

Artículo Original

Incidencia de esquizofrenia en el hospital psiquiátrico Julio Endara, 1995

Fanny Herrera

Hospital Psiquiátrico Julio Endara, Quito-Ecuador

Resumen

Se realizó un estudio retrospectivo analizando las historias clínicas de 60 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hospitalizados en el año de 1995, tomando en cuenta la edad, sexo, primera hospitalización, sintomatología y tipo de tratamiento. Los resultados demostraron que hay mayor frecuencia de varones ingresados (63.3%), con edad promedio de 32,38 años. La edad promedio de los primeros contactos hospitalarios tanto en hombres como en mujeres fueron similares (28.6a vs. 28.2a), con un rango de 16 a 58 años. La sintomatología más frecuente fueron los delirios autorreferenciales y persecutorios (13.1%), luego los de contenido místico (8.8%). Entre los síntomas sensorio-perceptivos se encuentra en primer lugar las alucinaciones auditivas (15%). El tratamiento farmacológico de primera elección y de mejor alcance económico para nuestro hospital fue el haloperidol (34.2%). El decanoato de flufenazina como antipsicótico de depósito se lo utiliza por tener mayor comodidad para el paciente y el psiquiatra.

Palabras clave: Esquizofrenia, Incidencia, Sintomatología, Tratamiento.

Summary

It was realized a retrospective study analyzing the clinic histories of 60 patients with diagnostic of schizophrenia who were hospitalized in 1995, they were considered their age, sex, first hospitalization, symptomatology and type of treatment. The results showed us that there is greater frequency in men come in (63.3%) with average age of 32-38 years. The average age of the first hospitable contacts as much in men as in women were similars (28.6a vs 28.2a) with a position of 16 to 58 years. The autotestimonial and persecution deliriums were the symptomatology most frequent (13.1%) after the content mystic (8.8%). Among sensorio-perceptives symptoms we find in first place the auditives hallucinations (15%). The pharmacologist treatment of first election and of best economic reach for our hospital was haloperidol (34.2%). The decanoato of flufenazina as antipsychotics of deposit is used to have great confort for the patient and her psychiatrist.

Key Words: Schizophrenia, Incident, Symptomatology, Treatment

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central: 1997; 22 (1): 35-38.

Introducción

La esquizofrenia es uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel mundial y también una de las más trágicas enfermedades.

Es muy difícil de definir y describir. Se la define como una enfermedad o un grupo de trastornos que comprenden una desorganización severa del funcionamiento social así como alteraciones características de tipo cognoscitivo, afectivo y del comportamiento.¹

Se presenta en personas relativamente jóvenes, habitualmente en la adolescencia o en los primeros años de la década de los 20, sus síntomas persisten generalmente, con distintos grados de gravedad, durante toda la vida. Es una enfermedad que conduce a una morbilidad cognitiva severa (demencia) de aparición temprana.^{2,12}

En la década final del siglo XIX Emil Kraepelin habla de la demencia precoz y establece 3 formas clínicas, la hebefrénica, la paranoide y la catatónica.³ Breuler añade en 1911 el término esquizofrenia, que destaca la disociación y la disgregación de los procesos cognitivos y sensorio-perceptuales de la entidad, la mejor interpretación es como "mente disgregada".

Durante los dos primeros tercios del siglo XX, la influencia del pensamiento psicoanalítico se deja sentir en los conceptos etiológicos sobre la esquizofrenia, proponiéndose procesos de regresión psicótica y pérdida de funciones sintéticas del Yo, como causa del padecimiento.^{1,2,4,5} Algunos años luego se multiplican los trabajos que demuestran anomalías tomográficas en algunos pacientes esquizofrénicos,⁶ ahora se incluye la resonancia magnética por lo cual se describió una variedad de anomalías neuroanatómicas e histopatológicas, lo que sugiere que la enfermedad está relacionada con alteraciones morfológicas cerebrales, haciéndonos pensar en una hipótesis etiológica que tendría que ver con la afectación del neurodesarrollo.⁷ La etiología de la entidad es casi tan elusiva como hace un siglo, se han propuesto varias hipótesis, desde la posibilidad de un agente viral, un príon, hasta la presencia de un defecto genético, así como microlesiones vasculares hipóxicas, inmunológicas o traumáticas situadas en áreas muy circunscritas del tejido cerebral.^{4,7}

Algún tiempo después se incluye el concepto de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y se describen los tipos I y II y los estados mixtos.^{1,12} Andreasen considera que "los síntomas positivos tienden a representar a una distorsión o exageración de funciones norma-

Tabla 1. Frecuencia del tipo de esquizofrenia

Diagnóstico	Porcentaje Hombres (n)*	Porcentaje Mujeres (n)	Total (n=60)
Paranoide	42 (16)	40.9 (9)	41.66 (25)
Simple	5.26 (2)	0	3.33 (2)
Residual	26.3 (10)	13.6 (3)	21.66 (13)
Hebefrénica	15.7 (6)	22.7 (5)	18.3 (11)
Catatónica	5.26 (2)	13.6 (3)	8.33 (5)
Otros	5.26 (2)	9.09 (2)	6.66 (4)

* (n = número pacientes)

les", ellos incluyen una variedad de delirios, alucinaciones, anormalidades del lenguaje y la conducta. Por otro lado, "los síntomas negativos representan una disminución o pérdida de función" como pobreza del lenguaje y su contenido (alogía), aplanamiento afectivo, asociabilidad, anhedonia y abolición, este concepto concuerda con otros autores.^{1,5,9,13,16}

Se acepta oficialmente las clasificaciones del tipo de esquizofrenias según el DSM-IV y el ICD-10. El primero enumera solo 5 tipos de trastornos esquizofrénicos: desorganizado (hebefrénico), catatónico, paranoide, residual e indiferenciado. El segundo cita los primeros cuatro tipos básicos pero incluye la esquizofrenia simple y además cita otros subtipos como el episodio esquizofrénico agudo y otros.^{8,9,14,15}

En cuanto al tratamiento el avance más importante lo concluyó el descubrimiento, a principios de los años 50, del defecto antipsicótico de la clorpromacina. La clorpromacina y los neurolepticos subsiguientes cambiaron profundamente el pronóstico de la esquizofrenia. Con anterioridad al descubrimiento de fármacos antipsicóticos, las terapias somáticas tales como la psicocirugía, coma insulínico y el electrochoque (TEC), eran, junto con la psicoterapia, los tratamientos de elección para la esquizofrenia. Ahora estamos presenciando una nueva revolución en el tratamiento de la esquizofrenia, es decir con un nuevo grupo de fármacos antipsicóticos atípicos como la clozapina y la risperidona entre otros.^{1,5,7}

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo analizando las historias clínicas de los pacientes que fueron internados en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara (Quito) con diagnóstico de esquizofrenia (sin importar el tipo) desde enero 1 de 1995 hasta Diciembre 31 de 1995. Se estudiaron 60 pacientes hombres y mujeres haciendo énfasis en recopilar los siguientes datos: edad, sexo, sintomatología, tipo de esquizofrenia, edad de apareamiento de los primeros síntomas y el tratamiento que se administró.

El objetivo del estudio fue estudiar la incidencia de los tipos de esquizofrenia y el tipo de tratamiento administrado. Los datos fueron analizados estadísticamente en el programa EPIINFO y posteriormente se interpretaron sus resultados.

Tabla 2. Frecuencia de sintomatología en los pacientes estudiados.

Síntoma	Porcentaje (n)*
Alucinaciones auditivas	15.02 (29)
Alucinaciones visuales	6.21 (12)
Alucinaciones somáticas	1.55 (3)
Delirios místicos	8.8 (17)
Delirios autorreferenciales y persecutorios	11.3 (22)
Delirios megalomaniacos	3.1 (6)
Minusvalías	1.55 (3)
Risas inmotivadas	5.70 (11)
Aplanamiento afectivo	4.66 (9)
Apatía	4.66 (9)
Abulia	6.73 (13)
Incoherencia	1.55 (3)
Disgregación	3.62 (7)
Neologismos	1.03 (2)
Autismo	5.18 (10)
Otros (soliloquios, agitación, robo del pensamiento, agresividad, anhedonia, bulimia)	18.13 (35)
TOTAL	100% (193)

* (n = número pacientes)

Resultados

Se estudiaron 60 pacientes de los cuales 38 fueron de sexo masculino (63.3%) y 22 fueron mujeres (36.6%). Las edades promedio fueron de 32.38 años en el sexo masculino con una desviación estándar (DS) de 10.93 y con un rango entre 18 a 73 años, mientras que en el sexo femenino el promedio fue de 30.73 años con una DS de 12.76, con un rango entre 17 a 48 años. El promedio de primeros contactos hospitalarios en hombres fue de 28.6 años y en mujeres 28.2 años (rango 16 a 58 años).

La frecuencia de diagnósticos en los pacientes hombres y mujeres se muestra en la tabla # 1. El diagnóstico más frecuente fue la esquizofrenia paranoica. La sintomatología más frecuente que se encontró en los pacientes se observa en la tabla # 2.

Las terapias administradas se resumen en la tabla # 3.

Tabla 3. Tratamientos administrados

Tratamiento	Porcentaje (n)*
Decanoato de flubenzina	16.08 (23)
Biperiden	11.18 (16)
Difenhidramina	16.7 (24)
Haloperidol	34.26 (49)
Clorpromacina	6.99 (10)
TEC	4.89 (7)
Carbonato de litio	2.7 (4)
Carbamacepina	3.49 (5)
Alprazolán	2.09 (3)
TOTAL	100% (143)

* (n = número pacientes)

Discusión

De los resultados de este trabajo se puede concluir que la mayoría de pacientes ingresados en el Hospital Julio En-dara con el diagnóstico de esquizofrenia en el año de 1995 fueron hombres (63.3%) en contraste con las mujeres (36.6%), esto demuestra que los hombres tiene un riesgo superior de padecer esta enfermedad, aunque los porcentajes superiores de prevalencia en los varones descritos, principalmente, por algunos estudios americanos, reflejan probablemente deficiencias metodológicas.¹⁷ El promedio de edad de los primeros contactos hospitalarios de los pacientes esquizofrénicos es, en hombres 28.6 años y en mujeres 28.2 años, estos resultados demuestran que la esquizofrenia se presenta en personas jóvenes y por igual en ambos sexos, con un rango de edad entre 16 a 58 años, esto concuerda con otros estudios donde las edades de comienzo de la esquizofrenia están entre los 20 a 30 años.¹ Otro autor señala que la incidencia de la esquizofrenia varía con la edad, presentándose las tasas más altas en hombres jóvenes y en mujeres de 35 a 39 años.^{9,18} El DSM-III R dice que la aparición de la enfermedad es antes de los 45 años de edad, con un rango adecuado de edad (15 a 54 años).^{14,18}

En cuanto a la proporción de los subtipos de esquizofrenia, observamos que hay un número significativo de las formas paranoides (41.66%), esto concuerda con algunos autores que han observado que la forma paranoide es la forma más comúnmente diagnosticada en nuestro medio,¹ le siguen las formas residuales, (21.66%) se trata de aplicar este concepto a episodios no completamente recuperados pero con buena adaptación social o laboral, se la conoce también como esquizofrenia latente,¹⁸ este gran porcentaje en nuestro hospital puede explicarse debido a la existencia del "servicio de hospital día" donde se realiza principalmente terapia ocupacional, terapia de grupo, psicoterapia individual y farmacoterapia en pacientes con esquizofrenia donde el objetivo principal del servicio es buscar la re-inserción social de dichos pacientes. Luego vienen las formas hebefrénicas (18.3%), catatónica (8.3%) y por último las formas simples (3.3%) y otras (6.66%). En los años setenta varios autores señalaron un predominio de la esquizofrenia no específica, seguidos por las paranoides, luego las hebefrénicas y catatónicas y, con proporción mucho menor, las formas simples.¹⁹ Esta variación en el diagnóstico del tipo clínico de esquizofrenia que se presenta en este trabajo, refleja fundamentalmente un mayor esfuerzo semiológico, es decir, a diferencia de antaño, hoy el diagnóstico de las formas clínicas se basaría en la detección de signos y síntomas más sutiles.

En los últimos años se ha manifestado una creciente insatisfacción con los subtipos Bleurelianos de esquizofrenia al no poder ser correlacionados con el pronóstico, la respuesta al tratamiento o con otros parámetros biológicos,¹³ por lo que se ha alcanzado mayor consenso en la necesidad de utilizar criterios diagnósticos estandarizados como los que emplean el DSM-IV y el ICD-10, lo

que permitirá unificar diagnósticos y se podrá comparar resultados obtenidos en diferentes países, que permitirán facilitar el estudio de las variaciones de la enfermedad.^{14,15}

Como era de esperar coinciden los delirios autorreferenciales y persecutorios como los de mayor incidencia (11.3%), cumpliendo el primer criterio diagnóstico para esquizofrenia paranoide,¹⁵ que es la que ocupa el primer lugar en los diagnósticos de nuestro hospital. Un segundo grupo con un porcentaje importante (8.8%) ocupa el delirio de contenido místico, también acorde con nuestra cultura y datos obtenidos en otras investigaciones.^{18,9} Dentro de los trastornos sensorio-perceptivos tenemos a las alucinaciones auditivas que ocupan el primer lugar (15%), como muchos autores señalan, es una de las referencias para el diagnóstico con otros tipos de psicosis.^{1,3,8,10} Apatía, abulia junto con autismo y aplanamiento afectivo comparten un porcentaje similar entre cada uno de ellos, con pequeñas variaciones, pero al mismo tiempo señalan el segundo tipo de esquizofrenia (residual) en este estudio. El resto de signos y síntomas cumplen los criterios diagnósticos de esquizofrenia,^{14,15} pero no tienen mayor representatividad.

En cuanto a los tipos de tratamiento psicofarmacológico, se observa claramente que el uso de diferentes antipsicóticos es muy estrecho, de lo cual se podría inferir que se debe a que el estudio se realizó en un hospital del estado, por lo tanto de bajos recursos económicos, lo que determina que la prescripción del haloperidol como un antipsicótico de primera elección, ocupe el primer lugar (34.2%), como algunos autores también lo señalan.^{15,9} En segundo lugar tenemos el decanoato de flufenazina, como antipsicótico de depósito, se deduce que su uso se debe a la negación del paciente paranoide a tomar medicación, podría ser por comodidad del usuario y del psiquiatra o por tener una buena respuesta a este tipo de fármacos. No obstante por ser una de las drogas no recomendadas por presentar efectos secundarios extrapiramidales importantes, en nuestra investigación corresponde solamente al 16%.

El uso de "correctores" como el Biperiden (11%) y la Difenhidramina (16.7%) están dentro de lo farmacológicamente establecido.^{7,8} Actualmente se observa la tendencia de no usar el Biperiden y tener otras alternativas, primero porque produce dependencia psicológica y segundo por las ventajas que brinda la Difenhidramina, como por ejemplo su bajo costo, no produce dependencia y su poder sedativo antihistamínico.⁷ Como dato no sobresaliente de los psicofármacos esta la clorpromacina,

El TEC sigue siendo una opción terapéutica, en este estudio se deduce que no es estadísticamente importante su uso (4.8%), pero esto no quiere decir que no cumpla las indicaciones específicas como son mala respuesta a los antipsicóticos, esquizofrenia catatónica y otros que nuestro estudio no investiga.^{7,8}

Como dato curioso se reporta el uso de carbonato de litio y carbamazepina, la literatura de la especialidad refiere que el litio se lo puede utilizar en algún momento

como antipsicótico y la carbamazepina para la sintomatología negativa de la esquizofrenia.^{8,20}

Tenemos que hacer énfasis en que el paciente esquizofrénico que ingresa a nuestra casa de salud es manejado bajo estrictas normas, científicamente fundamentadas en la psiquiatría moderna.

Bibliografía

1. Toro R: Psiquiatría. Segunda edición actualizada, Editorial Carvajal, Colombia, 1991; 262-287.
2. Andreasen NC: Diagnóstico, valoración y substratos neurales de la esquizofrenia; Revista Sandoz de Ciencias Médicas, Triángulo, 1994; 32(1): 5-10.
3. Garnica R: La Psiquiatría clínica: orígenes y polémicas. Editorial Progreso SA, México, 1989; 661-672.
4. Ordoñez S: Estado actual nosológico de la esquizofrenia. Revista del hospital psiquiátrico de la Habana, 1995; 36(1): 7-13.
5. Howard H: Psiquiatría General. Editorial El Manual Moderno, México, 1987; 328-343.
6. Nasrallah H: Cerebral ventricular enlargement in subtypes of chronic schizophrenia. Arch. Gen. psychiatry. 1983; 39: 777-779.
7. Meltzer H: Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia. Revista Sandoz de Ciencias Médicas. Triángulo, 1994; 32(2): 33-38.
8. Kaplan H: Compendio de Psiquiatría, Salvat Editores SA. Segunda edición. Barcelona, 1992; 201-232.
9. Gelder M: Psiquiatría. Segunda edición. Nueva Editorial Interamericana SA. México, 1993; 265-318.
10. Ojeda C: Contribución al problema de los síntomas "negativos" y "positivos" en la esquizofrenia. Revista de Psiquiatría clínica, 1993; 30(2): 113-121.
11. Lagaroti R: Esquizofrenia: consideraciones sobre algunos factores somáticos. Revista del hospital psiquiátrico de la Habana, 1979; 9-23.
12. Roa A: De la demencia precoz a la esquizofrenia. Criterios conceptuales y síntomas patognomónicos. Revista psiquiátrica clínica, 1994; 3(1): 1-24.
13. Andreasen N: The diagnosis of schizophrenia bulletin.
14. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 1ra. ed. (DSM-IV) Washington, 1994; 11-132.
15. OMS: Trastornos mentales y del comportamiento (ICD-10). Imprime técnicas gráficas Forma S.A. Madrid, 1992.
16. Sluchevsky IF: Psiquiatría. Segunda edición en español. Editorial Grijalba. México DF, 1963; 271-295.
17. Lewine RJ: Handbook of schizophrenia. Ed. HA Nasrallah Elseiver, Amsterdam, 1988; 379-397.
18. Hafner H: Epidemiología de la esquizofrenia. Revista Sandoz de ciencias médicas. Triángulo, 1994; 32(1): 11-33.
19. Morrison JR: Changes in subtype diagnosis of schizophrenia. Am J Psychiatry, 1974; 674-677.
20. Toscano, col: Fluoxetina: un nuevo antidepresivo. Revista Paracayacu, 1991; 6(14): 21-28.
21. Salgado, col: Esquizofrenia y delirio. Revista Paracayacu, 1991; 6(14): 14-20.