



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"UN ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE EL DETERIORO  
COGNOSCITIVO EN ENFERMOS PSICOTÍPICOS CRÓNICOS,  
A TRAVÉS DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA PARA  
ADULTOS DE WESCHLER (WAIS) Y EL TEST GUESTALTICO  
VISOMOTOR DE BENDER".

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ ÁLVAREZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. HECTOR LARA TAPIA



MÉXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



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.

A mi Esposa Maty :

Por compartir conmigo  
las situaciones difíciles  
y los momentos agradables  
de la vida.  
Por tu inmensurable apoyo  
en la elaboración de esta  
tesis.  
Por nuestras hijas.

A mis Padres  
Angel y Josefina :

Por su incondicional y  
total cariño y apoyo desde  
mis primeras letras hasta  
la culminación de mi  
carrera profesional.  
Por estar siempre conmigo.

A mis Hijas Belen y Sara :

Por el tiempo que les he robado.  
Por que deseo que este trabajo  
sea para ustedes un ejemplo y  
estímulo en el devenir de sus  
estudios.

A mi Hermana Norma :

Por la admiración y  
respeto que me has tenido,  
por la admiración y cariño  
que te tengo.  
Por compartir conmigo  
esta hermosa carrera.

A mi Suegra Margarita :

Por permitirme ser parte  
de su familia.  
Por contar con su apoyo  
en todo momento.

A mi Cuñado David :

Por su amistad y respeto.

A mi Asesor de Tesis,  
Dr. Hector Lara Tapia :

Con toda mi admiración y  
respeto.  
Por haberme conducido con  
sapiencia y paciencia  
durante la formación y  
conclusión de la presente  
investigación.  
Por ser, junto con su  
hermano, Dr. Luis Lara Tapia,  
parte importante en los  
cimientos de la Psicología  
actual en México.

A los Profesores Jurado de Tesis,  
Dr. Hector Lara T., Lic. Alma  
Mireia López, Lic. Leticia  
Bustos, Lic. Guadalupe Santaella  
Y Mtro. Samuel Jurado ;  
Por sus valiosas y acertadas  
correcciones y apreciaciones a  
la presente.  
Por su tiempo y conocimientos que  
me han cedido.

Al Director de la Facultad  
de Psicología de la U.N.A.M.,  
Dr. Juan Jose Sánchez Sosa,  
a su Secretario de Gestión,  
Mtro. Sotero Moreno C.

Al Coordinador del Programa  
de Becas en Apoyo a la  
Titulación de la Fac. de  
Psic., Lic. Jorge Alvarez M.  
Agradeciéndoles la distinción  
de apoyarme con una beca para  
la culminación de la presente.

A todos mis Profesores,  
al personal administrativo de  
la Fac. de Psicología.

A los miembros directivos de  
la Sociedad Mexicana de Psicología.

Al Instituto Nacional de Neurología,  
y su Departamento de Psiquiatría.

A la Secretaría de Salubridad y  
Asistencia.

A la Secretaría de Educación  
Pública y su Dirección de  
Educación Especial.

Al Sindicato Mexicano de  
Electricistas.

Con un agradecimiento muy  
especial a todos los pacientes  
internos y al personal  
psiquiátrico del Hospital-Granja  
"La Salud-Tlazolteotl".

"La locura es el sueño de uno solo,  
y la razón la locura de todos".

J. Thullier

## INDICE

	Pág.
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1	
EL ENFERMO MENTAL CRONICO, ANTECEDENTES HISTORICOS	5
Capítulo 2	
ETIOLOGIA Y SINTOMATOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA	23
Capítulo 3	
LA EVALUACION PSICOMETRICA DEL ENFERMO MENTAL CRONICO EN MEXICO	52
Capítulo 4	
METODO	66
Capítulo 5	
RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS	78
Capítulo 6	
CONCLUSIONES Y DISCUSIONES	94
BIBLIOGRAFIA	115

## RESUMEN

Los enfermos mentales han representado en las diferentes épocas y culturas un enigma difícil de resolver, en la actualidad las estadísticas muestran que los enfermos psicóticos, en particular los esquizofrénicos representan el mayor porcentaje de patologías en los hospitales psiquiátricos. Los enfermos psicóticos crónicos con larga permanencia en estos hospitales presentan un deterioro progresivo aún no cuantificado lo que dificulta cualquier esfuerzo terapéutico y de rehabilitación en estos pacientes.

El presente estudio representa el interés del autor por obtener índices objetivos del deterioro cognitivo en enfermos esquizofrénicos crónicos. Para el efecto se realizó un estudio de campo en 20 pacientes esquizofrénicos, internos en un hospital para enfermos mentales crónicos, evaluándose su nivel cognitivo y el deterioro presentado a través de los instrumentos psicométricos Escala de Inteligencia de Wechsler y Test Guestáltico Visomotor de Bender. Los resultados muestran un índice de 33.34% de deterioro cognoscitivo y un C.I. de 68.4 (Deficiente mental superficial) en promedio, con respecto al WAIS, así como alteraciones en el contorno de las figuras, micro y macrografías, sustituciones omisiones de angulos y conductas asociadas, como lo más significativo con respecto al Test de Bender, siendo estos resultados estadísticamente significativos. Se encontró una correlación moderada (estadísticamente significativa) entre el C.I. y el test de Bender en el sentido de mayores alteraciones en las figuras a menor coeficiente intelectual. Se presentan tablas y gráficas ilustrativas, así como análisis comparativos adicionales que confirman los resultados. En las conclusiones finales se propone el modelo de Rehabilitación Psicosocial como alternativa viable en el tratamiento de estos enfermos.



## INTRODUCCION

**" Estamos locos, delirantes o poseidos de aprensiones y temores en medio de la noche o a la salida del sol. Pues esta inquietud y zozobra inmotivada proceden del cerebro."**

**Hipócrates (400 a.c.)**

El enfermo mental ha sido identificado y comprendido de muy diversas formas a través de las diferentes épocas y culturas. En 3400 años de historia documentada se han asociado sus trastornos a la influencia o intervención de espíritus, demonios, brujería, hechizos o dioses, dentro de las causas sobrenaturales y a infecciones, trastornos digestivos, traumatismos cerebrales, malformaciones congénitas, cambios químicos cerebrales, traumas psicológicos y factores sociales dentro de las causas naturales, en un momento dado científicas. Así mismo el tratamiento para estos enfermos ha sido sumamente variado e imaginativo, desde el más común - el aislamiento -, siguiendo por todo tipo de exorcismos, invocaciones divinas, conjuros, rituales, trepanaciones cerebrales, todo tipo de torturas, encadenamientos, inmersiones en agua, ayunos, purgas, sangrías, - en los casos más radicales llegando incluso a la muerte de los enfermos en hogueras -. También han sido empleados en estos enfermos todo tipo de medicamentos, ungentos, bebidas, preparados químicos, dietas. Más recientemente se ha desarrollado toda una gama de psicofármacos que si bien no han logrado la curación de estos enfermos han contribuido de gran manera en el control de los síntomas. Otros tratamientos empleados han sido los socks insulínicos y eléctricos, las intervenciones quirúrgicas cerebrales. Por tanto, se han realizado en torno a la enfermedad mental todo tipo de estudios; histológicos, neuroquímicos, genéticos, morfológicos, neurológicos, psicométricos y estadísticos, entre otros. Así mismo, las más diversas corrientes psicoterapéuticas han tratado las enfermedades mentales, como serían el psicoanálisis, teoría de la Gestalt, terapia de grupo, terapia

familiar, existencialismo, teoría conductual, etc. obteniendo buenos resultados en afecciones de la neurosis, histerias y trastornos emocionales y de la conducta menores; sin embargo en las psicosis (que ocupan el mayor porcentaje de enfermos en los hospitales psiquiátricos) los resultados obtenidos no han sido significativos. Es así como el enfermo mental ha sido tratado, estudiado y en algunos casos acusado y sentenciado por brujos, curanderos, chamanes, exorsistas, sacerdotes, inquisidores, alquimistas, filósofos, médicos, cirujanos, neurólogos, psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos.

El enfermo psiquiátrico ha sido inclusive negado como ente nosológico. La concepción del enfermo mental ha sufrido una serie de altibajos y contradicciones, aún en nuestro tiempo términos como, "loco", "lunático" o "alucinado" se utilizan indiscriminadamente y en forma despectiva. El aislamiento o reclusión del enfermo mental es uno de los tratamientos usados más remotamente. El hecho de que varios de los trastornos psiquiátricos sean irreversibles y tiendan a la cronicidad ha acentuado el que muchos hospitales psiquiátricos se conviertan en auténticos almacenes de enfermos que presentan como secuela de sus largas estancias en estos centros un deterioro o disfunción social evidentes.

Sólo recientemente se ha comprendido el valor que representa la rehabilitación psicosocial en la reintegración social del paciente, independientemente del tratamiento que éste reciba. Entendiéndose aquí la rehabilitación como una "serie de actividades dirigidas para alcanzar una meta", siendo esta meta la reubicación del paciente en su ambiente. Es evidente que todo proceso de rehabilitación debe contemplar las incapacidades y detrimentos del individuo, entendiéndose estas como la pérdida o disminución de una aptitud funcional, lo que origina impedimentos que son las desventajas sociales que provienen de las incapacidades o detrimentos (Bennett, 1991). Es aquí donde el arsenal de las pruebas psicométricas facilitan la evaluación objetiva de estas incapacidades o detrimentos. Pruebas como La Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler y el Test Gestaltico-Visomotor de Bender proporcionan índices estandarizados de comparación clínica. Aspectos como atención, memoria, juicio, coordinación visomotriz, pueden ser evaluados cuantitativamente y cualitativamente. La evaluación psicológica desde este enfoque ha sido, en México, poco abordada. Ha diferencia de otros países en desarrollo la investigación psiquiátrica en México se realiza por lo regular en forma aislada por parte de los investigadores y casi siempre sin el apoyo gubernamental. La formación de cuadros o líneas de investigación se realiza más por iniciativa de los investigadores que por necesidades reales o prioridades de salud.

La labor desarrollada por investigadores de la salud mental nacionales como Lara Tapia, Quiroga, H. y

Valencia, M. son dignos de mención ya que representan vertientes pioneras en la rehabilitación psicosocial del enfermo mental, superando el nivel descriptivo-evaluativo característico de la investigación psiquiátrica nacional presentando ya programas de intervención de largo alcance.

La presente investigación pretende suscribirse a estos parámetros de estudio aportando índices confiables del deterioro cognitivo que presentan los enfermos psiquiátricos crónicos con larga estadía en hospitales, específicamente los esquizofrénicos ya que estos representan el mayor porcentaje de camas ocupadas en los hospitales psiquiátricos.

Aunque se han realizado algunas investigaciones sobre el nivel y deterioro cognitivo en enfermos esquizofrénicos, solamente Lara Tapia, en 1963, ha realizado este tipo de investigación en enfermos esquizofrénicos crónicos. Su investigación fue parte del proyecto "Operación Castañeda" que pretendía revertir las condiciones deteriorantes de los enfermos psiquiátricos en el antiguo manicomio con la creación de "Hospitales Granja" presentadas como instituciones modelo de rehabilitación.

La muestra de estudio de la presente investigación proviene de uno de estos "hospitales-granja" con el objetivo de corroborar, 30 años después, si han mejorado las condiciones de este tipo de enfermos, reflejado en su nivel intelectual.

Las pruebas psicológicas antes mencionadas han sido elegidas por ser instrumentos de amplia difusión, sencillas en su aplicación y calificación, por la estandarización que se tiene de ellas (Lara Tapia, 1965 y Alanís, 1984) y por el cúmulo y calidad de información que se puede extraer de las mismas.

Los siguientes capítulos presentan una breve reseña histórica sobre el enfermo mental crónico, así mismo se presenta una descripción de la etiología y sintomatología de la esquizofrenia, así como un repaso de lo que son el Test Gestaltico-Visomotor de Bender y la Escala de Inteligencia de Wechsler, haciendo una revisión de su utilización en los hospitales psiquiátricos de México. En el capítulo 4 se presenta el método empleado en la presente investigación, continuando el siguiente capítulo con la presentación de los resultados obtenidos y su análisis correspondiente. Al final se presenta un capítulo de conclusiones y discusión junto con las limitaciones de la presente y sugerencias para futuras investigaciones.

## CAPITULO 1

### EL ENFERMO MENTAL CRONICO ANTECEDENTES HISTORICOS

" Oigo y veo todas las cosas, conozco todo lo que hay que conocer acerca de todo. Yo soy El. Nada acontece sin mí que soy el Primer Motor, nada se mueve sin que yo lo mueva. Yo soy El. Cualquiera puede ver que soy yo quien hace girar la Tierra y quien controla la mente de los hombres. "

Pensamiento de un Esquizofrénico Crónico  
reportado por Kleinmuntz, 1980.

El anterior pasaje podría haber sido verbalizado por un paciente mental el día de ayer o por alguien hace 3000 años. En cierto sentido la historia de la esquizofrenia es la historia del enfermo mental (Kleinmuntz, 1980), en el presente capítulo se presenta una breve revisión histórica del estudio y conceptualización del enfermo mental, complementándose ésta con referencias del estudio de la esquizofrenia.

La enfermedad mental no ha sido lo mismo en las diferentes culturas y épocas, incluso el concepto de enfermedad no se manejaba en el sentido que hoy se le da en las sociedades primitivas, el enfermo no existía, cuando menos las causas de su mal no eran naturales, éstas eran resultado de las influencias o posesiones de los demonios o dioses y el alivio de las mismas dependían de la voluntad de estos demonios o dioses, a lo más que podían recurrir los enfermos o sus familiares era a la intermediación de los brujos o chamanes que tenían un contacto directo con estos seres divinos o demoniacos (Ackerknecht, 1968).

Ya en el año 1400 a.c. un fragmento hindú del Ayur-Veda describe una enfermedad causada por los demonios en la que el doliente es "glotón, sucio, se pasea desnudo, ha perdido la memoria y se pasea inquieto" ésta es la referencia más antigua de que se tiene conocimiento sobre un enfermo mental (Freedman, 1982).

También en la Biblia se hace referencia al Rey Nebuchadnezzar de Babilonia, cuya "mente estaba tan perturbada que no podía dormir" (Daniel 2:1) se le "expulsó de la sociedad de los hombres y comió pasto como los bueyes; su cuerpo se empapó con el rocío del cielo, hasta que su pelo le creció largo como el de las cabras y sus uñas como garras de águila" (Daniel 4:33) y "al finalizar el tiempo señalado... Nebuchad-

nezzar...retornó (a su)... mentalidad correcta" (Daniel 4:34).

Entre los antiguos egipcios, la atención y tratamiento de las enfermedades mentales, de acuerdo con la idea prevalente de la posesión demoníaca de espíritus malignos, consistía en "expulsar", "extraer", "aterrorizar", "destrozar" y "destruir" la enfermedad. El arte del "exorcismo", o sea, la expulsión de malos espíritus, la practicaron exclusivamente los sacerdotes, quienes desempeñaban su oficio en los templos, donde aquellos que sufrían de molestias mentales acudían a escuchar invocaciones preparadas de manera especial por el exorcista para infundir terror a los espíritus que poseían al enfermo (Keinmuntz, 1980).

En Perú se han encontrado cráneos trepanados en probables casos de epilepsia como un intento de liberar al paciente de los espíritus demoníacos que se encontraban en su cabeza (Freedman, 1982).

La medicina griega nos ofrece las primeras observaciones clínicas y tentativas de explicación natural de las enfermedades mentales, así mismo nos presentan la primera clasificación en el campo de la psiquiatría. Mención especial le corresponde a Hipócrates (siglo IV a. de c.) quien fué el primero en negar el carácter divino o sobrenatural de los padecimientos mentales. A este respecto mencionaba " acerca de la llamada " enfermedad sagrada" es así; no me parece que sea en nada más divina que las demás enfermedades, ni más sagrada, sino que tiene también una causa natural. A mi parecer aquellos que por primera vez hicieron sagrada esta afección eran lo mismo que los actuales magos y purificadores, vagabundos impostores y charlatanes; estos pretenden ser de vehemente piedad y saber más; pero utilizan lo divino para ocultar su impotencia y desconocimiento por no contar con ninguna ayuda que ofrecer".

En el siglo I d.c., el médico Areteo de Capadocia observó la diferencia cualitativa esencial entre los pacientes que padecían la entidad "Cajón de Sastre" entonces conocida como manía y los describió como "estúpidos, ausentes y ensimismados".

Areteo y Celso (aprox. del año 50 a.c.) son dos médicos griegos también discípulos de la escuela humoral. Areteo pone de relieve la frecuencia de las recaídas, que a menudo hace prácticamente incurable la enfermedad. Esta suele terminar en estupidez o entumecimiento. Como las enfermedades mentales son a menudo incurables, el médico tiene el derecho moral de negarse a tratarlas. Este derecho de los médicos persistió hasta fines del siglo XVIII.

Pese a sustentar diversas teorías sobre la naturaleza de la enfermedad y sobre la localización del alma, en Areteo y Celso la descripción y el tratamiento de las enfermedades mentales es en esencia lo mismo. Como discípulos de la escuela humoral, acentúan

mas la importancia de las sangrias y los purgantes y son en general más liberales en materia de drogas. Celso es sumamente brutal, su "psicoterapia" incluye también amenazas, torturas y azotes, así como bruscas y súbitas inmersiones en agua (Ackerknecht, 1948).

Sorano de Efeso, médico de la escuela humoral de Hipócrates, en el siglo II d.c. describió ideas delirantes en pacientes que "creían ser Dios y que se niegan a orinar por temor a causar un nuevo diluvio". En su tratado médico, en su capítulo sobre la manía o "locura" o "furor", recuerda que Platón conoce 2 clases de manía, una de origen divino y otra que se debe a fatigas corporales. El se ocupa tan solo de la segunda. Su definición es "trastorno del entendimiento, sin fiebre". La manía se observa más frecuentemente en hombres jóvenes y con menor frecuencia en mujeres y niños. Tiene causas ocultas, pero las observables son la extenuación, los excesos sexuales, el alcoholismo y la retención del alivador flujo sanguíneo de la menstruación o de las hemorroides. Esta teoría era sostenida aún con gran seriedad en el siglo XIX. Se manifiesta por cólera, alborozo, tristeza, desatino o estados de angustia, como, por ejemplo, un constante temor de caer en una tumba. Muchos pacientes a causa de este temor son incapaces de bajar a un sótano. En sus ideas delirantes, los pacientes se creen gorriones, gallinas, vasos de arcilla, dioses, oradores, actores, granos de trigo, el centro del universo o niños de pecho. Los ojos aparecen inyectados en sangre; el cuerpo, duro y dotado de una fuerza anormal. Como lo muestran los síntomas, la manía es una enfermedad del cuerpo, especialmente de la cabeza. La concepción de los filósofos, según la cual se trata de una enfermedad del alma es falsa; por eso aquellos serían incapaces de curar a un maniaco (Platón tributaba el mismo cumplido a los médicos, diciéndoles incapaces de entender ni de curar las enfermedades mentales). Sorano también habla de la melancolía la cual puede ser producida por trastornos digestivos, drogas, miedos, preocupaciones. Los síntomas principales son decaimiento, taciturnidad, deseo de morir, extraordinaria desconfianza, llanto, musitación y ocasional jovialidad. La melancolía no es una forma de manía, pues ésta es una enfermedad de la cabeza y aquella es una enfermedad del tubo digestivo. Sorano no habla del pronóstico de las enfermedades mentales. La terapéutica de Sorano consiste esencialmente en aislamiento, moderadas sangrias, dieta, masajes y tratamientos locales de la cabeza o el esófago, utiliza también algo de psicoterapia (Ackerknecht, 1948). Sorano es reconocido principalmente por los principios humanitarios que aplicó en el tratamiento del enfermo mental. Las habitaciones se mantenían aisladas de estímulos perturbadores, las visitas de los familiares eran limitadas, se enseñaba al personal responsable

del cuidado a ser comprensivo y durante los intervalos lúdicos se animaba a los pacientes a que leyeran y explicaran lo que habían leído, que participaran en representaciones dramáticas (se prescribía la tragedia para neutralizar la manía, y la comedia para tratar la depresión), y hablaran en reuniones de grupo (Freedman, 1982).

La Psiquiatría griega nunca se hace esclava de sus propias teorías, el tratamiento es predominantemente físico, muchas veces psíquico, siempre empírico (Ackerknecht, 1968).

En la edad media el hombre concebía el mundo únicamente en términos de Dios. Inicialmente la creencia general era que los pacientes mentales se curaban por fuerzas sobrenaturales: por la intersección de los santos. Existía una semejanza con la antigua práctica de la incubación, ya que esta intersección se decía que se producía en su mayor parte mientras el paciente dormía. Cuando los santos no intervenían, se utilizaban métodos físicos de tratamiento (catárticos, eméticos y de sangría) (Freedman, 1982). Durante esta era, el tratamiento humanitario se sustituyó una vez más por una mezcla de superstición, astrología, alquimia y rituales mágicos. Sin embargo, a medida que la iglesia católica fué teniendo mayor injerencia en las organizaciones medievales, al grado de controlar la ciencia, el arte, la vida política, social y moral de las comunidades, fué estableciendo también sistemas de control de la enfermedad mental. Al no reconocer causas naturales a las afecciones mentales y girar toda la vida en torno a los ejes del bien y del mal, la locura al no poder ser explicada como obra de Dios se le considera nuevamente producto de fuerzas maléficas. En 1487, después que gran parte de Europa se había visto asolada por la enfermedad, el hambre y la peste, dos monjes dominicanos del norte de Alemania, Sprenger y Kramer, publicaron el "Malleus Maleficarum" (martillo de las brujas), un manual ordenado por el papa Inocencio VIII, que marco el momento en que la Iglesia Cristiana oficialmente ligó el trastorno mental con la demonología. Iba a ser la referencia estándar para tratar las enfermedades mentales durante los dos siglos siguientes, aunque la noción de que las anomalías de comportamiento eran el producto de la brujería persistieron en el pensamiento popular a través de los cuatro siglos siguientes.

El Malleus Maleficarum señalaba métodos precisos para tratar o, con mayor precisión para encontrar, indicar, tratar, juzgar y torturar a las supuestas brujas y hechizeros. Los diversos medios para exorcismos incluían los dispositivos comunes de tortura actuales en esa época, y si la confesión no llegara, quemarlos en la hoguera, la asfixia, estrangulación, decapitación, o para los más afortunados, se les efectuaba cirugía cerebral. La Santa Inquisición se

convirtió en el órgano de la iglesia encargado de juzgar, condenar y ejecutar a "brujos", "hechizeros" y todo tipo de psicóticos, epilépticos, hombres de ciencia e inclusive perseguidos políticos, el caso más notable es el del astrónomo Copérnico. En los casos más benignos el enfermo mental era solamente torturado y encerrado en calabozos. Algunas instituciones religiosas de beneficencia y los familiares de los enfermos mentales en algunas ocasiones se encargaban de la custodia de estos encerrándolos en desvanes y sótanos pero sin ningún tratamiento en condiciones similares a la de un prisionero. Esta situación prevalecía en toda Europa (Kleinmuntz, 1980).

En los países árabes predominó una actitud más humanitaria hacia los enfermos mentales. La aproximación de los árabes a la enfermedad mental estaba muy influida por la ciencia médica griega, los principios del cristianismo y el inteligente gobierno bizantino. Los árabes tradujeron muchos textos clásicos griegos, crearon escuelas médicas florecientes y fundaron algunos asilos. Los viajeros que volvían a Europa describían el brillante tratamiento que los enfermos mentales recibían en estas instituciones. El ambiente era relajado y el régimen terapéutico comprendía dietas especiales, baños, fármacos, perfumes y conciertos, en los cuales los instrumentos eran tocados de manera especial para no agitar los nervios de los enfermos.

En la base de esta actitud humanitaria estaba la creencia musulmana de que la persona enferma es querida por Dios y escogida particularmente por él para explicar la verdad. La diferencia entre enfermedad y posesión era mínima y los enfermos mentales eran con frecuencia adorados como santos.

Constantino el Africano (1020-1087 d.c.) fue el fundador de la escuela de medicina de Salerno, cerca de Nápoles, que gozaba de gran renombre hacia finales de la Edad Media. En su obra "De Melancholia", se decía que la causa de la melancolía era un exceso de bilis atribuido a un desequilibrio de los sistemas del cuerpo. Como en la antigüedad, el tratamiento que se recomendaba comprendía una dieta adecuada, palabras amables y sensibles, música, baños, catarsis, reposo, ejercicio físico y satisfacción sexual. Sin embargo, la contribución más importante de el Africano fue describir por vez primera los síntomas que caracterizan este síndrome: tristeza debida a la perdida del objeto amado, miedo a lo desconocido, aislamiento e inmovilidad de la mirada en el espacio, ideas delirantes sobre hermanos y padres, e intenso miedo y culpabilidad en las personas religiosas. Constantino el Africano propuso también varias hipótesis respecto al pronóstico que en general son aceptadas actualmente. El pronóstico era más favorable en los estados reactivos agudos y cuando el paciente no había llegado a un



estado de aislamiento extremo.

Un cambio importante en el pensamiento psicopatológico se presentó con Alberto Magno (1193-1280) y Tomás de Aquino (1225-1274) quienes postulaban que el alma no podía enfermar, la locura era esencialmente un trastorno somático. El trastorno mental era atribuido a un deficiente uso de razón. O bien las pasiones eran tan intensas que interferían con el razonamiento adecuado, o bien la razón no podía emerger debido al funcionamiento particular del aparato físico, como por ejemplo en los estados de sueño o de intoxicación. Incluso los rasgos patológicos de carácter descritos por Alberto Magno, como la timidez, la arrogancia, el resentimiento y la impulsividad, eran atribuidos a factores somáticos.

Desde un punto de vista legal, aunque los enfermos mentales podían tener intervalos lúcidos, eran incapaces de distinguir el bien del mal; por lo tanto, no podía hacerseles responsables de los crímenes que pudieran cometer. Como procedimientos terapéuticos se recomendaban el sueño y los baños. A pesar de lo anterior, también Alberto Magno y Tomás de Aquino pensaban que la causa y tratamiento de la enfermedad mental dependía mucho de influencias astrológicas sobre la psique y del poder maléfico de los demonios.

Durante el siglo XIV se fundaron varias instituciones para el cuidado o, más exactamente, la custodia de pacientes mentales. El primer hospital mental fue fundado en Valencia en 1409. Desde 1412 a 1489 fueron fundadas cinco instituciones parecidas en varias ciudades de España, y en 1567, bajo la influencia hipánica, en la Ciudad de México se fundó el primer hospital mental del Nuevo Mundo. Los árabes ejercieron una influencia importante en la aparición de la nueva actitud de los españoles hacia los enfermos mentales. Esto se deduce por el gran parecido de estos primeros hospitales mentales españoles con algunas de las instituciones árabes que al parecer estaban destinadas a enfermos mentales.

Johann Weyer (1515-1588), el notable médico holandés, considerado como uno de los primeros psiquiatras. En 1563 publicó en Basilea el tratado "De Praestigiis Daemonum" el cual empezaba atacando vigorosamente la validez de la demonología para muchas enfermedades mentales y una fuerte condenación a los sacerdotes que sustentaban esta creencia. Explicaba, basándose en el conocimiento médico puro, una variedad de signos llamados sobrenaturales con los cuales se identificaba en general a los embrujados. Cuando el conocimiento médico resultaba insuficiente, como en caso de las alucinaciones, atribuía estos fenómenos a una combinación de factores naturales y sobrenaturales.

Weyer había adquirido gran experiencia clínica que le permitía describir una amplia gama de entidades

diagnósticas y síntomas asociados, que comprendían las psicosis tóxicas, la epilepsia, psicosis seniles, pesadillas, histeria, alucinaciones, paranoia y depresiones. Sin embargo, la contribución a la salud mental realmente notable de Weyer fue en el terreno de la psicoterapia. Por ejemplo, recomendaba que las monjas de los conventos que manifestaban síntomas psicológicos, con frecuencia de naturaleza erótica, fueran aisladas en primer lugar y después se les permitiera volver con sus familias. Sobre todo insistía en que debía tenerse en consideración las necesidades del individuo antes que las reglas de la institución.

Weyer reconoció la importancia de la relación terapéutica y de la atención y comprensión que el terapeuta debe dar al paciente. Sin embargo, postulaba que, para ser verdaderamente eficaces, esta actitud benévola tiene que basarse en principios científicos: es decir, en una cuidadosa observación y examen psiquiátricos (Freedman, 1982).

Las ideas y postulados de este pionero de la psiquiatría estaban tan adelantados de su tiempo que su trabajo provocó al principio rechazo y después simplemente fue ignorado por teólogos, filósofos y médicos contemporáneos. Solo Reginald Scot (1538-1599), un médico inglés que en 1584 publicó su "Discovery of Witchcraft", apoyó la posición de Weyer y fuertemente propuso el tratamiento humano de "las pobres criaturas acusadas de brujería". Escribía que ellos requerían tratamiento en vez de exorcismo por supuestos pecados y que merecían que los médicos los ayudaran en vez de torturarlos y fueran ejecutados quemándolos o colgándolos. Sin embargo, resulta interesante hacer notar que el rey James I personalmente condenó el libro y ordenó quemarlo (Kleinmuntz, 1980).

Paracelso (1493-1541) el famoso médico y alquimista suizo defendía también una aproximación más humana a todos los pacientes, incluyendo los que padecían enfermedades mentales. En su libro "De las enfermedades que privan al hombre de razón", que fue escrito en 1526, pero finalmente publicado en 1567, rechazó claramente la demonología, hizo una clara alusión al inconsciente y estableció la hipótesis de que los factores sexuales intervienen en la patogénesis de la histeria y de las neurosis (Freedman, 1982).

No obstante que el punto de vista de la población en general sobre enfermedades mentales, permaneció esencialmente sin cambio durante los siglos XVI y XVII (Kleinmuntz, 1980), este último representa un período de transición desde la dependencia sin crítica de las antiguas creencias en los dioses, que en el Renacimiento encontró su expresión en la manía por la brujería, a la especificación y aplicación de criterios metodológicos en la ciencia (Freedman, 1982). En el siglo XVII se presentó un creciente interés en los

fenómenos psicológicos bosquejados por Weyer, y gradualmente otros comenzaron a favorecer un tratamiento más humano. Incluidos entre los grandes nombres de este y de los siglos siguientes estaban médicos, filósofos y matemáticos tan notables como Cardan, Leonardo da Vinci, Galileo, Bacon y el mismo Paracelso (Kleinmuntz, 1980).

En Psicología, palabra inventada en 1590 por el filósofo alemán Gockel (1547-1628), se dio importancia a los órganos que mediaban entre las pasiones y los humores del cuerpo, subrayando así la relación cuerpo-mente.

Varios progresos científicos condujeron a la preocupación por la clasificación de los trastornos mentales. El primer libro de texto de medicina que trataba de la psiquiatría, la "Praxis Médica", escrito en 1602 por el médico suizo Felix Platter (1536-1614), empieza con una introducción de 75 páginas sobre la clasificación de las enfermedades mentales. Como sus contemporáneos, Platter se adhería a una teoría de origen orgánico humoral; sin embargo, este punto de vista no excluía el demonio como factor etiológico, por lo menos en algunos casos de mujeres poseídas.

Thomas Sydenham (1624-1689) es considerado en general como el iniciador de la aproximación clínica en la medicina moderna. Aunque Sydenham no estaba específicamente interesado en las enfermedades mentales, fue consciente de la importancia de los síntomas neuróticos e histéricos y la frecuencia con que se producían en sus pacientes y describió estos síntomas en detalle.

La gran importancia de Sydenham deriva del hecho que, mientras los psiquiatras se centraron exclusivamente en los fenómenos psicóticos, él fue el primero que atrajo la atención hacia los síntomas neuróticos.

En la "Anatomy of Melancholia" Richard Burton (1577-1640) aclaró las causas sociales y psicológicas de la locura: celos, soledad, miedo, pobreza, amor no correspondido, o religiosidad excesiva. Este énfasis en los factores emocionales en el origen de la enfermedad mental, combinados con el rechazo de factores sobrenaturales y prácticas ocultas, marcó un nuevo estadio en el desarrollo de un concepto del hombre más humano y comprensivo.

Durante el siglo XVIII había una contradicción básica en la actitud hacia la enfermedad mental. Por una parte, los enfermos mentales eran rechazados por las sociedades profesionales médicas y de otros tipos. Por otra parte, los notables adelantos científicos y sociales durante este período llevaron a la creación de la ciencia moderna. Aún cuando hombres cultos de toda Europa estuvieran ocupados en una discusión filosófica de la mente humana y sus funciones, y de las teorías económicas y sociales, los enfermos mentales continuaban siendo objeto de burla y menosprecio

(Freedman, 1982).

Sin embargo se hizo algún progreso en la comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales. En 1774, una ley del Parlamento de Inglaterra estableció normas para la atención de pacientes mentales, y seis años más tarde, se abrió en Moorsfield, Inglaterra, el St. Lukes Hospital. El establecimiento del primer hospital para aceptar pacientes mentales en Estados Unidos ocurrió en 1756, bajo la influencia de Benjamín Franklin, y su diferencia con otras instituciones en Norteamérica es que fué la primera institución en que la curación, en vez de la custodia y la represión, era el principio subyacente en el tratamiento del enfermo. Se le llamó el Pennsylvania Hospital, y a su fundación la siguió en breve la construcción en 1773, del Eastern Lunatic Hospital, en Williamsburg, Virginia, para el tratamiento exclusivo del enfermo mental (Kleinmuntz, 1980).

Pero no fué sino hasta fines del siglo XVIII, en que dos acontecimientos (uno en Florencia y el otro en París) rompen la atmósfera inhumana existente en el cuidado al enfermo mental, y que los métodos de tratamiento comenzaron a mejorar. En 1774, en la Ciudad de Florencia, en el gobierno del Gran Duque Pedro Leopoldo (1759-1820) se establece la "ley sobre locos" que daba las normas específicas, incluyendo la explotación mental, que debían seguirse en los casos de internamiento.

En 1785, el Gran Duque empezó la construcción del Hospital Bonifacio. Se abrió tres años más tarde, bajo la dirección del joven médico Vincenzo Chiarugi (1759-1820). El reglamento del hospital, establecido bajo la supervisión de Chiarugi, afirmaba de manera específica que "es un deber moral supremo respetar como persona al individuo loco". Según este reglamento estaba prohibido aplicar la fuerza física o métodos crueles a los pacientes, excepto el uso ocasional de una camisa de fuerza, ideada de modo que no causara al paciente excesiva incomodidad. También se establecieron medidas higiénicas y de seguridad (Freedman, 1982).

En 1773, el médico francés Phillipe Pinel (1745-1826) obtuvo permiso del Gobierno Francés para liberar a los pacientes de sus cadenas en La Bicêtre, un hospital en París, Francia (Mussen, 1981). Para la sorpresa de muchos en esa época, los pacientes liberados no fueron violentos o cometieron asaltos, sino al contrario un grupo de sujetos dóciles y atemorizados.

Las reformas de Pinel preludiaron una era del llamado "tratamiento moral", una forma de terapia que estaba basada en la teoría de Aristóteles sobre la enfermedad mental como un desequilibrio de las pasiones. A fin de restablecer un balance adecuado, creía Pinel, el terapeuta tenía que tratar al paciente firmemente y dominarlo hasta que entrara por completo bajo el control del médico. Entonces al paciente podía

tratarsele con amabilidad, firmeza y razón. Uno de los principales beneficios de este enfoque fué que la participación del paciente en diversas actividades dentro de un ambiente estructurado contribuía mucho al éxito del tratamiento moral de Pinel (Kleinmuntz, 1980).

Otra contribución importante a la psiquiatría por parte de Pinel es su intento de analizar y clasificar síntomas y su aplicación al tratamiento moral. Pinel describió los síntomas clínicos de manera muy sencilla, pero con gran claridad. Describió 4 tipos de locura: la melancolía (alteración de la función intelectual), la manía (excesiva excitación nerviosa, con delirio o sin él), demencia (alteración de los procesos del pensamiento) e idiocia (oclusión de las facultades intelectuales y afectos). Más importante que el ambiente eran los factores que se creía que indicaban una predisposición a un desarrollo posterior de locura. Entre estos factores, las pasiones eran consideradas de importancia particular.

El tratamiento moral de Pinel se basaba en el concepto de Aristóteles de que la salud mental dependía del equilibrio de las pasiones. El término pasiones en la literatura del siglo XVIII correspondía a nuestro uso actual del término emociones.

Por otra parte, en York, Inglaterra, la Sociedad de Amigos, bajo la dirección de William Tuke (1732-1819), hizo una serie de reuniones con el propósito de encontrar modos de "mitigar la miseria y reintegrar a aquellos que están excluidos de la sociedad civil y religiosa" (Freedman, 1982). Bajo la dirección de William Tuke (1732-1819), en 1796 se abrió un refugio para el tratamiento de enfermos mentales. Lo llamó el Retreat (refugio) para diferenciarlo del Lunatic Asylum of York y eliminar el estigma asociado con los términos comunes de esa época (asilos para alineados, asilos de lunáticos, casas de locos). El Retreat admitió aproximadamente 30 pacientes, que eran tratados como huéspedes, con amabilidad y comprensión, en una atmósfera amistosa libre de toda limitación mecánica y también de cualquier influencia médica directa (idea que recientemente retomó la corriente antipsiquiátrica (Basaglia, 1980)). En vez de ello, el trabajo manual era considerado beneficioso y se les animaba a su práctica. El Retiro sirvió de modelo a varias instituciones que se establecieron en este país a principios del siglo XIX (Freedman, 1982).

La influencia de Pinel y Tuke se hizo sentir en Estados Unidos con el establecimiento del Friend's Asylum (asilo de amigos), abierto en Frankford, Pennsylvania en 1817. Esta institución se encontraba a unos ocho kilómetros de Filadelfia; situada en 20 hectareas de tierra ofrecía un refugio donde el enfermo mental podía protegerse de la mirada de los curiosos desocupados.

Entre las figuras más importantes en el movimiento del tratamiento moral en Estados Unidos estaba el médico Benjamin Rush (1745-1813), quien es considerado el padre de la psiquiatría norteamericana (Kleinmuntz, 1980). Como uno de los hombres que firmó la Declaración de Independencia de los Estados Unidos, Rush estaba interesado en todo tipo de reformas sociales, e introdujo nuevos métodos basados en el tratamiento moral en el Pennsylvania Hospital. En su libro "Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind, publicado en 1812, Rush reafirmaba su creencia en purgantes, eméticos, y sangrías (Freedman, 1982), así como en el "tranquilizante" una silla inventada por él a la cual se sujetaba al paciente por manos y pies, y su cabeza se mantenía en una sola posición. El propósito de esta silla, basado en las nociones de la coerción humana, era reducir la actividad muscular y motora, lo cual, a su vez, se suponía que disminuía la frecuencia cardíaca y el pulso del paciente.

Rush es mejor conocido por su insistencia en el tratamiento de los pacientes con la misma preocupación y dignidad que para los demás. Recomendó que los pacientes fueran estimulados para ser empleados adecuadamente mientras estaban hospitalizados y que se les demostraran pequeños actos de amabilidad de tiempo en tiempo. En este aspecto, reconociendo lo dañino de la práctica universal de contratar ayudantes mal pagados, rudos y con frecuencia brutales, recomendó en 1803 el empleo de una persona bien calificada... "como un amigo y compañero, de los lunáticos, cuya obligación sea atenderlos" (Kleinmuntz, 1980).

Durante la primera mitad del siglo XIX, la psiquiatría académica iniciaba sus primeros pasos. En Francia, donde se producían los progresos más importantes, los psiquiatras insistían en el estudio clínico del paciente, la aclaración de los síntomas y su descripción detallada. Se hizo un esfuerzo continuo por mejorar las instituciones y los hospitales para enfermos mentales. Las contribuciones de Jean Etienne Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, fueron especialmente importantes. El libro de texto de Esquirol "Des Maladies Mentales", publicado en 1837, pronto se convirtió en clásico por su claridad e inclusión de estadísticas en la presentación de los temas clínicos. Esquirol definió claramente las alucinaciones y la monomanía (un síntoma generalmente llamado ideación paranoide); subrayó el papel de las emociones en la etiología de la enfermedad mental; instituyó programas que comprendían actividades de grupo en varios hospitales mentales y fué en gran parte responsable de la propuesta de ley de los lunáticos, en 1838, que trazaba procedimientos obligatorios para pacientes mentales con expectativa e inducía una legislación parecida en otros campos.

De similar forma, en Estados Unidos, Issac Ray (1807-1881), uno de los trece fundadores de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), se destacó por su "Treatise on Medical Jurisprudence of Insanity", publicado en 1837, que ha seguido siendo un clásico en la materia. Otro de los fundadores de la APA, Thomas Kirkbride (1809-1883) publicó en 1854 un manual sobre la construcción y organización de hospitales para locos, en el que sostenía que debían tratarse 250 pacientes en cualquier hospital. No es sorprendente que el Director de una institución con un número de pacientes tan reducido representara una figura paterna para ellos y que, por tanto, facilitara la aplicación de los principios del tratamiento moral, incluso con más éxito de lo que era posible en Europa.

La Psiquiatría alemana estaba muy influida por el movimiento romántico y por principios teológicos. Durante este período los psiquiatras alemanes tenían muy poca experiencia clínica real, y sus escritos carecían de objetividad científica. Aunque existen datos ocasionales de un buen conocimiento, éstos eran entorpecidos por patetismos sentimentales y religiosos, y expresiones metafísicas. Sin embargo, había excepciones como Heinroth, que inventó la palabra "psicosomático" (Freedman, 1982).

La Psiquiatría inglesa se caracterizaba por una orientación práctica, como lo demostraban los hospitales perfectamente construidos para enfermos mentales. Esto concordaba con el respeto por el individuo, al cual se daba mucha importancia en los trabajos filosóficos ingleses de este período (Freedman, 1982).

En la década de 1850 el psiquiatra belga Benedict Augustin Morel (1809-1873) caracterizó la "demente precoce", o un tipo de "stupite". En su libro acerca de los trastornos mentales describió a un muchacho de 13 o 14 años de edad, joven activo y brillante, quien se volvió taciturno, triste e inclinado a buscar la soledad. Dicho estado se deterioró hasta que finalmente se le consideró un caso desesperado de "locura hereditaria". Esta referencia es considerada como el antecedente más reciente, dentro de la historia, de la esquizofrenia (Kleinmuntz, 1980).

Un poco más tarde, en 1887, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926), dedicó un capítulo de su libro de texto "Psychiatrie" a las "psicosis degenerativas" y escribió sobre la "dementia precoz". Más tarde, en la versión de 1896 de su libro, Kraepelin distinguió tres tipos principales de este padecimiento: hebefrenia, catatónica y paranoide (Kleinmuntz, 1980), los cuales presentaban como común denominador la tendencia a iniciarse tempranamente presentando un firme deterioro caracterizado por la "destrucción peculiar de conexiones internas de la personalidad" (Ean, 1993).

Kraepelin atribuyó todos los trastornos mentales

a alguno de cuatro orígenes: perturbaciones metabólicas, trastornos endocrinos, enfermedad cerebral, o herencia. Las raíces de sus trabajos se encuentran en el estudio de miles de historias clínicas de enfermos mentales. La clasificación de enfermedades mentales que realizó Kraepelin es tan completa que con pequeñas modificaciones constituyó durante varias décadas la base de la nosología psiquiátrica de la American Psychiatric Association, que se concreta en el "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (Kleinmuntz, 1980).

Otro famoso psiquiatra alemán, Eugene Bleuler (1857-1939) acuñó el término "Esquizofrenia" en 1911, sustituyendo el de "dementia praecox" de Kraepelin (Ben, 1993). Agregó entonces una cuarta forma de demencia o esquizofrenia, la de "tipo simple" (Kleinmuntz, 1980). La traducción literal del término esquizofrenia significa "mente dividida": Bleuler consideró la división de la personalidad, más que el pronóstico, como el rasgo central de esta enfermedad (Freedman, 1982). La siguiente cita de su obra "Dementia Praecox o el grupo de esquizofrenias" publicada en 1911, denota la importancia del curso de la enfermedad:

"Con el término demencia praecox o "esquizofrenia" designamos un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, a veces marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier estadio, pero no permite la completa "restitutio ad integrum". La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento..." (Szasz, 1984).

Bleuler enfatizó la importancia diagnóstica de la presencia de "disturbios específicos en los procesos psicológicos". Estos desordenes fundamentales son la pérdida de las asociaciones, lo inapropiado del afecto, la ambivalencia y el autismo, que según Bleuler, se presentan en cada caso y en cualquier etapa de la enfermedad (Ben, 1993). A estos desordenes Bleuler los consideró como síntomas primarios y todo el cuadro clínico que Kraepelin había descrito como típico de la patología esquizofrenica, los considero como integrado por síntomas secundarios: por ejemplo, alucinaciones, ideas delirantes, negativismo y estupor (Freedman, 1982).

Estos tres autores (Morel, Kraepelin y Bleuler) sentaron las bases en la definición y conceptualización de la esquizofrenia como trastorno mental que según datos de la DMS, prevalece en la población general en una tasa aproximada del 1% (Ben, 1993).

La intención del presente capítulo es esencialmente histórico, por lo que una caracterización más detallada de la esquizofrenia se analizará en el capítulo subsecuente (nota del autor).

La época comprendida entre finales del siglo XIX y principios del XX representa en el estudio de la



salud mental una etapa muy productiva en relación a la descripción y clasificación de los síntomas y trastornos mentales en general, sin embargo la acción terapéutica era aplicada aún en forma empírica con casi nulos resultados positivos siendo únicamente asistencial el nivel de atención a los enfermos mentales (Thullier, 1981).

Todavía hasta principios del presente siglo la parálisis general producida por sífilis, también llamada demencia sifilítica, era considerada una enfermedad mental cuyos enfermos ocupaban la mayor parte de las camas de los hospitales psiquiátricos (Szasz, 1984). En 1927 el psiquiatra neurólogo austriaco Julius Wagner von Jauregg (1857-1940) obtuvo el premio novel de medicina por la invención de la malarioterapia o impaludación, una rara terapéutica que consistía en inocular en los enfermos de parálisis general sifilítica el paludismo con el fin de provocarle al enfermo fiebres recurrentes tercianas o cuartanas con las cuales había observado el Dr. Wagner una sedación con remisión de los delirios megalomaniacos característicos en estos enfermos. En el treinta por ciento de los casos la impaludación mejoraba el psiquismo de los enfermos, e incluso algunos podían reemprender una actividad profesional (En 1949 la generalización de la penicilina desplazó esta terapéutica en la demencia sifilítica).

También en este año (1927), el psiquiatra alemán Manfred Sakel (1900-1957) implementa el coma insulínico, considerado el primer tratamiento científico o biológico de la esquizofrenia (Thullier, 1981). El tratamiento consistía en la inyección de insulina en el enfermo para provocarle un estado de coma profundo por hipoglucemia del cual era sacado con administración de glucosa (Kleinmuntz, 1980). Esta terapéutica representa también la primera de una serie de las llamadas "terapias de choque" por los principios conceptuales en que se basa (Thullier, 1981). Aunque de pobres resultados en cuanto su acción terapéutica fue ampliamente experimentada en su época (Kleinmuntz, 1980). Desde el punto de vista psicológico, el enfermo salía del coma insulínico en un profundo estado de regresión, y a partir de este punto se podía hacer una remodelación de las funciones psicológicas, ayudado siempre por la atención casi maternal y constante de que el enfermo era objeto por parte del equipo médico que le suministraba la insulina. Los lazos afectivos que se establecían entre los enfermos y sus enfermeros eran importantes factores en el relativo éxito de las "curas de Sakel" (Thullier, 1981).

En 1929 el psiquiatra Ladislav Joseph Von Meduna de Budapest, introduce la terapia de choque cardiozólico, también llamada convulsioterapia que consiste en la provocación de crisis epilépticas en el enfermo por inyección de cardiozol. Esta terapia era aplicada a

enfermos psicóticos maniaco-depresivos (también a esquizofrénicos). Una vez más los resultados fueron menores a la espectacularidad de la técnica. La brutalidad y la intensidad de la crisis tónica, la fase de angustia que la precedía, y la frecuencia relativa de síncope y de fracturas cerebrales hicieron abandonar muy pronto este método (Thuillier, 1981).

Egas Moniz (1874-1955), neurólogo y neurocirujano portugués, realizó en 1935 la primer lobotomía en enfermos mentales (Szasz, 1984). La hipótesis de Moniz era que las ideas mórbidas, nacidas en una región del cerebro, se intensifican si no se frenan inmediatamente, estimulándose, así, sin descanso las células nerviosas. Había observado que algunos tipos de enfermos mentales, y en particular los obsesos, tenían una vida psíquica restringida a un ciclo limitado de ideas que dominan sobre las demás y giran constantemente en el cerebro enfermo del paciente. E. Moniz consideró que había que intervenir (seccionando) la conexión entre los lóbulos prefrontales y el tálamo (región de la base del cerebro) para desconectar estas ideas mórbidas de sus centros de resonancia (en 1949, Moniz recibió el premio nobel por sus trabajos).

La lobotomía no era una operación peligrosa; la mortalidad excedía raramente del uno por ciento de los casos, pero levantaría un caudal de protestas. Los enfermos operados podían clasificarse en tres categorías según los resultados. Por un lado se encontraban aquellos sobre los que la intervención no había surtido ningún efecto, resurgiendo su estado mental anterior; por otro, los que habían mejorado e incluso algunos sanado y un último grupo, en que los enfermos se encuentran reducidos al estado de "fantasmas plácidos", y si es verdad que éstos sufrían menos después de la lobotomía, su entorno estaba colmado de trastornos abrumadores. Tal vez la ansiedad había desaparecido, los impulsos también, pero a cambio de un desinterés, de una abulia, de una nivelación de la afectividad, a menudo definitivos.

En marzo de 1938, el neurólogo italiano Ugo Cerletti (1877-1963) creó la terapia de electrochoque (electric shock), consistente en la provocación de crisis epilépticas por medio de descargas eléctricas aplicadas directamente en las sienes del enfermo. Esta terapia era aplicada principalmente a melancólicos y psicóticos maniaco-depresivos en quienes se obtuvieron relativos resultados positivos. La técnica ha sido mejorada con la inyección previa de un relajador muscular como es el curare para evitar las frecuentes fracturas y la previa fase de angustia del enfermo (Electronarcosis se le llamó a esta modalidad del electrochoque) (Thuillier, 1981). El electrochoque ha sido la técnica más empleada de las llamadas terapias de choque, pero también junto con la lobotomía han sido las más discutidas y cuestionadas por su genera-

lización y abuso (Marcos, 1982). Con el descubrimiento de los fármacos antipsicóticos y antidepresivos disminuyó el empleo de estas terapéuticas. Aún llega a utilizarse principalmente el electrochoque en combinación de los psicofármacos o como última opción ante el fracaso de éstos (Freedman, 1982), aunque su uso se ha restringido en el tratamiento de enfermos depresivos (Thompson, 1994).

En 1948 fué descubierta, por Berger, F. M., Schwartz, Schlan y Unna, la acción relajante psíquica de la mefemesina, la cual desde 1946 había sido estudiada por sus propiedades de relajante muscular. Berger siguió trabajando con nuevas síntesis de este medicamento y en 1952 sintetizó el equanil el cual es considerado como el primer tranquilizante específico contra la ansiedad (tranquilizante menor) y considerado como el único válido hasta el descubrimiento del librium y del valium en 1958.

El lagartil y la reserpina son considerados como los primeros fármacos específicos en el control de las psicosis, el descubrimiento de su acción antipsicótica fué casi fortuita.

Pierre Deniker en 1952, psiquiatra asistente de Jean Delay en el hospital de Sainte-Anne, París, descubrió las propiedades antipsicóticas del lagartil (clorpromazina), el cual era utilizado inicialmente en combinación con otros fármacos en las operaciones quirúrgicas para provocar en el paciente un estado de hibernación, también llamado "la anestesia vigilia" (en estado de insomnio). Deniker observó que los pacientes bajo el efecto de hibernación se encontraban estupéfactos, tranquilos, pasivos, lo que le hizo pensar que podría ser aplicada la técnica en los enfermos mentales agitados. Deniker descubrió que el lagartil por sí solo provocaba la acción antipsicótica, convirtiéndose en el primer medicamento de la locura, este nuevo medicamento tenía las propiedades de calmar la agitación, disolver las alucinaciones y delirios, y deshinibir al enfermo pasivo y ensimismado situándolo nuevamente en contacto con la realidad, Jean Delay creó el término neuroléptico para designar a este nuevo medicamento porque "esta sustancia que impregna el organismo del enfermo al que se le prescribe, se apodera del sistema nervioso deprimiéndole selectivamente y haciendo disminuir el psiquismo exaltado".

Casi simultáneamente en Norteamérica, el psiquiatra Nathan S. Kline publicaba en abril de 1954 sus primeras observaciones de la administración de serpesil (reserpina) en psicóticos, convirtiéndose éste en el segundo medicamento de los llamados antipsicóticos, o neurolépticos. Nathan S. Kline observó en su hospital de Nueva York a enfermos depresivos tratados previamente con reserpina por problemas de hipertensión e intuyó que la reserpina era la causante del estado

depresivo, para comprobar su hipótesis administró dosis crecientes del fármaco a enfermos agitados y logró calmarlos.

A pesar de los espectaculares resultados de los neurolepticos en el tratamiento de las psicosis (A partir de su descubrimiento disminuyó el porcentaje de ingresos a los hospitales y aumentó el porcentaje de altas de los mismos), los antipsicóticos no han sido la panacea de estos trastornos, estos medicamentos solamente controlan los síntomas (excitación, alucinaciones, delirios) más no los erradican (Thuillier, J., 1981). La supresión de la medicamentación produce recaídas, los reingresos en los hospitales son frecuentes por la suspensión del tratamiento fármaco en los hogares de los pacientes (Vaitl, P., 1987). Por otro lado la ingestión prolongada de estos producen efectos colaterales como rigidez muscular, babeo, aumento de la frecuencia cardiaca, convulsiones, temblor (Kleinmuntz, 1980) y diskinesia tardía relacionada inclusive con deterioro cognitivo (Paulen, 1994).

En septiembre 1957, el médico suizo Roland Kuhn publicó los resultados positivos de sus experimentos con Trofanil en enfermos depresivos. El trofanil fue inicialmente experimentado como medicamento antipsicótico, Kuhn observó que el medicamento era ineficaz en las esquizofrenias, pero noto que parecía aliviar la depresión de los esquizofrénicos (Kleinmuntz, 1980). El trofanil se considera el primer antidepressivo autentico (antidepressivo tricíclico). Casi simultaneamente un grupo de bioquímicos encabezados por el psiquiatra norteamericano Nathan S. Kline descubre el segundo grupo de antidepressivos auténticos llamados los I.M.A.O. (inhibidor de la mono amino oxidasa) (Rinkel, 1958).

El último descubrimiento importante respecto a los psicofármacos es el del llamado "regulador del humor", el carbonato de litio. Contandose ya con medicamentos para controlar la excitación y medicamentos para la depresión, era aún difícil de controlar a los enfermos con periódicas alternancias de crisis de excitación y depresión conocida como psicosis maniaco depresiva. En 1949 el australiano John Cade fue el primero en reportar resultados positivos en el tratamiento de las psicosis maniaco depresivas con carbonato de litio. En 1951 dos psiquiatras francesas M. Despinoy y De Romeuf reportaron también resultados favorables con el litio. A partir de 1955 el psiquiatra danés Mogens Schou reporta constantemente sus resultados en el empleo del litio como regulador del humor, pero solo hasta 1970 comienza a ser reconocida más ampliamente la acción terapéutica del carbonato de litio sobre la psicosis maniaco depresiva (también en este caso la supresión del medicamento provoca recaídas) (Thuillier, J., 1981).

En particular, con respecto a la esquizofrenia,

se han revisado en el presente capítulo las principales terapias de tipo organicista (terapias de choque y psicofármacos). Las principales corrientes psicoterapéuticas también han tratado la esquizofrenia, todas ellas tienen una descripción o explicación sobre su etiología, sin embargo ninguna presenta resultados significativos (Szasz, 1984) (Colodrón, 1990).

Se han realizado todo tipo de estudios, estadísticos, genéticos, neurológicos, histológicos, bioquímicos, etc., tratando de encontrar una explicación a la esquizofrenia (Hegarty, 1994), incluso negándosele como enfermedad mental, ubicándosele como trastorno social (antipsiquiatría) (Colodrón, 1990). Sin embargo lo único concluyente es que los esquizofrénicos ocupan el mayor número de camas en los hospitales psiquiátricos (Ban, 1993).

Ante la dificultad de encontrar una terapia efectiva para la esquizofrenia, los esfuerzos de algunas instituciones e investigadores se han enfocado a la readaptación social del enfermo esquizofrénico (Colodrón, 1990). Si bien ya en 1796 W. Tuke hablaba, refiriéndose al enfermo mental, de "reintegrar a aquellos que están excluidos de la sociedad civil" (Kleinmuntz, 1980), solo hasta las dos últimas décadas se han observado, por parte de instituciones e investigadores, esfuerzos reales para la rehabilitación del enfermo psiquiátrico, especialmente del tipo crónico (Lara T., H., 1995).

## CAPITULO 2

### ETIOLOGIA Y SINTOMATOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA

"Este es un día de gran júbilo. España tiene un rey. Lo han encontrado. Yo soy el rey. Lo descubrí hoy. Todo me llegó como un destello. Ahora me parece increíble que yo pueda haber imaginado que era un simple burócrata. ¿Cómo puede haber entrado en mi cabeza una idea tan estúpida? Gracias a Dios que nadie pensó en meterme en un manicomio...Marva fué la primera a quien revelé mi identidad. Cuando escuchó que se encontraba frente al rey de España alzó las manos asombrada. Casi murió de terror. La pobre mujer nunca había visto antes un rey de España. Sin embargo, traté de calmarla y, hablandole con simpatía, hice lo que pude para asegurarle mi real gracia. No iba a reprocharle por todas las veces que olvidó lustrar mis botas adecuadamente. Las cascas son tan ignorantes. Uno no puede hablarles sobre asuntos importantes. Quizá se encontraba tan asustada porque pensó que todos los reyes de España eran como Felipe II. Pero cuidadosamente le precisé que yo era muy distinto de Felipe II. No fui a la oficina. Al diablo con ella. No, mis amigos, ustedes no me engatusarán para ir allí; nunca más volveré a copiar sus malditos documentos"

- Pasaje tomado de "Diario de un Loco", de Gogol.

En el capítulo precedente se revisaron brevemente algunos aspectos referentes al enfermo esquizofrénico, en dicho análisis ya se vislumbra la complejidad de esta entidad nosológica, por una parte las referencias respecto a la esquizofrenia son tan antiguas como la civilización moderna, y aunque en los últimos cien años se han dado avances importantes en cuanto a la descripción y clasificación de la misma, cuestiones fundamentales como la etiología o su fisiopatología son aún desconocidas o se encuentran a nivel de hipótesis. Inclusive su definición como síndrome, trastorno o enfermedad provocan actualmente controversia (Colodrón, 1970). Ordoñez (1993) la ubica como trastorno, quien parte de una revisión de las teorías más

recientes que intentan explicar la fisiopatología de la esquizofrenia, así como de la terminología más usada. Partiendo de la base de que un síndrome psiquiátrico es un grupo de signos y síntomas que suelen aparecer asociados pero que pueden obedecer a una gran multiplicidad de etiologías y mecanismos fisiopatológicos (como por ejemplo el síndrome demencial, que a pesar de ser una entidad clínica claramente identificable puede ser consecuencia de múltiples etiologías y mecanismos fisiopatológicos), y que una enfermedad, por otra parte, se define como una condición caracterizada por ciertos signos y síntomas que son consecuencia de una etiología única, constante y de fisiopatología también invariable (por ejemplo la enfermedad de Huntington, que tiene una etiología genética), ubica al trastorno entre los dos extremos nosológicos, definiéndolo como aquellas condiciones clínicas en las cuales no puede establecerse la etiología, pero el cuadro clínico es siempre secundario a mecanismos fisiopatológicos constantes (por ejemplo la "enfermedad" de Parkinson consistente en la agrupación de signos y síntomas diversos producidos por un mecanismo fisiopatológico bien definido con multiplicidad de etiologías). En consecuencia al desconocer la etiología de la esquizofrenia no la define como enfermedad (provocada por una única etiología), ni como síndrome (provocada por múltiples etiologías y mecanismos fisiopatológicos), ubicándola temporalmente como trastorno, en tanto no se descubra su etiología.

La anterior conceptualización se ejemplifica en el siguiente cuadro.

CUADRO 1

Ejemplos de diversas entidades clínicas de acuerdo a su ubicación nosológica.

	SINDROME	TRASTORNO	ENFERMEDAD
Nivel III Cuadro Clínico	Demencia  Semejante, variaciones temporales	Esquizofrenia  Tipos clínicos: positivo, negativo, o mixto,	E. Huntington  El mismo, dos variantes: síntomas psiquiátricos, movi- mientos anormales o ambos.
Nivel II Fisio- patología	Variable	Unica predominio de disfunción prefrontal o límbica.	Unica: lesión del núcleo caudado..
Nivel I Etiología	Diversa	Desconocida	Unica: alteración del Cromosoma 4.

El modelo como trastorno, respecto a la esquizofrenia será detallado más adelante del presente capítulo.

Otro aspecto relevante en cuanto a consideración es el referente a la definición de la esquizofrenia. Como ya se ha señalado E. Bleuler fué quien acuñó el término de "esquizofrenia" para referirse a cierto cuadro nosológico estudiado y diferenciado previamente por A. Morel y E. Kraepelin, y complementado con sus propias observaciones (a principios del presente siglo). A partir de estos tres autores el estudio e investigación de la esquizofrenia ha sido constante y



en aumento (Hegarty, 1974). Aunque existe gran diversidad en cuanto a definición, sintomatología y criterios diagnósticos de la esquizofrenia, en la presente tesis, con fines operacionales, revisaremos solamente las definiciones y clasificaciones tipológicas esquizoides que manejan la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R) y la Organización Mundial de la Salud en su Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), las cuales pretenden unificar criterios diagnósticos (Colodrón, 1990), sin embargo presentan diferencias entre ellas. Por otra parte se revisan brevemente distintos criterios diagnósticos, incluyendo la propuesta de Crow la cual en la última década ha sido la más aceptada entre los investigadores (Ordoñez 1993). Se presenta también una breve revisión de los factores etiológicos más estudiados, y finalmente se aborda el modelo conceptual desarrollado por Daniel Weinberger, como modelo explicativo de la esquizofrenia.

La Asociación Psiquiatría Americana en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R) (APA, 1988), define la esquizofrenia de la siguiente forma:

"La sintomatología esencial de este trastorno consiste en la presencia de síntomas psicóticos característicos durante la fase activa de la enfermedad y en un deterioro del nivel previo de actividad (en los niños o adolescentes, dificultad para alcanzar el nivel de desarrollo social adecuado), con una duración mínima de seis meses que puede implicar síntomas prodrómicos o residuales característicos. En alguna de las fases de la enfermedad esquizofrénica se encuentran siempre ideas delirantes, alucinaciones, o ciertas alteraciones características del contenido y curso del pensamiento. El diagnóstico sólo se establece si no puede demostrarse que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración. Tampoco se establece este diagnóstico si los síntomas responden a un trastorno del estado de ánimo o a un trastorno esquizoafectivo."

Los síntomas psicóticos característicos a que hace referencia la definición del DSM-III-R son los siguientes:

Deterioro del nivel previo de actividad. Durante el curso de la alteración, la actividad en las áreas laborales, de las relaciones sociales y del cuidado personal está notablemente deteriorada con respecto al nivel de actividad previo al inicio del trastorno. Si el inicio se da en la infancia o en la adolescencia, hay una dificultad para alcanzar el nivel de desarrollo social adecuado. El trastorno exige que el deterioro se extienda a más de un tipo de actividad.

De los siguientes síntomas ninguno esta siempre presente o se encuentra únicamente en la esquizofrenia, aunque siempre se encuentran alteraciones características en algunas de las siguientes áreas:

**Contenido del pensamiento** La mayor alteración del contenido del pensamiento implica ideas delirantes, que a menudo son múltiples, fragmentadas o extrañas (por ejemplo, incluyendo fenómenos completamente inverosímiles para cualquier individuo de su medio cultural, como la difusión del pensamiento o estar controlado por una persona muerta). Es habitual que las ideas delirantes de tipo persecutorio impliquen creencias de espionaje, difusión de falsos rumores o planes de perjuicio hacia el propio sujeto. También son habituales las ideas autoreferenciales, en las que los acontecimientos, objetos o personas adquieren un significado particular e insólito, generalmente de naturaleza peyorativa o negativa.

Otras ideas delirantes frecuentes en la esquizofrenia son, por ejemplo, la creencia o experiencia de que los propios pensamientos son difundidos hacia el mundo exterior desde su propia cabeza, de tal forma que los demás pueden oírlos (difusión del pensamiento); que los pensamientos no son propios sino que han sido introducidos en la mente desde el exterior (inserción del pensamiento); que los pensamientos han sido robados de la cabeza del sujeto (robo del pensamiento); o que los sentimientos, impulsos, pensamientos o acciones no son los propios, sino que han sido impuestos por alguna fuerza externa (ideas delirantes de creerse controlado).

**Curso del Pensamiento.** Con frecuencia, hay una alteración del curso del pensamiento. Esta ha sido denominada como un "trastorno formal del pensamiento", y se distingue del trastorno del contenido del pensamiento. El ejemplo más común es la pérdida de la capacidad asociativa, por lo cual las ideas también de un tema a otro sin relación o quizá con una relación indirecta, sin que el que habla parezca ser consciente o tener conocimiento de que los temas están desconectados. Cuando la pérdida de la capacidad asociativa es grave, puede presentarse incoherencia y el lenguaje puede llegar a ser incomprensible.

El lenguaje puede tener un contenido pobre adecuado en cuanto a cantidad pero de poca información debido a su vaguedad, exceso de abstracción o concreción, repetición o estereotipia.

**Percepción.** Las mayores alteraciones de la percepción corresponden a diversos tipos de alucinaciones, siendo más frecuentes las de tipo auditivo que comprenden voces que el sujeto percibe como si procedieran del exterior. Las voces pueden ser familiares y a menudo sus comentarios son insultantes; puede haber una sola voz o varias voces a la vez. Es característi-

co el hecho de que las voces se dirijan directamente al sujeto, comentando su forma de actuar. Las ordenes procedentes de las alucinaciones pueden ser obedecidas por el sujeto, lo cual a veces es peligroso para él o para los demás. Las alucinaciones pueden ser también sonidos que voces.

Puede haber alucinaciones táctiles manifestandose en forma de sensaciones eléctricas, hormigueos o quemazones. Se pueden experimentar alucinaciones somáticas como movimientos de hormiguelo en el abdomen. Menos frecuentemente pueden presentarse alucinaciones visuales, olfativas o gustativas. Otras anomalías perceptivas incluyen sensaciones de cambio corporal, hipersensibilidad a los sonidos, a las imágenes visuales y a los olores, ilusiones ópticas y cenestésias.

**Afectividad.** La alteración comprende a menudo una afectividad inapropiada o aplanada. En la afectividad embotada hay una grave reducción en la intensidad de la expresión de los afectos, la voz es con frecuencia monótona y la cara, inmóvil. El sujeto puede quejarse de que ya no responde con la intensidad emocional normal o, en casos extremos, de que no tiene sentimientos. En la afectividad inapropiada, la afectividad es claramente discordante con el contenido del lenguaje y la ideación del sujeto. Por ejemplo, un sujeto con esquizofrenia de tipo desorganizado puede reír o sonreír mientras explica que está siendo torturado por shocks eléctricos. Pueden operarse cambios súbitos e impredecibles de la afectividad, que se acompañan de inexplicables ataques de furia.

**Sentido del yo.** El sentido de sí mismo que da a una persona normal un sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección está con frecuencia alterado. Esto se manifiesta por una pérdida del yo, y se expresa por una perplejidad extrema acerca de la propia identidad y del significado de la propia existencia, o por algunas de las ideas delirantes específicas señaladas anteriormente, en especial aquellas que implican control por fuerzas extrañas.

**Voluntad.** Las alteraciones características de la voluntad se observan con más frecuencia en la fase residual. Casi siempre hay una alteración de la actividad dirigida hacia metas concretas, lo cual deteriora visiblemente la actividad laboral o cualquier otro tipo de actividad. Hay una incapacidad para seguir el curso normal de una acción hasta llegar a concluirla de forma lógica, y esto puede ser debido a falta de interés o de motivación adecuada. La notable ambivalencia influye en las alternativas de la acción, dando lugar a la imposibilidad de continuar la acción hasta la meta propuesta.

**Conducta interpersonal y relaciones con el mundo externo.** Casi siempre hay una dificultad en las relaciones interpersonales. A menudo, ésta consiste en un retraimiento social y en un distanciamiento emocional.

Se habla de "autismo" cuando el sujeto está profundamente preocupado con sus ideas egocéntricas e idólicas y distorsiona o excluye el mundo externo. Algunos sujetos afectados por este trastorno, abrazan a la gente y se entrometen con desconocidos sin darse cuenta de que su excesiva intimidad hace que los demás se sientan incómodos y los rechacen.

**Conducta psicomotora.** En las formas crónicas graves y en la forma aguda florida se observan varios tipos de alteraciones en la psicomotricidad. Puede haber una notable disminución de la reactividad al entorno, con una reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad. En los casos extremos el sujeto ignora el entorno (como en el estupor catatónico), puede mantener posturas rígidas oponiendo resistencia a los movimientos (como en la rigidez catatónica), puede hacer movimientos estereotipados, sin propósito fijo y presentar una excitación motora no influida por estímulos externos (como en la excitación catatónica), puede mantener actitudes inapropiadas o extrañas (como en la actitud catatónica), o resistir o no hacer caso de las instrucciones para cambiar de posición (como en el negativismo catatónico). Además, puede presentar flexibilidad cérea, muecas o manierismos extraños.

**Sintomatología asociada.** Casi cualquier síntoma puede presentarse como síntoma asociado. El sujeto puede estar perplejo, despeinado o vestido y aseado de forma excéntrica. Son habituales las anomalías de la actividad psicomotora, como por ejemplo, deambulación sin finalidad, balanceo o inmovilidad apática. Con frecuencia, hay una pobreza de lenguaje con una disminución de la cantidad de lenguaje espontáneo, con respuestas breves, concretas y poco elaboradas. A menudo, aparece una conducta ritual o estereotipada con pensamiento mágico. Es común el estado de ánimo disfórico en forma de depresión, ansiedad o ira, ó una mezcla de estos tres estados. Frecuentemente se presentan ideas autorreferenciales, despersonalización, desrealización, e ilusiones, así como preocupaciones hipocóndricas, que pueden o no ser delirantes. De forma típica, la conciencia no está alterada, si bien durante los periodos de exacerbación del trastorno el sujeto puede estar confuso o incluso desorientado, o presentar un deterioro de su capacidad mnésica.

El DSM-III-R también describe la edad de comienzo, curso y deterioro que presenta la esquizofrenia.

**Edad de comienzo.** El inicio se presenta habitualmente durante la adolescencia o al inicio de la edad adulta, pero puede darse en plena madurez o más tarde. Muchos estudios señalan un inicio más precoz en los hombres que en las mujeres.

**Curso.** Tal como se ha señalado con anterioridad, el diagnóstico de esquizofrenia requiere que los signos de la enfermedad estén presentes durante un periodo ininterrumpido de seis meses como mínimo, siempre en la fase activa con síntomas psicóticos. Cuando la sintomatología activa o positiva es predominante, pueden presentarse síntomas negativos, como retraimiento social y falta de iniciativa, que resultan difísiles de identificar.

Generalmente, la fase activa de la enfermedad está precedida de una fase prodrómica, en la que hay un claro deterioro del nivel previo de actividad. Esta fase se caracteriza por retraimiento social, deterioro en la actividad, conducta peculiar, deterioro en el vestido e higiene personal, afectividad embotada e inapropiada, alteraciones en la comunicación, ideación extraña, experiencias perceptivas poco habituales y falta de iniciativa, interés o energía.

Durante la fase activa predominan los síntomas psicóticos, como por ejemplo, ideas delirantes, alucinaciones, pérdida de la capacidad asociativa, incoherencia, y conducta catatónica. El comienzo de la fase activa, tanto si es inicial como si se trata de la exacerbación de una fase preexistente, puede ir asociado a un estrés psicosocial.

Habitualmente, la fase activa de la enfermedad va seguida de una fase residual. El cuadro clínico de esta fase es parecido al de la fase prodrómica, excepto en que el embotamiento o el derrumbamiento afectivo y el deterioro de la actividad son más frecuentes en la fase residual. Durante tal fase pueden persistir algunos síntomas psicóticos, como ideas delirantes o alucinaciones, pero ya no se acompañan de una vivencia afectiva intensa.

En este trastorno, la vuelta a la normalidad premórbida no es lo habitual. El curso más común es el que se caracteriza por exacerbaciones agudas con aumento del deterioro entre cada episodio.

El curso se puede diferenciar en subcrónico, crónico, subcrónico con exacerbación aguda, crónico con exacerbación aguda, o en remisión.

**Deterioro.** Tal como se ha mencionado anteriormente, en alguna fase del trastorno siempre hay un deterioro en varios aspectos de la actividad diaria (por ejemplo, en el trabajo, en las relaciones sociales y en el cuidado personal). Para asegurar las necesidades nutritivas e higiénicas es necesario un cuidado especial, así como proteger al sujeto debido al empobrecimiento de su juicio crítico, de su deterioro cognitivo o de los actos derivados de sus ideas delirantes o de la respuesta a sus alucinaciones. Entre los episodios puede no existir déficit, o producirse una incapacidad grave que requiera atenciones especiales en una institución.

El DSM-III-R clasifica los siguientes tipos de esquizofrenia:

**Tipo catatónico.**

La sintomatología esencial se centra en una alteración notable de la psicomotricidad, que comprende estupor, negativismo, rigidez, excitación, o actitudes características. A veces, hay una rápida alternativa entre la excitación, o actitudes características. A veces, hay una rápida alternancia entre la excitación y el estupor. La sintomatología acompañante incluye estereotipias, manierismos, y flexibilidad cerea. Es especialmente frecuente el mutismo.

Durante la excitación o el estupor catatónico, el sujeto necesita cuidados especiales para evitar que se lesione a sí mismo o a los demás.

**Tipo desorganizado.**

La sintomatología esencial de este tipo incluye incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, o una conducta muy desorganizada y, además, una afectividad aplanada o claramente inapropiada. No hay ideas delirantes sistematizadas (como en el tipo paranoide), aunque son frecuentes las ideas delirantes fragmentadas y las alucinaciones cuyo contenido no está organizado en un tema coherente.

Los síntomas asociados comprenden muecas, manierismos, quejas hipocondríacas, retraimiento social extremo y otras conductas raras.

Este cuadro clínico se acompaña habitualmente de un deterioro social extremo, una personalidad premórbida pobre, un inicio temprano e insidioso y un curso crónico sin remisiones significativas.

En otras clasificaciones, este tipo se denomina hebefrenia.

**Tipo paranoide**

La sintomatología esencial de este tipo de esquizofrenia consiste en una preocupación sobre una o más ideas delirantes sistematizadas o alucinaciones auditivas frecuentes, relacionadas con un tema único. Además, no hay síntomas característicos de los tipos catatónico y desorganizado, como incoherencia, afectividad embotada o claramente inapropiada, conducta catatónica, o conducta muy desorganizada. Cuando todos los episodios del trastorno cumplen los criterios para el tipo paranoide, clínicamente debe especificarse como de tipo estable.

La sintomatología asociada se acompaña de ansiedad no focalizada, ira, discusiones y violencia. Con frecuencia, se presenta una conducta interpersonal afectada, por su cualidad formal o por su extrema intensidad.

El deterioro puede ser mínimo si la actividad no está influida por la producción delirante. El comienzo

suele ser más tardío que en los otros tipos y sus características diferenciales son más estables en el tiempo. Algunas pruebas sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide, particularmente con respecto a la actividad laboral y a la autonomía, puede ser considerablemente mejor que para los otros tipos de esquizofrenia.

#### **Tipo indiferenciado**

Los tipos esenciales del tipo indiferenciado de esquizofrenia son síntomas psicóticos predominantes (por ejemplo, ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia, o conducta muy desorganizada) que no pueden ser clasificados en ninguna de las categorías señaladas previamente, o que cumplen las criterios para más de un tipo.

#### **Tipo residual**

Esta categoría debe usarse cuando ha habido, como mínimo, un episodio de esquizofrenia, aunque en el momento de la evaluación o admisión clínica no haya síntomas psicóticos predominantes, si bien persisten signos de la enfermedad. Son frecuentes el embotamiento emocional, el retraimiento social, la conducta excéntrica, el pensamiento ilógico y la pérdida de la capacidad asociativa. Si hay ideas delirantes o alucinaciones, éstas no son predominantes ni se acompañan de una afectividad intensa.

El curso de este tipo de esquizofrenia es crónico o subcrónico, ya que por definición la "exacerbación aguda" implica síntomas psicóticos predominantes, y "en remisión" implica que no hay síntomas de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud en su Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) (Colodrón, 1990) define a la esquizofrenia de la siguiente forma:

"Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por un trastorno fundamental de la personalidad, distorsiones características de la percepción, del pensamiento y de las emociones, en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden producirse déficit cognitivos. El trastorno de la personalidad compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal su pensamiento de individualidad, singularidad y dominio de sí mismo".

La ICD- 10, al caracterizar los síntomas esquizofrénicos menciona que; el enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y se pueden desarrollar

ideas delirantes para explicar la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir de forma a menudo bizarra en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la conducta o los pensamientos del sujeto. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vívidos o cualitativamente alterados y las características irrelevantes de sucesos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. Desde el comienzo es frecuente una perplejidad, la cual se acompaña a menudo de la creencia de que las situaciones cotidianas poseen un significado especial, generalmente siniestro y dirigido contra el propio individuo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que están inhibidos en una actividad mental normal, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y apropiados para la situación. Así, el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el paciente puede estar convencido de que un agente extraño esta grabando sus ideas. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos. El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves de la conducta o insidioso con el gradual desarrollo de ideas y conductas extrañas. El curso también muestra una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante.

La ICD-10 clasifica el curso de los trastornos esquizofrénicos según las siguientes categorías; continuo, episódico con déficit estable, episodio con remisión, episodio único con remisión incompleta y episodio único con remisión completa.

En cuanto a tipos de esquizofrenia la ICD-10 hace la siguiente clasificación:

#### **Esquizofrenia paranoide**

Es el tipo más común de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan ideas delirantes relativamente estables que se acompañan normalmente de alucinaciones, en especial de tipo auditivo. Pueden estar ausentes o ser poco llamativos los trastornos afectivos, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos.

Las manifestaciones más comunes son los delirios y las alucinaciones, en especial de tipo auditivo.



Pueden estar ausentes o ser poco llamativos los trastornos afectivos, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos.

Las manifestaciones más comunes son los delirios y las alucinaciones paranoides (síndrome alucinatorio-paranoide). Deberán estar presentes las características siguientes:

1. experiencias subjetivas anormales tales como eco, inserción, robo y difusión del pensamiento;
2. trastornos de la percepción del tiempo, del color, de las formas visuales, de la imagen corporal, etcétera;
3. ideas delirantes de control, influencia o dominio;
4. alucinaciones auditivas, que a menudo se expresan en forma de comentarios sobre los propios actos y los pensamientos o como voces que comentan entre ellas sobre el individuo.

Son también síntomas frecuentes:

5. ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, de alta alcurnia, de tener una misión especial o de transformación corporal;
6. alucinaciones auditivas que hablan del sujeto, amenazándole, avasallándole o dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos;
7. alucinaciones olfativas, gustativas, sexuales u otro tipo de sensaciones corporales. Las alucinaciones visuales también pueden aparecer, pero rara vez son predominantes.
8. el trastorno del pensamiento puede ser grave en la crisis aguda, pero normalmente las ideas delirantes y las alucinaciones son descritas con claridad;
9. el afecto normalmente está menos embotado que en otras formas, pero la incongruencia suele ser común, al igual que la irritabilidad, ira, temor y la suspicacia;
10. también pueden aparecer, pero no predominan en el cuadro clínico, síntomas negativos como embotamiento afectivo y trastornos de la voluntad.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

#### **Esquizofrenia hebefrénica**

Es una forma de esquizofrenia en la que los cambios afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y son frecuentes un comportamiento irresponsable

es imprevisible y los manierismos. El estado de ánimo es superficial e impropio y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas de autosatisfacción, de un modo despectivo de actuar, muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondríacas y frases reiterativas. El pensamiento está desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y la conducta carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia generalmente comienza entre los quince y los veincinco años de edad y tiene un pronóstico malo por el rápido desarrollo de síntomas negativos en especial de apianamiento afectivo y abulia.

Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, debe de destacar un trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes, pero no deberán ser predominantes. Se pierden el impulso y la determinación, se abandonan las metas de tal forma que la conducta del enfermo parece errática y vacía de contenido. Además la preocupación por temas religiosos, filósofos y otros abstractos puede dificultar al oyente seguir el curso del pensamiento.

#### **Esquizofrenia catatónica**

La característica predominante y esencial son los trastornos psicomotores graves que varían desde la hiperquinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Pueden mantenerse posturas y actitudes constreñidas durante largos períodos. Otra característica notable de este trastorno puede ser la excitación intensa.

Por razones no bien comprendidas, la esquizofrenia catatónica se ve ahora poco en los países industrializados, a pesar de que sigue siendo frecuente en otras partes del mundo. El fenómeno catatónico puede asociarse con estados pseudo-oníricos (oneíroides) con alucinaciones escénicas muy vívidas.

#### **Esquizofrenia indiferenciada**

Se trata de un conjunto de situaciones que cumplen los criterios diagnósticos generales de la esquizofrenia, pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo pues a la esquizofrenia residual y a la depresión postesquizofrénica) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

#### **Depresión postesquizofrénica**

Se trata de un episodio depresivo, a veces prolongado, que surge después de una enfermedad esquizofrénica. Algunos síntomas esquizofrénicos pueden permanecer aún, pero no predominan en el cuadro clínico.

co. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes. Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer los criterios de un episodio depresivo grave. Estos estados depresivos no responden a los fármacos antidepressivos y se acompañan de un aumento del riesgo de suicidio.

#### **Esquizofrenia residual**

Se trata de una etapa crónica del desarrollo de la enfermedad esquizofrénica, en la que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que cumplen los criterios generales de la esquizofrenia) a los estadios finales caracterizados por síntomas "negativos" y deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversible.

Adicionalmente la ICD-10 incluye un apartado de los Estados esquizoafectivos en el que refiere dos cuadros no muy bien definidos, que no reúnen los criterios diagnósticos para un trastorno esquizofrénico, pero que no obstante son similares a la esquizofrenia, bien por la evidencia de tener una relación genética con ella, o porque algunas veces evoluciona por sí mismos hacia una esquizofrenia clara.

#### **Trastornos esquizotípicos (esquizofrenia latente)**

Se trata de un trastorno caracterizado por conducta exéntrica y anomalías del pensamiento y de los afectos que se asemeja a los de la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan, ni se han presentado, las anomalías características y definidas de un trastorno. No hay un trastorno predominante o típico, pero pueden aparecer algunos de los siguientes rasgos:

1. El afecto es frío y vacío de contenido y a menudo acompañado por anhedonia.
2. La conducta o apariencia es extraña, excéntrica o peculiar.
3. Empobrecimiento de las relaciones interpersonales y tendencia al retraimiento social.
4. Ideas de referencia, ideas paranoides o extravagantes, creencias fantásticas y preocupaciones autísticas que no conforman claras ideas delirantes.
5. Reminiscencias obsesivas sin resistencias internas, a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos.
6. Alucinaciones somato-sensoriales y experiencias de despersonalización o desrealización ocasionales.
7. El pensamiento y el lenguaje son vagos, circunstanciales, metafóricos, hiperelaborados y a menudo estereotipados, con gran incoherencia o irrelevancia.
8. Ocasionalmente, episodios cuasi psicóticos

(transitorios con alucinaciones visuales y auditivas intensas e ideas pseudodelirantes, que normalmente se desencadenan sin provocación externa).

Este trastorno tiene un curso crónico con fluctuaciones de intensidad. Ocasionalmente evoluciona hacia una esquizofrenia clara. No hay un comienzo definido y su evolución y curso son normalmente los de un trastorno de la personalidad. Es más frecuente en individuos genéticamente emparentados con esquizofrénicos y se cree es que una parte del espectro genético de la esquizofrenia.

#### Esquizofrenia simple

Se trata de un trastorno no muy frecuente en el cual se produce un desarrollo insidioso de comportamiento extravagantes, una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y una disminución de los rendimientos globales. No hay evidencia de alucinaciones ni de ideas delirantes y el trastorno no es tan obviamente psicótico como los de tipo hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia, etcétera) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos (claramente) manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo y los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven inactivos y descuidados.

Como hemos señalado el DSM-III-R y la ICD-10 son dos sistemas que pretenden unificar criterios y en esta breve revisión se aprecian diferencias entre ellos. Por una parte, el DSM-III-R agrega a la clasificación clásica de Kraepelin, los tipos residual e indeferenciada, omitiendo el tipo simple (descrito por primera vez por E. Bleuler), a diferencia de la ICD-10 que sí lo incluye (aunque como subtipo), además de las ya mencionadas e incluye también el tipo depresión postesquizofrénica y el subtipo esquizofrenia latente (o trastornos esquizotípicos). La controversia en torno a la clasificación de la esquizofrenia simple es también señalada por Kenneth S. (1994).

Otra diferencia evidente es con respecto al curso de la esquizofrenia como criterio diagnóstico ya que si bien el DSM-III-R señala un mínimo de seis meses de prevalencia de los síntomas para poder establecer el diagnóstico de esquizofrenia, por otro lado la ICD-10 sólo marca la prevalencia de los síntomas durante un mes para poder diagnosticar el trastorno.

Brevemente revisaremos algunos criterios diagnósticos utilizados en diferentes épocas.

## Criterios de Kraepelin

### I. Criterios sintomatológicos

- Trastornos de la atención y de la comprensión.
- Alucinaciones, especialmente auditivas (voces).
- Pensamiento audible.
- Vivencias de influencia del pensamiento,
- Trastornos en el curso del pensamiento, fundamentalmente asociaciones laxas.
- Alteraciones de la función cognitiva y de la capacidad de juicio.
- Aplanamiento afectivo.
- Presencia de conductas mórbidas:
  - Disminución del tono vital ("drive").
  - Obediencia automática.
  - Ecolalia, ecopraxia.
  - Conductas impulsivas.
  - Agitación catatónica,
  - Estereotipías.
  - Negativismo.
  - Autismo.
  - Alteración del lenguaje verbal.

### II. Criterios según el curso de la enfermedad.

- Evolución hacia la invalidez psíquica.

## Criterios de Bleuler

### I. Criterios sintomatológicos.

#### Alteraciones básicas o fundamentales.

- Trastornos formales del pensamiento.
- Alteraciones del afecto.
- Alteraciones de la experiencia subjetiva del yo.
- Alteraciones de la voluntad y la conducta.
- Ambivalencia.
- Autismo.

#### Síntomas accesorios.

- Trastornos perceptivos (alucinaciones).
- Delirios.
- Ciertas alteraciones mnésicas.
- Modificación de la personalidad.
- Cambios en el lenguaje y la escritura.
- Síntomas somáticos.
- Síntomas catatónicos.
- Síndrome agudo (como en los estados de melancolía, manía, catatonía y otros).

### II. Criterios de intensidad.

- Psicótica.

## Criterios de Langfeldt

### I. Criterios sintomatológicos.

Las claves para el diagnóstico de la esquizofrenia son (si no hay signos de trastorno cerebral orgánico y no puede demostrarse infección o intoxicación):

- Cambios en la personalidad, manifestados por un tipo especial de aplanamiento afectivo, seguido de pérdida de iniciativa y conducta alterada o con frecuencia peculiar. (Especialmente en la hebefrenia estos cambios son muy característicos y constituyen la principal clave para el diagnóstico).
- En el tipo catatónico, la historia y los signos típicos en períodos de inquietud y estupor (con negativismo, facies grasa, catalepsia, síntomas vegetativos especiales, etc.).
- En las psicosis paranoides, síntomas esenciales de división de la personalidad (o "síntomas de despersonalización") y pérdida del sentido de la realidad ("síntomas de desrealización") o delirios primarios.
- Alucinaciones crónicas.

## II. Criterio evolutivo.

No se puede llegar a un diagnóstico definitivo hasta que un seguimiento de al menos cinco años haya mostrado que la enfermedad sigue un curso crónico.

### Criterios de Schneider (1950)

#### I. Síntomas de primer rango.

Se considera esquizofrénico a un paciente con uno o más de estos síntomas si existe claridad de conciencia y no se verifica enfermedad somática concomitante.

- Sonorización del pensamiento.
- Oír voces que dialogan entre sí.
- Oír voces que acompañan con comentarios los actos propios.
- Vivencias de influencia corporal.
- Robo del pensamiento y otras influencias sobre el mismo.
- Difusión del pensamiento.
- Percepción delusiva.
- Todo lo vivido como hecho o influenciado por otros en el campo del sentimiento, de las tendencias y de la volutad.

#### II. Síntomas de segundo rango.

Si solo ellos se hayan presentes, el diagnóstico se guiará por las conexiones existentes dentro del conjunto clínico.

- Restantes errores sensoriales.
- Ocurrencias delusivas.
- Perplejidad.
- Distimias alegres y depresivas.
- Vivencias de empobrecimiento afectivo.

### Criterios de Berner (1969)

Definitivo: Presentes A y/o B  
Probable: Presente sólo C

#### A. Incoherencia

Sin pensamiento marcadamente acelerado o retardado ni notable ansiedad autónoma.

Se exige al menos uno de los siguientes síntomas:

##### 1. Bloqueo

Parada súbita en el curso del pensamiento; después de un espacio en blanco el pensamiento previo puede o no ser retomado y continuado.

##### 2. Descarrilamiento

Desviación gradual o brusca del curso del pensamiento, sin interrupción.

3. Habla patológicamente "embrollada"  
Habla fuida, en su mayor parte sintácticamente correcta, pero en la que se confunden los elementos de diferentes pensamientos (que, para el paciente pueden pertenecer a una misma idea).
- B. Neologismos crípticos  
(el paciente no explica su significado particular espontáneamente).
  - C. Embotamiento afectivo  
(sin que sea notable un estado de depresión, cansancio o efecto producido por drogas).  
Este término incluye aplanamiento del afecto, indiferencia emocional y apatía.  
Especialmente, el síntoma implica una disminución de la respuesta emocional.

#### Criterios de San Luis (1972)

Para un diagnóstico de esquizofrenia se requieren los criterios A, B y C.

- A. Son necesarios los dos siguientes:
  1. Una enfermedad crónica con síntomas presentes desde al menos seis meses antes de la evaluación y sin retorno al nivel de ajuste psicosocial premórbido.
  2. Ausencia de síntomas depresivos o maníacos suficientes para ser calificados como trastorno afectivo seguro o probable.
- B. El paciente debe presentar al menos uno de los siguientes:
  1. Delirios o alucinaciones sin una significativa perplejidad o desorientación asociadas.
  2. Producción verbal que hace difícil la comunicación a causa de la pérdida de la organización lógica y comprensible.
- C. Al menos tres de las manifestaciones siguientes deben de estar presentes para un diagnóstico "cierto" de esquizofrenia y dos para un diagnóstico "probable" de esquizofrenia.
  1. Soltero.
  2. Adaptación social premórbida o historia laboral pobres.
  3. Historia familiar de esquizofrenia.
  4. Ausencia de alcoholismo o abuso de drogas en el año anterior al inicio de la enfermedad psicótica.
  5. Inicio de la enfermedad antes de los cuarenta años.

#### Criterio CSB de Carpenter, Strauss y Bartko (1973)

Deben cumplirse cinco (concepto amplio) o seis (concepto restrictivo) de los siguientes ítems:

1. Afectividad restringida.



2. Introspección pobre.
3. Contacto pobre.
4. Habla incoherente.
5. No despertar precoz.
6. No Facies depresiva.
7. Pensamiento audible/difusión del pensamiento.
8. Ideas delirantes generalizadas.
9. Ideas delirantes extrañas.
10. Ideas delirantes nihilistas.
11. No euforia.
12. Información poco fiable.

#### Criterios de Taylor y Abrams (1981)

Los criterios para el diagnóstico incluyen del 1 al 4:

1. Por lo menos uno de los criterios siguientes:
  - a. Trastornos formales del pensamiento (habla patológicamente embrollada, neologismos, parafasias, pararrespuestas, uso idiosincrásico de palabras).
  - b. Síntomas de primer orden (por lo menos uno).
  - c. Afectividad embotada (afecto restringido, inapropiado, incongruente, de intensidad disminuida, con indiferencia y desinterés hacia el afecto de los demás, falta de respuesta emocional y pérdida de las habilidades sociales).
2. Claridad de conciencia.
3. No presenta un trastorno afectivo diagnosticable.
4. No presenta trastorno cerebral orgánico, no refiere abuso de drogas alucinógenas o psicoestimulantes y no presenta condiciones médicas conocidas como causantes de síntomas esquizofrénicos.

Criterios diagnósticos empíricos aceptados comúnmente entre los psiquiatras franceses (1981)

Son necesarios de A a E:

- A. Edad de inicio no mayor de cuarenta años.
- B. Inicio: agudo (el primer episodio conduciría al diagnóstico de "bouffée délirante") o progresivo, con o sin personalidad premórbida anormal y/o adaptación psicosocial anormal.
- C. Cronicidad: las fases activas son seguidas por una fase residual marcada por un déficit permanente en intensidad variable.
- D. Síntomas característicos (al menos dos de los siguientes cuatro grupos de síntomas):
  1. Pensamiento notablemente ilógico: pensamiento irreal, extraño y/o mágico.
  2. Afectividad inapropiada: embotamiento, aplanamiento y/o adaptación psicosocial anormal.
  3. Trastorno formal del pensamiento: asociaciones laxas, pensamiento ineficaz, lenguaje incoherente.
  4. Ideas delirantes de uno u otro tipo que permanecen fragmentadas y no evolucionan hacia un sistema deliran-

- te.
- E. No debido a ninguna psicosis de origen orgánico, alcoholismo o abuso de drogas.

(Tomados de Colodrón, 1990).

#### Criterios de Crow (1985)

##### Tipo I. (síntomas positivos)

- Alucinaciones
- Delirios
- Afecto inapropiado
- conducta abigarrada
- hiperdistractibilidad
- psicosis-florida

##### Tipo II. (síntomas negativos)

- Aplanamiento afectivo
- Aislamiento social
- Apatía
- Pobreza de la expresión y contenido del lenguaje
- Descenso de las voliciones
- Trastornos de la atención
- Deterioro Cognitivo

##### Tipo mixto (combinación de síntomas)

(Tomado de Colodrón, 1990., Ordoñez, 1993., y Rupneals, 1993).

Los tipos esquizofrénicos de Crow, más que un criterio diagnóstico, constituye un modelo conceptual sobre la fisiopatología de la esquizofrenia ya que permite aglutinar variables genéticas, histopatológicas, bioquímicas, clínicas y terapéuticas, que revisaremos más adelante.

La etiología de la esquizofrenia ha despertado en el hombre un sin número de fantasías (ver capítulo I) y múltiples hipótesis entre los investigadores.

Kraepelin al hablar de la demencia precoz señalaba como causa de ésta factores genéticos, endócrinos y lesiones neurocerebrales.

En las siguientes líneas revisaremos brevemente las principales causas o factores etiológicos abordados por los investigadores de la esquizofrenia.

#### Factor psicológico.

La corriente psicoanalítica, encabezada por C. Jung, fué la primera corriente psicoterapéutica que intento encontrar una causa no biológica de la esquizofrenia (S. Freud no compartía esta postura) y un

tratamiento acorde a sus postulados teóricos. Se señalaban como factores desencadenantes las relaciones ambivalentes entre el paciente y sus familiares directos, así como factores estresantes en el ámbito laboral y social del enfermo. Aunque la literatura al respecto fué prolifera, los resultados positivos no lo han sido (Colodrón, 1990) (el mismo panorama presentan las demás corrientes psicológicas).

#### **Factor virus.**

La presunción de que los virus juegan algún papel causal en la esquizofrenia ó en algunos de sus tipos ha sido sostenida a partir de algunos datos epidemiológicos como mayor incidencia de la enfermedad en los sujetos nacidos en los últimos meses de invierno y primeros de primavera, existencia de áreas de mayor y menor prevalencia, en algunas regiones superior prevalencia en grupos más cultos (algo semejante a lo que ocurría con la poliomielitis), etc. Algunos manifestaciones clínicas como fiebre, colapso muscular y menin-gismo motivan a los investigadores en este sentido. Otros datos que hacen pensar en esta causal es el que bastantes encefalitis por virus ofrecen sintomatología del síndrome esquizofrénico (Colodrón, 1990). Mesa (1985) reporta la observación de partículas semejantes al virus herpes simple en la corteza auditiva primaria y el núcleo amigdalino del hemisferio cerebral izquierdo (estructuras que se consideran relacionadas con la esquizofrenia). Noriyoshi (1994) y Erlenmeyer (1994) presentan estudios sobre la relación de exposición prenatal a epidemias de gripe y el aumento de prevalencia de la esquizofrenia, sin embargo ambos autores presentan resultados contradictorios (Noriyoshi encuentra relación significativa entre ambas variables, al contrario de Erlenmeyer). Los resultados no duplicados como en el anterior caso han frenado el desarrollo de la tesis viral como factor etiológico de la esquizofrenia.

#### **Factor endocrinológico.**

Como se ha señalado anteriormente, Kraepelin es de los primeros investigadores que intentan establecer correlaciones endocrinas como causal del síndrome esquizofrénico. El comienzo o agravación de la esquizofrenia a edades con significativos cambios biológicos siempre ha llamado la atención de los investigadores. Informes en el sentido de una respuesta tiroidea débil a la estimulación hipofisaria, descenso en el metabolismo basal por deficiente utilización de la hormona tiroidea, asimilación más activa del yodo radioactivo, etc., son algunas evidencias que en su momento pretendieron sustentar esta hipótesis. Altschule, en 1953, en su monografía clásica "Las funciones adrenales en algunos trastornos psiquiátricos" resume los hallazgos de las investigaciones sobre la

corteza suprarrenal relacionadas con la esquizofrenia. Datos no siempre verificados y de precario valor restaron importancia a este factor (Colodrón, 1990).

#### **Factor genético.**

Esta comprobada la predisposición genética a la esquizofrenia. Son clásicos los estudios de concordancia entre hijos de padres esquizofrénicos y gemelos monocigóticos. Kraepelin señala una concordancia entre sus pacientes del 35% en hijos de padres afectados (Freedman, 1982). Los datos de concordancia entre familiares presentan variaciones entre los distintos investigadores, sin embargo, por lo general se ubican cercanos a los siguientes índices que corresponden a personas emparentadas con un paciente esquizofrénico:

Padres	6%
Hermanos	10%
Hijos (con un padre esquizofrénico)	14%
Hijos (ambos padres esquizofrénicos)	46%
Gemelos monocigóticos	35-58%
Gemelos dicigóticos	7-24%
	(Hughes, 1984)

Algunos autores han reportado concordancia hasta en un 86% en gemelos monocigóticos, e inclusive un 91.5% en gemelos monocigóticos que no se han separado nunca, argumentándose que el hecho de que no exista una concordancia del 100% se explica por una resistencia constitucional a la enfermedad (Freedman, 1982).

El interés actual de los investigadores en esta línea es determinar si el factor genético se ajusta a una herencia poligénica o por el contrario a un gene de penetración intermedia (y dado el caso la identificación de éste). En este sentido se dirigen los trabajos de Basset (Ordoñez, 1993) respecto al cromosoma 5 y Sabaté (1994) estudiando el gene receptor dopamina 3 (DRD3) (sin resultados significativos). Los estudios de Grove (1992) apoyan la tesis de una herencia poligénica. Por otra parte Stefan (1972) evalúa en su investigación una doble causal: factor genético y un estresante medioambiental en el segundo trimestre gestacional.

Estas investigaciones son de reciente difusión por lo que estudios réplicas no se han presentado y no han sido confirmados ni desmentidos por lo que el único punto de acuerdo es en cuanto a la predisposición genética de la esquizofrenia.

#### **Factor bioquímico.**

El descubrimiento de sustancias bioquímicas en los esquizofrénicos siempre ha atraído la atención de los investigadores porque conlleva la implicación de

que la tioracetina podría encaminarse a la eliminación o destrucción de dichas sustancias. El descubrimiento de los efectos psicológicos de las drogas alucinógenas sugirió la posibilidad de que los esquizofrénicos podrían producir endógenamente alguna sustancia psicomimética responsable del trastorno. Sin embargo existe una gran distancia entre los estados psicóticos provocados con alucinógenos y el síndrome clínico total del esquizofrénico (Kleinmuntz, 1981). El descubrimiento del trastorno bioquímico en el síndrome de Parkinson y el hallazgo de los psicofármacos cuyo mecanismo de acción pareció confirmar un descarriamiento de las neuronas catecolaminérgicas, despertó el entusiasmo por las investigaciones bioquímicas de la esquizofrenia.

Healt y cols. reportaron en 1970 que los pacientes esquizofrénicos producen una sustancia sanguínea anormal, la "taraxeína" (derivado de la palabra griega que significa "estar desorientado o desorganizado"), que es una proteína que se combina con otras sustancias del organismo para volverse tóxica sobre el sistema nervioso central. Cuando inyectaron esta sustancia a monos, les produjo un cuadro psicótico, inclusive al inyectarla en la sangre de 32 voluntarios humanos presentaron síntomas similares a la esquizofrenia (Kleinmuntz 1981). Sin embargo investigaciones posteriores demostraron que la inyección de suero proveniente de personas normales provocaba los mismos síntomas antes descritos (Colodrón, 1990).

Son incontables las hipótesis manejadas, sin embargo ninguna se ha demostrado fehacientemente. Los trabajos más recientes fortalecen la opinión de tratarse más de diferencias cuantitativas de sustancias normales (trastornos del equilibrio de la homeostasis) que de un déficit bioquímico único.

Se siguen muchas vías de investigación, aunque solo unas pocas presentan resultados favorables. Las investigaciones sobre la dopamina y su papel en la esquizofrenia son las más consistentes.

La idea de un incremento de la actividad neuronal dopaminérgica en las esquizofrenias surgió de la observación de que los fármacos antipsicóticos disminuyen la actividad de la dopamina y los que la facilitan actúan como activadores de la psicosis. La acción antidopaminérgica de los neurolepticos cobro interés al conocerse el déficit de dopamina en el síndrome de Parkinson y establecerse una relación con los cuadros extrapiramidales producidos por los neurolepticos, antagonistas de los receptores dopaminérgicos.

La dopamina se sintetiza a partir de la tiroxina, mediante una hidroxilasa que transforma la tiroxina en dopa y posterior decarboxilación de ésta. Almacenada en gránulos se desplaza hasta el final de la neurona, donde queda incluida en las vesículas sinápticas. Cuando se libera en la sinapsis es degradada por la

COMT en metoxihidroxifeniletilamina. Intracitoplasmicamente la dopamina, por las MAO, se transforma en ácido dihidroxifenilacético. La recaptación desde la sinapsis puede realmacenar dopamina en las vesículas sinápticas.

La recaptación constituye un mecanismo que permite un ahorro de dopamina y al mismo tiempo un sistema de inactivarla. Las vías dopaminérgicas se componen de neuronas de grandes axones con somas situados en áreas mesencefálicas y neuronas de cilindroejes cortos situados en bulbo olfatorio, tálamo y retina. Las primeras, las grandes vías dopaminérgicas, están constituidas por el sistema nigro-estriado, el mesolímbico, el mesocortical y el túbero-infundibular.

La dopamina actúa sobre receptores postsinápticos y sobre autorreceptores. Inhibe la secreción de prolactina, estimula el factor liberador de hormona luteinizante e inhibe la liberación de hormona melano-tropa y contribuye a modular la excreción de hormonas del crecimiento y tireotropa.

Se han considerado tres hipótesis de perturbación de los mecanismos reguladores: incremento de la dopamina en los terminales neuronales, aumento de la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos y disminución de los antagonistas de la dopamina.

Pruebas suficientes hacen pensar que en la esquizofrenia la actividad dopaminérgica está alterada en el sentido de un "plus" de actividad; los neurolepticos reducen ese "plus" y controlan la sintomatología psicótica. Este efecto se produce también en la manía, psicosis tóxicas, etc.

El aumento de la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos es una hipótesis alternativa a la del exceso de liberación de dopamina. El hallazgo de que el probenecid bloquea la liberación de los metabolitos ácidos de las monoaminas en el líquido cefalorraquídeo ha permitido medir el "turnover" de la dopamina cerebral por estimación del ácido homovanílico en el liquor. Se han encontrado cifras bajas de homovanílico en esquizofrénicos no tratados que aumentan en el curso del tratamiento; esto permite sospechar que no existe aumento de la liberación de dopamina, sino una hipersensibilidad de los receptores.

La disminución de los antagonistas de la dopamina podría conducir a un aumento de ésta, hipótesis que se apoya en el bloqueo de la acción activadora del metilfenidato por la fisostigmina. La fisostigmina aumenta la acetilcolina por inhibición de la anticolinesterasa. Estos hechos abren camino a explicar la psicosis por perturbación del equilibrio homeostático entre la dopamina y la acetilcolina.

Otras hipótesis suponen una deficiencia del ácido gammaaminobutírico; el descenso funcional de las neuronas gabaérgicas daría lugar a la hiperfunción de las neuronas dopaminérgicas. Este antagonismo GABA-

dopamina ha motivado varios ensayos terapéuticos con fármacos antagonistas del GABA, pero los resultados han sido desalentadores, pues los pacientes así tratados empeoraron (Colodrón, 1990).

Se han realizado investigaciones con otras aminas como la norepinefrina y la serotonina sin encontrar relaciones sostenibles con respecto a la esquizofrenia (Colodrón, 1990).

#### Factor lesión cerebral

El identificar un componente neurológico a nivel lesión o déficit de estructuras del sistema nervioso central relacionado con el síndrome esquizofrénico ha sido una inquietud de los investigadores desde hace mucho tiempo. En el siglo XVI se llevó a la práctica una teoría (sin sustento científico) que sostenía que la locura (sin sustento científico) que sostenía que la locura la originaban una piedras localizadas en el cerebro, para lo cual se les efectuaba a los afectados cirugía cerebral (Kleinmuntz, 1981). Los primeros intentos serios por localizar estructuras cerebrales específicas relacionadas con los estados psicóticos los encontramos en los trabajos de psicocirugía cerebral de Egaz Moniz (Szaz, 1984). A partir de éste momento las investigaciones son innumerables y diversas. Se han estudiado casi la totalidad de estructuras del cerebro (incluyendo cerebro medio y sistema límbico) tratando de encontrar una relación causal con los síntomas esquizofrénicos. La literatura al respecto es vasta. La constante investigación y depuración de hipótesis ha perfilado actualmente a determinadas estructuras cerebrales como implicadas en la esquizofrenia.

El arribo de las investigaciones en Neuropsicología, en las décadas sesenta y setenta, con su arsenal de pruebas psicométricas (WAIS, Bender, Benton, etc.) han reportado importantes avances en la localización de las áreas involucradas en el síndrome.

Los tests neuropsicológicos permiten detectar enfermos con lesión cerebral, la evaluación de los esquizofrénicos mediante estas técnicas ha permitido confirmar la organicidad del síndrome, tal como lo intuye Heaton " Estos estudios proveen razonable evidencia de que ciertos esquizofrénicos crónicos parecen orgánicos...porque son orgánicos" (Colodrón, 1990).

Los pacientes esquizofrénicos presentan bajos puntajes en las pruebas neuropsicológicas que disciernen lesión en lóbulos frontales y áreas prefrontales, así como un trastorno atencional.

De estos tests, el de mayor utilidad en la clínica de la esquizofrenia es la "Escala de Intelligencia para Adultos" (WAIS) en la que es habitual encontrar en los enfermos esquizofrénicos peores puntuaciones en los subtests manipulativos que en los verbales. Frecuentemente se asocian puntajes altos en

vocabulario e información a puntuaciones bajas en semejanzas. Todas las pruebas que exploran la capacidad de concentración ofrecen puntajes bajos (Colodrón, 1990).

Kremen (1994) reporta evidencias de disfunción en el lóbulo prefrontal, temporal-límbico y sistemas de atención.

Crawford (1993) utiliza la escala verbal del WAIS y reporta disfunción del lóbulo frontal, así como un significativo deterioro cognitivo en los esquizofrénicos.

La memoria también es estudiada por Crane (1993) quien reporta un deterioro general en la memoria, siendo más marcado en la memoria de evocación y en menor grado la de reconocimiento. El tipo de memoria que menor deterioro presenta el esquizofrénico es la memoria episódica.

La batería neuropsicológica Luria-Nebraska también ha sido frecuentemente utilizada en la evaluación del enfermo esquizofrénico encontrándose datos consistentes de disfunciones prefrontales y cambios estructurales periventriculares (Moses, 1988).

En un estudio combinado de imágenes de resonancia magnética, fluido sanguíneo cerebral y un test neuropsicológico (Wisconsin Card Sorting Test) en gemelos monocigóticos discordantes (uno esquizofrénico y el otro normal), Weinberger (1992) reporta aumento del hipotálamo asociado con disfunción prefrontal en la ejecución de tareas de memoria en el gemelo esquizofrénico.

Estudios de tomografía axial computarizada e imágenes de resonancia magnética han aportado evidencias de dilatación ventricular y aumento de surcos de la corteza prefrontal en esquizofrénicos con predominancia de síntomas negativos (Ordoñez, 1993., Gur, 1994).

Stevens (Ordoñez, 1993) al revisar los estudios histopatológicos efectuados en esquizofrénicos reporta que el tipo de lesión que se ha descrito en estos corresponde a gliosis reactiva, lo cual es una evidencia firme, pero inespecífico, de un proceso inflamatorio no progresivo. Las áreas afectadas comprenden las áreas periventriculares del diencefalo, la región periacueductal del mesencéfalo, la región basal del encéfalo anterior, el hipotálamo, el tegmento mesencefálico y la substancia innominada.

Retomando los dos síndromes planteados por Crow, se ha postulado que el tipo I o los llamados síntomas positivos (delirios alucinaciones, conducta abigarrada) dependen de hiperactividad dopaminérgica en el sistema límbico. No existen alteraciones estructurales, al menos detectables mediante las técnicas de imagen. Las pruebas neuropsicológicas tipificadas arrojan resultados normales en estos pacientes. La



remisión de los síntomas psicóticos esta en proporción directa a la capacidad de los fármacos neurolepticos para bloquear los receptores dopaminérgicos. El comienzo es agudo, el ajuste premórbido normal y, tras la remisión de lo psicótico-florido, se alcanza un buen funcionamiento social.

Por el contrario, en el síndrome tipo II, los llamados síntomas negativos se contraponen como un negativo a los anteriores (aplanamiento afectivo, apatía, aislamiento) y están en relación con pérdida neuronal selectiva periventricular o prefrontal. Las técnicas de imagen descubren frecuentes anomalías cerebrales, sobre todo aumento de tamaño en ventrículos. Las pruebas neuropsicológicas tipificadas ofrecen bajos resultados como consecuencia, quizá, de lesión cerebral o trastorno atencional. Los síntomas se producen insidiosos sobre una historia prolongada de mala adaptación social. El curso, crónico, se dirige hacia un deterioro generalizado. Existe una baja respuesta a los neurolepticos.

En los casos mixtos (menos frecuentes), aparecen simultáneos síntomas clasificables como positivos y negativos, pacientes del tipo I desarrollan síntomas del tipo II (incluso pierden sus síntomas positivos), en otros casos, pacientes del tipo I, al remitir los síntomas floridos, emergen síntomas del tipo II, es infrecuente que pacientes con síntomas negativos (tipo II) pierdan dichos síntomas una vez establecidos. (Colodrón, 1990., Ordoñez, 1993., Gur, 1994).

Dentro de este contexto podemos concluir retomando el modelo conceptual de Weinberger (Ordoñez, 1993) quien integra los hallazgos neurobiológicos y clínicos en un modelo de neurodesarrollo. De acuerdo a éste, se produciría en una etapa muy temprana de la vida, posiblemente perinatal, una lesión en el área periventricular. Se trata de una lesión estática muy circunscrita, cuya evidencia posterior es la gliosis inespecífica. Clínicamente nada sugiere que el individuo este ya afectado durante sus dos primeras décadas de vida, a no ser ciertos rasgos de personalidad esquizoide. Después de esta etapa asintomática, en la adolescencia tardía, o madurez temprana, con toda su carga de estrés adicional: necesidad de adaptación a presiones sociales, económicas, escolares, de formación de pareja, familia y vida en comunidad, emerge la constelación de síntomas psicóticos, en forma insidiosa o aguda, con síntomas positivos, negativos o ambos.

Este brote psicótico en ese momento específico del desarrollo se explicaría porque el sistema límbico se vuelve funcionalmente más activo en la adolescencia, al responder a demandas cada vez mayores de orden social e interpersonal. El sistema límbico, lesionado desde la etapa perinatal, expresa su compromiso funcional con una sobreactividad dopaminérgica responsa-

ble de los síntomas positivos. La enfermedad, al seguir un curso fluctuante, con exacerbaciones y remisiones conduce a un deterioro progresivo en todas las esferas; intelectual, social, afectiva. Este deterioro puede ser sutil, detectable sólo bajo determinadas circunstancias, o puede ser incapacitante y condicionar internamiento crónico. El estado clínico residual que presentan muchos pacientes con asociatividad, apatía, aplanamiento afectivo y falta de iniciativa se correlacionan esencialmente con disfunción prefrontal. De esta forma se sugiere un circuito límbico-prefrontal involucrado.

La lesión inicial, perinatal, que inicia toda la cadena de eventos, podría ser genética, adquirida o resultado de la interacción entre determinado lote genético susceptible y un estresante ambiental específico (Ordoñez, 1993., Weinberger, 1992).

En este punto podemos retomar la inquietud inicial respecto a definir a la esquizofrenia como enfermedad, trastorno o síndrome y en contrasentido a lo planteado por Ordoñez (1993), quien la sitúa como trastorno, consideramos que existen las suficientes evidencias para considerarla como un síndrome (cuadro clínico de tipo positivo, negativo o mixto, fisiopatología única con predominio de disfunción prefrontal o límbica y una etiología diversa; lote genético predisponente, factor ambiental estresante o ambos), pero independientemente de lo anterior, los estudios revisados nos permiten vislumbrar que nos encontramos ante una sola entidad nosológica que se manifiesta a diferentes niveles psicopatológicos y que abarca a otras psicosis. Inclusive Schneider consideraba que entre la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva la diferencia sólo era de "tipología", no un diagnóstico diferencial. Schneider también sostenía que el factor genético interviene en la esquizofrenia (Huber, 1994).

En el presente capítulo hemos revisado algunos estudios sobre la sintomatología, diagnóstico y etiología de la esquizofrenia, así como algunas interrogantes y controversias que se generan al respecto. En México, por las características de país en desarrollo, la investigación es más restringida y actualmente los esfuerzos de algunos investigadores se enfocan hacia la rehabilitación psicosocial del enfermo. Esta situación la revisaremos con más detalle en el siguiente capítulo.

### CAPITULO 3

#### LA EVALUACION PSICOMETRICA DEL ENFERMO MENTAL EN MEXICO

"Precisa que el psicólogo<sup>1</sup> se entienda en la observación y la apreciación científica de cuanto sea mensurable, sin por ello perder su fé en la radical incommensurabilidad del valor humano."

Mira y Lopez

La práctica asistencial del enfermo mental en México se remonta a la época prehispánica en la cultura azteca, caracterizada por un pensamiento mágico sincrético, esto es, un pensamiento que integra en un todo homogéneo, múltiples elementos heterogéneos. De esta manera observamos que conviven hombres y dioses, elementos naturales y divinidades extrafísicas. Entre los aztecas no existía el concepto de "alma" tal como hoy lo manejamos, en su lugar encontramos en ellos el concepto "rostro-corazón" como base de la personalidad o lo psicológico. El equilibrio de la relación rostro-corazón es lo que determina la "salud mental" de los individuos, la ruptura o desequilibrio de esta relación ocasionaba los trastornos de la personalidad. En la organización social azteca encontramos al "Tonalpouhqui" como especialista reestructurador de la personalidad. Dicho sacerdote, por medio de la palabra buscaba restablecerle el rostro y recuperar el "yo". Era formado en el "Calmecac", la institución de enseñanza exclusiva para los nobles. Allí, se les enseñaba a leer el "Tonamátli", el libro de los destinos (Valde-rrama, 1985., Leon, 1985.).

En la época colonial de dominación española, la asistencia psiquiátrica del enfermo mental siguió el modelo asistencial árabe que imperaba en España, caracterizado por la práctica de la caridad y protección al desamparado. La asistencia psiquiátrica era proporcionada por ordenes religiosas y fundamentalmen-

---

1. De la cita original de Mira y Lopez se ha modificado "el psicopatólogo" por "el psicólogo".

te se suscribía a 2 instituciones; el "Asilo", para atención de hombres, considerado la primer institución psiquiátrica de tipo asistencial de América, establecido en 1560 en el antiguo convento de San Hipólito por Fray Bernardino Alvarez, fundador de la Orden de la Caridad o de San Hipólito, que se encargo de la administración de la institución hasta 1877, y "La Canoa", hospital psiquiátrico asistencial, para la atención de mujeres, fundado en 1677 por Jose Saguayo, un humilde zapatero quien con la ayuda de su esposa instaló esta institución en su propia casa. Cuando Sagayó no pudo más sostener el hospital, en 1700, la Orden religiosa del Divino Salvador se encargó de éste (Marcos, 1983., Jurado, 1982).

La llegada de Juárez a la presidencia del país y la consecuente promulgación de las leyes de Reforma modifica las condiciones de la práctica asistencial psiquiátrica. La ley de desamortización de bienes eclesiásticos y de desaparición de ordenes religiosas propicia que en 1877 desaparescan las ordenes religiosas que administraban los hospitales de el Asilo y la Canoa (Basaglia, 1980). A partir de este momento el estado mexicano asume la responsabilidad y control de estos centros asistenciales psiquiátricos<sup>1</sup> a través del Departamento de Beneficiencia Pública, dependencia de la Secretaría de Gobernación, que en 1917 se convierte en el Departamento de Salubridad, y que finalmente en 1943 se constituye como Secretaría de Salubridad (Marcos 1983).

El Estado liberal mexicano reproduce en México los modelos de asistencia psiquiátrica extranjeros, principalmente los ingleses y franceses. La legislación sobre enfermos mentales producida un poco después, es copia de la francesa de 1838.

Una sobrepoblación de enfermos y deplorables condiciones de los inmuebles citados motiva en 1910 la creación del Manicomio de la Ciudad de México nombrado La Castañeda (por estar situado en la ex-hacienda de Los Castaños), inaugurado por Porfirio Díaz. En la Castañeda se consagra el tratamiento moral como la alternativa de asistencia psiquiátrica.

La Castañeda subsiste como único centro hospitalario psiquiátrico institucional hasta el año de 1967. Este periodo se caracteriza por la implantación del tratamiento moral para la readaptación social del enfermo, por un lado, y la introducción de los tratamientos físicos (como la cura de sakel, 1934 y la terapia de electrochoque de Cerletti, en 1938) y químicos (el uso del primer psicofármaco, fenotiazina, en 1952). Las condiciones de deterioro del inmueble y

---

1. La administración estatal en el ámbito de la salud mental persiste hasta el momento actual.

hacinamiento (llegaron a vivir 3000 enfermos ahí concentrados) en la Castañeda fueron tales que hacia los 50's se generó una reacción pública de condena y entre 1963-1967 se realizó el proyecto Operación Castañeda consistente en la desconcentración del manicomio general con la construcción de 11 nuevos centros hospitalarios (2 para enfermos agudos y 9 para enfermos crónicos) generalmente periféricos.

La Operación Castañeda incluía la concentración de los enfermos neurológicos en un centro especializado; el Instituto Nacional de Neurología.

Los nuevos centros hospitalarios se erigieron sobre la filosofía de crear ambientes trapeúticos, con grandes áreas verdes, modernas instalaciones y terapia recreativa y ocupacional (Basaglia, 1980).

Posteriormente se establecieron 16 instituciones públicas más, así como pisos psiquiátricos en hospitales como IMSS, ISSSTE, etcetera (Marcos, 1983).

En 1921, el psicólogo Rafael Santamarina trabajando en el psiquiátrico La Castañeda, realiza la primera adaptación de la prueba de inteligencia francesa Binet-Simón, aunque su trabajo estaba enfocado a su aplicación en infantes (Valderrama, 1985).

En 1925, Enrique Aragón, otro psicólogo pionero en México, escribe el reporte "La enajenación mental en México", elaborado a petición de la Junta de Beneficiencia Pública, el cual tiene el carácter de anteproyecto para proponer las reformas que ameritaba el Manicomio de La Castañeda.

Una primer necesidad que detectó Aragón en su estudio de la institución fué la de contar con expedientes o "células" de cada uno de los pacientes que contuvieran sus datos completos, incluyendo diagnóstico, así como evaluaciones psicotécnicas, lo que redundaría en poder clasificar adecuadamente a los internos y orientar la política del hospital para distribuir a los pacientes. Al respecto señalaba Aragón "el quietismo en el que se ha encontrado el manicomio, por ejemplo en lo que toca a los idiotas y a los imbéciles, éstos están mezclados con enfermos de diversa naturaleza, además parece como si no existieran los procedimientos, desde Binet, Simón, Terman, pues todo queda reducido a labores manuales (...) los métodos y procedimientos psicotécnicos, hoy profusamente conocidos, hay que aprovecharlos y someter a los individuos comprometidos a un examen de clasificación y de esta manera, darles su lugar a las pruebas o tests que científicamente les corresponde".

El sistema de expedientes o "células" que propone Aragón contendría los siguientes puntos a evaluar de cada paciente: datos generales del paciente; antecedentes personales; antecedentes familiares; influencias escolares y sociales; enfermedad actual; examen físico y antropológico; anomalías del tamaño de morfología y de simetría; exploración de los órganos de los

sentidos y del sistema nervioso (tiempos de reacción); examen psíquico que cubriría: escala intelectual, grafología, taquitoscopia y lenguajes; examen de las formas superiores del conocimiento (con el auxilio de procedimientos psicotécnicos como los tests o pruebas adaptadas al país como la B.S.T.M.<sup>1</sup>); afecciones y finalmente la síntesis psíquica en la que se analizaría la personalidad de cada paciente entrevistado.

Como se puede observar en estas breves notas, Aragón tenía una intención definida para emplear los tests como una herramienta para solucionar la falta de criterios en la caracterización psicológica de los pacientes del hospital. El prefería las pruebas psicológicas junto con una célula o "historia clínica" para evaluar la patología de los pacientes, que continuar con el empirismo hasta el momento practicado (Valde-rrama, 1983).

Federico Pascual del Roncal dio a conocer en 1949 su libro "Teoría y Práctica del Psicodiagnóstico de Rorschach" en el cual presenta los resultados de la aplicación en más de 1500, entre sujetos normales y enfermos mentales, de la prueba proyectiva, siendo además ésta la primer obra en lengua hispana del Test de las manchas de tinta.

Estos son los antecedentes más remotos registrados sobre la evaluación psicométrica del enfermo mental en México, a partir de la década 60 comienza a desarrollarse en forma sostenida esta especialidad de la psicología clínica.

En 1960 se establece en La Castañeda un Departamento de Psicología en el que Luis Lara Tapia junto con un grupo de psicólogos realiza el primer estudio psicométrico de diagnóstico diferencial en enfermos psiquiátricos en México. La investigación responde a un programa piloto para elegir a los internos con mejor pronóstico de rehabilitación para ser trasladados en un primer grupo al nuevo hospital psiquiátrico de "Tepeapan" y posteriormente, en 1963, seleccionan a un segundo grupo para el hospital de "Zoquiapan". De esta forma Lara Tapia utiliza por vez primera la Escala de Inteligencia de Wechsler (WAIS) en enfermos esquizofrénicos. Lara T. realiza también la traducción y adaptación mexicana de la escala.

En su investigación titulada "Variables diagnósticas para diversos cuadros patológicos a través de la escala de Wechsler", Lara T. estudia una muestra de 143 pacientes, compuesta por 93 esquizofrénicos; de los cuales 40 son diagnosticados del tipo paranoico, 26 del tipo simple, 17 hebefrénicos y 10 catatónicos, y 50 pacientes epilépticos (además de un grupo control

---

1. B.S.T.M.: Binet, Simón, Terman, México., adaptada por Pablo Boder (colaborador de E. Aragón) en 1925 (Jurado, 1982).

de sujetos "normales"). Los pacientes fluctuaban entre edades de 15 a 67 años de edad, estando en el grupo paranoide los de mayor edad, y tiempos de evolución también variables de 1 mes a 30 años, estando también en el grupo paranoide los de mayor tiempo evolutivo (en el grupo epiléptico las edades fluctuaban entre 16 a 57 años con tiempos de evolución de 1 a 50 años). Los resultados de Lara T. muestran en forma general que aunque se encuentran diferencias en los perfiles de los grupos esquizofrénicos, estas no son a niveles significativos, no así entre el grupo esquizofrénico, el grupo epiléptico y el grupo control en donde si son significativas las diferencias, siendo el grupo epiléptico el más deteriorado (lógicamente el mejor conservado resultó el grupo control). En el grupo esquizofrénico se encuentra mejor conservada la escala verbal contra la ejecutiva, encontrándose en el grupo epiléptico las dos escalas deterioradas por igual. Dentro de los grupos esquizofrénicos el menos deteriorado resulta el grupo paranoide. Además reporta que la escala verbal correlaciona negativamente con el tiempo de evolución (Lara, 1965).

En otro estudio clásico, en 1963, Valle Gomez investigó la disminución de habilidades mentales en enfermos esquizofrénicos crónicos a través de la escala Wechsler-Belevue<sup>1</sup> y el test de Rorschach. Su muestra estaba compuesta en un 80% por esquizofrénicos paranoides ( y 20% hebefrénicos), con un promedio de internamiento de 9.6 años. Sus resultados muestran un deterioro cognitivo de 29% en promedio, siendo los subtests de Información, Vocabulario y Cubos los menos deteriorados y los de dígitos y símbolos, ordenamiento de láminas y completamiento de figuras los más afectados (Valle, 1963).

Joyce Andresen reportó en 1971 un análisis diferencial de la inteligencia en dos grupos de esquizofrénicos (paranoides y no paranoides) del hospital psiquiátrico para agudos Fray Bernardino Alvarez, utilizando la escala de inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS) y el test de matrices de Raven. Aunque no encuentra diferencias significativas entre los coeficientes de inteligencia de los dos grupos estudiados (38 paranoides y 23 no paranoides), la importancia del estudio radica en que Joyce realiza un análisis comparativo de sus resultados con los obtenidos por Luis Lara Tapia en 1962 en el manicomio general de La Castañeda, encontrando en general puntajes más altos entre los pacientes del Fray Bernardino en los subtests de Comprensión, Aritmética, Semejanzas, Diseño con bloques y Ordenamiento de Dibujos, así como

---

1. Antecedente de la actual escala de inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS).

en los tres coeficientes intelectuales (verbal, ejecutivo y total), siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Joyce, 1971).

En este mismo año, 1971, Escalante reportó una investigación en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal a los cuales evaluó con los tests Escala de Inteligencia WAIS, Visomotor de Bender y Test de la Figura Humana de McKover en un estudio pre y post-operatorio de implantación de electrodos en zonas profundas del lóbulo temporal. Escalante reporta presencia de deterioro intelectual (en el WAIS), el cual disminuyó después de la operación y signos de organicidad (en el Bender) que se acentuaron en el estudio post-operatorio. Esta investigación presenta el inconveniente de contar solamente con 5 pacientes como muestra de estudio, por lo que los resultados no son significativos, además de que uno de los pacientes también fué sometido a una lobotomía. (Escalante, 1971).

En un estudio en esquizofrenicos, Puerta en este año (1971), a través de la escala de memoria de Wechsler investiga diferencias entre sexos al respecto sin resultados significativos (Puerta, 1971).

Se puede considerar la tesis de Espinoza, en 1974 como la primer exploración neuropsicológica en México de enfermos mentales utilizando el WAIS y Bender. En su diseño Espinoza conforma 3 grupos: el experimental, conformado por enfermos psiquiátricos orgánicos, el grupo neurológico, conformado por pacientes con lesión cerebral y el grupo control psiquiátrico, conformado por pacientes mentales no orgánicos. En forma general, Espinoza observó, a través del WAIS, un mejor desempeño intelectual del grupo psiquiátrico (no orgánico), siendo el grupo neurológico el de mas pobre rendimiento (a niveles significativos). La misma situación prevaleció en la ejecución del test de Bender, aunque las diferencias solo fueron significativas en algunas variables. Cabe señalar que Espinoza incluyó en el grupo psiquiátrico experimental a los esquizofrénicos y psicóticos en general.

La Escala de Inteligencia de Wechsler, junto con el Test Guestáltico Vismotor de Bender han sido de las pruebas psicométricas más utilizadas, en el diagnóstico diferencial como en la evaluación neuropsicológica a nivel internacional (Colodrón, 1990., Friedt, 1989), como nacional (Morales, 1983., Alanis, 1984., Mandujano, 1991).

En 1967, Castro de la Cruz reporta uno de los primeros estudios en que se utiliza el test Guestáltico Vismotor de Bender en enfermos mentales, en este caso en 40 pacientes psicóticos en un estudio pre y post-tratamiento psicofármaco experimental en el cual detecta 11 variables de 20 en las cuales se observa mejoría en el desempeño post-tratamiento (Castro de la Cruz, 1967).



Más adelante, San Román en 1968 realiza un estudio comparativo entre el test de Bender y el E.E.G. con fines de diagnóstico de organicidad en enfermos mentales (San Román, 1968), estudio que previamente había realizado Capello en 1963, pero en niños sordos (Capello, 1963).

Lara Tapia es también uno de los investigadores nacionales más influyentes en la utilización del Test Guestáltico de Bender al diseñar su propio sistema de calificación de la prueba para la evaluación diagnóstica del enfermo psiquiátrico. Trabajo realizado en el Departamento de Investigaciones Psicológicas del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" (Joyce, 1971).

En 1972, Thomas Jimeno realizó un estudio comparativo entre las dos pruebas guestáltico visomotoras Bender y Ellis en un grupo de 32 pacientes psicóticos, los resultados no mostraron concordancia entre las dos pruebas estudiadas, el cual era el interés principal del autor (Thomas, 1972).

Parrodi realizó en 1982 un estudio diagnóstico comparativo entre 3 grupos psiquiátricos; 31 esquizofrénicos paranoides, 31 esquizofrénicos no paranoides y 31 enfermos orgánicos, a través del test guestáltico visomotor de Bender siguiendo el método de calificación de 25 variables propuesto por el Dr. Luis Lara Tapia. Los resultados mostraron diferencias significativas entre el grupo esquizofrénico paranoide y el grupo no paranoide en cuatro variables (orden, primitivización, condensación y perseveración). En la comparación entre el grupo paranoide y el grupo de enfermos orgánicos se encontraron seis variables (espacio en blanco, borroneo, curvatura-aumento, fragmentación, cierres y elaboración) con diferencias estadísticamente significativas. Y en la comparación entre el grupo de esquizofrénicos no paranoides y el de enfermos orgánicos las diferencias significativas se detectaron en 8 variables (espacio en blanco, repaso de líneas, datos de impotencia, uso de margen, firmeza de líneas, primitivización, curvatura-aumento y cierres). En forma general, los resultados de Parrodi apuntan hacia un mayor deterioro, reflejado en una ejecución más imperfecta, en el grupo de pacientes orgánicos y un mejor desempeño en la prueba por parte del grupo de esquizofrénicos paranoides (Parrodi, 1982).

Los anteriores estudios representan los antecedentes directos de la actual investigación psicométrica enfocada más hacia el diagnóstico diferencial y la evaluación neuropsicológica y dentro de este último aspecto, sobresaliendo el interés por estudiar el deterioro presentado en los enfermos mentales.

El DSM-III-R refiere un deterioro general en el esquizofrénico (APA, 1988), y aunque el ICD-9 establece que la capacidad intelectual se conserva, reconoce

la posibilidad de que se presente un deterioro cognitivo con el tiempo (Colodrón, 1990). Sin embargo, diversos autores a nivel internacional reportan deterioro de tipo cognitivo en esquizofrénicos (Crawford, 1994., Paulen, 1994., Crane, 1993), y como hemos revisado, en México también se han presentado reportes, aunque no concluyentes, al respecto.

Quiroga (1984) cita un significativo deterioro general en enfermos mentales con una larga permanencia en hospitales psiquiátricos, sin embargo no precisa deterioro cognitivo en estos enfermos.

Kraepelin introdujo el término de "deterioro mental" para definir la disminución progresiva de la eficiencia intelectual con el transcurso de la edad (Valle, 1963).

Wechsler define el deterioro mental "Cuando un individuo no es capaz de proseguir sus trabajos intelectuales con la misma rapidez, precisión ó eficiencia que precedentemente caracterizaba su nivel de funcionamiento" (Morales, 1985).

Anastasi (1974) hace una diferenciación entre Deficiencia Mental y Deterioro Mental; señalando que en la primera, el individuo nunca alcanza un funcionamiento intelectual normal, mientras que en la segunda desciende de un nivel previo superior.

Valle (1963) menciona que el término de Deterioro Mental no implica necesariamente una etiología lesional u orgánica y sí, una baja de la eficiencia o disminución de las habilidades mentales.

En el presente estudio manejaremos el término de deterioro cognitivo para referirnos al deterioro intelectual o mental y en sí a todas las funciones corticales superiores como son; la memoria, el pensamiento, el lenguaje, la percepción, gnosias y praxias, acorde a las premisas de la neuropsicología (Luria, 1977).

Harriet Babcock es de los primeros investigadores del estudio psicométrico del deterioro cognitivo. En 1930 diseña una escala que fué revisada en 1933, y por segunda ocasión en 1941, que consistía básicamente en emplear dos tests o grupos de tests; el primero sirviendo de comparación a la eficiencia anterior del individuo; el segundo midiendo su eficiencia actual. La falta de estandarizaciones por edades cronológicas limitó su uso.

David Wechsler es quien considera los niveles de edad y comprueba que la baja de nivel con la edad se produce de manera variable, de acuerdo con el test utilizado.

Wechsler y Hunt trabajando con la escala del primero (WAIS) calcularon diversos coeficientes. Primero colocaron aquellos que se mantenían con la edad y luego otro grupo cuya resolución se dificulta con ésta.

1.- Test que se "mantienen con la edad"

Información  
Vocabulario  
Ensamble de objetos  
Completamiento de figuras  
(El test de "comprensión general"  
pertenece a este grupo, aunque su  
estabilidad es mucho menor a la del  
resto).

2.- Test que no se "mantienen con la edad"

Retención de dígitos.  
Aritmética  
Símbolos de dígitos  
Diseños con bloques  
(Los test "semejanzas y ordenamiento de  
figuras pertenecen también a este grupo  
pero se han excluido del cálculo de  
"índice de deterioro" debido a su mayor  
variabilidad (Lara, 1965)).

Wechsler utiliza la siguiente fórmula para obtener el Índice de Deterioro:

$$\frac{M - 5/6 NM}{M} \times 100 = \text{_____} \% \text{ I.D.}$$

Donde:

M = Suma de puntuaciones (puntajes pesados)  
de subtests que se mantienen con la  
edad.

NM = Suma de puntuaciones (puntajes pesados)  
de subtests que no se mantienen con la  
edad.

El deterioro cognoscitivo ocasionado por la persistencia prolongada de una enfermedad mental, ha sido evaluado principalmente por tres procedimientos utilizando la escala de Wechsler (WAIS).

El procedimiento más directo es comparar el puntaje obtenido del C.I. corregido por la edad, que pueda ser esperado en vista de sus antecedentes educacionales, nivel cultural e historia ocupacional. Un C.I. obtenido más bajo que un C.I. esperado más allá de los límites normales establecidos empíricamente

puede ser interpretado como una posibilidad de la presencia de la enfermedad mental. Una seria limitación de este procedimiento, es el que muchos pacientes con enfermedad mental no muestran una declinación global de la inteligencia general, de gravedad suficiente para ser reflejada en una baja significativa de puntaje del C.I. del WAIS, lo que puede provocar falsos resultados.

Un segundo procedimiento consiste en comparar tareas supuestamente menos sensibles contra tareas más sensibles, por ejemplo; el subtest de aritmética comparado contra el de diseño con bloques.

El tercer procedimiento consiste en enfocar la atención en aquellos sub-tests que la experiencia clínica indica que son los más frecuentemente deteriorados en pacientes con enfermedad mental (diseño con bloques, aritmética, símbolos con dígitos). Este es un procedimiento racional pero la plena explotación de su valor clínico depende de la disponibilidad de estándares normativos de ejecución, válidos y precisos en relación con la edad, antecedentes ocupacionales y sexo (Espinoza, 1976).

Otro procedimiento también frecuentemente utilizado es el de comparar la escala de Wechsler o alguno de sus subtests con otra prueba similar o equivalente, tal es el caso del estudio realizado por Crawford (1993) en el que aplico la escala verbal del WAIS y un test de fluidez verbal a un grupo de esquizofrénicos. Los puntajes de ambas pruebas fueron significativamente más bajos que los puntajes de un grupo control normal. En este mismo estudio Crawford implementó una ecuación de regresión predictiva de acuerdo a C.I. vs edad. Los puntajes fueron significativamente más bajos que los puntajes predichos por la ecuación de regresión.

Laureta Bender fué la primer investigadora del Test Gestáltico Visomotor en esquizofrénicos con fines de diagnóstico diferencial (Bender, 1983). También el Test de Bender ha sido utilizado como prueba alternativa de Apraxia constructiva (Alanis, 1984), así mismo, se ha intentado obtener de la aplicación del test predictores de funcionamiento intelectual, tanto a nivel normal como en su retardo y deterioro (Michaca, 1965., Morales, 1985., Lara, 1995).

La prueba proporciona una correcta estimación del desarrollo visomotor en general, paralelo al desenvolvimiento mental del niño. La función gestáltico visomotora esta asociada con diversas funciones de la inteligencia de ahí que, midiendo en el sujeto el nivel de maduración de la función gestáltica visomotora por la copia de las figuras gestálticas, se puede establecer su nivel de maduración intelectual (Espinoza, 1976).

Estudios comparativos en enfermos en recuperación de una lesión cerebral o en etapas postconvulsivas han

denotado una ejecución del Bender con tendencia hacia los patrones primitivos, similares a los manifestados por los infantes en su etapa de desarrollo evolutivo. Al respecto, Bender considera que todas las figuras son reproducidas satisfactoriamente a la edad de 11 años y que los adultos sólo añaden perfección motora o en detalles de tamaño y distancias (Parrodi, 1982).

El aspecto esencial del funcionamiento cortical se refleja en la ejecución del Test Visomotor de Bender. Las reproducciones que resultan de la fragmentación, destrucción y primitivización de las gestalten son obtenidas regularmente por niños menores de 6 años, por pacientes inmediatamente después de terapia convulsiva, por individuos con lesiones cerebrales o seniles, es decir, cuando hay un déficit orgánico total (en los niños sería solamente una etapa evolutiva). Mientras mayor sea el déficit cortical, ya sea por terapia convulsiva, amnesia, falta de maduración o traumatismo, mayores son las desviaciones del estímulo (Parrodi, 1982).

En resumen, los estudios relativos a las perturbaciones de las gestalten perceptuales-motoras en las lesiones orgánicas cerebrales, indican que los principios gestálticos no son nunca fijos, sino que constituyen la respuesta integradora de la personalidad total a una situación determinada, y que en las lesiones cerebrales desintegradoras, dichas respuestas tienden a regresar a niveles más primitivos, observándose que tan pronto el cerebro se recupera, aquellas, al retornar a las respuestas integradoras superiores, tienden a seguir las leyes de la maduración evolutiva (Parrodi, 1982).

Respecto a la esquizofrenia, Lauretta Bender observó las siguientes características en la ejecución de la prueba en sus pacientes estudiados:

Signos de disociación de la figura como un todo:

- 1.- Adherencias: amontonamientos, superposiciones, conglomeraciones.
- 2.- Fragmentación.
- 3.- Sustitución de puntos por círculos.
- 4.- Representación de líneas punteadas como líneas ondulantes.
- 5.- Tendencia a la perseveración de una copia a otra.
- 6.- Micropsia (disminución de la figura).
- 7.- Rotación
- 8.- Acentuación de planos horizontales.
- 9.- Exclusión de formas en cruz y formas angulosas.
- 10.- Falla en la configuración total ó en la integración adecuada de una o más partes en el todo.
- 11.- Desplazamiento.
- 12.- Tratamiento de la figura a nivel concreto. (Thomas, 1972).

En la esquizofrenia se encuentra, no solo la

anormal desintegración de funciones que normalmente constituyen una totalidad, sino también la incapacidad de lograr la asociación de funciones que tienden a mantenerse demasiado juntas. Estas observaciones llevaron a Bender a la conclusión, paradójicamente, de que a más alto nivel intelectual mayor número de posibles disociaciones (en los esquizofrénicos), dado que las funciones integradoras y asociativas son más elaboradas (Cruz, 1967).

Resumiendo, la percepción, las habilidades motoras y las funciones organizadas y asociativas de las gestalten están sujetas a un proceso de maduración y dichas funciones pueden o no realizarse, sufrir una desorganización o deteriorarse y todo esto puede ser detectado a través de esta prueba.

En México, son dos los estudios más recientes sobre deterioro congoscitivo en enfermos psiquiátricos. En el primero, Lara y Miranda (1995) aplicaron los tests de WAIS, Bender y MMPI a un grupo heterogéneo de 30 enfermos psicóticos crónicos. La muestra procedía de un hospital de corta estadia (Instituto Nacional de Neurología) pero con la característica de tener todos los pacientes múltiples ingresos. En la escala de Wechsler, fallas en la atención espontánea y tendencia a simplificar en los procesos de juicio, cálculo y abstracción son los resultados más significativos, así como un índice de deterioro cognitivo promedio del 13% y un coeficiente intelectual normal bajo promedio. Respecto al test de Bender, como indicadores de este deterioro observaron percepción inexacta, rotaciones, macrografía, sustitución y modificación de la figura y en general un puntaje de anormalidad que involucra prácticamente a todos los pacientes, independientemente del diagnóstico, aunque mayor en los trastornos mentales orgánicos (Lara y Miranda, 1995).

En el otro estudio Lara y Guerrero (1995) aplicaron los mismos instrumentos psicológicos (WAIS, Bender y MMPI) a una muestra homogénea compuesta por 30 epilépticos del lóbulo temporal, 30 enfermos con trastornos mentales orgánicos y un grupo psiquiátrico control compuesto por 30 esquizofrénicos. No se encontraron diferencias significativas, con respecto a la escala de Wechsler, entre los grupos, con excepción del subtest de retención de dígitos. En general se observó una mejor conservación de la escala verbal. Los resultados mostraron similitud en la desorganización cerebral entre los enfermos mentales comparados con los de daño estructural. Los hallazgos indican pérdida de la integración cerebral más que una localización precisa (Lara y Guerrero, 1995), lo cual concuerda con lo reportado por Blanchard (1974) en el mismo sentido.

Estas dos investigaciones se suscriben dentro del movimiento denominado rehabilitación psicosocial que a partir de las décadas 70 y 80 comienza a desarrollarse y que surge como una alternativa al inmovilismo del tratamiento psiquiátrico tradicional, pero en contraposición al escepticismo de la corriente antipsiquiátrica. Definida por Saraceno (1974), la rehabilitación psicosocial es el conjunto de todas las actividades tendientes a la maximización de oportunidades del individuo para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad.

La rehabilitación psicosocial comienza por reconocer la deteriorización generalizada "o el síndrome de institucionalización" del enfermo psiquiátrico crónico propiciado por el prolongado confinamiento de los pacientes en las instituciones asistenciales psiquiátricas. En el caso específico de los pacientes psicóticos<sup>1</sup>, si bien reconocen el potencial terapéutico de los psicofármacos neurolépticos, cuestiona la despersonalizada relación médico-paciente-familia-comunidad tradicional que desatiende aspectos como la reintegración social del enfermo y factores desencadenantes de recaídas.

La investigación de salud mental en México no ha sido ajena a esta concepción reformista, lo cual se refleja en los trabajos de Quiroga y Valencia en la década de los 80 (I.U.Psy.S., 1984) y Lara Tapia y Valencia más recientemente (S.M.P., 1995).

En el transcurso de estos tres capítulos hemos delineado tres problemas centrales íntimamente relacionados. Por una parte denotamos el síndrome mental de la esquizofrenia que se presenta como el de mayor incidencia dentro de las afecciones psiquiátricas. El modelo tradicional de atención de estos pacientes propicia la cronicidad que se refleja en un deterioro generalizado y más específicamente (lo que es nuestro interés de estudio) en un deterioro cognoscitivo, que aunque ha sido estudiado, no ha sido confiablemente cuantificado. Por otro lado hemos observado la utilidad diagnóstica y evaluativa de los instrumentos neuropsicológicos como la escala de inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS) y el test gúestáltico visomotor de Bender (Colodrón, 1990), proporcionando inclusive, en el caso específico de la escala de Wechsler, índices precisos y confiables de deterioro cognoscitivo, y en el caso del test de Bender indicios más generales, como modificaciones en el tamaño de la figura, perseveraciones, rotaciones y modificaciones o sustituciones de las mismas o parte de ellas, más no

---

1. Los pacientes psicóticos ocupan el mayor número de camas de los hospitales psiquiátricos (Colodrón, 1990)

por ello menos significativos. Otro aspecto importante a considerar es el de la rehabilitación psicosocial como alternativa viable y eficaz para la reintegración familiar y comunitaria del esquizofrénico crónico. Esta rehabilitación se verá beneficiada al contar con índices confiables de deterioro cognoscitivo que sustenten la elaboración de programas rehabilitatorios individualizados a cada paciente.

Bajo estas premisas el objetivo de la presente tesis es el de cuantificar el deterioro cognoscitivo que presentan los enfermos psicóticos crónicos, más específicamente los esquizofrénicos, evaluado a través de la escala de inteligencia para adultos de Wechsler y el test gestáltico visomotor de Bender, lo anterior en apoyo a los programas de rehabilitación psicosocial en México.



## CAPITULO 4

### METODO

#### 4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el desarrollo de los capítulos precedentes hemos observado la complejidad que presenta la esquizofrenia como entidad nosológica y problema de salud. Las estadísticas concuerdan en una prevalencia promedio del 1 al 2 % en la población, siendo el síndrome mental que mayor número de camas ocupa en los hospitales psiquiátricos. Hemos vislumbrado que la terapéutica, a través de los tiempos, ha sido de lo más variada con escasos resultados positivos. Observamos que el recluimiento o internamiento de éstos en las instituciones psiquiátricas ha sido el tratamiento más frecuentemente empleado y que sin embargo este recluimiento propicia, por el tipo o condiciones de hospitalización, una mayor cronicidad o deterioración global del enfermo. En particular, el deterioro cognoscitivo que presenta el esquizofrénico crónico ha sido ampliamente documentado a nivel internacional, más no así en México, en donde, por sus características de país en desarrollo, la investigación psiquiátrica se encuentra más restringida. La investigación de Lara Tapia en 1963, es el primer y único estudio real de exploración de deterioro cognitivo en esquizofrénicos crónicos en México, y en éste evidencia las condiciones deplorables del antiguo manicomio "La Castañeda" que propiciaban un mayor detrimento del enfermo mental. La desconcentración del antiguo manicomio general en modernos hospitales-granja, con programas de rehabilitación integral, fué el principal objetivo del plan "Operación Castañeda", en el que se suscribió la investigación de Lara Tapia.

Por otra parte, en las dos últimas décadas se ha desarrollado el movimiento de Rehabilitación Psicossocial como alternativa real para el enfermo mental crónico, teniendo como marco central de acción el reconocimiento de estas condiciones deprimentes hospitalarias como propiciatorias de un mayor deterioro del enfermo y la aplicación de técnicas rehabilitatorias

tendientes a la reinserción funcional del enfermo en su medio socio-familiar, ante la imposibilidad (por el momento) de proporcionarle una curación completa.

Es evidente que un adecuado programa de rehabilitación psicosocial del enfermo esquizofrénico se verá beneficiado en gran medida de índices precisos del deterioro cognitivo que puedan presentar este tipo de pacientes. En este sentido los instrumentos psicométricos Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) y Test Guestáltico Visomotor de Bender han sido poco aprovechados con este tipo de enfermos y con este fin específico.

Los anteriores puntos nos llevan a plantearnos las siguientes inquietudes:

¿ Después de 30 años de desaparecido el antiguo manicomio de "La Castañeda" y de creados los nuevos hospitales-granja psiquiátricos, han mejorado las condiciones, específicamente el nivel cognitivo, de los enfermos esquizofrénicos crónicos?

¿ Son los instrumentos psicométricos, Escala de Inteligencia de Wechsler (WAIS) y el Test Guestáltico Vismotor de Bender realmente útiles en la determinación del deterioro cognitivo que pudieran presentar los enfermos esquizofrénicos crónicos?

Lo anterior podemos sintetizarlo en la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe un índice de deterioro cognoscitivo en enfermos esquizofrénicos crónicos y éste puede ser medido a través de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) y el Test Guestáltico Vismotor de Bender?

## 4.2 HIPOTESIS

### Hipótesis conceptual:

Existe un índice de deterioro cognoscitivo en enfermos esquizofrénicos crónicos, que puede ser medido a través de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) y el Test Guestáltico Vismotor de Bender y ambos índices (WAIS y Bender) correlacionan.

#### Hipótesis estadísticas

##### Hipótesis Nulas Ho.

1).- No existe un índice significativo de deterioro cognoscitivo en enfermos esquizofrénicos crónicos, medido a través de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) y el Test Gestáltico Visomotor de Bender.

2).- No existe una correlación significativa entre los índices de deterioro cognoscitivo en enfermos esquizofrénicos crónicos medidos a través de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) y el Test Gestáltico Visomotor de Bender.

##### Hipótesis Alternas Hi.

1).- Existe un índice significativo de deterioro cognoscitivo en enfermos esquizofrénicos crónicos, medido a través de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) y el Test Gestáltico Visomotor de Bender.

2).- Existe una correlación significativa entre los índices de deterioro cognoscitivo en enfermos esquizofrénicos crónicos medidos a través de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) y el Test Gestáltico Visomotor de Bender.

#### 4.3 VARIABLES

Esquizofrenia Crónica.

Índice de Deterioro Cognoscitivo.

#### DEFINICION DE VARIABLES

### Definición Conceptual.

**Esquizofrenia Crónica:** Según la Organización Mundial de la Salud en su Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) (Colodrón, 1990) define a la esquizofrenia de la siguiente forma:

"Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por un trastorno fundamental de la personalidad, distorsiones características de la percepción, del pensamiento y de las emociones, en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden producirse déficit cognitivos. El trastorno de la personalidad compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal su pensamiento de individualidad, singularidad y dominio de sí mismo".

**Deterioro Cognoscitivo:** Wechsler define el Deterioro Cognoscitivo "Cuando un individuo no es capaz de proseguir sus trabajos intelectuales con la misma rapidez, precisión, o eficiencia que precedentemente caracterizaba su funcionamiento" (Morales, 1985).

Como ya se señaló el término de Deterioro Cognoscitivo comprende no sólo el estudio del deterioro intelectual, sino también el de todas las funciones cognitivas como son: memoria, pensamiento, lenguaje, percepción, gnosias, praxias y en sí todas las funciones corticales superiores (Luria, 1977), por lo que en la ejecución del Test Gestáltico Visomotor de Bender puede reflejarse el trabajo intelectual de la persona (Michaca, 1965., Morales, 1985., Lara, 1995).

### Definición Operacional :

**Esquizofrenia Crónica :** Se tomó en cuenta el diagnóstico de la Historia Clínica del Psiquiatra residente del Hospital psiquiátrico en que se efectuó el estudio.

### Índice de Deterioro Cognoscitivo :

Se tomó el obtenido de la siguiente operación :

$$\frac{M - 5/6 \text{ NM}}{M} * 100 = \underline{\hspace{2cm}} \% \text{ I.D.}$$

Donde:

M = Suma de puntajes (puntajes pesados) de subtests de la Escala de Wechsler (WAIS) que se mantienen con la edad (información, vocabulario, ensamble de objetos y completamiento de figuras).

NM = Suma de puntajes (puntajes pesados) de subtests de la Escala de Wechsler que no se mantienen con la edad (retención de dígitos, aritmética, símbolos de dígitos y diseños con bloques).

Así mismo, se utilizó la técnica de Sistema de Variables para el Análisis Cualitativo de la Producción en Bender Gestalt según J.E. Bell (ver protocolo en Apéndice I).

En este sistema se califican las siguientes variables (Alanis, 1984):

I. Movimientos en la ejecución de las copias:

- a) Rapidez
- b) Ritmo
- c) Dirección
- d) Perseveración
- e) Simplicidad

II. Forma de las figuras:

- A). Según el contorno:
  - a). Nitidez
  - b). Confusión
- B). Según organización:
  - a). Reproducción precisa
  - b). Percepción exacta del conjunto con inexactitud de detalles
  - c). Representación exacta de las partes pero sin una integración satisfactoria dentro de un todo adecuado.

III. Orientación espacial:

- a). Rotación de la figura íntegra
- b). Rotación de una parte de la figura
- c). Separación de las partes de la figura
- d). Acentuación del plano horizontal

- IV. Diferenciación de las formas:
- Falta de orientación, por ejemplo garabateo
  - Sustituciones y modificaciones, por ejemplo círculos por puntos, líneas onduladas por líneas rectas.
  - Elaboración
- V. Perseveración (repetición):
- En los trazos usados
  - En la representación de la figura
- VI. Tamaño:
- Macrografía
  - Igual al modelo
  - Micrografía
- VII. Omisiones:
- De los entrecruzamientos
  - De las formas angulosas
  - Conducta asociada

#### 4.4 SUJETOS

La población de enfermos del Hospital Psiquiátrico "La Salud-Tlaxolteotl" de donde se extrajo la muestra de estudio esta compuesta, en relación a su diagnóstico clínico de la siguiente forma:

Psicosis	130	49%
Oligofrenias	60	22%
Epilepsias	35	13%
Ad. Alcohol	27	10%
Ad. Drogas	16	6%
Total	268	100%

De los 130 enfermos diagnosticados como psicóticos (49%) se eligió la siguiente:

#### MUESTRA

20 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

De acuerdo a los siguientes criterios y técnica de muestreo:

**CRITERIOS DE INCLUSION :**

- Diagnóstico clínico de esquizofrenia.
- Edad entre 36 y 67 años.
- Tiempo de internamiento mínimo de 3 años y máxima de 31 años.

**CRITERIOS DE EXCLUSION :**

- Diagnóstico clínico de esquizofrenia asociado a algún otro tipo de trastorno neurológico u orgánico.
- Antecedentes de adicción a drogas o alcoholismo.
- Presencia de crisis aguda psicótica que imposibilitara la aplicación de los instrumentos.

**TECNICA DE MUESTREO**

Muestreo intencional por cuota

**4.5 TIPO DE ESTUDIO**

- No experimental, de campo  
(Ya que se llevó a cabo en el medio natural de los sujetos)
- Transversal  
(ya que los pacientes fueron evaluados una sola vez, siendo estos de diferentes edades)
- Prospectivo  
(ya que pretende demostrar relación entre variables)
- Observacional  
(ya que las variables no son manipuladas, solo son observadas)

#### 4.6 DISERIO

Quasiexperimental de una sola muestra

#### ANALISIS ESTADISTICO

- Prueba Binomial para una muestra (Siegel, 1980), para determinar el nivel de significancia.
- Prueba Razón t para diferencias entre medias (Levin, 1979).
- Coeficiente de Correlacion de Pearson (Levin, 1979), para determinar nivel de correlación.

#### ESCENARIO

Hospital Psiquiátrico para enfermos mentales crónicos, Granja "La Salud-Tlazoitcōtl", dependiente de la Secretaría de Salud y Asistencia, localizado en la carretera federal México-Puebla, municipio de Ixtapalapa, Edo. de México.

#### 4.7 INSTRUMENTOS

Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler.

Se utilizó la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) traducida y adaptada por el Dr. Luis Lara Tapia (1965). Esta prueba ha sido ampliamente descrita y analizada, tanto en su conformación como en su aplicación, en estudios previos (Lara, 1965., Espinoza., 1976., Morales, 1985., Mandujano, 1991), por lo que en la presente tesis solamente presentaremos un desglose de lo que evalúa cada subtest cualitativamente.

La prueba se compone de 11 subtests que comprenden una serie de reactivos homogéneos pero de dificultad creciente, basados en diversos ejercicios



mentales que durante muchos años demostraron eficacia en la evaluación de capacidades intelectuales.

Los subtestes de información, comprensión, aritmética, semejanzas, dígitos y vocabulario comprenden la denominada Escala Verbal. Por otra parte, los subtestes de símbolos y dígitos, figuras incompletas, diseños con cubos, ordenamiento de figuras y ensambles de objetos conforman la Escala de Ejecución.

**Información.**- Evalúa el nivel intelectual, oportunidades, conocimiento, memoria, asociación y organización de la experiencia.

**Comprensión.**- Razonamiento, organización del conocimiento, capacidad de aprender de las experiencias, juicio social.

**Aritmética.**- Atención, concentración, razonamiento, formación de conceptos numéricos.

**Semejanzas.**- Nivel de pensamiento, formación de conceptos.

**Retención de dígitos.**- Memoria inmediata, atención, concentración, imaginación auditiva y visual.

**Vocabulario.**- Habilidad para aprender, información verbal, amplitud de ideas y vocabulario, nivel intelectual.

**Completamiento de figuras.**- Percepción o imaginación visual, habilidades perceptivas y conceptuales, agudeza visual, concentración visual.

**Diseño con cubos.**- Análisis y síntesis, percepción de la forma, integración visomotora y coordinación visomotriz.

**Ordenamiento de figuras.**- Percepción visual de relaciones, coordinación visomotora, anticipación, flexibilidad.

**Ensamble de Objetos.**- Organización, percepción e integración visual, precisión de actividades motoras.

**Símbolos y dígitos.**- Agudeza visual, coordinación motora, recuerdo rutinario inmediato, integración visomotora, imaginación visual, velocidad visomotora. (Mandujano, 1991).

Test Gestáltico Visomotor de Bender.

El Test Gestáltico Vismotor de Bender se basa

en la teoría de la Gestalt (configuración-estructurada), que postula que el campo sensorial está colmado de cualidades y propiedades que escapan a nuestro entendimiento, si se consideran a las sensaciones como unidades y no como constelaciones de estímulos. Formando un proceso total, o sea, la respuesta del organismo en su conjunto, a la situación integral.

Lauretta Bender construyó el test entre los años 1938-1939, basandose en 9 de los patrones originales de Wertheimer.

Al igual que la escala de Wechsler, el Test de Bender ha sido ampliamente descrito en investigaciones precedentes (Joyce, 1971., Thomas, 1972., Parrodi, 1982) por lo que en el presente estudio solamente recordaremos algunas características de las figuras de estudio.

La figura A consiste en un círculo y en un cuadrado, la figura lineal esta en contacto con el círculo de tal modo que se la percibe como un rombo, esta figura esta elegida como introductoria porque esta configuración reconoce como dos figuras contingentes debido a que cada una presenta una "gestalt".

La figura 1 muestra el empleo de una gestalt formada según el principio de la proximidad de las partes. Debe percibirse de modo que los puntos parezcan una serie de pares determinados por la distancia más corta, o con puntos "restantes" que quedan a cada extremo, tal apareamiento se percibiría más fácilmente si las diferencias en las distancias fueran mayores.

La figura 2 esta determinada también por el principio de la proximidad de las partes. La figura se percibe habitualmente como una serie de líneas cortas oblicuas, compuestas por tres unidades (de círculos) dispuestos de tal modo que las líneas tienen una inclinación desde la izquierda arriba, hacia la derecha abajo.

La figura 3 esta determinada de igual modo que la figura 2, esta figura está compuesta por puntos dispuestos de tal modo que los uno, tres, cinco y siete puntos forman un diseño en el que el punto del medio de todas estas partes se encuentra en el mismo nivel, y los puntos agregados estan dispuestos en relación con esta línea media como los dos lados de un rombo que convergen hacia el primer punto.

La figura 4 se percibe por lo general como dos unidades determinadas por el principio de continuidad de la organización geometrica o interna, el cuadrado abierto y la forma de campana en el rincón inferior derecho, este mismo principio se aplica a la figura A.

En la figura 5 se aplica el mismo principio de la figura 4, que se ve como un círculo incompleto, con un trazo inclinado hacia arriba con una línea de puntos.

La figura 6 se ve como dos líneas "sinusoidales" (onduladas), con diferentes longitudes de onda que se

cruzan en sesgo.

Las figuras 7 y 8 son dos configuraciones constituidas por las mismas unidades, pero raramente se les percibe como tales porque en la figura 8 prevalece el principio de la continuidad de la forma geométrica, y en este caso es la línea recta en la parte superior e inferior de la figura (Alanis, 1984).

Bender señala que, hay una tendencia no sólo a percibir las gestalten (elementos que componen una gestalt), sino a complementarlas y reorganizarlas de acuerdo con principios biológicamente determinados por el patrón sensorio-motor de acción. Este patrón se espera que varíe con la maduración, estacionamiento o deterioro en estados patológicos orgánicos y funcionalmente determinados (Mandujano, 1991).

Estudios de validez y confiabilidad de los instrumentos han sido efectuados por:

Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler por Lara Tapia, 1965.

Test Guestáltico Visomotor de Bender por San Roman, 1968 y Alanis, 1984.

#### 4.8 PROCEDIMIENTO

La aplicación de los instrumentos a los enfermos se realizó en uno de los cubículos anexos a los pabellones del hospital. Una vez seleccionada la muestra se procedió a la administración de las pruebas, lo cual se realizó con cada paciente en dos o tres sesiones, dependiendo de la disponibilidad, cooperación, fatiga o motivación manifestada por la persona evaluada. Previo a cada evaluación se sostuvo con los pacientes una breve plática tendiente a establecer un clima de comunicación y confianza adecuado, además de verificar que el paciente no se encontraba en una crisis aguda psicótica y que estaba en condiciones y disposición de efectuar las pruebas.

La administración de la Escala de Inteligencia para Adultos se realizó de acuerdo al protocolo de aplicación de la traducción y adaptación de la prueba realizada por el Dr. Lara Tapia, incluyendo consignas

y criterios de discontinuación.

Con respecto al Test Visomotor de Bender, éste se presentó y aplicó en la forma original propuesta por Laureta Bender.

La aplicación de las pruebas, como se esperaba, fué bastante lenta, sin embargo la cooperación y disponibilidad de los pacientes, en terminos generales, fué bastante buena.

Las autoridades y el personal médico y asistencial del hospital brindaron todas las facilidades para la realización de la investigación, por lo que la evaluación se llevo a cabo sin mayores contratiempos.

Los datos sobre edad, escolaridad y tiempo de hospitalización de los pacientes se obtuvieron directamente del expediente clínico de cada uno de ellos.

Respecto a las estadísticas sobre visitas familiares de los pacientes (anuales) fueron proporcionados por el Departamento de Trabajo Social del propio hospital.

## CAPÍTULO 5

### RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la evaluación de los 20 enfermos esquizofrénicos crónicos a través de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) y el Test Gestáltico Visomotor de Bender se agrupan en tablas y gráficas que se presentan en el presente capítulo. La Escala de Inteligencia se evaluó de acuerdo a los criterios de calificación de Wechsler, utilizando la traducción y adaptación a la misma de Lara Tapia. Al respecto se obtuvieron los C.I. de la escala verbal, ejecutiva y totales, así como los índices de deterioro. En relación al Test de Bender, para su evaluación se utilizó el Sistema de Variables para el Análisis Cualitativo de la Producción en Bender Gestalt según J.E. Bell (Apéndice 1) del cual también se presenta gráfica con resultados promedio. Previo a esto se presentan tablas de características demográficas y de hospitalización evaluadas en la muestra: edad, escolaridad, edad de ingreso al hospital, tiempo de hospitalización y visitas familiares recibidas.

Como informe complementario se presenta, en primer lugar, la siguiente tabla que agrupa los tipos de esquizofrenia que se presentan en la muestra, de acuerdo al diagnóstico reportado en el expediente clínico de cada paciente:

Tipo	Es	pt.
Esquizofrenia Paranoide	10	50%
" Indiferenciada	3	15%
" Simple	3	15%
" Crónica	3	15%
" Hebefrénica	1	5%
Total	20	100%

En un primer análisis podemos señalar, con respecto a los anteriores datos, que éstos son reflejo de los diferentes criterios utilizados en el diagnóstico del esquizofrénico. No podemos aseverar que clasificación o criterio diagnóstico es el correcto, dado que ni siquiera organizaciones tan representativas e importantes como la A.P.A. y la O.M.S.<sup>1</sup> logran unificar criterios en sus respectivas clasificaciones (DSM-III-R e ICD-10), sin embargo consideramos importante denotar que cualquier institución de salud mental, sea pública o privada, debe de observar criterios únicos de diagnóstico (y hacer mención de cuál está utilizando), lo anterior con fines estadísticos, de investigación e inclusive de tratamiento. Tomando en cuenta la salvedad anterior, podemos concluir respecto a nuestra muestra estudiada, que el 50% de la misma está compuesta por esquizofrénicos paranoides y el otro 50% por esquizofrénicos no paranoides, o de acuerdo a los criterios más recientes, esquizofrénicos con síntomas positivos (paranoides) y esquizofrénicos con síntomas negativos (no paranoides).

Por otra parte, en la Tabla No. 2 (ver pag. 85) se muestra la edad promedio que presentan los pacientes de la muestra. Como podemos observar la edad promedio en estos pacientes es de 52.5 años de edad, con una edad mínima de 36 años y máxima de 67 años de edad, con una desviación estandar de 9.7 años, lo que nos indica que la mayoría de la población estudiada se encuentra entre los 41 y 61 años de edad.

1. Asociación Psiquiátrica Americana y Organización Mundial de la Salud.

Respecto a la estadística de escolaridad, observamos que solo 3 pacientes (15%) de la muestra tiene una escolaridad nula, y que los restantes pacientes (85%) poseen un mínimo de 4 años de escolaridad y un máximo de 15 años con un promedio de 6 años de escolaridad (ver tabla No. 2, pg. 85). Este dato es importante resaltarlo ya que se trata de una muestra no analfabeta, en lo general, con una educación primaria promedio, con elementos que presentan, inclusive estudios superiores. En el análisis de la Escala de Inteligencia de Wechsler observaremos la relevancia de éste dato.

En la tabla No. 3 (pg. 86), con respecto a los años de hospitalización de la muestra evaluada, encontramos que el promedio es de 14.9 años, con una estancia mínima de 3 años (1 Ss) y máxima de 31 años (1 Ss), y una desviación estandar de 7.14, lo cual nos indica que la mayoría de la muestra tiene una permanencia en el hospital entre 7.7 y 22 años. Los datos anteriores concuerdan con la premisa de que en las instituciones psiquiátricas para pacientes de tipo crónico, prevalecen los pacientes con una larga permanencia en las mismas.

Realizando la operación de sustraer los años de estancia en el hospital a la edad que presenta cada paciente al momento del estudio, obtenemos la edad a que ingreso a la institución. Observamos que el 70% de nuestra muestra ingreso entre los 26 y 41 años de edad, con una edad promedio de ingreso de 37 años de edad (ver tabla No. 3, pg. 86). Considerando que se puede tomar como fecha aproximada de aparición o agudización de la enfermedad, la fecha de ingreso a la institución psiquiátrica. Nuestros datos concuerdan con la premisa del curso de la esquizofrenia en el sentido de que la enfermedad aparece en la etapa de la juventud tardía o la adultez temprana.

Otro dato interesante de comentar es en relación a los pacientes con mayor edad en la muestra (5), que se encuentran entre los 61 y 67 años de edad y que ingresaron entre los 45 y 59 años de edad al hospital, con una permanencia promedio de 11 años. En estos casos por su ingreso en una etapa ya madura nos hacen pensar en un probable inicio temprano de la enfermedad pero un ingreso tardío a la institución psiquiátrica probablemente por razones de abandono al no tener o no poder sus familiares hacerse cargo del paciente, esta hipótesis se ve reforzada por la estadística de visitas familiares al paciente en la que 3 de estos pacientes aparecen en el total abandono al no tener ninguna visita familiar anual, un paciente con una visita cada cuatro meses y sólo un paciente con una visita cada mes.

Finalmente, en este primer apartado de análisis de datos, observamos, con respecto a las visitas familiares realizadas a los pacientes, que el 30% de

la muestra recibe ninguna o solamente una visita familiar en un periodo anual, el 40% recibe en promedio una visita cada tres meses y el 30% de la misma recibe cuando menos una visita al mes. Estos datos nos señalan que el 70% de nuestros evaluados se encuentran en un gran abandono por parte de sus familiares (ver tabla 3, pg. 86).

Los datos demográficos y de hospitalización se concentran en la tabla No. 4 al final del capítulo (ver pg. 87).

#### Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler.

Como ya lo señalamos, para la evaluación del WAIS utilizamos los mismos protocolos del test, de los cuales obtenemos puntajes crudos, puntajes escalares, coeficiente verbal, coeficiente ejecutivo y coeficiente intelectual total, así mismo, con la fórmula ya descrita obtenemos el deterioro intelectual de cada paciente.

En la Tabla No. 5 (pg. 88) se concentran los tres coeficientes intelectuales de cada paciente (verbal, ejecutivo, total), con su respectivo diagnóstico y las dos últimas columnas contienen el índice de deterioro cognoscitivo (de acuerdo a Wechsler) y su interpretación clínica.

Realizando un primer análisis, observamos en la Tabla No. 6 (pg. 89) que el C.I. promedio de la muestra estudiada es de 68.45 lo cual corresponde a un diagnóstico de Deficiente Mental Superficial, con una desviación estandar de 14.6. Observamos como dato muy significativo que el 90% de la muestra se encuentra por debajo de la categoría Normal (de subnormal a deficiente mental medio) e inclusive el 10% que se encuentra dentro de diagnóstico normal (2 Ss) presentan un grave deterioro cognitivo (54.54% y 35.89%). Este dato, respecto al C.I., es significativo al .001, lo que nos indica un profundo deterioro cognoscitivo en estos pacientes que se refleja en un coeficiente intelectual disminuido. Este deterioro es global, puesto que abarca las dos áreas de la escala. La prueba de significancia aplicada al análisis nos permiten afirmar que estos resultados de orden negativo no son producto del azar. El nivel escolar presentado por la muestra, con un promedio de escolaridad primaria (un 30% con estudios superiores), nos permite inferir que el nivel intelectual no siempre fue el manifestado por los pacientes en la evaluación, y si en cambio se ha presentado un deterioro global en ellos.

En cuanto al C.I. verbal observamos que el C.I.

---

1. Se utilizó la Prueba Binomial para una muestra (Siegel, 1980).



promedio es de 69.15, con una desviación estandar de 13.97, situandose el 85% de la muestra por debajo del diagnóstico de Normal. Los anteriores datos no difieren en gran medida del C.I. Total.

En cuanto al C.I. Ejecutivo, los resultados muestran un promedio de 70.35, con una desviación estandar de 15.64. Estos resultados sitúan a la muestra ligeramente mejor conservada en el aspecto ejecutivo. Esta ligera diferencia permite situar a la muestra, en cuanto al C.I. Ejecutivo, en la categoría limítrofe.

En la Tabla No. 7 (pg. 90) se presenta el diagnóstico clínico de los índices de deterioro cognoscitivo (del WAIS) que presentan cada uno de los pacientes evaluados. Observamos en primer término un índice de deterioro promedio de 33.34% con una desviación estandar de 29.03. Si contemplamos que a partir de un 20% de deterioro se considera como clínicamente patológico (Benavides, 1984), notamos en nuestra muestra que un 60% de los pacientes presentan un deterioro clínicamente significativo ó patológico, y aunque se observa un 35% de la muestra (7 Ss) que no presenta, o es muy leve, el deterioro cognoscitivo, esto no puede ser confirmado como tal ya que en los siete casos el detrimento se refleja en un C.I. disminuido (entre 48 y 82 de C.I.). Aplicando la prueba de significancia<sup>1</sup> nos confirma como significativo al .01 el resultado respecto al índice de deterioro cognoscitivo presentado en estos pacientes.

La gráfica No. 1 (pg. 91) representa el dispersiograma promedio de la muestra. Esta nos permite realizar un análisis cualitativo subtest por subtest. Observamos en primer término a los subtest de la escala verbal, ligeramente mejor situados en comparación con los subtests de la escala ejecutiva, presentando la escala verbal un puntaje escalar promedio de 4.3 en contra de un 3.9 de la escala ejecutiva. Notamos al subtest de información como el mejor situado, dentro de la escala verbal (también en la escala total), con un puntaje escalar promedio de 6.25 y en segundo lugar los subtests de vocabulario y aritmética ( 4.55 y 4.15 resp.), siendo el subtest de retención de dígitos el más disminuido, con una puntuación normalizada de 2.45. Dentro de la escala de ejecución denotamos al subtest figuras incompletas como el menos disminuido con una puntuación escalar promedio de 4.5 y el subtest de claves resulta el más disminuido con una puntuación de 2.55. Con respecto a la dispersión estandar observamos que la máxima es de 4.17 promedio, correspondiente al subtest de vocabulario, siendo la de menor dispersión la del subtest de arit-

---

1. Razón t para muestras pequeñas (Levin, 1979).

mética con un promedio de 1.87, lo que nos muestra que no existe una gran dispersión en los resultados, estando el total de la muestra por debajo del puntaje medio (10).

Los resultados analizados hasta aquí nos permiten presentar importantes conclusiones, que señalaremos en el siguiente capítulo, sin embargo, adicional a éstos hemos realizado una serie de análisis comparativos que revisaremos en la sección de Discusión.

#### Test Gestaltico Visomotor de Bender.

Para la evaluación del Test gestáltico visomotor de Bender se empleó, como ya se señaló, la Técnica de Análisis clínico de Bender según Bell. Los resultados obtenidos de este análisis se concentran en la gráfica No. 2 (ver pag. 92). Como datos más significativos de este análisis podemos destacar los siguientes:

En el 55% de los casos se observa una percepción y representación inexacta de la figura, esto en cuanto a su organización.

Sólo un 11% de los casos se puede calificar como una representación precisa de los dibujos.

En cuanto al contorno de las figuras, un 26% de los casos no pueden ser definidos claramente por lo que clasifican dentro de la variable clínica denominada confusión. En ésta se concentran todas aquellas reproducciones caóticas o irreconocibles.

Las figuras que más dificultad presentaron en su reproducción a nuestra muestra de estudio fueron aquellas que contienen angulaciones en su contorno, presentándose omisiones de cuando menos uno de ellos en el 57% de los casos.

Otra variable clínica significativa que se presentó fue la manifestación de conductas asociadas durante la ejecución del test. En el 40% de los casos se presentaron conductas tales como soliloquios, lenguaje verborreico, conteo de los puntos, elaboración de líneas con apoyo (sólo un caso), así como manipuleo y rotación de las tarjetas y hojas de dibujo.

Otro aspecto relacionado con la variable anterior, pero que se evalúa independientemente es el referente a las expresiones de aprobación en la elaboración de los dibujos que en este estudio se presentó en el 27% de los casos.

El tamaño real de las figuras en las tarjetas no fue tomado como referente en la reproducción de las mismas, ya que en el 61% de los casos hubo modificación en el tamaño de los dibujos, siendo en el 34% de los casos de mayor tamaño que el original (macrografía) y en el 27% menor que éste (micrografía).

En el 32% de los casos se presentaron modificaciones o sustituciones a las figuras, siendo estas las más comunes sustituir puntos por círculos.

En menor grado de relevancia se presentaron las siguientes variables clínicas.

En el 18% de los casos se presentaron perseveraciones en los trazos usados en la construcción de los dibujos, siendo estos los más frecuentes la perseveración en los puntos de las figuras 1, 2 y 3 y en las ondas de la figura 6.

En un 12% de los casos se presentan rotaciones íntegras de las figuras (en un 8%, solo parte de las figuras).

Por último, sólo en un 10.5% de los casos se presenta separaciones de las partes de las figuras.

En general observamos en el 100% de la muestra estudiada, modificaciones o alteraciones importantes en la ejecución del Bender que permiten inferir un significativo deterioro cognoscitivo, aunque no con la magnitud y precisión con que se refleja en la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler

En esta parte final de nuestro análisis nos resta señalar el estudio de correlación efectuado con los datos obtenidos en la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler y el Test Gestáltico Visomotor de Bender, para lo cual se utilizaron el C.I. total de cada paciente y un porcentaje de deterioro obtenido de la cuantificación de desaciertos o alteraciones encontradas en la ejecución del Test Gestáltico Vismotor de Bender, estos valores se presentan en la tabla No. 8 (pag. 93).

El índice de correlación entre el C.I. total y el índice de deterioro presentado en la ejecución del Test de Bender en la muestra de esquizofrénicos crónicos evaluados en esta investigación, fué de  $-0.61$ , significativo al  $.01$ , lo cual es una correlación negativa moderada. En otras palabras, existe una correlación entre los resultados obtenidos en el WAIS y el Test de Bender, en el sentido de que a menor coeficiente intelectual habrá un mayor deterioro o alteraciones en la ejecución del Test Vismotor de Bender, siendo ésta moderada, de  $-0.61$ , estadísticamente significativa (nivel de significancia de  $.01$ ) (ver tabla No. 8, pag. 93).

Se realizaron también análisis de correlación entre las variables C.I. con edad, escolaridad y tiempo de hospitalización, sin embargo no se encontraron correlaciones significativas.

---

1. Prueba binomial para una muestra (Siegel, 1980).

TABLA No. 2

DATOS DEMOGRAFICOS

Ss : 20 pacientes

Sexo : masculino

Edad	Rango	36 - 67 años
	Promedio	52.5 "
	Desv. E.	9.03 "

Escolaridad	Rango	0 - 15 años de estudio
	Promedio	6.05 "
	Desv. E.	3.7 "

TABLA No. 3

DATOS DE HOSPITALIZACION

Edad al ingresar al hospital	Rango	26 - 59 años
	Promedio	37.4 "
	Desv. E.	9.9 "
Años de Internamiento	Rango	3 - 31 años
	Promedio	14.9 "
	Desv. E.	6.9 "
Visitas familiares anuales	Rango	0 - 48 visitas al año
	Promedio	7 "
	Desv. E.	11 "

TABLA No. 4

CONCENTRADO DE DATOS DEMOGRAFICOS  
Y DE HOSPITALIZACION

Se	Edad	Escolaridad (años est.)	Edad ingreso al hospital	Años inter- namiento	Visitas fam. al año
1	58	7	43	15	12
2	58	6	27	31	0
3	45	7	26	19	2
4	61	6	45	16	0
5	46	11	28	18	2
6	45	6	35	10	12
7	58	15	35	23	2
8	36	10	33	3	6
9	48	6	26	22	6
10	51	6	32	19	1
11	58	5	33	25	0
12	36	12	26	10	2
13	48	5	30	18	48
14	41	6	33	8	4
15	62	0	55	7	3
16	67	0	53	14	0
17	56	5	41	15	4
18	50	0	41	9	24
19	65	4	59	6	12
20	62	4	47	15	0
X	52.5	6	37.4	14.9	7

TABLA No. 5  
CONCENTRADO WAIS

Ss	Ed.	C.I.V.	Diag.	C.I.E.	Diag.	C.I.T.	Diag.	I.D.	%	Diag.
1	58	89	SN	92	N	87	SN	28.57		2
2	58	72	L	61	DMS	65	DMS	73.68		3
3	45	90	N	104	N	96	N	35.89		3
4	61	58	DMS	80	SN	66	DMS	0.00		0
5	46	80	SN	87	SN	82	SN	3.84		0
6	45	66	DMS	66	DMS	64	DMS	6.25		0
7	58	63	DMS	65	DMS	61	DMS	9.09		0
8	36	77	L	78	L	78	L	14.28		1
9	48	69	DMS	63	DMS	65	DMS	50.00		3
10	51	55	DMS	54	DMS	52	DMS	44.44		3
11	58	70	L	82	SN	73	L	22.22		1
12	36	90	N	64	DMS	80	SN	31.03		3
13	48	48	DMM	48	DMM	48	DMM	0.00		0
14	41	74	L	80	SN	77	L	0.00		0
15	62	55	DMS	55	DMS	52	DMS	0.00		0
16	67	53	DMS	56	DMS	54	DMS	85.21		3
17	56	50	DMS	59	DMS	51	DMS	85.21		3
18	50	96	N	93	N	95	N	54.54		3
19	65	70	L	67	DMS	67	DMS	50.00		3
20	62	63	DMS	53	DMS	56	DMS	72.72		3

media=33.34 %

C.I.V. - Coeficiente Intelectual Verbal  
 C.I.E. - Coeficiente Intelectual Ejecutivo  
 C.I.T. - Coeficiente Intelectual Total  
 Diag. - Diagnóstico  
 I.D. - Índice de Deterioro  
 N - Normal  
 SN - Subnormal  
 L - Límitrofe  
 DMS - Deficiente Mental Superficial  
 DMM - Deficiente Mental Medio

Diagnostico Índice de Deterioro (última columna)

0 - Sin deterioro  
 1 - Sospechoso  
 2 - Clínicamente significativo  
 3 - Patológico

TABLA No. 6  
DIAGNOSTICO INTELLECTUAL DEL WAIS

Diagnóstico		C.I. Tt. No. Ss.	C.I. Vb. No. Ss.	C.I. Ej. No. Ss.
Normal	90 - 109	2	3	3
Subnormal	80 - 89	3	2	4
Limitrofe	70 - 79	3	5	1
Deficiencia mental su- perficial	50 - 69	11	9	11
Deficiencia mental media	30 - 49	1	1	1
		—	—	—
		20	20	20
	RANGO	48 - 96	48 - 96	48 - 104
	PROMEDIO	68.45	69.15	70.35
	DESVIACION ESTANDAR	14.6	13.97	15.64

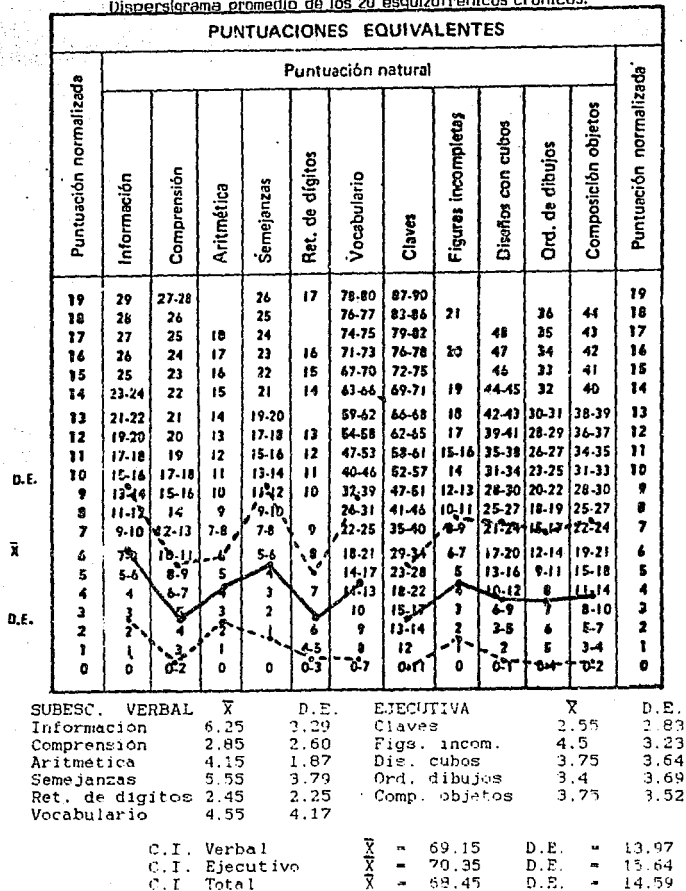


TABLA No. 7

DETERIORO COGNOSCITIVO  
DE ACUERDO A LA FORMULA DEL WAIS

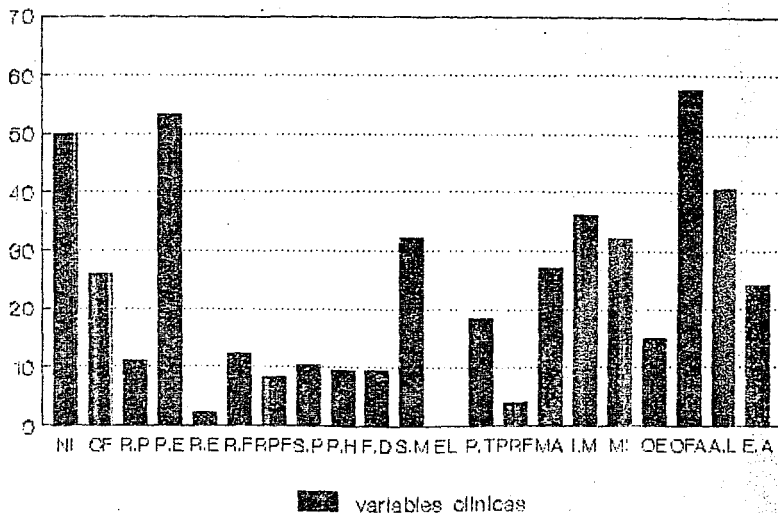
Diagnóstico		Ss	%
Sin deterioro	-	7	35
Sospechoso	-	2	10
Clínicamente Significativo	-	1	5
Patológico	-	10	50
		<u>20</u>	<u>100%</u>
Rango		0 - 85.21 %	
Promedio		33.34 %	
Desv. E.		29.03 %	

Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler  
 Dispersiograma promedio de los 20 esquizofrénicos crónicos.



# GRAFICA No. 2

## ANALISIS DEL BENDER SEGUN BELL



## ANEXO A LA GRAFICA No. 2

NI=	Nitidez
CF=	Confusión
R.P.=	Reproducción precisa
P.E.=	Percepción exacta
R.E.=	Representación exacta de las partes sin integración satisfactoria
R.F.=	Rotación de la figura
R.P.F.=	Rotación de parte de la figura
S.P.=	Separación de partes de la figura
P.H.=	Acentuación del plano horizontal
F.D.=	Falta de orientación (p.e. garabateo)
S.M.=	Sustituciones y modificaciones
EL=	Elaboración
P.T.=	Perseveración en los trazos usados
PRF=	Perseveración en la representación de figuras consecutivas
MA=	Macrografía
I.M.=	Igual al modelo
MI=	Micrografía
OE=	Omisiones de los entrecruzamientos
OFA=	Omisiones de las formas angulosas
A.L.=	Asociación libre
E.A.=	Expresiones de aprobación

Tabla No. 8

CORRELACION: C.I. Vs BENDER

Ss	C.I.	I.D. Bender %
1	48	19
2	51	28
3	52	19
4	52	29
5	54	25
6	56	33
7	61	11
8	64	19
9	65	29
10	65	14
11	66	16
12	67	17
13	73	11
14	77	11
15	78	18
16	80	20
17	82	16
18	87	13
19	95	9
20	96	15

$r_s = - 0.61$  (.01)

Correlación Negativa Moderada

## CAPITULO 6

### CONCLUSIONES

**"La naturaleza no se equivoca, el origen del hombre es un huevo."**

Eduardo Monroy D.  
Esquizofrénico Paranoide  
Hospital "la Salud-Tlaxolteotl"

El análisis de los resultados, en el anterior capítulo nos lleva a plantear las siguientes conclusiones:

En primer término, observamos un coeficiente intelectual total disminuido (por abajo del promedio normal) en el 90 % de la enfermos evaluados, clasificados en promedio, con respecto al C.I., dentro de la categoría de deficiencia mental media (e inclusive el 10% con C.I. normal, presentando un índice patológico de deterioro cognitivo) y este resultado es estadísticamente significativo<sup>1</sup> (al .001).

En segundo sitio, obtenemos que el 65% de los pacientes muestra un índice clínico de deterioro congnotitivo (calculado con la fórmula de deterioro mental de Weschler), que en promedio es de 33.34%, siendo este resultado también estadísticamente significativo (.01).

Como tercer punto significativo observamos que en el 100% de los evaluados se observan alteraciones importantes en la ejecución del test gúestáltico visomotor de Bender, siendo más evidentes en el 80% de éstos. También estadísticamente significativo al .01 .

---

1. El nivel de significancia y el promedio de escolaridad de la muestra nos permite inferir que existe una disminución de un nivel intelectual previo más alto.

Un cuarto aspecto nos señala que existe una correlación negativa moderada entre el coeficiente intelectual y el índice de deterioro evaluado en la ejecución del Test de Bender (-0.61), en el sentido de que a menor coeficiente intelectual obtenido en el WAIS, el paciente muestra un mayor índice de deterioro en la ejecución del Test de Bender, siendo esta relación moderada, pero estadísticamente significativa (.05).

Los anteriores puntos nos llevan a rechazar las hipótesis nulas planteadas (que niegan diferencias y correlación) y aceptar nuestras hipótesis de trabajo o alternas, concluyendo que:

1).- " Existe un índice significativo de deterioro cognoscitivo en enfermos esquizofrénicos crónicos, medido a través de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) y el Test Guestáltico Visomotor de Bender ".

2).- " Existe una correlación moderada significativa entre los índices de deterioro cognoscitivo en enfermos esquizofrénicos crónicos medidos a través de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) y el Test Guestáltico Visomotor de Bender ".

## 6.1 Discusión

Por otra parte, ¿Qué características clínicas presenta este deterioro cognoscitivo que se observa en los enfermos esquizofrénicos crónicos?

El análisis cualitativo de los resultados en los subtests del WAIS, por las características que estos presentan de un deterioro generalizado grave de la muestra evaluada, permite realizar solamente observaciones clínicas parciales ya que no es posible hablar de los subtests mejor conservados (estando todos tan deprimidos), sin embargo podemos señalar que el subtest de información es el que presenta el menor deterioro (6.2), lo que nos permite inferir que la memoria episódica es la más resistente al deterioro, lo cual es consistente con el estudio de Crane (1993) al respecto. En esta subescala también está involucrada la capacidad de aprendizaje del evaluado. En relación a los subtests con más baja puntuación, observamos a la subescala de retención de dígitos como la peor situada (2.4), lo que nos señala una grave disfunción en la memoria inmediata, así como un problema de atención, esto también correlaciona con investigacio-

nes de Lara Tapia (1995) y Kreemen (1994). Símbolos y dígitos se encuentra también a un nivel bastante bajo (2.5) y lo podemos definir como una integración visomotora deficiente, lo que concuerda con los resultados obtenidos con el Test de Bender. La subescala de comprensión es la otra escala de las que se encuentran en el más bajo nivel del dispersigrama del WAIS (2.85) y en términos clínicos podemos señalarla como aquella que evalúa la función de juicio y la capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones, por lo que los individuos con puntuaciones similares a los de nuestra muestra de estudio, suelen ser personas totalmente dependientes y sin iniciativa propia.

Con respecto a las observaciones clínicas en el Test Visomotor de Bender observamos que las alteraciones que se presentan en la muestra de estudio se aproximan más al proceso maduracional que se observa en los infantes. En este sentido, las sustituciones o modificaciones, las perseveraciones en los trazos, los signos de confusión, las dificultades con los ángulos, y en general la imprecisión en la definición de las figuras, inclusive las conductas asociadas y las expresiones de aprobación (recuérdese el dato clínico en el WAIS respecto a la subescala de comprensión), son parte de un proceso que en el infante se presenta antes de los 6 años y que evoluciona hacia niveles normales antes de cumplir los 11 años, pero que en el paciente esquizofrénico crónico, al contrario tiende a una primitivización cada vez mayor, en relación directa al deterioro cognoscitivo.

Concluyendo, estos resultados son consistentes con la hipótesis neuropsicológica de Blanchard (1994), y señalada también por Lara Tapia (1995), en el sentido de una desintegración generalizada de la función cerebral, más que un déficit diferencial en el enfermo esquizofrénico crónico.

Como lo señalamos en el capítulo precedente, adicionalmente se efectuaron una serie de análisis comparativos que a continuación revisaremos.

En primer término presentamos en el dispersigrama de la gráfica No. 3 (ver pag. 109) un comparativo entre los puntajes promedio de la investigación de Lara Tapia en 1963 (manicomio la Castañeda) y la presente tesis.

El primer dispersigrama (línea punteada, parte superior) corresponde a un grupo control de sujetos normales incluido por Lara Tapia, podemos observar la gran diferencia significativa, entre este grupo y los dos grupos esquizofrénicos comparados (situados en los dispersigramas de la parte inferior). La línea punteada (parte inferior) corresponde al dispersigrama del grupo esquizofrénico de la presente investigación, podemos observar en este que se encuentra ligeramente mejor conservado que el grupo esquizoide de Lara Tapia, presentándose los subtests de información,



semejanzas y figuras incompletas con menor deterioro que la muestra del Castañeda.

Como podemos observar, en el grupo de Lara Tapia tambien los subtests de información, semejanzas y vocabulario son los mejor presentados y el subtest de claves el más deteriorado.

En cuanto a C.I., en el caso de la muestra de Lara Tapia se presenta mejor situada la escala verbal y en comparación de la escala total con el grupo de la presente tesis, hay una mejor puntuación de este último. Otro dato importante a considerar es que en el grupo de esquizofrénicos de La Castañeda las dispersiones son mayores.

Sin embargo, estas diferencias no son significativas.

Por último, cabe considerar que Lara Tapia no presenta edad, escolaridad y tiempo de internamiento promedio de su muestra estudiada, sin embargo señala, en cuanto a la edad de sus sujetos que se encuentran entre los 15 y 67 años de edad con un tiempo de evolución de 1 a 30 años (similar al dato de la presente tesis).

La gráfica No. 4 (ver pag. 110) nos muestra los dispersigramas comparativos entre la presente investigación y la realizada por Valle Gomez en 1963 (Hospital privado).

Podemos apreciar en esta gráfica una mayor diferenciación entre los dispersigramas evaluados, sin embargo presentandose ambos, respecto al promedio, disminuidos.

Por una parte, observamos respecto a el grupo de Valle Gomez que los subtests de vocabulario, información, ordenación de dibujos, semejanzas y composición de objetos (en el respectivo orden) son los de mejor puntuación y el test de retención de dígitos el de más bajo puntaje (2.1).

Por otra parte, podemos notar que todos los subtests se encuentran mejor conservados en la muestra de Valle Gomez, con excepción de retención de dígitos, en el cual hay una ligera mayor puntuación en el grupo del presente estudio.

Respecto a el coeficiente intelectual apreciamos en terminos generales con mayor puntuación la muestra de Valle Gomez con un C.I. verbal de 89, un C.I. ejecutivo de 72 y un C.I. total de 81, correspondiente a un diagnóstico de subnormal, contra los 69, 70 y 68 (respectivamente), de nuestra muestra, ya analizados.

Otro aspecto importante de señalar es que Valle Gomez si nos reporta indices de deterioro de su muestra de estudio, siendo el promedio al respecto de 27.6%, contra un 33.34% de índice de deterioro cognitivo que presenta nuestro grupo en estudio.

Cabe destacar, que al igual que en nuestra muestra, el deterioro que presentan los enfermos esquizofrénicos de las dos investigaciones analizadas (Lara

Tapia y Valle Gomez), se refleja, en primer término en un C.I. disminuido por abajo del término medio.

Valle Gomez nos reporta también que el promedio de edad es de 41.4 años, con un tiempo de permanencia en el hospital de 9.6 años en promedio y una escolaridad mínima de educación primaria terminada, con casos de educación superior, incluso profesional (datos similares a nuestra muestra). Otro aspecto que reporta Valle Gomez es el de el nivel socioeconómico que en el caso de su muestra señala que son pertenecientes a los diferentes estratos de la clase media. Aunque en el caso de nuestra muestra en estudio y la investigada por Lara Tapia no se cuenta con el dato del nivel socioeconómico promedio, Lara Tapia (1975) señala en su estudio sobre variables psicosociales en enfermos mentales crónicos, que el nivel socioeconómico predominante en los pacientes que acuden a las instituciones psiquiátricas públicas es el de clase baja.

Es importante destacar el hecho de que la muestra de Valle Gomez proviene de una institución privada y que, a pesar de que cronológicamente es similar a la muestra de Lara Tapia, presenta un menor deterioro que ésta última y que nuestra muestra en estudio (a pesar de la similitud en cuanto edad, tiempo de internamiento y escolaridad), sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa.

En un tercer estudio comparativo, apreciamos en la gráfica No. 5 (ver pag. 111) los dispersigramas de el grupo de esquizofrénicos estudiado por Joyce en 1975 y el grupo de la presente investigación (línea punteada).

En el capítulo 3 señalamos que en la investigación de Joyce (1975) se realizaba un análisis comparativo con los resultados obtenidos por Lara Tapia en 1963. En este comparativo se aprecia un menor deterioro en la muestra estudiada por Joyce, proveniente del hospital psiquiátrico para enfermos agudos "Fray Bernardino Alvarez". Situación que se repite en la comparación con nuestra muestra.

En términos generales observamos que sólo en los subtest de vocabulario y figuras incompletas, nuestra muestra presenta una ligera mejor puntuación que el grupo de estudio de Joyce.

En el grupo esquizoide de Joyce los subtest información, semejanzas, diseño con cubos y aritmética son los de mejor puntuación y vocabulario y claves los de peor puntuación.

En cuanto al C.I. encontramos que, en el grupo de Joyce, el verbal es de 78, el C.I. ejecutivo 68 y el C.I. total es de 72, correspondiente al diagnóstico de límite.

Joyce señala una edad promedio en su muestra de 27 años de edad, un tiempo de evolución de 4.8 años en promedio y una escolaridad de 4.6 años de estudio en promedio.

Como observamos, se trata de una población más joven en promedio, con un menor tiempo de internamiento, lo cual es predecible por el tipo de institución referida (pública para agudos) (No se pudo efectuar una comparación entre medias por no proporcionar Joyce los datos de desviación estandar).

La gráfica No. 4 (ver pag.112) nos muestra otro estudio comparativo entre los dispersigramas del estudio de Espinoza en 1976 y la presente tesis.

En este comparativo apreciamos una mayor diferenciación entre los puntajes de ambas muestras, siendo el grupo de Espinoza el de menor deterioro.

En este grupo (Espinoza), los subtest de vocabulario, comprensión, semejanzas e información son los de mejor puntuación dentro de la escala verbal (por arriba de 8), la cual se encuentra con mejor puntuación que la escala ejecutiva, en esta segunda el subtest de diseño con cubos es el que presenta mejor puntaje (8.8). El subtest de más baja puntuación es el de símbolos de dígitos (5.3).

Respecto al C.I., el grupo estudiado por Espinoza se encuentra dentro del diagnóstico de subnormal con un C.I. verbal de 90.6, un C.I. de ejecución de 81.5 y un C.I. total de 85.4.

Para comprender cabalmente los anteriores resultados es importante señalar que la muestra del estudio de Espinoza también proviene de una institución privada en la que los pacientes son en promedio de un estrato socioeconómico de clase alta, la edad promedio es de 33.6 años, un tiempo de evolución promedio de 5.5 años y una escolaridad media de 8.9 años.

Se aplicó la prueba de significancia <sup>1</sup> a las medias de los C.I. de ambas investigaciones (Espinoza y la presente), siendo la diferencia estadísticamente significativa (al .01).

Por último, presentamos en la Tabla No. 7 (ver pag. 113) el comparativo entre los dispersigramas del estudio de Lara Tapia en 1995 y la presente tesis.

En este caso también se aprecia una mayor diferenciación entre los puntajes de ambos grupos, siendo el de Lara Tapia, proveniente de una institución pública para agudos (Instituto Nacional de Neurología), el mejor conservado en lo general.

En este grupo, los subtest que se aprecian con mayor puntuación son los de vocabulario, semejanzas y conocimientos (10.53, 9.17 y 8.33, respect.), todos ellos dentro de la escala verbal, que se encuentra mejor conservada que la ejecutiva, y en esta última, el subtest mejor conservado es el de diseño con cubos (7.9). Repetición de dígitos es el subtest con más bajo puntaje, siendo éste de 5.45.

---

1. Razón t para muestras independientes (Levin, 1979).

En cuanto al C.I. promedio que muestra este grupo, observamos que el C.I. verbal es de 88.8, el C.I. ejecutivo es de 82.1 y el C.I. total es de 85.2, correspondiendo todos ellos a un diagnóstico de subnormal o normal bajo.

En su estudio, Lara Tapia también reporta un índice de deterioro cognoscitivo que es de 12.93%, con una desviación estándar de 10.22%. Este índice sin ser patológico, es clínicamente significativo.

Existe una diferencia estadísticamente significativa (al  $p = .05$ ) entre las medias del índice de deterioro cognitivo reportados en la investigación de Lara Tapia y la presente tesis.

Este grupo no puede ser totalmente equiparable con el de nuestro estudio, ya que el grupo de Lara Tapia es de enfermos psicóticos crónicos y no todos tienen un diagnóstico de esquizofrenia (sólo el 36% son esquizofrénicos). Se trata de un grupo heterogéneo que solamente tienen como factor común el de presentar manifestaciones psicóticas y ser crónicos. Otro inconveniente para la comparación con nuestro estudio es el de que en esta investigación no se controlaron las variables edad, tiempo de evolución y escolaridad. Sin embargo, en el estudio ya referido, sobre variables psicosociales en enfermos mentales crónicos (del Instituto Nacional de Neurología), Lara Tapia señala que la edad promedio en estos pacientes corresponde a la de adulto joven y la escolaridad es de estudios primarios y secundarios.

Tomando en consideración los anteriores elementos, podemos señalar que el estudio de Lara Tapia (1995) representa una faceta del deterioro que presentan los enfermos esquizofrénicos crónicos y esta en correlación con los anteriores estudios comparados en el sentido de que el deterioro cognitivo se observa más marcado en los enfermos con una larga estadía en instituciones públicas y se presenta en menor grado en las instituciones de carácter privado.

Por otra parte, con respecto al Test visomotor de Bender, Lara Tapia (1995) en el estudio, ya referido, con psicóticos crónicos aplicó el Bender, evaluándolo con la técnica de Bell. En comparación a nuestro estudio, Lara Tapia observó como variables más relevantes macrografía, tendencia a rotar la figura o partes de esta y percepción inexacta de las figuras. En general se observan mayores distorsiones, imprecisiones o desaciertos en la ejecución de la prueba en los pacientes de nuestra muestra que en los de Lara Tapia, sin perder de vista que ésta es una muestra heterogénea de pacientes psicóticos y no sólo esquizofrénicos, razón por la cual explica Lara Tapia sus resultados, los cuales son más frecuentemente observados en pacientes orgánicos o psicoafectivos.

Los resultados de la presente investigación, con respecto al Test de Bender, conciben también con los

observados (aunque en menor magnitud) por Espinoza (1976), quien señala alteraciones en el contorno de la forma, rotación parcial, sustitución, y macro y micrografía como las alteraciones más significativas en el grupo de esquizofrénicos estudiados.

Los enfermos esquizofrénicos crónicos, de acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra investigación, tienden a presentar patrones más primitivos en la organización y representación de sus Gestalten (percepciones). Estas variables nos señalan más hacia una pérdida de la integración cerebral más que una localización precisa de lesión. La primitivización de los trazos como círculos por puntos, la dificultad en las figuras con ángulos, las modificaciones en el tamaño, la percepción y representación inexacta de las figuras, la manifestación de conductas asociadas como conteo de puntos, soliloquios, manipulación de las tarjetas, etc., son similares a las que se presentan en etapas tempranas del desarrollo evolutivo del niño. Es evidente que existe un deterioro cognoscitivo en estos enfermos que se manifiesta en una regresión asociada al desarrollo maduracional visomotriz, ésto inferido a través de la ejecución del Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender.

## 6.2 Limitaciones

Los resultados presentados hasta este momento en la presente investigación, consideramos son de suma relevancia, sin embargo existen factores o variables que debieron ser contempladas para un enriquecimiento u obtención de datos más concluyentes de la presente.

En primer término, consideramos que la conformación de la muestra al mínimo de 20 sujetos, limita en cierta medida la generalización de los resultados. La conformación de una muestra mayor, de tipo probabilística permitirá en investigaciones úteriores el poder generalizar estos resultados, y en su caso confirmarlos. Es también conveniente realizar este tipo de investigaciones en muestras selectivas de instituciones psiquiátricas privadas y de enfermos agudos, así como extender este tipo de investigaciones a otro tipo de afecciones psiquiátricas crónicas, tal como lo realiza Lara Tapia (1995), con grupos conformados homogéneamente.

En segundo término, no se contempló la posible influencia que en un momento dado pudiese haber tenido un determinado medicamento ingerido recientemente por el evaluado (efectos colaterales). Al respecto recor-

demos la hipótesis que relaciona la disquinesia tardía por ingesta medicamentosa con deterioro intelectual (Paulen, 1974). Se sugiere un control adecuado de este factor en posteriores investigaciones.

Otras variables como estado civil, nivel socioeconómico, tipo de familia (nuclear o desintegrada), que no se contemplaron en la presente, podrían ser incluidas en investigaciones consecuentes.

### 6.3 Sugerencias

La conformación de las muestras, con grupos de diagnóstico diferencial (p. ej. paranoide y no paranoide o psiquiátricos y orgánicos) homogéneos, permitirá la realización de estudios comparativos inter e intra-grupales.

Estas son solamente algunas líneas de investigación que seguir en investigaciones futuras, que permitan una conceptualización más precisa del deterioro cognoscitivo en los pacientes esquizofrénicos crónicos.

El deterioro que presentan los enfermos psiquiátricos crónicos está asociado a una larga permanencia en instituciones psiquiátricas, especialmente las de tipo públicas, en las que prevalecen condiciones que propician la deterioración o cronicidad de éstos como aislamiento social, abandono, falta de motivantes o incentivos, nulo involucramiento del paciente o sus familiares en el tratamiento o rehabilitación del paciente, o en actividades hospitalarias, comunitarias, laborales, educativas, recreativas o de arreglo e higiene personal, convirtiendo a estas instituciones en auténticos almacenes de custodia o reclutamiento de los enfermos psiquiátricos, condiciones que no difieren en gran medida de las prevalecientes en los primeros hospitales mentales del país (el "Asilo" y "la Canoa").

En este sentido cobran relevancia los estudios comparativos de nuestra investigación contra los efectuados en otros momentos cronológicos por diversos investigadores utilizando las medidas objetivas del WAIS (C.I. e índice de deterioro) y del Test de Bender. En estos vemos claramente que en aquellas instituciones psiquiátricas públicas con esquizofrénicos con una larga estadía en las mismas, presentan un marcado deterioro cognoscitivo, reflejado en el C.I. o en el índice de deterioro de la fórmula de Weschler (Lara Tapia, 1965., y el presente), siendo menor en aquellas en que la permanencia no ha sido tan prolongada.

gada (Joyce, 1971., Lara Tapia, 1995) y menor aun en aquellas instituciones privadas (Valle Gomez, 1963., Escalante, 1975). Situación similar se presenta con el Test de Bender, observandose un menor deterioro al respecto en instituciones psiquiátricas de corta estadía (Lara Tapia, 1995), al contrario de lo observado en instituciones de larga permanencia, como sucede en nuestro grupo estudiado.

Al respecto es importante señalar que cuando Lara Tapia en 1963, evalúa a los esquizofrénicos de La Castañeda encuentra un grave deterioro intelectual en éstos. El objetivo de Lara Tapia al realizar la valoración era el seleccionar aquellos pacientes que presentaran un menor deterioro para integrarlos a un programa piloto de rehabilitación en el nuevo proyecto "Operación Castañeda", surgido a partir de un movimiento crítico social de las condiciones deprimentes y de hacinamiento del antiguo manicomio "La Castañeda", y que parte con la redistribución de los internos en 11 nuevos centros hospitalarios<sup>1</sup>, con espaciosas y modernas instalaciones, incluyendo programas terapéuticos recreativos y ocupacionales. Sin embargo, 30 años después encontramos en nuestra investigación, en una muestra de características similares a la del estudio de Lara Tapia, los mismos índices de deterioro cognitivo encontrados por él en "La Castañeda".

¿Será necesario otro movimiento crítico, similar o superior al presentado en contra de "La Castañeda", para generar un cambio o reacción a favor del enfermo mental crónico? ¿Es suficiente con el esfuerzo profesional, pero limitado de algunas instituciones científicas e investigadores particulares para modificar las condiciones de tratamiento y rehabilitación de estos enfermos o se requiere de un compromiso real y efectivo a nivel de gobierno central?

El modelo médico-psiquiátrico tradicional ha evidenciado su incapacidad en la rehabilitación o reintegración social del enfermo mental, en particular del esquizofrénico crónico, inclusive su cerrada visión o limitada relación unívoca médico-paciente (medicamento-enfermedad) le ha impedido visualizar los factores o variables relacionados con los ingresos o recaídas de los enfermos mentales. Quiroga (1986) reporta que la probabilidad que este tipo de pacientes sean dados de alta a la comunidad y permanecer en ella, después de dos años de hospitalización, es de cerca del 6% y el porcentaje de rehospitalizaciones de los pocos que logran salir es de 72%. Lara Tapia (1995) señala en su estudio sobre variables psicosociales en enfermos psiquiátricos crónicos que estos

---

1. Uno de ellos, "La Salud-Tlazoiteotl" de donde tomamos nuestra muestra de estudio.

pacientes provienen de familias económicamente limitadas, y si bien, en promedio tienen una escolaridad de primaria o secundaria, los progenitores de éstos son de una escolaridad inferior a primaria o analfabetos. Respecto a las causas de las recaídas y rehospitalizaciones encontró que las principales son por la suspensión del tratamiento y por problemas de control familiar. Observa que el principal conflicto está dado por la cronicidad del paciente y la conducta agresiva de éste durante los períodos de agudización del cuadro clínico. Reporta que la suspensión del tratamiento se observa más por problemas de educación médica que por el ingreso económico familiar, y por la falta de información acerca de la enfermedad del paciente aunado a la baja comprensión de los padres respecto a ésta dado por su bajo nivel educativo. Como podemos observar, el fenómeno no es tan simple como administrar un medicamento y esperar un resultado. Las variables son más complejas e involucran a la familia y a la comunidad del paciente.

A partir de la década de los 80, en México comienza a desarrollarse (una vez agotada la corriente antipsiquiátrica) el movimiento alternativo denominado "Rehabilitación Psicosocial" como respuesta activa al modelo médico-psiquiátrico tradicional. Esta disyuntiva, que se genera a nivel internacional, surge como alternativa con el reconocimiento de las condiciones deteriorantes del enfermo mental crónico, propiciado por el modelo psiquiátrico tradicional y presenta como propuesta la adopción de un conjunto de principios y técnicas conductistas, de aprendizaje social o cognitivistas que a través de el reestablecimiento, reaprendizaje o reeducación de conductas, hábitos o habilidades de autocuidado, higiene y arreglo personal, autosuficiencia, socialización, resolución de problemas y toma de decisiones, entre otras, perdidas, disminuidas o nunca adquiridas, permitan la rehabilitación o reinserción social del paciente. Todo esto dentro de un contexto "psicosocial" que abarca toda la gama de factores o variables que inciden en la rehabilitación del enfermo mental, incluyendo a la familia-comunidad como factor principal en la aceptación y reinserción social del paciente, y abordándose desde un enfoque multidisciplinario, en donde la consecución de los objetivos, más que la multiplicación de esfuerzos, es la suma de voluntades.

El diseño de los programas de rehabilitación psicosocial requiere el conocimiento cabal previo del enfermo mental para el mejor aprovechamiento de sus capacidades y habilidades, es en este sentido que cobran importancia los índices de deterioro cognoscitivo obtenidos en la presente investigación. Resulta claro que no va a tener el mismo efecto terapéutico un programa de rehabilitación en un paciente con deficiencia mental media o con un índice patológico de



deterioro cognoscitivo que el que se puede producir en un enfermo con un coeficiente intelectual normal ó con un índice de deterioro cognitivo dentro de los parámetros normales de acuerdo a la edad. Es necesaria una determinación previa del nivel intelectual que presenta el paciente, a través de la evaluación psicométrica. La Escala de Inteligencia para Adultos de Weschler (WAIS) y el Test Gestáltico Visomotor de Bender son dos importantes herramientas para el trabajador de la salud mental, en la obtención de estos índices de deterioro. Observandose en la presente investigación la mayor utilidad y precisión, en cuanto a la obtención de estos índices, de la Escala de Inteligencia de Weschler y en menor grado, pero con la ventaja de ser un instrumento económico<sup>1</sup> en su aplicación y valoración, el Test Visomotor de Bender.

Otra de las ventajas de estos instrumentos psicométricos es la de que nos proporcionan no sólo medidas objetivas cuantitativas, sino también cualitativas, lo que nos permite atender, no sólo a un índice general sino también al detalle clínico, necesario en la elaboración de programas individualizados de rehabilitación. Un programa de rehabilitación para un enfermo con un coeficiente intelectual de deficiente mental medio ó el de un paciente con C.I. normal, pero con un índice de deterioro grave, acentuado en las subescalas de comprensión<sup>2</sup> y vocabulario<sup>3</sup>, no podrá basarse en técnicas educativas o de aprendizaje social, que requieran de niveles de abstracción más adecuados<sup>4</sup>, teniendo que hacerlo en técnicas conductuales, con el establecimiento de patrones conductuales y seguimiento de instrucciones sencillas y precisas, extendiéndose esta metodología o forma de abordar el problema, al ámbito familiar (a través de programas comunitarios y familiares). Una visualización más optimista (en cuanto a la disposición de recursos) nos inclinaria a sugerir la valoración psicométrica de los progenitores (o familiares responsables) del paciente, considerando la estadística del déficit educativo observado en

---

1. Definiéndose aquí económico, no por un valor monetario, sino en función de la administración de tiempos y actividades.

2. En la que se encuentran involucradas las funciones de juicio y toma de decisiones.

3. Que determina el repertorio verbal y la capacidad de comunicación interpersonal del sujeto.

4. No con esto afirmando la imposibilidad de un aprendizaje en este sentido, pero la rehabilitación será mucho más lenta y requerirá de mayores estrategias de instrumentación.

estos (Lara Taula, 1995).

La "Rehabilitación Psicosocial" en México se ha venido desarrollado por el impulso de instituciones científicas como UNAM, IMP e INNN, así como el interés permanente de investigadores nacionales como Lara Tapia, Quiroga, Torres V., Valencia y Vite S., quienes han desarrollado ya proyectos de rehabilitación psicosocial, aun a nivel experimental.

Sin embargo, esta incipiente evolución se ve constantemente frenada u obstaculizada por cambios administrativos, de tipo político o presupuestales, ya que finalmente los recursos para estas investigaciones, provienen de fondos federales.

Una mayor experimentación e implementación de estos proyectos terapéuticos requiere de un involucramiento directo del gobierno federal, que proporcione los recursos necesarios en forma permanente (sin vaivenes políticos) y que permita abarcar aspectos complementarios y también esenciales como la salud mental preventiva.

Al respecto, Sánchez-Sosa (1986) observa que cuando un estilo de vida no es congruente con las demandas ambientales, personales y sociales del ser humano, se inicia un proceso de deterioro que progresivamente se generaliza y habitualmente culmina en problemas de salud física o mental que afectan todo su funcionamiento, por lo que propone la adopción de la educación para la salud como primera y más importante medida de prevención en salud mental.

Otra medida preventiva contra la deteriorización del enfermo mental sería la detección precoz del enfermo psicótico (en su primer internamiento hospitalario), su invariable valoración psicométrica (con los instrumentos e índices de deterioro propuestos) en ese primer momento (y una vez controlados los síntomas psicóticos) y la implementación inmediata de un programa de rehabilitación psicosocial, por supuesto que involucre y comprometa a la familia del paciente, ya que, como señala Sánchez-Sosa (1986), la ausencia de un marco familiar estable suele deteriorar fácilmente la adaptabilidad del ser humano dentro de cualquier actividad.

Consideramos estas medidas plenamente justificables, y asumir al síndrome de la esquizofrenia como una prioridad en salud pública, con base en los datos que señalan que esta afecta, cuando menos al 1% de la población y ocupa más del 50% de las camas psiquiátricas, además de ir en constante incremento, y como corolario de lo anterior se debe considerar la rehabilitación como un derecho humano del enfermo esquizo-

---

#### 1. En instituciones psiquiátricas públicas.

frénico.

Para finalizar esta disertación, resumiremos a manera de propuestas, en los siguientes 10 apartados, los puntos relevantes considerados en la presente investigación:

1.- Es conveniente que en cualquier institución psiquiátrica se utilice un criterio único de diagnóstico del enfermo esquizofrénico, sea este el DSM-III-R, el ICD-10 u otro, con objetivos estadísticos, de investigación e inclusive para indicaciones terapéuticas.

2.- Existe un índice de deterioro en el enfermo esquizofrénico crónico, se sugiere la valoración psicométrica sistemática del paciente (en el primer ingreso hospitalario), con evaluaciones periódicas (anuales) que permitan observar la evolución de este deterioro cognitivo.

3.- Se proponen la Escala de Inteligencia para Adultos (WAIS) y el Test Gestáltico Visomotor de Bender como instrumentos útiles y precisos en la determinación del índice de deterioro cognoscitivo que presentan los enfermos esquizofrénicos.

4.- Se sugiere el desarrollo de nuevas líneas de investigación sobre el deterioro cognoscitivo, conductual y social que presenta el enfermo esquizofrénico crónico.

5.- Se plantea considerar el índice de deterioro (y su valoración clínica) que presentan los enfermos esquizofrénicos crónicos en la elaboración de los programas de rehabilitación psicosocial de estos pacientes.

6.- Se observa como una necesidad para los programas de rehabilitación psicosocial la puesta en práctica de programas alternos de educación y asistencia a la familia y comunidad, en el tratamiento y conocimiento del enfermo esquizofrénico.

7.- Se requiere de un mayor apoyo permanente a las instituciones científicas e investigadores profesionales, interesados en los proyectos de rehabilitación psicosocial, ante el fracaso del modelo médico-psiquiátrico tradicional.

8.- Consideramos necesario que se desarrollen proyectos de rehabilitación psicosocial institucionales, puestos en práctica por equipos multidisciplinarios, con la intervención directa y permanente del gobierno federal (insertos en el Plan Nacional de

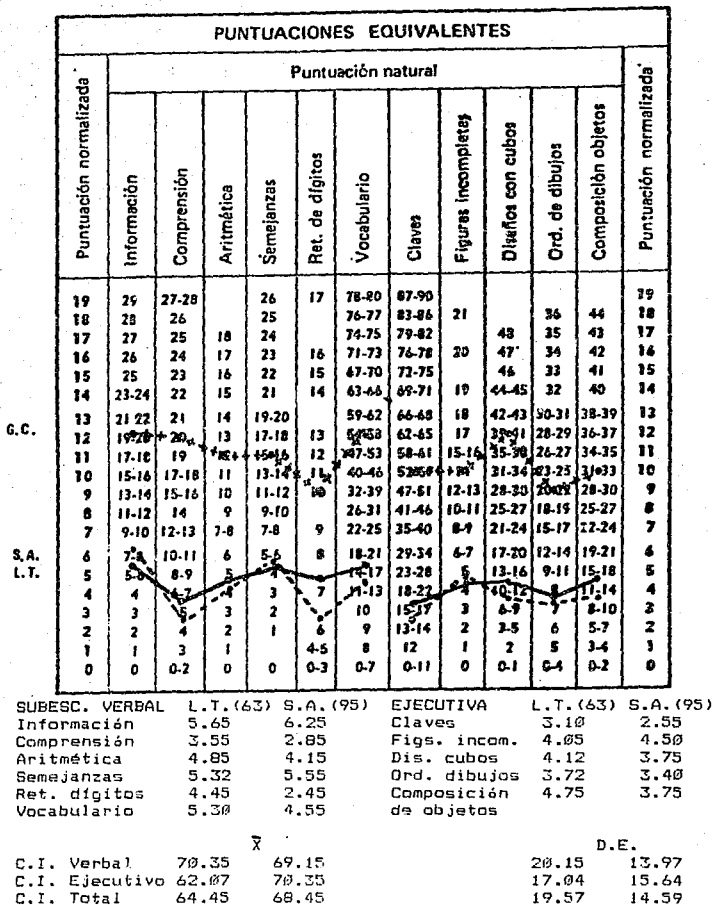
Desarrollo, para el enfermo psiquiátrico crónico, en particular del esquizofrénico, considerando a éste como una prioridad de salud mental.

9.- Es un derecho humano del enfermo esquizofrénico crónico y del psiquiátrico en general, su rehabilitación y asistencia adecuada para lo que es necesario en primera instancia modificar las condiciones de deterioro y abandono existentes en las instituciones psiquiátricas públicas para enfermos crónicos, propiciadas por el modelo psiquiátrico tradicional.

10.- Se requiere de la adopción de programas de educación para la salud mental como prioridad de prevención social, desarrollados a partir de 3 opciones; centros asistenciales de salud, centros educativos y medios masivos de comunicación.

La implementación de cuando menos 6 de estas propuestas representaría un gran avance en la comprensión y rehabilitación del enfermo esquizofrénico crónico.

Comparativo de estudios: Lara T. (63) vs. Sánchez A. (95)



Comparativo de estudios: Valle G. (63) vs Sánchez A. (95)

PUNTUACIONES EQUIVALENTES													
Puntuación normalizada	Puntuación natural											Puntuación normalizada	
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Ret. de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseños con cubos	Ord. de dibujos	Composición objetos		
	19	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
	18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
	17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
	16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
	15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
	14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
	13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
	12	19-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
	11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
	10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10
V.G.	9	13-14	15-16	10	11-12	10	37-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9
	8	11-12	14	9	9-10		28-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8
S.A.	7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
	6	7-8	10-11	6	5-6	6	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
	5	5-6	8-9	5			14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
	4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
	3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9		8-10	3
	2	2	4	2	1		9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
	1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
	0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

SUBESC. VERBAL	V.G. (63)	S.A. (95)	EJECUTIVA	V.G. (63)	S.A. (95)
Información	9.6	5.2	Claves	4.1	2.5
Comprensión	5.0	2.8	Figs. incom.	4.6	4.5
Aritmética	5.3	4.1	Dis. cubos	3.7	3.7
Semejanzas	8.7	5.5	Ord. dibujos	9.3	3.4
Ret. dígitos	2.1	2.4	Composición	8.2	3.7
Vocabulario	10.2	4.5	de objetos		

C.I. Verbal	89	69
C.I. Ejecutivo	72	70
C.I. Total	81	68

Indice deterioro 27.6% 33.34%

V.G. = Valle Gomez, 1963 S.A. = Sanchez A., 1995

GRAFICA No. 5

Comparativo de estudios: Joyce A. (71) vs Sánchez A. (95)

PUNTUACIONES EQUIVALENTES												
Puntuación normalizada	Puntuación natural										Puntuación normalizada	
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Ret. de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseños con cubos	Ord. de dibujos		Composición objetos
19	29	27-28		26	17	78-80	67-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86					18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		69	35	43	17
16	26	24	17	23	18	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-59	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-61	12-13	28-30	20-22	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10	9	26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4	8	16-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2	10	15-17	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

J.A.  
S.A.

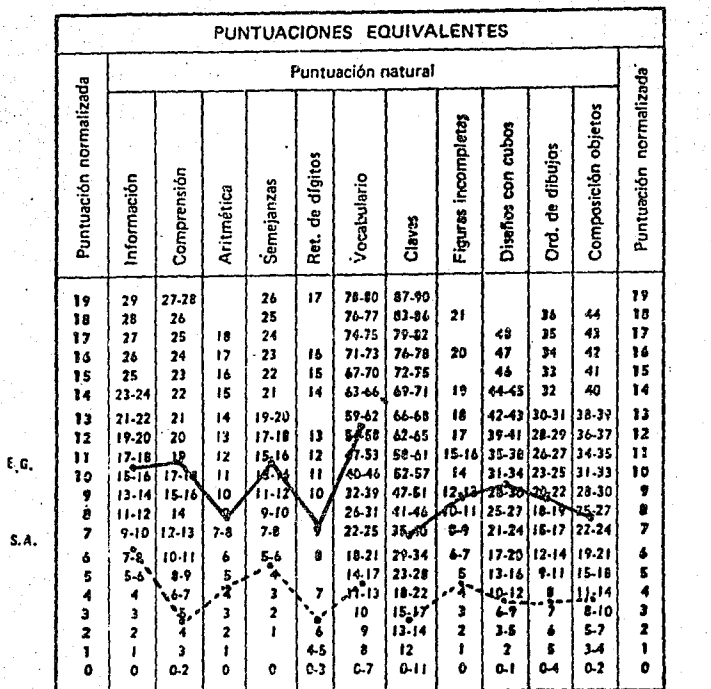
SUBESC. VERBAL	J.A. (71)	S.A. (95)	EJECUTIVA	J.A. (71)	S.A. (95)
Información	4.73	6.25	Claves	3.22	2.55
Comprensión	5.52	2.85	Figs. incom.	4.09	4.50
Aritmética	6.19	4.15	Dis. cubos	6.29	3.75
Semejanzas	6.91	5.55	Ord. dibujos	5.14	3.40
Ret. dígitos	5.44	2.45	Composición	5.26	3.75
Vocabulario	4.06	4.55	de objetos		

	$\bar{x}$		D.E.
C.I. Verbal	78.18	69.15	16.21
C.I. Ejecutivo	67.90	70.35	17.02
C.I. Total	72.31	68.45	16.56

J.A. = Joyce A., 1971

S.A. = Sánchez A., 1995

Comparativo de estudios: Espinoza (76) vs Sánchez A. (95)



SUBESC. VERBAL	E.G. (76)	S.A. (95)	EJECUTIVA	E.G. (76)	S.A. (95)
Información	10.27	6.25	Claves	6.90	2.55
Comprensión	10.80	2.85	Figs. incom.	8.90	4.50
Aritmética	7.79	4.15	Dis. cubos	9.13	3.75
Semejanzas	10.70	5.55	Ord. dibujos	8.83	3.40
Ret. dígitos	7.30	2.45	Composición	7.97	3.75
Vocabulario	12.30	4.55	de objetos		

C.I. Verbal	98.6	69.1
C.I. Ejecutivo	94.6	70.3
C.I. Total	98.7	68.4

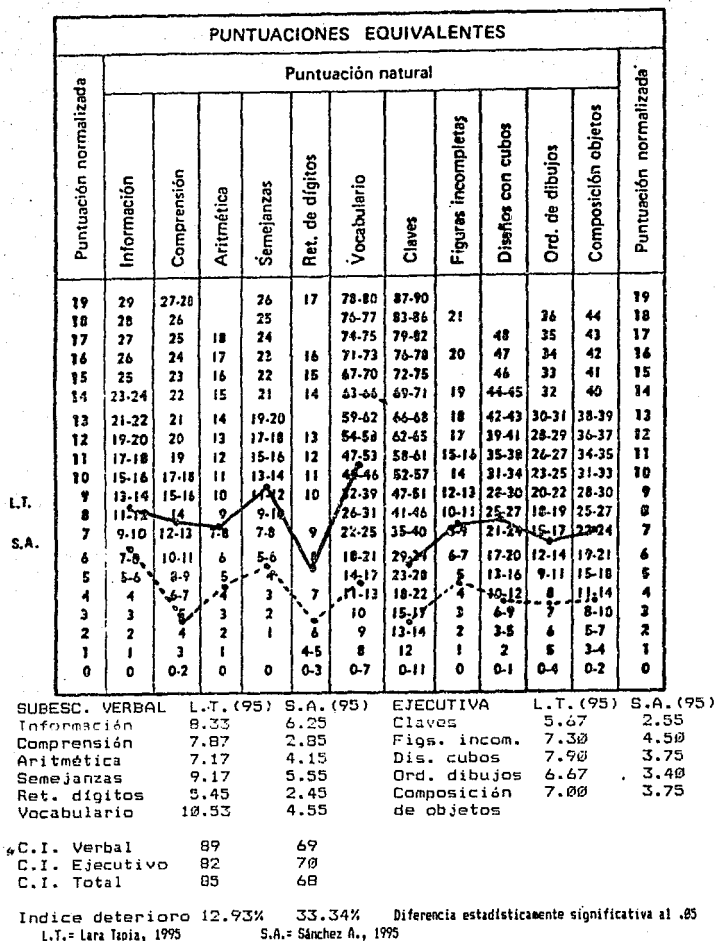
Diferencia estadísticamente significativa al .01

E.G. = Espinoza G., 1976      S.A. = Sánchez A., 1995



GRAFICA No. 7

Comparativo de estudios: Lara T. (95) vs. Sánchez A. (95)



ANÁLISIS CLÍNICO DEL BENDER SEGUN BELL								
NOMBRE:								
DX:		EXPEDIENTE:						
I. Mov. en la ejecución de las copias:		Figuras						
A	1	2	3	4	5	6	7	8
a. Rapidez								
b. Ritmo								
c. Dirección								
d. Perseveración								
e. Simplicidad								
II. Forma de las figuras:								
A. según el contorno:								
a. Nitidez								
b. Confusión								
B. Según organización:								
a. Reproducción precisa								
b. Percepción exacta del conjunto con inexactitud en los detalles.								
c. Representación exacta de las partes, pero sin una integración satisfactoria dentro de un todo.								
III. Orientación espacial:								
a. Rotación de la figura íntegra								
b. Rotación de una parte de la figura								
c. Separación de las partes de la figura								
d. Acentuación del plano horizontal								
IV. Diferenciación de las formas:								
a. Falta de orientación, por ejemplo garabateo								
b. Sustituciones y modificaciones								
c. Elaboración								
V. Perseveración:								
a. En trazos usados en construc. de dibujos								
b. En la representación de figuras consecutivas								
VI. Tamaño:								
a. Micrografía								
b. Igual al modelo								
c. Macrografía								
VII. Omisiones:								
a. De los entrecruzamientos								
b. De las formas angulosas								
c. Conducta asociada:								

#### BIBLIOGRAFIA:

- Ackerknecht, E., H. Breve Historia de la Psiquiatría, Ed. Universitario de Buenos Aires, Buenos Aires, 1968.
- Alanis, M., M. y Dimos, J., G. Estudio comparativo en pacientes con lesión hemisférica cerebral a través de 2 instrumentos neuropsicológicos. U.N.A.M., Tesis, Mexico, 1984.
- Anastasi, A. Test Psicológicos. Ed. Aguilar. Madrid, 1980.
- A.P.A. Changing concepts of schizophrenia and the ahistorical fallacy. Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 110, No. 10, pg. 1405-1407 Washington, octubre, 1994.
- A.P.A. DSM-III-R. Asociación Psiquiátrica Americana. Ed. Barcelona, 1988.
- A.P.A. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder, Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 151, No. 12, suplemento, Washington, diciembre, 1994.
- Bachrach, L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 149, No. esp. 1455-1463, Washington, noviembre, 1992.
- Ban, A. y McEvoy, J. Definición de la Esquizofrenia. Rev. Psicología, No. 15, pg. 2-9, México, 1993.
- Basaglia, Cooper y Langer Antipsiquiatría y Política, Ed. Extemporaneos, México, 1980.
- Bender, L. Test Gestáltico Visomotor. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1972.
- Bender, L. Transtornos Mentales y Emocionales. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1965.
- Bennett, D., H. Psychosocial rehabilitation: Evolution, principles and application in combating

negative symptoms., Rev. International Journal of Mental Health, vol. 16 (4), pg. 46-59, Londres, 1988.

- Bennett, D., H. Rehabilitación Psiquiátrica, Teoría y Práctica., Ed. Limusa, México, 1991.
- Bjorn, R., R. Schizophrenic patients and their parents: An experimental study of cognitive disorders and communication deviance, Memorias del XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, Mexico, 1984.
- Blanchard, J., J. The neuropsychological signature of schizophrenia: generalized or differential deficit? Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 151, No. 1, pg. 40-48, Washington, enero, 1994.
- Bracha, S., H. and Fuller, T., E. Second-trimester markers of fetal size in schizophrenia: A study of monozygotic twins. Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 149, No. 10, pg. 1355-1361, Washington, octubre, 1992.
- Brown, W., K. and White, T. The influence of topography on the cognitive and psychopathological effects of tardive dyskinesia, Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 149, No. 10, pg. 1385-1389, Washington, octubre 1992.
- Calzadilla, F., L. La Disquinesia Tardía en Enfermos Mentales Crónicos Hospitalizados, Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, vol. 26 (2), pg.217-226, Habana, 1985.
- Capello, C. Hallazgos de las correlaciones diagnósticas de la anormalidad entre el Bender Gestalt Test y el E.E.G. U.N.A.M., Tesis, 1963.
- Carmona, R.E. La Enfermedad Mental en México. U.N.A.M. Tesis, 1971.
- Castro de la Cruz, M.G. Estudio del Test Guestdáltico Visomotor. U.N.A.M. Tesis, 1967.
- Castrejón, V., J. Un Programa de Economía de Fichas en 2 Pacientes Esquizofrénicos Crónicos, Un Estudio Piloto. U.N.A.M., Tesis, 1988.
- Colodrón, A. Las Esquizofrenias, Ed. Siglo XXI, Madrid, 1990.
- Corin, E. and Lauzon, Giles. Positive withdrawal and the quest

for the meaning: The reconstruction of experience among schizophrenics., Rev. Psychiatry Journal for the study of interpersonal processes, vol. 55 (3), Ago., pg. 266-278, Montreal, 1992.

- Crane, L., and McLenna, P. Memory in schizophrenia: what is impaired and what is preserved?, Rev. Neuropsychologia, vol. 31 No. 11, pg. 1225-1241, Oxford, 1993.
- Crawford, R., J. and Bremer, M. Frontal Lobe impairment in schizophrenia: Relationship to intellectual functioning., Rev. Psychological Medicine, vol. 23, (3), pg. 787-790, Australia, 1993.
- Crowcroft, A. La Locura. Ed. Alianza. Madrid, 1971.
- Denber, C., B. and Rinkel, M. Chemical Concepts of Psychosis, Proceedings of the symposium on chemical concepts of psychosis held at the Second International Congress of Psychiatry in Zurich, Switzerland, Sep. 1957., Ed. McDowell, New York, 1958.
- Eckman, A, T. Technique for training schizophrenic patients in illness self management: A controlled trial, Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 149, No. 11, pg. 1549-1555, Washington, noviembre, 1992.
- Erlenmeyer, K., L. Schizophrenia and prenatal exposure to the 1957 A2 influenza epidemic in Croatia, Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 151, No. 10, pg. 1496-1498, Washington, octubre, 1994.
- Espinoza, G.R. La Exploración Psicológica de Funciones Corticales, Especialmente del Lóbulo Parietal en Enfermos Mentales. U.N.A.M. Tesis, 1976.
- Escalante, A., C. Análisis psicológico pre y postoperatorio de pacientes con epilepsia del lóbulo temporal. U.N.A.M., Tesis, México, 1971.
- Freedman, A. Compendio de Psiquiatría. Ed. Salvat. Barcelona, 1982.
- Geldard, A., F. Fundamentos de Psicología, Ed. Trillas, México, 1980.
- Gonzalez, M., R. y Donaire C., I. El Token Economy en la Apreciación del Enfermo y el Equipo Institucional: Estudio en una Comunidad

Terapéutica., Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, vol. 26 (2), pg. 181-188, Habana, 1985.

- Gonzalez, M., G. Alteraciones de la memoria en pacientes con epilepsia. U.N.A.M., Tesis, México, 1984.
- Grove, M., W. Smooth pursuit ocular motor dysfunction in schizophrenia: evidence for a major gene, Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 149, No. 10, pg. 1362-1368, Washington, octubre, 1992.
- Guma, D., E. La Exploración Neuropsicológica de los Enfermos Mentales, Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, vol. 26 (2), pg. 251-262, Habana, 1985.
- Gur, M., D. Clinical subtypes of schizophrenia: Differences in brain and CSF volume, Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 151, No. 3, pg. 343-350, Washington, marzo, 1994.
- Hame, F.R. Conceptos Actuales sobre la Esquizofrenia. U.N.A.M. Tesis, 1964.
- Hegarty, D., J. One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature, Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 151, No. 10, pg. 1409-1416, Washington, octubre, 1994.
- Hemsley, D., R. Schizophrenia: Origins, processes, treatment and outcome., Oxford University Press, New York, 1993.
- Huber, G. Kurt Schneider, 1887-1967, Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 151, No. 10, pg. 1492, Washington, octubre, 1994.
- H.P.H. Rehabilitación del Esquizofrénico Crónico, Hospital Psiquiátrico de la Habana, Habana, 1983.
- Ihsan, A. Etiological Factors in the Severity of Male Schizophrenia, Memorias del XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, 1984.
- I.U.Psy.S. Family, Group and Institutional Therapy. Simposia del XXIII Congreso Internacional de Psicología, Union Internacional de Psicología Científica, Acapulco, México, septiembre, 1984.

- Jimenez, C., L. El Tratamiento Psicoterapéutico de las Psicosis Esquizofrénicas: Estudio de dos casos. U.N.A.M., Tesis, 1985.
- Joyce, A., R. Análisis diferencial de la inteligencia en 2 grupos de esquizofrénicos. U.N.A.M., Tesis, México, 1971.
- Jurado, C., S. Sesenta años en la Historia de la Psicología en México (1900-1960). U.N.A.M., Tesis, México, 1982.
- Kahn, S., R. and Harvey, D., P. Neuropsychological correlates of central monoamine function in chronic schizophrenia: Relationship between metabolites and cognitive function., Rev. Schizophrenia Research, Vol. 11 (3) Feb., pg. 217-224, Noruega, 1994.
- Kapanov, M., M. and Zachevitsky, R., A. Follow-up of mental patients after rehabilitation., Rev. International Journal of Mental Health, vol. 17 (3), pg. 46-62, Leningrado, 1988.
- Kendler, K., S. and McGuire M. An epidemiologic, and family study of simple schizophrenia in County Roscommon, Ireland. Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 151, No. 1, pg. 27-34, Washington, enero, 1994.
- Kelley, M., E. and Gilbertson, M. Deterioration in premorbid functioning in schizophrenia: A developmental model of negative symptoms in drug-free patients, Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 149, No. 11, pg. 1543-1548, Washington, noviembre, 1992.
- Kleinmuntz, B. Elementos de Psicología Anormal, Ed. Compañía Ed. Continental, México, 1980.
- Kremen, S., W. and Seidman, S., L. Neuropsychological risk indicators for schizophrenia: A review of family studies., Schizophrenia Bulletin, Vol. 20 (1) Ene., pg. 103-119. England, 1994.
- Larragoiti, A., R. Estado Actual del Tratamiento de la Esquizofrenia, Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, vol. 24 (2), pg. 197-211, Habana, 1983.
- Larragoiti, A., R. Esquizofrenia y Disfunción Cerebral Mínima, Revista del Hospital Psiquiátrico de la

Habana, vol. 26 (2), pg. 201-206, Habana, 1985.

- Lara, T. H. Factores clínicos y sociales para rehabilitación psicosocial: Variables clínicas en pacientes psiquiátricos crónicos, Memorias del VII Congreso Mexicano de Psicología, S.M.P., México, febrero, 1975.
- Lara, T., H. Características clínicas de evolución de pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados en el I.N.N.N. M.V.S. X Reunión Anual de Investigación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez, I.N.N.N., México, mayo, 1975.
- Lara, T., H. y Guerrero, B., L. Deterioro cognoscitivo y psicopatológico en los trastornos mentales orgánicos y epilepsia del lóbulo temporal. X Reunión Anual de Investigación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez, I.N.N.N., México, mayo, 1975.
- Lara, T., H. y Miranda, G. Un estudio sobre el deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos crónicos. Memorias del VII Congreso Mexicano de Psicología, S.M.P., México, febrero, 1975.
- Lara, T., H. y Ocampo, M.T. Factores clínicos y sociales para rehabilitación psicosocial: Variables psicosociales en pacientes psiquiátricos crónicos. Memorias del VII Congreso Mexicano de Psicología, S.M.P., México, febrero, 1975.
- Lara, T., H. y Zamora L., M. Criterios diagnósticos de esquizofrénicos crónicos hospitalizados en el I.N.N.N. M.V.S. X Reunión Anual de Investigación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez, I.N.N.N., México, mayo, 1975.
- Lara, T., L. Variables Diagnósticas para Diversos Cuadros Patológicos a través de la Escala de Wechsler. U.N.A.M. Tesis, 1965.
- Levin, J. Fundamentos de Estadística en la Investigación Social, Ed. Harla, México, 1979.
- Lundin, L., and Dencker, S., J. Community-based rehabilitation of schizophrenia: Corrected version., Rev. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, vol. 46 (2), pg. 121-127, Noruega, 1992.



- Luria, R.A. Las Funciones Corticales Superiores del Hombre. Ed. Orbe. La Habana, 1977.
- Marcos, S. Alternativas a la Psiquiatría, Ed. Nueva Sociología, México, 1982.
- Marcos, S. Manicomios y prisiones. Ed. Red, México, 1983.
- Mussen, P. Introducción a la Psicología. Ed. Continental, México, 1981.
- Mandujano, W, G. Análisis crítico de las Tesis Realizadas en el Area Clínica de la Fac. de Psicología, UNAM. Tesis, 1991.
- Mesa, C., S. Identificación inmunoelectromicroscópica de las partículas semejantes a virus observadas en la esquizofrenia, Rev. del Hospital Psiquiátrico de La Habana, vol. 26, No. 2, pg. 195-200, La Habana, 1985.
- Michaca, A., P. Factores de inteligencia en el Test Gueatático Visomotor de Bender. U.N.A.M., Tesis, México, 1965.
- Molina, M.L. y Cardenas, C.J. Alternativas a la Psiquiatría. Ed. Nueva Sociología. México, 1982.
- Morales, L. Psicometría Aplicada. Ed. Trillas. México, 1983.
- Moses, J., A. and Maruish, M., E. A critical review of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery literature: Cognitive deficit in schizophrenia and related disorders, Rev. International Journal of Clinical Neuropsychology, vol. 10, No. 2, pg. 51-62, California, 1988.
- Mussen, P. y Rosenzweig, M. Introducción a la Psicología, Ed. Compañía Ed. Continental, México, 1981.
- Nagaswami, V. and Valecha, V., Rehabilitation needs of schizophrenic patients: A preliminary report, Rev. Indian Journal of Psychiatry, vol. 27 (3), Jul., pg. 213-220, India, 1985.
- Nava, H., A. El Autoconcepto en Esquizofrénicos., U.N.A.M., Tesis, 1986.
- Okada, K. Psychosocial rehabilitation in the public health centers in Osaka Prefecture., Rev. International Journal of Mental Health, vol. 17 (2), pg. 38-47, Japón, 1988.

- Ordoñez, S. y Garnica, R. Estado nosológico actual de la esquizofrenia, Rev. Psicología, No. 15, pg. 10-13, México, 1993.
- Padilla, L., M. Algunos Trabajos Realizados en la Investigación de la Etiología de las esquizofrenias. U.N.A.M., Tesis, 1985.
- Parrodi, G.S. Estudio Diagnóstico Comparativo entre tres Grupos Psiquiátricos mediante la prueba Bender. U.N.A.M. Tesis, 1982.
- Paulen, J., S. and Heaton, R., K. Neuropsychological impairment in tardive dyskinesia., Rev. Neuropsychology, vol. 8 (2), Apr. pg. 227-241, California, 1994.
- Puerta, M., F. La memoria en esquizofrénicos. Un estudio en relación al sexo. U.N.A.M., Tesis, México, 1971.
- Quiroga, A.H. y Cols. Programas de Tratamiento Psicossocial Para la Rehabilitación del Paciente Mental Crónico Hospitalizado en México: Descripción, Resultados y Perspectivas. Rev. Mex. de Psicología. S.M.P., V.3,N.1, p.44-58. México, 1986.
- Randolph, C. and Golderg, T., E. The Neuropsychology of Schizophrenia, Oxford University Press, Nueva York. 1993.
- Ricardo, G., J., Mena, N., C. y Gonzalez, R. Coherencia intra e interhemisférica de la actividad electroencefalográfica en pacientes con trastornos mentales, Memorias del XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, 1984.
- Rodríguez, P., I. Rasgos Predominantes de la Familia de Pacientes Esquizofrénicos. UNAM. Tesis, 1991.
- Rupneals, N., M. and Diversan, S., Cognitive impairment in schizophrenia: how experimental models using nonhuman primates may assist improved drug therapy for negative symptoms., Rev. Neuropsychología, vol. 31 (10), pg. 1133-1146, Oxford, 1993.
- Sabaté, O. and Campion, D. Failure to find evidence for linkage or association between the dopamine D3 receptor gene and schizophrenia, Rev. American

Journal of Psychiatry, vol. 151, No. 1, pp. 107-111, Washington, enero, 1994.

- Sánchez, H. La lucha en México contra las enfermedades mentales, Ed. Fondo de C. Econ., México, 1974.
- Sánchez-Sosa, J., J. Salud Mental y Prevención Social, Revista de Psicología Social y Personalidad, vol. 2, No. 2, pg. 43-53, México, diciembre 1986.
- Sánchez, S., J. El diagnóstico precoz de la esquizofrenia: Un peligro potencial en la clínica psiquiátrica. Revista del Hospital Psiq. de la Habana, vol. 25 (2), pg. 229-236, Habana, 1984.
- Saraceno, B. Rehabilitación Psicosocial y Salud Mental. El desafío de la cronicidad. Simposio sobre Rehabilitación Psicosocial, U.A.M., México, marzo, 1994.
- Sardo, A. Cognition and attention deficits in schizophrenics: A research policy in the context of rehabilitative behavioral strategies, Rivista Sperimentale di freniatria medicina legale delle alienazione mentali, vol. 109, No. 6, pg. 1344-1351, Milan, diciembre, 1985.
- Serper, R., M. and Harvey, D., P. The need of integrate neuropsychological and experimental schizophrenia research., R. Schizophrenia Bulletin, vol. 20 (1), pg. 1-11, New York, 1994.
- S.M.P. La rehabilitación psicosocial en México, estado actual y perspectiva. Simposia del VII Congreso de Psicología, Sociedad Mexicana de Psicología, México, febrero, 1995.
- Szasz, T. Esquizofrenia, Ed. Premia, México, 1984.
- Takei, N. and Sham, P. Prenatal exposure to influenza and the developmnet of schizophrenia: Is the effect confined to females, Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 151, No. 1, pg. 117-119, Washington, enero, 1994.
- Thomas, J.R. Estudio Comparativo entre dos Pruebas Gestáltico Visomotoras, (Bender-Ellis) en Psicóticos, U.N.A.M. Tesis, 1978.
- Thompson, W., J. and Weiner, R., D. Use of ECT in the United States in 1975, 1980, and 1986, Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 151, No. 11, pg. 1657-1661, Washington, noviembre, 1994.

- Thuiller, J., E. El Nuevo Rostro de la Locura, Ed. Planeta, Barcelona, 1981.
- Tsuang, M., T. Genetics, epidemiology, and the search for causes of schizophrenia. Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 151, No. 1, pg. 3-6, Washington, enero, 1994.
- U.N.A.M. Curso de Prácticas del 4o. Nivel. Fac. Psic. U.N.A.M. México, 1982.
- U.N.A.M. Técnicas de Evaluación de la Personalidad. Fac. Psic. U.N.A.M. México, 1984.
- Valdes, H., I., Galán R., F. y Gonzalez V., A., Rehabilitación de pacientes psiquiátricos de larga estadía, Revista del Hospital Psiq. de la Habana, vol. 25 (2), pg. 229-236, Habana, 1984.
- Valencia, C., M. Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados, Memorias del XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, 1984.
- Valencia, C., M. Formulación de principios para el tratamiento y rehabilitación del paciente psicótico hospitalizado, Revista Mexicana de Psicología, vol. 3 (1), pg. 37-43, México, 1986.
- Valencia, C., M. Características clínicas y funcionamiento psicosocial en el seguimiento de pacientes esquizofrénicos. Memorias del VII Congreso Mexicano de Psicología, S.M.P., México, febrero, 1995.
- Valle Gómez, T.R. Investigación sobre la Disminución de Habilidades Mentales en un Grupo de Esquizofrénicos Crónicos por medio de Pruebas Psicodiagnósticas. U.N.A.M. Tesis, 1963.
- Varela, C. y Guimón, J. Rehabilitación de enfermos crónicos: Entrenamiento de habilidades sociales de la esquizofrenia, Memorias del XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, 1984.
- Weinberger, D., R. Evidence of dysfunction of a prefrontal-limbic network in schizophrenia: A magnetic resonance imaging and regional cerebral blood flow study of discordant monozygotic twins, Rev. American Journal of Psychiatry, vol. 149, No. 7, pg. 890-897, Washington, julio, 1992.