

ESTUDIO SINTOMATOLOGICO COMPARATIVO ENTRE ESQUIZOFRENICOS ORIUNDOS DE LA COSTA Y SIERRA DEL PERU

ALBERTO PERALES C. *

KEY WORDS: *Schizophrenia — Schizophrenic symptomatology*

PALABRAS CLAVE: *Esquizofrenia — Sintomatología esquizofrénica*

Diversos psiquiatras peruanos han señalado diferencias sintomatológicas en esquizofrénicos oriundos de la Costa y de la Sierra del Perú; dos son fundamentales: la tendencia a cuadros menos floridos y la mayor vigencia de elementos depresivos en los pacientes andinos. Se examinan aquí tales hipótesis, exclusivamente en lo referente al nivel sintomatológico estructural. Se estudiaron 60 pacientes, 30 costeños y 30 serranos (20 hombres y 10 mujeres en cada grupo). Para establecer el origen del paciente, se utilizaron los parámetros de Pulgar Vidal en su clasificación del Perú en 8 regiones. El diagnóstico de esquizofrenia se estableció de acuerdo a los criterios del DSM-III. El resultado no fue acorde con las hipótesis antedichas, es decir: ni la sintomatología general ni el nivel de depresión, presentaron diferencias estadísticamente significativas en los grupos estudiados.

A comparative symptomatological study between schizophrenics born in the cost and in the highlands of Peru

Several Peruvian Psychiatrists have pointed out symptomatological differences between schizophrenics born in the cost and those in the highlands of Peru. These differences can be resumed into two fundamental ones: the tendency towards less florid pictures and the higher presence of depressive elements in those patients born in the Andes. The present work examines systematically those hypothesis exclusively in reference to the structural levels of the symptomatology. 60 patients were studied, 30 born in the cost and 30 in the highlands (20 men and 10 women in each group). To establish the natural origin of the patient we utilized the parameters pointed out by Pulgar Vidal in his classification of Peru in 8 regions. The diagnosis of schizophrenia was established in accordance to the criteria of the DSM-III. The result we obtained was not in accordance with the afore mentioned hypothesis, that is: neither the general symptomatology nor the level of depression presented statistically significative differences in the groups we studied.

* Jefe del Dpto. de Investigación del INSM. Profesor Principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

INTRODUCCION

La investigación científica en el campo de la salud mental constituye requisito indispensable en el proceso de desarrollo de nuestro país; sin embargo, para que rinda activos dividendos debe, además de explorar nuevas vías de indagación, observar continuidad histórica con lo esbozado, planteado y/o investigado por las generaciones anteriores de especialistas peruanos y orientarse a la delimitación de nuestra realidad en este campo con el objetivo de aplicar sus resultados a nuestra población. En dicho marco se inscribe el presente estudio que intenta explorar, de manera sistemática, las observaciones clínicas de psiquiatras nacionales de épocas pasadas en torno a las posibles diferencias sintomatológicas existentes entre los enfermos esquizofrénicos oriundos de diferentes regiones del país, específicamente de la Costa y de la Sierra, en dos aspectos fundamentales: *la tendencia a cuadros menos floridos y la mayor vigencia de elementos depresivos* en la sindromología de los pacientes de origen andino (17, 19, 22, 52).

MARCO TEORICO

Aspectos generales

Aproximadamente el 1% de la población mundial sufre de esquizofrenia en algún momento de su vida y muchos de los sujetos afectos siguen un curso crónico con el consiguiente costo social y económico (2). La etiología se discute, pero el cuadro clínico sintomatológico se acepta en términos generales como distintivo aunque no patognómico. La comunidad científica tiende

a considerarla como un grupo de enfermedades con un síndrome sintomatológico nuclear, cuya configuración esencial aún se debate, y otro secundario agregado.

Ultimamente, el concepto de espectro esquizofrénico ha sido avanzado (29) en el sentido de que la transmisión hereditaria no sería de la enfermedad *per-se* sino de una gama de manifestaciones que incluirían variados trastornos neuróticos y de personalidad y aún elementos positivos, como la capacidad creativa (47).

Aproximadamente el 90% de los sujetos clasificados como esquizofrénicos no tienen historia familiar positiva de la enfermedad entre sus miembros (29). En los parientes de primer grado de estos enfermos se encuentra mayor número de manifestaciones del espectro esquizofrénico que en los controles, con diferencias estadísticamente significativas, no ocurriendo lo mismo en cuanto a las manifestaciones de la enfermedad (29); otros autores, sin embargo, reportan lo contrario (47).

Los estudios peruanos sobre sintomatología esquizofrénica

La sintomatología esquizofrénica ha sido mantenida como línea de investigación en nuestro país por décadas. La producción de los psiquiatras peruanos, al respecto, ha cubierto desde trabajos de referencia general hasta intentos originales de investigación clínica. Señalaremos que las primeras comunicaciones no estuvieron referidas al tema específico sino, acordes con los conocimientos de la época, inmersas en temas más generales. En estricto orden cronológico resumimos las siguientes.

En 1923, H. Valdizán y H. Delgado estudian colaborativamente los factores psicológicos de la demencia precoz en dos pacientes internados en el entonces Hospicio de Insanos. El trabajo fue presentado a la Academia Nacional de Medicina, en sesión del 20 de noviembre de 1921. En dicha oportunidad, luego de exponer el material clínico biográfico, Valdizán delega el estudio psicológico a Delgado presentándolo "como el primer psicoanalista de lengua española". Delgado hace un extenso y documentado estudio psicoanalítico de los historiales, señalando la relación causal entre las manifestaciones esquizofrénicas sintomatológicas, por un lado, y los conflictos inconscientes, por otro; entre estos últimos adjudica importancia etiológica a la problemática incestuosa edípica, la regresión hacia niveles primitivos de funcionamiento mental, el deseo de renacimiento y el narcisismo (51).

En 1923-24, B. Caravedo P. estudia las actitudes regresivas de los esquizofrénicos a propósito de 20 casos brevemente descritos. Sugiere hipotéticamente la relación probable de los movimientos fetales con las manifestaciones psicopatológicas observadas, y reflexiona en torno al vínculo entre los movimientos de flexión con actitudes de pena, dolor, humillación, tristeza, oración, fastidio, odio, debilidad e impotencia y los movimientos de extensión con actitudes de placer, alegría, mando, victoria, satisfacción y fortaleza (3).

En 1930, un año después de su muerte, se publica en la *Revista Médica Peruana* una clase de H. Valdizán sobre la esquizofrenia, texto de la que

solía dictar a sus alumnos de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (53). En éste, Valdizán, refiriéndose al orden nosológico introducido por E. Kraepelin., sostiene el concepto pluralista de las esquizofrenias en las que "existe de común el hecho de la lesión más o menos grave del pensar y sentir, asimismo de la anormal conexión del sujeto enfermo con su realidad ambiente". En cuanto a su sintomatología destaca que las alucinaciones son "esencialmente auditivas, una que otra vez visuales y algunas cenestésicas; en las primeras, el contenido es de voces y palabras breves, órdenes que se dan al enfermo, amenazas o sollicitaciones inaceptables... Las alucinaciones cenestésicas son preferentemente de contenido sexual; las enfermas y los enfermos acusan una variedad inmensa de satisfacciones eróticas, unas veces genuinamente eróticas y otras sólo simbólicamente, adoptando disfraces caprichosos que llegan a hacerse irreconocibles como sexuales a un examen superficial". Pero añade que estos trastornos perceptivos son, en su mayoría, mixtos, comprometiendo y combinando todos los campos sensoriales. En el campo de la atención señala como característica los episodios de introversión, que sería el mecanismo explicativo del bloqueo del pensamiento, que denomina "borraje". "En sus episodios de introversión, los esquizofrénicos perciben normalmente sólo su realidad interior; pero en las treguas que la introversión les ofrece, perciben normalmente la realidad. La asociación de ideas ofrece variados trastornos: el borraje (ya mencionado), la

perseveración, la digresión mórbida, erupción de pensamientos en la que dos o más corrientes asociativas tienen lugar al mismo tiempo y el sujeto las mezcla caprichosamente, las asociaciones fonéticas, la ecolalia, los neologismos y la ensalada de palabras". Pero es en el afecto, que vincula al autismo, que él llama introversión, donde señala el daño más evidente del cuadro: "Hipo-afectividad rayana con la ausencia absoluta de toda actividad sentimental y que justifica plenamente el nombre de introversión. . . el introvertido permanece ajeno a la realidad del ambiente: hay una casi abolición de sus actitudes de defensa. Esta indiferencia para la realidad externa, por vivacidad afectiva de la realidad interna, constituye la introversión". Entre las ideas delirantes cita como muy frecuentes las de tema persecutorio que pueden ser adjudicadas tanto a personas como a grupos o sectas. "El delirio de grandeza existe sólo raramente y está casi siempre vinculado al de persecución. . . todas las ideas delirantes están sostenidas por el egocentrismo, semejante al del niño; en esta concepción egocéntrica de la vida, todo tiene relación con ellos".

La ambivalencia consiste en la coexistencia de ideas y sentimientos contradictorios al mismo tiempo. "El negativismo sería la explosión motora en el campo de la voluntad de la ambivalencia". Describe, además de la sugestionabilidad exagerada, diversos signos catatónicos asociados. Por último, Valdizán defiende plenamente la etiología psíquica de la esquizofrenia asignando, específicamente en el modelo psicoanalítico, importancia causal a los complejos y recomendando la técnica

correspondiente como tratamiento de elección.

H. Delgado (1937) presenta como ponencia oficial a la Primera Reunión de la Jornada Neuropsiquiátrica del Pacífico en Santiago de Chile, el relato sobre Psicopatología y Delimitación Clínica de la Esquizofrenia, en el que hace un exhaustivo y documentado análisis de la sintomatología (8).

C. Gutiérrez Noriega (1938) estudia la catatonía experimental en el perro producida por la bulbo-capnina y el efecto del *shock* cardiazólico sobre la misma. Demuestra, en ingenioso diseño, que éste último disminuye el tiempo de duración total de la catalepsia, modificando su curva de profundidad, pero sin mejorar las alteraciones de la iniciativa motriz. Propone, por ello, diferenciar en la catatonía experimental dos entidades relativamente independientes: la flexibilidad cérica de la pérdida de iniciativa motriz. El *shock* cardiazólico sólo afecta a la primera. Señala también un período intervalar entre la administración del *shock* y su efecto terapéutico.

La calidad de investigador de este autor se pone de manifiesto en dos hechos: 1) advierte sobre las diferencias fundamentales entre la catatonía experimental en el animal y el síndrome catatónico en el ser humano, dejando implícita la advertencia del riesgo de extrapolaciones no críticas; 2) interpreta los resultados, no en el sentido general de un antagonismo farmacológico bulbo-capnina-cardiazol, sino de un antagonismo de valor terapéutico: *shock* convulsivante cardiazólico-catalepsia bulbo-capnínica (20).

C. Gutiérrez-Noriega (1939) estudia el tono neurovegetativo en 60 esquizo-

frénicos, utilizando la prueba de la atropina con modificación del procedimiento de Danielopolu. De sus observaciones deduce lo siguiente: "1) en el esquizofrénico la alteración del tono vegetativo se relaciona con la distimia y puede variar con ella; 2) sólo en las grandes distimias y en los estados catatónicos hay señaladas alteraciones; 3) entre los enfermos distímicos se demuestra algo paradójal: los agitados son principalmente hipoanfotónicos y los tranquilos son hiperanfotónicos. Estos resultados le sugieren al autor la siguiente conclusión que anuncia como hipótesis de trabajo: la agitación motriz es un mecanismo de liberación de potenciales de excitación neurovegetativa que podría determinar una transición de hiperanfotonía a hipoanfotonía" (21).

B. Caravedo, F. (1941) estudia, en su tesis de Bachiller de Medicina presentada a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el problema de la esquizofrenia en el Perú. De sus conclusiones extraemos las siguientes: "I. La esquizofrenia es el trastorno más frecuente en el Hospital Víctor Larco Herrera. II. Más de la tercera parte de los primeros ingresos al Hospital Víctor Larco Herrera corresponden a la esquizofrenia. VIII. En los primeros ingresos, la raza india a pesar de formar el núcleo central de la población del país, tiene un número muy reducido. X. Las zonas Costa, Sierra y Selva, en sí, como puntos culminantes de una división geográfica, tienen porcentajes bajos, o los coeficientes tienen un nivel muy pequeño en comparación con las zonas intermedias. XVI. El tipo leptosomo es pre-

dominantemente costeño y selvático" (4).

En 1941, L.A. Guerra estudia la esquizofrenia en la adolescencia en una revisión de 50 historias clínicas. En términos generales, concluye que la enfermedad se manifiesta de manera similar tanto en el adolescente como en el adulto. "En la sintomatología de inicio destaca, la pérdida de simpatía, siendo las delusiones primarias de presentación rara". Lamentablemente un factor que disminuye la importancia de sus observaciones es que su muestra comprende pacientes de 15 a 25 años de edad (15).

En 1943, F. Sal y Rosas y M. Méndez estudian la psicopatología sexual en torno al peritaje legal practicado a un esquizofrénico de 44 años, acusado de necrofilia. Aparte de los síntomas esquizofrénicos de base, que permiten el diagnóstico, los autores señalan la presencia de bestialismo, homosexualidad y exhibicionismo, practicados desde temprana edad. Los autores concluyen que "las perturbaciones sexuales no constituyen síntomas del cuadro esquizofrénico sino patología concomitante con antecedentes previos" (45).

L. A. Guerra (1946) estudia la conciencia del Yo en la demencia precoz, a propósito de un paciente paranoide, de 13 años de edad (16).

H. Delgado y L. A. Guerra (9), en 1946, estudian la relación entre esquizofrenia paranoide y sexo, criticando, a nivel clínico, la hipótesis freudiana según la cual esta psicosis resulta de un conflicto homosexual inconsciente. Su casuística comprende 100 casos, de los que el reporte constituye un informe preliminar so-

bre los primeros 64, hombres y mujeres en igual proporción. Encuentran que los temas sexuales, particularmente homosexuales, no constituyen la regla; es más, parecen estar asociados a la edad del paciente, pudiendo aparecer y desaparecer en el cuadro clínico. Sugieren la posibilidad de que tal emergencia de contenidos constituya una respuesta psicológica a un estado orgánico; tiene influencia la experiencia sexual anterior, pues es más frecuente en mujeres solteras sin experiencia previa. Los temas de homosexualidad son raros en esquizofrénicos de procedencia rural. Las referencias al propio cuerpo son más frecuentes en las mujeres, que le confieren mayor atención y estimativa. Por otro lado, ellas tienen más tendencia a transformar en realidad sus pensamientos mórbidos.

Entre los pacientes de sexo masculino alrededor del 50% propende a la homosexualidad pero otro tanto de mujeres tienden a sentirse agredidas heterosexualmente; en consecuencia, los autores interpretan que "un buen número de esquizofrénicos tienden a sentirse acometidos sexualmente por hombres". Así, detrás del contenido sexual hay una sensación de agresión ante la que el esquizofrénico reacciona con irritabilidad.

Las ideas de persecución son las más frecuentes pero no las únicas; "parecen derivar del trastorno de otra noción, de otra modalidad de la experiencia vivida, muy profunda del Yo, cual es la de existir... El desarraigamiento de la paternidad, del tiempo, del sexo y aun de la antigua personalidad son otros tantos aspectos de la esquizofrenia. El contenido

persecutorio expresa la desarticulación en el plano existencial mismo; no es reducible a fórmulas conceptuales, es una situación y una realidad que se vive".

H. Rotondo (1953) estudia la actitud de los pacientes esquizofrénicos con respecto a la vida y la muerte. De la observación de 40 casos de diversas formas de esquizofrenia, entrevistados en los instantes previos al tratamiento electropléxico, que el autor considera como situación de *stress* similar para todos ellos, 35 sujetos (87.5%), presentaron una actitud positiva; 2 (5%), de indiferencia; y 3 (7.5%), negativa. Concluye que "existe un predominio de las actitudes positivas frente a la vida y una movilización de las tendencias de autopreservación en el curso de una situación de *stress*. Las actitudes con respecto a la muerte no se diferencian substancialmente de las manifestadas por normales" y "la afirmación de la vida como un valor no es ajena a la existencia esquizofrénica, lo cual revela cierta conservación de potencialidades constructivas o normales" (42).

M. Chicata y S. Luza (1955) estudian la psicopatología de una paciente esquizofrénica catatono-paranoide, de 45 años de edad, que presentaba alteraciones del esquema corporal. En fina descripción fenomenológica, destacan lo que les parece esencial del trastorno, que corresponde, como otros síntomas de estirpe esquizofrénica, a la disgregación, en este caso no del pensamiento sino del esquema corporal y a la que los autores adjetivan como somatognósica. El cuadro remite con tratamiento combinado

electropléxico y clorpromazínico. El trabajo de estos autores, descrito en los lineamientos del diseño de caso único, ofrece interesantes sugerencias que posibilitan la generación de hipótesis susceptibles de futuras investigaciones (7).

J. L. Cunza (1955) estudia los síntomas psíquicos de la esquizofrenia paranoide en una muestra de 100 casos internados en el hospital Víctor Larco Herrera, 50 hombres y 50 mujeres. Utiliza como metodología la revisión de historias clínicas, salvo dos casos atendidos ambulatoriamente, y la descripción fenomenológica sistemática, siguiendo el esquema propuesto por H. Delgado. El objetivo es estadístico descriptivo. En sus resultados, el autor señala: "Ocupan el primer plano por su frecuencia las siguientes alteraciones: las pseudopercepciones auditivas, visuales y cenestésicas; los trastornos del esquema corporal; el pensamiento pre-categorial; la publicación y transmisión de pensamientos; las delusiones de contenido sexual, de daño o perjuicio, de referencia, de persecución e hipochondríacas; la espontaneidad afectiva anormal; la inversión de afectos; el negativismo; la agitación; el insomnio; el transitivismo, y la conciencia de transformación de la personalidad. En cuanto al sexo, algunas alteraciones ofrecen diferencias; predominan, en los varones, las pseudopercepciones visuales, el pensamiento precategorial, la publicación y la transmisión del pensamiento, las delusiones de persecución y de referencia, la inversión de afectos, la conciencia de transformación de la personalidad y la propensión al suicidio; en las mujeres,

las pseudopercepciones auditivas y cenestésicas, la delusión hipochondríaca, la anafectividad, el negativismo, los actos influidos y el exhibicionismo" (6).

En 1956, A. Saavedra estudia las formas atípicas de la esquizofrenia. En una muestra de 20 casos, 7 de forma endoreactiva y 13 de forma atípica propiamente dicha, observa que las particularidades clínicas de las primeras son: "1) aparición después de influencias negativas, a menudo prolongadas, del medio ambiente; 2) cambio del estado de ánimo fundamental; 3) distimias (con plena lucidez); 4) inversión de los afectos, propensión a lo heteróclito y anticonvencional, conducta inesperada e imprevisible (común en todos los casos), anafectividad y quiebra de los valores éticos y morales; 5) reacciones vegetativas marcadas; rubicundez espontánea o coincidiendo con las distimias, en la cara, cuello y tórax; 6) deterioro insignificante; 7) pobre respuesta a los tratamientos biológicos y psicoterápicos; 8) salvo el cambio del estado de ánimo fundamental, los elementos clínicos 3), 4) y 5) son episódicos y alternan con períodos de aparente normalidad, sobre todo en el medio social extraño, pero en conjunto desvinculan al sujeto del medio familiar, primero, y del social después, haciendo imposible la convivencia".

Entre las formas atípicas propiamente dichas distingue tres grupos: "a) pseudoneurótica, en la que los síntomas aparecen como propios de un cuadro de esta estirpe, histéricos o hipochondríacos, y luego evolucionan en largo tiempo a la esquizofrenia, sin que sea posible distinguir en el primer es-

tadio los síntomas de este cuadro; b) con trastorno endocrino, particularmente en mujeres; c) atípicas, que adoptan fisonomía de otras psicosis endógenas, de aspecto maníaco-depresivo o epiléptico" (43).

H. Delgado (1958) estudia la delusión esquizofrénica en una muestra de 140 pacientes, 100 hombres y 40 mujeres. Examina primero los síntomas principales del comienzo de la psicosis y luego los del período de proceso pleno, tomando en consideración sólo las pseudopercepciones y el pensamiento esquizofrénico, además de la delusión misma. Concluye que: "Al comienzo de la psicosis la delusión es el único síntoma en el 45% de los hombres y el 50% de las mujeres. En lo que respecta a la forma, las delusiones iniciales, y de ulterior manifestación, son perceptivas en la mayor parte de los casos y predominantemente asociadas a pseudopercepciones cuando éstas existen. En materia de contenido, tanto en las delusiones iniciales cuanto en las de pleno proceso predominan las ideas de referencia, influencia, persecución y afines (75.7%). En pleno proceso, la delusión se acompaña de pensamiento esquizofrénico distinto de la misma delusión y conjuntamente de pseudopercepciones en el 80% de los casos. Las pseudopercepciones se presentan en el 92.85% y el pensamiento esquizofrénico en el 86.42%". Únicamente en un caso encuentra que no coexiste la delusión con tales síntomas. Asimismo, el sentimiento no es factor suficiente para producir la delusión, la que a veces surge "en frío" y no desaparece con el apagamiento de la actividad afectiva. "La quiebra de las ca-

tegorías especiales y fundamentales es aspecto capital de la delusión, cuyo estudio está por hacerse ya que en las categorías se consuma la unidad entre el mundo efectivo y el entendimiento del hombre normal". La condición fundamental de la delusión parece ser lo que Delgado llama *ateles* de la conciencia, "mengüa radical en la tensión psíquica integrativa, de la que es consecuencia la disgregación del contenido... La delusión es de origen actual endógeno; en ella, sentimiento y percepción desempeñan papel accesorio" (11).

A. Carrillo-Broatch (1960) esboza algunas consideraciones sobre las formas de comienzo de la esquizofrenia, particularmente de las atípicas con sintomatología predominantemente pseudopsicopática, aunque, en su opinión, en todas ellas el examen detenido permite la distinción de los síntomas básicos del trastorno (5).

G. Mori (1962), estudia la valoración y estructura de la delusión en los esquizofrénicos en un trabajo en el que afirma que: "El problema de la elección del tema de la delusión en los esquizofrénicos, como la delusión misma, es, sin duda alguna, problema que surge de la estructura de la personalidad premórbida"; y asimismo: "en las esquizofrenias existe un cambio del sentimiento de valor, es decir, una desfiguración de las experiencias valorativas". Afirma, además, "que en ella las valoraciones de la personalidad premórbida son importantes y posiblemente conductoras de la elección del tema de la delusión, o sea que las valoraciones delusivas son las mismas valoraciones de la personalidad premórbida desfigurada" (35).

A. Saavedra (1966) estudia la forma cenestopática de la esquizofrenia, a través de 18 casos, 7 de forma pura y 11 de forma mixta, siendo lo común en ambas que la atención y sufrimiento de los pacientes se centren en tales alteraciones (ilusiones, alucinaciones y/o delusiones referidas al cuerpo y esquema corporal). Llama la atención la precocidad de su aparición y la evolución casi inmutable o progresivamente desintegradora, que conlleva un mal pronóstico con pobre respuesta terapéutica (44).

J. Mariátegui y J. Flores (1966) estudian la conciencia del tiempo en la esquizofrenia, a propósito de un caso catatono-paranoide, que presentaba como síntoma la experiencia de detención de la temporalidad. Analizan los resultados de una encuesta siguiendo el modelo de Lanzkron y Wolfson, en 160 esquizofrénicos crónicos hospitalizados, con más de 10 años de enfermedad, que presentan alterada su percepción temporal. La edad real del grupo de 149 pacientes (21 no la indicaron), tuvo una media de 46.24 años, mientras que la media de la edad sostenida fue de 37.85 años, con una diferencia de 8.39 años (33).

G. Mori (1971) estudia la angustia en esquizofrénicos crónicos. Distingue la angustia en sus dos formas, como estado afectivo vital y anímico. A propósito de 3 casos, destaca que la angustia en la esquizofrenia puede presentarse tanto al inicio del cuadro clínico cuanto en el período evolutivo; en este último caso especula sobre la posibilidad de considerarla como vinculada a factores orgánico-cerebrales (36).

Estudios peruanos sobre enfermedades psiquiátricas en población nativa

En 1915, Valdizán sustenta su Tesis Doctoral, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, sobre la alienación mental entre los primitivos peruanos. De sus conclusiones extraemos las siguientes: "2) Hállase fuera de toda duda el conocimiento que tuvieron los antiguos peruanos de la acción estimulante de la coca... pero no hay pruebas suficientes de que conocieran algunos de los trastornos psíquicos que caracterizan al cocaínismo. Hállase, también, fuera de toda duda, que conocieron los matices diversos de alteración psíquica provocados por la ingestión de algunos vegetales dotados de propiedades estupefacientes, entre los cuales debe colocarse en primer término al chamico (*Datura stramonium*). 3) Constatase que los antiguos peruanos, como todos los pueblos primitivos, establecieron confusión notable entre las enfermedades mentales. Sólo establecieron diferencia, quizá, entre los trastornos psíquicos congénitos y aquellos adquiridos" (50).

En 1925 Valdizán publica su trabajo *La alienación mental en la raza india* (52). En él se sorprende de la relativa rareza de pacientes de raza india en las cifras totales de internación del antiguo Hospicio de Insanos, entre 1859 y 1917, pues ocupaban sólo el tercer lugar, en la cifra de ingresos, después de blancos y mestizos, pese a considerarse mayoritaria en la población general. Mariátegui comenta al respecto: "Con agudeza señala que esta rareza es más de asistencia de la población indígena que de pre-

sencia real de desorden mental en ella y apunta el concepto clave de tolerancia social" (34). Valdizán señala, además, la escasa frecuencia con que se observa la agitación psicomotriz en la constelación sintomática del enfermo mental indígena: "El indio psicótico es, por lo menos en largas fases de su enfermedad, dócil y pasivo, como lo es en su vida diaria"; y agrega específicamente que, en sus observaciones de pacientes indígenas en el Hospital Víctor Larco Herrera, "el predominio del fondo depresivo resulta la nota dominante del indio alienado... y condiciona el silencio de las formas mentales, ruidosas en otras razas, la rareza y el carácter relativamente benigno de la excitación psicomotora". Mariátegui apunta que a Valdizán "llama la atención que, inclusive en la forma expansiva de la Parálisis General Progresiva, sea perceptible esta disposición de base depresiva, restricción afectiva que atenúa o norma el desborde instintivo peculiar de esta forma clínica de la grave psicosis orgánica" (34).

C. Gutiérrez Noriega (1937) (17) describe sus observaciones biotipológicas y psicopatológicas en 600 pacientes mentales en relación a factores raciales y geográficos, utilizando el enfoque de Kretschmer. Entre sus conclusiones destaca: a) hay diferencias de valor étnico y antropogeográfico en la frecuencia de los biotipos; b) prevalecen los pínicos y pínico-leptosomos de raza india en la Costa, y los leptosomos y leptosomos-pínicos en los Andes; c) en el grupo de enfermos mentales blancos es más frecuente el pínico en el subgrupo andino y el leptosomo en el subgrupo

costeño; d) en los enfermos mentales de la Costa es frecuente el tipo de estructura compleja de carácter instintivo, mientras que en los serranos es más frecuente el tipo de predominio de supraestructura caracterológica; e) en los andinos prevalece el tipo asténico y sus formas sensitiva y desviada en la actitud ante la vida. En los costeños predomina la actitud esténica y la subforma expansiva; f) las esquizofrenias y melancolías son más frecuentes en el grupo andino y las manías en el costeño; g) en sujetos normales, el tipo esquizotímico predomina en los andinos y el ciclotímico en los costeños. Gutiérrez Noriega señala, además, una observación frecuente de lo que E. Minkowski designa con el nombre de "autismo pobre", es decir, una interiorización carente de fantasía.

Comenta específicamente lo siguiente: "En las más diversas alteraciones mentales obsérvase en el indio un predominio de la actitud depresiva con sentimientos de inferioridad ostensibles. Este es uno de los rasgos más originales de la psicología del indio, en especial del indio andino. En todo sentido, manifiéstase un intenso complejo de inferioridad y una actitud de humildad, pasividad y falta de valor ante la vida (rasgos de la actitud asténica)... Es muy frecuente también entre los indios andinos el subtipo sensitivo, constituido por una actitud asténica ostensible con otra esténica subrepticia, que suele únicamente revelarse por intensa obstinación y en los pacientes por un pasivo negativismo. El indio costeño es diferente. Su actitud ante la vida es más esténica". Gutiérrez Noriega plantea así que las

diferencias observadas no serían totalmente dependientes de la raza sino del habitat geográfico. Esta diferencia se refuerza al observársela incluso en cuadros de etiología orgánica, como por ejemplo en la Parálisis General, que en los costeños "presenta con más frecuencia la forma expansiva y en los serranos la depresiva".

En el mismo año Gutiérrez Noriega publica su trabajo sobre "Biotipología del Perú antiguo" en el que vuelve a aportar observaciones, esta vez derivadas del método iconográfico del examen de las estatuas monolíticas de Aija y las estatuillas de turquesa de Pikillajta además de cerámicas pre-incas. En este estudio vuelve a postular su hipótesis del dualismo constitucional del indio peruano, que a su juicio no depende de un factor étnico sino de la influencia del clima o comarca, es decir, del entorno ecológico. Subraya, además, con su innegable calidad de investigador, que sus observaciones son tan sólo: "Los primeros atisbos al estudio biotipológico y psicológico del indio peruano, que en el futuro habrá de ser la base más firme para el planteamiento y solución de los difíciles y numerosos problemas que aquél nos plantea". (18).

Aún en 1937 Gutiérrez Noriega propone, en un brillante estudio (19), un enfoque inicial de investigación para el estudio psicológico y antropológico de la raza amerindia. Al conjunto heterogéneo y multidisciplinario de sus observaciones sobre el indio añade el vuelo de su especulación integradora esquematizando el diseño preliminar de un proyecto ambicioso pero, a todas luces, importante. De él señala-

remos, tan sólo, los aspectos relativos al tema de nuestro interés.

Critica en el concepto de raza india, la ausencia de consideración de sus rasgos psicológicos y los problemas del mestizaje. Remarca la influencia ecológica sobre las características constitucionales, morfológicas, funcionales y psicológicas de los individuos; y plantea que la simultánea asimilación de dos lenguajes (español y nativo) que debe soportar el niño indio, tiene un efecto deteriorante sobre el psiquismo de la futura población.

En torno a su psicología y psicopatología, señala como distintivos la hipoaffectividad y la introversión, propios del temperamento esquizotímico, mientras que ubica el rasgo original y dominante del alma india en la falta de armonía o de enfoque al medio circundante. Para Gutiérrez Noriega, el enfermo mental andino es casi siempre hipoaffectivo; si las fuertes reacciones eufóricas, características de la manía, son excepcionales, en cambio es muy frecuente observar en él estados depresivos hipocondríacos. En síntesis, lo caracteriza como distímico, hipoaffectivo y con predominio del binomio tristeza-hipocondría. "Con cierta frecuencia se observa, también, un estado negativista irritable pero las reacciones de esta índole con agresividad son rarísimas, lo cual es sorprendente".

En otro acápite, describe que la rigidez melancólica de su afectividad matiza y llena de originalidad todos los rasgos de la personalidad india. Esto se manifiesta en las enfermedades mentales, pues: "Los diversos disturbios afectivos ocurren con más fre-

cuencia en el polo melancólico, al punto que la forma más frecuente de esquizofrenia de las jóvenes indias llegaría a confundirse con la melancolía si no se advirtieran a la vez ideas delirantes y alucinaciones”.

Por último, señala “un rasgo común muy original, seguramente afín a la biología de la raza: la emotividad lábil, la rareza de fuertes impulsos afectivos, principalmente de agresividad y la disposición apática”, describiendo como pauta distintiva del comportamiento de los pacientes indios en el hospital psiquiátrico el rasgo general de timidez —inercia, observando “una relación bien establecida entre la actitud introvertida y el temperamento esquizotímico. La rareza de las reacciones histéricas en el indio está en armonía con aquélla”.

El factor limitante en la generalización de sus aportes, pero no en la brillantez de sus observaciones clínicas, es la ausencia de mayores especificaciones sobre la muestra. El mismo Gutiérrez Noriega, plenamente consciente de estos hechos, dice: “Nuestras observaciones de la psique india peruana son aún superficiales y fragmentarias... Nuestro material de investigación fue en gran parte empírico: población normal de indios andinos y costeños y enfermos mentales del Hospital Víctor Larco Herrera”.

Gutiérrez Noriega (1944-47) (22) continúa sus investigaciones sobre las enfermedades mentales en indios reportando un estudio de 5 años sobre una muestra de más de dos mil pacientes. Observa que aquéllas se presentan entre los indios o entre los mestizos de blanco e indio con la

misma variedad que en otras razas. Detalla sus observaciones en relación a las características psicopatológicas, narrándolas como impresiones clínicas, sin utilizar descripción estadística. Observa que la depresión es una de las manifestaciones más frecuentes en el enfermo de raza india o en los mestizos de la misma; aun los enfermos agitados, inclusive los maníacos, presentan con frecuencia breves intervalos depresivos. La inhibición psicomotriz es frecuente en estos pacientes, que casi siempre son hipoproséxicos e hipobúlicos. Afirma textualmente lo siguiente: “Esta actitud deprimida del enfermo de raza india confiere ciertas características al esquizofrénico, en el que son poco frecuentes las reacciones expansivas, los delirios de grandeza e incluso la conducta agresiva. En el esquizofrénico indio o mestizo predominan las delusiones de autoinculpación, de persecución y de daño. Por otro lado, “el enfermo mental indio es casi siempre introvertido”, asignando a este rasgo características dominantes de la psicopatología del pueblo andino. Por este motivo señala que “el interrogatorio es una de las tareas más difíciles para el psiquiatra que explora pacientes de esta raza. Aparentemente son de una extraordinaria pobreza sintomática. Es necesario observarlos un largo período para descubrir sus ideas delirantes y otros síntomas. Con frecuencia el paciente es mutista y nada revela su complejo sistema delusivo. La introversión se relaciona, en muchos casos, con una obstinada desconfianza hacia el médico y hacia el personal terapéutico”, aunque agrega: “la actitud desconfiada es, también, una

característica de la psicología del indio sano”.

Respecto a las alteraciones afectivas, escribe: “Las más frecuentes son la melancolía y la hipoafectividad. La angustia es también una alteración frecuente, en especial en las mujeres. La angustia suele acompañarse de ideas de autoinculpación”. La reacción afectiva suele introvertirse y, en algunos casos, “es necesario recurrir al examen del sistema neurovegetativo para advertir que el paciente se encuentra intensamente angustiado pues ni la misma expresión facial denota la intensa emoción que lo atormenta... En los casos en que la reacción afectiva se exterioriza con libertad, el paciente, además de las reacciones melancólicas comunes, adopta una actitud plañidera, suplicante o desconfiada”.

En cuanto a las alteraciones del pensamiento, observa los mismos síntomas que en otras razas. Las diferencias se fundan sólo en los matices. “Así, destacan el pensamiento lento e inhibido, el laconismo y la introversión especialmente de las ideas delirantes. El enfermo niega sistemáticamente sus propios síntomas, aunque esto último puede depender más de la cultura que de la raza”. En el contenido destaca “la monotonía o persistencia en los mismos temas... Las ideas delusivas de grandeza son relativamente raras. Las delusiones más frecuentes son de autoinculpación, de persecución y de daño personal. Las ideas delusivas hipocondríacas, con las correspondientes alteraciones cenestésicas también son frecuentes”.

En el contenido de las ideas delusivas, Gutiérrez destaca los temas re-

lacionados al folklore y las creencias populares: “Así como el blanco esquizofrénico relaciona sus alteraciones cenestésicas y alucinaciones con la electricidad, el radio u otros medios físicos, el indio las refiere a las brujas y a los espíritus... En conjunto, al examinar las alteraciones del pensamiento del indio enfermo, se tiene la impresión de que corresponden a un estrato cultural diferente, y que están notablemente determinadas por las creencias y formas de vida social propias del indio”.

Por último, en cuanto a las alteraciones de la voluntad, Gutiérrez observa, con raras excepciones, una gran pasividad: “Es excepcional que hagan amenazas verbales o actos agresivos, lo que es común en otros grupos de enfermos, siendo más frecuente que se exterioricen en sus deseos por súplicas eventuales, mas rara vez obstinadas. El negativismo pasivo es frecuente entre los indios; el negativismo activo es más frecuente entre los enfermos de otros grupos”.

F. Sal y Rosas (1959) reporta en la Conferencia Internacional sobre Tratamiento Insulínico en Psiquiatría, realizada en la Academia de Medicina de Nueva York, en Octubre de 1958, sus observaciones sobre este método terapéutico. En el texto de su trabajo señala lo siguiente: “Las enfermedades mentales muestran iguales características en la población del Perú que las observadas en Europa y Estados Unidos. Nuestras observaciones a este respecto son aún incompletas, y hoy todo lo que podemos decir es que los cuadros clínicos revelan una marcada influencia pato-

plástica de la mentalidad nativa" (46).

J. Mariátegui (1978) revisa cuidadosamente la producción peruana en torno a la psiquiatría y el estudio del hombre andino, presentando un esquema general de los aportes orientados a la comprensión de las características psicopatológicas de éste. Relieva, en este sentido, las contribuciones al tema de los tres psiquiatras que más esfuerzos le dedicaron: H. Valdizán; C. Gutiérrez Noriega y F. Sal y Rosas (34).

DEFINICION DEL PROBLEMA Y OBJETIVO DEL ESTUDIO

De acuerdo a lo expuesto podemos precisar que existe suficiente información escrita en la literatura psiquiátrica peruana, apoyada por comentarios comunes en el ámbito especializado nacional pertenecientes a la "tradición científica", que señalan que la esquizofrenia se presenta en forma diferente en pacientes oriundos de la Costa y de la Sierra. Estas diferencias se resumen en dos aspectos muy circunscritos: en el paciente de origen andino se caracterizaría por una sintomatología menos florida y presentaría además elementos depresivos distintivos. El objetivo del estudio se orienta a precisar si tales diferencias realmente existen en el aspecto estructural.

Concepto de oriundo de la Costa y de la Sierra

El Perú ha sido clásicamente dividido en 3 regiones: Costa, Sierra y Selva, en cuyo contexto se han ubica-

do sus diferentes Departamentos. Sin embargo, cada una de estas regiones muestra falta de uniformidad de relieve y climatológica, así como de flora y fauna. Asimismo, el aspecto poblacional de cada Departamento puede ser heterogéneo, en virtud de que algunos abarcan en su conformación más de una región.

Javier Pulgar Vidal (41) se ha ocupado magistralmente del tema imbricando en su obra el conocimiento científico actual y la sabiduría geográfica de los Incas. Este autor señala que la ordenación clásica en tres regiones se originó por la aplicación de las denominaciones morfológicas que se utilizaban en la península ibérica, por parte de los conquistadores españoles, para referirse al relieve y orografía del medio geográfico que habían conquistado: Llanos o Costa a las tierras planas y onduladas, limítrofes con el Océano Pacífico; Sierras o Sierra a todo el territorio montañoso quebrado y altiplano, que sube hasta las cumbres nevadas, y montaña a la región boscosa surcada por ríos caudalosos. Esta denominación ha venido repitiéndose a lo largo de centurias. Luego de detallados estudios Pulgar Vidal concluye describiendo 8 regiones naturales del país:

1. Chala o Costa: 0-500 mts. s.n.m.
2. Yunga o Quebrada (marítima: 500-2300 mts. s.n.m., y fluvial: 1,000 a 2,300 mts. s.n.m.)
3. Quechua: 2,300-3,500 mts. s.n.m. en ambas vertientes.
4. Suni: 3,500-4,000 mts. s.n.m.
5. Puna o Altoandino: 4,000 - 4,500 mts. s.n.m.
6. Janca: 4,800 - 6,768 mts. s.n.m.

7. Selva Alta: 400 - 1,000 mts. s.n. m.
8. Selva Baja: 80 - 400 mts. s.n.m.

Definiciones operacionales de esquizofrénico oriundo de la Costa y de la Sierra

Apoyados en los conceptos revisados, hemos adoptado para el presente estudio las siguientes definiciones operacionales: a) *Esquizofrénico oriundo de la Costa*: Sujeto diagnosticado de esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM-III (1), nacido en la región Chala o Costa por debajo de los 500 mts. s.n.m.; b) *Esquizofrénico oriundo de la Sierra*: Sujeto diagnosticado de esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM-III, nacido a partir de los 1,800 mts. s.n.m. en las regiones Yunga, Quechua, Suni o Puna.

HIPOTESIS

Se trató de poner a prueba la consistencia de las hipótesis recogidas de la literatura revisada, en el sentido de que existiría una diferencia estructural en la sintomatología de los esquizofrénicos costeños y serranos, con notoria existencia en estos últimos de elementos depresivos.

METODOLOGIA

Población

Se tomaron dos grupos de esquizofrénicos: A) nacidos en la Costa; B) nacidos en la Sierra.

Cada grupo estuvo constituido por 20 varones y 10 mujeres. La

muestra de pacientes fue extraída, por muestreo no-probabilístico intencional, de dos centros hospitalarios de Lima que asisten a una población de sectores populares: Hospital Hermilio Valdizán (capacidad: 415 camas) y Clínica Vitarte S.A. (capacidad: 200 camas).

Criterios de Inclusión

1) Los del DSM-III; 2) edad actual de 18 a 45 años; 3) los pacientes del grupo A deben haber nacido y residido permanentemente en la Costa, salvo viajes ocasionales no mayores de un mes; 4) los pacientes del grupo B deben haber nacido en la Sierra, migrado a la Costa después de la edad de 16 años (49)*, y no haber tenido antecedentes de desequilibrio mental previos a la migración; 5) los pacientes deben encontrarse en el estadio activo de la enfermedad o en reagudización de la misma, de suficiente severidad como para haber sido hospitalizados.

Criterios de exclusión

1) Los del DSM-III; 2) raza negra o amarilla; 3) ser extranjero de nacimiento o hijo de padres extranjeros migrantes; 4) diagnóstico concomitante de enfermedad física; 5) haber recibido tratamiento electroconvulsivo en los últimos seis meses.

* La precisión de migrado luego de los 16 años nos fue sugerida por O. Valdivia, el psiquiatra peruano que más seriamente ha estudiado las migraciones internas en el país, pues en su concepto a esa edad la estructura caracterológica básica del sujeto andino ya está consolidada.

Instrumentos

A todo paciente le fueron administrados, en una sola entrevista, los siguientes instrumentos: 1) Ficha demográfica del Formato de Evaluación Inicial del INSM; 2) Escala de Evaluación Psiquiátrica Breve de Overall y Gorham (48); 3) Escala de Depresión de Hamilton (23, 24).

Adiestramiento de los evaluadores

1) Hubieron dos evaluadores: el autor principal, psiquiatra, y un Residente del 2º Año del Programa de Segunda Especialización en Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2) se procedió al adiestramiento teórico y práctico en los instrumentos; 3) se realizó la aplicación de los instrumentos a un grupo de pacientes por los evaluadores en forma conjunta, siendo la calificación por separado y seguida por el cotejo posterior y la discusión sobre los puntajes en desacuerdo, precisándose los criterios clínicos de calificación; 4) grado de acuerdo entre los evaluadores: éstos sólo iniciaron el estudio cuando la concordancia superó el 95% de acuerdo (1 punto de diferencia en 4 ítems como máximo o 4 puntos en total).

Análisis estadístico y nivel de significancia.

Considerando que los instrumentos utilizados corresponden a escalas ordinales se dispuso examinar los resultados a través del test no-paramétrico de Mann-Whitney, exigiéndose como niveles de significación estadística los valores de $Z = 1.96$ y $P = 0.05$.

*ANALISIS DE RESULTADOS**De la muestra*

Las poblaciones A y B estuvieron constituidas por 20 pacientes varones y 10 mujeres. La población A tuvo un rango de 15 — 43 años y un promedio de 26.7 años. La B tuvo un rango de 18 - 43 y un promedio de 30.8 años.

Pasaremos a describir en los siguientes cuadros las diferentes características:

CUADRO N° 1

<i>Tipo de esquizofrenia</i>	<i>A</i>	<i>B</i>
Paranoide Desorganizado (Hebefrénico)	26 (87%)	25 (83%)
Indiferenciado	1 (3%)	—
Catatónico	3 (10%)	2 (7%)
	—	3 (10%)

El predominio de la forma paranoide es evidente en porcentajes casi similares en ambos grupos. Por contraste, el tipo catatónico sólo se aprecia en el grupo B; se encontró un solo caso del tipo desorganizado, en el grupo A.

CUADRO N° 2

<i>Estado Civil</i>	<i>A</i>	<i>B</i>
Soltero	24 (80%)	22 (74%)
Casado	4 (13%)	6 (20%)
Conviviente	2 (7%)	0
Separado	0	1 (3%)
Divorciado	0	1 (3%)

Aunque los criterios diagnósticos de esquizofrenia del DSM-III no exigen el factor soltería, como lo hace Feighner (12), destaca su importancia en ambos grupos pues los porcentajes resaltan claramente (80%) en el A y (74%) en el B (Cuadro N° 2).

C U A D R O N° 3

Nivel de Educación	A	B
Primaria	6 (20%)	14 (47%)
Secundaria	20 (67%)	13 (43%)
Técnica	2 (7%)	0
Superior	2 (7%)	3 (10%)

En el nivel de educación se aprecia la ausencia de sujetos analfabetos, con predominio de los de nivel secundario en el grupo A y casi similar distribución en los niveles de Primaria y Secundaria en el B (Cuadro N° 3).

C U A D R O N° 4

Religión	A	B
Católica	26 (87%)	27 (90%)
Adventista/ evangelista	2 (7%)	1 (3%)
Ninguna	1 (3%)	2 (7%)
No contestó	1 (3%)	0

En lo referente a la religión, el predominio corresponde, como es de esperarse, a la católica, similarmente distribuida en ambos grupos (Cuadro N° 4).

C U A D R O N° 5

Idioma	A	B
Castellano	30 (100%)	29 (97%)
Quechua	—	1 (3%)

C U A D R O N° 6

	A	B
Monolingüe	30 (100%)	14 (47%)
Bilingüe	—	16 (53%)

En lo que respecta al idioma, el predominio del castellano es distintivo en ambos grupos, hecho que también se viene observando en las ciudades andinas. En el grupo B solo el 53% es bilingüe (Cuadros Nos. 5 y 6).

C U A D R O N° 7

Ocupación	A	B
Obrero	15 (50%)	18 (60%)
Empleado	2 (7%)	5 (17%)
Campeño	1 (3%)	4 (13%)
Estudiante	2 (7%)	1 (3%)
Ama de casa	2 (7%)	—
Ninguna	8 (26%)	2 (7%)

El nivel de ocupación corresponde en el mayor porcentaje en ambos grupos, a la categoría de obrero, compatible con el tipo de extracción social de la muestra. Es importante anotar que sólo el 26% en el grupo A y el 7% en el B no reportan ocupación alguna, lo que indicaría un grado aceptable de productividad, más alto en el grupo andino que en el costeño (Cuadro N° 7).

CUADRO N° 8

Residencia	A	B
Ciudadina	29 (97%)	26 (87%)
Rural	1 (3%)	4 (13%)

Los datos señalan también una residencia mayormente ciudadina que rural, como se describe en el Cuadro N° 8.

CUADRO N° 9

Vive con:	A	B
Padres	22 (73%)	6 (20%)
Cónyuge	5 (17%)	5 (17%)
Hermanos	3 (10%)	
Otros parientes		12 (39%)
Otras personas		2 (7%)
Solo		5 (17%)

En lo relativo a las condiciones de existencia del paciente (Cuadro N° 9), singularizadas en la pregunta: "¿Con quién vive actualmente?", se aprecia una clara diferencia. Mientras el 100% de los esquizofrénicos costeños reporta vivir con miembros de la familia nuclear: padre, cónyuge o hermano, sólo el 37% de los migrantes andinos reporta este dato. Por el contrario, el 63% de éstos viven con otros parientes, otras personas o solos. Aunque en los propósitos del actual estudio no se ha interrogado sobre detalles de este hecho, pudiera estar reflejando una diferencia en el sistema de soporte social del esquizofrénico migrante que bien pudiera tener influencia en el pronóstico, manejo terapéutico o curso evolutivo (37).

CUADRO N° 10

Lugar de nacimiento	Grupo A
Tumbes	1 (3%)
Piura	1 (3%)
Lambayeque	3 (10%)
La Libertad	1 (3%)
Ancash	1 (3%)
Lima	23 (78%)

En cuanto el lugar de nacimiento, destaca que en el grupo A no exista ningún sujeto perteneciente a la Costa Sur del Perú constituyendo el grueso de la muestra los nativos de Lima (78%) y de la Costa Norte (22%). Esta última está uniformemente representada, por lo menos por un sujeto proveniente de cada uno de los Departamentos que la constituyen (Cuadro N° 10).

CUADRO N° 11

Lugar de nacimiento	Grupo B
Cajamarca	4 14%
Amazonas	1 3%
Ancash	1 3%
Huánuco	1 3%
Pasco	2 7%
Junín	3 10%
Huancavelica	3 10%
Ayacucho	3 10%
Cuzco	3 10%
Apurímac	6 20%
Puno	3 10%

En relación al grupo B, la captación aleatoria de la muestra, siguiendo la definición operacional señalada anteriormente, destaca la representatividad de todos los Departamentos del

país clásicamente considerados en la región de la Sierra, lo que habla en favor de una buena distribución. La muestra es pequeña para permitir mayores análisis, pero destaca la mayor frecuencia de sujetos oriundos del Departamento de Apurímac (20%) (Cuadro N° 11).

De la aplicación de las escalas

En el Cuadro 12 están representados los puntajes totales obtenidos por las poblaciones en la Escala de Evaluación Psiquiátrica Breve (BPRS).

Se observa que el puntaje global para el grupo A es de 984 y para el grupo B de 802. El test de análisis no paramétrico de Mann-Whitney señala falta de diferencia estadísticamente

significativa entre las dos poblaciones en relación a los puntajes globales. En la Gráfica N° 1 se analizan los datos separadamente por ítems.

Observamos que sólo en el ítem 5. Sentimiento de culpa, se observa diferencia estadísticamente significativa ($Z = 2.74$) que supera el límite exigido de 1.96, o sea $p = 0.05$, mientras que para los otros ítems de la escala los resultados no superan el punto crítico de significancia exigido.

En el Cuadro N° 13 están representados los puntajes totales obtenidos en ambas poblaciones en la Escala de Depresión de Hamilton.

Se observa que el puntaje global para el grupo A es de 558 y para el B de 505. El test no-paramétrico de Mann-Whitney señala falta de dife-

C U A D R O N° 12

BPRS PUNTAJES GLOBALES

Costa	Sierra	Test de Mann-Whitney		
		Score U	Z	P
984	802	205	1.36 N.S.	0.05 N.S.

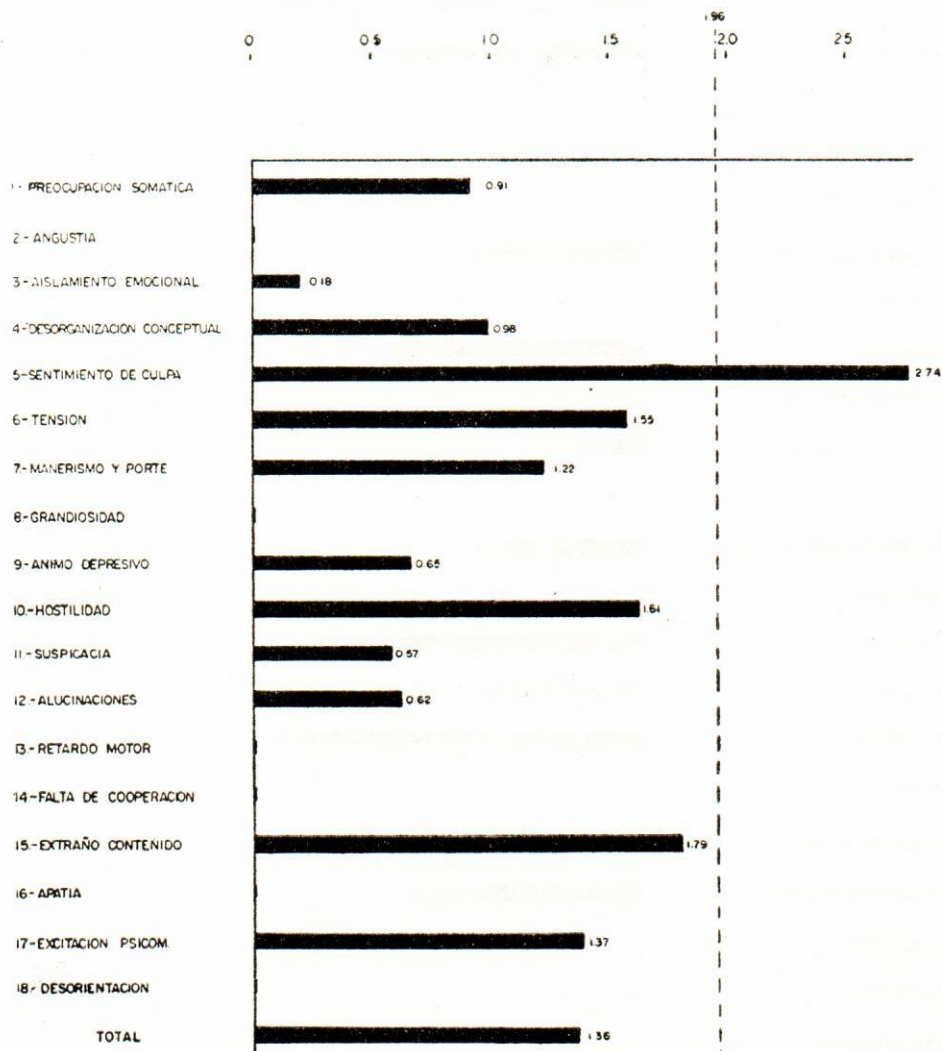
C U A D R O N° 13

ESCALA DE HAMILTON PUNTAJES GLOBALES

Costa	Sierra	Test de Mann-Whitney		
		Score U	Z	P
558	505	331.5	0.89 N.S.	0.05 N.S.

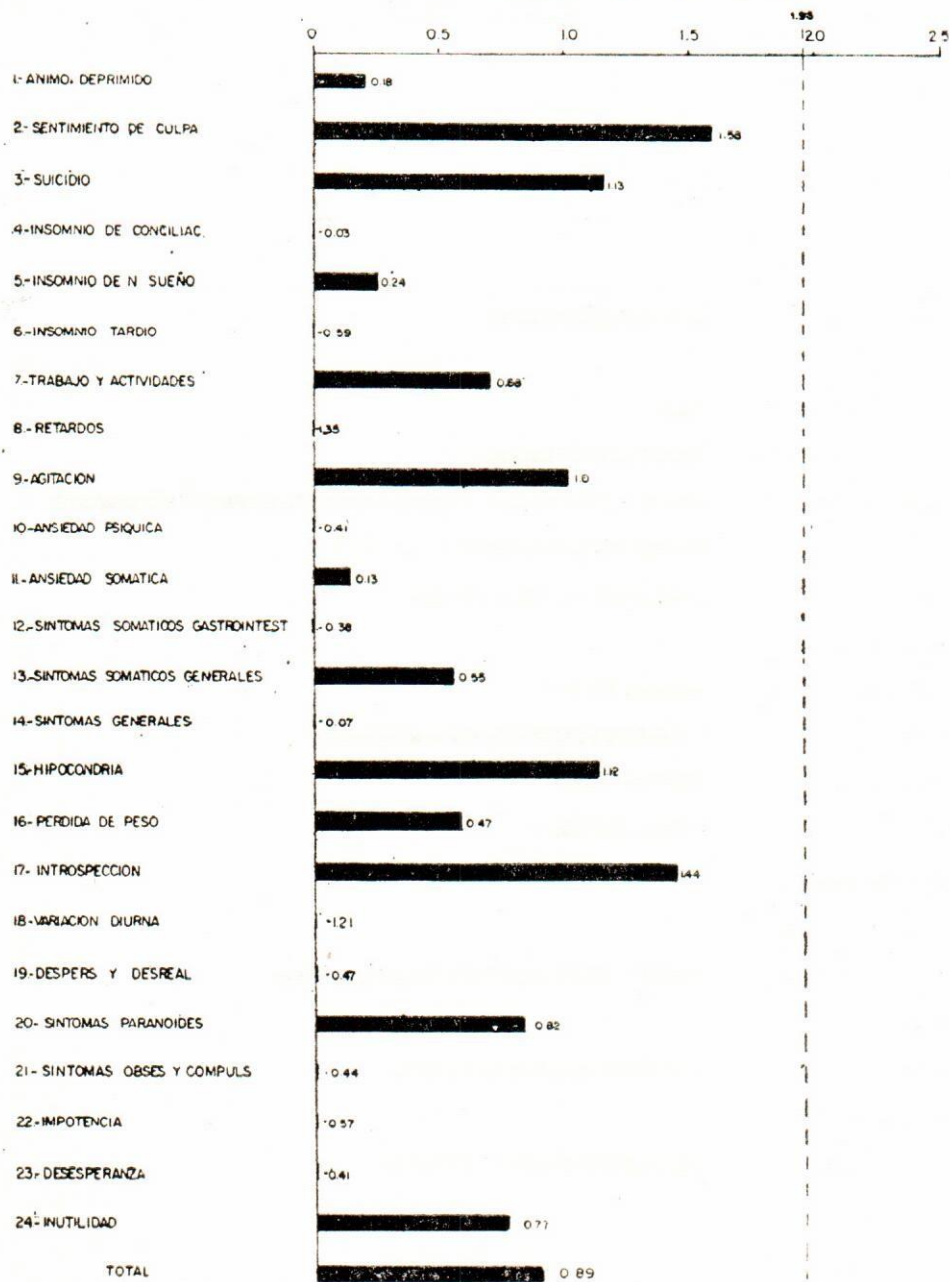
GRAFICA Nº 1

COMPARACION SINTOMATOLOGICA EN ESQUIZOFRENICOS DE LA COSTA Y MIGRANTES DE LA SIERRA: DIFERENCIAS ESTADISTICAS CON LA BPRS



GRAFICA Nº 2

COMPARACION SINTOMATOLOGICA EN ESQUIZOFRENICOS DE LA COSTA Y MIGRANTES DE LA SIERRA: DIFERENCIAS ESTADISTICAS CON LA ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON



rencia estadísticamente significativa entre ambas poblaciones.

Analizados los datos separadamente por ítems, apreciamos que en ninguno de ellos se alcanza el límite de significancia estadística (Gráfica N° 2).

DISCUSION

Debemos puntualizar, en primer lugar, que el presente estudio ha tenido como objetivo la comparación de los aspectos estructurales de la sintomatología esquizofrénica dejando intencionalmente de lado el contenido de tales manifestaciones para un posterior trabajo. Lo que nos propusimos evaluar, como primer paso, es si la esquizofrenia, en cuanto a su estructura, se presenta de diferente manera en pacientes de origen andino y costeño.

En general, los resultados obtenidos con ambos instrumentos no indican diferencias estadísticamente significativas entre las dos poblaciones estudiadas. La sintomatología general de los cuadros esquizofrénicos, evaluada con la BPRS, es la misma, en pacientes oriundos de la Costa y de la Sierra en la muestra seleccionada.

Los resultados son, así, claros en precisar que en su estructura formal la esquizofrenia tiene la misma organización tanto en los pacientes costeños cuanto en los oriundos de la Sierra. Este hallazgo se ve reforzado por los reportes de la literatura mundial en varios puntos respecto al desorden.

En primer lugar, los estudios de epidemiología psiquiátrica hablan, en general, de una distribución aproximadamente similar del desorden en to-

dos los países donde se ha estudiado, con una prevalencia de vida de alrededor del 1% (2). Por otro lado, Lehmann, cita a Goldhamer y Marshall (1953): "El estudio de los registros clínicos hospitalarios sugiere que la incidencia de esquizofrenia en Estados Unidos ha permanecido probablemente invariable, por lo menos en los últimos 100 años y posiblemente a través de toda su historia, a pesar de los tremendos cambios socio-económicos y poblacionales" (14), lo que apoyaría la tesis de su etiología primariamente biológica (27, 28). En la misma línea de razonamiento, Murphy ha señalado que los factores socio-culturales afectan la reacción de la personalidad a la enfermedad pero no el proceso básico (38), y la OMS ha estimado que el porcentaje de los desórdenes psiquiátricos mayores no variará significativamente en lo que resta del siglo (54). Todos estos datos abonan sobre la probable estabilidad del desorden y refuerzan el concepto planteado por Lehmann de que la esquizofrenia es igual en todas partes (32). Ultimamente, en 1984, Perales ha comprobado la falta de diferencias estadísticamente significativas en esquizofrénicos de la Sierra, migrantes de la Sierra y costeños en relación a la estructura del pensamiento delusional, indicando con ello que el trastorno en el aspecto específico estudiado, es el mismo, sin que importe el origen geográfico del paciente (40).

En cuanto a los puntajes obtenidos con la Escala de Hamilton los resultados también arrojan falta de diferencia estadísticamente significativa a los niveles exigidos.

Debe, esto sí, precisarse que en

relación a esta escala el hallazgo de que tanto los puntajes globales como el examen pormenorizado de los ítems no arrojen diferencias estadísticamente significativas, está indicando o bien que la escala no ha determinado sintomatología depresiva en ninguno de los grupos o bien que la ha detectado en similar intensidad o frecuencia. El reporte específico es que no hay diferencias en los puntajes. Sin embargo, analizados separadamente, observamos que el grupo de la Costa presenta un promedio de 18.25 y el de la Sierra 18.15. Independientemente, pues, ambos grupos muestran presencia de sintomatología depresiva; pero tal como el propio Hamilton advierte, el instrumento no debe ser utilizado para tarea diagnóstica sino para analizar presencia e intensidad sintomáticas, especialmente en estudios de seguimiento evolutivo o comparación (23, 24). Más aún, el problema de la relación entre esquizofrenia y sintomatología depresiva se discute (13, 25), así como su significación clínica o grado de relación o correlación (39).

En todo caso, la afirmación de ilustres colegas peruanos (17, 19, 22, 52) en el sentido de que la sintomatología depresiva caracterizaba a la esquizofrenia del andino es refutada por el presente estudio. Conviene al respecto recordar que las observaciones clínicas individuales, corren el riesgo del sesgo subjetivo y suelen ser dependientes de las condiciones propias en que efectúa la observación (38).

En último análisis, las diferencias, de existir, deben buscarse en los contenidos patoplásticos, en el sentido que hablaba Delgado (10) y con toda

precisión señalaba Sal y Rosas (46). Será necesario, por ello, que los próximos estudios comparativos interculturales, se realicen, no sólo en el nivel sintomatológico estructural, en el sentido de *invariante cultural*, del que habla Lanteri-Laura (30), sino incluir los marcadores psicofisiológicos libres de la influencia cultural que señala Karno (26) y las características del contenido.

Queda sin embargo una interrogante en el presente estudio ¿Por qué, en la BPRS, aparecen diferencias estadísticamente significativas en el ítem 5. Sentimiento de culpa, que no se revelan en la Escala de Hamilton? Una probable explicación es que ambas están midiendo algo diferente, aunque el término sea el mismo, ya por la construcción de los reactivos o por las instrucciones de su aplicación. Así, por ejemplo, en la aplicación del BPRS hemos seguido las indicaciones del glosario elaborado por Turner que específicamente señala que en el ítem 5, debe apreciarse lo siguiente: "En la evaluación de este ítem debemos enfatizar la esencial equivalencia de la culpa sentida personalmente y aquella atribuida a los otros. Algún aspecto de la primera será anotado bajo ánimo depresivo; alguno del último, bajo hostilidad. A veces será evidente que un paciente ha sufrido a causa de otros, ya sea recientemente o en el pasado. . . . Es el nivel de sentimiento de culpa, como contenido, el que debe puntuarse, no el objeto culpado" (48). En cambio en el ítem 2 de la Escala de Hamilton, correspondiente también al sentimiento de culpa, lo que se evalúa es exclusivamente la experiencia del Yo del paciente como objeto; por con-

siguiente, aunque ambas escalas den el mismo título a los ítems respectivos, al concepto es distinto, y, por lo tanto, la puntuación de una no tiene por qué ser equivalente a la de la otra.

CONCLUSIONES

1) En la muestra estudiada de esquizofrénicos oriundos de la Costa y

Sierra del Perú, la sintomatología, en su aspecto estructural, no presenta diferencias estadísticamente significativas.

2) Los esquizofrénicos estudiados de ambas regiones no mostraron diferencias estadísticamente significativas al examen comparativo con la Escala de Depresión de Hamilton

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)* A.P.A. Washington, D.C.
2. CANCRO, R. (1980): "Overview of Schizophrenia". En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Kaplan, H. Freedman, A. y Sadock, B. (Eds.) Williams & Wilkins, Baltimore.
3. CARAVEDO, B. (1923-24): "Actitudes regresivas en los esquizofrénicos". *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas*. 5: 109—116.
4. CARAVEDO, B. (1941): "La esquizofrenia en el Perú". U.N.M.S.M., Facultad de Medicina, Tesis de Bachiller N° 1177.
5. CARRILLO BROATCH, A. (1960): "Consideraciones acerca de las formas de iniciación de la esquizofrenia". *Rev. Neuro-Psiquiatría* 23: 512.
6. CUNZA, J.L. (1955): "Síntomas psíquicos de la esquizofrenia paranoide: estudio estadístico". *Rev. Neuro-Psiquiatría* 18: 462—472.
7. CHICATA, M. y LUZA, S. (1955): "Disgregación somatognósica en un caso de esquizofrenia". *Rev. Neuro-Psiquiatría* 18: 401—408.
8. DELGADO, H. (1937): "Psicopatología y delimitación clínica de la esquizofrenia". *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas. Tomo XX*: 1—29.
9. DELGADO, H. y GUERRA, L. (1946): "Esquizofrenia paranoide y sexo". *Rev. Neuro-Psiquiatría* 9: 196 — 201.
10. DELGADO, H. (1953): *Curso de Psiquiatría*. Imprenta Santa María, Lima.
11. DELGADO, H. (1958): "El problema de la delusión esquizofrénica". *Rev. Neuro-Psiquiatría* 21: 1—11.
12. FEIGHNER, J.; ROBINS, E.; GUZO, S.; WOODRULL, R.; WINOKUR, G. & MUÑOZ, R. (1972): "Diagnostic criteria for use in psychiatric research" *Arch. Gen. Psychiatry* 26: 57—65.
13. GALDI, J. (1983): "Discussion: The causality of depression in schizophrenia". *Br. J. Psychiat.* 142: 621 — 625.
14. GOLDHAMER, H. & MARSHALL, A.E. (1953): *Psychosis and Civilization: Two Studies in the Frequency of Mental Diseases*. McMillan, New York. Citado por Lehmann (31).
15. GUERRA, L.A. (1941): "Esquizofrenia en adolescentes". *Revista de Neuro-Psiquiatría* 4: 228 — 238.
16. GUERRA, L. (1946): "La conciencia del Yo en la Demencia precoz". *Rev. Neuro-Psiquiatría* 9: 67—72.
17. GUTIERREZ NORIEGA, C. (1937): "Observaciones biotipológicas y psicopatológicas en los enfermos mentales peruanos con referencia a factores raciales y geográficos", *Acta Médica Peruana* 2: 438.

18. GUTIERREZ NORIEGA, C. (1937): "Biotopología del Perú antiguo". *Actualidad Médica Peruana* 2: 118—130.
19. GUTIERREZ NORIEGA, C. (1937): "Diseño de un estudio psicológico y antropológico de la raza amerindia". *Actualidad Médica Peruana* 3: 159—195.
20. GUTIERREZ NORIEGA, C. (1938): "Catatonia experimental y shock cardiazólico". *Rev. Neuro-Psiquiatría* 1: 85—108.
21. GUTIERREZ NORIEGA, C. (1939): "El tono neurovegetativo determinado por la prueba de la atropina en los esquizofrénicos". *Rev. Neuro-Psiquiatría* 2: 277.
22. GUTIERREZ NORIEGA, C. (1944-47): "Las enfermedades mentales en la raza india". *Peruanidad*. 5: 1674—1679.
23. HAMILTON, M. (1960): "Rating scale for depression". *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 25: 56—62.
24. HAMILTON, M. (1961): "Development of a rating scale for primary depressive illness". *Brit. J. Soc. Clin Psychol.* 6: 278—296.
25. HIRSH, J.P. (1985): "Discussion: The causality of depression in schizophrenia". *Br. J. Psychiat.* 142: 621—625.
26. KARNO, M. (1981): "Schizophrenia", en: *Psychiatric Research in Practice. Biobehavioral Themes*, E.A. Serafetinides (Ed.) Grune & Stratton, New York.
27. KENDLER, K.S. (1983): "Overview: a current perspective on twin studies of schizophrenia". *Am. J. of Psychiatry* 140: 1415—1425.
28. KENDLER, K.S. & ROBINETTE, C. B. (1983): "Schizophrenia in the National Academy of Sciences — National Research Council Twin Registry: A 16 year update". *Am. J. Psychiatry* 140: 1551—1563.
29. KETY, S.; ROSENTHAL, D.; WENDER, P.H. & SCHULSINGER, F. (1971): "Mental illness and the biological and adoptive families of adopted schizophrenics". *Am. J. Psychiatry* 127: 302.
30. LANTERI-LAURA, G. (1983): "La evaluación de la sintomatología psíquica en función del contexto cultural". *L'Intercourriere* 6: 4—6.
31. LEHMANN, H. (1980): "Schizophrenia: clinical features". En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Kaplan, H.; Fredman, A. & Sadock, B. (Eds.) Williams & Wilkins, Baltimore.
32. LEHMANN, H. (1980): "Schizophrenia: history". En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Kaplan, H.; Fredmann, A., & Sadock, B. (Eds.), Williams & Wilkins, Baltimore.
33. MARIATEGUI, J. y FLORES, J. (1966): "La experiencia del tiempo detenido en la esquizofrenia". *Rev. de Neuro-Psiquiatría* 29: 301—319.
34. MARIATEGUI, J. (1978): "La psiquiatría peruana y el estudio del hombre andino". *San Marcos. Revista de Artes, Ciencias y Humanidades* N° 18, U.N.M.S.M., Lima.
35. MORI, G. (1962): "La valoración y estructura de la delusión en los esquizofrénicos". *Rev. Neuro-Psiquiatría* 25: 187—88
36. MORI, G. (1971): "La significación de la angustia en la esquizofrenia crónica". *Rev. de Neuro-Psiquiatría* 34: 1—6
37. MOSHER, L.N. (1980): "Schizophrenia: Recent research trends". En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Kaplan, H.; Fredman, A. & Sadock, B. (Eds.) Williams & Wilkins, Baltimore.
38. MURPHY, H.B.; WITTKOWER, E. D.; FRIED, J. & ELLENBERGER, H. (1965): "A cross-cultural survey of schizophrenic symptomatology". *Int. J. Soc. Psychiatry* 9: 237—249.
39. NDETEI, D.M. & SINGA, A (1982): "Schizophrenia with depression: Causal or coexistent". *Brit. J. Psychiatry* 141: 354—356.
40. PERALES, A. (1984): "Estudio comparativo de la estructura del pensamiento delusional en pacientes oriun-

- dos de la Costa y Sierra del Perú" (no publicado).
41. PULGAR VIDAL, J. (sin fecha): *Geografía del Perú. Las ocho regiones naturales del Perú*. Séptima edición, Editorial Universo, Lima.
 42. ROTONDO, H. (1955): "Actitud de los esquizofrénicos con respecto a la vida y a la muerte". *Rev. de Neuro-Psiquiatría* 16: 324—332.
 43. SAAVEDRA, A. (1956): "Formas atípicas de la esquizofrenia". *Rev. de Neuro-Psiquiatría* 19: 1—97.
 44. SAAVEDRA, A. (1966): "La forma cenestopática de la esquizofrenia". *Rev. de Neuro-Psiquiatría* 29: 320—351.
 45. SAL Y ROSAS, F. y MENDEZ, M. (1945): "Perturbaciones sexuales en un caso de esquizofrenia". *Rev. Neuro-Psiquiatría* 6: 260—261.
 46. SAL Y ROSAS, F. (1959): "Notes on the application of the Sakel method in mental patients in Peru". En: *Insulin Treatment in Psychiatry*, M. Rinkel and H. Himwich (Eds.), Philosophical Library, New York.
 47. TSUANG, M.T.; BUCHER, K.D. & FLEMING, J.A. (1983): "A search for schizophrēnia spectrum disorders An application of a multiple threshold model to blind family study date". *Brit. J. of Psychiatry*. 145: 572—577.
 48. TURNER, W. (1965): "Glossaries for use with the Overall and Gorham Brief Psychiatric Rating Scale and a modified Malamud Sands Rating Scale", Nueva York (Mimeografiado).
 49. VALDIVIA, O. (1982): Comunicación personal.
 50. VALDIZAN, H. (1915): "La alienación entre los primitivos peruanos". Tesis Doctoral, U.N.M.S.M., Fac. de Medicina, Lima.
 51. VALDIZAN, H. y DELGADO, H. (1923): "Factores psicológicos de la demencia precoz". *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas* 4: 263—286.
 52. VALDIZAN, H. (1925): "La alienación mental en la raza india". Lima. Citado por Mariátegui (34).
 53. VALDIZAN, H. (1930): "Una clase teórica sobre esquizofrenia". *Rev. Médica Peruana* 2: 35—45.
 54. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1980): "Research and technology development in the W.H.O. Mental Health Program", Doc. M.N.H. 80.16, Geneva.

*Dirección Postal**Av. Javier Prado Oeste 445 Dpto. 101**Lima 27*

A G R A D E C I M I E N T O

El autor desea expresar su agradecimiento a las numerosas personas que, de una u otra manera, contribuyeron a la realización del presente trabajo, ya en los tramos iniciales de su diseño, en su curso evolutivo, análisis de los datos o discusión final. Entre ellos, a los Drs.: H. Rotondo Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Director Médico del Hospital Hermilio Valdizán; O. Valdivia, M. Zambrano y E. Izaguirre, Profesores Principales de Psiquiatría de la misma Universidad; Svandra Pathak, de la Universidad de Ohio y Consultor en Metodología de la Universidad de Illinois (U.S.A.); J. Mariátegui, Director del INSM; E. Granda y A. Beyer; Directores de la Clínica Vitarte S.A., y E. Bernal, Residente del Programa de Segunda Especialización en Psiquiatría de la U.N.M.S.M. Y, por el apoyo logístico brindado, a las señoritas A. Guzmán, M. Arévalo, G. Oberti, C. y M. Perales y Sra. R. Chang. Finalmente al Sr. J. Novara, Jefe de la Unidad de Cómputo del INSM.