

317525

4  
23

FRUIT ET DUCET



UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
1983 : 1987

"DIFERENCIAS BIO-PSICO-SOCIO-CULTURALES EN  
HOMBRES Y MUJERES CON ESQUIZOFRENIA  
PARANOIDE. UN ESTUDIO ESTADISTICO  
DESCRIPTIVO".

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
CECILLA TOLEDANO CASTILLO

ASESOR DE TESIS. MTR. ANTONIO JUAN R. PENELLA JEAN

MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1991



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 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.

## I N D I C E

	Pagina
RESUMEN	1
INTRODUCCION	5
OBJETIVOS	9
JUSTIFICACION	12
CAPITULO 1	GENERALIDADES DE LA ESQUIZOFRENIA
1.1.	HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA 15
1.2.	DEFINICIONES DE LA ESQUIZOFRENIA 22
1.3.	SINTOMATOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA 26
1.3.1.	TRASTORNO DEL PENSAMIENTO 28
1.3.2.	TRASTORNO DE LA AFECTIVIDAD 32
1.3.3.	TRASTORNO DE LA CONDUCTA 35
1.4.	CLASIFICACION DE LA ESQUIZOFRENIA 37
1.4.1.	FORMA SIMPLE 37
1.4.2.	FORMA HEBEFRENICA 39
1.4.3.	FORMA CATATONICA 40
1.4.4.	FORMA PARANOIDE 41
1.5.	ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA 42
1.5.1.	ASPECTOS HEREDITARIOS 43
1.5.2.	ASPECTOS BIOQUIMICOS 45
1.5.3.	ASPECTOS PSICOSOCIALES Y FAMILIARES 48
1.5.4.	ASPECTO MULTIFACTORIAL 53
1.6.	ENFOQUE PSICOANALITICO DE LA ESQUIZOFRENIA 54

## I N D I C E

	Pagina
RESUMEN	1
INTRODUCCION	5
OBJETIVOS	9
JUSTIFICACION	12
CAPITULO 1	GENERALIDADES DE LA ESQUIZOFRENIA
1.1.	HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA 15
1.2.	DEFINICIONES DE LA ESQUIZOFRENIA 22
1.3.	SINTOMATOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA 26
1.3.1.	TRASTORNO DEL PENSAMIENTO 28
1.3.2.	TRASTORNO DE LA AFECTIVIDAD 32
1.3.3.	TRASTORNO DE LA CONDUCTA 35
1.4.	CLASIFICACION DE LA ESQUIZOFRENIA 37
1.4.1.	FORMA SIMPLE 37
1.4.2.	FORMA HEBEFRENICA 39
1.4.3.	FORMA CATATONICA 40
1.4.4.	FORMA PARANOIDE 41
1.5.	ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA 42
1.5.1.	ASPECTOS HEREDITARIOS 43
1.5.2.	ASPECTOS BIOQUIMICOS 45
1.5.3.	ASPECTOS PSICOSOCIALES Y FAMILIARES 48
1.5.4.	ASPECTO MULTIFACTORIAL 53
1.6.	ENFOQUE PSICOANALITICO DE LA ESQUIZOFRENIA 54

CAPITULO 2                    ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

2.1.	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	62
2.1.1.	CARACTERISTICAS DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	62
2.1.2.	CUADRO CLINICO DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	65
2.1.2.1.	IDEAS DELIRANTES	66
2.1.2.1.1.	IDEAS DELIRANTES DE PERSECUCION	68
2.1.2.1.2.	IDEAS DELIRANTES DE GRANDEZA	69
2.1.2.2.	ALUCINACIONES	70
2.1.2.3.	AGRESIVIDAD	71
2.1.2.4.	SUSPICACIA	72

CAPITULO 3                    ASPECTO METODOLOGICO

3.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	75
3.2.	HIPOTESIS	75
3.4.	VARIABLES	78
3.5.	SIGNIFICADO DE TERMINOS	79
3.6.	TIPO DE ESTUDIO	81
3.7.	DISENO DE INVESTIGACION	82
3.8.	TIPO DE MUESTREO	82
3.9.	MUESTRA DE INVESTIGACION	83
3.10.	CRITERIOS DE SELECCION PARA LA MUESTRA	83
3.11.	INSTRUMENTO DE RECOPIACION DE DATOS	84

3.12.	PROCEDIMIENTO	89
3.13.	ANALISIS ESTADISTICO	91
CAPITULO 4		
4.	RESULTADOS	92
4.1.1.	RESULTADOS CUANTITATIVOS	92
4.1.2.	RESULTADOS CUALITATIVOS	119
4.2	CONCLUSIONES Y DISCUCION	126
LIMITACIONES		133
SUGERENCIAS		134
ANEXOS		136
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		138
BIBLIOGRAFIA		141

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

Desde hace ya cientos de años las enfermedades mentales han causado gran interés en nuestra sociedad. Se han creído varias ideas a este respecto, antes se pensaba que estos trastornos se debían a fuerzas externas malignas enviadas por los dioses para quién merecía castigo, con el transcurrir de los años se empezaron a tener otras creencias, Hipócrates fué el primero que utilizó el término de paranoia, para=fuera de, noia=comprender, y se refería a todo tipo de pensamiento desorganizado o delirante y/o a cualquier deterioro en el funcionamiento mental. (Swanson, D. 1974).

No fué sino hasta el siglo pasado cuando se presentó la controversia en torno a esta enfermedad, el psiquiatra francés Morel en el año de 1860 utilizó por primera vez el término "demencia precoz", En Alemania en 1871 un estudioso llamado Hecker describió el cuadro de la hebefrenia, pocos años después Kahlbaum define la catatonía, Kraepelin, psiquiatra alemán, en 1896 describió a la demencia precoz como una enfermedad degenerativa de la estructura cerebral, el psiquiatra suizo Bleuler en 1911 sustituyó el nombre de demencia precoz por el de esquizofrenia e impuso el término de autismo. (Kolb, 1977 y Freedman, A. 1980)

Considerando nuestro tema de estudio el esquizofrénico paranoide es definido como un "individuo que presenta ideas delirantes de persecución o grandeza, frecuentemente acompañadas de alucinaciones, muestra igualmente alteraciones en el curso del pensamiento con perturbaciones en la capacidad asociativa, es agresivo, hostil, a menudo receloso, habitualmente tiene ideas de referencia; el paciente puede mostrar tanto una actitud de inhibición como de arrogante agresividad, es evidente la disminución en sus respuestas afectivas, y su lenguaje es incoherente" (Swanson, D. 1974)

Como introducción a mi trabajo diré que es una investigación estadística que se llevó a cabo con pacientes del Hospital Psiquiátrico "Rafael Lavista" de la Ciudad de México. En el período de 1980 - 1982 se obtuvo la información de los pacientes y la finalidad fué buscar datos estadísticos que ayudaran a comprender mejor esta enfermedad. Dicha información fué obtenida de los expedientes clínicos de los pacientes que fueron internados con el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, únicamente se tomaron en cuenta a aquellos cuyos datos eran completos. La muestra se constituyó con 85 mujeres y 100 hombres. El diseño de la investigación fué de encuesta descriptiva ya que sólo se clasificaron las características de los esquizofrenicos paranoides.



El objetivo fué el de encontrar las diferencias que pudieran existir en ambos sexos, tomando en consideración: la posición ordinal que ocupan en la familia, la información personal en cuanto al embarazo, nacimiento y desarrollo del paciente, su escolaridad, su estado civil, su clase social, su ocupación, sus conflictos tanto laborales como sexuales; los antecedentes familiares con esquizofrenia paranoide, con enfermedad mental no especificada, con epilepsia y con alcoholismo, tambien observar si la presencia de el padre y de la madre son predisponentes para la aparición de la esquizofrenia paranoide, la edad a la que los pierden y la edad de inicio de la enfermedad.

Para lograr este propósito, el método estadístico que se utilizó, fué primeramente el separar hombres y mujeres y los distintos datos que se encontraron en las historias clínicas, clasificándolos por grupos o categorías, posteriormente se usaron las técnicas de proporción y porcentaje, la regla fué el de sumar las proporciones; para sacar el porcentaje se multiplicó cada una de las frecuencias por cien y se dividió el número total de sujetos de cada sexo, luego se utilizó la prueba de  $\chi^2$  para medir el grado de asociación o diferencia entre ambos sexos.

Se revisó en el Capítulo 1 el marco teórico en el que toqué las generalidades de la esquizofrenia, constituido por la historia de la esquizofrenia, su definición y los aspectos generales de la sintomatología del esquizofrénico, así como la

clasificación y etiología de esta enfermedad, también se revisó el enfoque psicoanalítico del padecimiento. En el Capítulo 2 se vió ampliamente el tema central y objetivo de estudio de esta investigación, a la "esquizofrenia paranoide", en el que se revisaron sus características y su cuadro clínico. En el Capítulo 3 se revisó el aspecto metodológico, en el Capítulo 4 los resultados, tanto cuantitativos como cualitativos, y para finalizar se dieron las conclusiones a las que se llegó en esta investigación, sobre las diferencias entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

## O B J E T I V O S

### OBJETIVO GENERAL

Comparar las diferencias bio-psico-socio-culturales entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide

### OBJETIVOS PARTICULARES

- 1.- Detectar las posiciones ordinales que ocupan los enfermos de esquizofrenia paranoide en la constelación familiar.
- 2.- Determinar la repercusión en las complicaciones en el embarazo, nacimiento y desarrollo psicobiológico en los pacientes esquizofrénicos paranoides.
- 3.- Conocer que grado de escolaridad posee un paciente con esquizofrenia paranoide
- 4.- Averiguar el estado civil de los pacientes con esquizofrenia paranoide.
- 5.- Describir a que clase social afecta más la esquizofrenia paranoide
- 6.- Conocer la ocupación de un esquizofrenico paranoide
- 7.- Conocer si en el esquizofrénico paranoide existen conflictos laborales.

- 8.- Detectar si en los pacientes con esquizofrenia paranoide existen conflictos sexuales.
- 9.- Determinar con que frecuencia se presentan los antecedentes familiares de esquizofrenia paranoide en pacientes que padecen esta misma enfermedad.
- 10.- Detectar si en los pacientes con esquizofrenia paranoide existen antecedentes familiares con enfermedad mental no especificada.
- 11.- Conocer si hay antecedentes familiares con epilepsia en los esquizofrenicos paranoides.
- 12.- Detectar si en los pacientes con esquizofrenia paranoide hay antecedentes familiares con alcoholismo.
- 13.- Determinar si los esquizofrénicos paranoides tuvieron antecedentes personales patológicos.
- 14.- Conocer si en los pacientes con esquizofrenia paranoide existe la presencia del padre.
- 15.- Determinar a que edad perdió al padre el esquizofrénico paranoide.
- 16.- Detectar si falta la presencia de la madre en la esquizofrenia paranoide.
- 17.- Conocer la edad en la que perdió a la madre el paciente.

18.- Detectar a que edad es más frecuente el inicio de la esquizofrenia paranoide.

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

La Esquizofrenia Paranoide es en la época actual uno de los problemas médicos más frecuentes en todo el mundo; en España, en el año de 1940, se hizo una investigación en un hospital psiquiátrico, y se encontró que de un total de 300 pacientes, 156 tenían el diagnóstico de esquizofrenia, de los cuales 73 eran hombres y 83 eran mujeres, representando el 52.66% de los enfermos (Merenciano, M. 1942). En los E.U.A. los esquizofrénicos representan alrededor del 25% de la primera admisión a los hospitales psiquiátricos, constituyendo más de la mitad de la población de estos (Solomon, PH. 1972). La incidencia de pacientes con esquizofrenia aparece en más de la mitad de las camas (Jackson, D. 1974). De cada 5 camas una de ellas está ocupada por un paciente esquizofrénico (Hofling, Ch. 1979). De un grupo de 1631 enfermos del Hospital Fray Bernardino de la Ciudad de México (1967-74) se encontró que el 34.1% (557 pacientes) o sea una tercera parte de esta población, está habitado por pacientes esquizofrénicos, otra gran proporción recibe consulta externa o camina por las calles (Caso Muñoz, A. 1982). En E.U.A. la proporción de personas que ingresan al Hospital por tratamiento de esquizofrenia es de uno por cada cien. Se estima que ocurren 2'000,000... de casos nuevos al año en el mundo a un costo humano y económico enorme. (Goldman, H. 1987)

Esta enfermedad mental se dá en un gran porcentaje de la población de todos los países del mundo, afectando a la sociedad y a las personas que la padecen, causándoles conflictos emocionales, familiares, sociales, etc.; debido a esto es mi inquietud conocer más a fondo este padecimiento, obteniendo mayor número de datos estadísticos que den la posibilidad de entender mejor la psicopatología de este padecimiento, y así habrá la oportunidad de crear apropiados métodos terapéuticos más apropiados que permitan que los pacientes tengan una vida más equilibrada y por ende se mejoraría la salud pública.

Desde siempre se han formulado especulaciones en cuanto al origen del pensamiento paranoide, sin embargo, las explicaciones ofrecidas no son del todo sostenibles y no se ha logrado confirmar su validez (Swanson, D. 1974).

Se han hecho numerosas investigaciones sobre la causa que origina el padecimiento de la esquizofrenia, algunas son de tipo genético, bioquímico, fisiológico, psicológico, social y familiar.

Los sociólogos Faris y Dunham (Freedman, 1980) elaboraron una hipótesis y observaron que los factores demográficos, sociales y culturales tienen importantes influencias selectivas sobre las personas que se tornan esquizofrénicas. Jackson, D. (1974) coincide con estos autores al declarar que algunas de las

condiciones que originan el problema se asocian a cambios culturales y medios propicios que ocasionan stress. Así como Pavlov le da mayor importancia al origen bioquímico, Adolf Meyer se lo dió a los trastornos afectivos. El enfoque de Kraepeling es organicista y para él las causas son debidas a enfermedades degenerativas del cerebro Swanson, D. 1974).

Existen mucho más puntos de vista que más adelante mencionaré, sin embargo en los estudios revisados no se observa una diferenciación etiológica entre hombres y mujeres que tienen este padecimiento, pudiendo ser una variable importante a investigar. Este estudio pretende encontrar información relevante en este aspecto. Se realizara un estudio estadístico descriptivo de la Esquizofrenia Paranoide dividiendo las características que se encuentran en las historias clínicas de ambos sexos. Habiendo revisado la bibliografía del tema, no se localizó que algun autor hable de la posible diferencia que pudiera existir entre el sexo masculino y femenino en esta enfermedad, es por eso que en lo personal es para mí de gran interés el conocer cuales pueden ser los resultados de esta investigación.



## C A P I T U L O 1

### GENERALIDADES DE LA ESQUIZOFRENIA

#### 1.1. HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA

La conducta del hombre, según las circunstancias y grado de evolución de las sociedades, puede ser en términos generales, congruente y normal a una realidad aceptada por la mayoría, en la antigüedad cuando esta conducta se apartaba de los patrones generales, se interpretaba como el resultado de causas sobrenaturales y maleficas, provocadas por espíritus perversos, o como castigo que aplicaban los dioses, el término común que se les aplicaba era el de "locos". Posteriormente cuando la evolución técnica del hombre lo permitió, se intentaron diversas nomenclaturas para determinar las diferencias observadas en las conductas patológicas, ésto nos demuestra que desde hace mucho tiempo se superaron los conceptos de origen divino y mágico como generadores de estas conductas anormales, claro que a la fecha siguen existiendo controversias al respecto.

El pensamiento paranoide puede observarse en el inicio de la historia, tiene sus ideas en el miedo y en especial al de la muerte. Hipócrates fué el primero que utilizó el término paranoia que significa ( para = al lado, fuera de y noia = comprender ) se refería a todo tipo de pensamiento desorganizado y delirante (Swanson, 1974).

Regis, (1954), encontró en el capítulo de "Estupidez y Morosidad" de Willis que data de 1672 un pasaje relativo a los jóvenes de espíritu vivo, despierto y aún brillante en la infancia y que al llegar a la adolescencia caen en la obtusión y torpeza, le llamó "estupidez adquirida"

Vogel (Swanson, 1974), reporta que en 1772 introdujo el término "paranoia" en un sentido similar a su uso actual. En 1782 Arnold y los racionalistas franceses descubrieron las ideas delirantes sistematizadas de grandeza. Kant se refirió a las ideas delirantes de persecución y el Dr. Chiarugi a los estados delirantes con impulsos violentos hacia los demás.

Neuman y Heinroth a principios del siglo pasado observaron que un trastorno psíquico combinaba la perturbación intelectual con la exaltación y lo llamaron "verrucktheit", palabra equivalente a "paranoia".

Goldman (1987), señala que es en el siglo XIX cuando Esquirol en 1814 define a la esquizofrenia como "demencia crónica y consecutiva" a estados iniciales diversos: manía, melancolía, onanismo, etc. Ofrece la primera explicación correspondiente al concepto moderno de la condición paranoide de una persona y definió el término de alucinación. Pincel, al igual que el autor anteriormente señalado, coinciden en diferenciar el idiotismo congénito del accidental o adquirido.

John Conally del Hanwell Asylum en Inglaterra describió en 1849, en sus Croonian Lectures, el cuadro clínico de la esquizofrenia y afirmó que "los jóvenes caen en ocasiones, en un estado parecido a la melancolía, se vuelven indolentes, apáticos y se inactivan los efectos, las pasiones y la inteligencia", (Portuondo, 1972).

Kolb (1985), se refiere que en 1860 el psiquiatra Morel, en su tratado de las enfermedades mentales, utilizó el término "demencia precoz" para definir la detención del desarrollo de la personalidad, con degeneración intelectual, física y moral, que resulta de factores hereditarios, conciderando a esta enfermedad como una alteración emocional e intelectual grave.

Karl L. Kahlbaum en 1868 describe a la catatonía como "un estado en el cual el paciente permanece inmóvil observando un punto fijo y sin volición permanente", supuso que esto se debía a una enfermedad cerebral estructural, y afirma que la paranoia es una forma de locura que se caracteriza por delirios sistematizados que afectan el area intelectual y la exaltación o disminución de la autoestima y depresión. Swanson (1974), dice que clasificó a la paranoia según las alteraciones intelectuales,

Produjo un adelanto en la psiquiatria al percatarse que los síntomas de melancolía y agitación son una misma entidad nosológica y no son independientes como se creía entonces.

En 1870 Hecker describió el cuadro sintomático de la hebefrenia considerándola como un padecimiento progresivo que ocurría en la pubertad o adolescencia, presentaba melancolía, manía y confusión y en 1871 Lasague publicó un estudio sobre el delirio de persecución (Portuondo, 1972).

Vallejo Najera (1977), refiere que en 1896 el psiquiatra alemán Kraepelin definió a la demencia precoz, ya previamente mencionada por Morel, como "una serie de síndromes clínicos cuya común característica la constituye la destrucción de la correlación o armonía interna de la personalidad con preferente partición de la afectividad, voluntad y deterioro intelectual" creyendo que esta enfermedad es causada por cambios orgánicos y degenerativos del cerebro o trastornos metabólicos que producían una autointoxicación, es decir, contempla a la enfermedad de tipo endógeno, no causada por elementos externos.

Kraepelin concluyó (Swanson, 1974) que el concepto paranoide era inclasificable, sin embargo, un poco después separó de la demencia precoz algunos cuadros paranoides, agrupándolos bajo el nombre de parafrenia y paranoia.

Hace una clasificación del síndrome en: simple, hebefrénica, catatónica y paranoide, coincide con Kahblaum al pensar que todas son manifestaciones de una misma entidad.

Este mismo psiquiatra, incorpora el término "paranoia" a una categoría de enfermedad, la llamó "dementia paranoides" a una

forma no muy común, en que se presentan alucinaciones, ideas delirantes confusas, comportamiento exterior relativamente intacto y una temprana detención de todo proceso (Goldman, 1987).

En 1906, Adolf Meyer (Portuondo, 1972) clasificó a la paranoia en dos grupos a los que asignó los nombres de "paranoia genuina y las "condiciones paranóicas, concluyendo que la paranoia se debe a un trastorno de tipo afectivo.

El psiquiatra suizo Eugen Bleuler, en 1912 propuso el término de "Esquizofrenia" sustituyéndolo por el de demencia precoz. La esquizofrenia se deriva de dos palabras esquizo=dividir y fren = mente) "mente dividida" o "personalidad dividida". El término se refiere a una aparente discordancia entre el contenido del pensamiento y la expresión de las emociones.

Bleuler concluye que este cuadro está caracterizado por un trastorno fundamental, constituido por la disociación de la personalidad o desdoblamiento de las funciones psíquicas, presentando trastornos del pensamiento, la afectividad, la relación con el mundo exterior, y la voluntad (Pancheri, 1979).

Así mismo resaltó la importancia que existe en la conexión entre las alucinaciones, las ideas delirantes y los antecedentes o relaciones tempranas que los pacientes habían tenido con sus padres y hermanos.

Introdujo el término de "autismo" para expresar el retraimiento, la inafectividad y un mundo fuera de contacto con la realidad, refugiándose en un mundo interior propio; también distinguió entre síntomas primarios a los trastornos del pensamiento, de la afectividad y la volición y a los síntomas secundarios a las alucinaciones, ideas delirantes, negativismo y estupor.

Poco antes de las formulaciones de Bleuler, Meyer pensó que la reacción esquizofrénica, se debía primordialmente, a la incapacidad de enfrentarse a las dificultades, en lugar de tomar acciones decisivas como ocurre normalmente, dando por resultado la desorganización de la personalidad y el abandono de la realidad, no creía que esta conducta se debía a fallas orgánicas, enfatizando en cambio, la importancia del stress en el origen de todas las enfermedades mentales.

Vallejo (1977), atribuye a Harry Stack Sullivan 1930-40 la contribución a la psiquiatría al afirmar que la esquizofrenia influye en las relaciones interpersonales y se relaciona causalmente con ellas.

A finales de la segunda guerra mundial el alemán Kurt Schneider le dió énfasis a ciertas alteraciones características del pensamiento que han sido de gran utilidad para el diagnóstico de la esquizofrenia.

Freud enfatiza la importancia que tiene la confusión con la identidad sexual, inicialmente consideró a la paranoia como una neurosis de defensa. También describió como las ideas dolorosas e inaceptables pueden dar origen a psicosis alucinatorias. El concepto de la regresión a niveles infantiles o arcaicos de integración en la esquizofrenia substituyó al concepto del deterioro de Kraepelin.

En 1987 Goldman, se refiere a que "el concepto aceptado actualmente de los trastornos esquizofrénicos, reconoce la desorganización de un nivel previo del conocimiento, los síntomas característicos que abarcan procesos psicológicos múltiples, los aspectos psicóticos claros durante la fase activa de la enfermedad y la tendencia hacia la cronicidad".

El término "paranoide" ha tenido muchos significados a lo largo de la historia, incluso en la actualidad se utiliza de distintas formas. Es oportuno agregar que la palabra paranoide indica desconfianza excesiva.

El cuadro clínico que se observa en cada uno de los pacientes crea impresiones contradictorias en los expertos, ya que los síntomas pueden ser muy variables, dependiendo del miedo que le rodea a la persona. A la fecha el DSM III proporciona claramente los síntomas y evolución clínica de esta enfermedad.

## 1.2. DEFINICIONES DE LA ESQUIZOFRENIA

A continuación daré varias definiciones presentadas por distintos autores:

"Con el término demencia precoz o esquizofrenia designamos a un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico y a veces intermitente, que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa." La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteraciones del pensamiento, de los sentimientos y de la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular (Bleuler, 1950).

"La esquizofrenia es un síndrome psiquiátrico no una enfermedad única. Los síntomas generalmente asociados a este diagnóstico (que presentan cierta variabilidad) deben interpretarse como una etapa final común a cierto número de estados patológicos que pueden conducir a una grave perturbación del yo, tales estados pueden variar entre una debilidad psicógena relativamente pura del ego y las perturbaciones del funcionamiento del ego" (Bellak, 1962).

"La esquizofrenia es una enfermedad psicósomática, en la cual la fisiología cerebral determinada y modificada por la herencia genética y por el medio pre y posnatal, se combina en reacción simbiótica con el ambiente socio emocional adverso, por lo menos para ese individuo, con el fin de crear un mecanismo de



defensa, que puede ser, desde un punto de vista tanto fisiológico como psicológico, inapropiados para la protección del organismo". (Jackson, 1974).

"La esquizofrenia se emplea para designar a un grupo de afecciones mentales caracterizadas por síntomas psicológicos específicos y que provocan en la mayoría de los casos una desorganización en la personalidad del enfermo". Estos síntomas afectan al razonamiento, al pensamiento, a las emociones y al comportamiento motor (Mayer-Gross, 1974)

El Diagnóstico and Statistical Manual de la American Psychiatric Association define a la esquizofrenia como: "un grupo de trastornos manifestados por deficiencias características del estado de ánimo y la conducta." Los trastornos del pensamiento están marcados por alteración de la formación de conceptos que pueden conducir a una mala interpretación de la realidad y a veces a ideas delirantes y alucinaciones que a menudo resultan autoprotectoras desde el punto de vista psicológico. Los cambios de estado de ánimo incluyen respuestas ambivalentes, limitadas e inadecuadas y falta de empatía con los demás. La conducta puede ser de aislamiento, regresiva o extraña (Freedman, 1980)

"Psicosis crónica que altera profundamente la personalidad, se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en

comunicación con los demás para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario" (Ey, H. 1980)

El término de esquizofrenia se usa para agrupar psicosis caracterizadas por trastornos de la personalidad, trastornos del pensamiento, alteraciones en la afectividad y en la conducta" (Caso, A 1980)

A la esquizofrenia se le considera como a un grupo de entidades clínicas debido a su multifasicidad, ya que padece trastornos en diversas áreas de la función psicológica" (MacKinnon, 1984).

Los síntomas de las reacciones esquizofrénicas se reconocen por un cambio en la conducta con una actitud distante al ambiente, suspicacia, despliegues emocionales e impulsividad. Las percepciones interpersonales se distorsionan debido a las ideas delirantes y las alucinaciones. En las formas mas avanzadas el individuo se aísla en un mundo de fantasía, su pensamiento se altera gravemente y sus hábitos se deterioran en forma importante" (Kolb, 1985).

"La esquizofrenia es un trastorno psíquico mayor que abarca gran variedad de alteraciones graves de la conducta. El cuadro clínico manifiesta de manera invariable trastornos del pensamiento, frecuentemente con síntomas característicos como alucinaciones y delirios, conducta extraña y deterioro del nivel general del funcionamiento" (Goldman, 1987)

Como se observa, en las definiciones de los distintos autores, todos coinciden en sus puntos de vista, cada quién traduciéndolo con sus propios términos. En lo que difieren es en la causa que origina el trastorno, pero a la fecha sigue siendo motivo de controversia.

### 1.3. SINTOMATOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA

Se han hecho numerosos estudios para determinar la edad de inicio de esta enfermedad y se ha demostrado que fluctúa entre los 15 y 25 años de edad. El comienzo de la esquizofrenia puede ser según Pelicier (1986), de dos tipos, uno al que se denomina "esquizofrenia de proceso" en el cual el mal se manifiesta desde la niñez, presentando trastornos de carácter, como son el aislamiento, la timidez, la apatía, la hurañez, tanto con los amigos y compañeros como con los familiares, la ruptura en el esfuerzo escolar, desadaptación, irregularidad en la conducta, y ocasionalmente presencia de crisis nerviosas, y dos la "esquizofrenia reactiva", en la cual el inicio de la enfermedad aparece como brote, es decir sin mayor antecedente, presentando estados de ánimo que van de maniaco a melancólico, los síntomas son atípicos y posteriormente y en forma paulatina van apareciendo los elementos propiamente esquizofrénicos.

Zax, M. (1978), considera que el esquizofrénico de proceso sufre un deterioro progresivo con pocas posibilidades de recuperación, en tanto que el esquizofrénico de reacción tiene mejores posibilidades, pues su desarrollo fué sano y la enfermedad es producto o manifestación de una gran tensión.

Varios estudios han considerado la posibilidad de que la esquizofrenia en proceso sea de origen orgánico y la esquizofrenia reactiva de origen psicógeno.

Bellak (1962), observa que en el inicio de la enfermedad el paciente tiene trastornos en el sueño, sensaciones de inminente catástrofe, al mundo exterior lo siente extraño y distante y en ocasiones puede presentarse despersonalización. Goldman (1987), a su vez coincide con el autor antes mencionado, en que los esquizofrénicos se sienten diferentes y confusos y agrega que esto hace que se separen de los demás, ocasionándoles ansiedad e incluso terror, obligándolos a apartarse de sus actividades y fomentando cada vez más sus propias ideas abstractas e idiosincráticas.

Bleuler (1960), divide los síntomas en fundamentales o primarios (conocidos como las cuatro aes de Bleuler) y en los síntomas accesorios o secundarios. Los primeros síntomas, (Kolb), 1977 los consideró como manifestaciones directas de un proceso patológico somático y los síntomas secundarios los considera de origen psíquico y pensó que éstos eran intentos por adaptarse al trastorno primario.

Las cuatro aes de Bleuler:

- a) Asociación.- Las asociaciones aparecen relajadas
- b) Autismo.- Es el retraimiento afectivo y el refugio en un mundo interior propio, y la ruptura de contacto con la realidad.
- c) Afectividad.- Las respuestas emocionales pueden ser inadecuadas al contenido del pensamiento
- d) Ambivalencia.- En que el paciente manifiesta sentimientos contradictorios hacia un mismo objeto, persona o situación.

Los síntomas secundarios se refieren a:

- a) Alucinaciones.- Percepciones sensoriales que ocurren sin la existencia de estímulos externos.
- b) Ideas delirantes.- Creencia falsa inadecuada sobrevenida por vía patológica y resistente a la argumentación lógica.

(Solomon, 1972)

De lo anterior se desprende que la esquizofrenia presenta trastornos en tres áreas que son: el pensamiento, la afectividad y la conducta, sin que ello implique autonomía de cada una de ellas, sino que constituyen unidad del padecimiento y sólo por razones de método y para mejor comprensión del mal, me referiré en forma separada a cada una de estas áreas.

#### 1.3.1. TRASTORNO DEL PENSAMIENTO

La forma más directa para evaluar el pensamiento de una persona es observar el uso de su lenguaje y la forma en que lo expresa.

Kasanin en (1958), sostiene que las perturbaciones en el lenguaje son esencialmente evidencias del trastorno. El paciente esquizofrénico presenta invariablemente dificultades en organizar sus pensamientos según las normas usuales de la lógica y la realidad.

El esquizofrénico se niega a entender símbolos, es incapaz de hacer abstracciones y generalizaciones.

Bleuler (1960), observó que la sintomatología del esquizofrénico se manifiesta en alteraciones de la asociación, misma que al perder continuidad hace que el pensamiento resulte ilógico y extravagante, agregando que este tipo de paciente presenta generalmente escasez de ideas, cayendo en ocasiones en el monoideismo. Por otra parte, afirma que este trastorno, cuando alcanza un alto grado de desarrollo presenta cuadro de confusión, en que existe desorientación en tiempo y espacio, que es el resultado de perturbaciones mentales elementales y que rompe la relación entre el paciente y el observador.

Señala que existen dos perturbaciones peculiares bien definidas en la esquizofrenia: una es la prisa en el pensar, a la que se designa como "flujo de ideas", estas generalmente están subordinadas a una idea genérica sin estar relacionadas ni dirigidas por un pensamiento unificador, orientador u objetivo. Y la otra es la obstrucción o inhibición del pensamiento.

Las ideas establecidas por la esquizofrenia pueden derivarse de factores emocionales o por asociaciones basadas en los sonidos o también a asociaciones referentes a frases conocidas aunque resulten totalmente fuera de contexto.

El psiquiatra Mayer W. en (1974), se refirió a este trastorno como a la anormalidad en el proceso de pensar que se rige por alteraciones, analogías y asociaciones contradictorias, se aferra a detalles sin importancia, carece de discriminación en el pensar,

no expresa raciocinio y frecuentemente es atraído por temas filosóficos o místicos.

Vallejo (1977), destaca que el curso del pensamiento suele ser lento, presentando en ocasiones el fenómeno de interceptación del pensamiento, en el cual la actividad del paciente permanece inmóvil por unos segundos o minutos. Son frecuentes el robo o bloqueo del pensamiento, la imposición de ideas, algunas de ellas con alucinaciones auditivas, fenómeno que se designa con el nombre de pensamiento sonoro o eco del pensamiento. En general se dice que el esquizofrénico tiene ideas extravagantes por carecer de una adecuada crítica de la realidad.

Otro de los trastornos del pensamiento es el autismo al que Hofling en (1979), define como "pensamiento autocentrado o pensamiento que sólo es inteligible por completo para el yo". El pensamiento autista es aquel en que las consideraciones objetivas (tiempo, lugar, etc.) tienen poco peso, en tanto que las de carácter subjetivo (deseos y temores) revisten gran importancia.

Eilo sucede en virtud de que las actividades del esquizofrénico se encuentran primariamente al servicio de la liberación de las tensiones internas y constituye un intento de modificar el medio ambiente de manera mágica, mas que de lograr una verdadera comunicación con los demás.

Bleuler describe al autismo como "un desprendimiento con respecto a la realidad, que se traduce en el predominio de la



vida interna sobre la externa. El grado de autismo varía según la gravedad del trastorno".

El delirio o ideas delirantes en el esquizofrénico son muy frecuentes y surgen según Brussel (1981), sin ningún estímulo externo real y su presencia da indicios significativos de la problemática del sujeto, pudiendo ser estos: sentimientos de culpa, de inferioridad, frustraciones, rechazos, deseos, etc. Los más frecuentes son el delirio de grandeza y el delirio de persecución. El primero de ellos implica compensación por sentimientos de inferioridad inconsciente, de inseguridad o de inadaptación y el segundo surge por amenazas internas, deseos inaceptables y por aspectos distorcionados de la personalidad, que se proyectan hacia el exterior como respuesta a la supuesta agresividad del medio ambiente. Otros delirios o ideas delirantes menos frecuentes son las ideas de influencia, como son la imaginaria telepatía ejercida por terceros, el control del pensamiento desde el exterior, etc.

MacKinnon (1984), apunta que como parte de la sintomatología del esquizofrénico presenta dificultades en organizar su pensamiento en forma lógica y racional, sus ideas que son concretas y abstractas están limitadas a su propia vida mental, creando su propio mundo, no distinguiendo la fantasía de la realidad, e incluso llega a vivir en sus fantasías que van teniendo poco o ningún significado en el mundo exterior. Sus

ideas son confusas, y desconcertantes. Existen desociaciones e incoherencias.

Goldman (1987), afirma que el sujeto esquizofrénico no establece una cadena sostenida de pensamiento, sus ideas saltan, las inventan (neologismos) las revuelven y las confunden, tienen pobreza de contenido y resultan incoherentes al trastornar la conexión lógica existente entre la palabra y su significado. Presentan alteraciones en el juicio y raciocinio, carecen de autocrítica, en general tienen sentimientos hostiles por lo que prefieren el retraimiento.

### 1.3.2. TRASTORNO DE LA AFECTIVIDAD

El paciente esquizofrénico presenta siempre empobrecimiento afectivo.

Bleuler (1960), dice que la labilidad del afecto en el enfermo es producto de su pensamiento disociado. En la esquizofrenia el deterioro emocional ocupa el primer plano en el cuadro clínico. La indiferencia o aplanamiento afectivo es el signo exterior más manifiesto en los pacientes de esta enfermedad, en los cuales sus emociones carecen de profundidad, ya sea en la euforia, en la tristeza o en la ansiedad, sus estados de ánimo pueden sucederse en transición o en mezcla de unos a otros. Este cambio afectivo se relaciona con la incapacidad que tiene para comprender muchos de los sucesos cotidianos.

Bleuler explica que no puede haber ninguna duda de que la capacidad de ~~preservar~~ emociones no ha desaparecido en la esquizofrenia. Finalmente identifica dos formas espectaculares de trastorno afectivo y son: la paratimia y la paramimia, la primera describe la reacción de un acontecimiento opuesta a la que se esperaba Ej.: un accidente le provoca risa, una pestilencia le es grata. En la paramimia el sujeto expresa simultáneamente sentimientos opuestos. Ej. cuando el enfermo con voz melodiosa informa que te va a matar. La tendencia para adornar un mismo objeto con rasgos positivos y negativos simultáneamente, Bleuler lo considera como un síntoma característico de la esquizofrenia y lo llama "ambivalencia".

Debido al empobrecimiento afectivo del paciente su atención resulta disminuida, no se siente motivado para responder a estímulo específico alguno y se le dificulta concentrarse en un solo acontecimiento.

Mayer W. (1974), se refiere a la afectividad del esquizofrénico en el sentido de que pueden estar perturbados primariamente en su carácter, intensidad y sus relaciones con otras experiencias psíquicas. Existen fluctuaciones de la emoción, incongruencia entre el afecto, el pensamiento y la acción, en algunas ocasiones la emoción aparece retardada.

Vallejo (1977), habla del trastorno de la afectividad y dice que "este se combina con el de la expresión de la afectividad,

dando un aspecto de congelación emotiva y embotamiento. En ocasiones la expresión del estado de ánimo se realiza con mímica inadecuada, carente de expresividad y resonancia afectiva, lo que le dá un aspecto insípido.

Zax (1978), dice que en las fases tempranas del empobrecimiento afectivo se dá a menudo una hipersensibilidad emocional, que se traduce en una inestabilidad tal, que los pacientes se aislan de sí mismos para substraerse a la estimulación excesiva. Los sentimientos más conservados son los de enojo e irritabilidad.

Los siguientes síntomas afectivos son dados por Hofling (1979), la expresión de una emoción puede resultar ilógica y fuera de lugar, es común la ambivalencia en la que el sujeto experimenta simultáneamente actitudes o emociones contradictorias hacia determinado objeto, situación o acto. Señala que es típica la poderosa mezcla de odio y de temor con una especie primitiva de amor hacia aquellas figuras para las cuales podría uno esperar que sólo existiera esta última emoción.

Freedman (1980), dá las características del trastorno del afecto: disminución de las respuestas emocionales, respuestas inadecuadas e incongruentes y emociones anómalas.

Brussell (1981), describe el afecto inadecuado del paciente como a una profunda apatía e indiferencia, no responde emotivamente ya sea al sufrimiento o a la alegría. En ocasiones puede presentarse pánico, resultado de la tensión prolongada y

que culmina en un abatimiento general y por el sentimiento intenso de inseguridad y suspicacia. Este trastorno manifiesta una tendencia hacia la proyección y a la desorganización del ego.

Se dice que aparte de la labilidad afectiva y ambivalencia pueden presentar estupor o excitación psicomotriz (Caso, 1982).

MacKinnon (1984), comenta que a este tipo de paciente se le dificulta expresar sus emociones y cuando lo hace parecen exageradas, son personas solitarias que no sienten placer por nada, viven conflictos acerca de su propia existencia, permanecen aislados de sus sentimientos y de los demás (los niega aunque los sienta).

### 1.3.3. TRASTORNO DE LA CONDUCTA

El tercer trastorno que se analiza es el de la conducta que en el esquizofrénico se manifiesta en una manera desorganizada y en el que sus objetivos resultan inadaptados e incongruentes.

Patiño (1980), observa que este tipo de pacientes sufren de alteraciones en cuanto a su relación con el mundo exterior y detecta que los sujetos ven al medio con perplejidad, aislamiento y ensimismamiento, carecen de iniciativa y tienen severa dificultad de comunicación presentando tendencias a una actitud esquizoide con componente mágico.

Comenta Brussel (1961), que los esquizofrénicos son invariablemente asociales, hoscos, retraídos que se alejan cada vez mas del medio ambiente.

Caso Muñoz (1982), los define como sujetos apartados de los contactos afectivos y sociales. Dice que en ellos existe una desintegración entre su pensamiento, su sentimiento y la acción, y es por eso que prefieren su mundo aislado o autista, evitando cualquier relación con los demás.

El esquizofrénico presenta dificultades en sus relaciones interpersonales. segun Mackinnon (1984), tienen pocos amigos, desconfían de todos dudando de la sinceridad del pensamiento y sentimiento de los demás, dando por resultado que sean retraídos. Agrega que varios estudios de familias de pacientes esquizofrénicos revelan una alta psicopatología de los padres, con desordenes en la comunicación y es por ello que el paciente cuando niño no desarrolla las habilidades que son necesarias para la buena adaptación social.

El esquizofrénico presenta tanto el deseo como el temor de fundirse en una unión simbiótica con otra persona, supone que el desajuste proviene inicialmente de su intento por establecer una relación con su madre, quedando confundido por la experiencia alterna de rechazo y sobreprotección asfixiante y que en su resolución constituye una unión mágica con ella, aunque queda aterrado de las consecuencias de esta unión y trastornado por la

dificultad de percibir con precisión los límites que lo separan del resto del mundo, por lo que debido al propio conflicto de simbiosis e individuación presenta sentimientos hostiles y de enojo, ya que se siente inseguro de los límites que lo separan del resto del mundo.

#### 1.4 CLASIFICACION DE LA ESQUIZOFRENIA

Hacer una clasificación de las formas clínicas de la esquizofrenia es un tanto difícil, ya que con frecuencia se presentan casos mixtos en los cuales hay rasgos mezclados de las distintas sintomatologías, sin embargo puede afirmarse, en términos generales, que en todos los casos siempre predomina un síntoma, aunque algunos pacientes pasan de un tipo a otro en el transcurso de su enfermedad.

A continuación se detallan las cuatro formas clásicas de la esquizofrenia: forma simple, forma hebefrénica, forma catatónica, y forma paranoide; estas fueron clasificadas por Kraepelin en 1896, y hasta la fecha siguen siendo útiles para clasificar y diagnosticar a los pacientes.

##### 1.4.1. FORMA SIMPLE

Caracterizada por un empobrecimiento progresivo de la

personalidad en el plano ideativo - afectivo, o sea ausencia de iniciativa y motivación.

Solomon (1972), se refiere a la esquizofrenia simple como una reducción de interes en las relaciones humanas y con el mundo exterior, agregando que con el tiempo el paciente tiende a un nivel inferior de funcionamiento.

El cuadro clinico para Mayer W. (1974), se caracteriza por la pérdida de las respuestas afectivas, superficialidad en las emociones, indiferencia, poca voluntad e impulso.

Vallejo (1977), se basa en un empobrecimiento cada vez mayor de la vida afectiva, disminución que afecta toda la vida psíquica del sujeto, quien se hace más retraido y extravagante, llevándolo a una apatia tal, que lo incapacita para valerse por sí mismo, llegando incluso a abandonar las actividades que usualmente realizaba.

Zak (1978), observa que estos sujetos actuan muy por debajo de su nivel de potencial y terminan a menudo en ocupaciones marginales.

Brussel (1981), dice que estos pacientes expresan disgusto por la vida, ya que no hay nada en su medio ambiente que los atraiga o estimule.

Caso Muñoz (1982), refiere que en el tipo simple,



externos, apatía, indiferencia, pérdida de cualquier espíritu de competencia, aislamiento e incapacidad para satisfacer las exigencias de la sociedad.

En esta forma no se presentan alucinaciones, ni ideas delirantes, y su desarrollo es incidioso.

#### 1.4.2. FORMA HEBEFRENICA

Esta se caracteriza por discordancia, disociación ideativa, incongruencia, comportamiento extraño, trastorno del pensamiento y del lenguaje y despersonalización.

Mayer W. (1974), sostiene que en esta forma de la esquizofrenia existen anormalidades en las emociones, pensamientos, lenguaje y presenta debilidad volitiva el enfermo.

Vallejo (1977), dice que es este tipo de esquizofrenia se añaden síntomas de despersonalización como extrañeza del yo, del mundo y las vivencias, hay desolación y desdoblamiento de la personalidad, sentimientos catastróficos, despersonificación acompañados de trastorno del esquema corporal.

Afirma que en este tipo se manifiesta desorganización del pensamiento, presentando en su expresión verbal incoherencias, neologismos, disgregación, estereotipos y pararespuestas, pudiendo existir la verbigeración, bloqueo de pensamiento y síntomas de perseveración, soliendo estar alterados el juicio y

el razonamiento con pérdida de el sentimiento de la realidad y la capacidad de relación.

Pueden existir ideas delirantes, siendo estas desorganizadas sin conexión e incoherentes, también presentan alucinaciones relacionadas a su alteración del pensamiento. Su conducta es absurda e inadecuada.

Los primeros síntomas según Caso Muñoz (1982), se inician con falta de concentración lo que les dificulta el estudio, son distraídos, poco después aparece la sensación de haber perdido el control de su propia vida psíquica.

#### 1.4.3. FORMA CATATONICA

Caracterizada principalmente por estupor y síntomas específicos de inmovilidad, manierismos, estereotipias, acompañados de trastornos del lenguaje.

Mayer W. (1974), señala como al síntoma más frecuente al estupor, que puede variar en grado, desde un transitorio bloqueo de movimiento hasta la inmovilización completa con una postura fija.

El enfermo es distraído y no muestra interés por nada (trastorno de la volición) puede existir el negativismo a toda orden, presentan posturas anormales, estereotipias posturales y de movimiento. Ej. permanecer arrodillado durante varias horas.

También pueden presentar estereotipias de movimientos (movimientos repetitivos).

El ritmo del sueño y la profundidad resultan a menudo perturbados. La excitación catatónica tiene un significado psíquico y refleja la incoherencia de su pensamiento y la vaguedad de sus ideas, presentando verbigeración, neologismos, ensalada de palabras, etc.

Para Vallejo (1977), el síndrome psicomotor de la catatonía se divide en a) hipocinética: en la que domina la inmovilidad y b) hiperkinética: movimientos con intensa agitación sin carácter intencional y sin salir de un espacio reducido.

El estupor expresa un aislamiento del mundo real y de la sociedad, los movimientos rígidos significan la perspectiva rígida y emocionalmente fría del pensamiento y la excitación excesiva representan su actitud mental desligada a sus ideas fijas.

#### 1.4.4. FORMA PARANOIDE

Se caracteriza por vivencias delirantes primarias seguidas por ideas delirantes secundarias y por alucinaciones.

Para Brussel (1981), estos pacientes reaccionan a delirios, que son variables e ilógicamente asociados. Es un individuo sumamente suspicaz, retraído, desagradable, rebelde, desafiante, in-

conforme y asocial. Con frecuencia se observan evidencias de tendencias homosexuales reprimidas.

Las palabras (para = falla + nous = mente) se relacionan con un estado mental en el cual el individuo tiene sospechas injustificadas y desordenadas respecto a las intenciones de los demás.

Como este tipo de esquizofrenia es el tema central de mi trabajo, posteriormente lo desarrollaré más ampliamente.

#### 1.5. ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA

La causa de la esquizofrenia es una constante pregunta que se han hecho los filósofos, psicólogos, psiquiatras e investigadores. Desde hace mucho tiempo atrás cada quién da su propia opinión de acuerdo a sus experiencias, remontándonos un poco al año (1896) Kraepelin pensó que el origen de este padecimiento podía deberse a enfermedades degenerativas del cerebro, a diferencia de Bleuler quién en (1911) concluye que las manifestaciones de la esquizofrenia podían ser de naturaleza funcional y explicarse en términos psicológicos, al igual que Adolf Meyer, quién creía que la conducta esquizofrénica era la consecuencia de factores físicos, sociales y psicológicos del pasado del paciente.

Siempre se han formulado especulaciones en cuanto a este fenómeno, en muchos pacientes parece que el ambiente exterior

adverso es el causante, en otros las disposiciones genéticas pero en otros muchos casos no se encuentra ninguna explicación evidente, las teorías formuladas por los especialistas continúan sin dar una respuesta global y satisfactoria.

Don D. Jackson (1960) hizo una recopilación de las investigaciones más importantes sobre el origen de la enfermedad y concluye que este padecimiento tiene una etiología multifactorial, en la cual tienen más significado los factores de tipo dinámico, como son los aspectos familiares y psíquicos que otros de naturaleza orgánica.

Ey H. (1980) sostiene la teoría de que un error genético, a través de la acción de los factores ambientales, determinaría la producción de reacciones cerebrales bioquímicas estereotipadas y repetitivas.

Como se ve no se ha esclarecido la causa o causas que provocan la esquizofrenia, es por eso que a la fecha existen un sin fin de teorías. Sin embargo, se ha determinado que estas pueden dividirse en aspectos hereditarios, bioquímicos y psicosociales y familiares. Me referiré a cada uno de ellos.

#### 1.5.1. ASPECTOS HEREDITARIOS

Esta teoría sostiene que la esquizofrenia está vinculada a la constitución del individuo y es transmisible por herencia.

Solomon (1972), se refiere a un estudio elaborado por Kallman en 1946, hecho con quinientos pares de gemelos varones, en los cuales uno tenía el diagnóstico de esquizofrenia, y que en un 15% los otros también lo padecían.

En otro estudio parecido se halló una concordancia del 85% a pesar de que habían sido criados separadamente. Jackson, D. (1974). observa que los parientes cercanos del esquizofrénico dan un porcentaje de enfermos mucho más alto que en aquellos provenientes de familias libres de este padecimiento.

Estas observaciones han sido objeto de interpretaciones muy variadas. Algunos apoyan la idea de que los estudios hechos con gemelos revelan el origen ambiental del padecimiento.

Vallejo, J. A. (1977), dice que la esquizofrenia es una enfermedad somatógena vinculada a un tipo de constitución y transmisible por herencia, y que si el origen se debiera al ambiente, la distribución del padecimiento no mostraría un reparto uniforme en los distintos países y no se atribuye a alteraciones súbitas de factores ambientales.

Zax, M. (1978) se refiere a que la esquizofrenia se da más a menudo en niños de padres esquizofrénicos que en niños de padres normales. Los ambientalistas señalan que si el trastorno es aprendido es más probable que lo sea de progenitores con semejante patología que de no afectados. Se dice también al respecto que la transmisión tiene lugar a través de genes recesivos,

eso sugiere que si fuera así todos los niños con ambos padres esquizofrénicos sufrirían de esta enfermedad, pero jamás se ha encontrado una proporción del 100 x 100. La esquizofrenia puede ser causada por una combinación de numerosos genes.

Hofling, Ch. (1979) comenta que el problema es difícil de determinar, ya que la variable del medio ambiente no se puede descartar. Dice que se ha encontrado una correlación clara entre la frecuencia de la enfermedad y el grado de consanguinidad, sin embargo en varios estudios, con frecuencia se registra que la proximidad del parentesco va de la mano con la semejanza del medio ambiente inicial.

Las enfermedades genéticas según Jackson, D. (1987) se deben a la mutación de los genes, la esquizofrenia tiene su origen en importantes diferencias en los genes. "varias hipótesis sugieren que esta enfermedad, puede ser una deficiencia genética determinada en aquellos sistemas enzimáticos que mantienen la homeostasis mediante la descomposición de sustancias producidas durante el stress".

#### 1.5.2. ASPECTOS BIOQUIMICOS

Se dice que existen varios factores que precipitan a la esquizofrenia y que la administración de ciertas sustancias pueden producir reacciones psicóticas transitorias en los sujetos. La mezcalina es una de las más antiguas de estas drogas,

al igual que el LSD, estos producen síntomas muy parecidos a las reacciones esquizofrénicas como: sentimientos de irrealidad, alucinaciones visuales y auditivas.

Solomon, (1972) reporta que Heath y Col. en 1960 elaboraron una hipótesis sobre las reacciones esquizofrénicas, y para corroborarla aislaron un psicotóxico llamado "tarexina", el cual se asemeja a la globulina con cobre ceruloplasmina, sustancia que presentan los esquizofrénicos y que produce síntomas de esquizofrenia en voluntarios no psicóticos.

También se ha relacionado a los síntomas esquizofrénicos con la producción de aminas anormales, que se cree pueden ser psicogénicas (DMT). Algunos autores piensan que en algunas formas de la esquizofrenia se presenta una alteración del proceso de la transmetilación y que esto ocasiona la formación de sustancias psicogénicas.

En cuanto a los factores endócrinos no hay evidencias claras, pero la correlación que hay de los cambios en los esteroides suprarrenales con los cambios en la fase clínica de la esquizofrenia es asombroso.

Swanson, (1974) se refiere a que algunas predisposiciones hereditarias están vinculadas con anomalías metabólicas debido a la falta o la disfunción de enzimas particulares. Se habla de que la "noradrenalina" tiene cierta semejanza con la "mescalina", y que puede causar alucinaciones, esto demuestra la posibilidad



de que la alteración química desencadene síntomas psicóticos. No hay duda de que el uso excesivo de drogas está asociado a la sintomatología paranoide al provocar alteraciones específicas en la percepción, así mismo considera que ciertas alteraciones patológicas intercraneales, si se encuentran a nivel del sistema nervioso, producen síntomas paranoides, al afectar el sistema límbico (expresión emocional).

No se deduce si las pautas de conducta son expresivas de una descarga neuronal directa, de la liberación de modelos primitivos de conducta habitualmente inhibidos, de la reacción frente a estímulos internos desconocidos o de la existencia de trastornos neurológicos y psiquiátricos coincidentemente.

Se dice también que una precipitación física o una enfermedad infecciosa o un parto puede ejercer efecto en la esquizofrenia.

Vallejo, N. en (1977) hace una crítica de los distintos criterios de los investigadores y dice que los organfcistas consideran a la esquizofrenia con base orgánica y deducen que la existencia de la enfermedad se debe a la transmisión hereditaria y que la frecuencia no se incrementa con impactos psíquicos como guerras ni por influencias socio culturales.

Zax, M. (1978), reporta que se han indagado muchas sustancias que puedan producir síntomas similares a los de la esquizofrenia. Mendell y West al igual que Friedhoff analizaron

la dimetioxiifeniletilamina (DMPEA) en la orina de los pacientes esquizofrénicos, substancia que resulta una verdadera rareza en individuos normales, y se sugiere que ésta es predisponente a la enfermedad

Heath cree que la dinámica familiar, de la que se dice que predispone a la esquizofrenia, es causada ella misma, antes bien por deficiencias metabólicas compartidas por los miembros de la familia y además la tensión emocional afecta el funcionamiento bioquímico.

El tratamiento de los que sostienen estas teorías organicistas, se basa en los métodos de choque y medicinas y nunca en la psicoterapia.

### 1.5.3. ASPECTOS PSICOSOCIALES Y FAMILIARES

Se parte de la premisa de que la causa de la esquizofrenia se origina cuando los padres someten a sus hijos a relaciones emotivas conflictivas y a formas de comportamiento ilógicas, y a comunicaciones verbales y no verbales confusas. Se cree que surge más fácilmente en condiciones de stress.

La familia esquizofrénica se caracteriza por una relación padre-hijo excesivamente punitiva y hostil (Roberts 1955).

Lidz en 1957 (Salomon, 1972) estudió familias de esquizofrénicos y señaló que en ellas hay un alto grado de

inestabilidad, pues es frecuente que los padres amenacen con separarse, viven recriminándose y presionándose mutuamente y por lo tanto el niño no emplea a su progenitor como modelo de identificación, ni como objeto de amor, existiendo por tanto una transmisión irracional de los padres a los hijos, suscitando en ellos una gran dificultad para establecer un sentido satisfactorio de su propia identidad. Los síntomas esquizofrénicos parecen estar relacionados con experiencias vividas en la niñez de abandono, rechazo, carencia de amor, seducción por parte de los progenitores y otras formas de traumatismo psíquico.

En 1958 (Mayer Gross, 1974), Alanen examinó a 100 madres de jóvenes esquizofrénicos observando que 84 de ellas padecían severas neurosis de ansiedad y síntomas de agresividad, responsabilizando por tanto a las madres, debido a su comportamiento ambivalente, sobreprotector y rechazante.

En 1960 Bowen (Zax, M. 1974) publicó sus estudios hechos con familias de esquizofrénicos, y concluyó que la psicosis en el paciente se debe al "síntoma del problema total de la familia".

Bowen al igual que Lidz concuerdan en que la madre proyecta sus propias inadaptaciones a su hijo y este se ve precisado a satisfacer las demandas de la madre con preferencia a las suyas propias. El crecimiento del niño constituye la amenaza primordial a la relación simbiótica entre madre y niño provocando ansiedad en ambos.

El esquizofrénico internaliza una identidad difusa, fragmenta su experiencia y trastorna su modo de percibir y comunicar. El niño que se ve inmerso en un mundo de contradicciones, inevitablemente desconfiará de sus sentidos y emociones, sus sentimientos no estarán bien definidos, y el expresar su individualidad le producirá ansiedad y es por ello que el desarrollo de su ego está limitado.

La esquizofrenia debe verse según autores que difunden esta teoría, como una crisis de identidad acompañada de ansiedad y culpa por el hecho de abandonar la estructura familiar.

V. Satir en (1967), dice que en las familias disfuncionales, existe alejamiento entre los miembros, la comunicación es encubierta y evasiva. La ambigüedad está presente y al tratar de resolver sus sentimientos conflictivos se sienten defraudados ya que utilizan sus problemas como un arma y no como un medio de acercamiento.

Sampson, H. (1968), comenta que la esquizofrenia suele desencadenarse cuando una persona joven, impulsada por requerimientos interiores y exteriores intenta dejar su hogar y actuar como adulto asumiendo responsabilidades de la vida adulta. La familia tiene importancia en el desarrollo de la crisis esquizofrénica debido a que se activan conflictos tempranos de desarrollo y ponen al descubierto antiguos defectos de la formación.

Se cree que los trastornos de las relaciones afectivas del niño con otros miembros de la familia, en especial con la madre, puede ocasionar procesos esquizofrénicos irreversibles y que sólo serán atendidos por medio de la psicoterapia.

En casos publicados se ha visto que la precipitación de la psicosis está relacionada con la pérdida de familiares como padre, madre, hermanos; fracasos profesionales o matrimoniales. Se habla de que el factor psicológico actúa como causante (Mayer Gross, 1974)

Vallejo, J. A. (1977), dice que la esquizofrenia es un modo de reacción de ciertos tipos de personalidad a conflictos específicos, es el resultado de la fijación de conflictos vividos en la niñez que quedan latentes y que más tarde existen factores que lo desencadenan.

Zak, M. (1978) se refiere al "doble vínculo" y reporta que cuando la madre experimenta simultáneamente los afectos de querer a su hijo y rechazarlo (quizá debido a su ansiedad como función de madre), enfrenta al niño con mensajes incongruentes, y este por su seguridad aprende a ser igualmente incongruente.

Se hicieron investigaciones en las que gran porcentaje de pacientes esquizofrénicos provenían de hogares en que uno de los padres se había perdido tempranamente en la vida, ya sea por defunción o por divorcio.

Lidz y Fleck consideran a la esquizofrenia como una enfermedad de "deficiencia" en la que el niño no está satisfecho con su medio familiar, ni encuentra resueltas sus necesidades de atención, lo que lo incapacita para hacerse independiente y a sentirse seguro. Por otro lado la familia no ayuda al niño a dirigir sus impulsos hacia áreas libres de conflicto, impidiéndole así relacionarse con los demás, agregando que dejan de dar al niño los medios necesarios para la comunicación del pensamiento, por lo que reflejará deficiencias en esta área.

Se dice que el problema principal consiste en las fallas de desarrollo de la propia madre, que conducen a una profunda inseguridad en la educación del niño. El sentido personal de ineptitud de la madre se proyecta sobre el niño produciéndole trastornos en todos los niveles de desarrollo, haciéndole sentir incapaz de manejar su propia vida.

Hofling, Ch., Laing R.D. y Esterson A. (1979) también se refieren a que el medio familiar y sobre todo la madre, son los predisponentes para que el niño más tarde padezca esquizofrenia, debido a sus experiencias traumáticas de rechazo.

MacKinnon, (1984) reporta que la conducta paranoide se basa en las actitudes de los padres. Se estimulan las reacciones paranoides por pérdida real o imaginaria de objetos de afecto. La autoestimación se logra con la identificación del progenitor y si se rechaza se crean actitudes persecutorias y en ocasiones

compensa su soledad con aumento de grandiosidad, reforzando su sentimiento de persecución.

#### 1.5.4. ASPECTO MULTIFACTORIAL

En (1962) Bellak, L. habla de que existen diversas hipótesis en las que los autores tratan de encontrar factores etiológicos específicos (orgánicos, químicos, psíquicos, etc.) como causantes de la enfermedad, en lugar de buscar una variedad de hechos causales capaces de conducir al mismo final. La esquizofrenia no es una enfermedad única y por lo tanto no se debe a una causa única. La esquizofrenia se puede deber a un defecto de progresión del desarrollo así como a una regresión, pudiendo existir diversos factores etiológicos.

A. L. Merani (Jackson, D. 1974) se refiere a que la aparición y desarrollo de la esquizofrenia se debe a la interrelación de distintos elementos en juego, ya que entiende al ser humano como un todo, un ser BIO-PSICO-SOCIAL, ya que comprueba la interrelación de distintos elementos en juego en la aparición y desarrollo de la enfermedad.

Kolb, L. (1977), dice que el hecho de que la personalidad se desarrolle bien o mal depende de la dotación genética de cada individuo, y que sobre esta base influyen las primeras relaciones entre madre e hijo y posteriormente las familiares, lo que genera el desenvolvimiento de las diversas funciones yóicas y

superyóicas que formaran el ideal del yo de cada individuo; al paso se tiene que hacer frente al stress social, lo que puede precipitar el trastorno esquizofrénico.

Patiño, (1980), comenta que en tanto se siga ignorando la etiología de la esquizofrenia, será indispensable el manejar el conjunto de conocimientos de un modo seguramente multifactorial.

#### 1.6 ENFOQUE PSICOANALITICO DE LA ESQUIZOFRENIA

La concepción psicoanalítica de la esquizofrenia descansa sobre la situación de que lo que la determina es la detención de la libido y al retraimiento de éste sobre los objetos, esto se debe a un yo débil que es incapaz de percibir las cosas tal y como aparecen en la realidad.

El individuo utiliza varios mecanismos de defensa para controlar esa situación, uno de ellos es la regresión y fijación, en el cual vuelve a un estado infantil narcisista, siendo incapaz de percibir la realidad, esto lo lleva a angustiarse y muestra actitudes de escape mediante sus delirios y sus alucinaciones. Revive los deseos y conflictos más tempranos en los cuales no existen relaciones de objeto genuinas.

La proyección es utilizada para escapar de los temores internos y estos se los atribuye a personas reales o imaginarias



del exterior, como ej. en vez de decir "yo te odio". mejor te digo "tu me odias"; esto se debe al rechazo que siente de el medio en el que se desenvuelve. El paciente niega su propia realidad. La negación y la proyección conducen a los delirios y a las alucinaciones.

A continuación se darán algunas ideas psicoanalíticas sobre la esquizofrenia en diversos autores.

Bellak, L. (1962) dice que "los síntomas de la esquizofrenia consisten en un mal funcionamiento de las funciones del yo y una falta de integración de las diversas fuerzas motivacionales que pueden haberse debido a una debilidad primaria del desarrollo del yo".

Sullivan, H.S. (1964) se refiere a que el esquizofrénico se sirve en forma característica de la proyección, en la que atribuye la culpa de sus fracasos a otros, desarrollando un trastorno paranoide.

Le dá mayor importancia a los efectos sociales que a los biológicos.

Fenichel, O. (1971) expresa que "en la esquizofrenia hay una desintegración del yo, en la que se han perdido las relaciones de objetos y la libido se ha retirado de éstos, se regresa a un estado narcisista, el pensamiento del esquizofrénico se vuelve primitivo".

Solomon, P.H. (1972) dice que todas las funciones del yo están alteradas en la esquizofrenia. El paciente sufre de frustración y de pérdida de autoestima en su esfuerzo por tratar con los demás, preocupándose cada vez por sus propios procesos internos, junto con esto existe la tendencia de regresar a un nivel anterior de funcionamiento psíquico, mecanismo que era apropiado en un nivel anterior de su vida y que ahora le resulta inadecuado.

Portuondo, J. (1972) se refiere a que el conflicto se centra entre el yo y la realidad exterior, frente a la frustración, el yo retira su libido del mundo real y niega su realidad ambiental sometiéndose a los impulsos del ello.

Algunos autores como Federn y Nunberg (citados por Portuondo 1972), sostienen que la esquizofrenia no representa la satisfacción de deseos instintivos sino una satisfacción narcicista.

En la esquizofrenia existe una tremenda regresión; unos síntomas representan el derrumbe regresivo del yo, estos abarcan fenómenos como las fantasías de destrucción del mundo, sensaciones físicas, despersonalización, maneras arcaicas de pensar y hablar. Los otros síntomas representan intentos de recuperación y son las alucinaciones y los delirios.

Hofling, Ch. (1979) expresa que la regresión que se presenta en la esquizofrenia es la más profunda, hasta el

grado de alcanzar la fase más temprana de la infancia y es también la más extensa en el sentido de que casi todas las funciones de la personalidad están afectadas.

La libido abandona sus intentos de encontrar objetos de satisfacción en el medio ambiente, debido al trauma de que fué rechazado por su primer objeto natural de amor, y se enfoca a su propia persona (cuerpo y autoconcepto). Se hace exageradamente narcisista.

"Como en los delirios y en las alucinaciones el sujeto atribuye sus propias experiencias interiores al mundo exterior, es fácil comprender el mecanismo de proyección, el contenido de estas experiencias se ve directamente afectado por las alteraciones regresivas de las intenciones y objetos libidinales y hostiles del paciente". Como resultado el medio lo ve como amenazante.

Brussel, J. (1981) "Lo que caracteriza al paciente psicótico es el parecido a su personalidad infantil, mediante la regresión, vuelve a la protectora seguridad de la infancia construyendo un mundo de fantasía".

Kolb, L. (1985) Toma a la esquizofrenia paranoide como un tipo de reacción de defensa de proyección y de regresión, y dice que es posible que las primeras relaciones con la madre hayan sido deficientes, ya que el esquizofrénico muestra una regresión

hacia conductas infantiles emocionales como rabia, omnipotencia e incapacidad para percibir la realidad, esto le impide el desarrollo de sus actitudes yoicas respecto a seguridad, confianza y agresividad.

Freud, S. (1923) creía que el esquizofrénico retrae la libido de los objetos externos debido a una gratificación frustrada de impulso. El esquizofrénico renuncia a los objetos y la libido se centra en el yo como en la etapa infantil. Las percepciones estimulantes de afuera están limitadas, y el mundo interno está alterado, de tal manera que en lugar de reflejar lo externo se adaptan los impulsos del ello, dando lugar a un ego muy débil asociado a relaciones insatisfactorias de objeto de la etapa oral, retrayéndose a un estado narcisista similar al de su primer periodo de vida.

#### DELIRIOS

"Los delirios son juicios equivocados de la realidad que se basan en la proyección, muestran ideas complicadas y sistematizadas", tal como las alucinaciones a veces pertenecen al tipo de realización de deseos, pero la mayoría son de carácter penoso y atemorizante. Representan el intento de recuperar las partes perdidas de la realidad, contienen elementos de la realidad repudiada que a pesar de todo regresan, y partes de los impulsos rechazados. al mismo tiempo que exigencias proyectadas del superyo (Fenichel, O. 1971).

Los delirios como las alucinaciones, son mezclas de elementos perceptivos, pensamientos y recuerdos, sistemáticamente deformados de acuerdo con tendencias definidas. Estas tendencias representan deseos instintivos rechazados, así como amenazas del superyo.

#### IDEAS DELIRANTES DE GRANDEZA

En las ideas de grandeza se infla el yo del paciente. El narcisista al darse cuenta de que no es omnipotente lo niega y acrecienta su autoestima en su propio yo. El objeto perdido es remplazado por una identificación con él mismo. Estas ideas de grandeza se deben a la pérdida de la aptitud del juicio de la realidad. El hecho de sentir esta grandeza constituye una expresión directa del narcisismo reactivado. (Fenichel, O. 1971).

#### IDEAS DELIRANTES DE PERSECUCION

La persecución representa según Freud (1913) la tentación homosexual transformada en una temible amenaza, que actúa independientemente de la voluntad del paciente.

La transformación aparente de amor en odio que puede observarse en los delirios de persecución, sólo es posible si antes ha habido una fuerte ambivalencia. La homosexualidad

latente de los paranoides es habitualmente de tipo agresivo ambivalente, y el odio en el delirio, es una manifestación de esta agresividad primitiva.

La proyección en sí misma, se basa en la no diferenciación entre el yo y el no-yo.

El perseguidor representa no sólo el superyo sino también al mismo tiempo, el (ambivalente) objeto amado. También proyecta las características propias del paciente (de su cuerpo y de su mente), este hecho demuestra que dicho objeto, en la fantasía del paciente, ha sido inbtroyectado y nuevamente proyectado, ya que el superyo es el resultado de la introyección. Freud, S. (1923).

En la literatura psicoanalítica, la paranoia no ha sido distinguida de la esquizofrenia paranoide, lo que se supone que los mismos mecanismos esenciales actúan en ambos casos. (Fenichel, O. 1979).

## ALUCINACIONES

Las alucinaciones son sustitutos de las percepciones que se producen después de la pérdida de prueba y juicio de realidad. (Brussel, J. 1981).

Se produce la proyección de factores internos que son sentidos como si fueran percepciones externas. Una alucinación se puede deber al cumplimiento de deseos y proyectar sus defectos a otros. Es también una regresión en que vuelve a sumirse en el estado de realización de deseos. El yo se aparta de la realidad y crea una realidad nueva que le sea más apropiada.

Freud, S. (1923) sugiere que la angustia que acompaña a las alucinaciones se deben en parte a la realidad repudiada y a un ello y superyo repudiados. Las alucinaciones son también el fracaso de la fuga del yo, bajo un retorno deformado en forma de proyección de impulsos que habían sido rechazados.

## C A P I T U L O 2

### ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

#### 2.1. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Las primera manifestación de la esquizofrenia paranoide es generalmente incidiosa, conforme pasa el tiempo se va acentuando la enfermedad, el sujeto va teniendo una sensación de extrañeza, va perdiendo paulatinamente contacto con la realidad, presenta tempranas anomalías del carácter y tendencias al aislamiento, se siente diferente a los demás, está afligido y confundido, durante este período muestran frecuentemente desconfianza, hostilidad e irritabilidad. Con el tiempo estos síntomas se van agravando hasta formar el cuadro clínico característico de un esquizofrénico paranoide.

La esquizofrenia paranoide a diferencia de los otros tipos aparece más tarde en la vida del hombre, entre las edades de 15 a 25 años de edad.

#### 2.1.1. CARACTERISTICAS DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

A continuación señalo las características de este padecimiento encontradas y descritas por diferentes autores.

Para Ham, R (1964) la esquizofrenia paranoide se caracteriza por una mala relación interpersonal, el paciente es hostil,



retraído, y rencoroso, en ellos se encuentran ideas de referencia (agresividad emocional), creencias ilusorias e ilógicas, presentan palabras inapropiadas y neologismos, al igual que sentimientos mágicos y extraños, son egocéntricos y tienen pretensiones de grandiosidad y persecución.

Salomon, (1972) dice que este tipo de enfermedad se caracteriza principalmente por ideas delirantes y por alucinaciones. Además de los trastornos esquizofrénicos habituales de las asociaciones presentan autismo y ambivalencia.

También en 1972 Portuondo habla de la esquizofrenia paranoide y dice que lo que la distingue son las ideas delirantes frecuentemente numerosas, ilógicas y fantásticas, también son comunes las alucinaciones, trastornos de las asociaciones y la afectividad acompañados en ocasiones del negativismo.

Salomon, (1974) dice que "la esquizofrenia paranoide está caracterizada por ideas delirantes de persecución y grandeza, y de autorreferencia, también por alucinaciones. Frecuentemente muestran conducta hostil y agresiva, así como religiosidad e hipocondriasis".

En 1976 Gregory, Ian reporta "la esquizofrenia paranoide se caracteriza por delirios de referencia, persecución, grandeza o influencia acompañados generalmente por alucinaciones auditivas, y su pensamiento es autista o paradójico".

Vallejo, J. A. (1977) señala que el esquizofrénico paranoide se caracteriza por la presencia de ideas delirantes primarias, solíéndosele añadir ideas secundarias y alucinaciones, formando los tres síntomas del núcleo de la esquizofrenia.

Zax, M. (1978) dice "los rasgos principales de la esquizofrenia paranoide son la presencia de delirios de persecución, de grandeza, ideas de referencia y con frecuencia alucinaciones", es también frecuente encontrar en ellos sentimientos de religiosidad.

Caso Muñoz, A. (1982) indica que el tipo paranoide se caracteriza por ideas delirantes de persecución y grandeza, alucinaciones, actitud agresiva y hostil, sufre de trastornos del pensamiento y su conducta se altera gravemente.

Freedman (1980), comenta acerca de la esquizofrenia paranoide y dice que lo que la caracteriza son las ideas delirantes de persecución o grandeza. El paciente es reservado, suspicaz y a menudo hostil y agresivo.

Kolb, L. (1985), "el tipo paranoide se caracteriza por ideas delirantes ilógicas que no toman en cuenta la realidad, presentan alucinaciones, generalmente de tipo auditivo y de carácter amenazante o acusador, sus relaciones interpersonales son deficientes, es frío, desconfiado y hostil, usan palabras inapropiadas o neologismos, se sienten atraídos por fuerzas

mágicas y sus explicaciones son irracionales, sospechan de los demás, viven con ira y alejados de todos".

El DSM III (1988), dice "la esquizofrenia paranoide se caracteriza por ideas de persecución o grandeza, además existen ideas delirantes de celos, ira, violencia; pueden existir alucinaciones de contenido. Se acompaña de ansiedad no localizada y dudas acerca de la identidad sexual.

Criterios para el Diagnóstico:

- a) ideas delirantes de persecución
- b) ideas delirantes de grandeza
- c) ideas delirantes de celos
- d) alucinaciones de tipo persecutorio o grandeza

#### 2.1.2. CUADRO CLINICO DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Comó se puede observar la mayoría de los autores coinciden en un cuadro clínico común a la esquizofrenia paranoide. En esta es constante la presencia de ideas delirantes fantásticas e ilógicas, de alucinaciones, de inseguridad, agresión y suspicacia. En efecto en la esquizofrenia paranoide el paciente vive en un mundo por el creado, ya sea de grandeza o de agresión persecutoria, con alucinaciones, fundamentalmente auditivas peyorativas o injuriosas, por lo que desarrollan conductas de aislamiento, de agresión y de hostilidad como defensa a las condiciones adversas en que suponen están inmersos.

El DSM III (1988) se refiere al cuadro clínico de este padecimiento y dice "Tipo Paranoide: Forma de esquizofrenia en la que el cuadro clínico es dominado por ideas delirantes relativamente estables, que pueden estar acompañadas por alucinaciones. Con frecuencia las ideas delirantes son de persecución, es posible la presencia de alucinaciones y comportamiento errático; en algunos casos la conducta se trastorna seriamente desde el inicio de la enfermedad, el desorden del pensamiento es notorio y puede presentarse aplanamiento afectivo con ideas delirantes y alucinaciones fragmentarias".

#### 2.1.2.1 IDEAS DELIRANTES

Bleuler (1960), al referirse a las ideas delirantes, expresa que estas pueden aparecer subitamente y reflejan los deseos y temores del paciente.

Portuondo (1972), dice que en la esquizofrenia paranoide las ideas delirantes son más variables y no están tan sistematizadas como en la paranoia pura, al principio del cuadro clínico son limitadas aunque después se hacen numerosas y cambiantes.

También comenta que las tendencias reprimidas se proyectan en la ideación en lugar de sufrir una represión. Las ideas de persecución son las más comunes, siendo esta última la que

satisface más los propios deseos del paciente. Con el aumento de la desorganización mental, las creencias delirantes se hacen menos lógicas, pues el enfermo se siente sujeto a fuerzas mágicas y las explicaciones son extravagantes y fantásticas.

En el mismo año Solomon P. H. (1972), dijo que las ideas delirantes pueden tener en un principio una cualidad altamente organizada pero posteriormente es fragmentala.

Mayer Gross (1974), expresó que "las ideas delirantes son más o menos lógicas en la esquizofrenia y con frecuencia están exentas de motivación emocional directa, persistiendo siempre en un estado de conciencia clara, aún cuando se ven apoyadas por las ilusiones y las alucinaciones".

Este autor se refiere a Hagen (1870) quién sostenía que las creencias delirantes sirven al paciente de apoyo en su desdicha, proporcionándole algo de estabilidad a su existencia. En relación a Wernicke (1906), quién hablaba de los delirios de "explicación" que son intentos de adaptación parcial a su enfermedad.

También en (1974) Swanson, D. dijo que "las ideas delirantes generalmente parten de una base verdadera y que representan la externalización de los deseos y temores del individuo, aún cuando no corresponden a la realidad externa". Este autor difiere del punto de vista de Mayer Gross quien considera que las ideas delirantes primarias no tienen ninguna relación con la vida del

paciente ni con sus emociones o tensiones, sino que están basadas únicamente en causas orgánicas o bien desconocidas.

Zax, M. (1978) señala que las ideas delirantes pueden tener una organización buena o deficiente, según el contacto que con la realidad tenga el paciente.

MacKinnon, (1984) habla del delirio y dice que "es una interpretación errónea de la realidad". Su fuente está en la discordancia entre los deseos y la realidad y sobre todo en la repercusión que los conflictos interiores tienen sobre la experiencia.

El contenido de las ideas delirantes se originan en los conflictos psicodinámicos del paciente, en los que influyen los valores culturales del medio en que se vive y las características específicas de la familia en que se ha desarrollado.

Felicier (1988), comenta que los delirios son sistematizados cuya historia está solidamente argumentada y el tema claramente organizado. partiendo de una idea prevalente y su convicción es absoluta.

#### 2.1.2.1 IDEAS DELIRANTES DE PERSECUCION

Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes en la esquizofrenia paranoide, y en esto coinciden la mayoría de los autores.

Solomon (1972), dice que los temas persecutorios constituyen a menudo el núcleo de los sistemas paranoides.

Swanson, D. (1974), expresa que el paciente se siente sutilmente manejado sin su consentimiento y cree que es controlado a distancia. Los sentimientos de humillación lo conducen al desarrollo de sus ideas persecutorias.

Zax, M. (1978) refiere que es sintomático en los cuadros de delirio de persecución, que el paciente crea que cualquier acontecimiento, aun los carentes de importancia, tienen especial significado para él.

MacKinnon (1964), concluye que en esta patología, el persecutor representa no sólo el objeto ambivalente querido, sino también se proyecta al mismo, estas personas consideran que se encuentran continuamente amenazadas y perseguidas, creen que se les va a atacar, y en consecuencia prefieren mantenerse a distancia de los demás.

#### 2.1.2.1.2 IDEAS DELIRANTES DE GRANDEZA

En (1974) Swanson, D. al referirse a las ideas delirantes de grandeza, dice que suelen estar bien estructuradas y muestran una relativa estabilidad. El sentimiento de grandeza ayuda a la defensa del yo a reparar la autoestima dañada, existen sentimientos de omnipotencia y en ocasiones se sienten dioses, o

personas de alto rango social, atributos de los que generalmente carecen.

Zax, M. (1978), informa que muchas veces las ideas delirantes tienen cierto fundamento en la realidad, pero son exageradas en su valoración, es decir, son ideas que carecen de unidad y pueden ser resultado de interpretaciones erróneas basadas en información inapropiada.

Hofling, Ch. (1979), señala que el tema de la mayoría de estas ideas delirantes son de carácter político y religioso.

MacKinnon (1984), refiere que este tipo de pacientes dan la impresión de independencia en que no necesitan de nadie, pues están convencidos de sus propias opiniones, así como de su superioridad y omnipotencia. Anota que con frecuencia los delirios de grandeza van precedidos de delirios de persecución.

#### 2.1.2.2 ALUCINACIONES

Vallejo, N. (1977) comenta de las alucinaciones y dice que estas son claras, precisas y nítidas, con absoluta sensación de realidad para el sujeto.

Zax, M. (1978), expresa que la alucinación es el hecho de experimentar sensaciones en ausencia de estímulos externos. Las alucinaciones auditivas son las más comunes, las



visuales sólo son frecuentes en estados de excitación aguda, las alucinaciones táctiles o del gusto son muy raras. Zax cita a Bleuler quien observó que las alucinaciones se dan con más frecuencia cuando el paciente esta solo y sin distracción.

Hofling, Ch. (1979), afirma que las alucinaciones tienden a estar en consonancia con las ideas delirantes. El paciente puede sufrir alucinaciones con amenazadoras voces , que se conocen como "voces de mando".

El enfermo está incapacitado para diferenciar entre una alucinación de una percepción real, por lo que admite todas sus sensaciones como ciertas, y es por eso que no duda de la veracidad de sus alucinaciones.

Brussel, J. (1981) define a las alucinaciones como "una percepción de los sentidos que no se basa en una realidad objetiva".

#### 2.1.2.3. AGRESIVIDAD

Una de las características del esquizofrénico paranoide segun la opinión de la mayoría de los autores revisados, es que muestran una actitud agresiva hacia los demás.

Solomon (1972), dice que durante el período prepsicótico el esquizofrénico paranoide con frecuencia muestra desconfianza y

hostilidad, pues generalmente se siente injuriado, reaccionando con violencia hacia los demás.

Portuondo (1972), expresa que estos pacientes muestran descontento, irritabilidad y desconfianza, con frecuencia caen en amaneramientos, apatía e incoherencia. Algunas veces muestran una actitud hostil y agresiva y pueden vivir en una completa soledad. Las tendencias agresivas reprimidas pueden ser liberadas mediante agresiones violentas insospechadas.

Swanson, D. (1974), reporta que estos pacientes tienen conflictos internos y les es más fácil tener un adversario específico. Sienten que su mejor defensa es comportarse agresivo y son muy irritables, esto es debido muchas veces a sus alucinaciones auditivas de amenaza, ya que sienten que son manejados a distancia, son hipervigilantes y tienen miedo a perder el control, lo que en su oportunidad atacan con prontitud.

Zax, M. (1978) expresa que por regla general existe en estos pacientes una actitud agresiva constante.

#### 2.1.2.4. SUSPICACIA

Bleuler en (1960) comunica que es al comienzo de la enfermedad cuando se dan las sospechas y creen que todo el mundo se refiere a ellos, gradualmente estas ideas alcanzan mayor

certeza y credibilidad. suponen que en todas partes murmuran y se burlan y que hay alguien que se dedica a estropear todo lo que hace.

Swanson, D. (1974), comenta que la persona suspicaz siempre tiene algo en mente, mira al mundo con expectación definida, atención constante, y busca indicios que confirmen su desconfianza.

El paciente teme el contacto ya que siente que lo van a dañar. A diferencia de Mayer Gross quien sostiene que el esquizofrénico paranoide no se aísla de los demás, sino que en ocasiones, se une a sectas para defender sus propias ideas.

Hofling, Ch. (1979) expresa que el rasgo clínico más característico de la esquizofrenia paranoide es la suspicacia sostenida y extrema, su desconfianza sin límite es inimaginable, y según este autor, las organizaciones, ya sean religiosas, políticas, etc. se pueden convertir también en enemigos.

En (1984) MacKinnon refiere que el paciente que desconfía de los demás, se ve a sí mismo como el centro del universo y considera que los acontecimientos, actitudes y sentimientos de los demás se refieren a él.

Como se observa el cuadro clínico del paciente esquizofrénico paranoide es bastante grave y complejo, por lo que es necesario que se les preste una adecuada atención y cuidado.

ASPECTO  
METODOLÓGICO

## C A P I T U L O 3

### 3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen diferencias Bio-Psico-Socio-Culturales entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide?

### 3.2. HIPOTESIS

#### HIPOTESIS ALTERNAS

Ha1. Existen diferencias significativas en la posición ordinal que ocupan en la familia entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha2. Existen diferencias significativas en las complicaciones en el embarazo, nacimiento y desarrollo entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha3. Existen diferencias significativas en la escolaridad entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha4. Existen diferencias significativas en el estado civil entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha5. Existen diferencias significativas en la clase social entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha6. Existen diferencias significativas en la ocupación entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha7. Existen diferencias significativas en los conflictos laborales entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha8. Existen diferencias significativas en los conflictos sexuales entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha9. Existen diferencias significativas en los antecedentes familiares con esquizofrenia paranoide entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha10. Existen diferencias significativas en los antecedentes familiares con enfermedad mental no especificada entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha11. Existen diferencias significativas en los antecedentes familiares con epilepsia entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha12. Existe diferencia significativa en los antecedentes familiares con alcoholismo entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha13. Existe diferencia significativa en los antecedentes personales patológicos entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha14. Existe diferencia significativa en la presencia del padre en la familia entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha15. Existe diferencia significativa en la edad a la que perdió al padre entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha16. Existe diferencia significativa en la presencia de la madre en la familia entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha17. Existe diferencia significativa en la edad a la que perdió a la madre entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

Ha18. Existe diferencia significativa en la edad de inicio de la enfermedad entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

### 3.3. VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Definición Conceptual:

"Individuo que presenta ideas delirantes de persecución o grandeza, frecuentemente acompañadas de alucinaciones, muestra igualmente alteraciones del curso del pensamiento con perturbación de su capacidad asociativa; es agresivo, hostil, y a menudo se constata su actitud recelosa, habitualmente existen ideas de referencia, el paciente puede mostrar tanto una actitud de inhibición como de arrogante agresividad, es evidente la disminución de sus respuestas afectivas, su lenguaje es incoherente" (Swanson, D. 1974)

VARIABLES INDEPENDIENTES: NO EXISTEN .

Ya que no hay manipulación por parte del investigador. No se presenta como causa y condición de la variable dependiente.  
(Romero, J. 1987)



### 3.4. SIGNIFICADO DE TERMINOS

**POSICION ORDINAL FAMILIAR:** Número de hijo al nacer dentro de una misma familia. (Warren, Ch. 1977)

**ANTECEDENTES EN COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO, NACIMIENTO Y DESARROLLO:** Alteraciones que amenazan la vida del hijo antes y durante el parto y a lo largo de su crecimiento.

**ESCOLARIDAD:** Conjunto de estudiantes que reciben educación o enseñanza a diferente grado.

**ESTADO CIVIL:** Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad.

**CLASE SOCIAL:** Un agrupamiento o división de una sociedad compuesta por personas que tienen determinadas características sociales comunes (English, H. B. y English A. CH., 1977).

**OCUPACION:** Cualquier cosa que se hace, actividad a la que una persona se dedica regularmente por un sueldo (English, H. B. y English A. CH., 1977).

**CONFLICTOS LABORALES:** Obstáculo para el desempeño de un trabajo, en el que el sujeto pierde capacidad para afrontar situaciones y decisiones y su conducta es errática. (Werther, W., 1986).

**CONFLICTOS SEXUALES:** Excesiva preocupación por el sexo y la conducta sexual, impidiendo una actividad sexual recíproca y afectiva (English, H. B.; y English A. CH., 1977)

**ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS:** Personas cuyos antecesores padecen cierta enfermedad (Warren, C.H. 1977).

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:** Las influencias regulares y persistentes que afectan o han afectado el desarrollo de la persona, impidiendo desempeñar su función habitual debido a un trastorno o anormalidad del organismo o de alguna de sus partes (English, H. B.; English A. CH., 1977).

**NUCLEO FAMILIAR:** Grupo de individuos emparentados por sangre o matrimonio y/o que viven juntos en una casa (English, A. B.; English A. CH., 1977).

**EDAD DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD:** Tiempo que ha vivido un organismo hasta el trastorno o desarreglo de cualquiera de sus funciones (English, H. B.; English A. CH., 1977).

### 3.5. TIPO DE ESTUDIO

**ESTUDIO DESCRIPTIVO.** - En esta investigación se persiguió obtener un mayor conocimiento de la enfermedad de "esquizofrenia paranoide", en que se describen las características más importantes del mismo, tal como se presentan en la realidad mexicana institucional.

**ESTUDIO DE ENCUESTA.** - Se utilizó este tipo de estudio ya que es de tipo estadístico. Se manejó la estadística descriptiva, ya que resume toda la información que se ha obtenido utilizando la técnica de porcentajes. Se analizaron las características bio-psico-socio-culturales observables de los esquizofrénicos paranoides mediante métodos estadísticos.

Es adecuado este tipo de estudio de encuesta ya que el número de personas a investigar es numeroso. (Pick, S. 1986)

**TRANSVERSAL.** - Este trabajo de investigación se realizó en un momento determinado. Se sacó la información de las historias clínicas y se recopilaron los datos en las tablas, (Pick, S. 1986).

### 3.6. DISEÑO DE INVESTIGACION

DISEÑO DE ENCUESTA DESCRIPTIVA.- Se manejó este tipo de diseño ya que sólo se clasificaron las características de los esquizofrénicos paranoicos, estos datos fueron obtenidos por encuestas llamadas historias clínicas. Este diseño se utiliza en estudios descriptivos. (Pick, S. 1986)

### 3.7. TIPO DE MUESTREO

MUESTREO NO PROBABILISTICO.- La elección de los elementos a investigar fueron tomados en consideración con base a las necesidades propias del estudio, no fueron realizadas al azar (Pick, S. 1986).

PROPOSITIVO.- Se buscaron los datos que nos proporcionaron mayor información de acuerdo a nuestros intereses de trabajo. Levin, J. (1979) lo define como "intencional o de juicio" ya que se usa la lógica, el sentido común o el sano juicio.

### 3.8. MUESTRA DE INVESTIGACION

Se tomaron como muestra de investigación los expedientes de pacientes con diagnóstico de "esquizofrenia paranoide" del Hospital Psiquiátrico Rafael Lavista de la Ciudad de México. Se sacaron dos muestras representativas: una de 100 hombres y la otra de 85 mujeres con este padecimiento.

### 3.9. CRITERIOS DE SELECCION PARA LA MUESTRA

#### CRITERIOS DE INCLUSION:

- a) pacientes con enfermedad de esquizofrenia paranoide
- b) pacientes con historia clínica completa

### 3.10. INSTRUMENTO DE RECOPIACION DE DATOS

Para obtener los datos que interesan a este estudio se utilizó la observación directa de los expedientes clínicos. Ver Anexo 1.

Se usó una hoja tabular para el vaciado de datos. Esta es de la siguiente manera:

	HOMBRES	MUJERES
EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD		
11 - 15 años	_____	_____
16 - 20	_____	_____
21 - 25	_____	_____
26 - 30	_____	_____
31 - 35	_____	_____
36 - 40	_____	_____
ESTADO CIVIL		
Solteros	_____	_____
Casados	_____	_____
Divorciados	_____	_____
Viudos	_____	_____
Unión Libre	_____	_____

	HOMBRES	MUJERES
OCUPACION		
Sin ocupacion	-----	-----
Estudiantes	-----	-----
Trabajadores	-----	-----
Hogar	-----	-----

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

**a) enfermedades mentales**

- en padre -----
- en madre -----
- en hermanos -----
- en abuelos -----
- en tios -----
- en primos -----

**b) Epilepsia**

- en padre -----
- en madre -----
- en hermanos -----
- en abuelos -----
- en tios -----
- en primos -----

-----  
HOMBRES                      MUJERES  
-----

c) Esquizofrenia

en padres -----  
en madres -----  
en hermanos -----  
en abuelos -----  
en tios -----  
en primos -----

d) Alcoholismo

en padre -----  
en madre -----  
en hermanos -----  
en abuelos -----  
en tios -----  
en primos -----

-----  
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Infección del S.N.C. -----

Traumatismo craneoence-  
fálico con pérdida de  
conciencia -----

Uso de tóxicos y  
psicoestimulantes -----

Tumor cerebral -----  
-----



---

HOMBRES

MUJERES

---

NACIMIENTO Y DESARROLLO

Complicaciones en el emba-  
razo y parto \_\_\_\_\_

Parto distosico \_\_\_\_\_

Desarrollo psicobiolo-  
gico retardado \_\_\_\_\_

---

ESCOLARIDAD

Primaria \_\_\_\_\_

Secundaria \_\_\_\_\_

Preparatoria \_\_\_\_\_

Profesional \_\_\_\_\_

---

NUCLEO FAMILIAR

Posicion ordinal que  
ocupan en la familia

1o. \_\_\_\_\_  
2o. \_\_\_\_\_  
3o. \_\_\_\_\_  
4o. \_\_\_\_\_  
5o. \_\_\_\_\_  
6o. \_\_\_\_\_  
7o. \_\_\_\_\_  
8o. \_\_\_\_\_  
9o. \_\_\_\_\_  
10o. \_\_\_\_\_  
11o. \_\_\_\_\_  
12o. \_\_\_\_\_

Perdida del Padre \_\_\_\_\_

Perdida de la Madre \_\_\_\_\_

	HOMBRES	MUJERES
<b>CLASE SOCIAL</b>		
Alta	_____	_____
Media	_____	_____
Baja	_____	_____
<b>CONFLICTOS SEXUALES</b>		
Homosexualidad	_____	_____
Perversiones sexuales	_____	_____
Conflictos matrimoniales	_____	_____

Se puso el número de frecuencias en que aparece cada dato, dividiéndolo en hombres y mujeres.

### 3.11. PROCEDIMIENTO

Esta investigación se realizó con expedientes de pacientes del Hospital Psiquiátrico "Rafael Lavista" de la Ciudad de México.

Se buscaron entre todas las historias clínicas de esta institución sólo a aquellas que tuvieran el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide y que sus datos estuvieran completos.

Se separaron entre hombres y mujeres los distintos datos que se encontraron clasificándolos por grupos o categorías, como no existe el mismo número de esquizofrénicos paranoides en ambos sexos se utilizó un método para estandarizar la distribución de frecuencias por tamaño, posteriormente se usaron las técnicas de proporción y porcentaje, la regla fue la de sumar las proporciones, para sacar el porcentaje se multiplicaron cada una de las frecuencias por cien y se dividió el número total de sujetos de cada sexo. Las formulas utilizadas fueron las siguientes:

$$\text{Proporcion} = \frac{f}{n} \quad \begin{array}{l} \text{No. de casos de cualquier} \\ \text{categoría dada} \\ \text{No. total de casos en la} \\ \text{distribución} \end{array}$$

$$\text{Porcentaje} = (100) \frac{f}{n} \quad \begin{array}{l} \text{Se multiplicó cualquier} \\ \text{proporción dada por } 100 \end{array}$$

Como parte final de la investigación se sacó la prueba de  $\chi^2$  para medir la diferencia entre ambos sexos. Se utilizó la siguiente formula.

$$\chi^2 = \frac{(fo-fe)}{fe}$$

De acuerdo con la formula para  $\chi^2$  se restó cada frecuencia esperada de su correspondiente frecuencia observada, se elevó al cuadrado la diferencia, se dividió entre la frecuencia esperada apropiada y se sumaron estos cocientes para obtener el valor de  $\chi^2$ .

Posteriormente se sacó el grado de libertad con la formula:

$$gl = (K-1) (r-1)$$

y se buscaron en las tablas los valores de  $\chi^2$  a los niveles de confianza de 0.05. Dependiendo del resultado, si el valor de la  $\chi^2$  era mayor a la  $\chi^2_t$  se rechazó la hipótesis y si fué menor se aceptó, de este modo se pudo observar si existían diferencias significativas entre cada uno de los grupos.

En base a estos datos estadísticos se sacaron los resultados y posteriormente las conclusiones de esta investigación.

### 3.12. ANALISIS ESTADISTICO

En este estudio se utilizó la prueba de  $\chi^2$  para medir la diferencia que existe entre hombres y mujeres con padecimiento de esquizofrenia paranoide. Esta prueba es útil en la investigación social en estudios no paramétricos, como es el caso, ya que se manejó el nivel de medición nominal: se etiquetaron los casos dentro de categorías y se contó su frecuencia de ocurrencia (Levin, J. 1979). Se usó para comparar dos muestras: sexo masculino y sexo femenino.

#### REQUISITOS PARA $\chi^2$

- a) Comparación entre dos o mas muestras independientes
- b) Datos nominales: sólo se requieren frecuencias
- c) Muestreo aleatorio: se extrae la muestra aleatoriamente de una población determinada

## CAPITULO 4

### 4. RESULTADOS

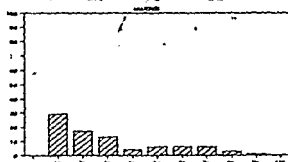
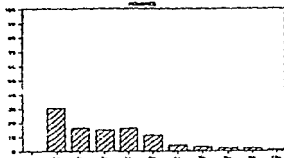
#### 4.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS

Cabe aclarar que las tablas que a continuación se presentan todos son pacientes que sufren de esquizofrenia paranoide del Hospital Rafael Lavista, en una proporción de 100 hombres y 85 mujeres.

TABLA # 1  
POSICION ORDINAL FAMILIAR

Orden de Nacimiento	f	Hombres	f	Mujeres	ft
1o.	30	30.00%	29	34.11%	59
2o.	16	16.00%	17	20.00%	53
3o.	15	15.00%	13	15.29%	28
4o.	16	16.00%	4	4.70%	20
5o.	11	11.00%	6	7.06%	17
6o.	4	4.00%	6	6.88%	10
7o.	3	3.00%	6	6.88%	9
8o.	2	2.00%	3	3.52%	5
9o.	2	2.00%	1	1.57%	3
12o.	1	1.00%	0	0.00%	1
	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>85</u>	<u>85.00%</u>	<u>185</u>

Se puede observar que el porcentaje más alto 30.00% y 34.11% se da en los primogénitos.



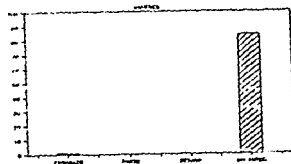
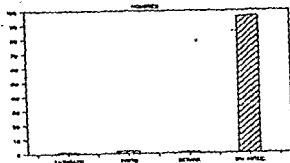
Gráficas # 1, Posición Ordinal Familiar

TABLA # 2

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO, NACIMIENTO Y DESARROLLO

	f	Hombres	f	Mujeres	ft
Complicaciones durante el embarazo	1	1.00%	1	1.17%	2
parto distócico	2	2.00%	0	0.00%	2
Desarrollo psicobiológico retardado	1	1.00%	0	0.00%	1
	<u>4</u>	<u>4.00%</u>	<u>1</u>	<u>1.17%</u>	<u>5</u>
Sin antecedentes	96	96.00%	84	98.83%	180
	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>84</u>	<u>100.00%</u>	<u>185</u>

En casi la totalidad de los pacientes no hubo ningún antecedente en cuanto a las complicaciones en el embarazo, nacimiento y desarrollo. Se observa un 96.00% en hombres y un 98.83% en mujeres.



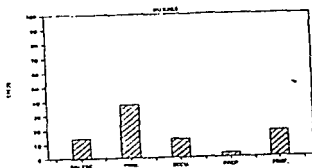
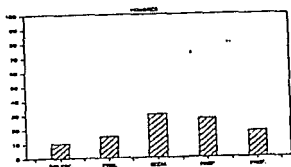
Gráficas # 2, Complicaciones en el embarazo, nacimiento y desarrollo.

TABLA # 3

ESCOLARIDAD

Escolaridad	f	Hombres	f	Mujeres	ft
Sin escolaridad	10	10.00%	14	16.47%	24
primaria	15	15.00%	37	43.52%	52
secundaria	30	30.00%	13	15.29%	43
preparatoria	27	27.00%	3	3.52%	30
profesional	18	18.00%	18	21.17%	36
	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>85</u>	<u>100.00%</u>	<u>185</u>

El grado de escolaridad es bastante alto en los esquizofrénicos. Se observa un porcentaje muy reducido en pacientes que no tuvieron ninguna formación académica. El grado mas alto de escolaridad en hombres recae a nivel secundaria en un 30.00% y en las mujeres a nivel primaria en un 43.52%.



Gráficas # 3, Escolaridad

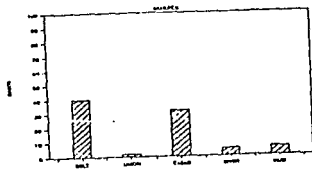
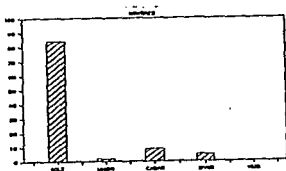


TABLA # 4

ESTADO CIVIL

Estado Civil	f	Hombres	f	Mujeres	ft
solteros	84	84.00%	40	47.09%	124
unión libre	2	2.00%	2	2.36%	4
casados	9	9.00%	32	37.57%	41
divorciados	5	5.00%	5	5.90%	10
viudos	0	0.00%	6	7.08%	6
	100	100.00%	85	100.00%	185

En la tabla anterior podemos observar lo siguiente: si sumamos el total de hombres que llegan a tener relación con el sexo opuesto el resultado es de 16%, mientras que en las mujeres es de 51.83%. Esto nos sugiere una mayor posibilidad de madres esquizofrénicas que de padres esquizofrénicos. De un total de 185 pacientes, 124 son solteros representando casi la totalidad.



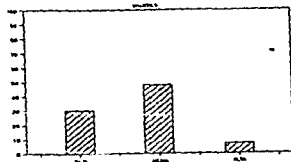
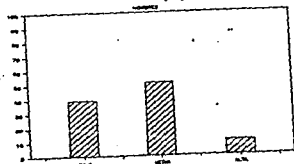
Gráficas # 4, Estado Civil

TABLA # 5

CLASE SOCIAL

Clase Social	f	Hombres	f	Mujeres	ft
Clase social baja	39	39.00%	30	34.94%	69
Clase social media	51	51.00%	48	56.47%	99
Clase social alta	10	10.00%	7	8.59%	17
	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>85</u>	<u>100.00%</u>	<u>185</u>

En este cuadro tenemos que tomar en cuenta que el estudio fué hecho en un hospital particular, en el cual se paga una cuota de internamiento, que aunque no es muy elevada, los pacientes de escasos recursos económicos buscan atención en otras instituciones como S.S.A., I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., etc. El porcentaje más alto se dá en la clase media en un 51.00% y 56.47% respectivamente.



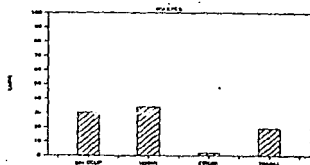
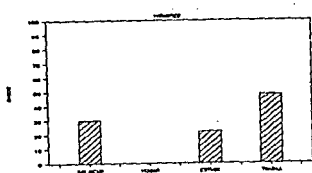
Gráficas # 5, Clase Social

TABLA # 6

OCUPACION

Ocupación	f	Hombres	f	Mujeres	ft
Sin ocupación	30	30.00%	30	35.32%	60
hogar	0	0.00%	34	40.12%	34
estudiantes	22	22.00%	2	2.28%	24
trabajadores	48	48.00%	19	22.30%	67
	100	100.00%	85	100.00%	185

En estos resultados podemos observar que existe un número elevado de desocupados, 60 de 185 pacientes. El sexo femenino muestra un porcentaje bastante bajo de estudiantes en un 2.28%, el cual tiene su mayor porcentaje en las que se dedican al hogar, en un 40.12%, lo cual coincide con el estado civil. La frecuencia más alta en hombres recae en los trabajadores en un 48.00%.

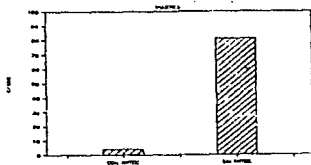
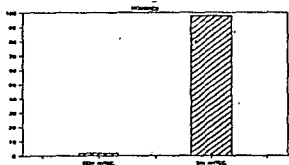


Gráficas # 6, Ocupación

TABLA # 7  
CONFLICTOS LABORALES

Conflictos Laborales	f	Hombres	f	Mujeres	ft
Con antecedentes	2	2.00%	4	4.70%	6
sin antecedentes	98	98.00%	81	95.30%	179
	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>85</u>	<u>100.00%</u>	<u>185</u>

Los resultados nos muestran que casi no existen conflictos en los trabajos que desempeñan los esquizofrénicos paranoides. Sólo se encuentra un 2.00% en hombres y un 4.70% en mujeres.

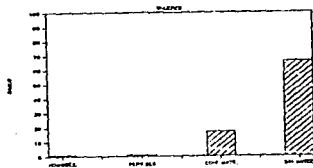
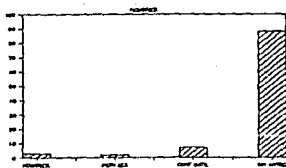


Gráficas # 7, Conflictos Laborales

TABLA # 8  
CONFLICTOS SEXUALES

Conflictos Sexuales	f	Hombres	f	Mujeres	ft
Homosexualismo	3	3.00%	1	1.17%	4
perversiones sexuales	2	2.00%	1	2.53%	4
conflictos matrimoniales	7	7.00%	17	18.82%	23
	<u>12</u>	<u>12.00%</u>	<u>19</u>	<u>22.52%</u>	<u>31</u>
Sin antecedentes	88	88.00%	66	77.48%	154
	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>85</u>	<u>100.00%</u>	<u>185</u>

En esta tabla los trastornos sexuales son pocos en comparación con los matrimoniales, hay que tomar en cuenta que el número de pacientes casados también es muy bajo como ya se vió anteriormente. En un 88.00% no existen antecedentes en hombres y en un 77.48% en mujeres.



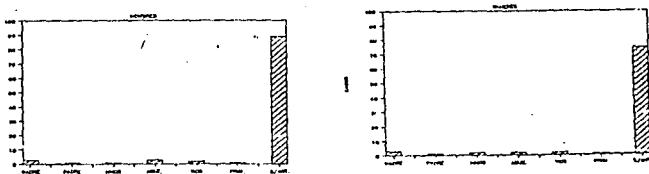
Graficas # 8, Conflictos Sexuales

TABLA # 9

ANTECEDENTES FAMILIARES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

	f	Hombres	f	Mujeres	ft
En madre	3	3.00%	3	3.38%	6
en padre	1	1.00%	1	1.26%	2
en hermanos	1	1.00%	2	2.53%	3
en abuelos	3	3.00%	2	2.18%	5
en tíos	2	2.00%	2	2.18%	4
en primos	1	1.00%	1	1.18%	2
	<u>11</u>	<u>11.00%</u>	<u>11</u>	<u>12.69%</u>	<u>22</u>
Sin antecedentes	89	89.00%	74	87.31%	163
	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>85</u>	<u>100.00%</u>	<u>185</u>

Los antecedentes familiares con esquizofrenia paranoide de pacientes que padecen esta misma enfermedad es mínima, en un 11.00% en hombres y un 12.69% en mujeres, en comparación de los que no tuvieron ningún antecedente familiar.



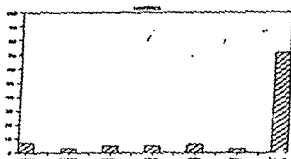
Gráficas # 9, Antecedentes familiares con Esquizofrenia Paranoide.

TABLA # 10

ANTECEDENTES FAMILIARES CON ENFERMEDAD MENTAL NO ESPECIFICADA

	f	Hombres	f	Mujeres	ft
En madre	7	7.00%	8	9.24%	15
en padre	3	3.00%	2	2.53%	5
en hermanos	5	5.00%	5	6.06%	10
en abuelos	5	5.00%	5	6.24%	10
en tíos	6	6.00%	6	7.41%	12
en primos	3	3.00%	1	1.18%	4
	<u>29</u>	<u>29.00%</u>	<u>27</u>	<u>32.66%</u>	<u>56</u>
Sin antecedentes	71	71.00%	58	67.34%	129
	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>185</u>

El porcentaje más alto de enfermedad mental no especificada está en las madres en un 7.00% y 9.24% respectivamente, el menor porcentaje se encuentra en padres y primos. En la mayoría no existe ningún antecedente familiar con enfermedad mental no especificada.



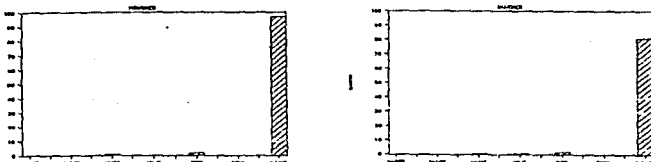
Gráficas # 10, Antecedentes familiares con enfermedad mental no especificada.

TABLA # 11

ANTECEDENTES FAMILIARES CON EPILEPSIA

	f	Hombres	f	Mujeres	ft
En madre	0	0.00%	0	0.00%	0
en padre	0	0.00%	0	0.00%	0
en hermanos	1	1.00%	1	1.18%	2
en abuelos	0	0.00%	1	1.18%	1
en tíos	2	2.00%	2	2.36%	4
en primos	0	0.00%	0	0.00%	0
	<u>3</u>	<u>3.00%</u>	<u>4</u>	<u>4.72%</u>	<u>7</u>
Sin antecedentes	97	97.00%	81	95.28%	178
	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>85</u>	<u>100.00%</u>	<u>185</u>

Los antecedentes de epilepsia son casi nulos tanto en hombres como en mujeres, en un porcentaje de 97.00% en hombres y 95.28 en mujeres.



Gráficas # 11. Antecedentes familiares con epilepsia

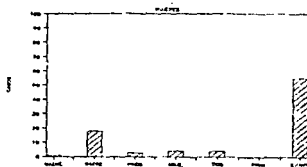
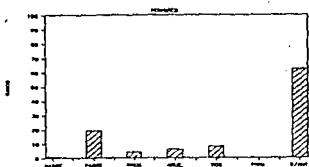


TABLA # 12

ANTECEDENTES FAMILIARES CON ALCOHOLISMO

	f	Hombres	f	Mujeres	ft
En madre	1	1.00%	1	1.18%	2
en padre	19	19.00%	18	21.17%	37
en hermanos	4	4.00%	3	3.53%	7
en abuelos	6	6.00%	4	4.70%	10
en tíos	8	8.00%	4	4.70%	12
en primos	0	0.00%	0	0.00%	0
	<u>38</u>	<u>38.00%</u>	<u>30</u>	<u>35.28%</u>	<u>68</u>
Sin antecedentes	62	62.00%	55	64.72%	117
	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>85</u>	<u>100.00%</u>	<u>185</u>

El mayor porcentaje de alcoholismo se encuentra en los padres en un 19.00% y 21.17% respectivamente, el más bajo corresponde a las madres, esto puede dar como resultado padres irresponsables.



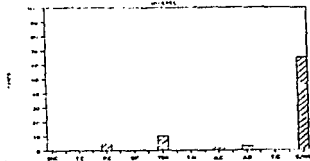
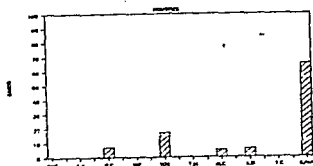
Gráficas # 12, Antecedentes familiares con alcoholismo

TABLA # 13

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

	f	Hombres	f	Mujeres	ft
Infección del S.N.C.	0	0.00	0	0.00	0
Traumatismo craneoencefálico					
con pérdida de conciencia	7	7.00%	5	5.88%	12
sífilis	0	0.00%	0	0.00%	0
Uso de tóxicos y psicoestimulantes	17	17.00%	6	7.05%	23
Trastornos hormonales	0	0.00%	1	1.17%	1
Alcoholismo	5	5.00%	2	2.53%	7
Alimentación deficiente	6	6.00%	7	8.23%	13
Tumor cerebral	0	0.00%	0	0.00%	0
	<u>35</u>	<u>35.00%</u>	<u>21</u>	<u>24.86%</u>	<u>56</u>
Sin antecedentes	65	65.00%	64	75.14%	129
	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>85</u>	<u>100.00%</u>	<u>185</u>

En esta tabla se observa que en la mayoría de los pacientes en un 65.00% en hombres y un 75.14% en mujeres no hubo ningún antecedente personal patológico. Se nota un incremento del 17.00% en hombres en uso de tóxicos y psicoestimulantes.



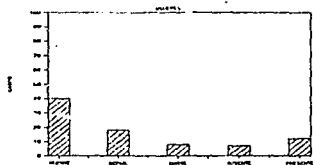
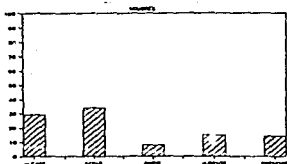
Gráficas # 13, Antecedentes personales patológicos.

TABLA # 14

PRESENCIA DEL PADRE

	f	Hombres	f	Mujeres	ft
Falta del Padre					
Por muerte	29	29.00%	40	47.05%	69
Por separación	34	34.00%	18	21.17%	52
Por divorcio	8	8.00%	8	9.41%	16
	<u>71</u>	<u>71.00%</u>	<u>66</u>	<u>77.63%</u>	<u>137</u>
Considerado Ausente	15	15.00%	7	7.00%	22
	<u>86</u>	<u>86.00%</u>	<u>73</u>	<u>85.86%</u>	<u>159</u>
Padre Presente	14	14.00%	12	14.00%	26
	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>85</u>	<u>85.00%</u>	<u>185</u>

En esta tabla podemos observar que en casi la mayoría de los pacientes que padecen de esquizofrenia paranoide les falta la presencia del padre en un 86.00% en hombres y 85.86% en mujeres. Es muy poco el porcentaje de los que si tienen 14.00% y 14.14% respectivamente.



Gráficas # 14, Presencia del padre

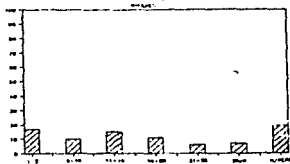
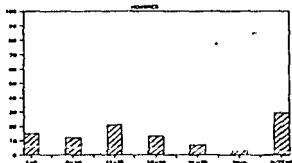
TABLA # 15

EDAD A LA QUE PERDIO AL PADRE  
(por muerte, separación o divorcio)

Edad de la Pérdida del Padre	f	Hombres	f	Mujeres	ft
Antes de 1 año	15	21.00%	17	25.75%	32
entre 1 y 5 años	12	17.00%	10	15.15%	22
entre 6 y 10 años	21	30.00%	15	22.72%	36
entre 11 y 15 años	13	18.00%	11	16.66%	24
entre 16 y 20 años	7	10.00%	6	9.09%	13
entre 21 y 25 años	3	4.00%	7	10.63%	10
	71	100.00%	66	100.00%	137

NOTA: EL 100.00% corresponde a los 71 pacientes hombres y a las 66 pacientes mujeres que perdieron al padre.

Es importante observar que de un total de 185 pacientes 137 perdieron al padre.



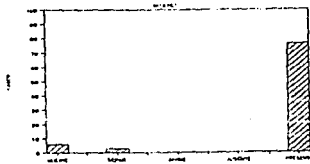
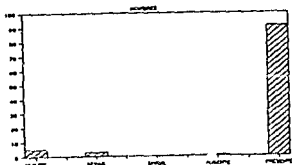
Gráficas # 15, Edad a la que perdió al padre

TABLA # 16

PRESENCIA DE LA MADRE

	f	Hombres	f	Mujeres	ft
Falta de la Madre					
Por muerte	5	5.00%	6	6.94%	11
por separación	3	3.00%	3	3.52%	6
por divorcio	0	0.00%	0	0.00%	0
	<u>8</u>	<u>8.00%</u>	<u>9</u>	<u>10.46%</u>	<u>17</u>
Considerada Ausente	1	1.00%	0	0.00%	1
	<u>9</u>	<u>9.00%</u>	<u>9</u>	<u>10.46%</u>	<u>18</u>
Madre Presente	91	91.00%	76	89.54%	167
	<u>100</u>	<u>100.00%</u>	<u>85</u>	<u>100.00%</u>	<u>185</u>

Se muestra que en la mayoría de los pacientes existe la madre en un 91.00% en hombres y un 89.54% en mujeres y se encuentra presente.



Gráficas # 16, Presencia de la madre

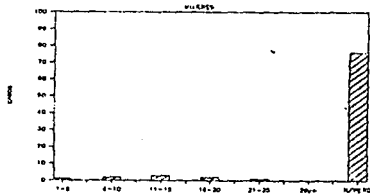
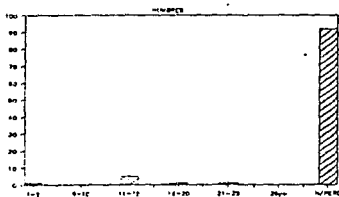
TABLA # 17

EDAD A LA QUE PERDIO A LA MADRE  
(por muerte, separación o divorcio)

Edad de la Pérdida de la Madre		Hombres		Mujeres	
Antes de 1 año	1	12.50%	1	11.11%	2
entre 1 y 5 años	0	0.00%	2	22.22%	2
entre 6 y 10 años	5	62.50%	3	33.34%	8
entre 11 y 15 años	1	12.50%	2	22.22%	3
entre 16 y 20 años	1	12.50%	1	11.11%	2
entre 21 y 25 años	0	0.00%	0	0.00%	0
	8	100.00%	9	100.00%	17

NOTA: El 100.00% representa a los 8 pacientes hombres y a las 9 pacientes femeninas que perdieron a la madre.

Sólo un total de 17 pacientes perdieron a la madre, la edad más frecuente se da entre los 6 y 10 años en un 62.50% en hombres y un 33.34% en mujeres.



Gráficas # 17, Edad a la que perdió a la madre

TABLA # 18

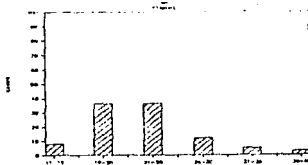
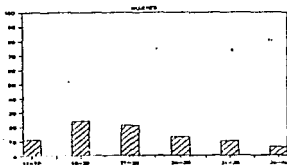
EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD  
(porcentaje por grupos de edad)

Edad de Inicio de la enfermedad	f	Hombres	f	Mujeres	ft
11 - 15 años	8	8.00%	11	12.94%	19
16 - 20 años	36	36.00%	24	28.42%	60
21 - 25 años	36	36.00%	21	24.86%	57
26 - 30 años	12	12.00%	13	15.29%	25
31 - 35 años	5	5.00%	10	11.76%	15
36 - 40 años	3	3.00%	6	6.73%	9
	100	100.00%	85	100.00%	185

Edad promedio en hombres: 21.63 años

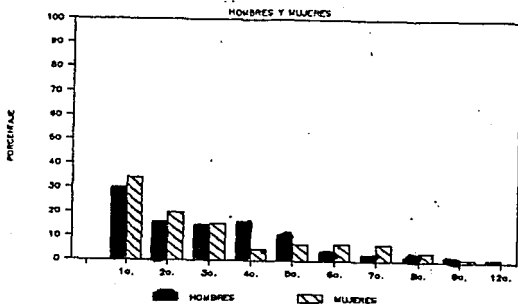
Edad promedio en mujeres: 22.93 años

La edad en que inicia la esquizofrenia paranoide en promedio es entre los 16 y los 25 años, tanto en hombres como en mujeres. Coincide con la edad en la que el ser humano normalmente puede abandonar el hogar materno y enfrentarse al mundo como persona independiente.

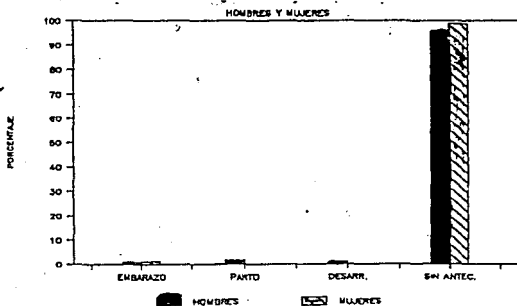


Gráficas # 18, Edad de inicio de la enfermedad

Para un mejor análisis de los resultados de esta investigación, a continuación expongo unas gráficas en las que aparecen claramente los porcentajes de cada uno de los grupos.

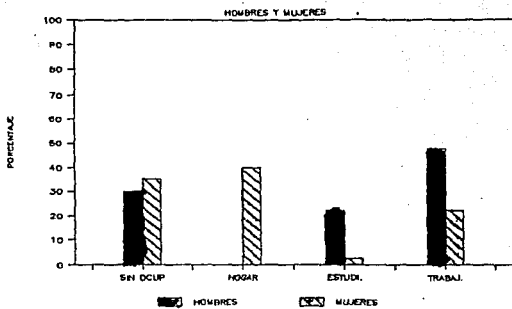


Gráfica # 1, Posición Ordinal Familiar

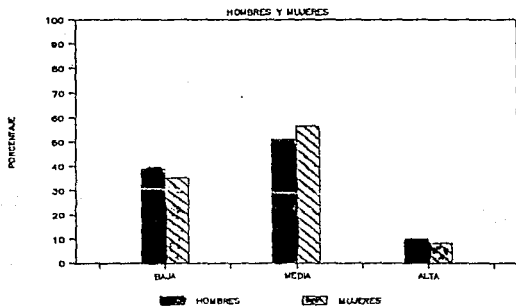


Gráfica # 2, Complicaciones en el embarazo, nacimiento y desarrollo.

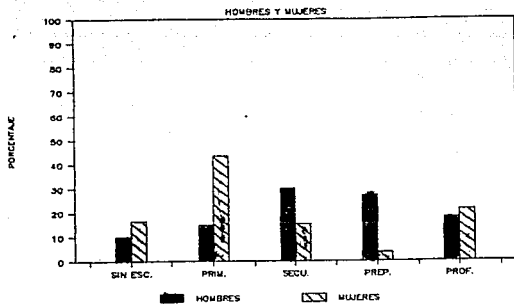




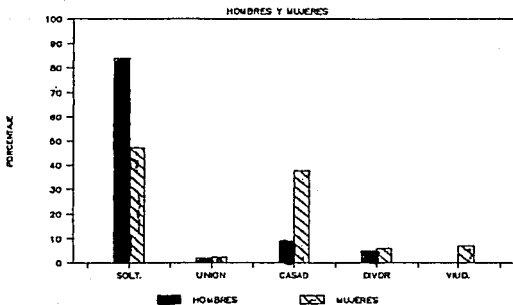
Gráfica # 3, Escolaridad



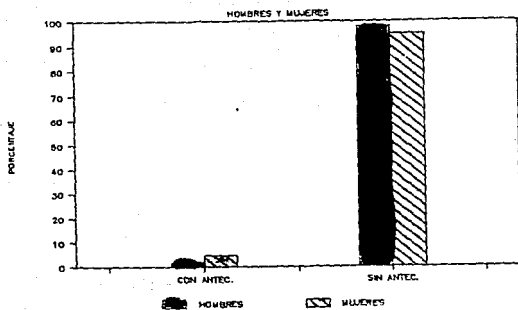
Gráfica # 4, Estado Civil



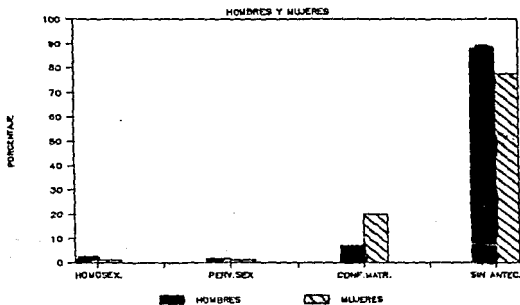
Gráfica # 5, Clase Social



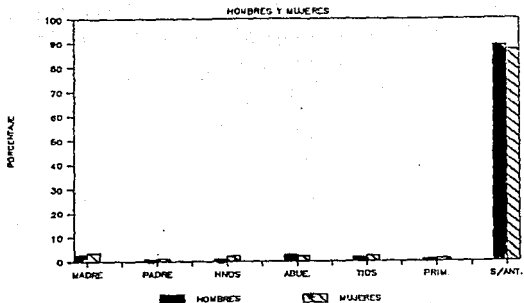
Gráfica # 6, Ocupacion



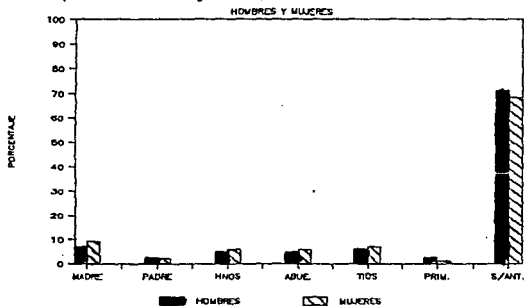
Gráfica # 7, Conflictos Laborales



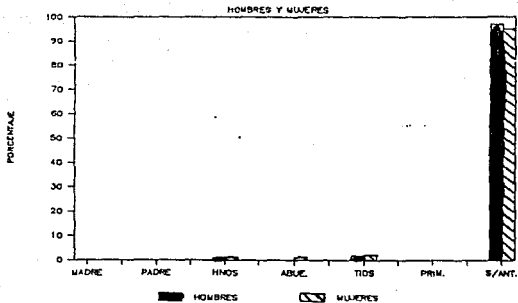
Gráfica # 8, Conflictos Sexuales



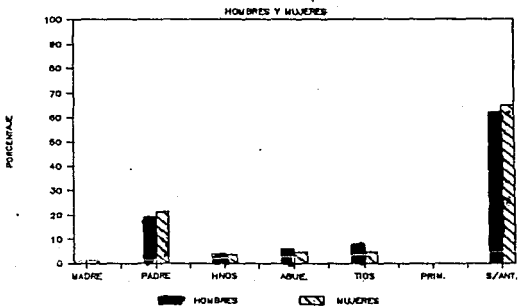
Gráfica # 9, Antecedentes familiares con Esquizofrenia Paranoide



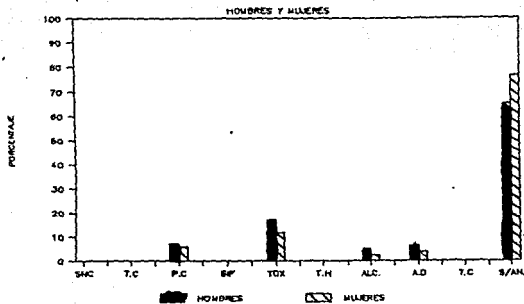
Gráfica # 10, Antecedentes familiares con enfermedad mental no especificada.



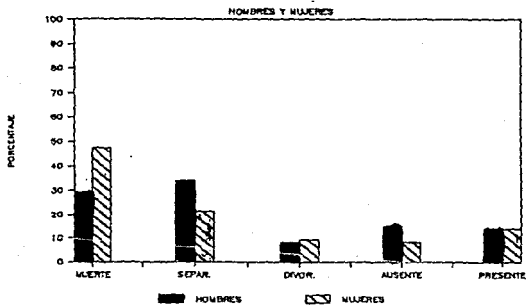
Gráfica # 11, Antecedentes familiares con Epilepsia



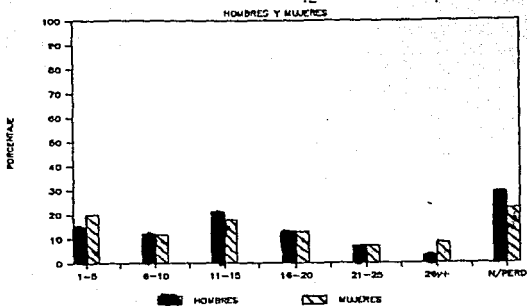
Gráfica # 12, Antecedentes familiares con Alcoholismo



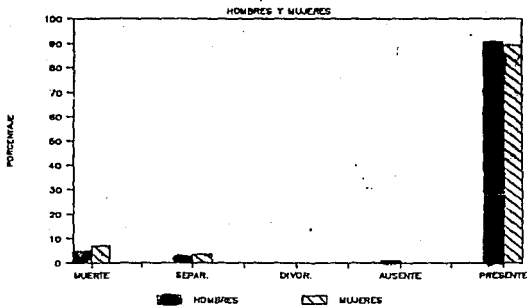
Gráfica # 13, Antecedentes personales patológicos



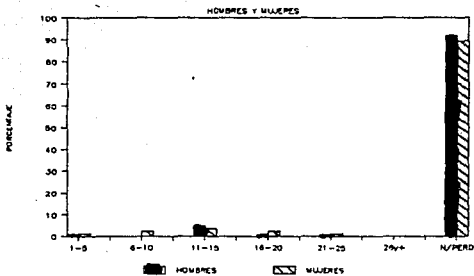
Gráfica # 14, Presencia del padre



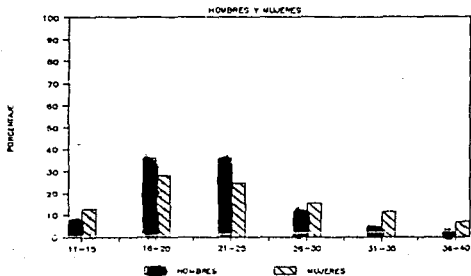
Gráfica # 15, Edad a la que perdió al padre



Gráfica # 16, Presencia de la madre



Gráfica # 17, Edad a la que perdió a la madre



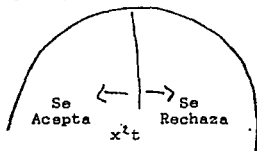
Gráfica # 18, Edad de inicio de la



#### 4.2. RESULTADOS CUALITATIVOS

Para la toma de decisión fueron necesarios los siguientes requisitos:

- a) si la  $x^l$  es menor a la  $x^{lt}$  se acepta  $H_0$ , por lo tanto no existe ninguna diferencia significativa entre los 2 grupos (hombres y mujeres).
- b) si la  $x^l$  es mayor a la  $x^{lt}$  se rechaza  $H_0$ , por lo tanto existe diferencia significativa entre los dos grupos (hombres y mujeres)



#### 1. POSICION ORDINAL

$x_{2c}$	$x_{2t}$	N	g1	$\alpha$	Decisión
10.89	16.91	185	10	.05	Se acepta $H_0$

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en la posición ordinal entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide

2. COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO, NACIMIENTO Y DESARROLLO

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
2.56	7.81	185	3	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en las complicaciones padecidas en el embarazo, nacimiento y desarrollo entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

3. ESCOLARIDAD

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
34.82	9.48	185	4	.05	Se rechaza Ho

Toma de Decisión:

Si existe diferencia significativa en la escolaridad entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

4. ESTADO CIVIL

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
33.52	9.48	185	4	.05	Se rechaza Ho

Toma de Decisión:

Si existe diferencia significativa en el estado civil entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

5. CLASE SOCIAL

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
.55	5.99	185	2	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en la clase social entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

6. OCUPACION

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
62.37	7.61	185	3	.05	Se rechaza Ho

Toma de Decisión:

Si existe diferencia significativa en la ocupación entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

7. CONFLICTOS LABORALES

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
1.05	3.84	185	1	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en los conflictos laborales entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

8. CONFLICTOS SEXUALES

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
1.29	7.81	185	3	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en los conflictos sexuales entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

9. ANTECEDENTES FAMILIARES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
.62	12.59	185	6	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en los antecedentes familiares con esquizofrenia paranoide entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

10. ANTECEDENTES FAMILIARES CON ENFERMEDAD MENTAL NO ESPECIFICADA

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
1.27	12.59	185	6	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en los antecedentes familiares de enfermedad mental no especificada entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

11. ANTECEDENTES FAMILIARES CON EPILEPSIA

x2c	x2t	N	g1	$\alpha$	Decisión
4.2	12.59	185	6	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en los antecedentes familiares de epilepsia entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

12. ANTECEDENTES FAMILIARES CON ALCOHOLISMO

x2c	x2t	N	g1	$\alpha$	Decisión
1.98	12.59	185	6	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en los antecedentes familiares de alcoholismo entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

x2c	x2t	N	g1	$\alpha$	Decisión
9.73	15.50	185	8	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en los antecedentes personales patológicos entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

14. PRESENCIA DEL PADRE

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
8.54	9.48	185	4	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en la presencia del padre en la familia entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide

15. EDAD A LA QUE PERDIO AL PADRE

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
2.98	12.59	185	6	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en la edad a la que perdió al padre entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

16. PRESENCIA DE LA MADRE

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
2.28	9.48	185	4	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en la presencia de la madre en la familia entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

17. EDAD A LA QUE PERDIO A LA MADRE  
(por muerte, separacion o divorcio)

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
3.11	12.59	185	6	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia signitcativa en la edad a la que perdió a la madre entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

18. EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD

x2c	x2t	N	gl	$\alpha$	Decisión
8.31	11.07	185	5	.05	Se acepta Ho

Toma de Decisión:

No existe diferencia significativa en la edad de inicio de la enfermedad entre hombres y mujeres con esquizofrenia paranoide.

## CONCLUSIONES Y DISCUSION

Se encontró en este estudio estadístico sobre la esquizofrenia paranoide, que la diferencia entre hombres y mujeres es muy poca, en cuanto a que en las historias clínicas se observó que ambos sexos son muy similares en relación a la posición ordinal que ocupan en la familia, su clase social, sus antecedentes familiares, personales patológicos y no patológicos, su nacimiento y desarrollo, su núcleo familiar y sus relaciones interpersonales; excepto en lo que respecta al estado civil, la escolaridad y la ocupación; esto nos quiere decir que realmente las diferencias entre hombres y mujeres que existen son mínimas.

Lo importante de esta investigación no logró ser la diferencia entre ambos sexos sino la ocurrencia de frecuencia en cada uno de los grupos.

A continuación discutiré las conclusiones a las que se llegó en cada uno de los grupos que se estudiaron:

Se observó que el primer hijo al nacer es más susceptible a padecer de esquizofrenia paranoide, coincidiendo con los estudios hechos con japoneses (Salomon, P.H. 1972) en que se detectó que la esquizofrenia es más frecuente en el primer hijo, quizá, dicen ellos, se debe a las excesivas expectativas que tienen los padres sobre los hijos primogénitos.



También se detectó que las complicaciones en el embarazo, nacimiento y desarrollo psicobiológico que pudiera tener el paciente, no influye en la presencia de la esquizofrenia paranoide; en mi revisión ninguno de los autores habla sobre este punto.

Se pudo determinar que no existen conflictos laborales en los pacientes estudiados, esto nos quiere decir que las personas que padecen de esquizofrenia paranoide pueden trabajar, por lo menos al principio de la enfermedad.

Se observó que en los pacientes estudiados no denotan conflictos sexuales, en este aspecto no corresponde esta conclusión con varios autores como Freud, S. (1923), quien dice que los conflictos homosexuales son hallados en la mayor parte de los esquizofrénicos paranoides, Fenichel, D (1979), Patiño, (1980), MacKinnon (1984) quienes sostienen que la vida sexual está perturbada prácticamente siempre y que existe una gama de perturbaciones e inapetencia sexual.

Se encontró diferencia significativa en el estado civil entre hombres y mujeres, la mayoría de los pacientes son casados en ambos sexos, aunque en el sexo femenino se detectó un incremento notorio de casadas en relación a los hombres. Lo que nos sugiere que existen mas madres esquizofrénicas paranoides, coincidiendo en este punto con Alanen, 1958 (Mayer, G. 1974); Bowen y Lidz 1960 (Zax, M. 1974); Hofling, Ch.; Laing, R. y

Esterson, A. (1979); quienes dicen que es la madre la que proyecta, su ansiedad, inseguridad e inadaptación al hijo.

Otra diferencia se vió en la escolaridad, que radica en que la mayoría de las mujeres solamente cursaron la primaria y los hombres alcanzaron la secundaria y preparatoria, estos últimos muestran un nivel más elevado de estudios, no siendo este resultado parecido al estudio hecho por Caso Muñoz, A. 1982 en que sus 557 enfermos de esquizofrenia, presentaban en su mayoría una pobre escolaridad. Autores como Kasanin, J. S. (1958); Bleuler, (1960); Bellak, (1962); y Vallejo, (1977) entre otros, afirman que en la esquizofrenia paranoide existe un deterioro intelectual, en el que la inteligencia tiende a descender y la memoria no esta afectada directamente, sólo en ciertos periodos.

En cuanto a la ocupación, la diferencia se encontró que los pacientes hombres se dedican al trabajo, mientras que las mujeres al hogar, existiendo en ambos sexos un gran índice de desocupación, lo que nos sugiere que el grado de perturbación y desorganización de la personalidad los inhabilita laboralmente.

Se observó en relación a la clase social que el mayor porcentaje de enfermos pertenecía a la clase media, lo cual no concuerda con la teoría de Faris y Dunham, reportada por Freedman (1980), quienes dicen que en la esquizofrenia existen porcentajes más altos en grupos socioeconómicos bajos, y confieren mayor importancia a los factores demográficos,

sociales, y culturales en la aparición de esta enfermedad. Jackson, D. (1974) menciona al respecto que la esquizofrenia aparece en todos los estratos sociales.

Es necesario aclarar que en el resultado influye que los pacientes tenían que pagar una cuota por internamiento.

En cuanto a los antecedentes biológicos en familiares con esquizofrenia paranoide, con enfermedad mental no especificada, con epilepsia y con alcoholismo no se mostró ningún porcentaje de consideración, lo cual implica que el problema parece no deberse a factores genéticos, sino mas bien ambientales, no estando de acuerdo con Jackson, D. (1987) y otros, quienes apoyan la teoría de que esta enfermedad es transmitible por herencia.

Sobre los propios antecedentes personales patológicos, no se encontró ninguna relación significativa que predisponga la enfermedad.

La presencia del padre parece ser muy importante en la aparición de la esquizofrenia paranoide, ya que casi en su totalidad los pacientes carecían de esta figura, es interesante observar que la edad de inicio de la enfermedad aumenta su frecuencia después de que han perdido al padre. En este punto autores como Zax, M. (1978) y MacKinnon, (1984) coinciden con esta investigación al decir que esta enfermedad se estimula por la pérdida real o imaginaria de objetos de afecto y también

concuerta con investigaciones en la que los resultados muestran la pérdida temprana de uno de los progenitores. (Mayer, G. 1974).

La presencia de la madre en la mayoría de los casos siempre se hallaba presente, concluyendo una vez mas que la figura materna es esquizofrenizante.

El carácter familiar es de suma importancia en cuanto a la aparición del problema de la esquizofrenia paranoide. Esta conclusión es relevante y concuerda con autores como Lidz (1957), Alanen (1959), Bowen (1960), Sampson (1968), Sullivan, (1972), Hofling, Laing, Esterson (1979). quienes sostienen que el grado de inestabilidad y conflictos emotivos en las familias ocasionan, en el inicio de la adolescencia, la presencia de esta enfermedad

Respecto a la edad en que se inicia la esquizofrenia paranoide, este estudio concuerda con autores como Kolb, L. (1977) y Pelicier (1988) al detectar que la edad promedio se da entre los 15 y los 25 años de edad.

## L I M I T A C I O N E S

Los resultados obtenidos a través de la presente investigación son válidos únicamente para la población sobre la cual se llevó a cabo el estudio, debido a que la muestra es muy pequeña en relación con la frecuencia tan grande de pacientes que padecen esta enfermedad.

Por otro lado no es posible generalizar los resultados ya que los enfermos no fueron seleccionados al azar para formar la muestra y sólo se eligieron a pacientes de un Hospital Privado, como es el "Rafael Lavista".

## SUGERENCIAS

Se sugiere se hagan investigaciones sobre la importancia que tiene la presencia del padre en la enfermedad de "esquizofrenia paranoide", ya que en este estudio se encontró un gran índice de pacientes que carecen de esta figura.

Podría ser de gran interés los resultados que se descubrieran en dichos estudios, para así, quizá de algún modo, prevenir esta enfermedad, que acosa una gran parte de la población mundial.

Sería desesable investigar más a fondo si la madre desempeña un papel más claro en la génesis de la esquizofrenia paranoide y que tanto afecta el que la figura masculina desaparezca antes del inicio de la enfermedad y la influencia que tiene la madre sobre el hijo al faltar éste y relacionar la pérdida del padre y la presencia de la madre.

## HISTORIA CLINICA

## FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre		Estado Civil
Sexo	Dirección	Tel.
Lugar y fecha de nacimiento		
Ocupación		

FECHA DE INGRESO

PADECIMIENTO ACTUAL Y EDAD DE INICIO

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedades mentales en: padre madre hermanos abuelos tíos primos

Epilepsia

Alcoholismo

Esquizofrenia

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Infección del S.N.C.

Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia

Uso de tóxicos y psicoestimulantes

Tumor cerebral

Trastornos hormonales

Alcoholismo

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Higiene Personal

Alimentación

Habitación

## NACIMIENTO Y DESARROLLO

Embarazo y Parto

Desarrollo Psicobiológico

Escolaridad

## NUCLEO FAMILIAR

Clase Social

Posición ordinal que ocupa en la familia

Padre

Madre

(como se relaciona con ellos, relaciones  
entre ellos mismos)

Hermanos

## RELACIONES INTERPERSONALES

Amigos

Vida laboral

Vida Sexual



EXAMEN FISICO

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

TEST O PRUEBAS PSICOLOGICAS

DIAGNOSTICO

PRONOSTICO

TRATAMIENTO

Fuente de Información

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Regis, E. (1954). Tratado de Psiquiatría. México, D. F.: Toray-Masson. pag. 24
- Portuondo, J. (1972). El Psicodiagnóstico de Rorschach y la Esquizofrenia. Madrid: Biblioteca Nueva. pag. 33
- Swanson, D. (1974). El Mundo Paranoide. Barcelona: Labor. pag. 15.
- Vallejo, J. A. (1977). Introducción a la Psiquiatría. México, D. F.: Dossat Mexicana. pag. 235
- Goldman, H. (1987). Psiquiatría General. México, D.F.: El Manual Moderno. pag. 328
- Bleuler, E. (1960). Demencia precoz, el grupo de las Esquizofrenias. Buenos Aires: Horme. pag. 15
- Bellak, L. (1982). Esquizofrenia, Revisión del Síndrome. Barcelona: Herder. pag. 133
- Jackson, D. (1974). Etiología de la Esquizofrenia. Buenos Aires: Amorrortu. pag. 25
- Mayer Gross, W. y otros (1974). Psiquiatría Clínica. Buenos Aires: Paidós. pag. 342
- Freedman, A. y otros (1980). Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat. pag. 231
- Ey H. y otros (1980). Tratado de Psiquiatría. México, D. F.: Masson. pag. 472
- Caso, A. (1980). Psiquiatría. México, D. F.: Limusa. pag. 715
- MacKinnon, R. y Michels, R. (1984). Psiquiatría Clínica Aplicada. México, D.F.: Interamericana. pag. 213
- Kolb, L. (1985). Psiquiatría Clínica Moderna. México, D.F.: La prensa médica mexicana. Fournier. pag. 58

- Bleuler, E. (1960). Denuncia precoz. al Grupo de las Esquizofrenias. Buenos Aires: Horme. pag. 15
- Goldman, H. (1967). Psiquiatría General. México, D.F.: El Manual Moderno, pag. 320.
- Vallejo, J. A. (1977). Introducción a la Psiquiatría. México, D.F.: Dossat Mexicana. pag. 243
- Bellak, L. (1962). Esquizofrenia. Revisión del Síndrome. Barcelona: Herder. pag. 14
- Fenichel, D. (1971). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Buenos Aires: Paidós. pag. 480
- Hofling, Ch. (1979). Tratado de Psiquiatría. México, D.F.: Interamericana. pag. 379
- Brussel, J. (1981). Psiquiatría al Alcance de Todos. México, D.F.: Continental. pag. 92
- Salomon, P.H. y Patch, V. (1972). Manual de Psiquiatría. México, D. F.: El Manual Moderno. pag. 112
- Ey, H. y otros (1980). Tratado de Psiquiatría. México, D.F.: Masson. pag. 478
- Salomon, P.H. y Patch, V. (1972). Manual de Psiquiatría. México, D. F.: El Manual Moderno. pag. 103
- Gregory, Ian (1976). Psiquiatría Clínica. México, D.F.: Masson. pag. 427
- Zax, M. y Cowe, E. (1978). Psicopatología. México, D. F.: Interamericana. pag. 97
- Kolb, L. (1985). Psiquiatría Clínica Moderna. México, D.F.: La prensa médica mexicana. Fournier. pag. 73
- DSM III-R (1988). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson. pag. 203
- DSM III-R (1988). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson. pag. 321
- Mayer Gross, W. y otros (1974). Psiquiatría Clínica. Buenos Aires: Paidós. pag. 384
- Swanson, D. (1974). El Mundo Paranoide. Barcelona: Labor. pag. 45

Zak, M. y Cawa, E. (1978). Psicopatología. México, D.F.: Interamericana. pag. 102

Brussel, J. (1981). Psiquiatría al Alcance de Todos. México, D.F.: Continental. pag. 115

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

---

Bateson, G, Jackson, D; y Col. (1959) Toward a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science.

Bellak, L. (1962). Esquizofrenia, Revisión del Síndrome. Barcelona: Herder.

Bleuler, E. (1960). Demencia precoz, el Grupo de las Esquizofrenias. Buenos Aires: Horme.

Brussel, J. (1981). Psiquiatría al Alcance de Todos. México: Continental.

Caso, A. (1980) Psiquiatría. México, D. F.: Limusa.

Chagoya, L. (1975). Dinámica Familiar y Patología. Mexico: Hospital Infantil de México.

DSM III-R (1988). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson.

English, H.B. y English, A.Ch. (1977). Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Ey, H. y otros (1980): Tratado de Psiquiatría. México, D. F.: Masson.

Fenichel, D. (1971). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis Buenos Aires, Arg.: Paidós.

Freedman, A. y otros (1980). Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat.

Freud, S. (1911-1913). Obras Completas. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (caso Schreber). Buenos Aires: Amorrortu. Vol. 12

Freud, S. (1923). Compendio de Psicoanálisis. Neurosis y Psicosis. Madrid: Biblioteca nueva. Tomo III.

Goldman, H. (1987). Psiquiatría General. México: El Manual Moderno.

Gregory, Ian (1976). Psiquiatría Clínica. México, D. F.: Masson.

Ham, R. (1964). Conceptos actuales sobre la Esquizofrenia. México, D. F.: Tesis U.N.A.M., Fac. de Psicología.

Heuyer, G. (1978). La Esquizofrenia. Barcelona: Planeta.

Hofling, Ch. (1979). Tratado de Psiquiatría. México, D.F.: Interamericana.

Jackson, D. (1974). Etiología de la Esquizofrenia. Buenos Aires: Amorrortu.

Kasanin, S. (1958). Lenguaje y Pensamiento en la Esquizofrenia. Buenos Aires: Troquel.

Kolb, L. (1985). Psiquiatría Clínica Moderna. México: La prensa medica mexicana. Fournier.

Laing, R. D. y Esterson, A. (1979). Condura, Locura y Familia. México, D.F.: Fondo cultural económico.

Levin, J. (1979). Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. México, D.F.: Harla.

Mackinnon, R. y Michels, R. (1984). Psiquiatría Clínica Aplicada. México, D. F.: Interamericana.

Mayer, Gross, W. y otros (1974). Psiquiatría Clínica. Buenos Aires: Paidós.

Merenciano, M. (1942). Esquizofrenias Paranoideas, psicopatología y tratamiento. Madrid: Miguel Servet.

- Noyes, A. (1961). Psiquiatría Clínica Moderna. México: Prensa médica.
- Fancheri, P. (1979). Manual de Psiquiatría Clínica. México: Trillas.
- Patiño, J. L. (1980). Psiquiatría Clínica. Mexico: Salvat.
- Pelicier, Y. (1988). Guía Psiquiátrica para el Médico General. Barcelona: Toray-Masson.
- Pick, Susan (1986). Como Investigar en Ciencias Sociales. Mexico, D. F.: Trillas.
- Rortuondo, J. (1972). El Psicodiagnóstico de Rorschach y la Esquizofrenia. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Regis, E. (1954). Tratado de Psiquiatría. México, D. F.: Toray-Masson.
- Reynoso, Ema (1981). Biología. México: C.E.C.S.A.
- Romero, J. (1987). Manual para la Elaboración de Tesis, Universidad Intercontinental. México, D. F.: U.I.C. Fac. de Psicología.
- Salomon, P.H. y Patch, V. (1972). Manual de Psiquiatría. México: El Manual Moderno.
- Sampson, H. y otros (1968). La Esquizofrenia en la Mujer. Buenos Aires: Troquel.
- Satir, V. (1967). Psicoterapia Familiar Conjunta. La prensa medica mexicana.
- Sullivan, H. S. (1972). Conceptos de la Psiquiatría Moderna. Buenos Aires: Psique.

- Swanson, D. (1974). El Mundo Paranoide. Barcelona: Labor.
- Vallejo, J. A. (1977). Introducción a la Psiquiatría. Mexico, D. F.: Dossat Mexicana.
- Warren, C. H. (1981). Diccionario de Psicología. Mexico: Fondo Cultural Economico.
- Werther, W. (1988). Dirección de Personal y Recursos Humanos. Mexico: McGraw Hill.
- Zax, M. y Cowe, E. (1978). Psicopatología. Mexico, D. F.: Interamericana.