

# Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora

## Schizophrenia: the Complexity of one Distressing Disease

Daniela Campero-Encinas<sup>1</sup>, Henry Campos-Lagrava<sup>1</sup>, Lic. Marcela Campero Encinas<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Estudiantes de 5<sup>o</sup> año de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia

<sup>2</sup>Docente de la cátedra de Fundamentos de Enfermería, Instituto Profesional "San Ignacio". Cochabamba, Bolivia

**Correspondencia a:**

Daniela Campero Encinas  
denieru\_isha@hotmail.com

**Palabras claves:** esquizofrenia, trastornos psicóticos, alucinaciones

**Keywords:** schizophrenia, psychotic disorders, hallucinations

### RESUMEN

El término psicótico hace referencia a ideas delirantes y alucinaciones, que se presentan en ausencia de conciencia. Por tanto, se definió al trastorno psicótico como la pérdida de las fronteras del ego, con un grave deterioro de evaluación de la realidad.

Dentro de este trastorno encontramos: la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve. Todos caracterizados por ideas delirantes, alucinaciones (visuales, auditivas, somáticas), catatonía, y alteración grosera del juicio.

A pesar de conseguir avances importantes en el conocimiento de la esquizofrenia, éste sigue siendo la "caja de Pandora" dispuesta a conservar sus enigmas, sin importar los intentos que se hacen para revelarlos, como una enfermedad fascinante. En esta fascinación decidimos realizar este artículo, para comprender su clínica, etiología, pronóstico, evolución y sus consecuencias desoladoras a nivel personal, social y laboral, no solo en los pacientes sino también en sus familia y en la sociedad en general.

### ABSTRACT

The term psychotic in its narrow definition refers to gross delusions and hallucinations that occur in the absence of awareness of its pathological nature. Therefore defined the psychotic disorder and the loss of ego boundaries with severe impairment of reality testing.

In psychotic disorders are schizophrenia, schizophreniform disorder, schizoaffective disorder and brief psychotic disorder. All are characterized by the presence of delusions, hallucinations any this manifest may be visual, auditory or somatic, speech and disorganized or catatonic behavior in addition to gross alteration of the trial.

Although in recent years significant progress was made in the understanding of schizophrenia in three major fields such as: neuroimaging, research on atypical antipsychotics and psychosocial factors that influence this disorder, schizophrenia remains the "Pandora's box" ready to keep your puzzles no matter the vain attempts are made to try to reveal them, if it is worth making the term in a disease other fascinating. It is this fascination that we decided to make this article to understand such a complex disease in the clinic, etiology, prognosis and evolution and has devastating consequences at the personal, social and work not only patients but also their families and society in general.

### INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno psicótico que persiste durante 6 meses, incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, catatonía y síntomas negativos). Esta enfermedad se asocia a una marcada disfunción personal, social y laboral condicionando la dependencia del paciente hacia terceras personas y una inversión económica para familiares y para el estado<sup>1</sup>.

### EPIDEMIOLOGÍA

#### Edad y sexo

La prevalencia es la misma en hombres y mujeres. Sin embargo, ambos sexos difieren en el curso e inicio

de la enfermedad. En los hombres la edad de inicio está entre los 15 y 25 años y en las mujeres entre los 25 y 35 años por lo que el pronóstico en las mujeres es más favorable<sup>1</sup>.

#### Estacionalidad del nacimiento

Las personas que desarrollan este trastorno es más probable que hayan nacido en invierno o principios de primavera, varias hipótesis se han formulado para explicar esta observación. Una de ellas aboga por la existencia de un virus o cambio dietético como factor de riesgo<sup>1</sup>.

#### Suicidio

Es una causa frecuente de muerte entre los pa-

Recibido para publicación:

24 de Agosto de 2009

Aceptado para publicación:

18 de Octubre de 2009

Citar como:

Rev Cient Cienc Med 2009;12(2):  
32-37

cientes con esquizofrenia, aproximadamente el 10% de los sujetos que la padecen se suicidan siendo sus principales factores de riesgo: el sexo masculino, edad inferior a 30 años, síntomas depresivos, desempleo y un alto nivel de funcionamiento premórbido (especialmente los universitarios)<sup>1</sup>.

Consumo y abuso de sustancias asociadas.- Una gran parte de los pacientes esquizofrénicos consumen cigarrillos, alcohol y *cannabis*<sup>1</sup>.

## ETIOLOGÍA

La etiología de esta enfermedad es incierta, pero se han descrito factores que influyen en su desarrollo.

### Factores genéticos

Variaciones de la secuencia de ADN dentro de la región cromosómica 22q11 asociado con el síndrome de DiGeorge probablemente confieren cierta susceptibilidad a sufrir trastornos psicóticos. La hiperprolinemia asociada a supresión de prolina deshidrogenasa, es un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno esquizoafectivo<sup>2</sup>.

### Alteraciones bioquímicas

La hipótesis dopaminérgica establece que una excesiva actividad de este neurotransmisor en LCR, sería responsable de algunos síntomas positivos. En la aparición del resto de los síntomas, se trata de implicar a otros neurotransmisores como, serotonina, noradrenalina y el GABA<sup>3</sup>.

Estudios postmortem del cerebro han demostrado déficit de GABA en personas esquizofrénicas. Existe también disminución de las interneuronas inhibitorias, enzimas que sintetizan el transmisor inhibitorio ácido-amino butírico, neuropéptidos como somatostatina y colecistocinina. Además de estos cambios hay una pérdida de dendritas y axones que conectan a las neuronas entre sí, lo que refleja el fracaso de las neuronas piramidales e inhibitorias para formar la conexión sináptica<sup>4,5</sup>.

### Factores psicosociales

La teoría psicoanalítica de Freud postuló que la esquizofrenia es el resultado de fijaciones en el desarrollo y que un “yo” defectuoso contribuía a los síntomas de la esquizofrenia. Muchas de las ideas de Freud referentes a la esquizofrenia eran pintorescas debido a su falta de conocimiento de pacientes esquizofrénicos. Por el contrario Harry Stack Sullivan sometió a los pacientes esquizofrénicos a psicoanálisis intensivos y concluyó que el trastorno era el resultado de dificultades interpersonales tempranas, particularmente las relacionadas con cuidados maternos defectuosos o

ansiosos<sup>6</sup>.

## Neuropatología

Se ha evidenciado alteraciones en el funcionamiento de los lóbulos frontales, tanto en pruebas neuropsicológicas como en pruebas de neuroimagen (descenso de la perfusión en dichos lóbulos en la SPECT e hipometabolismo en la PET<sup>3</sup>.

Se observa también dilatación del tercer ventrículo y de ambos ventrículos laterales, existe además pérdida de la simetría cerebral normal y cambios en la densidad neuronal. Disminución del tamaño de regiones cerebrales como el hipocampo, amígdala, circunvolución parahipocámpal con afectación en algunos casos de los ganglios basales. Otros hallazgos anormales como desinhibición en los movimientos oculares e incapacidad para la persecución visual lenta.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos categorías: los positivos y los negativos.

### Síntomas positivos

Incluyen: distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), de la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico)<sup>1</sup>.

Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la “dimensión psicótica” incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la “dimensión de desorganización” incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados<sup>1</sup>.

Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias.

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales y características de la esquizofrenia.

El pensamiento desorganizado ha sido considerado por algunos autores como la característica simple más importante de la esquizofrenia.

El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto salta de un tema a otro (“tangencialidad”); y, en raras ocasiones el lenguaje puede estar gravemente desorganizado.

El comportamiento altamente desorganizado pue-

#### Abreviaciones y acrónimos utilizados en este artículo:

**ADN** = Acido desoxirribonucleico

**GABA** = aminoácido ácido gamma-amino-butírico

**LCR** = Líquido cefalorraquídeo

**PET** = Tomografía por emisión de positrones

**SPECT** = Tomografía por emisión de foton único

### Crterios

<b>A. Síntomas característicos</b>	Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos.
<b>B. Disfunción social/laboral</b>	Desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo.
<b>C. Duración</b>	Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses.
<b>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo</b>	El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa.
<b>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica</b>	El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
<b>F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo</b>	Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes.

Cuadro 1: Criterios diagnósticos DSM IV para la esquizofrenia

de manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin.

### Síntomas negativos

Comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia)<sup>3</sup>.

El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente (p. ej., llevando varios abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso) o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (p. ej., masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (p. ej., gritar o insultar).

## DIAGNÓSTICO

### Criterios diagnósticos DSM-IV para los subtipos de esquizofrenia

Ver Tabla 1.

### Criterios diagnósticos DSM-IV para la esquizofrenia

Ver Tabla 2.

### Hallazgos de la exploración física

Varios de los pacientes que padecen esta enfermedad son físicamente torpes y presentan “signos neurológicos menores” como confusión derecha/izquierda, coordinación pobre o movimientos en espejo. Probablemente el hallazgo más comúnmente asociado sean las anomalías motoras, la mayoría de éstas se relacionan con los efectos secundarios del tratamiento antipsicótico e incluyen: discinesia tardía, parkinsonismo, acatisia, distonía y síndrome neuroléptico maligno todos ellos inducidos por neurolépticos.

Otros hallazgos físicos están relacionados con trastornos asociados.

### Hallazgos de laboratorio

No se han identificado hallazgos de laboratorio que sirvan para diagnosticar la esquizofrenia, sin embargo algunos son anormales en grupos de sujetos con esquizofrenia.

También se encuentran datos de laboratorio anormales tanto por las complicaciones de la esquizofrenia como de su tratamiento. Algunos sujetos esquizofrénicos beben cantidades excesivas de líquidos y desarrollan alteraciones de la densidad de la orina o del equilibrio electrolítico. Una elevación de la creatinofosofinasa puede ser consecuencia del síndrome neuroléptico maligno.

### Diagnóstico diferencial

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con: trastornos psicóticos debido a enfermedades médicas, trastorno mental orgánico (demencia y delirium), trastorno psicótico inducido por sustancias (anfetaminas o cocaína)<sup>1</sup>.

El diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y trastorno delirante se basa en la naturaleza de las ideas delirantes (no extrañas en el trastorno delirante) y en la ausencia de otros síntomas característicos de la esquizofrenia (p. ej., alucinaciones, lenguaje o comportamiento desorganizado o síntomas negativos manifiestos).

Se debe realizar diagnóstico diferencial con los trastornos generalizados del desarrollo (p. ej., trastorno autista) debido a que comparten alteraciones del lenguaje, la afectividad y el contacto interpersonal, la diferencia radica en la edad de inicio (el autismo se detecta durante la niñez o la primera infancia mientras que en la esquizofrenia el inicio tan temprano es raro)<sup>1</sup>.

La esquizofrenia comparte características y puede ir precedida de trastornos esquizotípico, esquizoide o paranoide de la personalidad, debido a esto se debe

realizar un diagnóstico diferencial con todas ellas<sup>3</sup>.

## CURSO

La edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de la misma en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica manifestada por el lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas (p. ej., aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o el trabajo, deterioro de la higiene y el aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira). Sin embargo, en un momento dado, la aparición de algún síntoma de la fase activa califica el trastorno como una esquizofrenia<sup>6</sup>.

La mayoría de los estudios del curso y la evolución de la esquizofrenia sugieren que el primero es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos.

Probablemente, la remisión completa (es decir, el retorno total al nivel premórbido) no es habitual en este trastorno. De los que siguen presentando la enfermedad, algunos parecen tener un curso relativamente estable, mientras que otros muestran un empeoramiento progresivo asociado a una incapacidad grave<sup>6</sup>.

Puesto que estos síntomas positivos son especialmente sensibles al tratamiento, suelen disminuir, pero en muchos sujetos los síntomas negativos persisten entre los episodios de síntomas positivos. Se ha sugerido que los síntomas negativos pueden volverse progresivamente más acusados en algunos sujetos a lo largo del curso de la enfermedad<sup>6</sup>.

## PRONÓSTICO

Es una enfermedad incapacitante en la mayoría de los casos y sigue la “regla de los tercios”: un tercio de los pacientes tiene un pronóstico relativamente bueno, un tercio tiene un pronóstico intermedio y por lo general necesitan un soporte para su integración social y el tercio restante tienen un muy mal pronóstico precisando recursos residenciales a largo plazo<sup>6</sup>.

## TRATAMIENTO

### Tratamiento psico-social

Las intervenciones psicosociales están encaminadas a mejorar las relaciones interpersonales y dotar al paciente y a la familia de estrategias para lograr la rehabilitación del déficit cognoscitivo y del aislamiento social que produce la esquizofrenia. Deben, brindar apoyo, al paciente, familiares y cuidadores,

### Criterios para subtipos

<b>Tipo Paranoide</b>	A: preocupación por una o más ideas delirantes o alucinatorias auditivas frecuentes. B: no hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.
<b>Tipo Desorganizado</b>	A: predominan: lenguaje y comportamiento desorganizado y afectividad aplanada o inapropiada. B: no se cumplen los criterios para el tipo catatónico.
<b>Tipo Catatónico</b>	Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas: 1)Inmovilidad motora manifiesta por catalepsia (inducida la flexibilidad cérea) o estupor. 2)Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos). 3)Negativismo extremo o mutismo. 4)Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas. Ecolalia o ecopraxia.
<b>Tipo Indiferenciado</b>	Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumplen los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico..
<b>Tipo Residual</b>	A: Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento desorganizado. B: hay manifestaciones continuas de alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de forma atenuada (por ejemplo: creencias raras o experiencias perceptivas no habituales)

Tabla 2: Criterios diagnósticos DSM IV para los subtipos de esquizofrenia

para afrontar la discriminación y el rechazo.

**Programas de psicoeducación:** Debe ser capaz de desarrollar en el paciente y en sus familiares técnicas y estrategias para identificar síntomas y circunstancias que estén relacionadas con las recaídas clínicas o con comportamientos de alto riesgo.

### Intervenciones psicosociales de tipo individual

*Terapia psicodinámica:* eficaz en casos individuales, no ha mostrado disminuir las recaídas clínicas ni las readmisiones hospitalarias.

*Terapia de apoyo.*

*Manejo de caso:* disminuir promedios de estancia hospitalaria y el número de nuevas hospitalizaciones<sup>8</sup>.

*Entrenamiento en habilidades sociales*

*Rehabilitación vocacional:* encaminada a disminuir el déficit cognoscitivo y a ayudar al paciente a encontrar un empleo que se ajuste a sus necesidades<sup>7</sup>.

### Terapia cognoscitiva y comportamental

El objetivo es reducir la intensidad de los delirios y de las alucinaciones en el paciente que no ha me-

orado con el tratamiento farmacológico, y promover su participación activa en la reducción de los riesgos de recaída clínica y de los niveles de desadaptación social<sup>8</sup>.

**Rehabilitación cognoscitiva:** el objetivo es prevenir las recaídas clínicas<sup>8</sup>.

**Cambios en el contenido cognoscitivo:** aumentan la habilidad del paciente para afrontar los síntomas psicóticos residuales pero no reducen la posibilidad de recaída clínica.

**Intervenciones psicosociales en la familia:** la familia del paciente con esquizofrenia, con frecuencia, debe asumir privaciones económicas, aislamiento social y sobrecarga psicológica, además del estrés que ocasionan los síntomas psicóticos, las crisis de agitación y las hospitalizaciones.

Los programas de intervención familiar comprenden sesiones educativas, información sobre la etiología, curso, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, identificación de las causas estresantes relacionadas con las recaídas clínicas, identificación de las respuestas emocionales de los familiares ante el diagnóstico y el comportamiento del paciente, obtención de expectativas reales, mejoramiento de la comunicación intrafamiliar, entrenamiento en solución de conflictos y empleo de técnicas cognoscitivas comportamentales<sup>8</sup>.

A menudo es necesaria la hospitalización, sobre todo cuando el comportamiento del paciente muestra una gran desorganización.

### Tratamiento farmacológico

**Indicaciones clínicas:** los antipsicóticos se utilizan para tratar todas las formas de esquizofrenia. El índice de mejoría es cercano al 80%. Es posible que los pacientes cuyos síntomas conductuales empeoren con el uso de antipsicóticos tengan algún trastorno orgánico no diagnosticado, como toxicidad por anticolinérgicos<sup>7</sup>.

Es posible que en los casos resistentes se necesite el uso concomitante de litio, carbamazepina o ácido valproico<sup>7</sup>.

**Formas y patrones de dosificación:** los fármacos antipsicóticos incluyen los neurolépticos típicos así como nuevos neurolépticos atípicos.

### Típicos

**Clorpromazina:** antagonista de los receptores dopaminérgicos  $D_2$  y similares ( $D_3$  y  $D_5$ ), induce la reducción de la transmisión neuroléptica en el cerebro anterior. También bloquea los receptores serotoninérgicos  $5-HT_1$  y  $5-HT_2$  lo que induce efectos ansiolíticos y anti agresivos y una atenuación de los efectos extrapiramidales. Finalmente, produce efectos an-

tidepresivos y antiparkinsonianos, aunque también es el responsable de la agitación psicomotora y de la amplificación de la psicosis que a veces se observa en la clínica<sup>9</sup>.

**Haloperidol:** es la única butirofenona de uso frecuente en la psiquiatría, que tiene acción muy similar a las fenotiazinas. Produce una eficaz sedación psicomotriz, que explica el favorable efecto que produce en manía y otros síndromes de agitación.

### Atípicos

Son fármacos neurolépticos de mejor actividad, entre estos tenemos:

**Olanzapina:** bloqueador potente de los receptores muscarínicos, colinérgicos,  $5-HT_2$  y dopaminérgicos  $D_1$ ,  $D_2$  y  $D_4$ . Las dosis altas de olanzapina (12.5 a 17.5 mg) parecen ser más eficaces que las dosis bajas. Está disponible en una forma oral soluble para pacientes que no toleran la administración oral estándar, y en forma inyectable para el tratamiento de la agitación aguda relacionada con la esquizofrenia. La olanzapina conlleva una incidencia mucho menor de reacción distónica que el haloperidol y tal vez es menos probable que cause discinesia tardía. Sus efectos secundarios más frecuentes incluyen: cefalea, somnolencia, agitación, nerviosismo, insomnio, mareo y aumento de peso considerable<sup>9</sup>.

**Quetiapina:** es un neuroléptico que ejerce mayor bloqueo de los receptores  $5-HT_2$  que de los  $D_2$ , así como afinidad relativamente alta a los receptores adrenérgicos  $\alpha_1$  y  $\alpha_2$ . Es muy eficaz para tratar síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia con menos efectos secundarios extrapiramidales.

**Aripiprazol:** es el primer neuroléptico que estabiliza la dopamina<sup>10</sup>.

### CONCLUSIONES

La esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por sus manifestaciones clínicas y algunas alteraciones específicas en estudios de imagen como la tomografía y la resonancia magnética, además ocasiona una grave disfunción a nivel personal, social y laboral, convirtiendo al paciente en un ser dependiente incapaz de desempeñarse y realizarse por sí solo, por estas razones se debe realizar un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento de estos pacientes para así disminuir sus efectos desoladores.

### REFERENCIAS

1. Kaplan I. Harold, Sadock J. Benjamin: **Esquizofrenia**. En: SKaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. 8ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001. 279 - 321 p.

2. Jacquet H, Demily C, Houy E, Hecketsweiler B, Bou J, Raux G, et al. **Hyperprolinemia is a risk factor for schizoaffective disorder.** *Mol Psychiatry* 2005; 10(5): 479-85.

3. Psiquiatría. En Manual CTO 6ª edición. Madrid. McGraw-Hill. 2005:23-7

4. Addington AM, Gornick M, Duckworth J, Sporn A, Gogtay N, Bobb A, Greenstein D, et al. **GAD1 (2q31.1), which encodes glutamic acid decarboxylase (GAD67), is associated with childhood-onset schizophrenia and cortical gray matter volume loss.** *Molecular psychiatry* 2005; 10: 581-8.

5. Freedman R. **Schizophrenia.** *N Engl J Med* 2003; 349(18): 1738-49.

6. Kaplan I. Harold, Sadock J. Benjamin: **Esquizofrenia.** En: Síntesis de Psiquiatría. 8ª edición. 519- 56.

7. Stuart J. Eisendrath, MD, Jonathan E. Lichtmacher, MD: **Trastornos Psiquiátricos.** En: Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis. **Diagnóstico Clínico y Tratamiento** (traducción de la 46ª edición en inglés). Mexico D.F.; Mc Graw/Hills Companies. 2007. 1081- 7.

8. Jorge Telléz – Vargas: **Tratamiento Psicossocial de la Esquizofrenia.** Disponible en: [www.psiquiatriabiologica.org](http://www.psiquiatriabiologica.org)

9. Rosenbloom M. Chlorpromazine and the psychopharmacologic revolution, *JAMA*: 2002 Apr 10; Vol. 287 (14), pp. 1860-1

10. Mota Neto JS, Silva de Lima M, Soares B, Silveira da Mota Neto JI, Silva de Lima M. et al: **Amisulprida para la esquizofrenia.** *Cochrane Plus* 2008. 3.

## Fe de erratas

**Caso clínico 1-2009: Miomectomía durante el embarazo.** *Revista Ciencia Médica* 2009, volumen 12. Número 1:14-7—En el texto, en la primera oración del primer párrafo (página 14), usted debió haber leído, “Los miomas, leiomiomas o fibromiomas son tumores benignos”; en la tercera oración del primer párrafo debió haber leído, “siendo más frecuente en el grupo etario de 35 a 50 años<sup>2,4</sup>”; en el sexto párrafo (página 15), usted debió haber leído, “compresión de órganos vecinos como ser: vejiga, uréteres y recto, entre otros<sup>2</sup>”.

Bajo el título de “Presentación del caso”, en la primera oración del octavo párrafo (página 16), debió haber leído, “La evolución postquirúrgica fue satisfactoria, se mantuvo el embarazo con evolución favorable”. En el segundo párrafo bajo el título de “Discusión” (página 17), debió haber leído, “durante los controles prenatales de la paciente (pre y postquirúrgico) del caso clínico presentado”; en el séptimo párrafo debió haber leído, “Creemos que la conducta fue acertada, a pesar de la poca experiencia en este procedimiento durante el embarazo”.

**Caso clínico 2-2009: Fístula colecisto-umbilical espontánea secundaria a colecistolitiasis.** *Revista Ciencia Médica* 2009, volumen 12. Número 1:18-21—Bajo el título de “Resumen” (página 18), en la tercera oración usted debió haber leído, “Paciente sexo femenino, 47 años de edad, presento cuadro clínico de dolor abdominal de 25 años de evolución”; en la cuarta oración debió haber leído, “visualizándose trayecto fistuloso de la vesícula biliar al ombligo”.

En el texto, en la segunda oración del primer párrafo (página 18), debió haber leído, “La fístula colecistocutánea (en el NEJM está como colecisto-cutánea pero en el resto de su bibliografía esta como colecistocutánea; tú decides como lo colocas en la revista) espontánea (FCCE) es una forma poco frecuente”; en el cuarto párrafo usted debió haber leído, “-pueden ser externas o internas, espontáneas o postoperatorias<sup>5</sup>.”; en la tercera oración del mismo párrafo debió haber leído, “Mas del 90% de la fístulas espontáneas se asocian a colecistolitiasis”. En el quinto párrafo del texto usted debió haber leído, “El objetivo de este trabajo es informar el caso de una paciente con fístula colecistocutánea espontánea, secundaria a colecistolitiasis”.

Bajo el título de “Discusión” (página 19), en el acceso de “TAC de abdomen” debió haber leído, “-con compromiso de cabeza de páncreas y fosa vesicular, no descartándose metástasis a nivel del segmento 1 y 2 hepático”. Bajo el título de “Conducta” (página 19), en el acceso de “Cultivo de secreción umbilical y antibiograma” debió haber leído, “-sensible a Ciprofloxacina, Gentamicina y Trimetoprim-sulfametoxazol”.

En el texto, en el primer párrafo bajo el título de “Conclusiones” (página 20), usted debió haber leído, “La fístula colecistocutánea espontánea debe sospecharse por las características del cuadro clínico”. Bajo el título de “Discusión y comentario” (página 20), en el primer párrafo debió haber leído, “La fístula colecistocutánea espontánea es una presentación atípica de colecistolitiasis”; en el tercer párrafo usted debió haber leído, “-secreción por formación de fístula colecistocutánea a través del orificio umbilical con un periodo de evolución de 2 meses”.