

Tratamiento insulínico y electroconvulsivante: Estudio comparativo en pacientes esquizofrénicos paranoides

Por los Dres.:

RICARDO GONZALEZ MENENDEZ,³⁰ ISABEL DONAIRE CALABUCH³¹

Alumnos:

CESAR AVILA, ARACELIS CARRILLO, NILDA FERNANDEZ, MARIA E. GRASSET, INOCENCIO FERNANDEZ, MILAGROS PEINADO, DALGIS PEÑA, LUIS RIZO³²

González Menéndez, R. et al. *Tratamiento insulínico y electroconvulsivante: Estudio comparativo en pacientes esquizofrénicos paranoides*. Rev Cub Med 15: 1, 1976.

Se plantea que el seguimiento, durante tres años, de pacientes esquizofrénicos paranoides tratados en su primer brote con insulina o electroshock, asociado a neurolépticos y psicoterapia de apoyo, no evidenció diferencias de significación en cuanto al número de nuevos brotes y adaptación laboral.

El enriquecimiento del arsenal terapéutico psiquiátrico ocurrido al incorporarse el tratamiento insulínico (*Sakel*, 1933) y el electroconvulsivante (*Cerletti y Bini*, 1938) fue seguido de lógicas inquietudes acerca de la efectividad comparativa de ambos recursos: desde entonces a la fecha, aparecieron múltiples trabajos en los que se trató de evaluar este aspecto, tanto en la época previa a la utilización de los neurolépticos (*Delay*, 1952) como después.¹

Los resultados más concluyentes parecen ser aquéllos que fueron obtenidos mediante el seguimiento de pacientes tratados con ambos recursos, en los que se apreciaron efectos similares durante los dos, cinco, ocho y doce

años de evolución de la enfermedad.

La circunstancia de asistir a pacientes psiquiátricos en una institución donde indistintamente se utiliza la insulina o el electroshock, como tratamiento somático en el primer brote de esquizofrenia paranoide, nos llevó a interesarnos por los resultados comparativos de estos tratamientos en nuestro medio.

MATERIAL Y METODO

Treinta pacientes esquizofrénicos paranoides tratados, en su primer brote, con insulina, neurolépticos y psicoterapia: y treinta tratados con TEC, neurolépticos y psicoterapia fueron seguidos para conocer la evolución de su enfermedad, durante tres años después de su alta y al valorarse los resultados del tratamiento por los brotes ocurridos en ese período, se concluyó que habían aparecido síntomas determinantes de

³⁰ Instructor de psiquiatría. Hospital Provincial Santiago de Cuba.

³¹ Residente de psiquiatría. Hospital Provincial Santiago de Cuba.

³² Alumno del curso de ergoterapia.

incapacidad laboral y social, temporal, y que requerían tratamiento especializado.

La evolución en cuanto a la incapacidad laboral, y la continuidad del tratamiento, después del alta, también fueron valorados en ambos grupos de pacientes.

Se seleccionaron pacientes masculinos, cuyo primer brote ocurrió en edades comprendidas entre 18 y 38 años, y se les administró, como tratamiento institucional en nuestro servicio, insulina en dosis límites de 20 a 40 comas, TEC en dosis de 10 a 15 sesiones y psicoterapia de apoyo durante dicho brote. Los pacientes fueron seleccionados por orden sucesivo de aparición al revisarse el tarjetero de egresos, y seguidos mediante encuesta realizada, con visitas a su domicilio y entrevistas al paciente, familiares y organismos de masa de la cuadra.

RESULTADOS

Fueron localizados 24 pacientes en cada grupo, y se distribuyó el resto para otro grupo, formado por pacientes con cambios de dirección no conocida y traslados a otra ciudad.

Características de los grupos estudiados al momento de su ingreso o por el primer brote.

Distribución por edades	Insulina	TEC
18 a 22 años	11	3
23 a 27 ..	2	6
28 a 32 ..	5	8
33 a 38 ..	6	7

Distribución según estado civil	Insulina	TEC
Soltero	16	21
Casado o acompañado	6	3
Divorciado	2	0

Distribución según escolaridad	Insulina	TEC
Analfabeto	1	2
Primero a tercer grados	0	2
Cuarto a sexto grados	9	11
Secundaria	9	3
Preuniversitario o tecnológico	4	6
Universitario	1	0

Distribución según profesión	Insulina	TEC
Desocupado	8	4
Estudiante	0	1
Trabajador no técnico	12	15
Trabajador técnico	4	4

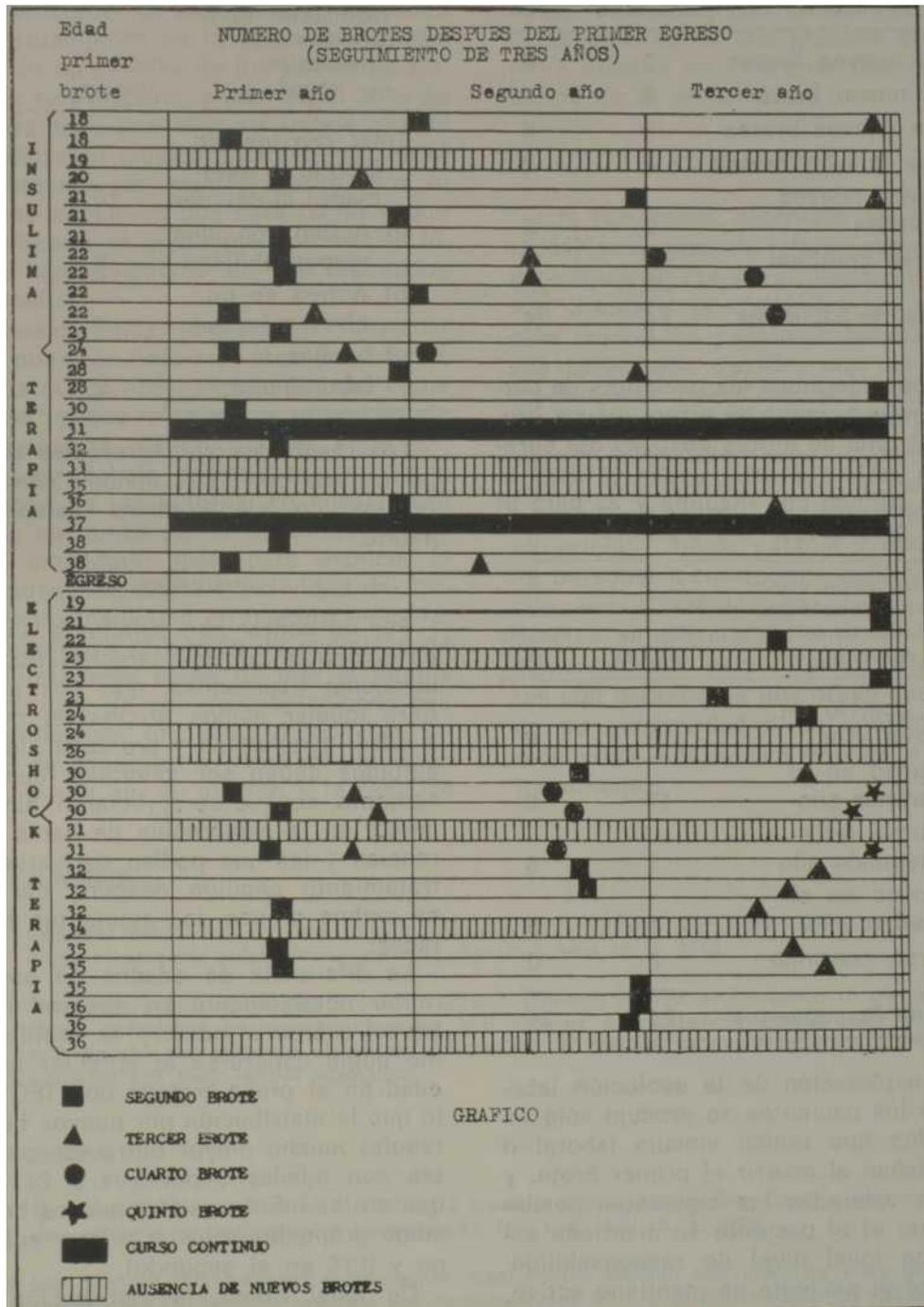
Nota:

El criterio seguido. Para programar el trabajo técnico se siguió el criterio de crear un curso especializado con duración no menor de un año, sobre una escolaridad mínima de sexto grado.

Aparición de nuevos brotes después del egreso

El gráfico siguiente, expresa la evolución durante los tres años de seguimiento; en el mismo se utilizó la siguiente simbología: la línea de rayas verticales indica la ausencia de brotes, después del egreso; la línea negra indica los pacientes que han seguido un curso continuo; el cuadrado señala el segundo brote; el triángulo, el tercer brote; el círculo, el cuarto brote; y la estrella, el quinto.

El estudio comparativo llevado a un cuadro resumen daría estos valores:



Distribución según brotes después del egreso inicial	Insulina	TEC
Sin nuevos brotes	3	6
Un nuevo brote	9	9
Dos nuevos brotes	6	6
Tres nuevos brotes	4	0
Cuatro nuevos brotes	0	3
Curso continuo	2	0
	—	—
Total de pacientes	24	24

Si consideramos los pacientes de curso continuo, como de cinco nuevos brotes, el total de brotes después del egreso en ambos grupos, sería: 44 para el grupo tratado con insulina y 23 para el grupo tratado con electroshock.

Distribución según fecha de aparición del primer nuevo brote	Pac. de Insulina	Pac. de TEC
No ocurrió en tres años	3	6
Ocurrió en el primer año	17	6
Ocurrió en el segundo año	1	6
Ocurrió en el tercer año	1	6
Curso continuo	2	0
	—	—
Total de pacientes	24	24

La exploración de la evolución laboral de los pacientes se produjo sólo en aquéllos que tenían vínculo laboral o estudiaban al ocurrir el primer brote, y fueron valoradas las siguientes posibilidades: a) el paciente se mantiene activo en igual nivel de responsabilidades; b) el paciente se mantiene activo, pero en un nivel laboral más bajo; c) el paciente está incapacitado para trabajar en centros ordinarios, por lo que

Distribución según evolución laboral	Insulina	TEC
Total con vínculo laboral o estudiantil al debutar	16	20
a) Activo con igual responsabilidad	8	11
b) Activo en un nivel más bajo	5	9
c) Invalidado laboralmente	2	0

Los resultados son favorables al grupo tratado con TEC, aunque con diferencias no significativas estadísticamente.

DISCUSION

Por no contar con suficiente número de pacientes con las características de selección expresadas, que nos permitiera igualar ambos grupos en cuanto a edad, escolaridad y profesión, los resultados deben ser valorados cuidadosamente, aunque se apreciaron, sin embargo, en la exploración de estas diferencias y las que podían derivarse del tratamiento seguido después del alta en ambos grupos, los siguientes resultados:

La diferencia de edades no pareció influir notablemente en nuestra muestra en cuanto al número de brotes, como podía esperarse al apreciar mayor edad en el grupo tratado con TEC, por lo que la distribución por nuevos brotes resultó mucho mayor entre los pacientes con edades superiores a 24 años que en las inferiores (1,7 nuevos brotes como promedio entre el primer subgrupo y 0,75 en el segundo).

De igual forma, la distribución por nuevos brotes en pacientes con escolaridad menor o mayor de secundaria fue similar en ambos grupos, y la ma

yor escolaridad —factor favorecedor del pronóstico— correspondía al grupo tratado con insulina.

Finalmente, el seguimiento adecuado del tratamiento en la etapa interbrotes ocurrió en el 60% de los pacientes tratados con insulina, y sólo en el 20% de los tratados con TEC; en ambos grupos se utilizaron iguales neurolépticos en el tratamiento de mantenimiento, por lo que se consideró que este factor —que favorecería al grupo insulínico— no influye negativamente en los resultados obtenidos.

Consideramos importante destacar que nuestros enfermos tratados con insulina nunca pasaron más allá del coma medio, y que el número promedio de tratamientos insulínicos por enfermo⁷ está por debajo del que preconizan la mayoría de los autores. En nuestro criterio, sin embargo, el factor que debemos considerar más, para explicar la relativamente pobre efectividad del tratamiento insulínico en nuestra muestra, lo constituye el tiempo de evolución de la enfermedad antes de que la familia se percate de sus manifestaciones psicopatológicas iniciales, ya que las fechas de comienzo a veces las informan mal, o sea, no se ajustan a

la realidad y aparece dicho comienzo como si hubiera ocurrido más tarde. Ello, como es lógico, afecta los resultados que deben obtenerse con la administración de la insulina, la que produce sus mejores efectos en el primer año de evolución de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestra muestra no parecen reflejar diferencias evolutivas en cuanto al número de nuevos brotes y posibilidades de adaptación laboral en pacientes esquizofrénicos paranoides tratados con insulina o electroshock como recursos somáticos, y se sugiere que al valorar el planeamiento terapéutico ante pacientes de estas características, se recuerde la mayor frecuencia y gravedad de complicaciones, mayor estadía y necesidad de personal técnicamente calificado, ya que son elementos que deben considerarse en el tratamiento insulínico, recomendándose este recurso en pacientes con garantía de una breve evolución de su enfermedad o en aquéllos que respondan desfavorablemente a otros tratamientos.

SUMMARY

González Menéndez, R. et al. *Insulin and electroconvulsive treatments: A comparative study of paranoid schizophrenic patients*. Rev Cub Med 15: 1, 1976.

The 3-year follow up of paranoid schizophrenic patients treated with insuline or electroshock associated to neuroleptic drugs and support psychotherapy during their first episode did not evidence significant differences in respect to the number of further episodes and their laboral adaptation.

RESUME

González Menéndez, R. et al. *Traitement a insuline et avec électrochoc. Etude comparative des patients schizophrènes et paranoïaques*. Rev Cub Med 15: 1, 1976.

Les patients schizophrènes paranoïaques étant traités pendant leur première crise avec insuline ou électrochoc, associés aux neuroleptiques et à la psychothérapie de soutien n'ont montré de différences notables au cours de 3 ans de poursuite, en ce qui concerne le nombre de nouvelles crises ni dans leur adaptation au travail.

rOH33JI63 MeH6Hfle3 P. , Z flP- IIHCyjIZHOBOe JIEHeHZe Z 3JieKT^2^?u®X^13^D^ Bt^ ^1
mzfl:cpaBHHTejibHoe z3yneHze y óojibhhx napaHOZ.£3Jii>HUM uiz30\$peHH/i. Rev
Cuo

Med 15:1,976.

CKaxecTCfi.MTO zsy^eHze ,B TeneHze TpeX JIST napaHOZ.ttHux ÓOJIBHHX uin30\$pe-
Hzeft,jie-qzBmne nocjie nepBOii Kpzcuo3 zHcyjinnoM ZJIZ ajieKTpocKonoM ,acco- uzpoBaHHux
HeBpojieKTZKaMM z nc3xoTepanzett HG nonasaji 0oJIBUIZX pa3H3y b ■qz3cie HOBHx KPZCHCOB z
paÓoMeii aaiiiTauzeñ.

BIBLIOGRAFIA

1. *Kalinowski, L. y Hoch, P.* Somatic treatment in psychiatry. Gruñe and Straton, New York, USA, 1961.
2. *Bellak, L.* Esquizofrenia. Ed-Hader, Barcelona, España, 1962.