, úlcera péptica, desnutrición, etc. juega papel primordial el tratamiento dietético.

Tratamiento Físico y Ocupacional; el cual comprende variados campos. El objeto del tratamiento físico es mantener en la forma más adecuada el cuerpo, prevenir y curar las deformidades físicas, como las que se presentan en los catatónicos, (contracciones, atrofas); a la par de las miras anteriores, está la de proporcionar buena higiene mental, entretenimiento y el interés de grupo.

La terapia ocupacional juega papel importantísimo, tanto en la curación como en la convalecencia. Variados son los tratamientos proporcionados y cubren todos los campos de la ocupación humana. Se comprende que el tener la mente fija, atenta y en funcionamiento para el desarrollo adecuado de una ocupación evita la desviación hacia los trastornos ideatorios y del pensamiento que acompaña al esquizofrénico, al mismo tiempo que le permite interesarse en algo, le proporciona placer, satisfacción y despierta el sentido de competencia personal y de grupo.

Los tratamientos físicos cubren los campos del deporte, masajes, hidroterapia y rehabilitación física en general. Los ocupacionales; artes, pequeñas industrias, menesteres agrícolas y ocupaciones sencillas, en el campo intelectual.

Es indispensable para el desarrollo de una adecuada terapia ocupacional contar con los medios necesarios; suficiente personal entrenado, materiales y lugar adecuado donde llevarla a cabo.

La época en la cual debe darse terapia físico ocupacional al paciente varía según el estado mental y será el psiquiatra quien disponga.

Tratamiento Farmacológico. El objeto del tratamiento farmacológico es primordial y fundamentalmente dar al esquizofrénico un tratamiento menos violento que las terapéuticas



especiales y con más fundamento científico. El adelanto enorme de los fármacos en la década de 1950-1960 es asombroso. Las nuevas drogas han llegado a revolucionar el tratamiento y probablemente, así se espera, desplacen a los tratamientos clásicos.

Hasta la fecha se usan en combinación con los especiales, Terapéuticas Convulsivas e Insulinoterapia y muy raramente solos, pero se espera lleguen a sustituirlos.

Ejercen en la esquizofrenia en su mayor parte, acción sintomática; y pocas veces curativas, de por sí solos.

Barbitúricos. Hasta 1954 las drogas más usadas eran los sedantes barbitúricos; el pentotal, el fenobarbital, el secobarbital, amobarbital y el evipan etc. El objeto de estos es producir sedación en el paciente, utilizando al mismo tiempo su acción inhibitoria y las descargas sicomotoras que se producen en algunos.

Estas drogas en especial el Amital Sódico inyectado endovenosamente da lugar a desaparición de síntomas como el mutismo o la excitación y estupor catatónico. Es de suma utilidad en otras ocasiones el vencer la resistencia del paciente, logrando con ello la comunicación paciente psiquiatra.

Las curas de sueño introducidas por Claese en 1922 que dieron buenos resultados en los maníacos depresivos y tan pobres en la esquizofrenia, es otra de las aplicaciones que pueden dárseles a los barbitúricos.

Tratamientos diversos. Otros tratamientos han sido usados sin obtenerse resultados satisfactorios y significativos. Gjessing, encontró anormalidades en el metabolismo Nitrógeno en la esquizofrenia de curso periódico y en ciertos casos de Catatonía, recomendando el uso de Tiroides y ciertas medidas dietéticas, pero sin resultados halagadores. Piaget, ha tratado de modificar el curso de psicosis esquizofrénicas por tratamientos hacia la protección hepática. Georgi, comprobó

que la síntesis del ácido hipúrico está alterada durante las exacerbaciones agudas de la esquizofrenia. Piaget ensayó en base a los estudios anteriores un tratamiento de protección hepática; dieta pobre en grasas, rica en carbohidratos y proteínas, administración de ácidos aminados y glucosa. En todos los casos tratados, el mejoramiento de la función hepática se acompañó del mejoramiento del estado psíquico, pero no de remisión total.

Drogas tranquilizantes. Lo más significativo en la farmacoterapia de la esquizofrenia, lo constituyen las llamadas drogas Tranquilizantes. La tranquilización difiere de la sedación; los tranquilizantes actúan en la parte baja del cerebro, regiones talámicas e hipotalámicas; los sedantes actúan directamente sobre la corteza cerebral y regiones subcorticales. El efecto tranquilizador puede definirse como la producción de relajación, calma emocional, sin sedación, hipnosis o euforia. Algunas drogas producen a grandes dosis sedación, diferenciando de la producida por los barbitúricos en que no llegan a la misma profundidad y calidad y es más transitoria.

Los tranquilizantes no dejan las secuelas que dejan los sedantes e hipnóticos, después de pasar su efecto, el paciente queda lúcido, sin molestias somáticas, cefálea, dificultades de la visión y con su memoria fresca, por así decirlo.

Otra cualidad importantísima es la de no producir hábito, se han citado casos de 2 años de uso en pacientes ambulatorios y suprimirse repentinamente sin producir los menores síntomas de abstinencia, ni mucho menos «síndrome de supresión».

Los tranquilizantes comenzaron a usarse en 1954, el descubrimiento de la fenotiazina (Fernerán) y el uso de esta en enfermos nerviosos, abrió una nueva era para la farmacoterapia; luego se han descubierto más, ya sea variando la forma química de la fenotiazina y con la introducción de otros como los derivados de la Rawolfia, alkanediol.

Los tranquilizantes se pueden dividir en Mayores y Menores: a) Los tranquilizantes mayores o fuertes son aquellos que: producen calma emocional, relajación mental. Son altamente efectivas en controlar los síntomas de los esquizofrénicos agudos excitados o compulsivos; igualmente eficaces en los crónicos, en los cuales de por sí solo o como coadyuvantes con otros tratamientos (convulsivos) ayudan al paciente a mantenerse apto para el medio hospitalario o social. Producen «síndromes extrapiramidales» reversibles, caracterizándose por rigidez muscular, temblor y salivación profusa. Los síntomas secundarios son molestos con su uso prolongado pero producen muy poca habituación o dependencia. Todas las cualidades y desventajas enumeradas anteriormente, dependen de las dosis y susceptibilidad del paciente.

Puedo citar entre estos; a) Los derivados de la Phenthiazine-Cloropromazine (Largactyl), Thorazine, Amplactyl- nombre comercial)- Promazine (Sparine, Liranol)- Mepazine (Pacatal)- Perphenazine (Trilafón). Trifluopromazine (Siquil-Stelazine) y otros más, estos anteriores son los más usados en nuestro medio. b) Los derivados de la Rawolfia. Reserpine (Serpasol) -Rescinnamine (Moderil)- Deserpidine (Harmony). También los más usados.

Los fenómenos extrapiramidales pueden disminuirse o contrarrestarse con el uso de drogas para este fin, como el Trihexifenidil (Artane), ortoxipropanodiol (Tolserol). La dosificación, el tiempo de uso y sus efectos secundarios dependen de la respuesta en el paciente.

Los tranquilizantes menores se distinguen por: ser usados en su mayor parte en pacientes esquizofrénicos convalecientes. Producen calma y relajación pero no en la misma intensidad y cualidades de los mayores. No producen los fenómenos extrapiramidales tan característicos de los tranquilizantes mayores. El peligro de hábito puede ocurrir con estas drogas pero no causan «síndrome de abstinencia o supresión».

Citaré también algunas drogas: A) Los tipos Alkanediol entre ellas: Meprobamato -(Miltown-Ecuanil)- Mapro 400 - nombre comercial). Phenaglicodol (Ultran, Acalo).

B) Los grupos Diphenylmethane: Hidroxicene (Atarax). Benactycine (Suavitil) -Azacyclonol (Frenquel).

Al igual que los tranquilizantes mayores es según la respuesta del paciente que se dosificaran y limitará su uso.

Drogas sedantes no barbitúricas. Los sedantes y calmantes no barbitúricos son usados también para diferentes fines, pero más para provocar sueño y sedación, pero creo preferible con este fin el uso de barbitúricos, excepto, condiciones especiales como hepáticas o renales. Citaré algunos: Methylparafinol (Dormisión, nombre comercial)- Glutethinamide, (Doriden) Methyprylon (Noludar) y muchos otros.

Drogas antidepresivas. El uso de drogas antidepresivas en esquizofrenia es de ayuda en algunos casos y se prefieren aquellas que dan menos efectos secundarios. Entre ellas citaré: la Iproniazida (Marsilid, nombre comercial) Methylphenidil-lacetato (Ritalina)- Pipradrol (Meratrán). Estas actúan por acción hipotalámica y neuroanaléptica y producen pocos efectos secundarios pero son útiles en casos leves y en combinación con los tratamientos especiales, principalmente los convulsivos.

Los derivados de las anphetaminas (Benzedrina-Dexedrina) son menos usados por su efecto de «rebote», actúan por excitación central y produce efectos estimulantes sobre el simpático no muy agradables, por lo que se limita su uso.

La combinación de antidepresivos y tranquilizantes también puede usarse en esquizofrénicos pero con más limitación. Combinaciones de hormonas y vitaminas con los tranquilizantes también tienen su uso, adecuándolas según necesidades del paciente.

Algunos ocupan una corriente de igual intensidad durante toda la estimulación. Otros inician la estimulación con una corriente en ascenso y descenso de intensidad gradual, creyendo evitar con esta técnica las convulsiones bruscas que podrían causar fracturas, pero no está bien demostrado. Esta técnica es la que Tietz denomina Técnica Glisando, la otra es la conocida por Técnica Convencional.

Los actuales aparatos están compuestos de un voltímetro, generalmente entre 0 y 250 voltios o en secciones de intensidad baja, mediana o alta. Un reloj automático en décimos de segundo para cada una de las técnicas, que mide y corta automáticamente el tiempo de paso de la corriente. La técnica de uso depende del psiquiatra, según su experiencia.

Generalmente se usa una corriente de 90 a 110 Vol. durante 0.7 a 2 segundos según el tipo de paciente.

Los requisitos previo tratamiento son: primero, el paciente debe examinarse clínicamente con minuciosidad y descartar cualquier patología. Segundo: exámenes radiológicos del torax e investigando patología pulmonar como T. B., neumonías. Tercero: Electrocardiogramas y electroencefalograma. Esto último puede suprimirse si el paciente no tiene la menor evidencia de trastornos cardíacos o nerviosos y si con ésto se evita un recargo en la economía del paciente.

La preparación del paciente para aplicar los electrochoques, es con el objeto de evitar complicaciones somáticas y psíquicas. Entre las primeras; debe estar en ayunas o por lo menos 3 horas después de comer o tomar líquidos para evitar vómitos y aspiración de éstos; evacuación de su vejiga y recto y control de temperatura no pasando de 37,2 en la mujer y 37 en el hombre. Los psíquicos, son el evitar apreensiones extremas hasta la agitación y sus efectos contraproducentes en el paciente. Para esto puede darse un sedante barbitúrico, Amital o Secobarbital evitando así la tensión de la espera; el uso de atropina si el paciente presenta nauseas o vómitos. Algunos au-

tores recomiendan no hacerlo, pues creen que el que se resiste lo hará para cualquier otra medicación para ese fin y además se corre cierto riesgo potencial del tratamiento.

El lugar debe ser bien ventilado con personal técnico entrenado y con camas adaptadas a este medio. El cuidado durante la convulsión debe ser estrecho y evitar posiciones extremas que puedan ocasionar hasta fracturas, sujetando adecuadamente al paciente y protegiéndolo de mordeduras, con una goma en la boca.

Posteriormente debe dejarse reposar el tiempo necesario, teniendo sujeto al paciente ya sea por correaje especial o en camas adecuadas; después que el paciente recobre su lucidez llevarlo a reposo a su cuarto o servicio y vigilarlo de cerca por unas pocas horas. Las molestias posteriores se solventarán según aparezcan excitación, vómitos, mareos, usando sedantes, antinauseosos etc. Los tratamientos electroconvulsivos son y fueron usados de preferencia en esquizofrenia, la convulsión se parece mucho a la epiléptica: fase de aura, grito y quejido, seguido de contracción tónica y luego clónica, con una apnea de 20 ó 30 segundos de duración y una fase confusional post-convulsiva con manifestaciones variadas, excitaciones motrices, sexuales e ideatorias. La recuperación se hace al cabo de 45 minutos, con sensación de mareo y en ocasiones amnesia a hechos recientes.

Su aplicación varía generalmente en esquizofrénicos no exitados, en casos de catatonía y problemas de alimentación, se aplica tres veces por semana, pero en los casos anteriormente citados, puede hacerse diaria hasta obtener mejoría sintomatológica y facilitar el manejo y control del paciente.

Las «técnicas de aniquilación», las cuales consisten en llevar a un estado vegetativo al paciente, que se defeca y orina automáticamente, pierde toda relación con el medio, que se le tiene que alimentar por sonda o venoclisis y un control médico y de enfermera estricto, son ventajosos y se citan series con buen porcentaje de remisiones.



Mecanismo de acción. Hasta la fecha permanece ignorado el verdadero mecanismo de acción de las terapias convulsivantes. Von Meduna cree que el desarrollar artificialmente una epilepsia y el antagonismo existente entre ésta y la esquizofrenia, sea el factor curativo. Otros autores dicen: que el miedo a la sensación de muerte inminente con el cardiazol, es lo que hace reaccionar al enfermo. Teorías fisiológicas y biológicas, han sido expuestas: circulatorias, trastornos en el equilibrio iónico y muchas otras.

En lo que sí están de acuerdo muchos psiquiatras es que el efecto convulsivo en sí es el que proporciona grandes beneficios.

Contraindicaciones. Las más frecuentes son lesiones oseas, estados de desnutrición extrema, afecciones cardíacas severas y pulmonares agudas y crónicas.

Con un examen cuidadoso del paciente, tomando en cuenta las condiciones previas al tratamiento, pueden descubrirse las afecciones y estados que contraindiquen la terapéutica convulsiva. La consulta con especialistas para valoración de las contraindicaciones es indispensable.

## TRATAMIENTO POR CHOQUE O COMA INSULINICO

Condiciones hospitalarias. Debe existir en todo hospital psiquiátrico en que se usa esta terapéutica, una sala especial para aplicarla, que reúna las condiciones de ventilación, higiene y espacio necesarios. El número de camas dependerá de los requerimientos hospitalarios.

Es indispensable suficiente personal técnico; un médico neuropsiquiatra entrenado para esto, con responsabilidad en no más de 15 pacientes. Una enfermera con igual entrenamiento técnico, con no más de 6 pacientes a su cargo.

El enfermo debe ser vigilado y controlado de cerca y nunca se permitirá que los ya recuperados del choque, permanezcan con los que están en la fase de agitación.

Se tendrá camas con respaldo movable, ropa y medios de sujeción especiales. Los utensilios necesarios deben ser en cantidad suficiente y nunca permitir que la limitación de ellos interfiera en la aplicación del tratamiento.

Condiciones para la selección de enfermos. I) Examen clínico minucioso, descartando cualquier patología. II) Exámenes de laboratorio, hemograma, examen de orina, glucosa en sangre. III) Radiografía del torax. IV) Electrocardiograma y encefalograma se limitan igual que en electroconvulsivoterapia.

Los hallazgos patológicos que contraindican la insulino-terapia son: Enfermedades endócrinas en especial Diabetes, aunque es rara en esquizofrenia. Cardíacos; hipertensión, angina de pecho, miocarditis. Desnutriciones extremas y anemias, Enfermedades agudas hasta su remisión y crónicas como T.B.

Técnica. La técnica de administración ha variado poco desde la original de Sakel, que fué quien introdujo la insulino-terapia en 1935.

Consiste: en inyectar en un paciente en ayunas, cantidades crecientes de insulina, de acción inmediata, con el objeto de provocar un coma hipoglicémico. Se ha notado que la reacción hipoglicémica es semejante a la que experimentan las personas normales y las que padecen hipoglicemia por patología pancreática. La reacción psicológica especial de los esquizofrénicos es por existir en ellos componentes psíquicos alterados por la enfermedad.

La insulina se aplica en inyección intramuscular profunda y en sitios diferentes todos los días, para evitar las lesiones locales que pudieran desarrollarse. La dosis inicial es de no menos de 15 u. y no mayor de 40 u. según el paciente,

luego se aumenta progresivamente en dosis de 5 a 10 u. diarias, hasta obtener el coma. Esta es la llamada la. Fase por Sakel. En la primera fase el paciente progresivamente entra en reacción hipoglicémica, generalmente una hora después de puesta la insulina y las primeras manifestaciones comienzan a ese tiempo. Estas dependen de la intensidad de la hipoglucemia, en la cual tres factores intervienen: a) La dosis de insulina, b) La duración de la hipoglucemia y la respuesta personal del paciente.

Creo que para guía ilustrativa el estudio de las tablas de Frosting y Ross Malzberg son importantes, aunque no se verifican con tanta exactitud los síntomas, pues muchos detalles dependen de la variaciones individuales.

En la primera hora el paciente presenta lasitud, somnolencia, sudoración y salivación, frecuentemente sensación de hambre y sed. En la segunda hora acentuación de los síntomas anteriores: conciencia obnubilada, a menudo se duerme el paciente; otras veces excitaciones en la percepción, desorientación en tiempo y espacio, aumento de sus ideas delirantes y alucinaciones. Luego temblor, movimientos atáxicos, convulsiones clónicas. Los síntomas y signos desaparecen y aparecen en ondas.

Luego debe graduarse la cantidad hasta producir coma hipoglucémico en grados de profundidad variable, según la necesidad terapéutica para el paciente. Esta es la llamada 2a. Fase por Sakel.

En la segunda fase, de coma o choque, es cuando la intensidad de la hipoglucemia hace perder la conciencia. Se presenta generalmente después de la segunda hora de hipoglucemia si la dosis de insulina es correcta. No existe la unificación de criterios sobre en qué consiste el coma; Sakel describe éste en su 2a. fase del tratamiento: cuando se presenta como respuesta a la hipoglucemia, coma o ataque epileptiforme.

**CUADRO DE SINTOMAS**  
(Según Frosting.)

Horas.	S I N T O M A S		Localización
Primera.	Periodo de Latencia. Somnolencia (97,2%) Hipotonía (97,4%)		Abolición de la actividad cortical y cerebelosa. Sudoración (99,1%) Salivación (0,1%)
Segunda.	Obnubilación del sensorio. Temblor fino Afasia Apraxia Agnosia	Desórdenes perceptivos Excitación motriz Confusión. Síndromes psicóticos.  Descenso de temperatura Debilitación de la sensibilidad exteroceptiva.	
Tercera.	Pérdida del conocimiento (100%) Movimientos primitivos (71,5%) Garras forzadas (71%) Sacudidas clónicas Sacudidas mioclónicas Coreiformes movimientos Atetósicos (35,6%) Hemibalísticos Espasmos de torsión precoces.	Inquietud motora Exoftalmos Dilatación pupilar Persistencia de la reacción a la luz Aumento apreciable del pulso. Aumento de la sensibilidad exteroceptiva.	Liberación de los ganglios basales e hipotálamo.
Cuarta.	Acentuación del estupor Aumento del tono Temblor grosero Espasmos tónicos (82,2%) Posturas tetánicas Desviación conjugada de los ojos. Espasmos de torsión tardíos.	Pupilas contraídas o dilatadas. Pulso aumentado o disminuido. Signos de parálisis de las funciones piramidales. Disminución de la sensibilidad exteroceptiva. Aumento de la sensibilidad interoceptiva.	Liberación del diencéfalo. Abolición de las funciones piramidales.
Quinta.	Espasmos tónicos de extensión (34,1%) Reflejos posturales Disminución de los reflejos tendinosos Coma profundo Sensibilidad disminuida Reflejos palpebral y corneal perezosos. Respiración superficial	Pupilas en punta de alfiler. Sin reacción a la luz Pulso disminuido  Reflejos corneales abolidos.	Liberación de la médula oblongada.

## SEGUN ROSS Y MALZBERG

	Síndrome cerebral	Síndrome subcortical	Síndrome diencefálico	Síndrome medular
		Síntomas hiperquinéticos más importantes.	Síntomas tónico-tetánicos más importantes	
0—2 Horas	Modorra Somnolencia Sueño Orientación defectuosa Hambre Activación de la psicosis Pérdida de contacto Coma.			
2—3 1/2 Horas	Sacudidas mioclónicas Sacudidas clónicas Movimientos primitivos Movimientos coreicoate-tósicos Reflejos primitivos Hemibalismos Espasmos de torsión Salivación Ataques convulsivos			
3—4 1/2 Horas	Aataque convulsivo Espasmo tónico-tetánico Pupilas dilatadas Espasmo de torsión tónico Babinski Oppenheim Rossolimo Hoffmann Ausencia de reflejo palpebral Espasmo tónico de laringe			
4—5 Horas	Espasmo tónico de extensión Espasmo tónico de extensión Pupilas dilatadas Pulso rápido Magnus de Kleyn Reflejos disminuidos Hipotonía Pupilas fijas en punta de alfiler Pulso lento Palidez Dificultad de respiración Reflejo corneal perezoso o ausente.			

Von Braunmühl hace dos diferenciaciones, semicoma o prechoque y coma o choque. El primero es aquel en que el paciente presenta movimientos clónicos y no es capaz de ingerir líquidos por alteración de la conciencia. El segundo es aquel cuando el paciente tiene pérdida total de la conciencia y no responde a ningún estímulo, ni los dolorosos.

Es de suma importancia distinguir estos dos aspectos de la 2a. fase; pues en muchas ocasiones solo se aplica el estado premacotoso o de prechoque, no obteniendo el paciente los resultados favorables deseados con esta terapéutica.

El diagnóstico de coma basado en las tablas de Frosting es útil pero no tan exacto, pues las manifestaciones motoras se observan con frecuencia en fase de precoma.

Lo mejor es unificar criterios en cada hospital para la correcta aplicación del coma. La falta de respuesta a estímulos superficiales creo la más adecuada como, el reflejo pupilar y palpebral.

Cantidad de insulina. La cantidad de insulina depende de la respuesta de cada paciente; existen casos en los cuales los pacientes son sensibles y llegan al coma con 40-50 u.; en cambio otros muestran resistencia, siendo necesario altas dosis; pero los peligros que acompañan a las altas dosis fué lo que obligó a Braunmühl a introducir los métodos de zig-zag.

Las tres formas de zig zag más usadas son: a) La alterante directa: consiste en reducir la dosis por un día a la mitad de la inicial, cuando con más de 200 u. no se logra el coma, luego reanudar con la dosis suspendida.

B) Forma alternante retrasada: descendiendo al doble de la dosis inicial por un día, luego por varios días la mitad de la dosis máxima usada, después repetir la dosis máxima.

C) La forma de sensibilización alternante débil, se pone el doble de la dosis inicial por un día, luego otro la mitad de la máxima usada, seguida nuevamente del doble de la inicial.

Muchos hospitales usan sólo la segunda forma. En el nuestro se usa la segunda forma, pero se permite hasta 300 u. como máximo, antes de hacer zig zag.

3a. Fase. Después de una serie de choques, Sakel recomienda un descanso de uno o varios días; en éstos, o no recibe insulina o pequeñas dosis y en los días intermedios se le inyecta dosis de Coma. 4a. Fase. En ésta recomienda Sakel, suministrar 40 u. de insulina y después de dos horas terminar la hipoglucemia. Ambas no se usan en muchos hospitales incluyendo el nuestro.

Durante el coma debe vigilarse muy bien al paciente, controlar su pulso, su P.A. y respiración, muchas veces hay anomalías como: bradi o taquicardia, acentuada hipotensión arterial y dificultad respiratoria, pudiendo ser transitorias.

Si persiste un pulso de 55 o sube hasta 140 por más de 10 minutos, suspender el coma y también si hay cianosis acentuada o dificultades persistentes en la respiración. Las convulsiones es otro factor de importancia para suprimir el coma.

Debe mantenerse muy abrigado y bien sujeto al paciente, lo mismo que limpiar constantemente las mucosidades.

Técnica de Interrupción. La técnica de interrupción es preferible estandarizarla más aun en los lugares que no tienen suficiente personal o hasta en aquellos que no tienen médico en la sala de insulino terapia.

Se logra administrando suficiente cantidad de hidrocarbónados para contrarrestar la insulina. Lo usado es azúcar disuelta en forma de jarabe o Dextrosa hipertónica. En la primera fase si se puede hacer tragar al paciente, se da una cantidad de azúcar, variable en cada hospital; la dosis recomendada es de 100-200 c.c. de solución de azúcar al treinta o cincuenta por ciento, en agua o té. Si el paciente no traga se puede pasar por sonda nasogástrica igual cantidad; también puede hacerse por

vía endovenosa inyectando 50 y hasta 100 c.c. de solución al 30-50 por ciento de dextrosa; los inconvenientes de ésto los diré adelante.

En la segunda Fase el paciente no puede tragar y la solución debe administrarse por vía nasogástrica o endovenosa.

Tanto en la anterior como en ésta, debe cerciorarse bien antes de introducir la solución, el estar dentro del estómago, sea aspirando jugo gástrico o introduciendo aire al través de la sonda y auscultando en el estómago, escuchando el ruido característico que hace éste al llegar.

La vía endovenosa no es preferida por muchos médicos recomendándola sólo en los casos de urgencia.

Sakel dice: «El súbito y espectacular despertar que le sigue a la administración de glucosa endovenosa, contrasta grandemente con el restablecimiento gradual de la actividad cerebral, seguida a la administración de azúcar por sonda. La súbita y rápida introducción de grandes cantidades de azúcar a la circulación produce un despertar casi inmediato, sin ninguna de las variadas e interesantes etapas intermedias, que acompañan a la absorción gradual de azúcar por el torrente sanguíneo, al hacerlo por vía gástrica.

Otros de los variados argumentos para la interrupción endovenosa son: el daño local sobre la vena con las inyecciones repetidas y los casos hasta de trombosis con la consecuente pérdida de utilización de ésta, para casos urgentes. Olsen y muchos otros recomiendan la vía E.V. por verse frecuentemente interrupciones incompletas por dificultades en la absorción del azúcar por vía gástrica; la recuperación rápida y el evitar que los pacientes queden indolentes o semiconcientes es otro motivo por el que algunos prefieren la vía endovenosa. La solución más adecuada es al 33 por ciento y en cantidades de 50 c.c., pudiéndose ocupar hasta 100 mientras no hayan complicaciones. La cantidad por vía nasogástrica es igual o ligeramente mayor que para la la. Fase.



En ambas formas de interrupción es necesario dar después una comida rica en carbohidratos que haga las veces de desayuno y luego las otras dos comidas de costumbre. Entre las comidas, frescos, té o leche. No dar más alimento después de las veinte horas.

Frecuencia y duración del tratamiento. Sakel originalmente lo daba seis días en la semana y uno de descanso; es el más usado aunque otros prefieren dos día. El número total de comas varía para unos y otros autores, pero la mayoría están de acuerdo que debe ser entre 50 y 60 comas.

Sakel describió en su primera comunicación diferentes formas de aplicar la insulino-terapia según el tipo de esquizofrenia.

En los paranoides la forma clásica. En los catatónicos estuporoso aconseja lograr una mayor «productividad» en el paciente, administrando más insulina hasta modificar el estupor, que ocurre casi siempre en la primera Fase o en el precoma; una vez logrado, sigue la forma clásica.

En los hebefrénicos y simples usa también la forma clásica. Más tarde recomienda la combinación de insulina con técnicas electroconvulsivas, en cualquier caso de esquizofrenia; los resumiré después.

Otras modificaciones han sido hechas al tratamiento clásico pero no se usan en la esquizofrenia, entre ellas están: 1) tratamiento por dosis fraccionadas. 2) tratamiento con dosis rápidamente progresiva (Riese) 3) tratamiento con insulina cinc protamina y muchas más.

Complicaciones. La más temida de todas es el coma prologando. Lester, encuentra 1 por cada 1877 tratamientos individuales; Freudenberg 27 por ciento.

La causa de éste no está bien esclarecida; Georgi cree que se deba al agotamiento de las células nerviosas, no pudiendo absorber el azúcar aunque sea alto el contenido de la sangre.

Hoch a una acidosis. Kastein a una alteración vascular.

Los procedimientos para tratar un coma prolongado son variados. Unos recomiendan no dar cantidades grandes de azúcar sino medianas, 200-250 c.c. de solc. al 33 por ciento E. V. con tiamina 1-4 c.c., luego sangre íntegra en dosis de 500 c.c.

Otras punciones lumbales repetidas, pero es peligroso. Stack recomienda el uso de potasio pero por alteraciones en el ritmo cardíaco es contraproducente su uso. Mayer-Gross usan ácido glutámico con resultados halagadores.

Kalinowsky recomienda la siguiente técnica: si después de 15 minutos el paciente no responde a la interrupción habitual, se le inyecta E.V. 100 c.c. de solución Dextrosada al 33 por ciento y 2 c.c. de coramina. Si después de tiempo prudencial, 10-15 minutos, no responde muy bien, se le da 500 c.c. de Solución salina normal en dextrosa al 5 por ciento. Si al salir del coma el paciente está inquieto o exitado se le da 0.015 gr. de morfina. Puede usarse también sonda nasal pasando 500 c.c. de azúcar. Si el coma es muy prolongado y el paciente no sale con lo anterior, se le pone 250 c.c. de solución dextrosada al 33 por ciento y 500 c.c. de solución salina normal.

En nuestro hospital en un pequeño número de casos (14) en los cuales 12 tuvieron comas prolongados y otro, 17 convulsiones en 2 horas, se usó cantidades de dextrosa al 50 por ciento hasta de 620 c.c., con tiamina hasta 6 c.c. Complejo B 5 c.c. y Coramina 5 c.c. En uno se usó adrenalina cuando se habían inyectado 300 c.c. de Dextrosa al 50 por ciento sin resultado halagador, usando luego otros 150 c.c. de Dextrosa. En el de las convulsiones se usó amital sódico 0.14 grms. y fenobarbital 0.10 grms. dando origen a moderada hipoxia contrarrestada con O<sub>2</sub> puro dado en forma abierta. En todos se usó entre 1000 y 2500 c.c. de solución salina en dextrosa al 5 por ciento y vitaminas C, tiamina y complejo B después de salir del coma, en un lapso de 24 horas. En los que se administró azúcar por sonda todos vomitaron y la atropina agravó al coma; en uno, cámaras líquidas que persistieron 12 horas.



Todos se cubrieron con antibióticos por 48 horas hasta 72 horas; hubo fiebre en 2 casos por 48 horas no mayor de 38.3°. Todos reaccionaron bien y el de las convulsiones trabaja en su ocupación antigua.

La dosis de insulina recibida varió entre 160 u. y 370 u.

Entre las complicaciones cardiovasculares se citan varias; las más importantes como en el electro son: el colapso cardíaco y vasomotor. Las respiratorias tempranas o inmediatas son en su mayor parte debidas a la aspiración de saliva, causando dificultades respiratorias que pueden llevar a una hipoxia acentuada; de allí el cuidado extremo de aspirar y mantener en posición adecuada la cabeza del enfermo para un buen drenaje. Las tardías son las mismas que para el electro, siendo las neumonías aspirativas y los abscesos pulmonares las más frecuentes.

Las convulsiones epileptiformes espontáneas son frecuentes, Sakel recomienda que se llegue hasta ellas. Tennent encuentra el 20 por ciento de fracturas vertebrales en los que han tenido convulsiones. Kalinowsky recomienda interrumpir el coma al finalizar el ataque epiléptico, si se presenta.

En el Hospital Psiquiátrico si se presentan convulsiones es motivo para suspender el coma.

Complicaciones neurológicas. Se citan varias: hiperestesias, anestias, algias en los miembros pero son en su mayor parte pasajeras.

Complicaciones mentales. Sakel se refiere a la llamada activación de la psicosis, que se ve al final del tratamiento, poco antes del coma en pacientes muy mejorados; gritan, tienen ideas delirantes. Muller dice que esto es normal y que se ve en hipoglucemias en los no psicóticos. Lo más frecuente es ver trastornos mentales diversos, después del coma prolongado pero son pasajeros, si se controla bien éste. Es raro ver casos de cambios de la personalidad.

Manera como actúa la insulina. Sakel cree que el efecto de la insulino-terapia se debe a la restauración de la homeostasis en la célula nerviosa, forzando a ésta, a movilizar sus reacciones defensivas; ésto causa la recuperación del balance en el sistema nervioso autónomo. Todos los demás coinciden con Sakel, resumiendo en los cambios metabólicos de la célula nerviosa, el efecto terapéutico.

Resultados del tratamiento. Sakel da el 88 por ciento de remisiones con menos de 6 meses de duración de la enfermedad, Berglas y Sucic 70 por ciento en casos agudos.

La estadística más numerosa y reciente es la de Ross: para los de menos de 6 meses, 29.2 por ciento de remisiones; 30.2 por ciento de «muy mejorados» en los de más de 12 meses; 57.4 de remisiones totales y sociales.

Tatamiento mixto.

El uso de electroshock e insulina combinados ya sea simultáneos o uno después del otro es recomendado por varios autores. Se puede usar en dos formas; primero electroshock, el número de crisis es el mismo cuando se usa sólo y luego de un pequeño reposo o seguido, la insulino-terapia. La otra y muy recomendada, consiste en aplicar electroshock al final de la interrupción del coma, también en número igual al usarlos separadamente.

Con esta técnica Kalinowsky ha logrado entre remisiones totales y sociales hasta el 81.5 por ciento con casos de menos de 6 meses de duración de la enfermedad.

El método alternante de Braumühl o sea aplicar electroshock en los días que no se da insulina es poco usado.

La insulina al igual que las técnicas convulsivas debe acompañarse de la terapia físico ocupacional, la forma y tipo lo decidirá el psiquiatra, según el paciente.

Psicoterapia.

Es indispensable la psicoterapia no solo la individual sino la de grupo, para adaptar a los pacientes y enseñarles la

mejor forma de convivir con la familia y la sociedad. La época y técnica queda al criterio del psicoterapeuta.

La psicoterapia familiar y la ayuda del servicio Social es necesaria para instruirles en la mejor manera de como recibir en su seno al convaleciente, vigilar y prevenir las recaídas. Esto es importantísimo y debiera ser rutinario en todos los Hospitales Psiquiátricos.

#### Psicocirugía.

Es el último recurso para lograr no la curación, sino la atenuación de síntomas, para adaptar a una adecuada vida hospitalaria o social al enfermo que no remite con las terapéuticas anteriores. El tiempo es variable, como mínimo, 5 años de observación en enfermos tratados. Los motivos serán valorizados por el psiquiatra, los síntomas que ameritan este tipo de tratamiento son: agresividad, conducta insana, alucinaciones, ideas paranoides fijas y acentuadas, compulsiones y estados severos de angustia.

Técnicas. Lobotomías prefrontales. Consiste en el corte de las conexiones de los lóbulos frontales con el objeto de cambiar las reacciones existentes y no deseadas en el enfermo. Las técnicas son varias.

Las de Freeman y Watts. a) método ortodoxo: el realizado al travez de pequeños agujeros frontolaterales. b) operaciones radicales en las cuales las fibras frontales son cortadas en un plano posterior al reborde esfenoideal. Estos métodos son los «ciegos» pues no se expone el cerebro en forma adecuada.

Otros métodos, el de Visión Directa son modificaciones de la técnica de Lysterle.

Muchas más son variante de las clásicas y el psiquiatra debe familiarizarse con todas y discutir su conveniencia según el caso.

El peligro de estas ya sea operatorio o de resultados psicológicos adversos hacen recelar de su uso a algunos psiquiatras, pero en general es provechosa. Se obtienen resultados hasta del 70 por ciento «muy buenos» y «regulares» en el 25 y «fracasos» en el 5 por ciento.

## REVISION DE 220 CASOS TRATADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DURANTE LOS AÑOS 1950 - 1960 Y SU ESTUDIO CRITICO

Lo expuesto en las siguientes páginas, tiene por objeto la revisión y el estudio crítico de los resultados de las variadas técnicas de tratamiento en 220 casos de Esquizofrenia, obtenidos entre los ingresos de 1951-1960 y prestar con ello mi pequeña colaboración al Hospital, si esto sirviera en alguna forma en el campo terapéutico.

He analizado un grupo de 220 pacientes tratados entre los años de 1951 y 1960. Hubiera sido de mi agrado desde el punto de vista analítico terapéutico hacerlo en tratamiento verificados en un lapso de tiempo más largo y mayor número de pacientes pero por variadas dificultades no me fué posible. Hasta 1951 gran cantidad de cuadros están incompletos; se les han extraviado hojas con el diagnóstico, parte del tratamiento y algotros, con hojas confundidas con las de otros pacientes, todo eso y lavez ntaja que desde 1951 existen más psiquiátritas trabajando en el hospital, usando variadas técnicas terapéuticas, además de que los cuadros están mejor conservados, pudiéndose analizar en forma adecuada, fué lo que me decidió hacerlo entre esos años. La manera como obtuve el material para analizarlo fué por muestreo seriado. El número de cuadros existentes en los archivos del Hospital Psiquiátrico de los pacientes ingresados entre los años 1951 y 1960 son de 7200 entre los cuales existen aproximadamente cuadros de pacientes esquizofrénicos, ya que esta psicosis constituye el 20 por ciento de las consultas hospitalarias. Para que el análisis de la terapéutica tenga valor estadístico debe ser hecho en no menos

de un 10 por ciento de la totalidad de las muestras, lo cual son 144 cuadros, de allí el hacerlo en 220 casos.

Sabemos por la división que hice del tratamiento de la esquizofrenia en el último capítulo de la literatura, que este consta de dos partes: 1o. Los tratamientos no especiales, 2o. Los especiales; debiendo tomarse en cuenta un grupo de condiciones generales para poder llevar a término la terapéutica en la mejor forma posible.

Me veo obligado a exponer en forma real las verdaderas condiciones generales en las que se aplican los tratamientos, lo hago por considerarlo de suma importancia, ya que son las mismas para el tratamiento de todas las enfermedades mentales y que juegan papel preponderante en el resultado de ello.

Me referiré a continuación a las edificaciones que ocupa el Hospital Psiquiátrico: en 1927, durante la administración del Dr. Quiñónez Molina, fué trasladado el Manicomio Nacional, (así se llamó antes), de sus edificaciones originales en el Barrio de San Jacinto, donde actualmente está el Museo Nacional, a las que en el presente ocupa y se le puso por nombre Asilo Salvador, que luego se cambió al de Hospital Psiquiátrico en 1960. Las edificaciones usadas como salas para albergar a los pacientes gratuitos y las pensiones económicas son las mismas que en 1927, con mínimas modificaciones, en el aspecto de higiene y ventilación.

Actualmente, dado el aumento notable de ingresos, es imposible albergar a los enfermos con los adecuados requerimientos médico psiquiátricos. En 1951, por ejemplo, el promedio mensual de pacientes era 410, en 1960 este llegó hasta 760.

Esto ha dado lugar a serias dificultades en la acomodación de los pacientes en las salas de caridad. Actualmente hay servicios con 42 camas y 120 pacientes lo que significa que obligatoriamente dormirán 2 enfermos en cada cama y los pocos que sobran en el suelo, entre una y otra, pues no caben más en el servicio. Esto ocasiona problemas serios y contraproducentes en el tratamiento no solo de la esquizofrenia sino de todas las

enfermedades mentales. Uno de ellos además de la incomodidad y la adquisición de enfermedades por dormir en el suelo son: la incidencia enorme de homossexualismo que se nota en esas salas y las continuas reyertas por las camas con la agitación psíquica subsiguiente, que entorpece la terapéutica; en ocasiones han habido hasta heridos, pues la vigilancia en la noche la ace una persona por servicio. En el día los enfermos permanecen en los patios de los aeruicios, algunos de ellos son llevados a los lugares donde se imparte la terapia físico ocupacional que no la reciben todos como es lo indicado, sino un pequeño grupo por la escasez de personal, trataré de eso más adelante; el resto que queda en los servicios permanece estático, adinámicos y concentrados en sus ideas patológicas y en una superficie de terreno ínfima pues los patios son pequeños; para ilustrar: un servicio de crónicos sección señoras, tiene 670 metros cuadrados para 100 pacientes que permanecen en ellos, (los otros como dije, van a terapia ocupacional), lo que significa 6.70 metros cuadrados para su recreación y adecuado mantenimiento físico, también muchos enfermos escogen sus «puestos» y salve al que lo invada. Otro problema frecuente es el no tener ropa; algunos enfermos mentales en su psicosis les da por romper lo que encuentran, pero no por eso se les dejará desabrigados, no contribuye solo eso sino que generalmente la cantidad no es suficiente para el gran número de pacientes, pues muchos de ellos la ensucian rápidamente y mientras se da a lavar permanecen desnudos.

La ropa de cama es escasa y muchas veces no alcanza ni para el 80 por ciento de los pacientes de un servicio, los motivos son en parte los anteriores y en su mayoría el romperla por disputárseles.

Otra seria dificultad es que no hay servicios donde poner temporalmente a los casos agudos en estado de agitación psicomotriz mientras se les trata y cede esta, teniéndose que recurrir a la sala de crónicos, agravando las dificultades antes mencionadas.

Todo eso influye enormemente en contra de los tratamientos y lo ganado en unos días puede perderse en un momento, al agi-



tarse el paciente o con la adquisición de perversiones sexuales y constantes cambios en la conducta y personalidad que ocasiona la aglomeración de enfermos.

Urge un cambio total en las condiciones arquitectónicas del Hospital, para que los pacientes permanezcan en las mejores condiciones médico-psiquiátricas.

En lo que respecta al personal técnico es insuficiente, cuenta el Hospital con 5 médicos Psiquiatras incluyendo al Director y 3 médicos internos.

#### CUADRO I

Número de pacientes por Médico, Enfermera Graduada y auxiliar de enfermería en el quinquenio de 1956-1960.

---

---

AÑO	NUMERO DE PACIENTES POR		
	MEDICO	ENFERMERIA GRADUADA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
1956	442	221	34
1957	358	149	35
1958	347	173	40
1959	346	202	46
1960	311	207	48

---

---

Por el cuadro I, notaremos que le toca atender 311 enfermos a cada uno; con una cantidad tan exagerada de pacientes, el psiquiatra se ve imposibilitado en su deseo de prestar mejor atención al enfermo. Existen más psiquiatras en El Salvador, pero no hay más plazas para ellos en el Hospital, por lo tanto debería el Estado proporcionarlas y ayudar con eso a que al enfermo mental se le pueda atender en mejor forma. También se aprecia que el número de pacientes por médico ha disminuido en 131 desde 1956 al 60, por el aumento del personal.

En el mismo cuadro I se aprecia el número de pacientes por enfermera graduada, que ha disminuido poco, aun cuando han aumentado el número de ellas en los últimos años, pero así han aumentado el número de pacientes ingresados. (Cuadro III).

Igual sucede con el resto del personal técnico. Desde 1958 el Servicio Médico Social apenas cuenta con dos Trabajadores Sociales Graduados, que atendieron en 1960, 2485 pacientes. En Psiquiatría todo enfermo y la familia de este tiene necesidad de ellos y el Psiquiatra no puede laborar si no es el Trabajador Social al lado. Con tal cantidad de enfermos la labor del Trabajador Social se dificulta.

Esto se puede remediar con un número mayor de ellos, pero hasta esta fecha, no se ha logrado que el Estado aumente el personal.

Todo enfermo mental necesita de la terapia física ocupacional y en el Hospital hay 19 personas empíricas laborando en este campo; no todos los pacientes, por el escaso número de personal, pueden recibir los beneficios de esta terapéutica, además no se posee suficiente espacio y medios económicos para mejorar lo poco ya existente.

Los mismos problemas se tienen con los Psicólogos, ya que son 2 para todo el Hospital. Uno de ellos es graduado en Psicometría. Aunque no en todos los enfermos mentales se necesita de sus recursos, si en regular número; y siendo estas entrevistas de varias horas y por largo tiempo, se comprende la imposibilidad de desarrollar una adecuada labor, dado el incremento en la población hospitalaria en los últimos años.

**CUADRO II**  
Personal por cada 100 camas, recomendado  
para hospitales Generales, Psiquiátricos  
y para Tuberculosos.

Tipo de Personal	HOSP. GRAL.	HOSP. PSIQUIATRICO	HOSP. T. B.
ENFERMERA GRADUADA	6	1	3
AUXILIAR DE ENFERMERA	27	15	20
TEC. LABORATORIO	2	0.04	0.4
TEC. MEDICO	1	0.02	0.2
TEC. Rx-	1	0.03	0.3
DIETISTA	0.5	0.04	0.2
ENCARGADO ARCHIVO	0.3	0.01	0.04
FISIOTERAPISTAS	0.2	0.01	0.01
TERAPISTAS OCUPACIO.	0.1	0.2	0.2

El cuadro II, muestra el número por cada 100 camas (100 pacientes), del distinto personal necesario en los Hospitales

Psiquiátricos, General y de Tuberculosos, recomendado para los hospitales latinoamericanos por la Organización Pan Americana de Salud. Y que fueron hechas en 1957, en relación a las condiciones prevaletentes en un grupo de 5115 Hospitales Generales, 431 Psiquiátricos y 208 para Tuberculosos, de los Estados Unidos. Si comparamos con el cuadro I encontramos: que existe en nuestro Hospital el 100 por ciento de deficiencia de enfermeras graduadas; 52 por ciento menos del número de auxiliares de enfermería; pero muestra enorme deficiencia en el resto del personal, pues por ejemplo: no hay Dietistas, Terapistas ocupacionales graduados, ni Fisioterapistas.

Todas las serias dificultades antes referidas, repercuten desfavorablemente en la terapéutica, por lo que urge a corto plazo solucionarlas para que el enfermo mental reciba los mayores beneficios del Hospital; hay que tomar muy en cuenta que es el único Centro Hospitalario para enfermos mentales en toda la República, y que no atiende solo a salvadoreños sino también buen número de hondureños y guatemaltecos.

### CUADRO III

Número de Médicos, Enfermeras Graduadas, total de salidas de pacientes, existencia de pacientes al 31 de Dic. y Presupuesto en el quinquenio de 1956-60.

Año	Médico	Enfermera Graduada	Total Salidas	Existencia 31 de Diciembre	Presupuesto en Colones
1956	4	8	1203	565	550.565
1957	5	12	1210	582	604.022
1958	6	12	1358	724	635.633
1959	7	12	1671	753	634.630
1960	8	12	1721	764	646.210

En el cuadro III se aprecia el número de médicos, enfermeras graduadas, total de salidas, existencia al 31 de Diciembre y Presupuesto en el quinquenio 1956-1960; nuestro en ese, el escaso aumento de personal y de presupuesto en comparación del enorme aumento de pacientes tratados y la existencia al 31

de Diciembre. Es obvio que con esa desproporción tan acentuada es imposible laborar como es deseado.

El Estado es el llamado a mejorar la situación difícil del Hospital Psiquiátrico, si quiere evitar las serias secuelas para la familia y la sociedad, que ocasiona la falta de medios para el adecuado tratamiento del enfermo mental; esto se puede lograr a base de un presupuesto y edificaciones acorde con el enorme aumento de enfermos hospitalizados cada año.

#### CUADRO IV

Gasto anual y diario por cama y por paciente  
en colones en el quinquenio 1956-60.

Año	Gasto Anual por		Gasto diario por	
	Paciente	Cama	Paciente	Cama
1956	311	1376	0.85	3.77
1957	337	1510	0.92	4.14
1958	305	1589	0.84	4.35
1959	261	1586	0.72	4.34
1960	260	1496	0.71	4.10

En el cuadro IV, se observa que cada año aumenta el gasto por cama, diario y anual, pero la realidad es otra, pues cada cama no corresponde a un enfermo como debía ser, sino a más de uno, lo que hace bajar enormemente el gasto por paciente, que es lo que le cuesta realmente al Estado el tratamiento del enfermo mental.

En 1960 fué de ₡ 0.71 diarios en comparación de ₡ 0.85 en 1956; cualquier persona, que no sepa de Medicina y Psiquiatría se podrá imaginar qué se puede hacer con ₡ 0.71 diarios.

Ahora pasaré a las revisión de los 220 casos de esquizofrenia tratados en el Hospital durante 1950-1960.

Los tratamientos se dividen en generales y especiales.

Entre los primeros están: el dietético, la terapia física ocupacional y el farmacológico.

Me he referido a la terapia ocupacional al tratar de las condiciones generales en que se aplican los tratamientos. Existen variados tipos de terapia física ocupacional; artes, deportes y pequeñas industrias. No llenan los requisitos deseados, pero se obtiene alguna ayuda con ello.

El tratamiento dietético, también es deficiente pues con el presupuesto que existe, el Hospital no puede proporcionar alimentación adecuada a los enfermos. Además el personal encargado de la alimentación no tiene preparación especial.

El tratamiento farmacológico, es poco usado y generalmente se combina con los especiales; electroshock e insulino-terapia.

Además por lo reducido del presupuesto no se puede disponer de una variedad y cantidad de drogas para aplicar dicho tratamiento.

De los 220 casos analizados, 17 pacientes se trataron únicamente a base de drogas; en todos se usó Amital Sódico y Atarácicos fuertes; Largactyl, Siquil y Liranol.

10 de ellos lo recibieron por padecer enfermedades somáticas; Tuberculosis grave, Desnutrición Severa; y no poderse aplicar otro; todos tenían menos de 3 meses de duración previa de la enfermedad y todos salieron antes de 6 meses, 9 muy mejorados, pero solo un remitido. Fueron trasladados luego a otros Centros Hospitalarios. De los 10 recayeron 4, al año de haber salido del Hospital. Los otros 7 fueron tratados electivamente con las antedichas drogas; todos tenían menos de 1 mes de evolución, 6 salieron del hospital remitidos y uno mejorado; 4 recayeron, 3 en menos de 1 año y uno a los 2 años.

En resumen: de los 7 tratados electivamente con drogas recayeron 57 por ciento en un lapso de 2 años. De los 10 casos que por complicaciones no pudieron recibir otro tratamiento: todos fueron trasladados mejorados a otros hospitales, solo uno remitió y el 20 por ciento de ellos recayó en menos de 1 año.

Tratamiento con Electroshock, en series continuadas. El análisis lo haré conforme a la duración o evolución previa de la enfermedad en trimestres, hasta más de 12 meses; en relación al número de electroshock en series de 8, hasta 32 y remisión en trimestres; los casos que con esa terapéutica no remiten en menos de 12 meses son considerados como fracasos.

Los electroshock son aplicados en su mayoría en días alternos. En esquizofrenia catatónica o estados depresivos intensos se aplican a diario, en poca cantidad 3-4 crisis.

En el cuadro V, se puede ver: que al mayor número de pacientes se le aplicaron entre 8 y 24 crisis. También se observa que hubieron 3 fracasos: uno con tres a seis meses de duración previa de la enfermedad y que recibió menos de 9 aplicaciones, y 2 con más de 12 meses de evolución y 24, 32 electros respectivamente; lo cual muestra que con poco número de ellos y con mayor duración previa de la enfermedad el paciente está más expuesto a no beneficiarse con la terapéutica de electroshock.

#### CUADRO V

Distribución de 135 casos de esquizofrenia tratados con series continuadas de electroshock, según evolución de la enfermedad y remisión en meses, 1951-1960.

Número de Electro Shocks	EVOLUCION PREVIA DE LA ENFERMEDAD												TOTAL			
	«3			3-6			6-9			9-12				»12		
	REMISION			REMISION			REMISION			REMISION				REMISION		
	«6 6-12»	12	«6 6-12»	12	«6 6-12»	12	«6 6-12»	12	«6 6-12»	12	«6 6-12»	12				
«8	19	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	5	—	—	26
8-16	36	4	—	11	1	—	3	—	—	1	—	—	2	—	1	59
16-24	9	5	—	7	4	—	6	—	—	4	—	—	7	4	—	46
24-32	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4
TOTAL	64	9	—	19	7	1	9	—	—	5	—	—	14	5	2	135

de duración previa de la enfermedad (6 años); otro con 6-9 meses, es decir cuando la duración previa de la enfermedad es más de 6 meses.

#### CUADRO VIII

Distribución de 57 casos de esquizofrenia tratados con series de electroshock e insulina, según evolución previa de la enfermedad y remisión en meses. 1951 - 1960.

NUMERO DE ELECTROSHOCK Y COMAS.	EVOLUCIÓN PREVIA DE LA ENFERMEDAD										TOTAL					
	«3		3-6		6-9		9-12		»12							
	REMISION	»12	REMISION	»12	REMISION	»12	REMISION	»12	REMISION	»12						
«20 - «30	11	2	—	—	1	—	3	1	1	—	—	—	4	2	—	25
»20 - »30	7	7	—	2	2	—	1	3	—	—	—	—	2	7	1	32
TOTAL	18	9	—	2	3	—	4	4	1	—	—	—	6	9	1	57

#### CUADRO IX

Distribución de 6 casos de esquizofrenia tratados con series de electroshock e insulina, según recaídas en años. 1951-1960.

NUMERO DE ELECTROSHOCK Y COMAS.	RECAIDAS										TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
«20 «30	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2
»20 »30	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4
T O T A L	2	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	6

En el cuadro IX se nota que las recaídas son pocas, 6 en total o sea el 10 por ciento de los casos tratados, y el 50 por ciento del total de éstos después del 4o. año de remisión.

#### CUADRO X

Comparación del número de casos tratados con electroshock y electroshock e insulina por remisiones, recaídas y fracasos.

Tratamientos.	Casos		REMISIONES		RECAIDAS		FRACASOS	
	T	%	T	%	T	%	T	%
ELECTROSHOCK	140	100%	137	97%	36	26%	3	2%
ELECTROSHOCK E INSULINA	57	100%	55	96%	6	11%	2	4%
T O T A L	197	100%	192	96%	42	18%	5	3%

En el cuadro X, comparando ambas técnicas, electroshock y la combinación de este con insulino-terapia, se observa: que con electroshock son más los casos tratados que con insulina; las razones ya las expuse anteriormente. Las caídas son mucho más frecuentes, (más de 100 por ciento) con electroshock sólo que con la combinación de los dos; los fracasos se encontraron dos veces más con el combinado, pero debemos recordar que fué siempre en casos que tenían más de 6 meses de duración previa de la enfermedad, uno de ellos 6 años.

El farmacológico: por ser un pequeño número de casos electivamente tratados, no se puede obtener datos reales, pero sí se notará que el porcentaje de remisiones es 86 por ciento y el de recaídas mucho mayor, 57 por ciento al compararlo con los dos anteriores.

El grupo que por no haber otra alternativa recibió también tratamiento químico, no lo comparo con los anteriores pero los resultados fueron aún menos satisfactorios.

Las complicaciones y muertes directas por el tratamiento fueron escasas, ninguna complicación con electro ni el combinado. Muertes: una con electro e insulina debida directamente al tratamiento; el paciente murió por paro respiratorio en el momento del coma.

El resto de las muertes encontradas en la revisión de los 220 casos, fueron por enfermedades intercurrentes; al final trataré de esto.

Paso a continuación a revisar los casos conforme al tipo de esquizofrenia en relación a sexo y grupo etario según remisiones y recaídas.

De los 220 casos, 126 fueron del sexo femenino y 94 del masculino; la edad más frecuente 20 a 25 años.

En el cuadro XI, se observa que la frecuencia disminuye con la edad; el mayor número de casos se encontró entre 20



más mejoría en hombres; el doble de recaídas en sexo masculino; iguales fracasos y menos número de muertes en mujeres.

Las muertes 1 tan sola o sea el 0.4 por ciento en relación directa con el tratamiento.

El resto de las muertes se debieron a enfermedades intercurrentes: Síndromes Disenteriformes y Gastroenteritis Aguda; esto es debido a falta de condiciones higiénicas por la planta física y difícil control de que los enfermos no guarden comida; y que algunos de ellos por su psicosis ingieren excrementos.

En suma, con el pequeño número de casos no se pueden dar datos ciento por ciento afirmativos, pero sí una muestra de los resultados obtenidos en el hospital; 90 por ciento de remisiones, 4 por ciento de mejorías, 2 por ciento de fracasos y 3 de muertes.

Esto muestra que aún con las deficiencias extremas en la planta física, con el escaso personal técnico y el presupuesto que no se ajusta al incremento de los ingresos, se obtiene un porcentaje elevado de remisiones que equivale a curación; un pequeño porcentaje de fracasos y muertes hospitalarias.

Las recaídas se disminuirían en igual forma, pues son debidas a la imposibilidad para el psiquiatra de controlar estos enfermos después de su remisión y salida del Hospital, a la falta de psicoterapia del paciente y de sus familiares, que ayudaría enormemente a evitarlas, y que es imposible hacerla por no tener medios económicos con que pagar personal técnico.

Creo que si mejoraran todas las condiciones generales, planta física, personal y presupuesto, se obtendrían mejores resultados en el tratamiento del enfermo mental y con ello mayor beneficio para la Sociedad y el Estado.

**CUADRO XIII**  
Distribución de 220 casos de esquizofrenia  
conforme al sexo y resultados del tratamiento.

SEXO	CASOS		REMISIONES		MEJORIAS		RECAIDAS		FRACASOS		MUERTES	
	TRATADOS	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	
MASCULINO	94	83	88%	6	6%	30	32%	2	2%	3	3%	
FEMENINO	126	116	92%	4	3%	20	16%	3	2%	3	2%	
TOTAL	220	199	90%	10	4%	50	24%	5	2%	6	3%	



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1) Dar preferencia a las series continuadas de electroshock para evitar la permanencia prolongada de los pacientes en el Hospital.
- 2) Aplicar siempre que sea posible el tratamiento combinado de electroshock e insulina, en la forma que el psiquiatra crea conveniente.
- 3) Desarrollar el manejo psicoterápico del paciente y su familia después de la remisión clínica de aquel y antes de su salida del Hospital.
- 4) En vista de que la duración o evolución previa de la enfermedad juega papel importante en el pronóstico de ella, divulgar por medio de literatura adecuada en Hospitales, Unidades de Salud, y donde estas no existan, en las Alcaldías, la importancia de que los enfermos mentales sean enviados lo más pronto posible al Hospital Psiquiátrico para su tratamiento.
- 5) Tener conciencia de que el enfermo mental es tan importante como el físico y llenar todos los vacíos materiales y afectivos que le faltan dentro del Hospital y la comunidad.
- 6) Tomar en cuenta que el tratamiento del enfermo mental es altamente complejo y que tiene que llenar una serie de

factores que sólo personal técnico especializado puede proporcionarlo.

- 7) Que por las dos razones anteriores y por no llenar el actual Hospital Psiquiátrico en muchos aspectos los requisitos mínimos necesarios, urge la construcción de un nuevo Hospital Psiquiátrico que reúna todas las condiciones indispensables para proporcionar los mejores beneficios al enfermo mental.
- 8) Dotar al actual Hospital y al que se construyere de un presupuesto adecuado, para su buen funcionamiento.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Allwood Paredes Juan M. D. Public Expenditures on Health in Venezuela, General Survey Mission to Venezuela International Bank for Reconstruction and Development.
- 2) Bellak Leopold M. D. Dementia Praecox Grune & Stratton New York. 1948.
- 3) Bleuler E. Tratado de Psiquiatría Trad. J. Ma. Villaverde Calpe. Madrid, 1924.
- 4) Diagnostic and Statistical Manual. Mental Disorders. American Psychiatric Association. 1958.
- 5) Kalinowsky L. B. M. D. and Paul H. Hock M. D. Shock treatments, Psychosurgery and other Somatic Treatments in Psychiatry 2 Ed. Grune & Stratton N. Y. 1952.
- 6) Martínez José Antonio La Esquizofrenia y su tratamiento por las crisis de Metrazol, Tesis doctoral 1938.
- 7) Mayer Gross, Sleter and Roth Clinical Psychiatry Williams & Wilkings. London 1955.
- 8) Mira y López Psiquiatra. Tomo III. 4a. Ed. El Ateneo Buenos Aires 1955.
- 9) Molina Martínez José Dr. Apuntes de Psiquiatría Dept. Medicina Interna Facultad de Medicina Universidad de El Salvador.
- 10) Nieto D. Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría Organo de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría vol 1 No. 2-Feb. 1960 19-31 p.
- 11) Noyes Psiquiatría Clínica Moderna Trad. D. Nieto. La prensa Médica Mexicana 1951.
- 12) Rivera José Demencia Praecox, Tesis doctoral 1915.
- 13) Sakel Manfred Schizofrenia Philosophical Library New York 1958.
- 14) Sullivan Stack Harry Clinical Studies in Psichiatty Norton Company Inc., N. Y. 1956.

Esta Tesis se terminó de Imprimir  
en los Talleres de EDITORIAL LEA  
el 19 de Marzo de 1961.