

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

La Esquizofrenia Paranoide y su Tratamiento Moderno con las Fenotiazinas

TESIS

PRESENTADA A LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

POR EL BACHILLER

RENE HERNANDEZ R.

EN EL ACTO PREVIO DE SU
INVESTIDURA DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA



TEGUCIGALPA, D. C., HONDURAS, C. A.

1965

616.8982
H55

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

La Esquizofrenia Paranoide y su Tratamiento Moderno con las Fenotiazinas

TESIS

PRESENTADA A LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

POR EL BACHILLER

RENE HERNANDEZ R.

EN EL ACTO PREVIO DE SU
INVESTIDURA DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA



TEGUCIGALPA, D. C., HONDURAS, C. A.

1965

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

RECTOR.....Ing. Arturo Quezada
SECRETARIO.....Lic. Humberto López Villamil

Facultad de Medicina y Cirugía

Junta Directiva

Decano.....Dr. Enrique Aguilar Paz
Vice-Presidente.....Dr. Jesús Rivera H.
Secretario.....Dr. Jorge Haddad Quiñónez
Pro-Secretario.....Dr. Cándido Mejía
Vocal.....Dr. Ignacio Midence
Vocal.....Dr. Asdrúbal Raudales

Tribunal Examinador:

Dr. José Castro Reyes Dr. Francisco León Gómez

Dr. Alfredo Zambrana

Sustentante:

Bachiller René Hernández R.

Padrinos de Tesis:

Dr. Oscar Aguiluz

Dr. Roberto Lázarus

El Excmo. Sr. D. D. D.

Don Juan de los Rios y Telleria

Don Juan de los Rios y Telleria

Don Juan de los Rios y Telleria

Don Juan de los Rios y Telleria

Don Juan de los Rios y Telleria

Don Juan de los Rios y Telleria

***Tribunal que Practicó el Examen
General Privado***

Don Juan de los Rios y Telleria
Dr. José Castro Reyes

Dr. Francisco León Gómez

Don Juan de los Rios y Telleria

Don Juan de los Rios y Telleria

Dr. Alfredo Zambrana

Don Juan de los Rios y Telleria

Don Juan de los Rios y Telleria

Don Juan de los Rios y Telleria

Don Juan de los Rios y Telleria

Dedicatoria:

Dedico este Acto y esta Tesis

A mis queridos Padres:

Angelina R. de Hernández (Q. E. D. D.)

y

Esteban Hernández R.

*Quienes supieron guiarme por el sendero de la vida e hicieron
posible coronar mis aspiraciones.*

A mi Esposa:

Con amor.

A mis Hijos:

Con inmenso cariño.

A mis Hermanos:

Con el cariño que nos une

A mis Cuñados:

Con toda estimación.

HONORABLE SEÑOR RECTOR,
HONORABLE SEÑOR DECANO,
HONORABLES MIEMBROS DEL
TRIBUNAL EXAMINADOR,
ILUSTRADA CONCURRENCIA:

Al Honorable Tribunal Examinador

Con todo respeto

A mis Padrinos de Tesis

Con agradecimiento

HONORABLE SEÑOR RECTOR,
HONORABLE SEÑOR DECANO,
HONORABLES MIEMBROS DEL
TRIBUNAL EXAMINADOR.
DISTINGUIDA CONCURRENCIA:

Tengo el honor de presentar ante vosotros mi trabajo titulado:
«ESQUIZOFRENIA PARANOIDE», Tratamiento con las FENOTIAZINAS
y ASPECTO SOCIAL, que como Tesis previo a la opción del título de
Doctor en Medicina y Cirugía he formulado.

Hago ver en los últimos capítulos su tratamiento ambulatorio con
la TRIFLUOPERAZINA y el problema social que ocasiona este tipo de
enfermos.

Espero contar con la benevolencia de vosotros en la lectura de la
misma y dispensar los errores en que pudiera incurrir.

SUMARIO

- 1.—Introducción
- 2.—Esquizofrenia
- 3.—Definición
- 4.—Historia
- 5.—Tipos de Esquizofrenia
- 6.—Dinámica del Desarrollo Paranoide
- 7.—Las Fenotiazinas como Tratamiento Actual
- 8.—Clasificación de las Fenotiazinas
- 9.—Estudio Clínico de la Trifluoperazina
- 10.—Casuística
- 11.—Consideraciones
- 12.—Aspectos Sociales del Tratamiento de los Pacientes Esquizofrénicos
en el Hospital Neuropsiquiátrico de Tegucigalpa.
- 13.—Proposiciones
- 14.—Bibliografía.

INTRODUCCION

En la segunda década de la vida se presentan gran número y variedad de reacciones psicóticas, que no suelen acompañarse con trastornos de causa física, tóxica o infecciosa.

Estos tipos de reacciones se lograron clasificar en dos grupos principales: "La locura maniacodepresiva y la Esquizofrenia", también denominadas psicosis "sin lesiones orgánicas o causa definida clara y tangible" y constituyen en conjunto el 35 por 100 de admisiones de los hospitales mentales.

Aquí trataremos en general de la demencia precoz o esquizofrenia y, en particular, de la forma llamada Esquizofrenia Paranoide, con datos recogidos en el Hospital Neuropsiquiátrico de Honduras y con la ayuda de los médicos laborantes en dicha institución.

ESQUIZOFRENIA

Definición

Existe un tipo de reacciones psicóticas que tienden a presentarse en la adolescencia y en la juventud en individuos introvertidos, retraídos y soñadores que se caracterizan por trastornos en la fusión armoniosa y en la coordinación de los diversos elementos y aspectos de la personalidad. Cuando se altera la unidad que debe existir en la personalidad, el afecto tiende a ser inapropiado, el pensamiento a ser desordenado, la conducta a ser regresiva y la realidad se falsifica en forma de alucinaciones y falsas percepciones, existe una tendencia a desarrollar estados de fantasía contribuyendo a este empobrecimiento de la personalidad y a ser que el individuo tienda a retraerse en forma autística, de lo cual resulta un deterioro en los hábitos.

Esquizofrenia vendría a ser el término que designa a cierto tipo de reacciones psicobiológicas, más o menos similares, producidos ante situaciones vitales que para el individuo es demasiado difícil de encarar, es decir, no manejar en forma efectiva las necesidades, los impulsos coercitivos y los factores inhibidores que hay en un nivel adulto. O tal vez Esquizofrenia sería el término a considerar como una forma de adaptación que se caracteriza por el retraimiento hacia un estado autístico acompañado de preocupación provocada por falsas percepciones.

Historia.

Aunque antes no recibía ese nombre hace mucho tiempo que se reconoció el cuadro clínico que ahora conocemos como Esquizofrenia.

En 1849 John Connally (1794-1866) de Inglaterra, defensor de la técnica de no "Maniatar" afirmó en sus escritos "Las personas jóvenes con frecuencia caen en estado más o menos parecido a la melancolía, sin que pueda describirse alguna causa de su tristeza, y desde luego sin una pena específica; se vuelven indolentes y continúan sus ocupaciones o sus diversiones habituales en forma mecánica y sin interés; el intelecto, los afectos y las pasiones parecen inactivos o amortiguados y los pacientes se vuelven extremadamente apático".

En 1860, el psiquiatra belga Morel utilizó por primera vez el término "Demencia Precoz" en el caso de un niño que hasta entonces había sido "el primero en sus exámenes sin esforzarse y casi sin estudiar... inconscientemente perdió su alegría y se volvió serio, taciturno y con tendencia a la soledad". El muchacho mostraba un estado de depresión melancólico y odio por su padre, incluso al grado de querer matarlo... El joven inválido, progresivamente olvidó todo lo que había aprendido, y sus brillantes dotes intelectuales entraron en un período de estacionamiento muy penoso. Una especie de inactividad lindando con la estupidez reemplazó toda su actividad previa, de modo que cuando lo volví a ver parecía como si estu-

viera operando la transición hacia un estado irrecuperable de "Demencia Precoz". Morel interpretó esta desorganización de la personalidad como una detención del desarrollo que debería agruparse junto con la debilidad mental, entre las variantes de degeneración intelectual, física y moral que resultan de factores hereditarios. El siguiente paso en la historia de la demencia precoz fue la descripción que Hecker hizo en 1871 de la Hebefrenia, aunque el término ya había sido utilizado anteriormente. Escribió Hecker "Los rasgos característicos de la hebefrenia son principalmente: su aparición ligada a la pubertad, la sucesión de diversas formas o su aparición cambiante (melancolía, manía y confusión), la rapidísima evolución del padecimiento, que termina en un debilitamiento psíquico, y una forma característica de deterioro final, cuyos indicios pueden observarse desde las primeras etapas de la enfermedad. Lo consideró a este tipo como enfermedad. Lo consideró a este tipo como enfermedad progresiva de la pubertad y adolescencia.

Otro paso en el desarrollo del concepto de la demencia precoz que la descripción que Kahlbaum hizo en 1874 de la catatonía o "locura de tensión" la describió como un estado en el cual el paciente se sienta tranquilamente o mudo por completo inmóvil, sin que nada lo haga cambiar su posición, con el aspecto de estar absorto en la contemplación de un objeto, con los ojos fijos en un punto distante y sin ninguna volición aparente, sin ninguna reacción ante las impresiones sensoriales, y algunas veces con una flexibilidad seria, perfectamente bien establecida, igual que en la catalepsia. Se supuso que este tipo era el síntoma de una enfermedad de la estructura cerebral.

En 1896 Emil Kraepelin (1856-1926), profesor de psiquiatría de Múnich, propuso que podría existir un común denominador entre síndromes tan aparentemente distintos como la hebefrenia de Hecker, la catatonía de Kahlbaum y muchas psicosis paranoides, y buscó síntomas de alguna intoxicación endógena.

A Bleuler le tocó el proponer el término de Esquizofrenia de la mente en sustitución de demencia precoz. El aspecto más notable e importante que fue puesto de manifiesto por Bleuler en la esquizofrenia fue la ambivalencia o coexistencia de sentimientos contrarios hacia la misma persona y el conocimiento por el paciente de estas sensaciones. Quizás todas las personas tienen cierto grado de ambivalencia hacia los aspectos más importantes de su vida, pero la mayoría rara vez se enteran de tal cosa y orientan su efectividad en una dirección determinada durante cierto tiempo y luego en otra dirección durante otro período.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

En su esquema Kraepelin agrupó diversos síndromes mentales y concluyó que todas eran manifestaciones de una sola entidad patológica, a la que le dió el nombre de demencia precoz. Pensó que estos síntomas clínicos provenían del mismo proceso patológico, puesto que tenían en común

los siguientes rasgos: comenzar en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta y evolucionar hacia un estado similar de demencia.

Aunque suele hacerse una clasificación tomando en cuenta el tipo de reacción, la mejor comprensión del paciente se logra estudiando al paciente y su historia vital, considerándolo como un problema individual y no como representante de una determinada división clasificada.

Tipo Simple

Los trastornos más evidentes son: los de la emoción, actividad e interés. Cuando llegan a aparecer alucinaciones en este tipo son escasas y pasan casi desapercibidas las pseudopercepciones no tienen tampoco un papel importante. El trastorno se establece paulatinamente y va tomando la forma de un cambio y empobrecimiento de la personalidad que pasa desapercibido por los familiares. En la juventud un joven que tal vez ha mostrado grandes aptitudes, comienza a perder interés en la escuela o en sus ocupaciones; se vuelve irritable, indolente, mal humorado. Sus anhelos dejan de ser realistas. Al enfermo no le importa ni el dolor de sus padres ni la crítica de los demás; va perdiendo la capacidad de apreciar los valores estéticos y morales y deja sin terminar su estudio o aprendizaje necesario para la lucha por la vida. Muchos pacientes se vuelven delincuentes, malhechores, vagabundos, prostitutas, irresponsables e inútiles. Existe una desadaptación social que cuando es moderada, estos enfermos son considerados en el vecindario donde viven como excéntricos. No le interesa su ambiente ni le impresiona la responsabilidad, se va aislando mostrando indiferencia de todo lo que le rodea.

Este tipo de esquizofrenia es llamado a veces "Border Line".

Tipo Paranoide

No describiré su sintomatología en esta ocasión por hacerlo más adelante en el capítulo del mecanismo de la esquizofrenia paranoide.

Tipo Hebefrénico

El comienzo de este tipo es insidioso y generalmente se inicia en los primeros años de la adolescencia. Las reacciones afectivas suelen ser inapropiadas y superficiales. Las risitas sin causa aparente, la sonrisa y las carcajadas incongruentes o inapropiadas son frecuentes. Son frecuentes las alucinaciones que a menudo representan la proyección de los imperiosos deseos instintivos reprimidos. El contenido ideativo tiende a tomar la forma de fantasía o de falsas percepciones caprichosas y fragmentarias y no la de creencias complicadas o sistematizadas. Existe falta de cohesión en los procesos asociativos, es frecuente que el enfermo utilice neologismos y adopte posturas y amaneramientos forzadas, el habla es incoherente.

Lo más llamativo en este tipo es que el paciente se orina y defeca en los vestidos, come en una forma voraz y salvaje, se vuelve inaccesible a un grado desconcertante, introvertido en extremo y se aísla del mundo ex-

terior. El afecto es superficial. Los hábitos y la personalidad se desintegra en un grado mayor que en otros tipos de esquizofrenia. Gesticulan y ejecutan diversos movimientos estereotipados con las manos, los pies y con los músculos de la cara, en ocasiones se quejan y lloran, pero sin derramar lágrimas. Los rasgos regresivos son muy notables.

Tipo Catatónico

Este tipo se caracteriza por fases de estupor o de excitación, en los cuales el mutismo, negativismo y el automatismo son rasgos prominentes. Algunas veces en el mismo enfermo pueden presentarse alternativamente fases de estupor o de excitación, pero no obstante con frecuencia un episodio catatónico determinado puede presentar a lo largo de su evolución solo una fase, ya sea de excesiva hiperactividad o de estupor. Suele haber una mezcla de síntomas que se interpreta como características de una u otra fase. Es entre los quince y los veinticinco años la edad en que con más frecuencia aparece este trastorno. Tiene mayor frecuencia en relación con los otros tipos, de tener un principio agudo, a veces precedido de una experiencia emocionalmente dolorosa o precipitado por ella. Su pronóstico respecto a una recuperación de la personalidad es más favorable después de un episodio catatónico, que después de otros tipos de esquizofrenia, aunque a veces puede transformarse en estados que simulan el tipo hebefrénico o paranoide.

La Excitación Catatónica: se caracteriza por una actividad motora desorganizada y agresiva. Los estímulos externos no la modifican aparentemente no tiene finalidad, es estereotipada y suele confinarse a un espacio limitado. El catatónico excitado es el que muestra conducta impredecible e impulsiva con mayor frecuencia. Sin causa aparente puede agredir a otra persona o romper cualquier objeto. Permanece a veces desnudo e ignora toda limpieza escretoria y destruye su ropa. Puede presentar una verborrea que sugiere fuga de ideas, o puede presentar un mutismo. El negativismo es acentuado, el enfermo adopta posturas afectadas y manifiesta amaneramiento, muecas y estereotipias. Su conducta puede estar guiada por alucinaciones auditivas o visuales aterradoras o estáticas. Las experiencias místicas no son raras. Los sentimientos de rencor y hostilidad son comunes. Puede presentarse con delirios en apariencia, sin poder dormir, no quiere comer ni beber agua, llegando a deshidratarse y a una rápida pérdida de peso, puede entrar en colapso y morir.

El estupor catatónico puede ir precedido de una fase de agitación o depresión. El paciente vuélvese introvertido exageradamente y sus reacciones son características, por falta de interés, preocupación y pobreza emocional. La facie es semejante a una máscara, puede en ocasiones mantener los ojos cerrados, pero lo frecuente es que fije la mirada hacia abajo sin expresión. Rara vez cambia de posición en el transcurso del día, lo frecuente es que se mantenga casi inmóvil de pie, trayendo en consecuencia que las piernas se edematicen. Otras veces se mantiene en cuclillas sobre el suelo o pasa sentado todo el día en una silla, negándose a cualquier es-

fuerzo que se haga para cambiarlo de posición alguna, son peculiares por el enorme tiempo que la sostienen. El paciente se opone a que lo vistan, o a comer, aunque en ocasiones cuando el cree que no lo ven, come con voracidad. En algunos casos retiene la orina, la saliva, o deja de tener evacuaciones albinas. Y en otros casos se orina y defeca en sus ropas, manteniendo desprecio hacia toda limpieza en sus hábitos de excreción. El catatónico estuporoso por veces mantiene las manos entrelazadas con gran fuerza o bien mantiene otras tensiones musculares, ejecuta gestos y muecas. Su rigidez puede simular la rigidez parkinsoniana o un ataque de catalepsia. Cuando se le simula que se le va a golpear no hace ningún acto de defensa, ni aun a los estímulos dolorosos provocados por un objeto punzante, se le puede dar una orden verbal de que haga tal o cual cosa, aunque sea peligrosa o absurda y lo hace.

De esta fase de estupor catatónico, después de un tiempo variable, súbitamente o lentamente el enfermo puede salir de ella al interrogatorio, puede describir con detalles algún hecho trivial que presencié estando estuporoso.

La conducta, el interés y el afecto pueden volver a ser más o menos normales, o bien el enfermo cae en un estado de agitación catatónica.

Tipo Esquinzo-Afectivo

Como su nombre lo indica, se caracteriza porque en sus episodios muestra síntomas esquizofrénicos y afectivos. Tienen una mentalidad esquizofrénica con marcada agitación o depresión. Otras veces predominan los rasgos afectivos, pero la conducta irregular que tienen se considera como esquizofrénica.

Si en un extremo se ponen los casos con síntomas exclusivamente de esquizofrenia y en otros los casos son síntomas exclusivos maniaco-depresivos, el espacio intermedio puede llenarse con una serie de casos que constituyen las mezclas. Algunas veces estos enfermos pueden presentar alternativamente episodios de esquizofrenia y maniacodepresivos que pueden confundir al médico.

No es raro ver depresiones en individuos esquizoides que además muestran una intensa angustia y muchos otros signos neuróticos.

Este tipo de pacientes son bastante resistentes a todo tratamiento.

Tipo Esquizofrénico en la niñez

Comienza antes de la pubertad y las causas son oscuras. Hay divergencias al considerar que este tipo sea igual a la esquizofrenia del adulto o que sea debido a causas emocionales y frialdad en el hogar en los primeros años. Tal vez la esquizofrenia infantil no sea un tipo bien delimitado sino más bien un grupo de síndromes clínicos relacionados entre sí, que se superponen. Existe gran variedad de cuadros clínicos, algunos niños esquizofrénicos son autísticos mudo, retraído, regresivos, retardados, inasociables e incapaces de establecer relaciones. Otros tienen una mentalidad bri-

llante, activos y precoces en el desarrollo físico del lenguaje y tienen un pensamiento extremadamente abstracto.

Mientras mayor sea el niño, el cuadro clínico más se parece al del adulto. Podemos ver no sólo aislamiento y pérdida del contacto con la realidad o el afecto, sino también falsas percepciones y alucinaciones visuales y auditivas. Estos dos últimos síntomas no se presentan antes de los ocho años de edad. Puede ser difícil asegurar la fecha en que se inició el trastorno, porque por lo general el principio suele ser insidioso retrospectivamente, suele recordarse la existencia de ciertos síntomas en el niño cuando era pequeño, como ser introvertido y falta de interés al jugar.

Algunos niños se vuelven destructores y agresivos, otros manifiestan tendencias a cavilar o rumiar ideas obsesivas que a otros niños no les interesarían.

Este tipo es rebelde al tratamiento, aunque a veces se puede llegar a obtener buenos resultados.

El inicio puede ser insidioso y agudos, en esta última forma los niños podían haber sido antes normales, al poco tiempo de aparecer los síntomas agudos puede haber una alteración en la capacidad para concentrarse, por lo que comienza a sacar malas notas en la escuela. Evolucionando este proceso comienza a dormir mal, murmurar para sí mismo, a mantener extrañas posturas, se vuelve inaccesible, poco afectivo, inquieto, riñe y patatea con la menor causa, suele haber períodos de calma que alternan con períodos psicóticos más graves cada vez.

En niños mayores existe el problema de relación con uno de los padres, especialmente con la madre o con hermanos de edad muy cercana, o bien problemas sexuales propios de los primeros años de la niñez.

Los mecanismos mentales se exageran, se mezcla con otros mecanismos y se prolongan hasta períodos posteriores del desarrollo de la personalidad en donde llegan a formar los síntomas psicóticos de este tipo de esquizofrenia.

DINAMICAS DEL DESARROLLO PARANOIDE

Introducción

El término paranoide es hoy ampliamente usado, y cuando es empleado por personas no médicas, generalmente lo hacen queriendo implicar sentimientos de persecución, o reacciones de cólera injustificados. Cólera es un importante aspecto del mecanismo paranoide, pero hay también diferentes mecanismos que entran a constituir la cólera. El diagnóstico psiquiátrico de paranoia implica la presencia de un grupo específico de síntomas. Estos pacientes son generalmente más bien introvertidos, tipos sensitivos que carecen de habilidad para corregir sus errores y hacer concesiones; son sospechosos, preocupados con ciertas ideas dominantes y sus miras e intereses son irrelevantes. Si el desorden es más pronunciado, comienzan a hacer falsas interpretaciones con falsas referencias y tienen tendencias a sistematizar sus erróneas ideas de tal manera de hacerlas aparecer correctas y lógicas. Este sistema de ideas puede progresar hasta llegar a dar a hechos insignificantes importancia especial y a ligarlas con coincidencias del pasado, haciéndolas aparecer como un complot organizado, generalmente dirigido contra el propio paciente. A veces el paciente aparece a los ojos del psiquiatra como sagaz y brillante, pero esto en lugar de ser ventajoso será un obstáculo en el tratamiento, como veremos adelante, y porque debido a su sospecha usa su agilidad mental como una arma. En los pacientes con defecto esquizofrénico severo, hay falsificaciones alucinatorias, con la conducta degenerando en episodios anti-sociales. Síntomas de megalomanías frecuentemente se presentan, yendo desde los leves sentimientos injustificados de superioridad en el paciente integrado, a las delusiones bizarras grandiosas en el paranoide con desorganización esquizofrénica. En este trabajo el término paranoide será usado para cubrir un amplio, pero sin embargo, específico síndrome clínico que incluye síntomas diferentes a las simples ideas de persecución.

En la literatura psiquiátrica hay considerable confusión con respecto a la subclasificación de paranoia. Algunos autores consideran paranoia como entidad separada o diferente de esquizofrenia paranoide, pero la dinámica subyacente en ambos casos es en esencia la misma, por lo que los consideraremos en conjunto. En efecto, la variación de síntomas depende de dos principales factores: el primero es la presencia o ausencia de un defecto esquizofrénico integrativo subyacente, y el segundo es la intensidad del conflicto psicodinámico nuclear, ejemplos: ambiente infantil del paciente.

El término "desorden paranoide del carácter" es usado para designar (clasificación americana), los pacientes que presentan el síndrome en forma leve; son pues, personas normales con rasgos paranoides. Si el conflicto es más intenso, pero aun sin defecto esquizofrénico, se les considera como neuróticos paranoides, y se reserva el término esquizofrénico paranoide para los pacientes en los cuales la dinámica paranoide está sobreim-

puesta al defecto integrativo. Aquí la sintomatología es modificada por los hechos sicóticos.

Historia

Un esbozo de revisión fue hecha de la sintomatología paranoide por el psiquiatra francés Magnan (1835-1916), quien describió tres etapas en el desarrollo de los síntomas paranoides en el siguiente orden: etapa hipocondríaca, etapa de delusiones de persecución y etapa de delusiones de grandeza. Ernst Kretschmer añadió una cuarta etapa referencial, entre la hipocondríaca y persecutoria. Clínicamente no es siempre posible distinguir en orden cronológico el desarrollo de las cuatro etapas, puesto que a veces los cuatro grupos de síntomas se juntan o aparecen simultáneamente o con menos intensidad; pero intensiva investigación casi siempre indica que este desarrollo de síntomas es consistente y la más lógica presentación de la dinámica puede ser hecho siguiendo las citadas etapas cronológicas.

Predisposición y Ambiente Infantil

Síntomas tempranos de paranoia tienen comienzo generalmente en patología en la esfera de conducta sexual, pero factores ambientales son necesarios para su desarrollo, lo mismo que la asociación en la mente infantil de los términos violencia y sexo. El término miedo de castración se ha usado para describir esta asociación en psiquiatría, que no es más que exagerado o infundado temor de mutilación genital y originado por las amenazas paternas dirigidas a restringir las primeras fuentes de placer genital en el niño, casi siempre de naturaleza masturbatoria. La necesidad de restringir sexualidad es una diseminada característica de la cultura occidental y se asocia en los padres con gran cantidad de ansiedad y cólera. La religión católica y no católica y casi la totalidad de los códigos contribuyen a hacer del sexo en los niños un campo tabú, y que imprimen en los pacientes pre-paranoides una indeleble huella de culpa y rechazo por parte de los padres; condición que deja un terreno psíquico abonado para el paso a la primera etapa del desarrollo paranoide y que describimos a continuación.

Etapas Hipocondríaca

Síntomas hipocondríacos o preocupación por posible enfermedad o accidente mortal se derivan siempre de amenazas infantiles en el área sexual. No todos los pacientes con síntomas en esta etapa desarrollarán un cuadro paranoide completo, pues para ello otros factores deben estar presentes. Tales son un constante temor de fallo sexual, temor que el paciente compensa con un ostentoso aumento en sus actividades sexuales, destinado a probar a sí mismo y a la sociedad su competencia en el área sexual. Esta misma necesidad de auto compensación los obliga a fijarse metas y pro-

pósitos muy ambiciosos que les son imposibles de alcanzar o cumplir. El comienzo de los síntomas empieza con estos fallos, pues en el individuo normal ello sólo conduciría a reorganizar o reducir ambiciones a aumentar el esfuerzo para lograrlas. El hipocondríaco en cambio, ve estos fallos como un castigo o cumplimiento de las amenazas paternas en su vida infantil y vienen a confirmar en su subconsciente sus temores, y sentimientos de culpa y vergüenza. Lentamente comienzan a elaborar mecanismos de defensa que identifican sus temores y culpabilidad con síntomas somáticos referidos a diferentes sistemas: si el fallo ha sido en la esfera sexual, el paciente imaginará temor de enfermedades venéreas, o dolores en órganos genitales; si el fallo ha sido en la esfera social, generalmente presentará síntomas gastro-intestinales, gastritis, gastralgias, colitis, espasmos, pseudo úlceras, etc.; que le justificarán el no atender reuniones sociales, o encontrar individuos o situaciones que le revivan su ya obvia incapacidad. El paciente llega a depender tanto en este mecanismo que llegan a ser asiduos visitantes de clínicas y hospitales, con largos historiales y llegando a tomar casi todas las drogas habidas y por haber en el mercado.

El paciente puede "estacionarse" en esta etapa y no pasar a la siguiente etapa referencial, más o menos adaptándose a su modos vivendi y considerándose más bien como neurótico en su conducta, a diferencia de aquellos que progresan aun más en el desarrollo paranoide que obviamente tienen que ser catalogados como sicóticos.

Etapa Referencial

El mecanismo referencial aparece más o menos de la misma manera que los síntomas hipocondríacos, pero aquí el núcleo está localizado en la esfera social más que en la esfera de órganos. Hay también menos preocupación con las funciones sexuales y más temor por parte del paciente acerca de su posición social en la comunidad. Estos pacientes son intensamente preocupados con el mayor o menor grado de respeto que los demás les demuestran. Los síntomas se precipitan cuando se frustran ambiciones o deseos en el área social, y que a pesar de ser de poca importancia, reavivan en el subconsciente del paciente los temores y remordimientos de su "mala" conducta en la niñez. Son estos pacientes aquellos que recibieron de sus padres amenazas o represalias por sus actividades sexuales, implicando rechazo social en lugar de castigo físico o mutilación. Estas amenazas fueron al estilo de "si te tocas allí no eres bueno y nadie te querrá". Este concepto de rechazo social es el que es revivido en la reacción del paciente a fallos en sus relaciones interpersonales o sociales. Aquí, como en la etapa hipocondríaca, la conducta reparativa irracional comienza con la interpretación de eventos reales en términos infantiles, similares a los que usó en su infancia. Con estos síntomas de culpa así reactivados el paciente se torna hipersensitivo al criticismo y comienza a creer en que la gente y sus acciones se refieren o van dirigidas contra él. Cree también que estas referencias en relación a él son denigratorias y con el propósito de rebajarlo ante los ojos de los demás. A ratos el paciente se pregunta por qué la gente se

ha de ocupar tanto de él, pero ninguna explicación lógica los puede sacar de su error, puesto que el sentimiento referencial erróneo se deriva del pensamiento subconsciente. Delusiones francas son características del esquizofrénico, pero ideas delusionales moderadas de la misma naturaleza pueden estar presentes en el neurótico integrado o en el carácter paranoide. En general el paciente trata de aislarse de situaciones sociales, debido a la gran cantidad de ansiedad que le producen, tal como el niño rehuye al temido padre en la etapa de la niñez. El neurótico paranoide puede hasta reconocer que la tensión viene dentro de él mismo, pero conscientemente desconoce la básica naturaleza de su conflicto. El paranoide esquizofrénico carece completamente de nociones del mecanismo de su conflicto, y frecuentemente en esta etapa referencial comienza a tener alucinaciones auditivas que llegan a confirmar más aun sus falsas convicciones de referencialidad.

Etapas Persecutoria

Síntomas persecutorios que cronológicamente representarían la tercera etapa del desarrollo paranoide, aparecen cuando el paciente identifica a alguien como el imaginario perseguidor, esto es como la persona o personas que le inflingirán daño físico o arruinarán su reputación social. En lugar de continuar su temerosa retirada o aislarse, él se torna colérico y agresivo, decidiendo hacer algo en contra de sus perseguidores. Es característico de su pensamiento imaginar que la gente o asociaciones tiene planes complejos destinados a destruirlos, que vigilan sus acciones, y que sus pensamientos son descubiertos por medio de complicadas máquinas eléctricas o electrónicas. De perseguido, pues, se transforma en perseguidor, su pensamiento delusional aumenta su indignación a tal grado que pronto identifica a alguien o algunos como su atormentador, que naturalmente, han de pagar caro su injusta persecución. Básicamente su razonamiento delusional es que alguno desea abusar sexualmente de él, e insultarlo ante los ojos del mundo, exponiéndolo como un desviado sexual. En paranoides mejor integrados el concepto de la propia personalidad le impide el auto reconocimiento de este conflicto básico los síntomas están disimulados y se presentan socialmente aceptables. En estados de furia intensa, se violenta, y presumiblemente en defensa propia actúa para destruir a sus amigos. En estos casos, naturalmente, terminan en el manicomio, así añadiéndose a la lista de ultrajes que cree estar recibiendo de la sociedad, creciendo su indignación, y estableciéndose entonces un círculo vicioso. Un factor crucial en la intensificación de sus síntomas persecutorios es la extraordinaria actividad intelectual del paciente, centrada alrededor de su sistema delusional. Tal como en las otras dos etapas preliminares el grado de integración mental determina la naturaleza de los síntomas. Aquellos paranoides que no desarrollan erróneos conceptos de la realidad con delusiones, causan dificultades más serias, debido a que mantienen sus ideas persecutorias dentro de los límites de la lógica, sin delusiones fácilmente reconocibles.

En suma, el factor importante en el desarrollo de los síntomas persecutorios es el cambio de aislamiento y temor a una conducta de enfurecido ataque.

Etapas Grandiosas

En esta etapa el paciente reinterpreta sus conflictos en un contexto de grandeza. El paciente sicótico desarrolla floridas delusiones de omnipotencia; y el paranoide mejor integrado racionaliza sus problemas en términos de su creencia de superior. Generalmente los síntomas grandiosos representan una reinterpretación de las ideas persecutorias. En esencia el razonamiento es éste: "Soy perseguido porque soy superior", y comúnmente los paranoides sicóticos se colocan en un plan de redentores; mientras que en los más integrados tienen que recurrir a sofismas más compatibles con la realidad. Cuando este tipo de interpretaciones delusionales tiene éxito, la ansiedad dolorosamente intensa característica de las primeras etapas se disipan y el paciente se estabiliza en un estado magnífico y omnipotente equilibrio. Desde el punto de vista de la comodidad interior del paciente, éste es un buen mecanismo inferior reparativo, pero augura un pronóstico extremadamente pobre, a pesar de todas las terapias. Los pacientes se sienten demasiados seguros y superiores para atender tratamiento y las terapias somáticas son inefectivas.

Afecto y Humor

El afecto es variado y a veces contrasta en las diferentes etapas. Las dos primeras, hipocondríacas y referencial, se caracterizan por temor y depresión. La persecutoria es caracterizada por el cambio o furia, cólera y conducta agresiva, que contrasta con las anteriores. Serenidad y completo equilibrio y a veces desprecio por los seres inferiores caracteriza la etapa cuarta o grandiosa; sin embargo, estos estados afectivos pueden mezclarse o estar disimulados; o ser similares a los vistos en estados maniaco-depresivos.

LAS FENOTIAZINAS COMO TRATAMIENTO ACTUAL DE LA EQUIZOFRENIA PARANOIDE Y ESTUDIO CLINICO DE LA TRIFLUOPERAZINA

Las Fenotiazinas son un grupo de los llamados tranquilizantes mayores en unión con la Rauwolfia y derivados de los mismos. Como tranquilizantes se consideran aquellos preparados que se acercan más o menos a estas características: reducir la tensión mental, mejorar la ansiedad y producir una mayor calma sin que se presente una gran sedación o hipnosis.

Los medicamentos que mejoran la tensión no son nuevos, desde luego. La morfina, primero como opio y luego como alcaloide purificado, ha sido empleado durante siglos para mejorar los trastornos mentales y llevar la tranquilidad a la mente. El alcohol fue también empleado para mejorar la ansiedad y la tensión. Los bromuros, barbitúricos, y el hidrato de cloral también se usaron para reducir la tensión mental, pero este tipo de productos son sedantes, solamente que cuando se emplean a dosis mayores producen hipnosis. Los bromuros son acumulativos y su empleo como tranquilizantes producen frecuentemente una depresión del sistema nervioso central y el nitrato de cloral produce generalmente trastornos gástricos.

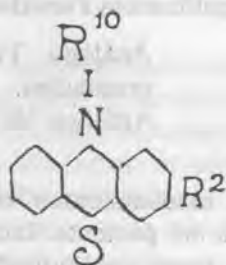
Historia de la Fenotiazina

En 1883 el Químico alemán Bernthsen logró sintetizar la fenotiazina, sustancia que desde 1934 se utilizó, primeramente como insecticida y luego como antihelmíntico. A partir de 1945, se descubrieron en ciertos derivados de las mismas propiedades antihistamínicas, hipnóticas, sedativas y antieméticas. Se comprobó, además, que algunas sustancias de este tipo ejercen una acción potencializadora sobre los barbitúricos, y Laborit fue el primero en utilizar esta última propiedad en la composición de sus llamados cocteles líticos, destinados a provocar una hibernación artificial, técnica que prestó y sigue prestando grandes servicios a la cirugía.

Ahora bien, de los derivados de la fenotiazina, la cloropromazina, reveló nuevas propiedades, que provocaron una verdadera revolución en el tratamiento de las afecciones mentales. En una serie de publicaciones, Delay y Col han venido mostrando, desde 1952, que la cloropromazina ejerce, ante todo, un efecto tranquilizador sobre numerosos enfermos mentales, acompañado a veces de somnolencia, pero exento tanto de euforia como la depresión. El conjunto de los resultados obtenidos en psiquiatría por la cloropromazina se halla condensado en un estudio de L. Revol publicado en 1956, que constituye asimismo el tema de muchísimas comunicaciones aparecidas en las revistas del ramo.

Química de la Fenotiazina

Las fenotiazinas se caracterizan todas por tener el siguiente núcleo:



Los preparados de la Fenotiazina que se clasifican usualmente como tranquilizantes, producen una gran variedad de defectos farmacológicos centrales y periféricos. Que en dosis suficientemente grandes pueden causar reacciones indeseables.

Las diferencias en grados de estas reacciones variadas dependen por lo general de los grupos químicos unidos al núcleo fenotiazínico básico.

Actualmente se tiende a clasificar en tres grupos los tranquilizantes fenotiazínicos.

1.—Compuesto con subgrupo propildimetilamino en posición R10 y diversos substituyentes en R2.

Clorpromazina	(Sparine)
(Toracine, Largactil)	Triflupromazina
Promacina	(Vesprin)

2.—Compuestos con subgrupo piperidílico alquílico en posición R10 y diversos substituyentes en R2.

Mepacina
(Pacatal)

3.—Compuestos con subgrupo piperacina-propilo en posición R10 y diversos substituyentes en R2.

Flufenacina	(Compazine)
(Permitil; Prolixin)	Tiopropazate
Perfenacina	(Dartal)
(Trilafón)	Trifluoperacine
Procloroperacina	(Stelazine)

Nuevos Tranquilizantes de Tipo Fenotiazina

Clorhidrato de Tioridacina	Similar a la Cloropromacina
(Meleril)	
Dimaleato de Acetofenacina	Similar a la Cloropromacina
Maleato de Carfenacina	
(Proketacina)	Similar a la Cloropromacina

Nuevos Tranquilizantes Fenotiazínicos

Cloroprotixceno
(Taractan)

Clorhidrato de Protipendil
(Timován)

Análogo Tioxanténico de la Cloropromacina.

Análogo Nitrogenado de la Promacina

La dosis diaria de estos medicamentos varía mucho según la gravedad del proceso y la respuesta del paciente. Incluso en pacientes con síntomas similares, la dosis puede tener que individualizarse muchísimo para lograr máximo beneficio con efectos secundarios mínimos. Durante el tratamiento de sostén interesa no pasar de la menor dosis eficaz que permita mantener dominados los síntomas.

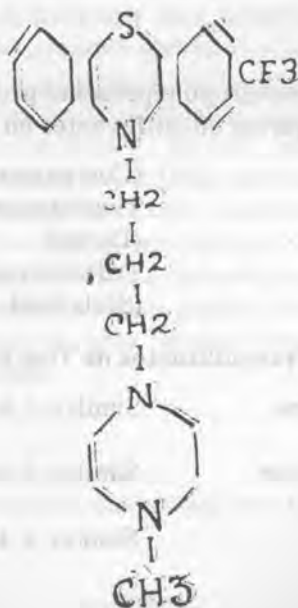
Los compuestos que contienen el subgrupo piperacínico son los que tienen mayor potencia. Aunque algunos tipos de efectos indeseables (por ejemplo, bloqueo neurovegetativo) parecen menos probables con estos medicamentos, una dosificación con menos miligramos por sí sola no significa necesariamente que los productos de este subgrupo sean más seguros o más eficaces que los agentes menos poderosos. Así, pues, la dosis baja no debe considerarse ventaja si el margen de seguridad no está también muy ampliado.

Trifluoperazina

La trifluoperazina es un derivado de la fenotiazina con características especiales que le dan un gran valor terapéutico.

Química

Las fenotiazinas se caracterizan por tener el siguiente núcleo:



Dónde se efectúa la acción

A diferencia de los otros derivados de las fenotiazinas, su efecto sobre la ansiedad y la tensión tiene lugar al nivel hipotalámico con muy poca depresión de la actividad cortical responsable de la sedación que producen los otros tranquilizantes. Al ejercer su acción al nivel hipotalámico y no en la región cortical la trifluoperazina no afecta la agudeza ni la viveza mental y por lo tanto será indicada en aquellos pacientes que presentan estados depresivos, así como en aquellos que presentan estados de ansiedad.

Efectos Secundarios

Los efectos secundarios son poco frecuentes, benignos y pasajeros. En unos dos años de experiencia clínica con la trifluoperazina no se han observado ningún caso de ictericia ni de granulocitopenia. En las investigaciones clínicas preliminares (unos 3,000 casos) llevados a cabo con la trifluoperazina, los efectos secundarios que se observaron con más frecuencia se relacionan a la acción tranquilizante del medicamento —somnolencia, debilidad, fatiga, etc. Otros efectos secundarios como vértigos, sequedad de la boca, visión borrosa e inquietud motriz pasajera— fueron de escasa frecuencia. En algunas personas se observaron síntomas extrapiramidales. La incidencia total de los efectos secundarios observados en el curso de estas investigaciones preliminares fue del 10 por ciento.

Administración y Posología

Nota: Se han observado en el curso de las investigaciones clínicas preliminares que en el tratamiento de sujetos afectos de trastornos emocionales ligeros o que sufren de náuseas y vómitos, cuando la dosis de trifluoperazina pasa de 6 mg. diarios, aumenta de modo significativo el número de efectos secundarios sin que por ello se produzca un aumento proporcional del efecto terapéutico del medicamento. Por consiguiente, las instrucciones sobre la administración y posología de la trifluoperazina, empleada en la práctica corriente, deben seguirse meticulosamente. La posología en niños de 12 años no se ha determinado todavía.

Administración

La dosis inicial corriente (para adultos), es de 1 tableta de 1 mg dos veces al día. En algunos pacientes, a veces se obtienen resultados óptimos con la administración de 1 tableta de 2 mg. dos veces al día.

Si al cabo de una semana de tratamiento con la posología señalada no se han obtenido los resultados esperados, puede aumentarse la dosis hasta dar de 5 a 6 mg. al día. (En ciertos casos rebeldes al tratamiento, puede ser mejor instituir un régimen de 3 tomas al día) y hasta 30 mg. en los casos de hiperexcitación.

Precauciones

Con la posología que se recomienda (6 mg. o menos al día), los efectos secundarios, son escasos, benignos y pasajeros. Ahora bien, el médico debe tener presente que una pequeña proporción de enfermos puede manifestarse, por idiosincracia, reacciones de naturaleza extrapiramidal. Estos síntomas desaparecen por lo regular en 24 a 48 horas cuando se suspende temporalmente la administración del medicamento. Si se considera necesario, los síntomas pueden ser eliminados con más rapidez mediante la administración simultánea de medicamentos antiparkinsonianos.

Cuando por accidente se ingieren dosis excesivas de trifluoperazina, se afecta, sobre todo, el sistema extrapiramidal. También pueden manifestarse síntomas de depresión del sistema nervioso central o de agitación o inquietud. El tratamiento es fundamentalmente sintomático y de sostén, debiendo vigilarse al enfermo con sumo cuidado. La respiración debe facilitarse manteniendo abiertas las vías respiratorias y a veces es necesario administrar oxígeno y aplicar la respiración artificial. El lavado de estómago es útil siempre que se realice a tiempo. En caso de hipotensión, deben tomarse las medidas clásicas para contrarrestarla, como la administración de líquidos por vía intravenosa y el empleo de vasoconstrictores. Cuando esté aconsejado emplear un vasoconstrictor, levoarterenol parece ser el más indicado.

La epinefrina no debe emplearse porque los cuerpos derivados de la fenotiazina pueden invertir su acción. Debe evitarse el empleo de convulsivantes.

Aunque no se ha observado ninguno de los efectos secundarios más serios que se manifiestan con el empleo de las fenotiazinas, los pacientes tratados con trifluoperazina debieran recibir exámenes periódicos para determinar cualquier alteración hemática de importancia u otra manifestación tóxica que pudiera presentarse en el curso del tratamiento.

La hipotensión no ha sido un problema, pero conviene tomar las debidas precauciones cuando el medicamento se administra a pacientes con cardiopatías graves.

Se ha observado que la trifluoperazina tiene poca actividad potencializadora; no obstante, debe emplearse con precaución cuando se administra junto con barbitúricos, opiáceos u otros sedantes o medicamentos depresores.

Conviene asimismo, tener presente que a causa de su acción antiemética, la trifluoperazina puede ocultar signos de ingestión de dosis excesivas de medicamentos tóxicos, o de obscurecer el diagnóstico de ciertas enfermedades como obstrucción intestinal y tumores en el cerebro.

Contraindicaciones

La trifluoperazina está contraindicada en los estados comatosos o en las depresiones pronunciadas provocadas por medicamentos depresores del sistema nervioso central.

CASO CLINICO No. 1

A. Z. de G.—Casada, nacida en Comayagua y residente en San Pedro Sula, 30 años de edad.—Ingresa el 31-XI de 1956.

Síntoma Principal: Platicadera continua.

Historia de la Enfermedad.—Relata la madre de la paciente que desde hace dos meses aproximadamente su hija comenzó a ponerse inquieta, moviéndose de un lado a otro y queriéndose irse a la calle, botando al suelo los objetos que tenía a su alcance, al grado de tener que dominarla entre varias personas. En otras ocasiones alternaba ataques de risa y de llorar sin motivo alguno, acompañado todo esto de plática continua que no se le entendía.

Al interrogar la paciente dice ignorar su edad y que tiene dos hijas se encuentra desorientada en el tiempo y en el espacio. Se fue de Comayagua porque estaba echando dedetina y ella no quiere tiña en el pelo, aunque la trajo en una toalla verde (señala la que está en la consulta).

Evolución Hospitalaria: Estuvo interna por espacio de seis meses y fue tratada con reudixoide, electroshoc y en los últimos meses con cloropromazine.

Se le da el alta el 20 de mayo de 1957, por encontrarse mejorada y sentir deseos de trabajar, aunque triste por la ausencia de sus hijas se presenta bien orientada en el tiempo, espacio y persona. Sus respuestas son correctas, actitudes normales, presentación adecuada. Hay conciencia de haber estado enferma.

Egresas con el diagnóstico de Esquizofrenia solamente.

El 10 de junio de 1957 es ingresada nuevamente en el Hospital Neuropsiquiátrico por recomendación del Juzgado de Paz de lo Criminal de Comayagua, porque a los diez días de haber salido de este Hospital dio muerte a mechetazos a sus dos hijas mientras dormían.

La paciente no coopera al interrogatorio, dice no estar enferma e ignora los motivos por los cuales ha sido de nuevo ingresada al hospital. Está bien orientada en el tiempo, espacio y persona. Percepción e ideación normal, memoria normal, aunque no refiere la muerte de sus hijas.

Evolución Hospitalaria: En su estancia en el Hospital en el transcurso de los años se presenta calma, no ha dado problemas, se presenta siempre bien orientada en el tiempo, en el espacio y en la persona, tal como fue dada de alta la primera vez ha sido tratada con preparados fenotiazínicos.

No se le da el alta a pesar de estar libre de cargos criminales por temor a que se agudice su enfermedad en el ambiente exterior y sea un peligro (Enero de 1965).

Diagnóstico Clínico: Esquizofrenia Paranoide.

CASO CLINICO No. 2.

M. H. M.—22 años; nacido y vecindado en Vado Ancho, departamento de El Paraíso, ingresa el 16 de octubre de 1962.

Datos suministrados por el hermano del paciente: Refiere el hermano que M. H. después de haber asistido a una fiesta, el 4 de octubre de 1962. de haber ingerido bebidas alcohólicas en cantidad moderada, regresó bas-

tante raro a la casa, agresivo y pegándole a su sobrino, al día siguiente dijo que se iba de la casa y comenzó a hablar disparates y a tener delirio de persecución, decía que lo quería matar la escolta y se ponía a llorar. Sufrió de alucinaciones visuales y auditivas. Se iba a una poza de agua, donde se tiraba vestido, después se tendía en la tierra y al secarse la ropa regresaba a la casa.

El paciente se presenta negativista, se presenta desorientado en el tiempo, espacio y persona.

Evolución Hospitalaria: En un principio se dedicaba a recitar o apelear con los otros pacientes.

Se le practicaron electroshoc y se le dio clorpromazine ocasionalmente.

Se le da el alta en buenas condiciones y bien orientado en el tiempo, espacio y persona, el 8 de abril de 1963.

Reingresa el 26 de abril de 1963.

Datos suministrados por el hermano: Como a los seis días de haber salido del Hospital se enfermó nuevamente poniéndose agitado, agrediendo él mismo en el cuero cabelludo con un machete y luego ahorcó a una señora lanzándola y a continuación le quemó la casa.

El paciente se presenta amarrado y con negativismo marcado. Se le somete a tratamiento a base de clorpromazine y trifluoperazina (Stelazine) y en su última revisión, antes de darle el alta, se encuentra bien orientado y cooperativista. No presentó en su estadía ningún problema de violencia, siempre se mantuvo tranquilo.

Se le da el alta el 21 de mayo de 1964, con marcada excitación y temblor en todo el cuerpo hablando incoherentemente, asustado y con deseos de correr. El hermano dice que no lo pueden detener en casa y no da datos de la medicina que se le dio al salir del Hospital.

Evolución Hospitalaria: Se le practican electroshoc y se le administra trifluoperazina, volviendo a estar nuevamente tranquilo.

Diagnóstico Clínico: Esquizofrenia Paranoide.

CASO CLINICO No. 3.

P. P. U.—25 años de edad, trasladado del servicio de Tisiología de Hombres, el 17 de mayo de 1963.

Datos suministrados por la auxiliar de enfermería del Servicio de Tisiología de Hombres.—Refiere que el paciente fue llamado al principio de su ingreso a T. H., de repente comenzó a decir cosas extrañas, como por ejemplo: habla del diablo, que un hombre lo sigue y que lo quiere matar, que le echan pica pica en el cuerpo, habla vulgaridades de tipo sexual, dice no tener amigos, oye el radio, asegura que ahí está ese tal por cual, que lo quiere matar, de la medicina que se le da dice que quieren darle brujería. No ha tenido agresividad con los demás enfermos.

A pesar de no saber leer toma cualquier papel y hace como que está leyendo de corrido, con lo que lee menciona el diablo.

Al examen se encuentra frialdad emocional, ideas delusivas de daño y persecución, alucinaciones visuales y auditivas.

Evolución Hospitalaria: Se le somete a tratamiento con trifluoperazina, mejora poco y persiste con sus ideas.

Diagnóstico Clínico: Esquizofrenia Paranoide.

CASO CLINICO No. 4.

I. R. P.—38 años de edad, avecindado en Tegucigalpa.

No se encuentra la historia clínica de su primer ingreso al Hospital Neuropsiquiátrico.

Reingresa el 20 de septiembre de 1962.

Datos suministrados por el Padre: Ha comenzado de nuevo con problemas mentales (ha estado en varias ocasiones en el Psiquiátrico), consistentes en fugas repentinas de su casa, alega y riñe con su familia, últimamente ha tenido alucinaciones y habla incoherencias sin motivo alguno. Hace dos días no le habla a nadie de su casa.

Al interrogatorio del paciente no coopera mucho, pero se encuentra parcialmente bien orientado, con alucinaciones y delirios de grandeza.

Evolución Hospitalaria: Por tiempos pasa tranquilo y por tiempos se excita, reza en voz alta, grita y no deja dormir a los demás pacientes, se le administra clorpromazina (Largactil) o electroshoc.

Se registra su alta, el 17 de enero de 1964, con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide por haberse fugado del servicio.

Reingresó por dos ocasiones, más (ignórase fecha), el último reingreso, el 1 de junio de 1964.

Datos suministrados por el Padre: Hace cuatro meses y medio salió de este Hospital bastante mejorado con tratamiento ambulatorio a base de drogas. Se dedicó trabajándole a él en su negocio, pero hace veinticinco días lo comenzó a notar raro, se incaba y se ponía a rezar, hablaba solo, inquieto y ya no le ayudaba a trabajar, oponiéndose a tomar la medicina.

Actualmente se presenta calmo.

Diagnóstico Clínico: Esquizofrenia Paranoide.

CASO CLINICO No. 5.

Nombre: J. S., masculino, 40 años de edad, estudiante de medicina.

Ingresó el 2 de septiembre de 1964.

Datos suministrados por la madre: Hace diez años se enfermó cuando estudiaba el séptimo año de medicina, comportándose extraño; miraba caer un polvillo diciéndole que era "piojillo", sentía frío en todo el cuerpo, al mirarse en el espejo le daba miedo, tomándole aversión después, al comienzo no quería comer y se contrariaba con facilidad, daba continuamente vueltas en círculo, hablaba solo incoherencias y se descuidaba mucho en cuanto al aseo de su persona. Por tiempos se comportaba bien y leía libros de medicina, en otras ocasiones se reía solo silenciosamente sin motivo, en otras

ocasiones sufría delirios de persecución, decía que lo querían matar porque lo consideraban inferior y no podía vivir en sociedad.

Evolución Hospitalaria: Siempre se pone a caminar en círculo a veces callado y otras veces hablando solo o riéndose.

Dice no querer a las mujeres porque son causa de su enfermedad. Algunas veces se pone a decir discursos incoherentes con ideas de grandeza (posesión de fabricar billetes de Banco y tener grandes sumas de dinero) y después ideas delusivas de daño, persecución y encierro, presenta alucinaciones visuales y auditivas.

Se encuentra desorientado en el tiempo, espacio y persona.

Ha estado en tratamiento a base de Trifluoperazina, pero no ha mejorado mucho.

Diagnóstico Clínico: Esquizofrenia Paranoide.

CASO CLINICO No. 6.

P. M.,— sexo: femenino, oficios domésticos.

Ingresa el 15 de abril de 1964.

Fue traída por un agente de tránsito que la encontró alterando el orden en la calle, arrebatándole a la gente cualquier cosa que llevara en los brazos y se introducía en todas las casas.

Al interrogatorio de la paciente no coopera, no contesta a las preguntas que se le hacen, habla continuamente sin sentido (logorrea), da nombres de personas desconocidas, dice que el diablo se la quiere llevar, sufre de alucinaciones auditivas y visuales y escupe continuamente en el suelo.

Se presenta desorientada en el tiempo, espacio y persona, mira fijamente y presenta delirios místicos, se presenta hiperactiva.

Se le somete a tratamiento a base de barbitúricos y trifluoperazina.

En su última evaluación se encuentra bastante mejorada.

Diagnóstico Clínico: Esquizofrenia Paranoide.

CASO CLINICO No. 7.

R. N. H.—Sexo, masculino, estudiante, 17 años de edad.

Ingresa el 12 de noviembre de 1957.

Por datos suministrados por sus parientes, tuvo un intento de suicidio tirándose del segundo piso de una casa. Ha tenido en varias ocasiones delirios de persecución. Refiere su madre que a fines de mayo de este año comenzó su enfermedad con tendencias hacia el suicidio y alegando que lo perseguían, durándole este episodio unos dos meses, mejorándose probablemente por tratamiento médico y cambio de ambiente. Tres meses más tarde recayó nuevamente con cefalalgia y delirio de persecución, que atribuyó el enfermo a la muerte de un compañero de estudio.

Fue traído a la capital y hospitalizado en el Sanatorio del Dr. Alcerro, mejorando notablemente con el tratamiento médico que se le hizo y fue dado de alta.

Nuevamente se agudizó su estado al interrumpir su tratamiento ambulatorio prescrito por el médico que lo asistió, llegando al suicidio frustrado.

Ingresa a este servicio inmediatamente después de su intento de suicidio con fractura del antebrazo derecho, no coopera al interrogatorio, diciendo solamente que lo venían siguiendo.

Se le practican electroshoc y el examen psiquiátrico que se le practica el 22 de noviembre de 1957, es normal, se le ha administrado clorpromazina.

Se le da el alta en enero de 1958, bastante mejorado.

Reingresa el 8 de mayo de 1958.

Refiere el paciente que es una persona muy conocida y que debido a ello lo persiguen por estar complicado en un complot contra el gobierno, manifiesta no seguir a donde está internado, porque de lo contrario, sería muy peligroso. Dice ser piloto aviador, que se hizo en Alemania hace tres años y que se vino porque lo mandaron a llamar.

Evolución Hospitalaria: Se le practica insulino-terapia y electroshoc, mejorando a los pocos días y manteniéndose en este estado hasta el 8 de octubre que se le da el alta.

Reingresa el 19 de abril de 1964: Se presenta amarrado a la clínica y con un cuadro de psicosis aguda, refiere la hermana del paciente que estuvo guardando prisión porque en un brote de locura agredió a su tía, por lo cual estuvo en la cárcel como castigo (Yuscarán).

En la carta de libertad extendida por el Juzgado de Yuscarán, se habla de lesiones graves inferidas a la tía del paciente.

Se le trata con electroshoc y trifluoperazina, mejorando poco.

El 8 de junio de 1964 se le da el alta, a instancia de su hermana que lo quiere llevar a los Estados Unidos.

Diagnóstico Clínico: Esquizofrenia Paranoide.

CASO CLINICO No. 8.

M. N. R. G.—Sexo, femenino, 22 años, nacida en Nacaome y vecindada en la aldea de Tapatoca, departamento de Choluteca.

Ingresa el 29 de Julio de 1961.

Esta paciente fue remitida por el Alcalde de Choluteca por encontrarse en estado de enagenación mental y porque en la aldea antes mencionada trató de matar a su hija más pequeña por estrangulación.

Al interrogatorio de la enferma refiere tener dolamas en todo el cuerpo, que los vecinos de su aldea la golpean de puro gusto, dice no enojarse porque la "Creencia lo hace sentir miedo", tiene alucinaciones auditivas. Dice encontrarse embarazada cuando la abandonó el padre de la niña que tuvo hace siete meses y que ésta le fue quitada por los evangélicos de Choluteca. Lo que relata de la niña es contradictorio, no especifica la edad real y si vive o si está muerta, dice que quien se la quitó le pegó una golpeada a la niña, convirtiéndola en una masa de sangre.

Encuéntrese desorientada en el tiempo, espacio y persona. Al interrogatorio mira constantemente a la puerta y fruce la frente continuamente.

Evolución Hospitalaria: Paciente permanece por lo general tranquila, pero hay días en que se pone agitada, insulta y por ocasiones pelea con los demás enfermos.

Se le somete a tratamiento a base de clorpromazina al principio, y últimamente perfenazina y trifluoperazina.

Desde hace un mes su condición a mejorado notablemente y se toma la decisión de darle el alta, a pesar de que existen riesgos en potencia, "agresividad", etc., y por la necesidad de darle otra oportunidad en vez de convertirla en paciente crónica.

Diagnóstico Clínico: Esquizofrenia Paranoide.

CASO CLINICO No. 9.

T. B. C.—Sexo, masculino, 25 años de edad, nacido y avecindado en Nacaome.

Ingresa el 18 de julio de 1962.

Datos suministrados por la Madre del Paciente.

Refiere que su hijo comenzó a enfermar hace dos años, manifestando que tenía bastantes mujeres e hijos y grandes partidas de ganado, que iba vender a El Salvador y esperaba ganar tres mil lempiras, tenía también otras ideas de grandeza y caminaba mucho por el patio de la casa hablando solo. Se quejaba de no dormir y que lo perseguían y le hacían señas. Contaba su hijo que tenía una novia y que era la que le había hecho mal sin explicar cómo, manifestaba miedo, diciendo a la madre que se fuera a dormir a otro lado, porque no tardaba en pasar el diablo.

El paciente se presenta parcialmente orientado.

Evolución Hospitalaria: Se le prescribe clorpromazina al principio y trifluoperazina después.

En la evolución practicada el 22 de mayo de 1963, en presencia de su madre, entra a la clínica mostrándose frío en presencia de ella, explica que vino aquí por causa de su madre, sufre de alucinaciones visuales y auditivas.

Se presenta desorientado en el tiempo y en el espacio. Se va de la clínica y no se despide de su madre.

Se observa como fenómeno Psicopatológico, frialdad emocional, incoherencias, alucinaciones visuales y auditivas y al comienzo de su cuadro inversión de afecto, agitación psicomotriz, desorientación e ideas delusivas de daño.

En la evolución practicada el 2 de octubre de 1963, se presenta parcialmente mejorada, pero presentando negativismo.

El 11 de diciembre de 1964 se le da el alta por haber presentado en el hospital un cuadro de gastroenteritis aguda no controlable de hace 30 días y por instancias de su madre al ver el mal estado, quiere llevarlo a su casa para que muera allá.

Diagnóstico Clínico: Esquizofrenia Paranoide.

CASO CLINICO No. 10.

F. D. O.—Sexo, masculino, 60 años de edad. Nacido en la aldea Apoteca, departamento de Comayagua.

Ingresa el 17 de Noviembre de 1961.

Paciente con historia de agitación mental de hace tiempo, con alucinaciones visuales y auditivas, delirio de grandeza e ideas místicas (hace signo de la cruz) logorrea. Dice que Dios le ha dado poder y que no sólo él lo tiene.

Se encuentra parcialmente orientado en el tiempo, espacio y persona.

Evolución Hospitalaria: Se le practican electroshoc y se le administra trifluoperazina.

Se le da el alta el 15 de diciembre de 1961, mejorado y con el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide.

Reingresa el 30 de abril de 1962.

Con la misma sintomatología que le comenzó por primera vez: Logorrea, alucinaciones auditivas, visuales y táctiles, excitación, agresividad y misticismo, dice que su amigo es Dios, el cual encargó que compusiera el mundo.

Evolución Hospitalaria: Se le prescriben electroshoc y cloropromazina y se le da el alta el 2 de julio de 1962, en vista de su mejoría y se le indica trifluoperazina como tratamiento ambulatorio.

Reingresa el 8 de diciembre de 1962.

Con el mismo cuadro de las veces anteriores ha estado agresivo y agitado, queriendo pelear con los vecinos y con la gente en general. Hace compras sin tener dinero y huye de la casa perdiéndose por varios días.

Evolución Hospitalaria: Se presenta completamente desorientado y se le prescribe cloropromazina y electroshoc y se le da el alta el 29 de abril de 1963, bastante mejorado, se le recomienda tomar trifluoperazina como tratamiento ambulatorio.

Evolución Hospitalaria: Se le aplican electroshoc y se le administra cloropromazina y mepacina. Se mejora notablemente y se vuelve tranquilo.

Se le da el alta, mejorado, el 20 de mayo de 1964, con tratamiento ambulatorio de trifluoperazina.

Diagnóstico Clínico: Esquizofrenia Paranoide.

CASO CLINICO No. 11.

R. C. P.—Sexo, femenino, 44 años de edad, con procedencia de Villa Nueva, departamento de Cortés.

Ingresa el 28 de mayo de 1954.

Datos suministrados por la persona que acompaña a la paciente.

Refiere que hace cinco años empezó a hablar por gusto (Logorrea) y a regañar los hijos por causas injustificadas, probablemente por celos con su marido, porque es muy mujeriego, en ocasiones hacía aguantar hambre a los hijos, alegando que no tenían hambre.

No hay datos de tratamiento y evolución, salió mejorada el 15 de julio de 1954.

Reingresa el 22 de agosto de 1963.

Informa la hija, que ha tenido períodos de mejoría y de agitación mental, últimamente no la soportan en la casa y ha sido tratada particularmente por varios médicos, pero sin resultado alguno. Por la noche platica mucho, grita, y sufre de alucinaciones auditivas, no puede dormir y no se baña, se ha descuidado de su persona y se fuga de la casa por varios días.

Evolución Hospitalaria: Paciente logorreica, agitada con alucinaciones, desorientada, pasa de una conversación a otra fácilmente (mal juicio y pensamiento desorganizado).

Se le administra solamente electroshoc, pero persiste su estado anterior, la paciente duerme con otra enferma y repite que es su hija.

El 19 de junio de 1964 se le comienza a administrar cloropromazina (Torazine), alternado con cloroprotixeno (Taractan) y en la última evaluación que se le hace el 14 de diciembre de 1964, se presenta más tranquila, pero persiste sistema delucional en relación con otra persona, quien cree que es hija suya, tiene además ideas inconexas y disociadas, afecto inapropiado.

Se cree no hay muchas posibilidades de recuperación.

Diagnóstico Clínico: Esquizofrenia Paranoide.

CASO CLINICO No. 12.

C. M.—Soltero, de 33 años, carpintero, originario de Erandique y vecino de San Pedro Sula; ingresó al Hospital General el día 13 de junio de 1957.

Síntoma principal: Padece de los nervios.

Historia: Nos refirió su compañera de hogar que en diciembre, y con ocasión de las fiestas, tomó bebidas alcohólicas durante tres días, habiéndose repuesto completamente dos días después. A mediados del mes de enero lo notaron desesperado y angustiado, habiendo consultado médico, quien a base de roborantes lo mejoró. En el mes de mayo apareció con miedo, diciendo que lo perseguían y que lo iban a matar. Casi al mismo tiempo deseo de viajar de un lado a otro, insomnio pertinaz y cefalea.

El 27 de mayo se creyó artista, y apareció excitación psicomotriz, halándose los cabellos y volviéndose agresivo con familiares y personas conocidas.

Al ingreso al hospital se notaba inquietud manifiesta, plática incoherente, monólogos, desorientado en todas sus formas. Hablaba en español e inglés de mal modo; confundió a los ayudantes de enfermería con un tal Dagoberto; éstos, según él, eran viejos conocidos. Tendencia a desvestirse, continuamente guiñaba el ojo derecho, y a todo el mundo le ofrecía la mano derecha.

Antecedentes hereditarios: padre murió a los 60 años, ciego; madre murió del hígado a los 52 años.

Antecedentes colaterales: Un tío paterno padecía de enfermedad parecida a la del paciente.

Antecedentes personales: Blenorragia en 1945, paludismo en 1952; llegó hasta tercer grado de primaria.

Evolución Hospitalaria: Ingresó con fuerte excitación psicomotriz que cedió a los pocos días, después que se le administró cloropromazina, no volviendo a desnudarse y manifestando cooperación para todo. Manifestaba haber estado enfermo.

Diagnóstico Clínico: Esquizofrenia Paranoide.

CONSIDERACIONES

Con el advenimiento de la Fenotiazina y sus derivados, el tratamiento de la esquizofrenia en todas sus formas ha revolucionado, ha venido a darles una esperanza a este tipo de pacientes que antes se creían incurables, ofreciéndoles la oportunidad de volver a vivir en sociedad y no encerrados de por vida en los hospitales mentales.

La trifluoperazina se considera uno de los preparados fenotiazínicos de elección para el tratamiento ambulatorio, porque a pequeñas dosis produce efectos tranquilizantes al enfermo y mayor margen de seguridad en cuanto a reacciones secundarias se refiere.

ASPECTOS SOCIALES DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRENICOS EN EL HOSPITAL NEUROSQUIATRICO DE TEGUCIGALPA

Aproximadamente quinientas consultas externas se dan mensualmente en el Hospital Neurosiquiátrico de Tegucigalpa y un censo permanente de quinientas pacientes se alojan en el mismo. Casi la mitad de este número padecen de una variedad de esquizofrenia, a pesar de que se tratan adecuadamente mientras están internos en dicho hospital, es un problema de grandes dimensiones el que se presenta a los médicos y a la sociedad al momento de darles el alta a estos pacientes.

Ese problema puede ser enfocado desde el punto de vista médico y desde el punto de vista social.

En el aspecto médico profesional, la continuación del tratamiento oral con fenotiazina por el paciente, es básico para prevenir la recaída al estado psicótico. El paciente que se ha recuperado de un proceso esquizofrénico puede permanecer en buen estado por meses o años si recibe la dosis adecuada de medicación diariamente y si periódicamente recibe supervisión psiquiátrica y evaluación a la dosis ingerida. De aquí se deriva que únicamente aquellos pacientes que residen en Tegucigalpa pueden llenar dichos requisitos a cabalidad, puesto que los mayores centros urbanos del resto del país, carecen de instituciones dedicadas al cuidado de enfermos mentales, tal es el caso de San Pedro Sula, La Ceiba, Choluteca, etc., a esto viene agregarse la tremenda escasez de médicos psiquiatras que sufre nuestro país. Existen aproximadamente cinco o seis médicos con entrenamiento adecuado para tratar enfermedades psicóticas agudas y todos ellos residen en Tegucigalpa. De estos hechos se deducen que con un cálculo de la población de Honduras de dos millones aproximadamente, corresponde un médico psiquiatra por cada trescientos mil hondureños, y por sí esto fuera poco, viene aunarse la escasez de medicación psicotrópica, la pobreza extrema que sufre el 80 por ciento de la población, la falta de comunicaciones, la ignorancia, el curanderismo, la falta de educación médica y psiquiátrica en el público.

No escapa, pues, a nadie que si el problema médico de la desnutrición, parasitismo, tuberculosis, cáncer y las enfermedades infecto-contagiosas, es en Honduras de proporciones insospechadas, no es menos cierto que en cuanto a medios, personales apropiado y facilidades hospitalarias, el problema médico de las enfermedades mentales en el país aun permanecen en etapas primitivas, tal como corresponde, que entre los países subdesarrollados, Honduras permanece en el fondo de la lista.

En el aspecto social, de las anteriores consideraciones médicas se puede deducir que existen poderosos factores sociales que retrasan el efectivo tratamiento de los pacientes que abandonan el hospital psiquiátrico de Honduras. De estos factores cabe considerar de preferencia lo siguiente:

- 1.—La escasez de cultura de la clase de pacientes que se trata, internos en el hospital.
- 2.—La falta de comunicaciones en el país, y
- 3.—La condición económica del hondureño.

1.—Los factores culturales son determinantes y a menudo causantes del fallo del paciente en continuar tomando diariamente su dosis de medicación que se le suministra al abandonar el hospital; así que al sentir su mejoría y recuperación, el individuo no prevé que al terminársele su provisión de fenotiazina, está pronto a recaer en otro período de psicosis. Es aquí donde sus familiares deberían intervenir para ver que obtuvieran nueva dosis de drogas, ya sea escribiendo al hospital o viniendo a traerla. Esto nunca sucede, puesto que los familiares mismos desconocen el mecanismo del tratamiento o muestran poco interés en movilizarse hasta la capital. Así, pues, la discontinuación prematura del tratamiento condiciona al paciente a recaer. Añádase el aislamiento, la miseria y la falta de higiene que se observa en la típica vivienda hondureña. Para agravar lo anterior, el 80 por ciento del campesino hondureño ingiere bebidas alcohólicas diaria o semanalmente, haciéndose víctima propicia para la reactivación de previos mecanismos psicóticos.

2.—La falta de comunicaciones en un país pequeño, montañoso, con una ciudadanía uraña y falta de iniciativa, contribuye a aislar las pequeñas localidades y aldeas que forman gran parte de la población rural hondureña; produciéndose el fenómeno observado en países montañosos, pobres, de que el recorrer un kilómetro equivale al tiempo que un país más desarrollado se gasta en recorrer diez kilómetros. La multiplicación del factor tiempo multiplica también el gasto que el paciente tiene que efectuar en una viaje a la capital. Calculando un viaje de dos días por término medio, el campesino gastaría en transporte, alimentación y alojamiento, entre quince o veinte lempiras, que multiplicando por cinco viajes anuales, da un total de casi cien lempiras. Si consideramos que el ingreso anual del campesino hondureño es de doscientos lempiras por cápita, deduzcan ustedes que únicamente este factor económico social es suficiente para prácticamente erradicar de la mente del enfermo la posibilidad de nuevos viajes a nuestro hospital neuropsiquiátrico, a traer treinta o cuarenta pastillas que se le pueden dar en una consulta. Como factores complementarios en contra de la continuación del tratamiento se aducen el tener que dejar sola su familia por tres días, la escasez de transporte motorizado y la natural desconfianza con que el campesino vea la ciudad. La solución a este factor de falta de comunicación, obviamente reside en el establecimiento de nuevos centros psiquiátricos y de higiene mental en la cabecera de los dieciocho departamentos, tal como se está haciendo en el resto de los países centroamericanos.

3.—La condición económica del campesino ya mencionada anteriormente, elimina por completo la posibilidad de adquisición de medicinas

psicotrópicas en farmacias y expendio de medicina. Cualquiera de estos fármacos en cantidad de treinta o cuarenta pastillas, cuesta por término medio de seis a ocho lempiras en la capital, y de ocho a doce en el resto de las ciudades principales del país y no son obtenibles a ningún precio en pueblos y aldeas. Aun en el caso que el enfermo disponga de la cantidad para comprar uno o dos frascos, tendría que adquirir dos mensuales, o sea una renta de veinte lempiras mensuales, cantidad astronómica para el presupuesto de nuestros paupérrimos campesinos.

En resumen, pues, el campesino que desarrolla un proceso esquizofrénico, únicamente recibe tratamiento adecuado al lograr ingresar al hospital psiquiátrico, perdiendo este privilegio al ser dado de alta por todos los factores mencionados anteriormente, y que son comunes a los diferentes aspectos de la vida político social de Honduras. Su resolución es compleja y lenta, ligada a la pobreza y atraso que reina hoy por hoy en Honduras. Factores de ayuda inmediata serían el establecimiento de pequeñas secciones de higiene mental en los dispensarios ya existentes en las cabeceras departamentales, así como el incremento de la enseñanza de los medios modernos de tratamiento psiquiátrico a los estudiantes de medicina en la respectiva facultad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Las causas de la coartación de la aorta.—Ceballos, Carlos.—Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 1910.
- 2.—Fisiología.—Waller, P. Roger y otros.
- 3.—Fisiología humana.—Coca y Lora.
- 4.—Química.—Meyer, J. y otros.
- 5.—Fisiología humana.—Meyer, J. y otros.
- 6.—Fisiología humana.—Meyer, J. y otros.
- 7.—Fisiología humana.—Meyer, J. y otros.
- 8.—Fisiología humana.—Meyer, J. y otros.
- 9.—Fisiología humana.—Meyer, J. y otros.
- 10.—Fisiología humana.—Meyer, J. y otros.

PROPOSICIONES

- 1.—Embarazo ectópico
- 2.—Tétanos
- 3.—Coartación de la aorta.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Los nuevos tranquilizantes.—Clínicas medicas, marzo de 1964.
- 2.—Psiquiatría Clínica Moderna, Arthur P. Noyes y Kolb.
- 3.—Medicina Interna, Cecil y Loeb.
- 4.—Chemical Concepts of Psychosis, Max Rinkel, M. D.
- 5.—Tratamiento de las Enfermedades Mentales, Leo Alexander M. D.
- 6.—Patología Interna, Meakins.
- 7.—Dutren w. Terapéutica Narcobiótica.
- 8.—Schilder Paul, Tratado de Psicoterapia.
- 9.—Tice Sloan Practice of Medicine, W. B. Prior Co., Inc., 1958, Mental Diseases.