

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE FILOSOFIA Y LETRAS

"UNA INVESTIGACION SOBRE LA DISMINUCION DE
HABILIDADES MENTALES EN UN GRUPO DE
ESQUIZOFRENICOS CRONICOS POR MEDIO DE
PRUEBAS PSICODIAGNOSTICAS"

TESIS

que para obtener el título de

PSICOLOGO

PRESENTA

ROSA MARIA VALLE GOMEZ TAGLE



FILOSOFIA
Y LETRAS

MEXICO, D. F.

1963



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Expreso mi agradecimiento al Dr. Guillermo Dávila, quien me permitió efectuar esta investigación en el Sanatorio que dirige.

Agradezco también al Dr. Rafael Núñez, su orientación técnica - que hizo posible este estudio.

INTRODUCCION

I.- ESQUIZOFRENIA

- a).- Definición
- b).- Antecedentes Históricos
- c).- Psicopatología
- d).- Sub-Tipos
- e).- Curso y Evolución
- f).- Deterioro

II.- REVISION DE LITERATURA

III.- METODOLOGIA

- a).- Sujetos
- b).- Metodología

IV.- RESULTADOS

V.- CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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

Dentro del campo de la Psicopatología, el síndrome de la esquizofrenia, término empleado para designar a "un grupo de afecciones mentales caracterizadas por síntomas psicológicos específicos y que provocan en la mayoría de los casos una desorganización de la personalidad", (1) ha despertado un gran interés. A pesar de ser una de las alteraciones más estudiadas por psiquiatras y psicólogos de orientaciones diversas e incluso disímolas, algunos aspectos fundamentales, como sus causas, evolución y su diagnóstico, ofrecen todavía muchas dificultades para su correcta valoración.

En lo referente a la evolución, la observación clínica ha demostrado que el curso del padecimiento varía de un enfermo a otro inclusive tratándose del mismo tipo clínico de alteración. Por ello los patrones típicos propuestos, en ocasiones, carecen de valor práctico para pronosticar el curso a seguir del proceso. Sin embargo, es innegable que un buen número de casos presentan una clara tendencia hacia la llamada cronicidad, pues la desorganización de la personalidad persiste aún cuando los síntomas o signos graves hayan desaparecido, lo que ocasiona que estos enfermos sean huéspedes, casi permanentes, de las salas de los hospitales psiquiátricos y que muy difícilmente puedan ser reincorporados satisfactoriamente a su medio social original.

Dentro del grupo de pacientes considerados crónicos surge un nuevo aspecto

(1) Mayer Gross, S. R.: *Psiquiatría Clínica*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1958.

to de gran importancia que ha sido también objeto de especulación: "el deterioro mental", también llamado "deterioración esquizofrénica", que con frecuencia se menciona en varias investigaciones. El término se presta a confusiones, unas de carácter técnico y otras de origen puramente semántico, lo que impide llegar a un acuerdo definitivo sobre si es factible o no hablar de "deterioro" en la esquizofrenia. Generalmente, al hablar de "deterioro" se le relaciona con el decremento de la inteligencia producido por alguna lesión o con la declinación progresiva que culmina en la demencia, que se observa en los casos seniles. En el caso de la esquizofrenia, se hace patente una alteración general de la personalidad que se manifiesta en el comportamiento global del enfermo, sin que esté implicada una causa orgánica. Por esta razón, el concepto mencionado ha sido excluido del presente trabajo para ser reemplazado por el de "disminución de habilidades mentales" que resulta más claro para su finalidad, ya que implica una baja de eficiencia sin que por ello se deba inferir una etiología lesional u orgánica.

Si bien no se ha llegado a un acuerdo respecto a las causas que determinan la disminución, la mayoría de los autores han coincidido en afirmar que en un buen porcentaje de estos pacientes existe una pérdida o disminución en el rendimiento de su personalidad.

Inicialmente se había pensado en referir este estudio a la disminución de las habilidades intelectuales, ya que su objeto es determinar la pérdida o declinación de la eficiencia del esquizofrénico crónico por medio de pruebas psicométricas. Pero el término "intelectual", se limita a un aspecto aislado de la personalidad como si la actividad intelectual tuviera un funcionamiento independiente, sin ninguna relación con lo emocional, lo que no es exacto y menos aún si se tiene presente que en el esquizofrénico existe una desorganización general de su personalidad.

Por ello, se dedica este estudio a la disminución de las habilidades "mentales", entendido el término "mental" en un sentido más amplio que "intelec -

tual". Se ha pensado que esta disminución puede ser ocasionada, entre otros factores, por la persistencia prolongada de una enfermedad mental. Partiendo de esta hipótesis, se han intentado estudiar los efectos de la patología esquizofrénica en aquellos enfermos en los que el padecimiento no ha cedido ante ningún tratamiento.

En el estudio que a continuación se presenta, se ha seleccionado un grupo de pacientes esquizofrénicos, con el objeto de determinar si la disminución se encuentra presente en todos los casos que aquí se han seleccionado y considerado como crónicos y si dicha disminución está en relación con el tiempo de evolución del padecimiento o con la clasificación diagnóstica.

A pesar de las controversias que sobre su utilidad se han suscitado, se ha elegido la prueba de inteligencia Wechsler-Bellevue, con la que se puede determinar el grado de disminución en términos de porcentaje, por la diferencia entre dos resultados: uno, el correspondiente a la inteligencia del sujeto antes de la enfermedad; y el otro, el correspondiente a su nivel intelectual en el momento de la enfermedad.

El psicodiagnóstico de Rorschach se ha empleado por la utilidad que representa para la confirmación del diagnóstico, mediante los signos de Rorschach de esquizofrenia que han encontrado diferentes autores, y con el objeto de investigar qué características peculiares se observan en el grupo de pacientes crónicos seleccionados.

En este estudio se ha intentado comprobar la teoría de la disminución de las habilidades mentales, (que otros autores han llamado el "deterioro en el esquizofrénico crónico"), por medio de pruebas psicológicas. Se encontrarán limitaciones y deficiencias metodológicas por lo que los resultados no pueden ser considerados como una solución a las cuestiones teóricas derivadas del problema de la "disminución" o del "deterioro" en relación con la esquizofrenia. Sin embargo, es nuestro interés que pudiera representar un aporte para

la valoración del empleo de las pruebas psicodiagnósticas para fines prácticos,
como complemento de la observación clínica.

CAPITULO I

ESQUIZOFRENIA .

a).- DEFINICION.- La esquizofrenia o demencia precoz es un síndrome psiquiátrico caracterizado por síntomas psicológicos específicos un tanto variables que deben ser entendidos como el resultado final de un conjunto de condiciones que manifiestan y conducen a una severa alteración del yo. En base a la teoría psicósomática multidimensional de la esquizofrenia, se considera que esta desorganización de la personalidad puede ser debida a una debilidad psicógena del yo, o bien a perturbaciones de su funcionamiento ocasionadas por factores traumáticos, infecciosos, arteroescleróticos, enzimáticos, tóxicos, genéticos, o constitucionales. En suma, por cualquier factor de origen químico, histológico, genético o psíquico o por la combinación de éstos. (1)

b).- ANTECEDENTES HISTORICOS.- La heterogeneidad de los síntomas que constituyen el cuadro clínico de la esquizofrenia, ha dado lugar a muchas controversias debido a la diversidad de criterios que han servido de base para los estudios realizados sobre este padecimiento.

En el año de 1672, Willis se refirió a esta perturbación considerándola como un estado de "estupidez o morosidad". Pinel, en 1809, la asoció con el "idiotismo". Esquirol, dividió la afección en dos grupos, uno que llamó el gru

(1).- Bellak L. Schizophrenia: A revue of the syndrome. Logos Press. New York 1958.

po de demencia crónica y otro el de idiotismo adquirido cuyas características corresponderían a las del cuadro clínico de lo que en la actualidad se denomina esquizofrenia simple. Morel, en 1851, fué el primer autor que para referirse a un caso de "estupidez" que degeneró en estado de "demencia", empleó los términos demencia y precoz. En 1863, Kahlbaum describió una afección caracterizada por cuadros de excitación y depresión que se presentaban en la pubertad; esta condición la denominó parafrenia hebética. Después de estudiar estos aspectos, Hecker, en 1871, describió la hebefrenia y en 1874, se refirió al cuadro de la catatonia con el nombre de "Spannungsirren".

En 1898, Kraepelin (2) en Alemania, agrupó los diferentes cuadros clínicos que se habían venido describiendo: la hebefrenia, la catatonia primaria, en la que incluía a todas las formas con síntomas catatónicos predominantes, la vesania típica o demencia paranoide, caracterizada por ideas delirantes confusas, alucinaciones, comportamiento exterior relativamente intacto y una temprana detención de todo el proceso, en una entidad nosológica fundamental. Hizo la distinción de estos tres tipos de acuerdo con la predominancia de ciertos síntomas, y más tarde, tomando en cuenta algunas sugerencias de Bleuler, añadió el tipo simple. Consideró que el cuadro fundamental estaba caracterizado por lo que él creyó era un deterioro progresivo que conducía a la demencia por lo que lo denominó Demencia Precoz. Observó que había un grupo de pacientes que no se demenciaban, es decir, que podían ser curados o detenidos en el proceso, circunstancia que le indujo a tomar en cuenta otro grupo de síntomas que son los que constituyen el síndrome de la psicosis depresiva, distinto de la sintomatología consistente en alucinaciones, afectividad incongruente, alteraciones de la atención, delirios, negativismo, comportamiento estereotipado y pérdida progresiva en presencia de un senso -

(2).- Kraepelin, E.: Clinical Psychiatry. A text book for students and physicians. MacMillan New York. 1902

rio relativamente intacto. Al describir este síndrome siempre pensó en una etiología basada en alteraciones del metabolismo que nunca llegó a probar.

En 1911, Bleuler con la publicación de su monografía "El Grupo de las Esquizofrenias", contribuyó, junto con Kraepelin, al conocimiento de la esquizofrenia. No consideró que esta afección se caracterize, fundamentalmente, por evolucionar a un estado de demencia, pues observó que muchos pacientes incluidos dentro de este grupo, como los catatónicos, no llegaban a la deterioración completa; que el deterioro puede no aparecer en forma precoz y que existen otras enfermedades, además de la esquizofrenia, características de la pubertad. Por consiguiente, pensó que el término de Demencia Precoz, debía ser reemplazado por el de Esquizofrenia que por su significado de "mente dividida" resultaba más adecuado para referirse a un padecimiento caracterizado fundamentalmente, por el "desdoblamiento" de las funciones básicas de la personalidad.

Para Bleuler, 3) "La esquizofrenia es un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico y otras constituido por ataques intermitentes. Puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero no permite una reintegración completa. Se caracteriza fundamentalmente por alteración del pensamiento y los sentimientos y "relajación con el mundo exterior". Divide a los síntomas en primarios o fundamentales, o sea aquellos que "surgen directamente del proceso patológico", como trastornos de la asociación, de la afectividad y ambivalencia, y síntomas secundarios como alucinaciones, ideas delirantes, ilusiones, etc., resultado de las reacciones de la psique enferma ante procesos internos o externos que pueden variar o estar ausentes. De acuerdo con este autor, el mecanismo básico que se encuentra subyacente a todos los síntomas esquizofrénicos es la alteración de las asociaciones del

(3).- Bleuler E. Demencia Precoz: El Grupo de las Esquizofrenias. Ediciones Horme. Buenos Aires, 1960.

pensamiento que se manifiesta por medio de ilusiones, bloqueos, interpretaciones falsas de la realidad, etc. Describió también, el autismo como una forma de huir de la realidad, una regresión a un mundo pre-lógico de fantasías, deseos y temores, opuesto a las formas del pensamiento lógico. Postula la presencia de "un proceso que produce directamente los síntomas primarios; los síntomas secundarios son en parte, funciones psíquicas que operan en condiciones alteradas y en parte, los resultados de intentos de adaptación a las perturbaciones primarias, más o menos exitosos".

Adolf Meyer consideró fundamental el estudio del paciente esquizofrénico desde el principio de su vida, valorando tanto la evolución del proceso, como todos los factores que puedan contribuir al desarrollo de la esquizofrenia. Por consiguiente, enfatiza la importancia del estudio "longitudinal" de los factores psicológicos.

Aún cuando inicialmente el psicoanálisis estaba enfocado al estudio de las neurosis, numerosos psicoanalistas como Freud, Abraham, Schilder, Alexander, Sullivan y Fenichel, han estudiado la esquizofrenia bajo este punto de vista. Fue Freud quien en 1894, en un artículo sobre las neuropsicosis de defensa se ocupó de la interpretación de los fenómenos alucinatorios (la mayoría de los casos descritos en este trabajo, actualmente son diagnosticados como esquizofrenia). Abraham en 1907, estudió la relación de las experiencias de la infancia con el contenido de delirios y alucinaciones. En 1911, Freud publicó los estudios sobre el caso de psicosis de Schereber, y en 1914, formuló la hipótesis básicas concernientes a la represión de la libido de los objetos y relación de objetos con la megalomanía y estudió las regresiones y compensaciones. Agrupó todos estos fenómenos alrededor del concepto de la regresión. Estos conceptos formaron la base de los postulados psicoanalíticos posteriores.

Federn y Sechehaye (4) centraron su atención en los aspectos libidi-

Losos de los fenómenos regresivos en los trastornos del yo. Federn fué el primero en considerar la esquizofrenia como perturbación del yo y formaló conceptos referentes a los límites del YO y al aparato perceptivo.

En 1903, Jung aplicó conceptos psicológicos al estudio de la esquizofrenia. Utilizó pruebas de asociación por medio de las cuales concluyó que las ilusiones, alucinaciones y otros síntomas, se presentaban debido a que un grupo de ideas que hasta entonces habían mantenido una existencia más o menos independiente, debido a su carga emotiva, eran removidas del inconciente. Más tarde consideró que el paciente esquizofrénico había tenido previamente un tipo psicológico introvertido y que muchos de sus síntomas eran reproducciones de "arquetipos" depositados en el inconciente colectivo.

Para Fenichel, (5), la esquizofrenia no es una entidad nosológicamente definida, sino que abarca todo un grupo de enfermedades. Se caracteriza por ciertos rasgos que le son comunes, tales como lo bizarro de los síntomas, lo absurdo de los afectos y de la ideación y la relación inadecuada de estos. El YO del esquizofrénico ha sufrido una regresión a estadios muy primitivos, a aquellos períodos en que aún no ha establecido una diferenciación entre el YO y el mundo de los objetos, al período oral más temprano, carente de objetos y previo a la etapa sádico-oral. El yo del esquizofrénico se ha apartado de la realidad, ha perdido sus objetos, se ha derrumbado.

La teoría psicoanalítica divide los síntomas esquizofrénicos en dos grupos. El regresivo, constituido por las sensaciones de destrucción del mun -

(4).- Alexander F. Psiquiatría Dinámica.- Editorial Paidós, Buenos Aires, 1958.

(5).- Fenichel O. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Ed. Nova. Buenos Aires, 1957

do, hipocondría, despersonalización, delirios de grandeza y algunos síntomas catatónicos y el grupo de síntomas de recuperación constituido por las fantasías de salvación del mundo, manifestaciones de sexualidad infantil, lenguaje esquizofrénico y estereotipias. Generalmente aparecen primero los regresivos y después los reconstituyentes.

El punto de vista psicoanalítico tradicional sostiene que el proceso inicial de una psicosis consiste en apartarse la libido de la realidad; la pérdida de la capacidad de interpretación de la realidad con delirio es un fenómeno consecutivo, compensador, adaptativo. El método psicoanalítico es virtualmente el único que ha presentado una explicación de los fenómenos esquizofrénicos integrándolos en una teoría comprensiva de la personalidad.

Sullivan consideró la esquizofrenia como el resultado indirecto de relaciones interpersonales inadecuadas entre el niño y sus padres (adultos significativos), lo que trae como consecuencia la imposibilidad para establecer patrones duraderos de respuesta que eliminen la ansiedad. Cuando ésta aumenta se desarrolla un estado de pánico psicótico; las primeras experiencias que formaban parte del yo, nuevamente se hacen presentes en forma simbólica.

Los principales representantes de la escuela fenomenológica existencial que se han interesado en la esquizofrenia son Binswanger y Minkowski. El primero se interesa en el estudio de la estructura subyacente presente antes de la manifestación de la enfermedad, explica el comportamiento del paciente, la originalidad de sus experiencias, de sus potencialidades patológicas. Minkowski considera que "la pérdida del contacto vital con la realidad", es un factor básico en la esquizofrenia y sugirió la posibilidad de restablecer este contacto por medio de terapia. Llamó la atención, también, sobre las alteraciones del tiempo y del espacio en los esquizofrénicos; mientras que el espacio se amplía para dar cabida a los objetos del mundo de ilusiones del paciente, el tiempo se ve reducido al presente.

c).- PSICOPATOLOGIA.- Sea cual fuere la causa última de esta afección, clínicamente se manifiesta por alteraciones psicológicas, en especial, por ciertas anormalidades de la afectividad y del pensamiento que se observan más claramente por medio de las funciones mentales del paciente.

Signos primarios.- Los signos específicos y característicos de la esquizofrenia que la diferencian de otras enfermedades mentales son las alteraciones de la afectividad, del pensamiento, de los procesos asociativos y de la volición.

En la mayoría de los pacientes, la expresión externa de las emociones es chata, rígida o ambivalente. En ocasiones, el sujeto reacciona con indiferencia ante los sucesos trascendentales de su vida, en este caso se trata de una afectividad chata; otras veces reacciona con la misma intensidad emocional ante los más variados estímulos, entonces se trata de una afectividad rígida; puede darse también que el tipo de reacción emocional sea incongruente, así puede manifestar alegría ante un estímulo desagradable por ejemplo.

La ambivalencia es un fenómeno que se observa con mucha frecuencia y que algunos autores han considerado signo patognomónico de la esquizofrenia. Se manifiesta cuando una misma situación es acompañada simultáneamente por sentimientos opuestos; puede encontrarse ambivalencia afectiva (odio-amor), de la voluntad (querer-no querer), o intelectual (soy-no soy). Esta ambivalencia puede llegar al negativismo (ambitendencia).

Al escuchar el relato del paciente y sus contestaciones es por lo general ilógico, irrelevante o tangencial. "Su pensamiento se rige por alteraciones, analogías, asociaciones sonoras, asociaciones con accidentes del ambiente, significaciones simbólicas, condensaciones en una o varias ideas, a veces contradictorias. Se aferra a detalles sin importancia, pierde de vista el término de su raciocinio y carece de discriminación en el proceso del pensar". (6).- Se han considerado patognomónicos el bloqueo del pensamien

to, el robo del pensamiento y la presión en los pensamientos que se manifiesta cuando el paciente siente que una multitud de ideas pasan por su mente. La esencia de la alteración del pensamiento radica en que no se utilizan la relación usual de causa a efecto y el método de obtener conclusiones a partir de hechos evidentes.

Como resultado de la alteración de los procesos afectivos y asociativos se observan también alteraciones de la voluntad. En lo referente a este aspecto pueden presentarse: un debilitamiento de la voluntad que se manifiesta por una incapacidad para decidirse a actuar; "tozudez" y persistencia en una actitud negativa que puede conducir desde la abulia al negativismo; incapacidad para resistir a los impulsos internos o externos de lo que resultan actos impulsivos; o bien, una combinación de debilidad de la voluntad con terquedad. Se observa también la llamada "obstrucción" de la voluntad que se presenta cuando el enfermo no puede realizar algo porque falla su aparato psicomotriz; esto se traduce en una forma de estupor catatónico.

Otros autores enfatizan en la importancia de las alteraciones de la atención. Con frecuencia, durante el curso de la entrevista, el paciente desvía su atención hacia otros objetivos. En los últimos estadios de la enfermedad, parece estar continuamente preocupado y es imposible atraer o sostener su atención aún momentáneamente.

Signos secundarios.- El término secundarios denota a aquellos signos que parecen derivar de las alteraciones fundamentales antes mencionadas. Aunque no son específicos de la esquizofrenia ocurren con la suficiente frecuencia como para ser considerados importantes y en ocasiones dominan el cuadro clínico. Los más frecuentes son los delirios, alucinaciones, rigidez, resistencia, negativismo y manierismos.

Los delirios son generalmente del tipo paranoide y tienen dos componentes, una sobre valoración de sí mismo, o una idea de persecución. Estas ideas delirantes se encuentran en la mayor parte de los esquizofrénicos, y pueden ser de tipo persecutorio, erótico, místico, megalómano y generalmente no llegan a estructurar un delirio "lógico", sino por el contrario, son absurdas e inconexas. Pueden presentarse, además, síntomas de despersonalización, delirios nihilistas en los cuales el paciente niega la existencia de sí mismo, de todos y de todo cuanto le rodea. Estos delirios se relacionan con las alteraciones primarias del pensamiento y con frecuencia son el hecho más sobresaliente del padecimiento.

Las alucinaciones pueden ser auditivas, visuales, olfatorias o táctiles, y en ocasiones, viscerales peculiares, relacionadas a veces con los órganos sexuales. Generalmente son fenómenos psíquicos ambiguos y su descripción algunas ocasiones es inadecuada, por lo que no se puede tener seguridad sobre cuál es la modalidad sensorial afectada. En ocasiones son difíciles de distinguir de las ideas delirantes. Las alucinaciones auditivas pueden ser el primer signo del comienzo de la esquizofrenia, su presencia es variable, en ocasiones persisten durante varios años o pueden presentarse una sola vez o incluso estar ausentes. Las visuales son más raras y cuando se presentan, generalmente se observan en estados delirantes agudos y ocasionalmente en el esquizofrénico crónico paranoide al cabo de muchos años de enfermedad.

Además de estos síntomas, se pueden encontrar alteraciones en la interpretación sensorial, como ideas de referencia o de influencia.

La catatonía, la resistencia y el negativismo, son fenómenos relacionados: el paciente catatónico permanece inmóvil e incommunicado; puede permitir que se le vista o permanecer en una sola posición durante varios días. No realiza ningún esfuerzo para alimentarse o inclusive para realizar sus funciones intestinales, por lo que es frecuente que se presente la incontinencia. Al tratar de realizar movimientos pasivos, se observa rigidez, que en

realidad puede ser ocasionada por una resistencia deliberada. El grado extremo de esta resistencia es el negativismo, que se observa cuando el paciente realiza el acto opuesto a lo ordenado. Estos fenómenos de inmovilidad, resistencia, rigidez y negativismo en conjunto, son conocidos como catatonía. El estupor, la catalepsia, la flexibilidad cérica, los manierismos y las estereotipias aunque son comunes a enfermedades orgánicas del cerebro, se presentan también en la esquizofrenia, fundamentalmente en la forma catatónica. El paciente repite ciertas palabras, movimientos o expresiones en una forma estereotipada y casi automática.

d).- SUB-TIPOS DE ESQUIZOFRENIA.- La tendencia a clasificar en varios cuadros clínicos este padecimiento, varía de un país a otro y según la escuela. La escuela alemana de Kleist toma en cuenta solamente tres de los tipos usuales de esquizofrenia y añade uno confuso. Cada uno de estos es sub-clasificado.

La escuela francesa tiende a limitar el término de demencia precoz a la hebefrenia y añade la esquizosis, esquizomanía y esquizoidia.

La escuela americana además de las cuatro formas típicas, menciona un extenso grupo de cuadros atípicos en los que incluye los estados esquizo-afectivos, formas depresivas, sintomáticas, cíclicas, reacciones histéricas de base esquizofrénica, estados confusionales agudos y formas pseudo-psicopáticas.

La subdivisión conservada se basa en la presencia de los síntomas más prominentes y su combinación con otros que son secundarios. Lewis y Polatin (7) se basan en la siguiente clasificación:

ESQUIZOFRENIA SIMPLE.- "Los pacientes se vuelven más débiles afectiva e intelectualmente; parecen perder el poder de la voluntad, disminuyen la capa

(7).- Bellak L. Schizophrenia: A revue of the syndrome. Logos Press. New York, 1958.

cidad de trabajo y la de cuidar de sí mismos. Se muestran estúpidos y finalmente exhiben el cuadro de demencia" (8).

Esta forma del padecimiento se inicia tempranamente. Se manifiesta por indiferencia emocional, retraimiento, desinterés y apatía. Esta enfermedad progresa lentamente, muchas veces el proceso lleva varios años hasta llegar a la desintegración de la personalidad. Aunque no se encuentran los síntomas secundarios como alucinaciones, delirios, etc., está presente la disorganización del pensamiento que muchas veces es difícil de diagnosticar por lo que los pacientes que sufren este tipo de afección generalmente llegan a ser hospitalizados, no por sospecha de enfermedad mental, sino por su actitud antisocial; suelen ser agresivos, cometen atracos, raptos, ataques sexuales; son vagabundos e inestables en sus empleos, por lo que se ven obligados a desenvolverse en las esferas sociales más bajas, o cuando son miembros de familias en buena posición económica, dependen siempre de los padres. Cuando se da en mujeres, estas llevan una vida desordenada y es muy frecuente la prostitución. Se observan también las preocupaciones hipocondríacas y una indiferencia que le impide tomar decisiones. Este cuadro clínico que se desarrolla en forma insidiosa, se inicia en la adolescencia, aunque puede presentarse como un remanente posterior a un ataque de psicosis agudo. La mayoría de los autores, consideran que es el tipo más característico y frecuente de esquizofrenia, pero debe ser distinguido de la personalidad esquizoide en la que los rasgos de carácter no interfieren en el trabajo y en la educación del sujeto.

HEBEFRENIA.- Se caracteriza principalmente, por desordenes del pensamiento, afecto inapropiado y superficial, puerilidad, risas inadecuadas, manierismos, delirios, frecuentemente de naturaleza somática, alucinaciones y

(8).- Bleuler E. Demencia Precoz: El grupo de las esquizofrenias. Ediciones Horme. Buenos Aires, 1960.

en general un comportamiento regresivo. Tiene en común con la esquizofrenia simple, las alteraciones del pensamiento, el debilitamiento de la voluntad y la pérdida del yo. Este tipo de esquizofrenia presenta también un comienzo insidioso que se inicia entre los 15 y los 25 años. Los síntomas aparecen gradualmente, comenzando por una dificultad para concentrarse en el trabajo intelectual, característica que puede persistir durante mucho tiempo sin que se llegue a diagnosticar el padecimiento. El pensamiento se hace vago y confuso y "con la pérdida del pensamiento claro, la capacidad de planificar y anticipar el futuro se anula totalmente; se desvanecen el sistema y el orden de la vida y se pierde el sentido de los valores; los sentimientos y los instintos se hacen dominantes y gobiernan la conducta" (9). El curso en ocasiones puede ser interrumpido por periodos cortos de excitación.

CATATONIA.- Son características de este grupo clínico las alteraciones motoras como el estupor catatónico, el mutismo, el negativismo, la flexibilidad cérea, la rigidez, o también estados de excitación e hiperactividad. Puede iniciarse con una explosión de excitación repentina y puede mejorar o regresar a estados más o menos vegetativos en los que puede permanecer durante largos periodos de tiempo. Se inicia en ocasiones desde los 14 años, aunque la edad promedio en que suele presentarse es a los 25 años. Inicialmente se caracteriza por un estado de excitación seguido de estupor. Ordinariamente tiene un cuadro remitente, aunque un estado prolongado de excitación puede dar lugar a taquicardia, colapso vascular periférico, pérdida de peso, hipertemia progresiva y muerte.

El síntoma más común es el estupor que puede llegar, incluso, a la inmovilidad. Cuando se presenta el bloqueo motor el paciente se muestra perple-

(9).- Mayer Gross S.R.: Psiquiatría Clínica. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1958.

jo y ausente. El negativismo se traduce en autismo y rechazo. Las posturas a normales se presentan en los casos más avanzados de la enfermedad. La obediencia automática puede ir acompañada o no de flexibilidad cérica, ecolalia, o ecopraxia; estereotipias posturales o de movimiento.

Son signos físicos, importantes también, la piel grasienta y el color de la piel, especialmente de la cara, las extremidades son cianóticas, manchadas y frías. Presentan, además, un olor peculiar de la transpiración, salivación excesiva, pulso lento y presión baja, respiración interrumpida por suspiros y peso relativamente bajo. (10)

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.- Las principales manifestaciones clínicas de esta forma del padecimiento son pensamiento autista e irreal, delirios de persecución y de grandeza, ideas de referencia y con frecuencia, también alucinaciones. Presentan una actitud hostil y agresiva y pueden llegar a manifestar un interés excesivo en asuntos relativos a la religión, lo que se traduce en delirios místicos y de omnipotencia. Es el tipo del padecimiento que comienza más tardíamente. La edad promedio en que suele presentarse es alrededor de los 37,3 años, pero puede llegar a manifestarse después de los 60. (11) El curso es a veces progresivo y en ocasiones periódico, pero la remisión es menos frecuente que en la catatonía.

Es el tipo más homogéneo, distinto de los demás y que mantiene las características típicas durante el curso. Algunos autores incluyen dentro de este grupo a la paranoia. Meyer-Gross (12) considera que los delirios y alucinaciones pueden permanecer como el único signo de la enfermedad, en cambio no son significativas las alteraciones del pensamiento, de la afectividad y de la volición que son los síntomas que llevan a la desintegración de la personalidad. Otros en cambio, han observado que sus delirios no tienen una reper-

(10).- Mayer Gross: *Psiquiatría Clínica*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1958.

(11).- Bellak L.: *Schizophrenia: A revue of the syndrome*. Logos Press. New York, 1958.

cusión afectiva, lo que es tomado en cuenta para considerar que sí existe una alteración básica de la personalidad; por lo que sí se puede llegar a una desintegración de la personalidad. A medida que avanza la enfermedad pueden llegar a debilitarse y desaparecer los delirios y el paciente se vuelve autista. Son frecuentes entonces los soliloquios, musitaciones, neologismos y la disgregación del pensamiento que puede llegar a manifestarse por medio de un lenguaje incoherente o el llamado "ensalada de palabras".

ESQUIZOAFECTIVO.- Polatin (13) describe esta forma del padecimiento en el que los síntomas básicos de la esquizofrenia están mezclados con los de la psicosis maniaco-depresiva. Comienza en forma insidiosa con manifestaciones de depresión, desinterés y tendencia al aislamiento. Generalmente se inicia en una personalidad esquizoide. Son frecuentes las quejas hipocondriacas y la inestabilidad emocional que se traduce en cambios súbitos de humor. En otras ocasiones, se presenta con síntomas hipomaniacos seguidos de un cuadro hebefrenico lo cual se repite en forma cíclica. Se observan además, sentimientos de extrañeza corporal, delirios vagos y alucinaciones persecutorias. Se considera que no evoluciona a la deterioración.

FORMA PSEUDOPSICOPATICA.- Los pacientes que sufren esta alteración presentan los síntomas típicos del pensamiento esquizofrénico encubiertos por un comportamiento anti-social que se manifiesta por vagabundez, robos, perversiones sexuales, atraeos y otros actos agresivos y destructivos. Pueden presentarse, también, alucinaciones, delirios, confusión mental, retraimiento. Tampoco se ha observado deterioración (14).

(12).- Mayer Gross.: Psiquiatría Clínica. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1958.

(13).- Bellak L.: Schizophrenia: A revue of the syndrome. Logos Press. New York, 1958.

(14).- Ibid

AMBULATORIA.- También se conoce como latente, prepsicótica, limítrofe, abortiva, en cubierta o sub-clínica. Presenta alteraciones en el establecimiento de relaciones interpersonales, dificultad para concentrarse, desinterés, sentimientos de despersonalización, alteraciones del juicio y en la formación de conceptos; pero no se observan síntomas secundarios.

Otros autores añaden el ESTADO AGUDO INDIFERENCIADO, en el que se observan confusiones del pensamiento y trastornos de la afectividad, ideas de referencia, temores y fenómenos disociativos. Se presenta en forma aguda sin que exista un factor precipitante aparente. Puede remitir en el transcurso de algunas semanas, aunque puede volver a presentarse. Si se repite en numerosas ocasiones, generalmente se incluye en uno de los sub-tipos clásicos.

CRONICO INDIFERENCIADO.- En este síndrome que es uno de los más frecuentes, se incluyen, a veces, las llamadas reacciones esquizofrénicas tardías, incipientes y prepsicóticas. Está compuesto de la mezcla de los síntomas correspondientes a los diferentes cuadros clínicos de la esquizofrenia.

e).- CURSO Y EVOLUCION.- La esquizofrenia es una enfermedad que puede presentarse en cualquier época, desde la pubertad hasta la edad adulta y que puede durar meses o años. Es difícil generalizar sobre el curso y pronóstico, aunque sigue siendo verdad que todo estado incluido bajo el término de esquizofrenia, está asociado con una tendencia general hacia la desorganización de la personalidad. (15)

En un buen número de casos, la enfermedad se desarrolla lenta e insidiosamente durante un período de meses o años. Si el paciente es examinado en esta etapa puede ser difícil diagnosticar la naturaleza del padecimiento, y lo que más llega a observarse es que el paciente es sugestionable, apático y desinteresado, o indiferente a todo lo que le rodea. Puede estar excesiva -

(15).- Meyer Gross S.R.: Psiquiatría Clínica. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1958.

mente preocupado por su salud. Con frecuencia existe un grado leve de depresión por lo que se suele diagnosticar "nerviosismo" o psiconeurosis.

La naturaleza psiquiátrica de la enfermedad se hace evidente cuando el paciente expresa abiertamente alguna idea delirante o bien se excita y empieza a alucinar. Esto puede ser precipitado por un factor orgánico o psicológico; excepcionalmente, y esto es más frecuente en el síndrome catatónico, la enfermedad se presenta como un brote agudo sin la existencia de síntomas previos.

Antiguamente se aseguraba que la esquizofrenia era una enfermedad incurable y sin esperanza, pero en la actualidad el pronóstico es menos pesimista. Algunos pacientes presentan una recuperación rápida en algunas semanas y posteriormente permanecen aparentemente normales. Por supuesto en estos casos hay que tener en cuenta la duda sobre si el diagnóstico de esquizofrenia era el adecuado. Las remisiones pueden ser completas o parciales, en este último caso, el paciente abandona el hospital o regresa a su trabajo, pero su eficiencia es menor y presenta algunos síntomas menores. Los factores que se aducen en favor de un pronóstico más optimista son: una forma catatónica, el desarrollo agudo de los síntomas y el mantenimiento de una afectividad más o menos normal. En otras ocasiones la enfermedad puede presentarse con exacerbaciones y remisiones desde un principio, característica que se observa en los casos catatónicos. Algunos autores (17) consideran que después del segundo ataque disminuyen las posibilidades de restablecimiento. La duración de estos ataques puede durar desde algunas semanas hasta varios años, y las remisiones pueden mantenerse durante periodos bastante prolongados.

Por regla general una vez que se desarrolla el padecimiento progresa durante algún tiempo y después permanece más o menos estacionario. Muchos de los síntomas activos del periodo progresivo, desaparecen y el paciente lleva

(17).- Mayer Gross S. R.: Psiquiatría Clínica. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1958

una existencia de "adaptación a su enfermedad". En este estadio CRONICO, frecuentemente es clasificado como demente y deteriorado, sin embargo, la demencia en los estadios más avanzados difiere de la que se presenta en las demencias cerebrales orgánicas. Si se puede disponer de tiempo suficiente para observar y entrevistar al paciente, éste puede realizar o decir algo que indique que está y ha estado alerta sobre lo que ha ocurrido a su alrededor, y puede también recordar hechos recientes. Otros pacientes permanecen mudos y no hay forma de juzgar la calidad de su actividad mental.

La esquizofrenia por sí misma no es considerada mortal, aunque generalmente mueren a una edad más temprana que la mayoría de la población, pero debido a una enfermedad somática intercurrente o tuberculosis y en ocasiones por suicidio.

f).- EL DETERIORO.- Bleuler (18) consideró que la mayor parte de los pacientes esquizofrénicos llegaban a presentar "deterioro". Toma en cuenta la clasificación de los estados terminales de la enfermedad hecha por Kraepelin, en la que de los 9 tipos principales seis de ellos terminan en alguna forma de "demencia": la deterioración o demencia simple, la "imbecilidad" que puede, después de algún tiempo, tomar la forma de demencia simple; la "deterioración alucinatoria", la "demencia paranoide", la "deterioración con estupidez" y "veleidosidad" y la "deterioración o demencia embotada y apática".

Actualmente los estudios realizados a partir de entonces han llevado a reducir esta elevada frecuencia de pacientes esquizofrénicos que terminaban en el "estado demencial" anunciado por Bleuler.

Mayer Gross y colaboradores (19), estipulan que el esquizofrénico no es propiamente un "demente" en el sentido usual, ya que su inteligencia y conoci

(18).- Bleuler E.: Demencia Precoz: El Grupo de las Esquizofrenias. Ediciones Horme. Buenos Aires, 1960.

(19).- Mayer Gross S.R.: Psiquiatría Clínica. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1958.

mientos se hayan potencialmente conservados, aunque no puede emplearlos debido a los trastornos del pensamiento y de la voluntad y a las perturbaciones catatónicas y delirantes. Añade que algunos enfermos presentan un cuadro muy parecido al de la demencia orgánica, pero que aún así es posible que se haya conservado una parte de la personalidad. Slater (20), considera que se haya embotamiento afectivo y el "empobrecimiento" constituyen la naturaleza esencial de la "demencia", la cual es relativamente poco frecuente en los casos de esquizofrenia paranoide.

Se ha estipulado que debido a la pérdida de contacto con el mundo, es como si sus capacidades perceptivas e integradoras se hubieran atrofiado. El "deterioro" esquizofrénico se parece al orgánico, pero sin embargo, el esquizofrénico conserva preservado el funcionamiento intelectual. En los casos en que después de muchos años, el enfermo se recupera, se puede comprobar que su capacidad para un funcionamiento activo y realista se encuentra relativamente conservado (21).-

La psicopatología de la "deterioración" en la hebefrenia ha sido estudiada por Shakow (22) quien encontró que los pacientes que sufren este tipo de alteración tienen un bajo nivel de aspiraciones, son desinteresados y sin motivo aparente, cambian de una situación a otra para seguir el camino más fácil. Sufren de graves alteraciones intelectuales y están como aturcidos por los estímulos ambientales.

También se han considerado los siguientes factores como característicos de "deterioración esquizofrénica", y más que debido al tiempo de duración de la enfermedad, parecen estar en relación con la edad del comienzo de ésta: el discurso puede ser irrelevante, monosilábico, o ausente. Puede haber un

(20).- Meyer Gross S.R.: Psiquiatría Clínica. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1958.

(21).- De la Fuente, R.: Psicología Médica. Fondo de Cultura Económico, México 1959.

(22).- Bellak L.: Schizophrenia: A revue of the syndrome. Logos Press. New York, 1958.

severo bloqueo, balbuceos, o frases incompletas. Cambios rápidos de actitud y sentimientos, pérdida de las asociaciones, deterioro en la abstracción. Puede sufrir detenciones, temores, o estar inactivo como sin vida y en aparente calma. Los síntomas motores pueden llegar a ser prominentes, incluyen manierismos, posturas extrañas, estupores catalépticos asociados con negativismo, excitaciones y estereotipias, ecolalia, ecopraxia. Todo el comportamiento social se halla perdido y la apariencia física llega a ser de descuido. (23)

No se ha llegado a un acuerdo definitivo acerca de si el "deterioro" está más relacionado con el tiempo de duración de la enfermedad o con la edad del comienzo de la misma, ya que mientras unos autores consideran el primero un factor primordial, otros se inclinan por el segundo.

(23).- Bellak L.: Schizophrenie, A revue of the syndrome. Logos Press N.Y.1958.

C A P I T U L O I I

REVISION DE LITERATURA

Los primeros estudios que se hicieron sobre las posibilidades del empleo de cuestionarios destinados a valorar la inteligencia, se efectuaron en niños de edad escolar. Más tarde, haciendo comparaciones de los resultados obtenidos con la población infantil, en relación con los obtenidos en la aplicación a los adultos, se obtuvieron bases para el estudio de las "deficiencias intelectuales". En 1905 Alfred Binet, Director del Laboratorio de Psicología Fisiológica de la Sorbona, publicó la primera escala para la medición de la inteligencia. A esta escala se hicieron dos revisiones posteriores, en 1908 y en 1911. Al ser introducida en Estados Unidos, sufrió algunas modificaciones de las cuales, las más conocidas son la de Stanford-Binet hecha por L. M. Terman en 1916 y la más reciente, la de Terman y Merrill hecha en 1937.

Es muy importante señalar el valor histórico de esta primera escala de inteligencia y el significado que ha tenido para la psicometría, ya que fue el comienzo de posteriores investigaciones sobre la estimación de este aspecto de la personalidad.

La más amplia normalización de pruebas de inteligencia en adultos se hizo en Estados Unidos en 1917-1918 entre los miembros del ejército. Las pruebas se denominaron Alfa y Beta, la primera para los sujetos que sabían leer y escribir y la segunda destinada a los analfabetas. Después de la primera guerra mundial, se idearon nuevas pruebas colectivas para adultos basadas en la prueba Alfa del ejército. Por no estar normalizados los resultados obtenidos

de la aplicación individual, esta forma de empleo ofrecía muchas desventajas.

Este problema se solucionó en 1939 con la aparición de la escala Wechsler-Bellevue. Esta escala de inteligencia se creó después de haber hecho un estudio detenido de las pruebas que hasta entonces se habían venido usando. Se seleccionaron aquellas pruebas que la experiencia clínica había demostrado que ofrecían un mayor grado de validez y confiabilidad. Así se reunieron los once subtest que constituyen las escalas verbal y de ejecución del Wechsler-Bellevue.

Este tipo de prueba compuesto de varias subpruebas apropiadas para estudiar los diferentes aspectos de la inteligencia, ha sido empleado con fines más complejos que la sola obtención de un cociente intelectual. Ha sido de utilidad en el terreno de la orientación vocacional, pero se le ha prestado mayor interés a su posible valor como instrumento de diagnóstico clínico.

Wechsler (1), mismo, experimentó la prueba como un medio para llegar a establecer una diferenciación diagnóstica, basándose en el análisis de las diferencias de anotaciones entre las diferentes subpruebas, especialmente si dichas diferencias van más allá del límite de lo "normal" estadísticamente hablando.

Para relacionar estas discrepancias con determinada alteración patológica, parte del supuesto de que "cuando un desorden mental produce un cambio en la capacidad funcional del individuo, la pérdida resultante no es generalmente uniforme, sino que afecta algunas habilidades más que otras" (2), y añade que la experiencia clínica ha demostrado que en la mayor parte de las alteraciones mentales, exceptuando al psicópata adolescente y al deficiente mental, "la dificultad de funcionamiento es mayor en la esfera de ejecución que en la verbal".

(1).- Wechsler D.: La Medida de la Inteligencia en el Adulto: Cultural, S.A. La Habana, 1955.

(2).- Ibid

Para llevar a cabo el análisis cuantitativo de las discrepancias en las anotaciones, el autor propone un procedimiento estadístico, útil para poder establecer cuándo una diferencia es significativa y cuándo no lo es. Una vez que se ha hecho esta consideración se pueden asociar estas discrepancias significativas con un determinado tipo de alteración, con el objeto de obtener "signos" característicos de la enfermedad.

Basándose en la frecuencia y acumulación de estos signos, el autor presenta una tabla en la que resume "los patrones" que él ha encontrado característicos de ciertas enfermedades mentales. Encontró que en la esquizofrenia se encuentran muchas dificultades para establecer un "patrón típico", debido a que es un síndrome cuyas peculiaridades varían según el tipo de esquizofrenia, esto, además de las divergencias que se presentan para efectuar el diagnóstico de este padecimiento. Sin embargo, encontró que es muy frecuente la presencia de un "deterioro en la eficiencia mental del sujeto" que se manifiesta por la disminución en las anotaciones de las sub-pruebas que requieren un esfuerzo inmediato y directo.

Kraepelin introdujo el término de "deterioro mental" para definir la disminución progresiva de la eficacia intelectual con el transcurso de la edad.

Babcock la definió como un empobrecimiento de la eficacia mental, sin especificar las causas ni la evolución.

Shakow considera que consiste en un nivel de eficacia intelectual inferior, en relación a la capacidad máxima del sujeto (3).

Para Pichot "es la capacidad intelectual inferior a la que el individuo debería tener en aquel momento, sea en relación a individuos análogos, o en relación al propio comportamiento anterior."(4)

(3).- Bellak L.F. Schizophtenia. A revus of the syndrome. Logos Press. New York, 1958.

(4).- Torrigiani G.- Rilievi psicometrici sul deterioramento mentale nello schizophtenico. Arch. Neurol. Psicol. 22:711-22, 1961

Torrighiani considera que "el deterioro mental parece expresarse por el diverso grado y la diferente intensidad del déficit de operaciones intelectuales en función de la edad (deterioro fisiológico), o en función de eventos psicómbicos que lo pueden anticipar (deterioro patológico)". (5)

Wechsler (6), opina que es factible hablar de "deterioro mental" cuando una persona ya no es capaz de dirigir su labor intelectual con la rapidez y eficiencia características de su nivel primitivo de funcionamiento. Es importante tener presente que esta disminución se traduce en una baja de eficiencia sin que necesariamente ésta implique una etiología lesional y orgánica.

Valiéndose de técnicas psicométricas adecuadas, es posible determinar "el índice de deterioro", o disminución o pérdida, por medio de la diferencia entre dos resultados: uno, el correspondiente al momento antes de la enfermedad y el otro a su nivel intelectual en el momento de la enfermedad.

La escala de Wechsler es la técnica psicométrica que más se ha utilizado como un auxiliar en el diagnóstico, y más especialmente en el de la esquizofrenia. Uno de los puntos en que se apoya para llegar a esta diferenciación diagnóstica, es que el subtest de vocabulario se mantiene prácticamente sin alteración en comparación con otras sub-pruebas que están en relación con funciones más susceptibles de alterarse como el juicio aprendizaje, atención, etc. Su autor (7), encontró que el esquizofrénico generalmente alcanza anotaciones más altas en las sub-pruebas verbales que en las de ejecución y que tiene más fracasos en el de similitudes o en el completar figuras o en ambos debido a su dificultad para enfrentarse a problemas concretos y específicos.

(5).- Torrighiani G.- Rilievi psicometrici sul deterioramento mentale nello schizofrenico. Arch. Neurol. Psicol. 22:711-22, 1961.

(6).- Wechsler D.: La Medida de la Inteligencia en el adulto. Cultural, S. A. La Habana, 1955.

(7).- Ibid.

David Rapaport (8), también ha empleado esta escala con fines diagnósticos. Estudia los patrones de dispersión o "dispersigramas", con el objeto de encontrar una relación entre la disminución selectiva de algunas sub-pruebas y de determinados grupos clínicos. Expone los dispersigramas que él ha encontrado característicos de los grupos clínicos por él seleccionados y los considera de gran utilidad para la orientación diagnóstica a pesar de que "la experiencia le ha demostrado que es decididamente diagnóstico en un 30-40% de los casos, ya que en otros 30-40% se encuentran índices relativos a la orientación diagnóstica, y sólo en el resto de los casos no lleva a ningún resultado concluyente." Threhub (9), obtuvo un 70% de diagnóstico correctos en un grupo de esquizofrénicos, neuróticos y desórdenes de carácter.

Rapaport (10), hace una distinción entre esquizofrénicos sin clasificar crónicos y deteriorados y el grupo de esquizofrénicos paranoides también crónicos y deteriorados.

Encontró que en el primer grupo, o sea en el de esquizofrénicos crónicos sin clasificar, todos los puntajes excepto el de información, se encuentran por debajo del vocabulario y se observan más disminuidos comprensión, aritmética y retención de dígitos, debido a las alteraciones de juicio y a la "falta de atención". En general este grupo de enfermos se desempeña mejor que el de los agudos, debido a que se han "estacionado" en su psicosis.

El dispersigrama de los deteriorados sin clasificar, muestra una marcada disminución de todos los subtests. Se encuentran más afectados los de ordenamiento de láminas, completamiento de figuras y dígito símbolo; le siguen los de aritmética y dígitos y se encuentran relativamente conservados, información, ajuste de objetos, cubos y semejanzas.

(8).- Rapaport D.: Tests de Diagnóstico Psicológico. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1959.

(9).- Threhub A.: Scherer I.W.: Wechsler-Pellevue. Scatter as an index of schizophrenia. J. Consult. Psychol. 22, 147-149, 1958

En cuanto al grupo de esquizofrénicos paranoides, en el dispersigrama de los crónicos, las anotaciones más bajas se encuentran en las sub-pruebas de información y semejanzas y los más afectados en el grupo de los deteriorados, son el de comprensión, dígitos, aritmética y ordenamiento de láminas y mejor conservado el de ajuste de objetos.

Daumezon y colaboradores (11), en uno de sus trabajos mencionan que el Wechsler se está empleando en Francia por sus posibilidades para "determinar la deterioración". La experiencia ha demostrado a estos autores que cuando el "índice de deterioración" es elevado, se piensa en un déficit orgánico, pero consideran que cuando esto último ocurre es importante tener presente que el deterioro en el sentido de Wechsler, no implica necesariamente una etiología lesional u orgánica.

Torrighiani (12), analizó psicométricamente el grado de "deterioración mental" en 100 esquizofrénicos cuya edad variaba entre 25 y 60 años, con un tiempo de hospitalización que oscilaba entre 5-35 años y en los cuales la enfermedad había sido considerada estacionaria. El cálculo del "índice de deterioro" de Wechsler, dió los siguientes resultados: sujetos no deteriorados; 50%, levemente deteriorados; 23% y deteriorados, 27%. Estos presentaban como característica fundamental una ideación pobre, contenidos delirantes caóticos y confusos, una relación con la realidad bastante deficiente y signos evidentes de una disminución psíquica global y de una disgregación avanzada de la personalidad. En los sujetos no deteriorados, el delirio todavía se observaba bastante lúcido acompañado de disturbios psico-sensoriales y un "discreto rompimiento con la realidad".

De la aplicación del Wechsler-Bellevue a setenta esquizofrénicos cróni-

(11).- Daumezon G., Mlle. Moor; Remarques sur l'utilisation du test de Wechsler (deterioration et inefficience) Ann. Med. Psychol. 94, 1955.

(12).- Torrighiani G.: Rilievi psicometrici sul deterioramento mentale nello schizofrenico. Arch. Neurol. Psicol. 22:711-22, 1961.

cos, Magherini (13), observó que la distribución del cociente intelectual se orienta más hacia los valores bajos; un 50% de los sujetos examinados presentaban un cociente inferior a 80, y una variación notable de las medias de las sub-pruebas esto es, de un mínimo de 3,8 a un máximo de 6,9. El 43% de los pacientes demostraban deterioro seguramente patológico, es decir, índices de deficiencia superiores al 20%. Concluye que la frecuencia de deterioro patológico observada puede ser debida más a la discrepancia entre las sub-pruebas, que a una disminución de las capacidades intelectuales, ya que se observan medias muy bajas en las sub-pruebas que se considera que "se mantienen" y las medias aritméticas más altas en la de cubos que está incluida dentro del grupo "que no se mantienen". Por esta razón, considera que la escala estudiada es inadecuada para la valoración de un "deterioro patológico" eventual, siendo de más utilidad como complemento de la observación clínica.

Bellak (14), después de efectuar un cuidadoso estudio de las investigaciones hechas sobre este tema en los últimos 17 años, ha llegado a la siguiente conclusión: "en numerosos trabajos se ha comprobado la disminución de habilidades intelectuales en el esquizofrénico pero no se ha encontrado en forma constante en el tipo catatónico y en el paranoide. Este déficit se debe a factores no intelectuales como la motivación, atención y responsividad a estímulos sociales. No se han encontrado patrones característicos de la esquizofrenia ni pérdidas intelectuales constantes. Finalmente considera que no se ha podido llegar a una conclusión definitiva debido a errores metodológicos y a la falta de unificación de un criterio diagnóstico.

(13).- Magherini G., Sacchetini N.: Risultati e osservazioni sulla applicazione della scala di intelligenza Wechsler Bellevue di schizofrenici cronici. Rass studi Psichiat. 50:287-90,1961.

(14).- Bellak L. : 'Schizophrenia' A revue of the syndrome. Logos Press. New York, 1958.

En 1857 en Alemania, Justinus Kerner creó 50 manchas de tinta, aunque no con la finalidad con que se emplean en la actualidad. Binet, en 1895, se interesó en las manchas como medio de estudio de algunos rasgos de la personalidad; él y Victor Henry, la emplearon como una prueba de imaginación. El método de las manchas de tinta que se conoce actualmente, fue publicado por su autor, Hermann Rorschach en 1920 con el título de "Psicodiagnóstico".

El valor de las 10 láminas de Rorschach superó los intentos de sus predecesores, pues además de su valor diagnóstico puede considerarse como una prueba característica que abarca la personalidad total. Después de la muerte del creador de este método, otros investigadores continuaron experimentando con la nueva técnica. Hoy en día sus posibilidades de aplicación son muy amplias, ya sea empleándose como método de examen individual o como instrumento en la investigación, pero tal vez donde más se ha extendido su uso ha sido en el terreno de la psicopatología y el diagnóstico clínico, y es sobre este aspecto que haremos algunas consideraciones.

No se van a analizar aquí los inconvenientes, ni tampoco sería posible estudiar los resultados obtenidos del estudio de los diferentes tipos de entidades patológicas, o las limitaciones que implica el uso del método de Rorschach, sino simplemente se tomarán en cuenta las conclusiones a que han llegado algunos autores después de analizar detenidamente los protocolos de sujetos esquizofrénicos.

Klopfer (15), señala los "signos" patológicos Rorschach característicos de diversas entidades nosológicas, aunque su presencia no está limitada a una sola enfermedad específica. Este problema lo ha encontrado el autor en el caso de los signos de esquizofrenia que pueden presentarse normalmente en niños pre-escolares y en el caso de los signos de organicidad que se observan

(15).- Klopfer B.: Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach. E. Paidós. Buenos Aires, 1955.

en algunos esquizofrénicos deteriorados. Esta circunstancia hace que sea necesario el estudio individual del protocolo obtenido, con el objeto de valorar, tanto la presencia como la ausencia de los signos patológicos. En el capítulo sobre demencia precoz analiza los resultados obtenidos en el estudio de este padecimiento. Skalwait (16) encontró que en el grupo de esquizofrénicos crónicos un 50% mostraba sucesión disgregada, un 14% acentuación de D y el resto W o Dd o ambas; un número de respuestas originales superior al 50%, pero generalmente de muy baja calidad; la mayoría sólo daba una M. Encontró 3 formas de reaccionar ante el color: en el grupo que se mantenía más en contacto con la realidad, un predominio de FC sobre CF y ausencia de C; el abúlico, o simple, sólo dió CF y ninguna FC o C; y el grupo más grave, mostraba un predominio de C y CF y ausencia de FC.

Lo que resulta de más interés para este estudio es que encontró que "los profundos cambios que acompañan a una progresiva deterioración de la personalidad son manifestaciones de un proceso enfermizo que ataca y altera la personalidad básica y no meras exageraciones de rasgos anteriormente presentes".

Klopfer se basa, principalmente, en los resultados obtenidos por Rorschach, Beck y Rickers-Ovsiankina, estos dos últimos ofrecen un cuadro más amplio del proceso esquizofrénico, pero no se ha llegado a obtener un cuadro definido, típico de la esquizofrenia, debido a que es muy difícil encontrar un cuadro clínico puro, sin mezcla de signos pertenecientes a los diferentes tipos del síndrome, o aún de otros síndromes.

Basándose en los 20 signos de esquizofrenia enunciados, por Piotrowsy (17) otros autores han hecho investigaciones y han encontrado las siguientes características:

(16).- Klopfer B.: Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1955.

(17).- Ibid.

1) Todos coinciden en que el tipo de enfoque es confuso; Beck encuentra más típica la DW; Rickers-Ovsiankina, el tipo de enfoque W-Dd- D-; Rorschach, W- Dd y Klopfer W- Dd- D- DW.

2) Excepto Beck, la mayoría halló un aumento de W, paralelo a una disminución de la calidad de estas respuestas.

3) Beck, Rickers-Ovsiankina, y Klopfer, consideran la DW o respuesta con fabulatoria como característica de la esquizofrenia.

4) Las respuestas de contaminación son consideradas patognómicas por Klopfer y Rorschach, y Beck las encuentra presentes, pero no les da este valor.

5) La presencia de detalles raros (Dd) es valorada sólo desde un punto de vista cualitativo por Rickers-Ovsiankina y por Klopfer.

6) Es aceptada sin discusión, la disminución de M, aunque puede encontrarse aumentada en los casos de tipo paranoide.

7) Existe un aumento de CF y C y disminución de las FC. Rickers-Ovsiankina, observa que los pacientes que presentan este aumento, pero con ausencia total de FC, "evidencian una considerable deterioración".

8) En lo referente al tipo vivencial se acepta un predominio de C, aunque en algunos tipos paranoides pueden mostrar mayor número de M.

9) En cuanto a la denominación de color (Cn), que se ha considerado signo de organicidad, Rickers-Ovsiankina y Klopfer lo han encontrado presente en algunos casos de esquizofrenia. Skalweit lo considera un déficit esquizofrénico orgánico. Klopfer aconseja que este signo se debe diferenciar cuando se encuentra en casos orgánicos.

10) Es aceptada sin discusión la disminución de F + .

11) Las respuestas P se encuentran disminuídas.

12) Se considera un factor de gran importancia la variabilidad del nivel formal dentro de un mismo protocolo.

13) Es frecuente "el rechazo" aunque no frente a las láminas que suelen

rechazar los sujetos "normales". Piotrowsky también lo considera signo de organicidad.

14) Las respuestas originales generalmente son sólo negativas o en ocasiones en combinación con algunas positivas raras. Rorschach y Ovsiankina las encuentran aumentadas.

15) Ovsiankina enfatiza la relación entre el porcentaje de respuestas A y el de respuestas originales. En los esquizofrénicos, suele presentarse esta relación al contrario que en los normales, es decir, que cuando el porcentaje de A era superior al 50%, el 0% en lugar de ser inferior al 25%, oscilaba entre el 25 y 75%.

16) En relación a las respuestas de claro-oscuro-, Klopfer encontró que K y c eran más comunes que FK, FC' y C'. Rickers-Ovsiankina señala que las respuestas de claro-oscuro indiferenciadas se dan en un 13% de los esquizofrénicos.

17) La presencia de respuestas de posición (Po) es considerada de mucha importancia; Rorschach y Klopfer las consideran signo patognomónico de esquizofrenia.

18) Todos los investigadores han observado la presencia de respuestas abstractas y de autorreferencias.

19) Se ha encontrado una perseveración distinta a la de los orgánicos, el esquizofrénico es menos "pegajoso", se atiene más a la configuración de la lámina y no tiene tanta dificultad como el orgánico para cambiar de pensamiento.

20) Es muy frecuente que el esquizofrénico debido a su inflexibilidad y pobreza de ideas no pueda llegar más que a una simple descripción de la lámina. Beck observa, además, la tendencia a la inversión de figura-fondo y la presencia de neologismos.

Rickers-Ovsiankina, ha encontrado que los hebefrénicos presentan un por-

centaje más bajo de F + y O + que los paranoides. Klopfer (18), encuentra que los protocolos de los primeros están peor organizados y son más absurdos. Señala que "la deterioración se evidencia por la presencia de respuestas de forma notablemente buena, mezcladas con respuestas de muy pobre calidad, lo que indica una inteligencia superior funcionando en un nivel inferior".

Skalweit observó que en las esquizofrenias consideradas crónicas, las formas más progresivas mostraban un predominio de W y Dd, un tipo de apercepción desordenado, respuestas confabuladas y contaminatorias, F + disminuido, el A% aumentado en relación a O%. El número de M disminuido y un número elevado de respuestas de color con presencia de Cn.

Bohm (19), señala que Tschudin encontró en la esquizofrenia crónica un tipo vivencial introversivo, coartado, cuando presentaba muchas autorreferencias, o, dilatado, con pocas autorreferencias.

A pesar de que aclara que el psicodiagnóstico de Rorschach no es infalible ni proporciona un diagnóstico definido en todos los casos, Rapaport (20) lo considera "el instrumento de diagnóstico más poderoso que se conoce". Presenta los resultados obtenidos en diferentes grupos clínicos. Distingue a un grupo de pacientes que él llama "esquizofrenicos crónicos sin clasificar" que presentan predominio de W (10,2) sobre D (9,6); disminución de M (0,7); aumento de C (5,7) entre las que se observan C puras (2,4) y C "deteriorativas" (0,8). De estas características infiere un debilitamiento de los delirios, incapacidad de control de los impulsos y un afecto blando y chato. Encuentra además, disminución de F 4% (33-39%) un promedio elevado de verbalizaciones desviadas (6,0), índices de pensamiento autista y el P% y O% bajos.

No encuentra grandes diferencias entre este grupo y los protocolos de

-
- (18).- Klopfer B.: Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach. E. Paidós, Buenos Aires, 1955.
(19).- Bohm E.: Psicodiagnóstico de Rorschach. Ed. Científico Médica. Barcelona, 1958.
(20).- Rapaport D.: Tests de Diagnóstico Psicológico. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1959.

los esquizofrénicos paranoideos crónicos, excepto que los casos de éstos están generalmente más conservados; en algunos casos se encontró perseveración anatómica.

Encuentra que en el grupo de esquizofrénicos deteriorados sin clasificar, el F + % es menos bajo que en los crónicos y la suma de M mayor (1,1). El A% es bajo (30%) y respecto a los demás signos, presentan las mismas características que las de los crónicos, pero más acentuadas. Los esquizofrénicos paranoideos deteriorados tienen más disminuída la suma de C que la de los deteriorados sin clasificar, aunque en ambos casos se trata de C deteriorativas. El F % más elevado, mayor el número de respuestas anatómicas y menor promedio de verbalizaciones desviadas.

Rieman (21) considera que los signos más importantes en un protocolo de esquizofrénicos son: la tendencia a confabular, a dar respuestas que indiquen desórdenes del pensamiento y marcadas variaciones en el nivel formal. A medida que avanza el proceso de la enfermedad, aumenta el número de respuestas sin sentido y hay mayor reactividad al color, las respuestas son más personalizadas, en algunos casos se observan repeticiones monótonas en sucesión rígida y sólo pueden responder a los aspectos más simples de las láminas.

Bellak (22) ha encontrado características semejantes en casos con lesiones cerebrales, estos sujetos presentan incapacidad para integrar la configuración total, dificultad para integrar detalles y para conservar la percepción usual de figura - fondo.

Brackbill y Fine (23) no pudieron establecer una diferenciación entre orgánicos y esquizofrénicos procesuales y observaron que ambos presentaban un mayor número de signos de orgnicidad que los esquizofrénicos reactivos.

(21).- Bellak I. Schizophrenia. A revue of the syndrome. Logos Press. New York, 1958.

(22).- Ibid

(23).- Ibid

Sader (24), encontró que los esquizofrénicos evolucionando hacia la cronicidad dan respuestas animales desvitalizadas, fósiles, esculturas; disminución o ausencia de H, las respuestas Hd también son desvitalizadas, las anatómicas son de tipo cadáver o desvitalizadas.

Schafer (25), toma en cuenta los mismos índices que los autores que se han mencionado para valorar la desorganización esquizofrénica. En el análisis de un caso de esquizofrenia crónica coincide con los resultados obtenidos por Rapaport.

(24).- Sader M. : Possibilités et limites d'emploi des tests psychologiques. Considérations sur la théorie et la pratique du diagnostic psychologique. Ann.Med. Psychol. II, 599, Nov. 1962.

(25).- Schafer R.: The clinical application of psychological tests. International University Press. New York, 1948.

CAPITULO III

METODOLOGIA

SUJETOS.- Para realizar el presente estudio, se eligió a un grupo de sujetos, a los que basándose en un criterio de diagnóstico psiquiátrico, se les había considerado esquizofrénicos crónicos.

Ante la imposibilidad de, por medio de anamnesis indirecta, recabar datos exactos sobre cuando se había iniciado el padecimiento, fué tomada en cuenta la fecha del primer ingreso al hospital psiquiátrico.

Fueron descartados del muestreo los siguientes pacientes:

- a) a los que se les había practicado lobotomía,
- b) a los que presentaban algún padecimiento orgánico. De este grupo no se tomaron en cuenta a dos individuos que habían presentado ataques epilépticos y a otro cuyo análisis de líquido céfalo-raquídeo había mostrado reacciones serológicas positivas,

que el grado de autismo y negativismo impedía que se estableciera el report. Con este tipo de sujetos se hizo el intento en varias ocasiones sin que se hubiera logrado sacarles de su mutismo,

- d) y finalmente, aquellos en los que el estado alucinatorio o delirante, era tan acentuado que les impedía responder a las preguntas que les eran formuladas.

Una vez tenidos en cuenta los factores mencionados se reunió el grupo que constituye el muestreo de este estudio.

La investigación se llevó a cabo en 25 sujetos, de los cuales, 20 padecían esquizofrenia de tipo paranoide y 5 el tipo hebefrénico. La sintomatología predominante estaba constituida por desórdenes de la esfera afectiva, pobreza ideativa y alteraciones del comportamiento. En todos los sujetos la sintomatología delirante y alucinatoria no jugaba un papel dominante en el momento de la realización de las pruebas.

Para la selección se tuvo en cuenta como factor de primordial importancia el que se estableciera una buena relación entre el paciente y el examinador y que el primero aceptara de buen grado prestar su colaboración.

Según lo estipulado en su expediente psiquiátrico, todos habían sido sometidos a electrochoques, terapia insulínica y controlados por medio de neuroplégicos y sedentes.

El tiempo de duración del padecimiento, que fue determinado tomando en cuenta la fecha del primer ingreso al hospital, oscilaba entre los 3 y los 29 años, teniendo un promedio de 9.6 años.

La edad variaba entre los 19 y los 65 años, con una edad promedio de 41.4 años; 15 eran solteros, 9 casados y 1 divorciado.

En cuanto al nivel socio-cultural, todos eran pertenecientes a los diferentes estratos de la clase media. (tabla 1)

En todos los casos estudiados se había terminado la instrucción elemental y algunos habían realizado estudios superiores, incluso profesionales. Se prestó importancia al nivel de instrucción, porque cuanto más elevado es éste, menores son las posibilidades de que existiera un déficit de base (Tabla 2).

T A B L A 1

Grado de escolaridad:	
Estudios elementales (Primaria):	4
	Secundaria o equiv. 6
Estudios superiores:	
	Preparatoria: 3
Estudios profesionales:	12

T A B L A 2

Nivel socio-económico	
Clase media alta:	4
Clase media:	18
Clase media baja:	3

T A B L A 3

OCUPACION QUE DESEMPEÑABAN ANTES DE
INICIARSE EL PADECIMIENTO

comerciantes:	4
empleado oficinista:	5
maestros:	9
estudiantes:	4
otras profesiones:	3

TABLA DE DISTRIBUCION DE LAS EDADES

edades	no. casos
19-29	6
30-39	2
40-49	9
50-59	7
60-65	1

tabla 4

METODOLOGIA.- El estudio se llevó a cabo en un consultorio del Hospital (donde se encontraban internados los enfermos), que resultaba bastante adecuado para impedir interferencias externas. Se inició con una entrevista que tenía por objeto lograr una mejor aproximación con el paciente y despertar en él una actitud de confianza e interés en la realización de las pruebas. Estas fueron aplicadas en tres sesiones, una para cada escala del Wechsler y la última para el psicodiagnóstico de Rorschach.

La aplicación del Wechsler-Bellevue se efectuó siguiendo algunas de las instrucciones que da Rapaport (1) para los casos en que la escala es empleada con fines diagnósticos:

1.- Se repitieron las instrucciones hasta que el sujeto manifestaba haberlas comprendido perfectamente y se le estimuló durante la prueba, tantas veces como fue necesario.

2.- Se registraron textualmente todas y cada una de las respuestas aún cuando fueron dadas pasado el límite de tiempo.

3.- Se continuó con el interrogatorio completo de cada sub-prueba, aunque el número de fracasos consecutivos determinara la suspensión de la prueba. Cuando fue necesario, después de computar el fracaso, se le ayudó a encontrar la solución.

4.- Se anotaron todas las expresiones y actitudes manifestadas por el sujeto durante la administración de la prueba.

Las respuestas fueron calificadas de acuerdo con las normas establecidas en el manual de Wechsler-Bellevue (2). Cada anotación en bruto, fue transformada, siguiendo la escala, en calificación o puntaje pesado. En la escala verbal se incluyó la sub-prueba de vocabulario prorrateando sobre una base de

(1).- Rapaport D.- Tests de Diagnóstico Psicológico, E. Paidós, Buenos Aires 1959.

(2).- Wechsler D.: La Medida de la Inteligencia en el Adulto. Cultural, S.A. La Habana, 1955

cinco sub-pruebas. La suma de los puntajes correspondientes a cada escala, fue transformada en anotaciones de Cociente intelectual, tomando en cuenta la edad cronológica de cada sujeto.

Una vez concluida la aplicación de las dos escalas del Wechsler, se procedió a la administración del psicodiagnóstico de Rorschach. Las condiciones físicas prevalentes durante la realización de la prueba, fueron las mismas que en las entrevistas anteriores; éstas favorecían el que no intervinieran factores externos que provocaran interferencias durante la aplicación. El ambiente de confianza se había venido logrando más satisfactoriamente, se había conseguido una mejor comunicación con el paciente, lo que favorecía la obtención del material proyectivo. De este modo se trataron de alcanzar los dos objetivos que expone Klopfer (3), cuyo método se ha seguido para la aplicación y calificación del psicodiagnóstico.

En cuanto a la técnica de aplicación se procedió de la siguiente manera: se sentó al sujeto frente a una mesa, de forma que quedara a un lado del examinador. Como previamente ya se había establecido un buen rapport con el paciente, se pudo iniciar inmediatamente la primera fase de la prueba o sea, la administración propiamente dicha. Básicamente, se siguieron las instrucciones que recomienda el autor, aunque con cierta flexibilidad, ya que mientras algunos pacientes requerían una explicación breve y sencilla, pero una mayor estimulación, otros, mostraban una actitud más exigente, que requería más aclaraciones. En el primer caso, para obtener el material, fue necesario repetir la frase: "qué más?" y en el segundo, se daban explicaciones sobre las láminas, tal y como explica Klopfer en su manual, para aquellos sujetos que se muestran desconfiados. Siempre que fue posible, se trató de obtener el material en la forma más espontánea posible.

(3).- Klopfer B.: Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach. E. Paidós, Buenos Aires, 1955.

Se permitió el libre manejo de las láminas, anotándose los cambios de posición de las mismas, aunque estos se hicieron en muy raras ocasiones generalmente eran mantenidas en la misma posición en que habían sido entregadas por el examinador.

Se tomó en cuenta el tiempo de reacción para cada lámina, el tiempo total de duración de la prueba y cuando el sujeto interrumpía la prueba con silencios prolongados. Las respuestas fueron registradas textualmente.

Una vez terminada la administración de todas las láminas, se le volvieron a presentar para efectuar el interrogatorio o encuesta necesarios para la clasificación de cada respuesta.

Para determinar la ubicación se preguntaba al sujeto: dónde está.....? o, señáleme en qué parte de la lámina vió.....? Para llevar a cabo un registro se empleó un protocolo de localizaciones.

Para el interrogatorio sobre los determinantes se puso especial atención para no emplear "preguntas sugestivas". Para cumplir con este requisito se preguntaba: "qué le hizo pensar en.....?" o, "por qué pensó en.....?", hasta poder aclarar todos los matices de cada respuesta.

Tomando como base los resultados obtenidos mediante la encuesta se efectuó la calificación del protocolo siguiendo la terminología y el criterio de valoración propuestos por Klopfer (4).

(4).- Klopfer B.: Técnicas del Psicodiagnóstico de Rorschach. E. Paidós, Buenos Aires, 1955.

C A P Í T U L O I V

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las respuestas del Wechsler-Bellevue, fueron calificadas de acuerdo a las normas establecidas por su autor (1). Cada anotación en bruto fué transformada, siguiendo la escala, en puntaje pesado o calificación. En la escala Verbal se incluyó la sub-prueba de Vocabulario prorrateando sobre una base de cinco sub-pruebas. La suma de los puntajes pesados correspondiente a cada escala fué transformada en anotaciones de cociente intelectual, tomando en cuenta las tablas correspondientes a la edad cronológica. De la misma manera se obtuvo el cociente intelectual total, es decir, sumando las calificaciones de las dos escalas antes de consultar las tablas de cocientes intelectuales.

Se obtuvieron los siguientes resultados: un 32% de los casos fue clasificado dentro del grupo de inteligencia promedio; un 36% fue considerado "normal torpe"; un 28% con inteligencia "fronteriza" y un 4%, "defectuoso mental".

El coeficiente intelectual obtenido presenta la siguiente distribución de frecuencia: un 32% de los casos obtuvo un coeficiente intelectual inferior a 80 y el resto alcanzó una anotación entre 80 y 110. Se observa, entonces, un desplazamiento del cociente intelectual hacia los valores bajos. Tomando en cuenta que el nivel de instrucción se orienta hacia los niveles más elevados, esto es, el nivel profesional, es evidente que hay que descartar por lo menos,

(1).- Wechsler D.: La medición de la Inteligencia del adulto. Cultural. Habana, 1955

en un 84% de los casos, o sea, a aquellos sujetos que terminaron los estudios correspondientes a secundaria, preparatoria o equivalentes y a estudios profesionales, la posibilidad de un déficit intelectual básico, existente antes de la enfermedad. (Fig. 1, 2, y 3).

La media aritmética se obtuvo sacando el promedio de los puntajes pesados de todos los casos obtenidos en cada sub-prueba. La desviación estándar se sacó por medio de la aplicación de la siguiente fórmula

$$G = \sqrt{\frac{(x - M)^2}{n}}$$

Se observa que en las sub-pruebas de vocabulario, información y cubos, se obtuvieron los puntajes más elevados, de lo que podemos inferir que las funciones que estos exploran han sido las menos afectadas. En cambio, se alcanzaron las anotaciones más bajas en dígito-símbolo, dígitos, ordenamiento de láminas y completamiento de figuras. Esto quiere decir que el caudal de conocimientos adquirido durante el desarrollo, el monto de información, en relación con la capacidad intelectual, y la coordinación viso-motriz que implica ciertos procesos de análisis y síntesis, se han mantenido más resistentes a la alteración, en tanto que se encuentran más afectados el funcionamiento de la memoria inmediata, alteración relacionada con una dificultad en el mantenimiento de la atención y en la capacidad de concentración; la velocidad y eficacia en la coordinación visomotriz debido a la dificultad de concentración; la habilidad para aceptar y comprender una situación a causa de la falta de atención y juicio; y la capacidad de concentración visual, relacionada con la habilidad de percepción.

El cuadro de las desviaciones estándar pone de manifiesto desviaciones más bajas y menos variables, (en el grupo escogido para este estudio), en las sub-pruebas de dígitos, completamiento de figuras, dígito-símbolo, ordenamiento de láminas y aritmética, y desviaciones más altas y variables en las sub -

TABLA DE DISTRIBUCION DEL C.I.

CLASIFICACION	C. I.	ESCALA	ESCALA	ESCALA
	Belevue adulto	TOTAL	VERBAL	EJECUCION
defectuoso mental	< 67	1	1	6
fronterizo	79-68	7	4	6
normaltorpe	90-79	9	10	7
promedio	110-91	8	10	6
promedioalto	119-111	-	-	-
superior	120-127	-	-	-
sup. y muy sup.	> 128	-	-	-

fig. 1.

GRAFICA DE DISTRIBUCION DEL C. I. TOTAL

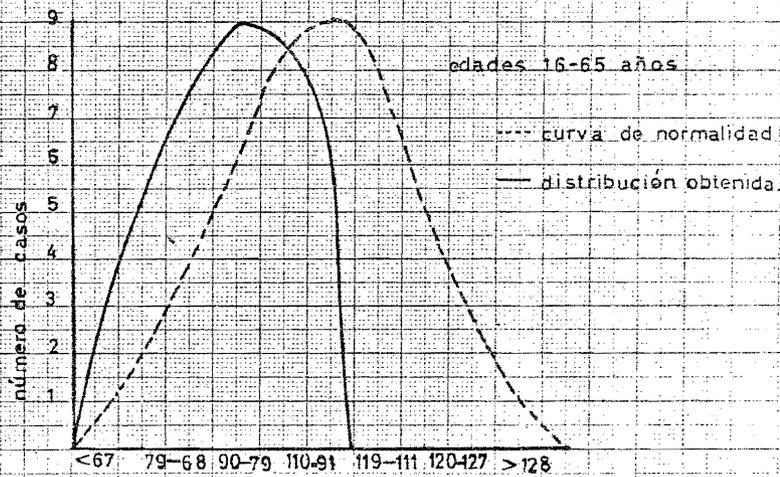


fig. 2

gráfica de distribución
del nivel de instrucción

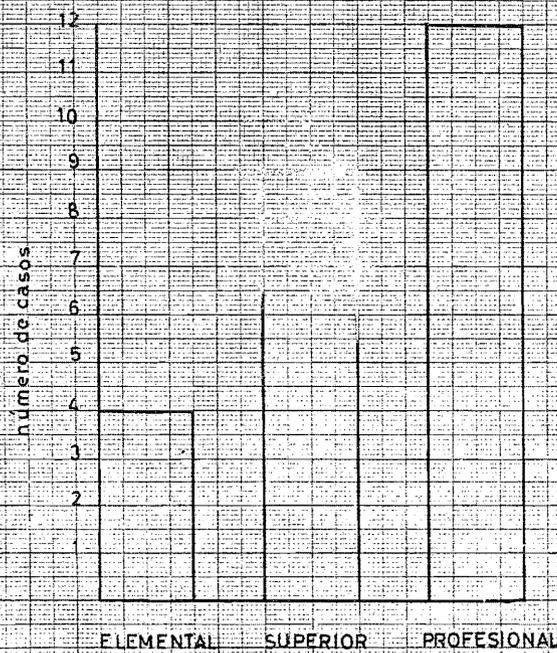


fig 3

PROMEDIOS Y DESVIACIONES
DE CADA UNO DE LOS SUBTESTS OBTENIDOS DE LAS ANOTACIONES
DE LOS CASOS ESTUDIADOS.

	m.a.	d.e.
información	9.6	2.26
comprensión	5.0	1.98
aritmética	5.3	2.67
semejanzas	8.7	2.52
dígitos	2.1	1.77
vocabulario	10.2	2.32
orden. lam.	4.1	2.07
comp. figuras	4.6	3.08
dígito símbolo	3.7	2.14
cubos	9.3	2.83
ajuste de obj.	8.2	3.25

fig. 4

pruebas de vocabulario, Información, Cubos y Ajuste de objetos. (Fig. 4).

El dispersigrama se trazó tomando como base la media aritmética de cada sub-prueba, con el objeto de estudiar la desviación que muestran entre sí todas las sub-pruebas, es decir, se obtuvo un patrón de dispersión característico del grupo seleccionado para este estudio. (Fig. 5).

La gráfica de la dispersión media se trazó teniendo en cuenta la desviación de cada sub-prueba verbal en relación a la media aritmética de la escala correspondiente. De la misma manera se procedió con la desviación de las sub-pruebas de la escala de Ejecución. El análisis de esta dispersión media pone de manifiesto la gran discrepancia que existe entre cada una de las sub-pruebas y por consiguiente la irregularidad en la eficiencia de las diferentes funciones que estos exploran. Se mantienen por encima de la media: Vocabulario, Cubos, Información y Ajuste de Objetos y por debajo, el resto de las sub-pruebas. (Fig. 6)

En la gráfica de la dispersión con respecto al Vocabulario se representan las desviaciones de cada sub-prueba en relación con el nivel de Vocabulario, representado por el eje horizontal. Es la sub-prueba más resistente, que sufre menos disminución en su rendimiento, razón por la que se le ha tomado como referencia para valorar la disminución observada en el resto de las sub-pruebas. Todos los puntajes se encuentran por debajo del Vocabulario. Se encuentran disminuidos Dígitos, Comprensión y Dígito-Símbolo, lo que significa que se encuentran más alteradas las funciones de juicio, capacidad de concentración, la atención y la capacidad de anticipación y planeamiento. Les siguen Ordenamiento de Láminas, Completamiento de figuras y Aritmética y finalmente, Ajuste de Objetos, Cubos, Semejanzas e Información. En resumen, se encuentran disminuidas todas las funciones que exploran las diferentes sub-pruebas y especialmente las antes mencionadas. (Fig. 7).

El porcentaje de disminución se obtuvo tomando como base el mismo princ

DISPERSION GENERAL DE LOS PUNTAJES CORRESPONDIENTES A CADA SUBTEST

PATRON DE DISPERSION CARACTERISTICO DEL GRUPO ESTUDIADO.

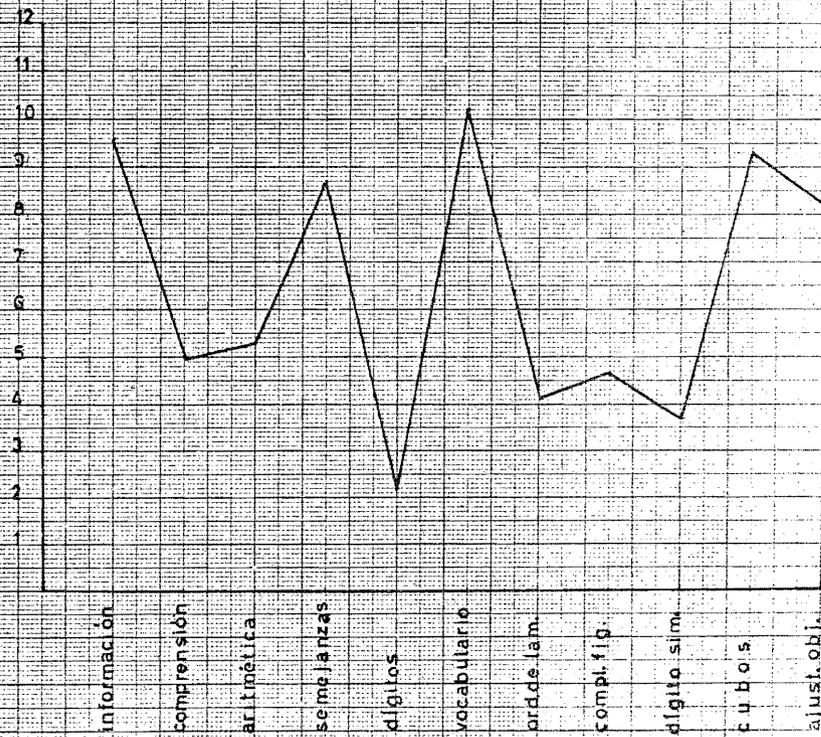


fig 5

DESVIACION DEL PUNTAJE (PROMEDIO DE TODOS LOS CASOS)
CORRESPONDIENTE A CADA SUBTEST EN RELACION A LA
ANOTACION MEDIA DE LA ESCALA VERBAL Y DE EJECUCION

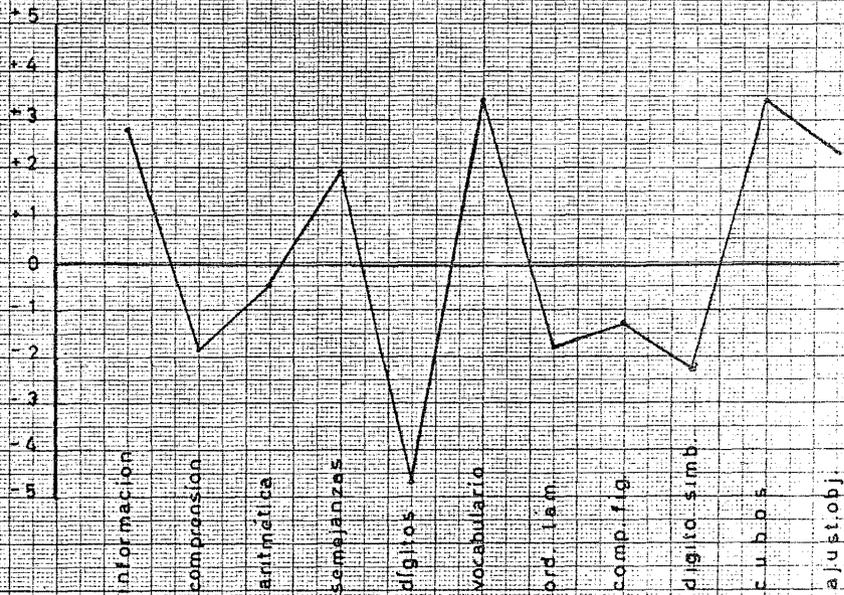


Fig 6

DESVIACION DE LOS PUNTAJES CORRESPONDIENTES DE
CADA SUBTEST CON RESPECTO AL DE VOCABULARIO

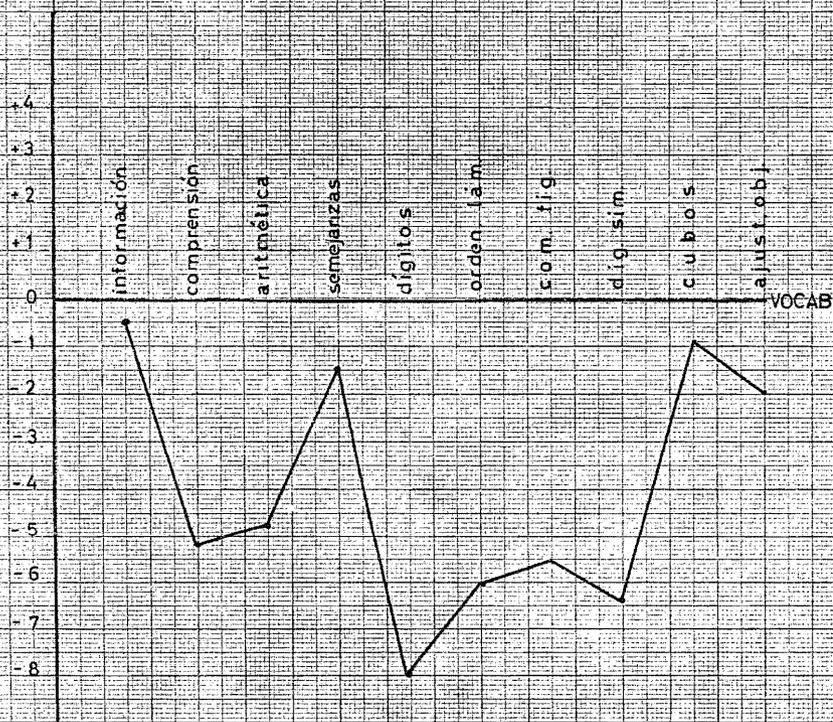


fig 7

pio del que parte Wechsler (2) para la obtención de lo que él llama "índice de deterioro". Denomina a este procedimiento "método diferencial de anotaciones de pruebas para medir el deterioro mental" que parte de la suposición de que algunas habilidades declinan relativamente poco con la edad y otras en cambio, decaen rápidamente. Distribuye las sub-pruebas en dos categorías o grupos:

TEST QUE SE MANTIENEN CON LA EDAD	TEST QUE NO SE MANTIENEN CON LA EDAD
Información	Dígito-Símbolo
Comprensión	Aritmética
Ajuste de Objetos	Dígitos
Completamiento de Figuras	Cubos
Vocabulario	Semejanzas
	Ordenamiento de láminas

Para hacer una comparación más precisa se suman las anotaciones pesadas de las cuatro primeras sub-pruebas de cada grupo. Aquí se substituyó el de Comprensión por el de Vocabulario, por ser el primero más vulnerable en este tipo de enfermos.

El porcentaje de disminución se obtuvo, entonces, con la fórmula siguiente:

$$\frac{\text{Sub-pruebas que se mantienen} - \text{Sub-pruebas que no se mantienen}}{\text{Sub-pruebas que se mantienen}} \times 100$$

El resultado de esta fórmula se le resta el porcentaje de la pérdida normal que se espera a diferentes edades, que varía desde un 0% entre los 20 y los 24 años, hasta 16% en sujetos de 55-59 años de edad, según la tabla ofrecida por Wechsler (3).

Se considera que más de 10% es un índice de posibilidades de disminución

(2).- Wechsler D.: La Medición de la Inteligencia en el Adulto. Cultural, S.A La Habana, 1955.

(3).- Ibid

distribución del porcentaje
de disminución

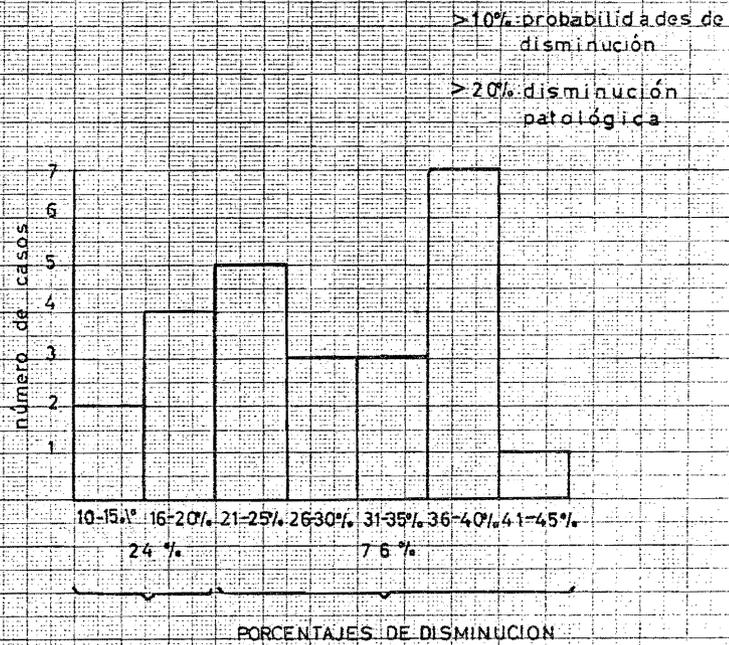


fig. 8

y más de 20%, un signo de disminución patológica.

Los porcentajes obtenidos en este estudio varían desde un 10% hasta 43%, lo que significa una disminución promedio de 27,6%. Todos los casos mostraron algún porcentaje de disminución. Se encontraron posibilidades de ésta en 24% de los sujetos y en un 76% se observaron porcentajes de disminución patológica. (Fig. 8)

Respecto a la relación del porcentaje de disminución con el tiempo de duración del padecimiento, se obtuvieron los siguientes datos:

PORCENTAJE DE DISMINUCION Y TIEMPO
DE PADECIMIENTO

Porcentaje de Disminución	Tiempo de Duración del Padecimiento
10-20 %	10-6 años
20-30 %	10-2 años
30 % y más	11-4 años

Las diferencias en cuanto a tiempo de duración entre los sujetos con un porcentaje que se considera signo de posibilidades de disminución y aquellos con un porcentaje de disminución patológica, no son significativas a pesar de que en este último grupo fué mayor el número de años de duración de la enfermedad.

Los porcentajes de disminución y el cociente intelectual promedio obtenidos en relación al nivel de instrucción, son los siguientes:

INSTRUCCION DE LOS SUJETOS

Primaria	Superior	Profesional
29,5%	26,8%	25,9%
86,5	84,6	83,5

Es más lógico suponer que la pérdida sería más ostensible en el grupo profesional, especialmente si como en este caso tiene el más bajo promedio de cociente intelectual. Aunque las diferencias no son marcadas, se observa que sucede a la inversa, es decir, que el grupo con un nivel de instrucción más elemental presenta mayor nivel de inteligencia y mayor porcentaje de disminución, lo que puede deberse a que tres de los cuatro sujetos que constituyen este grupo presentan índices de disminución muy elevados. Esta característica no puede ser relacionada con el tipo de padecimiento, ya que los cuatro habían sido diagnosticados con esquizofrenia paranoide que es el cuadro clínico predominante en el muestreo. Tampoco con la edad de inicio por ser ésta muy diversa en los cuatro casos: 21, 29, 42, y 43 años respectivamente. El tiempo de duración de la enfermedad tampoco puede ser considerado significativo, pues el mayor era de 9 años, en tanto que hay casos que habían transcurrido más de 20 años desde el inicio del padecimiento.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL RORSCHACH.- La calificación e interpretación de las respuestas obtenidas se llevó a cabo de acuerdo con la técnica seguida por Klopfer. Se emplearon los símbolos que da este autor para las localizaciones, determinantes y contenidos y se siguió su criterio respecto al empleo de dichos símbolos. Se tomaron en cuenta tanto la lista de respuestas populares que ofrece en su manual, como las recomendaciones que hace para los casos en que las respuestas se deban computar como originales.

La compilación total de los resultados obtenidos está expresada en la figura 9. Se han clasificado las medias aritméticas de cada calificación para dar una idea general de los rasgos Rorschach que han resultado del estudio del grupo de pacientes esquizofrénicos seleccionado. Las desviaciones estándar nos dan una idea de la variabilidad de las clasificaciones y del grado en que éstas caen fuera del área promedio.

	MEDIA A.	D.E.		MEDIA A.	D.E.		MEDIA A.	D.E.
R	16.56	6.04	kF	0.04	0.60	Map.	0.08	0.81
T.T.	35.12	6.86	K	0.20	0.44	Masc.	0.08	0.81
T/R	1'8"	1'11"	KF	--	--	Arte	0.12	0.41
Rech	1.75	.87	FK	0.08	0.17	Bot.	0.36	0.66
DW	0.80	1.05	F+	3.28	3.71	Men.	0.40	0.86
W	6.0	2.01	F-	5.60	2.97	Nub.	0.32	0.78
D	8.80	5.40	F	1.10	2.02	Agua	0.08	0.81
d	0.08	0.24	Fc	0.50	0.20	Geo.	0.28	0.60
Dd	0.28	0.53	cF	0.08	0.81	Sex.	0.24	0.60
S	0.40	0.60	c	--	--	Sangre	0.32	0.53
W%	47.24	20.13	FC'	1.30	1.46	Emblema	0.08	0.81
D%	49.12	17.05	C'F	0.16		Fuego	0.04	0.17
d%	0.76	2.13	C'	0.06	0.20	Abstrac.	0.44	1.71
Dd%	1.60	3.86	FC-	0.60	0.43	Contam.	0.48	0.96
S%	1.28	2.36	CF	1.08	1.13	Autor.	0.12	0.95
M	0.44	0.81	C	0.40		Log.Aut.	0.80	2.08
M-	0.12	3.03	Cn	0.64		Po	0.64	1.05
FM	0.86	4.54	H	1.72	1.30	Ver.Abs.	0.04	0.17
m	0.04	0.60	Hd	1.20	1.48	Neol.	0.12	0.41
Fm	0.06	2.07	A	5.51	2.60	Con.Del.	0.20	0.66
mF	--	--	Ad	0.24	0.45	P	3.28	1.26
k	--	--	Ana	2.55	2.56	O	0.60	1.70
Fk	0.12	3.04	Obj.	2.08	2.30			

FIG. # 9

La riqueza cuantitativa está dada por el número de respuestas. En este caso R (16,56) es inferior a lo normal lo que significa una disminución de la riqueza del material asociativo y de la flexibilidad de la percepción.

El tiempo total promedio para cada protocolo, es de 35'12" distribuido de la siguiente forma: 1'8" el término medio de duración para cada respuesta; un tiempo de reacción por lámina cromática de 20,8" y de 24,9" para las láminas acromáticas. La presencia de rechazos (1,75), especialmente de las láminas IX, VI, y VII unidos a las referencias personales, son índice del bloqueo psicótico.

La sucesión confusa es una expresión del desorden del pensamiento esquizofrénico. El número de respuestas globales, incluyendo las confabuladas, es mayor al que se espera normalmente, pero se trata de respuestas vagas, superficiales y arbitrarias por lo que no pueden ser interpretadas como la manifestación de una actividad intelectual superior de tipo abstracto que implique habilidad en la función de síntesis, sino por el contrario, la mala calidad de estas respuestas, revela la existencia de una seria dificultad para el manejo de las situaciones debido a su falta de contacto con la realidad.

Los porcentajes de D y Dd corresponden a lo normal, no así el de d, que es inferior. A estas características no se les atribuye un significado diagnóstico.

El psicograma fue trazado tomando en cuenta la media aritmética de las anotaciones de cada determinante. Las respuestas principales fueron valoradas con un punto, en tanto que las adicionales fueron computadas con medio solamente. Las respuestas negativas están representadas en las áreas sombreadas de la barra. (Fig. 10)

La marcada disminución de las respuestas de movimiento humano están en relación con la ausencia de una vida interior diferenciada y constructiva y en el caso de los paranoicos, ha sido relacionada con el debilitamiento de la

P S I C O G R A M A

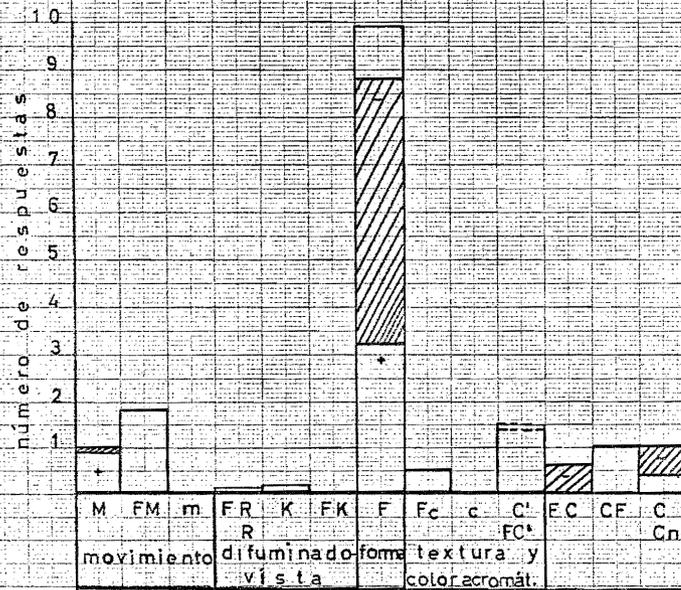


Fig. 10

estructuración de sus delirios. Esta disminución reforzada por la presencia de M -, es también un signo de la "chatura" de la ideación.

La columna de FM (impulsos instintivos), es superior a M, aunque el promedio que ha alcanzado (.86) no es tan elevado que ocupe una posición significativa en el psicograma.

El promedio de m no alcanzó el nivel requerido para llegar a formar parte del psicograma.

El número de respuestas de claro oscuro que constituyen el área correspondiente a "difuminación y vista" y que son consideradas como índices de ansiedad, ya sea estructurada o no, no es muy importante. En este caso, la ansiedad es expresada más bien por medio de la evasividad y superficialidad de las respuestas.

En relación al resto de los determinantes se observa que la columna C' es bastante elevada, lo que hace pensar en una cierta frecuencia de rasgos depresivos presentes en los sujetos estudiados.

Se observan algunas respuestas de textura, generalmente raras en los esquizofrénicos, pero el promedio alcanzado es tan reducido que no puede ser considerado de gran importancia. Podría tratarse más bien de una sensibilidad patológica que le lleva a ver las cosas destruidas o desintegradas.

Las respuestas solamente formales han sido relacionadas con el control de los impulsos, con el razonamiento lógico y con la percepción de la realidad, pero tales control y percepción pueden ser más o menos adecuados o efectivos. Esta efectividad de F es expresada por la calidad y exactitud de las respuestas de forma, es decir, por el nivel de precisión formal. En este caso se observa que la columna F ocupa un lugar predominante pero las F + contrastan con otros tipos de formas, las ambiguas, que revelan únicamente respuestas vagas y superficiales, "no comprometedoras" y las definitivamente negativas o "mal vistas", que son consecuencia de una alteración en la percepción de la realidad, resultado de la falta de contacto con la misma e índices también de

una pérdida de control y disminución en la agudeza del juicio. La presencia de respuestas de buena calidad formal pueden significar la existencia de una mejor eficacia intelectual, previa a la enfermedad y que actualmente se encuentra muy disminuida.

El empleo del color cromático está relacionado con la manera de expresar la afectividad. Aquí se observa la presencia de FC-, CF, C crudas y Cn que ponen de manifiesto una impropiedad del afecto, un afecto blando y "chato", pérdida del control de la expresión de los impulsos emocionales que puede conducir a manifestaciones violentas fuera de la realidad. Las llamadas denominaciones de color son considerados signos patológicos índices de confusión mental. Klopfer relaciona esta enumeración cromática con las respuestas que da el esquizofrénico paranoide como una reacción ante la presencia de impulsos emocionales incontrolables.

Los contenidos empleados son variados pero existe un predominio de respuestas anatómicas y animales. El porcentaje de estas (41,52%) no es tan elevado como para ser tomado como estereotipia. En relación a las respuestas de contenido anatómico, se observó que siempre eran negativas; pueden estar relacionadas con preocupaciones relativas al esquema corporal. Los detalles humanos son generalmente desvitalizados; los sexuales, negativos también.

La relación M:C es de .56: 5,88 revela una falta de equilibrio vivencial es decir, la baja anotación de M en relación con el elevado porcentaje de respuestas cromáticas indican una incapacidad para posponer la satisfacción de los impulsos, falta de control interior. La fórmula W:M = 6.8: .56 manifiesta la inadecuada relación entre su vida interior y las exigencias del ambiente, su fracaso en sus relaciones con el medio.

A continuación se presentan las características de esquizofrenia encontradas en el grupo de pacientes estudiados tomando como base los 20 signos Rorschach de esquizofrenia dados por Piotrowsky:

- 1.- TIPO DE ENFOQUE: Confuso: W-D-Dd-d
- 2.- W: aumentado
- 3.- DW (confabulada): presente
- 4.- Contaminación: presente
- 5.- Dd: normal
- 6.- M: muy disminuida
- 7.- Color: FC- y predominio de CF y C
- 8.- Tipo vivencial C aumentado
- 9.- Cn: presente
- 10.- F ±: disminuido
- 11.- O%: negativas
- 12.- P%: bajo
- 13.- Variabilidad del nivel formal: acentuada e importante
- 14.- Bloqueo: Presente
- 15.- A%: no muy acentuado
- 16.- Claro-oscuro: presentes respuestas de color acromático
- 17.- Po: presente
- 18.- Referencias Abstractas y personales: presentes
- 19.- Perseveración: Presente
- 20.- Descripción de láminas: no se encontró

Se encontraron verbalizaciones que revelan la presencia del pensamiento autista, irreal, desorganizado y extravagante del esquizofrénico. Por ejemplo, se obtuvieron respuestas tales como: "son señoritas porque tienen los labios pintados, son decentes por eso" (W en la L. II); "gusanos porque es árbol y donde hay árboles hay orugas que se convierten en gusanos de seda" (detalle inferior de la X); "tiene la forma de rata y bandera, entonces es una bandera en forma de rata" (W en la VII); "es un careacol porque los careacoles son babosos y sacan las antenas para orientarse" (W en la V); "aquí dice con-

centración mental porque es un punto y uno se concentra mentalmente en un punto (Dd de la lámina I); y en la X, "Caray, esto es la negación de un alacudg rre incomprensible en su forma actuacional y en su simbolismo, es cuando viene una especie de enredo en cualquier fenómeno de la naturaleza".

La regresión del esquizofrénico se manifiesta a través de las respuestas más primitivas que implican el empleo de mecanismos más simples en el manejo de la realidad; se trata de respuestas que muchas veces han sido consideradas normales en los niños.

El nivel formal, se ha visto que es muy variable, este contraste de muy buenas respuestas con otras negativas Klopfer, hemos visto, lo ha considerado signo de "deterioro". El número y calidad de las respuestas M, W, O y la pobreza ideacional expresada por medio del vocabulario, manifiestan una disminución de las potencialidades intelectuales y por consiguiente, una pérdida de la eficacia.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Del análisis de los diferentes patrones de dispersión del Wechsler-Bellevue, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- 1).- Una gran discrepancia entre los diferentes sub-tests.
- 2).- Las anotaciones más bajas en dígitos, dígito-símbolo, ordenamiento de láminas y completamiento de figuras y las más altas en Vocabulario, información y cubos. De estos, el mejor conservado es el de vocabulario y el de cubos, a pesar de haber sido incluido en la categoría de pruebas que no se mantienen, no se encuentra alterado en el grupo aquí estudiado.
- 3).- Se han conservado el caudal de conocimientos adquiridos, el monto de información y la coordinación visomotriz que implica procesos de análisis y síntesis (cubos) y en cambio, se encuentran afectadas la memoria inmediata, el mantenimiento de la atención y la capacidad de concentración, lo que quiere decir que más que se encuentren directamente afectadas las habilidades intelectuales, el rendimiento de ellas se halla obstaculizado por las alteraciones básicas de la enfermedad: alteraciones de juicio, de la atención y de la percepción.
- 4).- Todos los casos mostraron algún porcentaje de disminución. En la mayoría de los sujetos (76%) se obtuvieron porcentajes de disminución considerada patológica.
- 5).- No se encontró una relación significativa de estos índices de dis-

minución con el tiempo de duración del padecimiento, o con la edad del inicio de éste, o con el nivel de instrucción, o con el tipo de esquizofrenia.

6).- En cuanto al Rorschach, la disminución se manifiesta por la presencia de respuestas positivas en contraste con las negativas.

7).- Las potencialidades intelectuales se encuentran bloqueadas de manera que no pueden ser empleadas como un recurso para lograr un control adecuado de los impulsos; el sujeto ha recurrido entonces al empleo de mecanismos regresivos y se han puesto de manifiesto el desorden del pensamiento esquizofrénico, la pobreza ideativa, las alteraciones de la percepción, del juicio y de la afectividad, lo que se traduce en una falta de contacto con la realidad.

8).- Ambas pruebas han sido de utilidad para poner de manifiesto las alteraciones fundamentales que se observan en la personalidad del esquizofrénico. Se ha observado, también, una disminución de su eficacia, sin embargo, no se ha podido relacionar esta disminución concretamente a una circunstancia determinada

REFERENCIAS



FILOSOFIA
Y LETRAS

- 1) Alexander F.: *Psiquiatría Dinámica*. E. Paidós. Buenos Aires, 1958.
- 2) Appleby, Sher J.M., Cuming J.: *La schizophrénie chronique. Exploration dans les domaines théoriques et thérapeutique*. Ann. Med. Psychol. Mai, 982, 1962.
- 3) Bellak L.: *Projective Psychology*. Grove Press Inc. New York. 1959.
- 4) Bellak L.: *Schizophrenia: A revue of the syndrome*. Logos Press. New York, 1958.
- 5) Bleuler E.: *Demencia Precoz: El grupo de las esquizofrenias*. Ediciones Horme. Buenos Aires, 1960.
- 6) Bohm E.: *Psicodiagnóstico de Rorschach*. Ed. Científico Médica, Barcelona, 1958.
- 7) Boverman M.: *Rigidity, chronicity in Schizophrenia*. A.M.A. Arch. Gen. Psychiat. 1:235-42, Sept. 1959.
- 8) Brown G.W., *Social Factors Influencing length of hospital stay of schizophrenic patients*. Brit. Med. J. 1162-1300-2, Dic. 1959.
- 9) Darcourt G., Mme Dongier S.: *Sur l'utilisation du test de Weschler-Bellevue pour l'apreciation des troubles de la spatialité et les applications possibles a l'étude de la détérioration mentale*. Ann. Med. Psychol. 339, 1959.
- 10) Daumezon G., Mlle. Moor: *Remarques sur l'utilisation du test de Weschler (détérioration et ineficiencia)* Ann. Med. Psychol. 94, 1955.
- 11) De la Fuente R.: *Psicología Médica*. Fondo de Cultura Económico, 1958.
- 12) Ey Henry: *Les problèmes cliniques des schizophrènes (Actes Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría. Vol. 19, No. 1, Feb. 1960)* Ann. Med. Psychol. 1960.
- 13) Fish F.S.: *A clinical investigation of chronic schizophrenia* S. Men. Scien. 1958, 104, 34-54.
- 14) Fouks, Mlle Lanozière, Laiue, Largeou et Pagot. *Notes sur la psychologie*

des schizophrènes stabilisés et améliorés. Ann. Med. Psychol. p. 805, Mai, 1958.

- 15) Freeman L. Clinical and théoretical notes on chronic schizophrenia. Brit. J. Med. Psychol. 33:33-43, 1960.
- 16) Freeman T.: Chronic schizophrenia. London Tavistock Publications. 1958.
- 17) Fenichel O.: Teoría Psicoanalítica de las neurosis. Ed. Nova. Buenos Aires, 1957.
- 18) Gamma G., Bessusc P.C.: Schizophrenie chronique (donnés statistiques et séro-fonctionelles sur un groupe) Ann. Med. Psychol. 799, 1957.
- 19) Haguenaue A., Etude des préoccupations somatiques des schizophrènes. Ann. Med. Psychol. T.I., P. 473, 1961.
- 20) Jones N.F. Jr.: The Validity of chronic judgements of schizophrenic pathology based on verbal responses to intelligence tests items. J. Clin. Psychol. 15: 396-400, Sept. 1959.
- 21) Klopfer B.: Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach. E. Paidós, Buenos Aires, 1955.
- 22) Kraepelin, E.: Clinical Psychiatry: A text book for students and physicians Macmillan. New York, 1902.
- 23) Kreiter H.: Les bases psychologiques du langage des schizophrènes Ann. Psychol. I. 1938, 1958.
- 24) Magherini G., Sacchetini N.: Risultati e osservazioni sulla applicazione della scale di intelligenza Weschler-Bellevue di schizofrenici cronici.
- 25) Mayer Gross S.R.: Psiquiatría Clínica. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1958.
- 26) Rezei, Marchand L., Guiraud P., Daumezon G., Feld M.: Détéil et Abély P. Définition, critères et limites de l'actuelle schizophrénie. Ann. Med. Psychol. P. 867, 1958.
- 27) Rapaport D.: Tests de Diagnóstico Psicológicos. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1959.
- 28) Rickers Ovsiankina M.: Rorschach psychology. John Willey & Sons, Inc. Publishers, N. Y., 1960.
- 29) Sader M.: Possibilités et limites de l'emploi des tests psychologiques. Considérations sur la théorie et la pratique du diagnostic psychologique. Ann. Med. Psychol. II, 599, Nov. 1962.
- 30) Schafer R.: The clinical application of psychological tests. International Universities Press. New York, 1948.
- 31) Threlub A., Scherer I.W.: Weschler-Bellevue scatter as an index of schizophrenia. J. Consult Psychol. 1958, 22, 147-149.
- 32) Torrigiani G., Rilievi psicometrici sul deterioramento mentale nello schi

zophrenico. Arch. Neurol. Psicol. 22: 711-22, 1961.

- 33) Vinson D.B.: Responses to the Rorschach test that identify schizophrenic thinking, feeling and behavior. J. Clin. Exp. Psych. path. 218: 4-40, Ene. 1960.
- 34) Wechsler D.: La Medida de la inteligencia en el adulto. Cultural, S.A., La Habana, 1955.
- 35) Willensky Harold: Rorschach developmental level and social participation of chronic schizophrenics. J. Project. Tech. 1959, 23: 87-92.
- 36) Wilensky M., Solomon L.: Characteristics of unstable chronic schizophrenia. J. Abnorm. Soc. Psychol. 61: 155-168, Jul. 1960.