

11241
2 ej 33

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS
INTERNADOS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO"

T E S I S

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE

PSIQUIATRIA

M. J. J.

P R E S E N T A

JOEL FORTUNATO REYES PEREZ

MEXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1989

[Signature]

V. b. de M.
15-II-89



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
HIPOTESIS	6
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	9
DISCUCION Y CONCLUSIONES	13
CONCLUSION FINAL	18
BIBLIOGRAFIA	20
APENDICE 1	I

I N T R O D U C C I O N

Un motivo de creciente preocupación para las Instituciones de Salud, está constituido por los aspectos sociales y biopsicológicos del proceso Salud-Enfermedad, que se reconocen como factores que influyen - de diversas maneras en la producción de diferentes grados de deficiencias e incapacidad. (1,2,3,30).

Aunque desde hace algunos años, la epidemiología de los Trastornos Mentales ocupa un señalado lugar en las actividades de la Organización Mundial de la Salud. (4)

Y que ya, desde 1956 se trató de establecer una pauta metodológica - aplicable a las investigaciones en ésta esfera. (5)

El método estadístico ha sido violentamente atacado, aunque éstas críticas se refieren más a sus aplicaciones que a su validez. (6)

Por otra parte, la sabia aplicación del conocimiento derivado de la -- investigación en beneficio de los pacientes, es la esencia y la definición de lo mejor que la medicina moderna puede ofrecer. Y desafortunadamente, la investigación en Psiquiatría es aún escasa, deficiente y no muy popular. (7).

Por su carácter integrativo, la epidemiología se ha enriquecido con -- las aportaciones de la Ecología, las Ciencias Sociales, y las Matemáticas, con las que ha podido abordar su objeto de estudio, focalizando en los factores que favorecen, directa o indirectamente, la existencia del fenómeno Salud-Enfermedad, y que ha sido señalado su papel en la -- Psiquiatría y Salud Mental. (8,9,10-)

Aunque son conocidas las múltiples críticas al diagnóstico en Psiquiatría (11,12,13). Las clasificaciones psiquiátricas no son meras colec-

ciones de información al azar, sino un patrón articulado y unificado de relaciones conocidas e supuestas que deben fundamentar cualquier sistema científico. (14)

Ya desde 1876, un desenlace desfavorable, y el comienzo en la juventud o al principio de la edad adulta, fueron los fenómenos que en una serie de cuadros clínicos variados de Trastornos Mentales, guiaron a Kraepelin a unificarlos bajo el nombre de "Demencia Precoz".(15)

Y posteriormente E. Bleuler acuñó el término "Esquizofrenia" en 1911.(16) De su frecuencia, hasta hace varios años había gran controversia, incluso en como era diagnosticada y que sería difícil encontrar datos confiables sobre su prevalencia en la población general. (17)

Actualmente los datos son consistentes y varían de 0.7 a 1.0 % con un promedio del 0.85 % (18,19,20,21).

Y se le cita mundialmente entre las causas de hospitalización desde el 60 al 30 % del total de internamientos (22,23,24).

En nuestro País los estudios son escasos (25,26,27), sin embargo, en los diversos estudios realizados, y por diferentes autores, hacen énfasis -- en la influencia que en el área de la Salud Mental tienen los aspectos genéticos, nutricionales y en general medio-ambientales, así como diversas condiciones adversas como edad, estímulos afectivos y sensoriales. Sin embargo, en la práctica clínica, la mayoría se exagera de lo obvio, se menosprecia analizar las fuentes de información con que contamos y -- por resultados, se carece de un perfil epidemiológico de pacientes afectados de Trastornos Mentales específicos que está siendo tratados en nuestras Instituciones actualmente.(22,28,29).

En cuanto a la Esquizofrenia, datos epidemiológicos a nivel Mundial y algunos Nacionales señalan:

Que el Trastorno es tan frecuente en Hombres como en Mujeres (17,20-) reportándose cifras no significativas de 1.13% en hombres y de 1.08% en mujeres. Sin embargo, cuando se internan dichos pacientes, se da un cambio notable en la proporción por sexos, con preponderancias de hombres a edades más tempranas (de 25 a 35 años) y predominio de mujeres de mujeres mayores (17).

Se señala un inicio en la juventud e al principio de la edad adulta, (15,19,20,21) y que sólo el 1% de inicio en la infancia (16).

Y en cuanto a sus tipos, que la Catatónica tiene de todas la edad más baja de inicio, situándola entre los 15 y 24 años, además de que probablemente tiene un inicio más agudo. Así como el tipo Paranoide tiende a ser mayor en la edad de inicio que la de los otros tipos (31).

Otros datos señalan frecuencias globales con una edad de aparición precoz, siendo más frecuentes los primeros síntomas entre los 18 y 25 años y que después de los 30 años el inicio es raro aunque posible.(32)

En los antecedentes heredofamiliares, los estudios en gemelos han sugerido de manera firme que los factores genéticos juegan un papel importante en la transmisión familiar. (33,34,35,36)

Incluso se ha planteado subdividirla en Síndromes que se determinan Genética y NoGenéticamente.(16,21,19,37).

Se mencionan cifras del 45% entre hermanos, padres e hijos como Esquizoideas o con psicopatología semejante, y que cuando sólo se investigan a los padres, se encuentran cifras mayores de madres que de padres Esquizofrénicos (17,36,38)

Cuando éstos pacientes se internan, los porcentajes de ingresos están concentrados en el intervalo de edad entre los 20 y 40 años, encontrándose el máximo entre los 25 y los 34 años. (21,24)

En nuestro País y con pacientes internados por Esquizofrenia se señala predominio del tipo Paranoide con un 32% seguida por Esquizoafectiva - con 18% y Hebefrénica y Crónica Indiferenciada con 15 % respectivamente y demás tipos (Catatónica 8%, Simple 4%) siendo las más rara el tipo Latente con el 0.5%.

En forma global, con edad de inicio a los 22 años y variaciones de 18 a 27 años. Una mayor frecuencia de solteros (69.5%) seguida de casados-- (24%), divorciados (3.73%). Con antecedentes familiares 35%.

Siendo la más alta el tipo Indiferenciado Crónico con 46.34% y la más baja el Episodio Agudo con 27.37%. Refiriéndose que abundaron los de Pobre Escolaridad. (27).

Por otra parte, y aunque no se tienen referencias Nacionales, entre otras muchas, se describen alteraciones electroencefalográficas; de las que se han encontrado cifras de hasta 37 % de anomalías de electroencefalogramas, particularmente en los Catatónicos que muestran altos promedios de anomalías. (41,42,43, 44).

Los cambios encontrados hasta en un 43%, variaron desde "anomalías inespecíficas, hasta actividad paroxística lenta y rápida con espigas de bajo voltaje". (45,46,47,48).

J U S T I F I C A C I O N

La incidencia de Esquizofrenia en el País es ya considerable, pues aunque su frecuencia en La Población General no ha variado, por lo menos numéricamente son cada vez más, asociándose con la explosión demográfica de nuestro País. Sin embargo, hasta ahora los estudios en nuestro País sobre factores de riesgo, prevalencias y datos Sociodemográficos, en pacientes Esquizofrénicos internados, son escasos y fragmentarios y los que más, son desde hace 10 años, siendo éstos los más recientes. Tenemos el Hospital Psiquiátrico de enfermos agudos más grande de América Latina y probablemente de entre los de su tipo a Nivel Mundial, en donde son atendidos una enorme población de enfermos Esquizofrénicos entre los que hay de prácticamente todos los tipos, y además se cuenta con un archivo que almacena aproximadamente 80 000 expedientes, desafortunadamente toda ésta información no ha sido utilizada para todo lo que podría aportar en proyectos de investigación epidemiológica, aparte de sus usos habituales.

Dadas las características socioeconómicas de Nuestro País y los escasos recursos disponibles para investigación, éste tipo de estudios epidemiológicos, aunque de mayor envergadura son útiles desde nuestra perspectiva, para abordar éste tipo de patología, obtener una visión más profunda y de ahí partir a investigaciones más generales que sean acordes a nuestras posibilidades, para afrontar éste tipo de problemas -- incluso desde el punto de vista de Medicina Preventiva y Social, y en lo que a Salud Pública se refiere.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

De acuerdo con los antecedentes y el proyecto realizado, ésta investigación se hizo con el fin de determinar cuales son las características de los pacientes Esquizofrénicos que egresaron durante los primeros 4 meses del año 1987. En lo referente a factores de riesgo y las variables Sociodemográficas, así como las que respectan a hospitalización y antecedentes familiares, y el tipo de interrelación que existe entre ellos.

HIPOTESIS

Es altamente probable, que predominen en general los factores que reportan en la literatura anteriormente expuesta, tales como: Frecuencia por sexos igual o semejantes, predominio de varones con edades más tempranas y de mujeres con mayor edad, porcentaje de inicio infantil muy bajo, con alto porcentaje de inicio entre los 18 y 25 años y raro después de los 30. Frecuencia significativa de antecedentes familiares para Trastornos Mentales; que cuando se internan el máximo de ellos se concentran en el intervalo de edad de 25 a 34 años.

En cuanto a tipo que predomine la Paranoide seguidos de los Esquizoafectivos, Hebefrénica e Indiferenciada, y el tipo más raro el Latente.

El que predominen los solteros, así como que se encuentren anomalías electroencefalográficas en un porcentaje importante de ellos.

OBJETIVOS :

OBJETIVO GENERAL:- Determinar el Perfil Epidemiológico de los pacientes Esquizofrénicos hospitalizados, estimando las diferentes frecuencias de sus tipos y los factores de riesgo de acuerdo a variables sociodemográficas.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- 1.- Definir los principales Tipos de Esquizofrenia y su frecuencia, de los diagnósticos de egreso durante los meses de Enero a Abril de 1987 así como su distribución por sexo.
- 2.- Obtener promedios de edad, tanto actual, como al inicio del padecimiento y correlacionarlos con los principales tipos.
- 3.- Realizar la correlación entre los diagnósticos y cada una de las variables sociodemográficas.
- 4.- Estudiar la relación que guardan los antecedentes heredofamiliares de enfermedades mentales con cada uno de los principales Tipos. Así como el tipo de parentesco que existe entre los antecedentes más importantes.
- 5.- Definir cual es la relación entre los diferentes Tipos de Esquizofrenia y los antecedentes personales patológicos.
- 6.- Determinar la relación de anormalidades electroencefalográficas, su frecuencia y clase con cada uno de los Tipos de Esquizofrenia.

MATERIAL Y METODOS

Se efectuó la revisión de 711 expedientes, los cuales fueron el total de pacientes internados en un periodo de 4 meses (Enero)Abril 1987) en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la Secretaría de Salud, Seleccionándose de ésta muestra 127 casos, los que correspondieron al total de casos de Esquizofrenia diagnosticados en el transcurso del periodo mencionado.

Se obtuvieron de cada uno de los expedientes seleccionados las siguientes variables:

I Sociodemográfica

- 1) Sexo
- 2) Estado Civil
- 3) Edad Actual
- 4) Escolaridad
- 5) Ocupación

II Antecedentes

- 1) Heredofamiliares de Trastornos Mentales.
- 2) 9 Antecedentes Personales Patológicos.
- 3) Edad de Inicio del padecimiento actual.

III Variables Referentes a Hospitalización

- 1) Resultados de Electroencefalografía
- 2) Tipo de Diagnóstico a su egreso

RESULTADOS:

TABLA 1.- De acuerdo con la clasificación del ICD-9, se muestran en orden de frecuencia los 9 Tipos de Esquizofrenia que integran éste estudio, así como su distribución por sexo y la razón que guardan ambos en cada uno de los diversos Tipos Nosológicos.

Se aprecia un discreto predominio Global en el sexo masculino debido a una ligera diferencia de los tipos Paranoide e Indiferenciada. La razón Hombre/Mujer es muy semejante y cercana a la unidad, salvo en el tipo Simple que es 2:1 aunque el número total de casos fué escaso.

Se observa además un notable predominio de los Tipos Paranoide y Esquizoaffectivo y sensiblemente raro el Tipo Latente.

TABLA 2.- El promedio de edad al inicio del padecimiento entre ambos sexos no tiene una diferencia significativa, se muestran edades de inicio que oscilan entre 17.3 y 23.5 años. Observándose la edad más baja de inicio en el Tipo Catatónico seguida muy de cerca por el Tipo de Episodio Agudo. Siendo por otra parte la edad de inicio mayor en el Tipo Paranoide. No se encontró ningún caso de inicio en la infancia ni después de los 30 años.

TABLA 3.- En general se aprecia que predominan hombres a edades más tempranas, a excepción del Tipo Hebefrénico, así como mujeres con mayor edad especialmente en los Tipos Esquizoaffectivo e Indiferenciado. Encontrándose el máximo de casos entre las edades de 24.7 y 29.7 años

TABLA 4.- En lo referente al Estado Civil, hay un predominio global de solteros, no obstante que los porcentajes de casados fueron mayores en los Tipos Simple y Latente el número de ellos fueron los más bajos. Se aprecia un predominio de divorciados en los Tipos Indiferenciado y Hebefrénico.

Se encontró exclusivamente Viudez en el Tipo Esquizoafectivo, Unión Libre en el Paranoide y Madre Soltera en el Hebefrénico.

Encontrándose en casi todos los Tipos casos de Separación.

TABLAS 5A Y 5B :.- En éstas tablas se muestran 11 niveles diferentes de escolaridad; observándose que los 4 tipos más frecuentes abarcan más del 60% de su Población en los 6 primeros niveles de la Tabla A y que van del analfabetismo a la Secundaria completa, encontrándose incluso el 74.8 % del total de la población en éstos niveles.

Encontrándose el analfabetismo concentrado en los 4 primeros Tipos así como también los niveles más altos. Aunque proporcionalmente los niveles más bajos estuvieron en Hebefrénicos.

En la Tabla B: Se aprecia un notable descenso del porcentaje a medida que aumenta el grado, no encontrándose ningún caso con estudios Universitarios completos, predominando los Tipos Paranoide, Esquizoafectivo y Episodio Agudo con los grados más avanzados.

TABLA 6.- Aquí se muestra el Tipo de Ocupación que tienen ó tuvieron alguna vez éstos pacientes, observándose que proporcionalmente predominan los que no tienen ó no han tenido nunca ninguna ocupación.

Llamando la atención el que existe un porcentaje importante de casos de estudiantes, subempleados y obreros no-calificados. Y particularmente escasos los que se desempeñan ó desempeñaban como empleados de oficina, técnico, maestro o profesionista.

Apreciándose proporcionalmente una disminución de los casos a medida que cambia el tipo de ocupación, salvo en la ocupación de estudiante en relación a la de ama de casa.

TABLA 7 :

Se observó que proporcionalmente la de Tipo Indiferenciado presenta mayor cantidad de antecedentes familiares. Encontrándose que en forma Global todos los Tipos presentan un 31.4 % de antecedentes familiares. Siendo notorio el que se aprecie mayor cantidad de madres que de padres afectados. El número más bajo se encontró en la de Tipo Catatónica, no tomándose significativo el Tipo Latente ya que sólo se encontró un caso y éste sin antecedentes.

TABLAS SA y SB : Los antecedentes personales patológicos más frecuentemente reportados fueron: abuso de drogas, abuso de alcohol y problemas en el rendimiento escolar.

El mayor número de casos para el abuso de alcohol estuvo en el Tipo Paranoide, y proporcionalmente el abuso de drogas fué mayor en los Tipos Indiferenciado y Hebefrénico.

Prácticamente se presentaron Problemas del Rendimiento Escolar en todos los Tipos, aunque el mayor número de casos se encontró en los Tipos Hebefrénico y Paranoide.

Tabla SB.- Proporcionalmente se observan predominio en las Alteraciones del Parto e Hipoxia Neonatal especialmente en el Tipo Hebefrénico donde se encontraron en mayores porcentajes. El antecedente personal patológico de que menos casos se encontró fué de Crisis Convulsivas, seguido de Conducta Antisocial y Traumatismos craneoencefálicos.

TABLA 9.- Se observa que el mayor porcentaje Global pertenece a los pacientes en quién no se realizó estudio electroencefalográfico. Proporcionalmente fueron mayores los estudios reportados normales, y de

las anormalidades reportadas predominaron las de tipo Inespecífico, llamando la atención la presencia en algunos el reporte de Daño Orgánico, especialmente en el Tipo Hebefrénico. Proporcionalmente se observa mayor porcentaje de anormalidades en los Tipos Catatónico y Simple.

DISCUSION Y CONCLUSIONES :

Tomando como base los datos y resultados obtenidos se discutirán en los siguientes apartados aquéllas características que fueron comunes a la mayoría de los Tipos de casos considerados y así mismo abordando los datos relevantes de cada uno de los Tipos.

a)- Coincidiendo con los reportes de la literatura que fué revisada, -- el Trastorno Esquizofrénico fué tan frecuente en Hombres como en Mujeres, salvo en el Tipo Indiferenciado en que predominó el sexo Masculino, probablemente debido a que la sintomatología es menos tolerada y más disruptiva, influenciada por las características somáticas de mayor fuerza física, tamaño y peligrosidad.

No existieron diferencias con respecto a los distintos reportes de la literatura considerada, en donde el Tipo Paranoide se menciona con mayor frecuencia, sin embargo, se encontró proporcionalmente más elevado, del 37.8% versus 32% de estimación previa en nuestro País, así mismo seguida por el Tipo Esquizoafectivo más elevado, del 23.7 % versus 18 %, y en cuanto al orden y frecuencia de los otros Tipos las diferencias no fueron importantes. Estos datos muestran que no ha habido cambios importantes en la frecuencia de los diversos tipos de Esquizofrenia, y que los casos tratados en nuestro Hospital no difieren mayormente de los encontrados en otros Países. No obstante es imperativo aclarar que el número de casos encontrados de los Tipos menos frecuentes fué extremadamente reducido y por ende los resultados fueron menos significativos.

b) En cuanto al promedio de edad de inicio, no hubo diferencias importantes con los reportes de la literatura, a excepción del promedio Global, en que una estimación previa en nuestro País la sitúa a los 22 años contra 20.7 años encontrada en éste estudio. Haciendo énfasis en que no se encontró ningún caso de inicio en la Infancia ni después de los 30 años, probablemente por lo reducido de la muestra. Tampoco se encontró una diferencia significativa entre ambos sexos. Sin embargo, al considerar la edad promedio durante la hospitalización predominaron hombres con edades más tempranas y mujeres de mayor edad, salvo en el caso del Tipo Hebefrénico en que se invierte ésta relación, único dato que no coincide con los resultados de otros estudios, sin que hasta ahora se explique la causa de éste fenómeno.

Por lo que toca al máximo porcentaje de ingresos, la edad en que se encuentran concentrados, se observó discretamente menor, situándose entre el intervalo de edad de 24.7 a 29.7 contra el intervalo de 25 a 34 años, de estimaciones en otros países, especialmente anglosajones.

c) En lo referente al Estado Civil, predominaron los solteros, con un 58 % versus 15 % de casados, e índices significativos de divorciados y separados con 11.8% ; Lo anterior probablemente debido a las características propias del Síndrome como alteraciones profundas en el contacto Social, lo que se hace patente cuando cambia el Estado Civil al interrelacionarse éstos en el matrimonio, que hace difícil la convivencia en éste aspecto y consecuentemente propicia la disolución del contrato social.

d) El nivel escolar pobre y los elevados porcentajes de desocupación o subempleo, son datos que sólo reafirman lo que con anterioridad había sido descrito, incluso en Naciones con Niveles Socioeconómicos y Desarrollo superiores al nuestro. Dato importante que nos indica lo incapacitante del Trastorno, tanto intelectual como laboralmente y la cierta independencia de sus consecuencias en relación a el Desarrollo o Nivel Socioeconómico de los Países considerados. Sin embargo, ésto se debe considerar de la mayor importancia en nuestro País, que por su Nivel de Desarrollo y características Socioeconómicas puede cargar menos con éste tipo de incapacitados y debe de crear fuentes de trabajo adecuadas ó suficientes para aprovechar su potencial productivo que redundaría en una mejor rehabilitación.

Lo temprano del inicio de estos Tipos de Trastorno y lo desestructurante de la funcionalidad en las edades de gran productividad puede ser una de las causas de lo anterior.

e) Por lo que se refiere a los antecedentes familiares de enfermedad mental, se encontró un porcentaje mayor en forma global del 31.4% versus 45% de las descripciones en otros países, especialmente anglosajones, dato que puede ser explicable debido a que gran cantidad de alteraciones psicopatológicas parecen ser más toleradas en Países con menor nivel Socioeconómico ó a que las estimaciones proporcionadas de las familias son un tanto más vagas, debido a factores culturales. Sin embargo, son datos importantes en cuanto a la influencia hereditaria, que deben tomarse en cuenta para normar --

criterios de acción orientados a frenar la incidencia de éstos tipos de Trastorno, como sería el aumentar la información a la Población en General de éstos hechos.

- f) De los antecedentes personales patológicos llama la atención el abuso de sustancias como drogas y alcohol, que se encontraron presentes en porcentajes importantes y que se vió como complicación o manifestación secundaria de la psicopatología de fondo. Los Problemas en el Rendimiento Escolar y Desarrollo Psicológico también se observaron con cierta relevancia, datos que pueden servir para alertar como manifestaciones tempranas del Trastorno. Proporcionalmente se encontraron datos importantes de Alteraciones en el Parto e Hipoxia Neonatal, especialmente llamativos en los Tipos más frecuentes, los cuales probablemente se expliquen por la alta incidencia de falta de control prenatal y condiciones ambientales deficientes con ausencia de personal capacitado en una gran parte de la población menos favorecida, que es precisamente la que mayormente se atiende en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la Secretaría de Salud.
- g) Respecto al Electroencefalograma, sin duda alguna de importancia fundamental en otras patologías distintas del Síndrome Esquizofrénico, resultó no ser practicado en un porcentaje elevado de pacientes cercano al 60%, probablemente porqué la información que aporta para éstos casos no tiene importancia tanto clínica, diagnóstica ó terapéuticamente, aunado a que una proporción importante de ellos -

ó son normales o muestran anomalías inespecíficas. En éste estudio se encontraron un 55% de reportes normales y 25 % con anomalías inespecíficas. Aunque proporcionalmente se observó un mayor número de reportes con anomalías en los Tipos Cata-tónico y Simple no hacen sino corroborar reportes ya conocidos en la literatura revisada. Sin embargo, es importante señalar que debido a la enorme reducción de los casos, ocasionada por los pacientes a los que no se practicó este tipo de estudio paraclí-nico, no fué posible obtener conclusiones importantes.

- h) Como factores de riesgo, dado que el trastorno sea tan frecuente en hombres como en mujeres no se puede considerar al sexo en éste sentido, si en cambio a los datos de antecedentes familiares de Enfermedad Mental, periodo de juventud o inicio de vida adulto y alteraciones perinatales o defectos en el Desarrollo psicológico. En cuanto a la soltería, drogadicción, alcoholismo, problemas de rendimiento escolar y laborales, más que factores de riesgo se consideran como consecuencias o manifestaciones del Trastorno básico del proceso.

C O N C L U S I O N

Los conocimientos actuales de las Enfermedades Mentales son cada día más extensos, pero la diversidad de factores que encuentran constantemente las nuevas investigaciones tanto biológicas, psicológicas como sociales hacen su estudio, si bien más profundo y cada vez con mayor rigorismo científico, transforman a su vez la comprensión que se hace de mayor complejidad.

Sin embargo, persisten añejos problemas del esclarecimiento y función de los diversos aspectos que participan en el origen y persistencia - de las patologías consideradas eminentemente psiquiátricas, que ocasiona el que haya multitud de enfoques y estrategias tanto en la clínica como en la terapéutica, existiendo incluso divergencias y contradicciones a veces insalvables.

El Síndrome "psiquiátrico" a pesar de haber cautivado a las más encumbradas personalidades y motivado los más ambiciosos programas de investigación y prevención, continúa con muchas de sus características inalterables.

Sin embargo se reconoce la disminución de su presencia y necesaria hospitalización. Así mismo la evolución se ha visto modificada al menos sintomatológicamente, existiendo cuadros clínicos cada vez más infrecuentes, como los Catatónicos y Hebefrénicos con su característico cortejo sintomático, sin duda alguna por el advenimiento del armamentario terapéutico inventado.

El manejo de la información y la cantidad de ella consignada en el expediente clínico es un recurso esencial y básico que debe formar parte de toda investigación clínica de la Enfermedad Mental, y la evaluación

de sus componentes modificarse a la par de las nuevas necesidades tanto para los aspectos de investigación, enseñanza como de asistencia.

En nuestro hospital dadas las características Institucionales de mayor énfasis en asistencia, seguidas de enseñanza y finalmente de investigación, la información consignada en los expedientes pareciera seguir éste orden, redundando en datos insuficientes, fragmentarios y vagos. Lo que para fines de investigaciones formales y amplias, de aspectos epidemiológicos, representa obstáculos importantes la mayoría de las veces infranqueables.

No pensando en asignar culpas, ni en justificar deficiencias, pero sí acentuando la necesaria atención de que es menester la revisión periódica y el ajustar cambios en los expedientes, su manejo y transformación de las acciones de las personas implicadas en su conformación. Con base en lo anteriormente expuesto, me hace recapacitar en la necesidad apremiante de extender a mayor personal y a la mejor capacitación de los encargados de adquirir y consignar adecuadamente la información necesaria en los expedientes para que puedan ser utilizados con fines más amplios.

Esta revisión, aunque con deficiencias fundamentalmente involuntarias, y de acuerdo con los resultados obtenidos proporciona un perfil epidemiológico aproximado del Síndrome Esquizofrénico y puede servir como motivación para el desarrollo y/o auxiliar en investigaciones que con mejor criterio metodológico o información más amplia y sólida permita avances estadísticos mayores pasando de lo meramente descriptivo a lo aplicativo.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Mtra. Paula Padilla G., Dr. Carlos Pucheu R.
Trastornos Mentales Detectados en la Consulta Externa de una Unidad de Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2.- Dallal y Castillo Eduardo.
Psiquiatría y Salud Mental en el I.S.S.S.T.E.
Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, Vol. 18 No.1
p.p. 27-37, 1977, México.
- 3.- Causes of mental disorders: A review of epidemiological knowledge, 1959. Milbank Memorial Found, 1961.
- 4.- Importancia de los métodos epidemiológicos en Psiquiatría,
Cuadernos de Salud Pública, No. 16
Organización Mundial de la Salud. p.p. 7 Ginebra, 1964.
- 5.- Epidemiological Methods in the study of Mental Disorders.
Referido en: Cuadernos de Salud Pública No.2 OMS 1960.
- 6.- Bastide Roger.- Sociología de las Enfermedades Mentales.
Los problemas del Método, Cap. 2 pp. 51-56, Ed. Siglo XXI.
8va. Edición, 1983.
- 7.- Peart W. S.- Research in Psychiatry: A view from general medicine
Psychol. Med. 10; 151-155, 1980.
- 8.- Caraveo J.- La vigilancia epidemiológica en el campo de la Psiquiatría y la Salud Mental. Salud Mental, Vol. 8 año 8 Núm. 2
pp.- 20-22 Junio 1985.
- 9.- Plunkett, R. J. and Gordon, J. E.- Epidemiology and Mental Illness
Basic Books. Los Altos California, 1960.
- 10.- Rose A.- Mental Health and Mental Disorder: A Sociological Approach
Norton, 1955.

- 11.- Szasz Thomas.- Esquizofrenia: "El Símbolo Sagrado de la Psiquiatría"
3era Edición, Premiá Editora, 1984.
- 12.- Marcos Silvia Coordinadora.- Antipsiquiatría y Política.
Editorial Extemporáneos S. A., México D.F. 2a. edición en cas-
tellano, Febrero 1984.
- 13.- Rapaille G. C.- Laing y la Antipsiquiatría.
Solpin, S. A. 1977, Argentina.
- 14.- Tater R., Templer D. and Hardy C.- Reliability of Psychiatric Dia-
gnosis. Dis. Nerv. Syst. 37: 30-31, 1976.
- 15.- Emil Kraepelin.- Introducción a la Clínica Psiquiátrica,
32 lecciones, Traducción de la 2da. edición alemana, Madrid.
Munich, 5 de febrero 1905.
- 16.- Bleuler Eugen.- Tratado de Psiquiatría, 3era. edición española,
Editorial Espasa-Calpe S. A. traducción de la 10 alemana pp-467,
Madrid 1971.
- 17.- Mayer Gross, E. Slater, M. Roth.- Psiquiatría Clínica I , Cap. 5
Esquizofrenia pp.-343-368, Ed. Paidós Buenos Aires Argentina 1974
- 18.- Smythies, J. R.- Schizophrenia. In Companion to Psychiatric Studies
Ed. Alistair Forrest. Vo. II, Churchill Livingstone.
Edimburgo y Londres, 1973.
- 19.- Leopold Bellak, M. D.- Disorders of the Schizophrenic Syndrome.
Basic Books, Inc, Publishers, New York, 1979.
- 20.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM)III
American Psychiatric Association, Ed. Masson S.A. pp 196 1984.

- 21.- Alfred M. Freedman, Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock.
Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry.
Williams & Wilkins Co., Baltimore 1975.
- 22.- Bauza Meneses Guillermo Rafael.- Aspectos Clínicos y Epidemiológicos de los Trastornos Mentales en un Hospital Psiquiátrico. Tesina para obtener el grado de especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F. 1987.
- 23.- Caso Muñoz Antonio.- Fundamentos de Psiquiatría Ed. Limusa, 3era. Edición, México, 1984.
- 24.- Gottesman, I. Shields, J.- Schizofrenia in Twins: 16 Year's Consecutive Admissions to a Psychiatric Clinics. Brit. Jour. Psychiatry 112: 809-818, 1966.
- 25.- Gutiérrez Avila, J. H., Tovar Acosta H.: La vigilancia epidemiológica de las Alteraciones Mentales. Rev. Salud Pública de México, 26: 464, 1984.
- 26.- Pucheu R.C.; Caraveo A.J.- Epidemiología de los trastornos Mentales. En Vidalm G.; y Alarcón R.D. Psiquiatría. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana S.A. pp. 191. 1986.
- 27.- Caso Muñoz A., Romo A., Chávez Almazán J. y Fernández, Raphael G. La Esquizofrenia en México. Cap. 25 Fundamentos de Psiquiatría pp. 752-766. 3era. edición 1984, México.
- 28.- Caraveo A. Jorge: Análisis Crítico y Perspectivas futuras de la Epidemiología Psiquiátrica en México. Revista Salud Mental. Vol. 5, Núm. 1, 1982.
- 29.- Medina Mora M. E. y Cols. Prevalencia de Trastornos Mentales y Factores de Riesgo en una población de práctica médica general. Acta Psiquiátr. Psicolog. América Latina. Vol.31 pp53-61, 1985.

- 30.- S. A.: La Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Salud Mental. Secretaria de Salud, S.S.A. 1984.
- 31.- Hoffling K. Charles. Tratado de Psiquiatría. Ed. Interamericana, pp. 364, 1981.
- 32.- Pancheri Paolo. Manual de Psiquiatría Clínica. Ed. Trillas., pp. 219, México, 1979.
- 33.- Kendler K. S. , Overview: A current perspective on twin studies of Schizophrenia Am. Jour. of Psychiat. 140 (11) Nov. 1983. pp. 1413-1425.
- 34.- Stafford-Clark David. Psiquiatría Moderna Ed. Hormé. pp.191. Enero de 1968.
- 35.- Kallman, F.J. : The Genetic Theory of Schizophrenia on Analysis of 691 Schizophrenic Twin Index Families. Am. Jour. Psychiat. 103. 309. 1946.
- 36.- Hesron, L.L.: The Genetics of Schizophrenic an Schizoid Disease. Science No. 167, pp. 249- 256. 1970.
- 37.- Wynne, L.C.: Singer, W.T. Thought Disorder and Family relations of Schizophrenic A clasificación of forms of thinking. Arch. Gen. Psychiatry 9, 199. 1963.
- 38.- Brow, G. W.- The Family of the Schiziphrenic Patient. Recent Developments in Schizophrenia. Brit. Jour. Psychiat. Special Publication No. 1, 43. Ed. A. Coppen and A. Walk, 1967.
- 39.- Solomon Philip.: Patch D. Vernon.- Manual de Psiquiatría, Cap. 13 2da. edición, Ed. Manual Moderno, pp. 104, 1976.
- 40.- Davis, P. A. and Davis, H.- Electroencephaloms of Psychotic Patients. Am. Jor. Psychiat. 95: 1007-1025, 1939.

- 41.- Dubovsky Steven L.- Psiquiatría para el Médico General.
Ed. Interamericana pp.- 191-192, México, 1981.
- 42.- Hill, D.- "Electroencephalogram in Schizophrenia". Schizophrenia Somatic Aspects. Ed. D. Richter, Pergamon Press, Ltd. 1957.
- 43.- Leiberman, D. M.; and Hoenig, J.- Photometrazol sensitivity in Catatonic Schizophrenia. J. Neurol. Neurosurg and Psychiat. 16: 194-199, 1953.
- 44.- Gibbs, F. A.; Gibb E. L. and Lennox W. G.: - Likeness of Cortical Dysrhythmias of Schizophrenia and Psychomotor Epilepsy. A. Jor. Psychiat. 95: 255-269, 1938.
- 45.- Gary J. Tucker, M. D. ; Detre Thomas, M.D. , Harrow Martín y Cols. Behavior and Symptoms of Psychiatric Patients and the Electroencephalogram. Arch. Gen. Psychiat. 12: 278-286, 1965.
- 46.- Hill, J.D.N. Psychiatry: - Electroencephalography: -- A Symposium on it various Aspects. Ed. Hill, D. and Parr, G. pp.- 319-363. Mac Donald, 1950.
- 47.- Abrams, R., Taylor M. A.; - Differential EEG Pattern in Affective Disorder and Schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat. 36: 1355-1358 1979.
- 48.- Shagass, C., Roemer R. A., Straumanis J. J.; - Relationships between psychiatric and some quantitative EEG variables. Arch. Gen. Psychiatry 39: 1422-1435, 1982.

DIAGNOSTICO DE EGRESO Y SEXO DE PACIENTES
ENERO - ABRIL 1987

TABLA NO. 1

No.	DIAGNOSTICO	SEXO		RAZON H/M	TOTAL	
		MASC.	FEM.		No.	%
1.-	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	28	20	1.4	48	37.8
2.-	ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA	14	16	0.8	30	23.7
3.-	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	11	6	1.8	17	13.4
4.-	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	7	7	1.0	14	11.1
5.-	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	2	4	0.5	6	4.8
6.-	ESQUIZOFRENIA EPISODIO AGUDO	3	2	1.5	5	3.9
7.-	ESQUIZOFRENIA SIMPLE	2	1	2.0	3	2.3
8.-	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	1	2	0.5	3	2.3
9.-	ESQUIZOFRENIA LATENTE	0	1	1.0	1	0.7
T O T A L		68	59	1.1	127	100 %

DIAGNOSTICO, SEXO Y EDAD AL INICIO DEL PADECIMIENTO
ENERO - ABRIL 1987

TABLA NO. 2

No.	DIAGNOSTICO	EDAD DE INICIO HOMBRES	MUJERES
1.-	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	23.3	23.7
2.-	ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA	19.8	21.4
3.-	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	22.1	22.5
4.-	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	21.2	21.1
5.-	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	17.5	18.1
6.-	ESQUIZOFRENIA EPISODIO AGUDO	18.1	17.9
7.-	ESQUIZOFRENIA SIMPLE	21.8	23.1
8.-	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	20.3	21.8
9.-	ESQUIZOFRENIA LATENTE	----	19.2
		GLOBAL	= 20.7

NOTA: Los valores se dan en promedio.

DIAGNOSTICO, SEXO Y EDAD ACTUAL PROMEDIO
ENERO -- ABRIL 1987

TABLA NO. 3

No.	DIAGNOSTICO	EDAD HOMBRES	PROMEDIO MUJERES	NO. TOTAL DE CASOS.
1.-	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	24.7	26.8	48
2.-	ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA	25.2	29.7	30
3.-	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	26.1	32.1	17
4.-	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	31.1	29.4	14
5.-	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	27.1	28.5	6
6.-	ESQUIZOFRENIA EPISODIO AGUDO	27.2	28.3	5
7.-	ESQUIZOFRENIA SIMPLE	28.1	31.2	3
8.-	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	31.5	35.4	3
9.-	ESQUIZOFRENIA LATENTE	----	24.2	1

DIAGNOSTICO Y ESTADO CIVIL

ENERO--ABRIL 1987

TABLA NO. 4

NO.	DIAGNOSTICO	1	2	3	4	5	6	7
1.-	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	58.3	16.6	12.5	--	10.4	2.0	---
2.-	ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA	63.3	16.6	10.0	3.3	6.6	---	---
3.-	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	64.7	5.8	23.5	--	5.8	---	---
4.-	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	50.0	7.1	14.2	--	21.4	---	7.1
5.-	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	50.0	16.6	--	--	33.3	---	---
6.-	ESQUIZOFRENIA EPISODIO AGUDO	60.0	20.0	--	--	20.0	---	---
7.-	ESQUIZOFRENIA SIMPLE	33.3	66.6	--	--	--	---	---
8.-	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	66.6	---	--	--	33.3	---	---
9.-	ESQUIZOFRENIA LATENTE	--	100.0	--	--	--	---	---
T O T A L		58.2	15.7	11.8	0.7	11.8	0.7	0.7

NOTA: LOS VALORES SE DAN EN PORCENTAJES

- | | |
|---------------|------------------|
| 1.-SOLTERO | 5.-SEPARADO |
| 2.-CASADO | 6.-UNION LIBRE |
| 3.-DIVORCIADO | 7.-MADRE SOLTERA |
| 4.-VIUDO | |

DIAGNOSTICO Y NIVEL DE ESCOLARIDAD
ENERO -- ABRIL 1987

TABLA NO. 5A

NO.	DIAGNOSTICO	1	2	3	4	5	6
1.-	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	4.1	16.6	25.0	14.5	6.2	20.8
2.-	ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA	3.3	13.3	16.6	10.0	23.3	6.6
3.-	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	5.8	11.7	29.4	11.7	5.8	17.6
4.-	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	14.2	57.1	7.1	7.1	14.2	----
5.-	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	----	----	33.3	16.6	33.3	16.6
6.-	ESQUIZOFRENIA EPISODIO AGUDO	----	----	20.0	----	----	----
7.-	ESQUIZOFRENIA SIMPLE	----	33.3	----	33.3	33.3	----
8.-	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	----	33.3	33.3	33.3	----	----
9.-	ESQUIZOFRENIA LATENTE	----	----	----	----	----	----

NOTA: Los valores se dan en porcentajes

1.- Analfabeta

2.- Primaria Incompleta

3.- Primaria Completa

4.- Estudios Técnicos Post-primaria.

5.- Secundaria Incompleta

6.- Secundaria Completa

DIAGNOSTICO Y NIVEL DE ESCOLARIDAD
ENERO---ABRIL 1987

TABLA 5B

No.	DIAGNOSTICO	7	8	9	10	11
1.-	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	2.0	2.0	6.2	2.0	--
2.-	ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA	6.6	3.3	3.3	13.3	--
3.-	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	11.7	5.8	--	--	--
4.-	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	--	--	--	--	--
5.-	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	--	--	--	--	--
6.-	ESQUIZOFRENIA EPISODIO AGUDO	40.0	--	20.0	20.0	--
7.-	ESQUIZOFRENIA SIMPLE	--	--	--	--	--
8.-	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	--	--	--	--	--
9.-	ESQUIZOFRENIA LATENTE	--	100.0	--	--	--

NOTA: LOS VALORES SE DAN EN PORCENTAJES

7.- Estudios Técnicos Post-Secundaria

8.- Preparatoria Incompleta

9.- Preparatoria Completa

10.- Estudios Universitarios Incompletos.

11.- Estudios Profesionales Universitarios.

DIAGNOSTICO Y OCUPACION

ENERO --- ABRIL 1987

TABLA NO. 6

No.	DIAGNOSTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.-	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	37.5	16.6	25.0	2.1	8.3	4.1	2.1	4.1	--
2.-	ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA	26.6	13.3	20.0	6.6	16.6	3.3	6.6	3.3	3.3
3.-	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	52.9	5.8	11.7	---	11.7	11.7	5.8	--	--
4.-	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	71.4	7.1	---	21.4	---	---	---	--	--
5.-	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	33.3	16.6	33.3	---	16.6	---	---	--	--
6.-	ESQUIZOFRENIA EPISODIO AGUDO	20.0	20.0	40.0	---	---	---	20.0	--	--
7.-	ESQUIZOFRENIA SIMPLE	--	--	--	33.3	66.6	---	---	--	--
8.-	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	33.3	--	--	--	66.6	---	---	--	--
9.-	ESQUIZOFRENIA LATENTE	--	100.0	--	--	---	---	---	--	--

NOTA: Los valores se dan en porcentajes

1.- Ninguna Ocupación.

2.- Ama de Casa

3.- Estudiante

4.- Campesino

5.- Subempleado

6.- Obrero No Calificado ó Trabajador Eventual

7.- Obrero Calificado

8.- Empleado de Oficina

9.- Técnico ó Maestro ó Profesionista.

DIAGNOSTICO Y ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL NO ESPECIFICADA EN FAMILIARES
ENERO---ABRIL 1987

TABLA NO. 7

No.	DIAGNOSTICO	1	2	3	4	5
1.-	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	4.1	6.2	4.1	6.2	16.6
2.-	ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA	---	3.3	3.3	10.0	6.6
3.-	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	5.8	11.7	5.8	5.8	11.7
4.-	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	7.1	---	7.1	----	14.2
5.-	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	---	---	---	----	16.6
6.-	ESQUIZOFRENIA EPISODIO AGUDO	---	---	20.0	----	----
7.-	ESQUIZOFRENIA SIMPLE	---	33.3	---	----	----
8.-	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	---	---	---	33.3	----
9.-	ESQUIZOFRENIA LATENTE	---	---	---	----	----
T O T A L (No. de Casos)		4	7	6	8	15 = 40
1.-	Positivo en el Padre	4.- Positivo en Padres y Hermanos				
2.-	Positivo en la Madre	5.- Positivo en Otros Familiares				
3.-	Positivo en Hermanos					

DIAGNOSTICO Y ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS
ENERO---ABRIL 1987

TABLA NO. BA

NO.	DIAGNOSTICO		1	2	3	4	5
1.-	ESQUIZOFRENIA	PARANOIDE	25.0	16.6	12.5	20.8	8.3
2.-	ESQUIZOFRENIA	ESQUIZOAFECTIVA	16.6	10.0	10.0	2.0	4.1
3.-	ESQUIZOFRENIA	INDIFERENCIADA	17.6	29.4	11.7	11.7	5.8
4.-	ESQUIZOFRENIA	HEBEFRENICA	7.1	21.4	21.4	35.7	42.8
5.-	ESQUIZOFRENIA	CATATONICA	----	----	16.6	16.6	33.3
6.-	ESQUIZOFRENIA	EPISODIO AGUDO	20.0	40.0	20.0	----	----
7.-	ESQUIZOFRENIA	SIMPLE	33.3	----	----	----	33.3
8.-	ESQUIZOFRENIA	RESIDUAL	----	66.6	----	33.3	66.6
9.-	ESQUIZOFRENIA	LATENTE	----	100.0	----	----	----

T O T A L (N O . D E C A S O S) 23 24 16 20 18

1.- Abuso de Alcohol

2.- Abuso de Drogas

3.- Traumatismo Craneoencefálico

4.- Problemas de Rendimiento Escolar

5.- Retraso en el Desarrollo Psicomotor.

DIAGNOSTICO Y ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS
ENERO---ABRIL 1987

TABLA NO. 88

NO.	DIAGNOSTICO	6	7	8	9
1.-	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	6.2	10.4	12.5	10.4
2.-	ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA	4.1	13.3	13.3	20.0
3.-	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	5.8	35.2	11.7	17.6
4.-	ESQUIZOFRENIA HEDEFRENICA	14.2	42.8	7.1	28.5
5.-	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	16.6	33.3	----	16.6
6.-	ESQUIZOFRENIA EPISODIO AGUDO	----	----	----	20.0
7.-	ESQUIZOFRENIA SIMPLE	----	----	----	----
8.-	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	----	----	----	----
9.-	ESQUIZOFRENIA LATENTE	----	----	----	----
T O T A L (No. de Casos)		9	23	14	21

6.- Crisis Convulsivas

8.-Alteraciones de Conducta Antisocial

7.- Alteraciones en el Parto

9.- Hipoxia Neonatal

NOTA: LOS VALORES SE DAN EN PORCENTAJES.

DIAGNOSTICO Y RESULTADOS DE ELECTROENCEFALOGRAMA
ENERO --- ABRIL 1987

TABLA NO. 9

NO.	DIAGNOSTICO	1	2	3	4	5	6
1.-	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	55.5	27.7	11.1	---	5.5	62.5
2.-	ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA	66.6	25.0	8.3	---	---	60.0
3.-	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	57.1	28.5	---	---	14.2	58.8
4.-	ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	50.0	12.5	12.5	---	25.0	42.8
5.-	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	50.0	50.0	---	---	---	66.6
6.-	ESQUIZOFRENIA EPISODIO AGUDO	100.0	---	---	---	---	60.0
7.-	ESQUIZOFRENIA SIMPLE	---	50.0	---	---	50.0	33.3
8.-	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	33.3	33.3	---	---	---	33.3
9.-	ESQUIZOFRENIA LATENTE	---	---	---	---	---	100.0
T O T A L (NO. DE CASOS)		29	14	4	0	6	74 = 58.2%

1.- Normal.

2.- Anormal sin especificación.

3.- Potenciales Epileptiformes Generalizados Difusos.

4.- Potenciales Epileptiformes Localizados en Diferentes Lóbulos.

5.- Sugerentes de Daño Orgánico.

7.- No se realizó.

NOTA: LOS VALORES SE DAN EN PORCENTAJES.