

11241
2 ej 10

U N A M
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRIA PRESENTA EL DR. FERNANDO CORONA
HERNANDEZ.

MEXICO, D.F. ENERO DE 1985.

EXALA DE ORIGEN

15-II-85

Aljara

*V B
Hernandez*



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	página
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	2
MATERIALES Y METODOS	25
RESULTADOS	28
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	33
CONCLUSIONES	42
RESUMEN	48
BIBLIOGRAFIA	49

INTRODUCCION

Uno de los temas sobre los cuales se ha escrito con mayor abundancia dentro de la literatura psiquiátrica es sin duda el de la esquizofrenia. El hacer un recuento minucioso acerca de toda la literatura escrita al respecto sería empresa de nunca acabar, de allí que para la introducción de este trabajo se consideraron solamente unas cuantas publicaciones que contemplan desde diversas perspectivas el complejo fenómeno de la esquizofrenia la cual, en su calidad de enfermedad mental por antonomasia, ha inquietado e inquieta aún a gran cantidad de investigadores médicos y a pensadores de otras disciplinas del conocimiento humano. Sobre el fenómeno en cuestión han girado una gran cantidad de teorías, hipótesis, doctrinas e imaginaciones que mezclan, en algunos casos, elementos de verdad y de mentira y, en otros, no son sino simples ficciones acerca de su origen, causas y las consecuencias finales que esperan quienes la padecen. Muchos pensadores han dedicado largos escritos en torno al padecimiento; unos la han visto desde la perspectiva de la literatura pura, en-

contrándose cuentos, relatos y novelas en las que el personaje central es un esquizofrénico. Trabajadores de otras áreas de la estética han dedicado piezas de teatro y cinematográficas acerca de este tema.

Si dentro de los trabajos de personas no relacionadas con el área médica el tema se ha prestado a múltiples abordajes y a múltiples dudas y problemas, la cosa no es muy diferente a la que sucede entre los especialistas de Psicología y Psiquiatría que, dedicados al trabajo en clínica psicopatológica, se han dado a la tarea de tratar de comprender las características y la esencia de la enfermedad y que han dirigido sus esfuerzos a indagar la fenomenología psicopatológica de los enfermos esquizofrénicos.

Los problemas comenzaron, y continúan aún, desde el hecho mismo de hacer una definición de la entidad llamada esquizofrenia y el aceptar su existencia como una enfermedad ya que, como se verá mas adelante, las opiniones que han girado en torno a ella han variado entre el considerarla cabalmente como una enfermedad y, por ende, perteneciente al terreno de la medicina, hasta decir que la esquizofrenia no es mas que un recurso que permite a la lengua y al establishment etiquetar a los individuos no desea

bles a ese orden establecido. Un resumen acerca de la evolución del concepto y de la caracterización de la esquizofrenia como enfermedad nos permitirá tener una idea más clara al respecto.

Hasta antes del siglo XIX, cuando menos en occidente, la patología mental estuvo particularmente marcada por una onerosa carga de ignorancia, condena y punición, el primer abordaje serio y metódico de la patología mental aparece en Francia después de la Revolución con médicos como Pinel, que tratan de establecer una nosología en el área de las enfermedades mentales. No obstante que las variantes propuestas por Pinel (1) hayan sido sometidas a severas críticas, su categorización de la patología mental en Manía, Melancolía, Idiotismo y Demencia, ni duda cabe que son la primer muestra organizada de una clasificación de orientación científica en lo tocante a padecimientos mentales.

No fué sino hasta finales del siglo XIX cuando, gracias a los trabajos sistematizadores de E. Kraepelin (2), la taxonomización de la patología mental comienza a tener difusión y comienza a dar origen a nuevos trabajos e investigaciones clínicas que permiten un mejor abordaje de dicha patología. En la sexta edición de su libro de texto, apa-

recida en 1899, Kraepelin propone dos grandes grupos de padecimientos que afectan la sanación mental. Propone, por un lado, que existe un grupo de trastornos mentales que afectan principalmente el estado de ánimo y que se ca racterizan o bien por una extrema agitación y sensación de bienestar o bien por una también extrema sensación de aba timiento y depresión, teniendo ambos padecimientos un buen pronóstico a largo plazo. Propono, por otro lado, un grupo de enfermedades que, bajo el encabezado de Dementia Praeco x, caracterizan a una condición morbosa en la que el indi viduo afectado muestra esencialmente alteraciones en las ca pacidades de atención, pensamiento, afecto y la expresión de la emocionalidad; alteraciones que se presentan en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que con el tiem po se dirigen hacia el deterioro de la función mental para terminar, finalmente, en un estado demencial. Este último hecho contrasta notablemente con el pronóstico a lag o plazo de los individuos afectados con padecimientos que pertenecen al primer grupo.

En el grupo de la Dementia Praecox, que es la que interesa para los fines de este trabajo, Kraepelin distin gue tres formas clínicas diferentes. Ciertamente es que toma formas clínicas descritas previamente por otros autores,

pero logrando engranar y sistematizar armonicamente la información, con lo cual rebasa notablemente a todos los pensadores médicos de su época. Describió originalmente las siguientes variantes clínicas de la enfermedad: a) Hebefrénica, caracterizada esencialmente por la presencia temprana en su curso de delirios y alucinaciones que llevaba al individuo a un deterioro progresivo en sus procesos de pensamiento y al aplanamiento de las manifestaciones del afecto; b) Catatónica, variedad en la cual el predominio signsintomático está relacionado con la presencia de movimientos estereotipados, por la inmovilidad estuporosa o bien, por brotes subitos de agitación extrema combinados con estupor o con los movimientos estereotipados; c) Paranoide, la variante paranoide se caracteriza por la presencia de delirios, generalmente de naturaleza persecutoria o de daño y que se acompaña también de alucinaciones auditivas, de naturaleza condenatoria esencialmente. Esta última forma, a diferencia de las dos previas en las que las manifestaciones clínicas se veían seguidas de un notable deterioro en los procesos del pensamiento y del afecto, no conducía a la demenciación, pero, mantenía practicamente de manera constante una constelación clínica que le caracterizaba.

La vida del término Dementia Praecox fué mas bien corta pero de proficuidad inmensa. En el año de 1911 aparece el libro del psiquiatra suizo E. Bleuler (3) "La Dementia Praecox o el Grupo de las Esquizofrenias" libro que, a manera de monografía, se refiere ya sistemáticamente a una condición mental por él bautizada con el nombre de esquizofrenia. En esta monografía Bleuler hace una defensa del término y justifica la adecuación del mismo para llamarle así a la condición que califica. Desde el punto de vista clínico los trabajos de Bleuler se encargan de asentar y dar solidez a ciertos datos ya considerados previamente por Kraepelin. Por ejemplo menciona claramente el hecho de que el padecimiento no se presenta exclusivamente en adolescentes o en adultos jóvenes sino que, en muchos casos, daba comienzo en individuos ya bien entrados en la vida adulta... Mostró también, cosa que ya había pergeñado el mismo Kraepelin, que el curso de la enfermedad no conducía irremediamente a la demenciación y de hecho menciona textualmente:

" Con el término 'Dementia Praecox' o 'Esquizofrenia' Nos referimos a un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, a veces marcado por ataques intermitentes y que se

puede detener o tener retroceso en cualquier etapa" (pág. 9 de la Monografía).

Uno más de los esfuerzos y logros de Bleuler fué el de encontrar fenómenos comunes al trastorno esquizofrénico, por un lado y, por el otro, encontrar datos característicos que, dentro de esa unidad, permitieran la diferenciación de cada uno de los subtipos de la enfermedad. Propuso, como elementos de unificación de la enfermedad, que el trastorno estaba relacionado específicamente con alteraciones en el pensamiento, en el afecto y en la relación del paciente con el mundo externo. Dentro de sus esfuerzos propone, asimismo, la distinción entre síntomas fundamentales y síntomas accesorios. Los primeros son los que se muestran única y exclusivamente en la esquizofrenia en tanto que los segundos pueden presentarse en otros tipos de patología mental, peses a que entre estos el autor considera a las alucinaciones auditivas, fenómeno que es notoriamente evidente en la enfermedad. Lo mismo puede decirse con respecto a las ideas delirantes. Es con Bleuler que aparece un nuevo subtipo clínico de la enfermedad la Esquizofrenia Simple, en la que no se presentan alucinaciones ni delirios, sino solamente una modificación sustancial en la vida del paciente en su relación con los demás. Propu-

so también que la signsintomatología de la enfermedad podía clasificarse en primaria y secundaria. Las manifestaciones primarias, dice Bleuler, son el efecto directo e inmediato de la enfermedad, en tanto que las manifestaciones secundarias son debidas al ajuste que hace la mente enferma ante la aparición de las manifestaciones primarias.

En la perspectiva clínica se puede resumir la apogtación de Bleuler las cuatro A's del autor: Trastornos en la asociación, en los cuales hay una tendencia a la fragmentación del pensamiento, debido a la intrusión de ideas bizarras ilógicas e irrelevantes; Alteraciones en el Afecto, caracterizadas por la incongruencia entre el pensamiento y la expresión emocional que le acompaña, en algunos casos hay falta total de expresión afectiva y en otros la manifestación del afecto está fuera de proporción con respecto al estímulo que la desencadena; Autismo, que implica una condición en la cual el paciente abandona las significaciones convencionales y tiene una vida interior de intensa fantasía, finalmente se encuentra la Ambivalencia, en la cual hay un conflicto psicológico que tiene su asiento en la emergencia simultánea de pensamientos y sentimientos mutuamente incompatibles, que se presenta ante determinadas personas y situaciones.

Otro autor que se considera importante en el desarrollo tanto del concepto como de la descripción clínica del padecimiento es Kurt Schneider (4) quien, en 1942, establece una ordenación psicopatológica y propone la existencia de fenómenos de primero y segundo rango. A los fenómenos del primer tipo pertenecen las vivencias de influencia e intervención sobre el pensamiento y la conducta, la sonorización o eco del pensamiento, la difusión o divulgación de las ideas, el robo del pensamiento, la percepción delirante y la percepción auditiva de voces dialogadas que comentan entre sí acerca del actuar del paciente. Entre los fenómenos de segundo rango menciona a las ocurrencias delirantes, las pseudoalucinaciones auditivas, la perplejidad, las distimias eufórica y depresiva y el empobrecimiento de la vida afectiva. Si bien es cierto que el mismo Schneider admite que estas manifestaciones pueden presentarse en otros tipos de psicosis, incluidas las psicosis orgánicas, habla de la claridad en la conciencia como la condición indispensable para considerarlas dentro del espectro de la esquizofrenia.

Bajo la reserva de citar mas adelante a otros autores, mencionaremos que a lo largo de la historia del padecimiento, se han añadido varios subtipos de esquizofre-

nia, que aparecen y desaparecen dentro de las diferentes clasificaciones que se han hecho. En el año de 1934 la Asociación Psiquiátrica Americana (5) añade a los cuatro tipos existentes hasta ese entonces, un tipo mas llamado "Otra", dentro de la cual se incluyen las variantes que no se ajustan a los tipos previamente descritos. En el primer Manual Estadístico de la misma asociación (6) aparecido en 1952 aparecen listados los tipos Episodio Agudo, Crónica Indiferenciada, de la Infancia y el tipo Residual. En el segundo manual de la misma asociación DSM-II (7) aparece la Esquizofrenia Latente. Finalmente en el tercer manual de esa asociación, DSM-III (8) se hace una reducción y de los once tipos hasta esa fecha descritos quedan solamente cinco categorías, en las que se conserva las tres variantes propuestas originalmente por Kraepelin, aunque ahora a la variedad hebefrénica se le llama desorganizada, añadiéndose un tipo indiferencia y la categoría calificada como Residual, en la que se incluyen a los pacientes que muestran de manera crónica algunos de los datos de la enfermedad, sin que pueda integrarse en ellos la entidad completa.

Otro clínico, Klaus Conrad (9) se dedica a estudiar profundamente las fases por las que atraviesa el enfermo es-

quizofrénico y propone los estadios de Trema, Apofanía y Apocalipsis para referirse a cada uno de las etapas por que se cursa desde el inicio hasta la ruptura total del paciente. El estudio de las fases de la enfermedad ha sido abordado por múltiples autores y prácticamente cada uno de ellos propone nombres diferentes para calificarlas. Otro autor, E. Minkowski (10), hace contribuciones de interés a la fenomenología psicopatológica del enfermo esquizofrénico y habla de las alteraciones en el discurrir y de los severos trastornos en el transcurrir que se presentan en el esquizofrénico. Dos autores que se dedicaron enfáticamente a la diferenciación clínica de las distintas variantes de la esquizofrenia fueron Kleist y Leonhard (11) quienes proponen, en 1960, solamente para la variedad paranoide de la enfermedad la existencia de un total de siete subtipos diferentes, sin incluir al problema de la parafrenia, mismo que, por si sola, amerita en sus consideraciones un capítulo aparte.

De entre los abordajes del mismo fenómeno desde otras perspectivas mencionaremos solamente unas cuantas mas, ya que se cuentan por docenas, debido a que practicamente cada corriente y cada escuela psiquiátrica han emitido su opinión al respecto. Para muestra de ello bastará

con mencionar las teorías comunicacionistas de la escuela de Bateson en Palo Alto (12), las proposiciones de Lacan (13) y el movimiento antipsiquiátrico de Laing y Cooper (14). La corriente dinámica también ha expresado sus puntos de vista, esencialmente por medio de los trabajos de M. Klein (15) y en general de la escuela inglesa. No se entrará en detalles acerca de los autores mencionados.

Ahora bien, el esfuerzo realizado por tantos investigadores no resuelve por sí solo el problema de la validación científica del diagnóstico, es decir, el método tradicional de hacer una descripción detallada de caso por caso, no proporciona un método ni sencillo ni completamente válido de llegar al diagnóstico. De hecho, la tendencia actual con respecto al problema, se dirige a considerar la esquizofrenia como un síndrome, orientación que permite un abordaje flexible y metódicamente sistemático para enfrentarse a las dificultades clínicas propias del padecimiento en cuestión.

De entre estos intentos mencionaremos dos que han tenido especial interés y alcance como intentos de refinar y validar el diagnóstico de la esquizofrenia. Nos referimos específicamente a la Escala Psiquiátrica Multidimensio

nal para internados (EPMI) y a la Escala de Evaluación del Estado Actual (EEA).

La EPMI, desarrollada por Lorr y cols. en 1963 (16), consiste en 75 tópicos cuidadosamente seleccionados, descritos y ordenados, que relatan una amplia gama de signos y síntomas observados durante una entrevista psiquiátrica convencional y que, una vez realizada la entrevista y registrados el comportamiento y las respuestas del paciente, los resultados se cotejan con los tópicos descritos en la escala, para darles calificación de acuerdo a la frecuencia y a la intensidad con la que se presentan. Los 75 tópicos descritos por la escala EPMI pueden ser reducidos a un número menor de signos y síntomas y quedar así agrupados en síndromes psicóticos. Cuatro de los síndromes a los que se reducen los tópicos de esta escala corresponden a las categorías diagnosticadas como pertenecientes a las enfermedades maniaco-depresivas y a los síndromes orgánicos. Los seis restantes caen dentro de la categoría de los trastornos pertenecientes a la esquizofrenia. En la Tabla 1 se hace el resumen de los datos pertinentes. Del análisis de la tabla se desprenden el hecho de que la sintomatología considerada esquizofrénica continua siendo la misma que consideraron tanto Kraepelin como Bleuler en sus

trabajos iniciales. Por ejemplo, lo que en esta escala se califica como desorganización conceptual, se corresponde puntualmente con lo que Bleuler llama trastorno del pensamiento; las modificaciones relatadas en la tabla como retardo y apatía corresponden, de igual manera, al trastorno del afecto descrito por el psiquiatra suizo.

El Exámen del Estado Actual, EEA, es una entrevista estandarizada y es al mismo tiempo una cédula de registro de varios signos y síntomas. Ha sido desarrollada a lo largo de varios años por Wing, Cooper y Sartorius (17) y consiste en un glosario que contiene definiciones de 140 síntomas vistos frecuentemente en pacientes psicóticos y neuróticos y la cédula de registro que permite al clínico anotar la presencia o ausencia de tal o cual síntoma y permite calificar su intensidad. Los datos que se obtienen se registran directamente durante la entrevista psiquiátrica. Este sistema de registro permite combinar específicamente los 140 síntomas y elaborar con ellos un total de 38 síndromes generales y partir de ellos para la elaboración de categorías diagnósticas específicas. Una versión modificada de este instrumento fue utilizada en un estudio multicéntrico realizado por la Organización Mundial de la Salud, en el que se aplicó el método a un total de mil pacient

tes psicóticos en varias partes del mundo. En la Tabla 2 se muestran algunos de los tópicos del instrumento y se muestran las características más típicamente consideradas dentro de la constelación esquizofrénica. Mediante los datos que se reportan se puede realizar un análisis que arroja como conclusión el hecho de que siguen siendo los trastornos descritos por los pioneros del área las que se toman en consideración para el diagnóstico de la enfermedad. Por ejemplo, lo mencionado en la tabla como restricción afectiva y habla incoherente no son sino los trastornos en el afecto y en el pensamiento propuestos inicialmente por Bleuler.

De acuerdo con lo expuesto en líneas anteriores se obtiene en conclusión que las descripciones tanto de Kraepelin como de Bleuler siguen siendo básicas en el diseño de instrumentos que están encaminados a refinar y validar el diagnóstico de la esquizofrenia.

Para finalizar, se hará mención de la ventaja que representa el considerar a la esquizofrenia como un síndrome ya que este hecho permite hacer un abordaje flexible del problema, amén que tiene implicaciones de orden terapéutico y pronóstico. Estudios específicamente dirigidos

en ese sentido son los realizados por Gerald (18), llevados a cabo en el Instituto de Investigaciones en Salud Mental de la Universidad de Michigan, en donde se realizó una evaluación y un listado de indicadores fisiológicos, psicológicos y bioquímicos, en un intento de diferenciar entre sí a los pacientes esquizofrénicos y mediante ello tener una idea mas clara respecto al pronóstico. Otra aportación considerable lo constituyen los trabajos de Kantor y cols. (19), en el que se estudia la historia premórbida del paciente y con ello, de acuerdo a los resultados del estudio, se posibilita el hacer consideraciones pronósticas. Un resumen de lo mas importante de este trabajo se anota en la Tabla 3.

TABLA No. 1

SINDROMES ESQUIZOFRENICOS SEGUN EPMI ¹

Síndrome	Tópicos ilustrativos según EPMI
Desorganización conceptual	Se dan respuestas irrelevantes; incoherentes; se usan neologismos.
Apatía y retardo	Indiferentes ante su futuro; apatía a los problemas propios; incapacidad de responder a las preguntas; apariencia desaliñada.
Distorsión perceptual	Escucha voces que lo acusan o condenan; escucha voces que le amenazan y le castigan; se reportan alucinaciones táctiles, gustatorias y olfatorias.
Proyección paranoide	Preocupación por creencias delirantes, piensa que la gente habla de él; piensa que la gente controla sus acciones.
Expansividad grandiosa	Cree que tiene una misión divina por cumplir, piensa que tiene poderes supernaturales; piensa que es una persona acreditada y conocida.
Trastornos motores	Se muestran gestos peculiares y repetitivos; se muestran muecas idiosincráticas y posturas peculiares y rígidas.

(i) Adaptado de la Escala Psiquiátrica Multidimensional para Internados, Lorr, Klett y McNair (1963).

Nota: A primera vista parecería válido el comparar las categorías descritas en esta escala con las categorías descritas por el manual de la APA número 2 (DSM-II) en donde se describen subtipos de esquizofrenia, pero en tanto que el manual representa grupos de pacientes, la escala representa grupos de signos y síntomas, de allí que la comparación no pueda hacerse válida.

TARLA No. 2

ESTUDIO DE LA OMS SOBRE SINTOMAS ESQUIZOFRENICOS ⁱ

Síntomas de acuerdo a EEA ⁱⁱ	Observación en la entrevista/preguntas.
Habla incoherente	Flujo libre y espontáneo del lenguaje incoherente.
Restricción afectiva	Inexpresividad facial. No se muestra emoción alguna.
Pensamientos en alto	Piensa usted que sus pensamientos están siendo <u>di</u> fundidos o transmitidos? Le parece que sus pensamientos son en voz alta o los escucha?
Delirios generalizados	Que tan amplios son los <u>de</u> lirios del paciente? Que tantas áreas de su vida se ven afectadas?
Delirios bizarros	Son los delirios comprensibles?
Delirios nihilistas	Siente usted que se cuerpo se descompone o se pudre? Siente que se le ha ido <u>al</u> guna parte de su cuerpo? (cabeza, pies, hígado, etc.) Alguna vez ha sentido que de plano no existe, que <u>es</u> tá muerto o disuelto?
Pobre Autoadvertencia	Calificación general de la autoadvertencia (conciencia de enfermedad p.ej.).
Pobre rapport	Pudo el entrevistador establecer rapport con el <u>en</u> trevistado?
Credibilidad de la información	Es creíble o no la <u>informa</u> ción obtenida en esta entrevista en particular?.

(i) Adaptado del estudio de Carpenter, Strauss y Bartko (20).
(ii) Exámen del estado actual.

TABLA No. 3

CRITERIOS DIFERENCIALES EN LA HISTORIA VITAL ⁱ

Proceso esquizofrénico (Esq. Procesal)	Esquizofrenia reactiva
Del nacimiento al 5to. año	
a) Trauma psicológico temprano	a) Buena historia psicológica
b) Enfermedad física severa o prolongada	b) Buena salud física
c) Miembro raro en la familia	c) Miembro normal en la familia
Del 5to. año a la adolescencia	
a) Dificultades en la escuela	a) Buen ajuste a la escuela
b) Problemas familiares ocasionados por cambios súbitos en la conducta del paciente	b) Los problemas familiares no son paralelos a cambios en la conducta del paciente
c) Intereses y tendencias del comportamiento hacia la <u>in</u> troversión	c) Intereses y tendencias del comportamiento hacia la <u>extro</u> versión
d) Historia de rompimientos social, físico o en la <u>fun</u> ción mental	d) Historia adecuada de la <u>fun</u> ción social, <u>men</u> tal y física
e) Consanguíneos con patología (compañeros)	e) Compañeros normales
f) Madre sobreprotectora o rechazante "mamitis"	f) Madre normal, protectora
g) Padre rechazante	g) Padre aceptante

TABLA No. 3 (cont...)

De la adolescencia a la adultez

- | | |
|--|---|
| a) Ausencia de heterosexua
lidad | a) Comportamiento hetero-
sexual |
| b) Establecimiento gradual
e insidioso de la psico
sis sin estrés exterior
evidente | b) Establecimiento súbito
de la psicosis, estrés
identificable, estable
cimiento tardío. |
| c) Agresividad física | c) Agresividad verbal |
| d) Pobre respuesta al tra-
tamiento | d) Buena respuesta al tra
tamiento |
| e) Estadía hospitalaria
prolongada | e) Estadía hospitalaria
corta |

Adultez

- | | |
|--|---|
| a) Paranoia masiva | a) Tendencias paranoides
menores |
| b) Baja capacidad ante el
alcohol | b) Mucha capacidad ante el
alcohol |
| c) Sin componentes maniaco-
depresivos | c) Hay componentes maniaco-
depresivos |
| d) Insuficiencia ante la ad-
versidad | d) Exitos ante la adversi-
dad |
| e) Discrepancia entre capaci-
dad-logros | e) Armonía entre capacidad-
logros |
| f) Conciencia de cambio en el
sí mismo | f) No hay sensación de cam
bio |
| g) Delirios somáticos | g) No hay delirios somáti
cos |
| h) Conflicto entre la cultu-
ra y el medio | h) Armonía entre cultura y
medio |
| i) Pérdida de la decencia (nu
dismo, masturbación pública,
etc.) | i) Se mantiene la decencia |

(i) Adaptado de Kantor, Wallner y Winder, 1953 (19).

las, fábricas y en el centro mismo; hay un programa de interconsultas psiquiátricas para los hospitales generales Dr. Rubén Leñero y Hospital de la Mujer y el Servicio de la Consulta Externa del propio centro. En la consulta externa del centro se da atención a menores y adultos. La atención a menores está coordinada por un programa del Hospital Infantil Juan N. Navarro, que supervisa la actividad de la Unidad Terapéutica de Niños y Adolescentes. El personal del centro, en relación al área de personal médico, está constituido por Residentes del 3er. año de la Especialidad en Psiquiatría, Psiquiatras Generales, Psicoterapeutas Grupales y Familiares. Cuenta además con los servicios de Enfermería y Trabajo Social Psiquiátrico. El centro presta, en consecuencia, servicios preventivos y asistenciales, amén de que se realiza labor de investigación, mismas que están en vías de darse a conocer (20).

Ahora bien, en la justificación del trabajo se en encuentran varios aspectos. No existe el antecedente de haberse realizado un trabajo similar en el CECOSAM. Dos premisas básicas son el hecho mismo de la esquizofrenia y la dificultad que entraña su diagnóstico y, por otro lado, está el problema relacionado con la información que se maneja en el expediente clínico.

Ha sido mencionado en líneas arriba el problema que ha representado la categorización adecuada y el diagnóstico preciso de la enfermedad. El hecho mismo que tantos autores se hayan dedicado a investigar y a proponer tantas clasificaciones habla por sí mismo de ese problema. De allí que resulte interesante conocer de que manera se hace el diagnóstico de esquizofrenia en un lugar dado durante un lapso determinado.

Por otro lado nos enfrentamos al hecho del manejo de la información que se registra en el expediente clínico. Este es un tópico ampliamente estudiado y para mejorar la forma en que se asienta la información en el documento se han propuesto varias técnicas entre las cuales se encuentra el Expediente Clínico Orientado por Problemas, la utilización de formatos elaborados expresamente para el registro de la información (Inventarios) y el uso de formas que registran información que puede ser manejada posteriormente por programas de computadoras, amén de la forma tradicional de Historia Clínica. Sabido es el hecho que el expediente clínico es el documento clínico que permitirá sustentar las hipótesis diagnósticas inicialmente y su corroboración o refutación posteriormente. El expediente, además, posibilita la investigación retrospectiva y permite evaluar la

efectividad de las medidas tomadas en contra de una patología específica. Las implicaciones que tiene el manejo adecuado de la información que se consigna en el expediente clínico van desde la categorización adecuada de un padecimiento, hasta los ordenes terapéutico y pronóstico.

En la realización de este trabajo se tiene también en mente el utilizar los resultados de manera inmediata para realimentar al personal que presta sus servicios en el CECOSAM.

MATERIALES Y METODOS

Para la realización de este trabajo se tomaron como punto de partida los expedientes clínicos del archivo del CECOSAM, abiertos en el período comprendido entre el lero. de enero hasta el 31 de diciembre de 1983. Se revisaron uno a uno todos los expedientes y se hizo la selección de los casos de esquizofrenia. En la selección de los casos positivos se tomó como requisito el hecho de que el diagnóstico de esquizofrenia, independientemente del tipo, fuera un diagnóstico que se mantenía a lo largo de las notas de revisión clínica. En los casos en los que había pocas notas de evolución e incluso en el caso de que solamente hubiera una sola, debido a deserción del tratamiento o por cualquier otro motivo, se tomó en consideración solamente la información realizada en la nota de consulta inicial. En algunos casos el diagnóstico inicial fue hecho por un médico general y posteriormente corroborado por un Psiquiatra General. En el caso de que algún paciente hubiera sido diagnosticado inicialmente como esquizofrénico, por cualquier médico, pero en las notas subsiguientes se cuestionaba o refutaba el diagnóstico, el expediente se consideraba como negativo. Los expedientes que no tenían diagnós

tico, aún cuando el cuadro clínico sugiriera un padecimiento esquizofrénico, fueron también eliminados del estudio.

Una vez seleccionados los expedientes positivos, se procedió a revisar íntegramente las notas registradas y de ellas se obtuvieron los signos o síntomas de psicopatología consignadas. Toda la información de datos de psicopatología se fue anotando en cada uno de los casos encontrados. Una vez colectada la información se analizaron los datos obtenidos y se vió si con la información podían hacerse agrupamientos de signos y síntomas en síndromes. Una vez realizado esto se procedió a hacer la comparación de los resultados obtenidos con los criterios propuestos por los autores citados en la introducción de este trabajo y se vió en que medida se ajustaban a cualquiera de ellos. Se buscó, asimismo, el elemento denominador común que permitía el diagnóstico de esquizofrenia y los datos que permitían calificarla como alguna de las variantes propuestas para la enfermedad. En cada caso se obtuvieron los datos relacionados con edad, sexo, estado civil, religión, ocupación y escolaridad. Se colectaron también los datos relacionados con estudios paraclínicos o con exámenes especiales pertinentes para cada caso y se hizo la correlación con el cuadro clínico. Se revisaron asimismo, los antecedentes

familiares, el tratamiento dado y el tiempo , remedio de sé-
guimiento para cada uno de los casos.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 1554 expedientes clínicos o sea la totalidad de los abiertos en el período estudiado, encontrándose 22 casos positivos, lo cual representa un 0.12% de todos.

Los resultados obtenidos con respecto a edad, sexo, estado civil, religión, ocupación y escolaridad se describen en los siguientes cuadros.

CUADRO 1
Distribución por edad

Edad en años	No. de casos	%
15 - 20	1	4.54
21 - 25	7	31.81
26 - 30	5	22.72
31 - 35	3	13.63
36 - 40	1	4.54
41 - 45	3	13.63
46 - 50	2	9.09
T O T A L	22	100.00

CUADRO 2

Distribución por sexo

Sexo	No. de casos	%
Masculino	16	72.72
Femenino	6	27.27
T O T A L	22	100.00

CUADRO 3

Distribución por estado civil

Estado Civil	No. de casos	%
Solteros	13	59.09
Casados	6	27.27
No reportado	3	13.63
T O T A L	22	100.00

CUADRO 4

Distribución por religión

Religión	No. de casos	%
Católica	11	50.00
Evangelista	3	13.63
Mormona	1	4.54
No reportada	7	31.81
T O T A L	22	100.00

TABLA No. 4

SIGNO O SINTOMA	%
1.- Ideas de referencia	63
2.- Ideas de daño	54
3.- Ideas de perjuicio	54
4.- Alteración en juicio	54
5.- Alteración en afecto	54
6.- Alucinaciones auditivas	54
7.- Alteraciones en crítica	50
8.- Alteración en sueño	45
9.- Alucinaciones visuales	45
10.- Ideas de influencia	36
11.- Alteración en discurso	31
12.- Temor	22
13.- Sistema delirante	13.64
14.- Soliloquios	9
15.- Alteración global I.Q.	4
16.- Telepatía	4
17.- Robo del pensamiento	4
18.- Control del pensamiento	4
19.- Transmisión del pensamiento	4

De acuerdo al reporte encontrado en el expediente, los tipos de diagnósticos realizados fueron los siguientes:

Diagnóstico	No. de casos	%
1.- Esquizofrenia paranoide	8	36.36
2.- Esquizofrenia simple	3	13.63
3.- Esquizofrenia residual	3	13.63
4.- Esquizofrenia esquizoafectiva	1	4.54
5.- Esquizofrenia latente	1	4.54
6.- Esquizofrenia paranoide latente	1	4.54
7.- Esquizofrenia incipiente	1	4.54
8.- Proceso esquizofrénico	1	4.54
9.- Esquizofrenia sin especificar tipo	3	13.63
T O T A L	22	100.00

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Distribución por edades.

Hay un marcado predominio de aparición de la enfermedad en el grupo que comprende las edades entre 21 y 35 años, ya que la suma de ambos hace 68% del total de pacientes considerados. Este resultado está de acuerdo con la mayoría de los autores consultados. En un estudio realizado en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) por Urioste y cols. (22) se encontró que la edad promedio de presentación de la enfermedad fué de 23 años, aunque cabe mencionar que en dicho estudio se revisaron exclusivamente casos de pacientes con la variedad hebefrénica. En el estudio que aquí se reporta llaman la atención los dos casos diagnosticados como esquizofrénicos cuyas edades estaban por encima de los 45 años, edad en la cual es raramente vista por primera vez la enfermedad. Ambos pacientes fueron diagnosticados como paranoídes uno con E. Paranoíde y uno con E. Paranoíde Latente.

Distribución por sexos.

Se encontró un marcado predominio del sexo mascu-

lino, 72% de los casos, cifra que está por encima de los reportes que da la literatura mundial y por encima de las cifras reportadas en nuestro medio, por ejemplo, el citado estudio del ISSSTE (21) reporta 58% para los varones, cifra que está muy por debajo de nuestro hallazgo. Los demás reportes de la literatura consultada muestran datos de 50% para cada sexo.

Distribución por estado civil.

Se encuentra aquí un ligero predominio por parte del grupo de solteros, 59%, aunque cabe hacer mención que hay un 13% cuya condición no está reportada, pacientes que podrían corresponder a cualquier categoría y, por lo tanto, desplazar la cifra aquí obtenida. En un estudio realizado en pacientes hospitalizados en nuestro medio, De la Parra y cols. (23), encontraron un predominio del 74% para los solteros, si bien es cierto que en este estudio no se menciona la cifra específica que correspondía a pacientes diagnosticados como esquizofrénicos.

Distribución por religiones.

Hay predominio de la católica, cifra esperable en nuestro medio.

Distribución por ocupación.

El 58% de los pacientes tienen una actividad productiva ya sea como empleados, estudiantes o en las ocupaciones del hogar. Aquí nos topamos con un 22% de pacientes en cuyos expedientes no se reportó el dato, lo cual podría desplazar la cifra, incrementando el número de individuos que mantienen actividades productivas. El resultado encontrado contrasta notablemente con el de Urioste (21) en el que se menciona que el 100% de los pacientes no tenían vida productiva, aunque debe considerarse que en ese estudio se reportan pacientes esquizofrénicos hebefrénicos, lo cual limita las comparaciones. El reporte de De la Parra da cifras de 27% con alguna ocupación, 27% se ignoraba el dato y 46% desocupados. Las diferencias encontradas entre los resultados entre los autores citados y el presente estudio pueden deberse a que las muestras que ellos reportan fueron obtenidas en pacientes hospitalizados o con varias hospitalizaciones en tanto que los estudiados por nosotros son pacientes exclusivamente ambulatorios.

Distribución por escolaridad.

Es notablemente evidente el 54% de pacientes con

estudios del nivel académico bachillerato-licenciatura, cifra que es sorprendentemente elevada ya que, aunque no hay trabajos específicos en ese sentido, en nuestro medio los reportes que hay hablan de 7.5 años de escolaridad promedio en esquizofrénicos hebefrénicos (22). En el estudio de De la Parra (23) se menciona que entre los pacientes hospitalizados solamente el 5% de ellos están dentro de la categoría escolar de bachillerato-licenciatura. El dato obtenido en nuestro trabajo podría interpretarse en virtud de que la zona de influencia del centro abarca esencialmente el nivel socio-económico de la clase media, que es el nivel que en mayor proporción tiene acceso a ese nivel de estudios.

Tipos de diagnóstico realizado.

Con relación a los tipos de diagnóstico realizado y de acuerdo a la comparación y cotejo que se realizó con los datos consultados, nos encontramos con que de los 22 casos se pueden excluir 6 del diagnóstico de esquizofrenia ya que los datos que se registran en el expediente hacen insostenible la proposición diagnóstica. Los datos reportados para cada uno de dichos casos fueron los siguientes:

- 1.- Alucinaciones visuales y auditivas
- 2 - Ideas de perjuicio, referencia y desconfianza
- 3.- Aislacionismo
- 4.- Sistema delirante, alteraciones en el juicio y la crítica y soliloquios
- 5.- Robo del pensamiento y angustia
- 6 - Alucinaciones visuales y angustia

Los cuatro primeros casos correspondieron a pacientes diagnosticados con la variedad paranoide de la enfermedad. Se eliminó el caso citado aquí con el número cuatro ya que no se mencionan alteraciones en el afecto, lo cual lo excluye de la entidad. Los casos aquí numerados con el 5 y el 6 fueron diagnosticados como E. Simple y E. Incipiente, respectivamente.

Una vez excluidos los seis casos mencionados se encontró que los datos registrados en el expediente clínico permitían agrupar los signos y síntomas de la siguiente manera:

Un total de 7 pacientes presentaron en común:

- 1.- Alucinaciones auditivas
- 2.- Ideas de referencia, daño y perjuicio

- 3 - Alteraciones en el afecto
- 4.- Alteraciones en el juicio y en la crítica
- 5.- Alteraciones en el discurso

La agrupación sindrómica en esta forma fue con pacientes diagnosticados con las siguientes variedades: Pa-ranoide, 3 casos; Simple, 2 casos; Proceso esquizoitrónico y sin especificarse el tipo, un caso respectivamente.

Un total de 3 pacientes presentaron en común:

- 1.- Ideas de referencia, daño y perjuicio
- 2.- Alteraciones en el afecto
- 3.- Alteraciones en el juicio y en la crítica
- 4 - Alteraciones en el discurso

Los diagnosticados en este grupo fueron: E. Esqui-
zoafectiva, E. Latente y E. Paranoide Latente, un caso res-
pectivamente.

Dos pacientes presentaron en común:

- 1.- Ideas de referencia y daño
- 2 - Alteraciones en el juicio y en la crítica

Correspondieron a pacientes diagnosticados como
E. Residual y sin especificarse el tipo.

Dos más tuvieron en común:

- 1.- Alucinaciones auditivas
- 2.- Ideas de referencia, daño y perjuicio

Se diagnosticaron como E. Residual y sin especificarse el tipo.

Finalmente, se reportaron dos casos en los que los datos que se reportaron fueron:

- 1.- Alucinaciones auditivas, discurso pobre, escasa resonancia afectiva y errores en la conducta
- 2.- Alucinaciones auditivas y telepatía

Los diagnósticos en ellos fueron de E. Paranoide y E. Residual.

Los datos que se mencionan en la Tabla 4 y que no se mencionan aquí es debido a que aparecieron de manera esporádica en los casos estudiados, de manera tal que no es posible organizarlos dentro de un síndrome clínico. Como puede verse del desglose hecho líneas arriba, nos encontramos con que el diagnóstico se hace esencialmente sobre la base de las ideas de daño, referencia y perjuicio y en las alteraciones en el afecto, si bien es cierto que el hecho de que, entre los considerados positivos no se puede hacer

una agrupación de síntomas y signos como un síndrome en un 37% de los casos, es decir, solamente se pudo integrar sin drome plausible de esquizofrenia en 10 de los 16 casos.

Otros datos que se encontraron y que se mencionan a continuación son: los reportes de laboratorio (BH, EGO y coproparasitoscópico) no guardaron relación alguna con el padecimiento en estudio. Los reportes de pruebas psicológicas que se encontraron, cinco en total, reportaron Bander normales en 4 casos y deterioro en uno de ellos. Se encontraron dos resultados de Machover, dentro de los 5 expedientes citados, y un WAIS, siendo normales. Se encontró el reporte de dos E.E.G. ambos normales. Se aprecia que hay una muy baja utilización del auxilio de los estudios de gabinete. En cuanto al tiempo de seguimiento nos encontramos con los casos extremos en los que el paciente fué visto en una sola ocasión y en un lapso de 22 meses para otros casos. El promedio de seguimiento fué de 7.13 meses.

En el análisis del tratamiento que se administró a los pacientes nos encontramos con que el manejo se hizo a base de neurolépticos derivados de la fenotiazina. En un solo caso se usó haloperidol y en tres casos se usaron antidepresivos. Un dato que se buscó sistemáticamente fue

el relacionado con los antecedentes heredofamiliares, específicamente los positivos a esquizofrenia, sin que se encontrara un solo caso en el que se registrara positividad.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis de los resultados podemos llegar a las siguientes consideraciones. El tamaño de la muestra es pequeño y sería conveniente ampliarla para tener datos mas extensos y mas generalizables. El porcentaje obtenido de 0.12 de casos positivos está por debajo de la cifra reportada para la población general, 0.36-0.85, y más por debajo aún para la población que acude a centros de atención en Salud Mental. Los datos de distribución por sexos no concuerdan con los reportes de la literatura revisada. Con relación a la ocupación, la insuficiencia de datos no permite sacar conclusiones válidas. Un dato llamativo y que tampoco concuerda con los reportes disponibles para nuestro medio, es el relacionado con la escolaridad de los pacientes esquizofrénicos. La poca concordancia general de los datos obtenidos en este trabajo, comparándolo con resultados de estudios previos, se puede explicar: por lo pequeño de la muestra; podría deberse a que la población que se atiende en el CECOSAM no es una muestra que represente a la población en general y sea, por lo tanto, una muestra seleccionada y que los resultados estuvieran, en consecuencia, desplazados. El autor del trabajo se in-

clina a pensar en que la poca concordancia es debida a lo pequeño de la muestra.

Con relación a los tipos de esquizofrenia reportados solamente podemos mencionar que se encuentra predominio de la variedad paranoide y que, nuevamente, el tamaño de la muestra, limita las comparaciones con relación a la frecuencia de las diversas variantes del padecimiento.

Ahora bien, nos encontramos con que los criterios que se utilizan para diagnosticar a los pacientes esquizofrénicos tienen una gran variabilidad y que no siguen un patrón o esquema consistente. Se utilizan, en la determinación del tipo de la enfermedad, calificativos que han sido utilizados a lo largo de la historia de la enfermedad e incluso se encuentra reportado un caso que no se encontró en ninguno de los documentos consultados, la Esquizofrenia Paranoide Latente. Comparando los resultados obtenidos con las proposiciones que hacen los diversos autores citados en la introducción del trabajo, nos percatamos que el registro clínico menciona datos que han sido propuestos por varios estudiosos, sin que se utilice ningún esquema diagnóstico en su totalidad. Es decir, se mezclan los criterios de unos autores con los de otros y solamente permanecen constantes los

datos relacionados con la alteración del pensamiento y del afecto, datos que se remiten a los trabajos pioneros de Kraepelin y de Bleuler. Un estudio en nuestro medio, Lara y cols. (24) muestra hallazgos similares. La agrupación sindromática del padecimiento en nuestro trabajo es difícil de realizar debido a que la información registrada es insuficiente y, de hecho, los datos consignados no permiten agrupar los signos y síntomas en un síndrome que haya sido propuesto anteriormente, como se menciona en líneas arriba. Los casos en que se agruparon signos y síntomas quedan dentro de esa condición de mezcla de criterios de varios autores. Por ejemplo, se puede ver ese hecho en los pacientes diagnosticados como paranoides.

En cuanto al diagnóstico diferencial entre un tipo y otro de la enfermedad nos topamos con que no hay datos clínicos que permitan hacer esa diferenciación y que, en varios casos, el cuadro clínico es exactamente igual y la conclusión al tipo de esquizofrenia es diferente. El hecho mismo de que cuando menos en 6 casos el diagnóstico clínico es completamente insostenible, habla de la enorme variabilidad de criterios que se utilizan en el CECOSAM para el diagnóstico de la esquizofrenia.

Dada la insuficiencia de información al respecto, tampoco fué posible, por tanto, hacer consideraciones con respecto a la personalidad promóvida, no pudiéndose comparar los resultados con los datos propuestos en ese renglón por Kantor y cols. (19). Ver Tabla 3.

La premisa de la dificultad en la realización del diagnóstico de la enfermedad tiene vigencia de acuerdo a los datos obtenidos y nos encontramos con que, en efecto, el diagnóstico sigue siendo problemático en lo que se refiere a la enfermedad mental, psicótica, mas frecuentemente vista en nuestra Especialidad.

Nos encontramos, por otro lado, con el hecho de que la información que se registra en el expediente clínico de los casos revisados, adolece de insuficiencia, tanto para las variables independientes como para los datos clínicos con los que se caracteriza la enfermedad.

Cierto es el hecho que durante el ejercicio clínico el médico pone en práctica tanto su intuición como su experiencia y es una cosa constante el hecho de que el médico sepa más del paciente que lo registrado en el expediente, pero, también es cierto que la posibilidad de hacer estudios confiables y objetivos sobre un padecimiento específico de-

pende de la información que, después de la entrevista clínica, el médico registra en el expediente. Esta información y la objetividad con que se anote, puede ser utilizada en beneficio de otros pacientes con enfermedad similar y tiene, por tanto, alcances de importancia en las áreas terapéutica y pronóstica.

En conclusión, el autor de este trabajo considera que para la optimización de la función del expediente clínico como documento permanente en la historia médica del paciente, es necesario hacer riguroso el método de registro de la información. Esto se puede lograr bien sea utilizando un inventario de signos y síntomas en el cual se califique su presencia e intensidad, evitando con ello las omisiones a las que se expone constantemente la memoria. Puede utilizarse, por ejemplo, el inventario propuesto por la Evaluación del Estado Actual, la escala Breve para Investigación Psiquiátrica o la modificación del mencionado examen del estado actual, utilizado por la Organización Mundial de la Salud en su estudio multicéntrico. Otro documento que puede ser utilizado es el documento de la clasificación Internacional de Enfermedades en su novena versión. Si bien es cierto que cualquier modalidad de técnica utilizada para el registro es ampliamente productiva cuando es

utilizada de manera apropiada, la utilización de formas de inventario evita al máximo las ya citadas omisiones de la memoria y brinda, además, una serie de datos estandarizados que permiten uniformizar los datos que se registran posibilitando y facilitando también, la realización de estudios de diagnóstico, tratamiento y evolución del padecimiento. La variabilidad misma de la signosintomatología de la esquizofrenia obliga a buscar y a utilizar un sistema de registro objetivo, que da lugar a la calificación de cada dato y a su recalificación de acuerdo al curso de un caso en particular. Permite además identificar con claridad los síntomas que se convertirán en el blanco de las acciones terapéuticas y con ello permite la determinación de la efectividad de un tratamiento dado.

RESUMEN

El trabajo reporta un estudio de revisión de expedientes realizado en un Centro Comunitario de Salud Mental, con el fin de determinar la frecuencia y las características clínicas de los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos. El lapso estudiado comprende los meses de Enero hasta Diciembre de 1983. Se determinaron las variables edad, sexo, estado civil, religión, ocupación y escolaridad. De 1554 expedientes abiertos en ese año se encontraron como positivos a esquizofrenia 22 de ellos, de los cuales se registró, concentró y analizó la información consignada y de acuerdo a ello se determinaron los criterios clínicos bajo los cuales se hace el diagnóstico de esa enfermedad. Los datos obtenidos se compararon con los criterios propuestos por Kraepelin, Bleuler, la Escala Psiquiátrica Multidimensional para Internados y el Exámen del Estado Actual, encontrándose que los resultados obtenidos no se ajustan en especial a alguna de las proposiciones de criterios hechas previamente, sino que se encuentra una mezcla de ellas. Se encontró asimismo, que en seis de los casos reportados como esquizofrénicos, el diagnóstico era insostenible.

- 14.- Laing, D. Esquizofrenia y Presión Social, Tusquets Editores, 1981, Barcelona.
- 15.- Klein, M. citada por H. Ey, Tratado de Psiquiatría, Torray Massos, 1978, Barcelona.
- 16.- Lorr, M. Syndromes of Psychoses, Oxford, Pergamon Press 1963.
- 17.- Wing et al. The measurements and classification of Psychiatric symptoms, London: Cambridge University Press 1974.
- 18.- Gerald, R. citado por Crider, Schizophrenia, a biopsychological perspective, LEA Associates Publishers, 1979, Hillsdale New Jersey.
- 19.- Kantor et al. citado por Crider, Schizophrenia, a biopsychological perspective, LEA Associates Publishers, 1979, Hillsdale New Jersey.
- 20.- Carpenter et al. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia Report from the WHO international pilot Study of schizophrenia, Science, 1973, 1275-1278.
- 21.- Pinedo, H. Impacto de un centro de Salud Mental sobre la Comunidad. Tesis de Especialidad en Psiquiatría, Depto. de Salud Mental de la Facultad de Medicina, UNAM, 1984, México.
- 22.- Urioste et al. Criterios clínicos locales para el diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica, Psiquiatría, (México), 1978, 35-40.
- 23.- Pucheu, C. Conceptos y alternativas para la rehabilitación del enfermo mental, Trabajo presentado en el Simposio "Rehabilitación Médica", Instituto Syntex, Mayo 1981, México.
- 24.- Lara et al. Diagnóstico de esquizofrenia. Un modelo crítico del estudio piloto internacional de la OMS. Psiquiatría (México), Vol. 9 no. 3, sept-dic. 1979.