APARTADO

**REVISTA DE PSIQUIATRIA**

AÑO IX - NUMERO 2

Imp. y Lito. "STANLEY" — Monjitas 511 — Santiago

11(394-5) pt

# EL PRONOSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

**Prof. Dr. Arturo Vivado**
(Clínica Psiquiátrica Universitaria)

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCION CHILENA

# EL PRONOSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA *

PROF DR. ARTURO VIVADO
(Clínica Psiquátrica Universitaria)

Accediendo a la gentil invitación de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría Argentina, y elegidos por nuestra Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, hemos aceptado traer a este Congreso una relación sobre el tema oficial "Elementos Clínicos para el Pronóstico de la Psicosis Esquizofrénica", sin el tiempo ni la tranquilidad necesarios para ello. Nos limitaremos pues, a exponer algunas observaciones que sobre el pronóstico de la Esquizofrenia nos ha sugerido el contacto diario con estos enfermos, y a presentar los resultados que arrojan algunos cuadros comparativos; advirtiendo desde luego que a esta comunicación no le damos sino el carácter de un estudio preliminar que desearíamos proseguir en compañía de algunos colegas de otros países. Pensamos que la magnitud del tema propuesto, su interés práctico y la necesidad de acumular crecidas constataciones estadísticas así lo aconsejan.

En nuestros ya lejanos años de estudiantes, hacía poco que en el Manicomio Nacional se habían adoptado las concepciones del gran Kraepelin, y el diagnóstico de demencia precoz era relativamente frecuente en los servicios de enfermos crónicos, no así en los departamentos de recepción, en que abundaban las "confusiones mentales" e "histeria". Desde el punto de vista pronóstico teníamos muy arraigadas las ideas que en este sentido profesaban todos, especialmente nuestro querido maestro el doctor Joaquín Luco, para quien demencia precoz era sinónimo de incurabilidad. Los rarísimos casos que veíamos remitir eran calificados a posteriori de errores de diagnóstico, y era tal el imperio de este pesimismo pronóstico que, en una ocasión en que un joven universitario hizo una remisión completa después de ocho meses de psicosis, a raíz de un anodino e insuficiente tratamiento glandular y una cariñosa psicoterapia, por lo demás empírica, preferimos creer que cinco de los mejores psiquiatras de la época habían cometido, junto con nosotros, un craso error diagnóstico, antes de aceptar una remisión completa en una demencia precoz.

Las remisiones, casi siempre parciales y periódicas, que hacían los dementes precoces a raíz de alguna afección febril, no lograban variar nuestro pesimismo. Tranquilizábamos nuestra conciencia con tímidas intentonas de terapéutica glandular, y en las pocas ocasiones en que esto era posible, con una psicoterapia amplia y ecléctica, con escasa base científica pero, creemos, aprovechando racionalmente las situaciones ambientales o de otro orden, favorables para el caso particular.

Pero ya entonces notamos un hecho curioso: la observación detenida de uno que otro psicótico con etiqueta de demente pre-

* Ponencia oficial presentada al Primer Congreso de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Buenos Aires — 12 a 18 de Noviembre de 1944

SECCION CONTROL
Y
CATALOGACION

coz nos dejaba la impresión de que iba a sanar, a pesar de que el estudio de la sintomatología o de los antecedentes no nos permitía sentar una base lógica para dicha apreciación. Nos viene a la memoria, entre muchos, el caso de una muchacha que en 1925 hizo una sintomatología florida de una forma hebefrénica. Invitamos a estudiar el caso al Médico Jefe de entonces Dr. Letelier, quien a pesar de su gran experiencia clínica, y de acuerdo con nosotros en cuanto a la impresión pronóstica, no pudo explicarse el por qué de ella. Diez meses después la enferma remitía completamente y continúa en óptimas condiciones mentales hasta la fecha. Esta intuición pronóstica, no podemos calificarla de otra manera, la hemos sentido después en innumerables casos en compañía de otros colegas, y es sin duda el fenómeno que más nos indujo a dedicar nuestra atención al apasionante problema que es el motivo de esta ponencia.

Los trabajos de Cotton con su Escuela de la Infección Focal, si bien en gran parte defraudaron las esperanzas que muchos se forjaron en lo referente al tratamiento de las esquizofrenias, indujeron a pensar más en las posibilidades terapéuticas y especialmente llevaron a realizar exámenes más detallados y completos del organismo de estos pacientes.

A medida que fuimos conociendo los trabajos de Claude, Kleist, Meyer, Bleuler, Hoscher, Freud, Jaspers, Rudin, Minkowsky, Kretschmer, Clerambeault, Schilder y Pavlov, para no citar sino algunos de los más importantes investigadores, con sus concepciones tan diferentes, geniales algunas, pero enfocadas desde ángulos tan diversos; si bien perdimos esa seguridad dogmática que nos asistía en los felices años del comienzo para diagnosticar la demencia precoz, en cambio adoptamos distinta posición respecto al pronóstico: este debía ser siempre reservado, pero no fatal en cuanto a la posibilidad de regresión del psiquismo del enfermo. Estamos ciertos que este modo de ver el problema nos ha permitido seguir observando con interés la evolución de las psicosis esquizofrénicas, aún en los casos de evolución prolongada. Mejoró nuestra posición al respecto un hecho que constatamos en un trabajo anterior: estudiando 265 historiales de esquizofrénicos no tratados, ingresados al Manicomio entre 1932 y 1936, encontramos veintisiete remisiones completas y 33 remisiones sociales o sea un 22,63 % de remisiones espontáneas. En verdad no estamos en condiciones de suministrar datos concretos sobre el estado actual de esos casos; sólo sabemos que un apreciable porcentaje de ellos ha vuelto a caer en psicosis. Pero trátese de remisiones temporales o definitivas, el hecho es que este dato nos impresionó favorablemente ya que, debemos confesarlo, no pensábamos fuera tan elevado el porcentaje de las remisiones espontáneas en nuestro medio hospitalario.

No olvidemos que contribuyó también a mejorar nuestro concepto pronóstico de las esquizofrenias la malarioterapia, que usamos en varios centenares de enfermos desde 1931 a 1937 y con la cual obtuvimos hasta un 61 % de remisiones entre completas y sociales, entre psicóticos con menos de un año de evolución. Por desgracia un enorme porcentaje de los tratados volvió a caer en psicosis.

Pero son sin disputa las terapias chocantes preconizadas por Sakel, Von Meduna y Cerletti y Bini, las que han tenido el mérito, entre muchos otros, de actualizar los estudios sobre pronóstico de la Esquizofrenia, y a ellas se deben la mayoría de los trabajos que en este sentido se han publicado en estos últimos años.

Para el estudio que presentamos y con el objeto de basarnos en hechos clínicos, evitando a la vez abanderizarnos con determinadas concepciones etiopatogénicas, vamos a considerar como Psicosis esquizofrénicas los diversos sintomatismos que presentan algunos enfermos y que llevan al psiquiatra a diagnosticar Esquizofrenia. Consideramos que esta posición es modesta pero amplia, talvez simplista pero con la gran ventaja de no

prejuzgar en ningún sentido y estar, sobretodo, basada en hechos de observación diaria.

Hemos tomado 400 observaciones de enfermos del Manicomio Nacional: 100 que en la actualidad estan asilados y con más de 3 años de psicosis; otras 100 de enfermos que han muerto en el Establecimiento durante su psicosis, y por fin 200 de individuos que han salido mejorados con remisiones completas, sociales o parciales.

Desde luego nos encontramos con algunas situaciones que nos obligan a limitar nuestra investigación. En primer lugar los dos grupos de enfermos que estudiamos, están o estaban en Servicios en que los médicos no pueden llevar las historias clínicas con la acuciosidad y detalles requeridos, ya que cada psiquiatra esta obligado a atender gran número de pacientes. Además esos enfermos, atendidos en su larga enfermedad por diferentes médicos, tienen anotaciones muy dispares, enfocando cada psiquiatra el caso desde su personal punto de vista. Nos encontramos por esta razón con datos que, considerados importantísimos por algunos, los consignan en detalle; en cambio otros que no les conceden sino valor secundario, no dejan anotaciones de ellos en los historiales.

No debemos olvidar por otra parte, que dada la calidad de nuestro material de enfermos y el escasísimo número de visitadoras sociales a nuestra disposición, en buen número de casos estamos imposibilitados para obtener antecedentes hereditarios y personales valederos. Nos privamos así, de algunos elementos de gran valor para el estudio pronóstico de esta psicosis.

Por otra parte es axiomático para nosotros que, en el caso que nos ocupa, es indispensable uniformar las historias clínicas redactándolas a base de una pauta común. A. pesar de que desde 1937 aconsejábamos seguir este criterio y redactamos un tipo standard de historial clínico, las razones anteriormente expuestas impidieron utilizarlo como pretendíamos.

Además las dificultades que se presentan para estudiar el estado actual de los casos remitidos contribuyen a que los resultados obtenidos no tengan el valor que debieran.

Anotamos esta serie de hechos peyorativos porque así estamos en condiciones de ponderar a conciencia los resultados obtenidos, y además porque sabemos que las circunstancias indicadas no son patrimonio exclusivo de nuestro ambiente hospitalario; por desgracia son inherentes a varios países de nuestra América.

Nos limitaremos pués, a estudiar algunos de los muchos datos que debieramos poner en relieve para enfocar a conciencia el complejo problema del pronóstico.

## ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Si de nuestra estadística tomamos en consideración los antecedentes hereditarios de los crónicos en conjunto, es decir de los enfermos que fallecieron en el Manicomio con los actualmente asilados con más de 3 años de psicosis, y por otra parte los comparamos con los 200 enfermos salidos con alguna forma de remisión tenemos el siguiente cuadro:

| | Enfermos remitidos | Enfermos fallecidos o actualmente en el M. |
|---|---|---|
| Psicosis | 58 | 77 |
| Psiconeurosis | 14 | 22 |
| Lues | 4 | 14 |
| Tuberculosis | 21 | 3 |
| Alcoholismo crónico | 18 | 20 |
| No tienen antecedts. | 71 | 52 |
| Se ignora antecedts. | 39 | 40 |

Nos encontramos con que los antecedentes hereditarios de psicosis aparecen en 29 % en los remitidos contra, 37,5 % en los crónicos y fallecidos. En las Psiconeurosis la proporción es de 7 % contra 11 %. Tomando en conjunto lues, tuberculosis y alcoholismo crónico, en los remitidos nos da 21,5 % y en los otros 18,5 %.

No acusan antecedentes hereditarios de los aquí consignados, el 35,5% de los remitidos y el 11,5% del otro grupo.

Si despreciamos los casos en los cuales ignoramos los antecedentes hereditarios, los resultados que arroja el conjunto de psicosis y psiconeurosis nos da un 36% para los remitidos y un 48,5% para los crónicos o fallecidos, diferencia que consideramos no tan acentuada como para conceder gran valor pronóstico a este dato.

Los antecedentes hereditarios de lúes, tuberculosis y alcoholismo crónico con un 21,5% y 18,5% en cada grupo de enfermos, no arrojan a nuestro juicio, datos de interés.

BIOTIPO.

| | Remitidos. | Crónicos. | Fallecidos. |
|---|---|---|---|
| Leptosómicos. | 75 | 51 | 85 |
| Picnico. | 28 | 7 | 6 |
| Muscular. | 42 | 8 | 9 |
| Displástico | 7 | 7 | — |
| No bien definido | 41 | 27 | — |
| Se ignora | 7 | — | — |

Nos impresionan desde luego profundamente en este cuadro los datos biotipológicos de los fallecidos, datos que cobran mayor interés si recordamos que han sido tomados a base de rigurosas mediciones realizadas por el excelente patólogo del Manicomio Dr. Barrientos. Nos encontramos aquí con un 85% de leptosómicos y 9% de musculares contra solo 6% de tipos pícnicos. Las concepciones Kretchmerianas tienen en este punto una amplia justificación.

Considerando ahora el grupo de fallecidos y crónicos en los tipos leptosómicos, musculares y displásticos tenemos 80% de estos tipos y en cambio solo un 6.5% pícnicos.

Aún despreciando los casos no bien definidos, estos guarismos son indiscutiblemente interesantes en el sentido pronóstico.

Entre los remitidos hay solo un 37,5% de leptosómicos y tomados en conjunto estos con los musculares y displásticos, tenemos un 62% de ellos contra 14% de pícnicos. Insistimos en la notable diferencia que se observa entre un 85% de leptosómicos de los autopsiados y el 37,5% de los remitidos. Entre los musculares hay 21% en los remitidos y 8,5% en los del otro grupo.

INTELIGENCIA.

| | Remitidos | Crónicos y fallecidos. |
|---|---|---|
| Superior | 2 | 2 |
| Normal | 143 | 126 |
| Inferior | 49 | 47 |
| Se ignora | 6 | 25 |

En los datos sobre desarrollo intelectual, que no han sido tomados a base de test, llama la atención la escasez de individuos de inteligencia superior que caen en esquizofrenia en el grupo de casos que estudiamos, ya que hay en total solo un 1% de ellos. En este sentido tal vez influya la calidad de nuestra clientela hospitalaria, puesto que en la clientela privada hemos observado con relativa frecuencia, de acuerdo con algunos investigadores, el estallido de la psicosis esquizofrénica en individuos de inteligencia superior.

Comparando los individuos de inteligencia normal en los dos grupos tenemos 71,5% para los remitidos y 63% para los crónicos y fallecidos.

En los enfermos de inteligencia sub-normal tenemos un 24,5% para los remitidos y 23,5% para los otros; no hay, en buenas cuentas, diferencias dignas de anotarse.

INSTRUCCION.

| | Remitidos. | Crónicos y fallecidos. |
|---|---|---|
| Universitaria | 7 | 7 |
| Secundaria | 36 | 47 |
| Primaria | 124 | 109 |
| Analfabetos | 22 | 20 |
| Se ignora | 11 | 17 |

De este cuadro no se infieren datos de interés.

PERSONALIDAD PREPSICOTICA.

| | Remitidos. | Crónicos y fallecidos. |
|---|---|---|
| Esquizoide | 91 | 90 |
| Cicloide | 32 | 10 |
| Indefinida | 61 | 48 |
| Se ignora | 16 | 52 |

Tenemos aquí un 45,5% de personalidades esquizoides entre los remitidos y 45% en el otro grupo, dato que sólo corrobora la frecuencia de este tipo de personalidad entre los que caen en psicosis esquizofrénica. En cambio tenemos un 16% de cicloides entre los remitidos y solo un 5% entre los crónicos y fallecidos, lo que contribuiría a afianzar la opinión de que los escasos individuos de temperamento cicloide que hacen esquizofrenia, tienen mayores probabilidades de remitir.

ANTECEDENTES PERSONALES.

| | Remitidos. | Crónicos y fallecidos. |
|---|---|---|
| Sífilis | 17 | 16 |
| Tuberculosis | 8 | 2 |
| Alcoholismo crónico | 26 | 28 |
| Enfermedades infecciosas | 41 | 47 |
| Traumat. cráneo encef. | 3 | 2 |
| No hay antecedentes | 68 | 66 |
| Se ignoran | 48 | 46 |

Aquí los guarismos de los dos grupos de enfermos son sentiblemente iguales a excepción de los antecedentes personales de tuberculosis que nos da un 4% en los remitidos y solo 1% en el otro grupo. Verdad es que estos datos hay que tomarlos a beneficio de inventario, dada la calidad de la mayoría de los informantes.

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCION CHILENA

EDAD AL COMIENZO DE LA PSICOSIS.

| | Remitidos. | Crónicos. | Fallecidos. |
|---|---|---|---|
| Hasta 10 años | — | 1 | 1 |
| De 10 a 15 años | 7 | 4 | 4 |
| De 15 a 20 " | 62 | 28 | 16 |
| De 20 a 25 " | 52 | 25 | 34 |
| De 25 a 30 " | 44 | 24 | 24 |
| De 30 a 35 " | 21 | 8 | 7 |
| De 35 a 40 " | 13 | 5 | 11 |
| De 40 a 45 " | — | 4 | 2 |
| De 45 a 50 " | 1 | 1 | 1 |

En estos números vemos confirmada la frecuencia de la psicosis entre los 15 y 30 años de edad, que nos da un 77,25% sobre el total de los casos estudiados.

FACTORES INMEDIATAMENTE ANTERIORES AL COMIENZO DE LA PSICOSIS.

| | Remitidos. | Crónicos y fallecidos. |
|---|---|---|
| Parto o aborto | 11 | 6 |
| Enfermed. infecciosas | 7 | 7 |
| Estados afectivos intensos | 27 | 29 |
| Alcoholismo | 9 | — |
| Traumat. craneo-cerebral | 3 | — |
| Otras causas | 3 | 8 |
| Se ignora | 4 | 17 |
| No hay factores | 136 | 134 |

Contra lo que esperabamos, estos factores se dan en nuestra casuística con frecuencia similar en los dos grupos. No se anotan factores inmediatos al estallido de la psicosis en el 68% de los remitidos y en el 67% de los crónicos y fallecidos.

Entre los más frecuentes encontramos los estados afectivos intensos con un 13,5% en los remitidos y 14,5% en los otros.

Aquí debemos recordar lo ya dicho sobre la poca fe que en muchos casos nos merecen estos antecedentes suministrados habitualmente por personas poco responsables.

COMIENZO DE LA PSICOSIS.

| | Remitidos. | Crónicos y fallecidos. |
|---|---|---|
| Brusco | 114 | 75 |
| Lento | 84 | 105 |
| Se ignora | 2 | 20 |

Aquí a pesar de la falta de datos en 20 crónicos y fallecidos, el comienzo brusco es mayor en los remitidos, un 57% por 37,5% entre crónicos y fallecidos; lo que en buenas cuentas nos hace ver que entre los remitidos caen bruscamente en psicosis por lo menos un 20% más que en el otro grupo.

SINTOMAS PROCESALES AL COMIENZO.

| | Remitidos. | Crónicos y faliecidos. |
|---|---|---|
| Hubo sint. procesales | 79 | 77 |
| No hubo | 121 | 97 |
| Se ignora | — | 26 |

Debemos aclarar que hemos tomado en este sentido más que los síntomas aislados considerados como tales, la impresión de conjunto que dió la sintomatología del enfermo y llevó a pensar en un proceso esquizofrénico.

De los remitidos presentan un cuadro procesal un 39,5% y de los otros 38,5%. En cambio no aparece este conjunto sintomático en el 60,5% de los agudos y en el 48,5% de los crónicos.

El mayor porcentaje de enfermos regresados en los que no aparecía un cuadro procesal podría tener gran interés pronóstico. Desgraciadamente pierde mucho de su valor en nuestro cuadro por el hecho de no tener datos de 26 enfermos crónicos y fallecidos.

SE FORMULARON OTROS DIAGNOSTICOS?

| | | |
|---|---|---|
| Si | 47 | 39 |
| No | 153 | 161 |

Es de advertir que todos los enfermos considerados en esta estadística quedaron en definitiva con el diagnóstico de esquizofrenia; solo que al comienzo algunos hicieron formular otras hipotesis diagnósticas. Vemos que el 23,5% de los remitidos presentan sintomatología tan dudosa como para emitir otras opiniones. Entre los crónicos se hallan en este caso el 19,5%.

Entre las hipotesis diagnósticas formuladas con mayor frecuencia entre los remitentes, estan:

| | |
|---|---|
| La Psicosis Maniaco Depresiva | 17 |
| Episodios delirantes en débiles mentales | 14 |
| Confusión mental | 4 |
| Delirio alcoholico | 4 |
| Psicosis post-parto o aborto | 4 |
| Histeria | 3 |
| Hipertiroidismo | 3 |

Se trata de casos en los cuales no se precisaba la impresión de procesal en el conjunto sintomático. En los calificados como episodios delirantes en débiles mentales, impresionaba con fuerza el antecedente de una oligofrenia, a pesar del conjunto sintomático esquizofrénico.

FORMA CLINICA.

| | Remitidos. | Crónicos y fallecidos. |
|---|---|---|
| Simple | 46 | 82 |
| Hebefrénica | 40 | 39 |
| Catatónica | 39 | 19 |
| Paranoídea | 49 | 50 |
| Formas mixtas | 26 | 10 |

Llama notablemente la atención que entre las formas simples solo haya un 23% de remitidos contra un 41% de crónicos y fallecidos. En la hebefrénica el porcentaje es sensiblemente igual en ambos grupos 20% y 19,5%. En la catatónica 19,5% por 9,5% y en la paranoídea 24,5% por 25%. En las formas mixtas tenemos un 13% contra un 5% en los crónicos.

No concuerdan estos datos con las remisiones que obtuvimos en 1939 en el tratamiento con insulina en enfermos agudos,

en que el mejor porcentaje de remisiones se daba entre los catatónicos, siguiendo en orden decreciente las paranoídeas, las hebefrénicas y las simples.

EVOLUCION DE LA PSICOSIS.

| | Remitidos. | Crónicos y fallecidos. |
|---|---|---|
| Por brotes | 60 | 39 |
| Sin variación | 130 | 75 |
| Curso lentamente prog. | 1 | 59 |
| Curso catastrófico | — | 27 |
| Se ignora | 9 | — |

Como es lógico, la evolución por brotes es mayor en los remitidos con un 30% contra un 19,5% en los crónicos. También la evolución sin mayores variaciones es mucho más frecuente en el primer grupo con un 65% en cambio el curso lentamente progresivo, lo observamos solo en 0.5% de los remitidos contra un 29,5% en los crónicos; los que también dan un 13,5% de formas catastróficas que naturalmente no se ven en los remitidos. Estas cifras tienen a nuestro juicio interés pronóstico y en líneas generales concuerdan con las que se observan en otros trabajos de esta índole.

VARIO LA FORMA CLINICA.?

| | Remitidos. | Crónicos y fallecidos. |
|---|---|---|
| Si | 18 | 25 |
| No | 182 | 175 |

Este cuadro no nos da datos de mayor importancia puesto que observamos grandes diferencias entre los dos grupos. Varía la forma clínica en el 9% de los remitidos y en un 12,5% de los crónicos.

TRATAMIENTOS.

| | Remitidos. | Crónicos y fallecidos. |
|---|---|---|
| Insulina | 66 | 19 |
| Cardiazol | 24 | 6 |
| Malaria | 12 | 19 |
| Electroshock | 7 | 1 |
| Insulina y cardiazol | 28 | 10 |
| " " electroshock | 12 | 7 |
| " cardiazol y electroshock | — | 3 |
| " y malaria | 2 | 3 |
| " ,cardiazol y malaria | 5 | 2 |
| " ,cardiazol malaria y electroshock | — | 2 |
| " y clor. de amonio | 3 | — |
| Electroshock y malaria | — | 1 |
| No se trataron | 41 | 127 |

Aparecen con tratamientos chocantes el 79,5% de los remitidos y solo el 36,5% de crónicos y fallecidos. Como en buena parte de crónicos y fallecidos la estadística abarca casos anteriores al uso de las terapias chocantes, este dato carece de valor.

Vale la pena hacer resaltar que algunos enfermos de ambos grupos fueron sometidos a varios tratamientos sucesivos o combinados.

TIEMPO DE PSICOSIS.

| | Remitidos. | Crónicos y fallecidos. |
|---|---|---|
| Hasta 1 año | 135 | |
| De 1 a 2 años | 25 | |
| " 2 " 5 " | 23 | 1 a 5 años 59 |
| " 5 " 10 " | 10 | 5 " 10 años 40 |
| " 10 " 15 " | 7 | 10 " 15 " 35 |
| " 15 " 20 " | — | 15 " 20 " 21 |
| | | 20 " 25 " 19 |
| | | 25 " 30 " 16 |
| | | 30 " 35 " 6 |
| | | 35 " 40 " 2 |
| | | 40 " 45 " 2 |

Tenemos que el 67,5% remitieron antes de 1 año de psicosis y antes de los 5 años el 91,5%. Se corrobora con esto el acuerdo unanime que existe para considerar que la enorme mayoría de las remisiones se observa antes del año.

Llamamos la atención de paso, sobre la larga vida de algunos esquizofrénicos, que llega en algunos casos hasta los 45 años después de aparecida la psicosis.

ESTADO ACTUAL DE LOS ENFERMOS EN EL MANICOMIO.

| | |
|---|---|
| Remisión parcial | 10 |
| Sin variación | 46 |
| Demenciados | 44 |

Vemos aquí, como es lógico, solo un 10% de remisiones parciales en enfermos que por diversas razones continúan viviendo en el Manicomio. Hay un 46% de esquizofrénicos sin variación y un 44% de demenciados; proporción no muy alta si consideramos que se trata de alienados que estan recluídos entre 3 y 45 años.

FORMA DE REMISION DE LOS SALIDOS DEL MANICOMIO.

| | |
|---|---|
| Remisión completa | 104 |
| Remisión social | 76 |
| Remisión parcial | 20 |

Tenemos en este cuadro un 52% de remisiones completas, por 38% de remisiones sociales y 10% de parciales.

RESULTADO DE LA AUTOPSIA.

| | |
|---|---|
| Tuberculosis pulmonar | 18 |
| " " y genital | 2 |
| " " " e intestinal | 5 |
| Granulia | 6 |
| Tuberculosis caseosa | 1 |
| " " peritoneal | 1 |
| " " genital e intestinal | 1 |
| Marasmo y otras afecciones | 43 |
| Bronconeumonia y otras afecciones | 14 |
| Colitis tipo bacilar | 12 |
| Otras causas | 29 |

De este cuadro queremos hacer resaltar que el 34% de los autopsiados presentan alguna lesión tuberculosa y 6% de ellas granulia. Además llama la atención el 52% de maránticos.

Considerando ahora los elementos pronósticos estudiados en nuestros cuadros estadísticos, no solo a base de ellos sino de acuerdo con nuestra experiencia general, vamos a emitir algunas opiniones:

Los antecedentes hereditarios de psicosis, psiconeurosis, tuberculosis y alcoholismo crónico, tomados en general, no parecen revelar gran importancia pronóstica, a excepción de los casos en que se comprueba una herencia homóloga cargada. Sin embargo en nuestra casuística el porcentaje de enfermos que no tienen antecedentes hereditarios es mayor entre los remitidos.

En cambio son a todas luces interesantes los datos pronósticos que nos da el biotipo. No hay necesidad de insistir en que el tipo pícnico, inclina al pronóstico favorable, así como el leptosómico, mientras más exagerado sea, ensombrece el porvenir de la psicosis. Tenemos la impresión de que el tipo muscular se defiende mejor de la psicosis; así como el displástico en general empeora el pronóstico.

En cuanto a la inteligencia, consideramos en tesis general que una intelectualidad normal o superior contribuye poderosamente a facilitar la regresión en todas las alteraciones mentales reversibles. Pero por otra parte nos parece un hecho clínico de observación no rara, que en una intelectualidad elevada y precoz pueden presentarse las formas más profundas de la psicosis, siempre que vayan acompañadas de una serie de factores negativos de otro orden.

En los individuos mentalmente inferiores, oligofrénicos superiores o simples fronterizos, en general el pronóstico del sintomatismo esquizofrénico es serio; pero no podemos olvidar que en la práctica nos encontramos con muchos enfermos de esta clase en los cuales se observan regresiones satisfactorias a base de tratamientos chocantes. Sin entrar a considerar la diferencia diagnóstica entre los llamados episodios delirantes de los degenerados y los brotes esquizofrénicos, en ocasiones dificil de hacer, pensamos que también aquí el juicio pronóstico depende especialmente de factores ajenos a la inteligencia.

Consideramos que el grado de instrucción no tiene mayor importancia diagnóstica. Recordamos haber atendido buen número de jovenes universitarios, especialmente de las Facultades de Ingeniería y Medicina, con psicosis esquizofrénicas rebeldes a toda prueba terapéutica.

Nuestra experiencia corrobora ampliamente el resultado estadístico que presentamos en lo que dice relación con la personalidad prepsicótica. Por lo demás es opinión universalmente aceptada de que el esquizofrénico con personalidad prepsicótica de tipo sintónico tiene mayores probabilidades de regresión que el que ha evidenciado un temperamento acentuadamente esquizoide.

Es axiomático que los antecedentes mórbidos personales, infecciosos o tóxicos, especialmente si son crónicos, los traumatismos craneo-encefálicos, las intervenciones quirúrgicas o accidentes mutilantes, etc, etc., influyen preparando el terreno y colocándolo en condiciones de mayor labilidad para el estallido de la psicosis. Pero desde el punto de vista pronóstico, nos parece que la presencia de estos factores, considerados aisladamente, concurre más bien a mejorarlo, ya que reconocidos y tratados con oportunidad, se suprimen uno o más elementos que pueden contribuir a la presentación del cuadro. Claro está que deben ser cuidadosamente ponderados y valorados en el heterogéneo y numeroso conjunto de los elementos pronósticos.

Tenemos tres observaciones de enfermos que, con el diagnóstico de esquizofrenia formulado por cuatro colegas, son sometidos a los exámenes de rutina previos a la insulinoterapia. El resultado serológico positivo nos induce a instituir un tratamiento específico corriente, a raíz del cual remiten los síntomas psicóticos. Una esquizofrénica simple, confinada durante 5 años en un servicio de crónicos, que es operada de urgencia de empiema vesicular, presenta una regresión mental completa consecutiva a la colecistectomía.

Podríamos citar algunos casos más de esta índole, que si bien no son muy frecuentes, se encuentran en la casuística de todos los psiquiatras.

Tienen también, a nuestro entender, importancia pronóstica los antecedentes personales lejanos de traumatismos psíquicos de cualquier naturaleza, con mayor razón si son continuados y repetidos, y muy especialmente cuando la o las situaciones chocantes no han sido favorablemente resueltas. No insistimos sobre este punto puesto que sospechamos será amplia y brillantemente tratado en otra ponencia.

La edad al comienzo de la psicosis es otro factor pronóstico útil, y nos parece que hay consenso unánime para considerar que este es tanto más serio mientras menor sea la edad del paciente. Hacen excepción las llamadas catatonías tardías, que se desarrollan en la época de la involución y cuyo pronóstico habitualmente es serio.

En completo desacuerdo con el resultado estadístico anteriormente citado, nos parece que los factores inmediatamente anteriores al comienzo de la psicosis tienen significación pronóstica. Desde luego creemos que los factores psicógenos tienen aquí mayor importancia que los orgánicos. No es fácil en la práctica valorar con precisión este elemento, sobre todo cuando se trata de darle jerarquia entre los numerosos datos pronósticos que se deben valorizar. Nos parece que en algunos casos la sintomatología de tipo reaccional nos ha servido para valorizar adecuadamente este dato. En una catatónica de 15 años, fuertemente tarada, con síntomas procesales, observamos una regresión brusca, después de 5 meses de psicosis, coincidiendo con la solución de una grave situación ambiental.

El comienzo brusco de la psicosis, que según nuestro cuadro estadístico aparece con un 20% de mayor frecuencia entre los remitidos, tiene para nosotros valor como elemento de buen pronóstico. Lo hemos comprobado con bastante frecuencia al formular

opiniones pronósticas previas a los diversos tratamientos en uso, y la utilizamos en la rutina diaria de nuestra clínica. Por el contrario el comienzo lento, solapado, con escasa sintomatología, casi siempre nos induce a formular serias reservas sobre el porvenir de la psicosis.

Cuando al comienzo de una esquizofrenia se han formulado otras opiniones diagnósticas, lo que ya implica que el sintomatismo no es claro, parece que debiera inclinarnos también a pensar en una psicosis reversible. Nuestra estadística nos dice que las suposiciones diagnósticas se inclinan con más frecuencia hacia la psicosis maniaco-depresiva, luego a los episodios delirantes de los débiles mentales, y en tercer lugar a la confusión mental. En el primer caso, si el cuadro presenta algún síntoma de la serie maniaco-depresiva, es probable que la tendencia de la evolución sea más bien hacia la remisión, de acuerdo con la característica general de esta última psicosis. En lo que se refiere a los episodios delirantes, ya insinuamos que a pesar de la intelectualidad baja de estos pacientes, las regresiones de los cuadros de tipo esquizofrénico eran frecuentes. Igual cosa pensamos de las esquizofrenias con la apariencia clínica de confusión mental, que por lo demás se instalan con frecuencia en forma brusca. En los cuadros con apariencia histeriforme, parece que el pronóstico debiera ser favorable, pero no tenemos en este sentido experiencia suficiente para dar una opinión. En cambio en los pacientes cuya psicosis al comienzo lleva a pensar en un estado neurasteniforme, hemos observado que en repetidas ocasiones hacen esquizofrenias con escasa sintomatología, pero de curso progresivo.

Basándonos en las regresiones obtenidas con el uso de la insulina, el cardiazol y el electroshock, y tomando en cuenta las diversas formas clínicas, los mejores porcentajes de remisión los hemos observado en las catatonias. Las formas paranoídeas, que espontáneamente remiten rara vez en los enfermos por nosotros observados, ocupan el segundo lugar entre los remitidos a base de los tratamientos chocantes. Vienen luego las formas hebefrénicas y solo en último término las simples, que ocupan el primer lugar en la lista de las remisiones espontáneas.

Serían pues, desde este punto de vista, datos para formular mejor pronóstico, las esquizofrenias de forma actatónica y paranoídea.

Factor importante en estos tratamientos, es la mayor dedicación que los pacientes reciben de parte del médico y la psicoterapia que en cualquiera de sus múltiples formas se realiza habitualmente en estos casos.

Respecto a la evolución de la psicosis, nos remitimos a lo ya dicho al presentar el cuadro correspondiente. Por lo demás, el juicio pronóstico tiene mayor interés al comienzo, cuando no ha corrido todavía el tiempo suficiente para tomar en cuenta este factor.

Siendo evidente que las terapias chocantes, combinadas con psicoterapia, han aumentado considerablemente el porcentaje de remisiones en cualquiera de sus formas, aunque no siempre definitivas, y como por otra parte está ampliamente demostrado que estos tratamientos son tanto más eficaces cuanto más al comienzo de la psicosis se inicien, debemos concederle gran valor pronóstico a su realización con la oportunidad debida. Además, algunos elementos de importancia pronóstica deben valorizarse en forma diferente cuando el enfermo es sometido a tratamiento chocante, como lo hemos hecho notar en parte al hablar de las formas clínicas.

Al referirnos ahora a los síntomas en si mismos, hemos encontrado con alguna frecuencia en los casos graves la interceptación del pensamiento, muy manifiesta desde el comienzo, y las alteraciones de la autoscopía corporal. Pero no nos parece que los síntomas aislados tengan en general gran importancia pronóstica. Es el conjunto del cuadro, la impresión global, ese algo que intuíamos hace años sin poder entonces especificar el por qué de los pronósticos favorables que hacíamos, lo que realmente interesa para for-

mular una hipotesis pronóstica. El examen de aquellos casos y de otros que después hemos tenido ocasión de observar, nos induce a enunciar las razones por las cuales hacíamos buen pronóstico. Ellas son: sintomatología abundante, rica, ruidosa; variabilidad de algunos síntomas y mejores posibilidades de comprensión, de penetración o empatía con el paciente.

En algunos de estos casos, talvez en un 5%, observamos que desde las primeras semanas los enfermos llegan al gatismo; siempre en estos pacientes hemos observado una regresión completa.

En cambio cuando el conjunto sintomático es pobre, rígido, invariable, con esa característica expresión facial de que hay algo más de lo que se ve, de ambivalencia expresiva, entonces tendremos otro elemento para un pronóstico desfavorable.

Por fin, la abundancia de síntomas orgánicos, tanto neurovegetativos como metabólicos y circulatorios nos inducen a pensar en un pronóstico serio. Encontramos esta sintomatología especialmente en los leptosómicos exagerados.

Profundamente convencidos de que no hay un solo elemento de juicio seguro para sentar una hipotesis pronóstica en los sintomatismos esquizofrénicos, estamos obligados a considerar todos los factores de mayor o menor importancia en cada caso particular, valorizándolos también en función uno de otro en cada enfermo, para poder colocarnos en condiciones de emitir juicios pronósticos de algún valor. Después de lo anteriormente expuesto cabe preguntarnos si en la actualidad estamos en condiciones de formular un pronóstico seguro. La práctica nos enseña que la evolución en buen número de casos confirma ampliamente el pronóstico; pero no podemos negar que también en ocasiones el tiempo se encarga de demostrar nuestro error. Los múltiples factores que entran en juego con sus infinitas posibilidades de interrelación unidos a elementos que seguramente aún desconocemos, nos llevan a concluir que el pronóstico de la esquizofrenia puede ofrecer serias dificultades al comienzo de la psicosis.

De allí que, como insinuamos al comienzo de esta exposición, veríamos con agrado que entre varios psiquiatras de diversos países americanos, se realizara un trabajo de envergadura a base de historiales clínicos estandardizados y con un minucioso estudio de los elementos que puedan contribuir a sentar bases pronósticas mas seguras.

* * *

SECCION CONTROL
Y
CATALOGACION
BIBLIOTECA NACIONAL

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCION CHILENA

VISITACION
de IMPRENTAS y BIBLIOTECAS
JUN 20 1945
DEPOSITO LEGAL