

lej 1108



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"EL PACIENTE PSICOTICO VISTO A TRAVES DE SU EXPRESION PICTORICA".

La Expresión Pictórica, como Técnica Proyectiva, para el Diagnóstico Diferencial en Pacientes Hospitalizados con Psicosis Funcional.

## T E S I S

Que para obtener el Título de LICENCIADA EN PSICOLOGIA

presenta

**MARGARITA MORENO MURILLO**



Asesor de Tesis:

Lic. en Psicología  
GUADALUPE INDA SAENZ ROMERO

MEXICO, D. F.

1988

**TESIS CON  
FALDA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

INDICE:

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	5
MARCO TEORICO	8
Psicosis	15
Esquizofrenia Paranoide	26
Esquizofrenia Esquizoaffectiva	55
Psicosis Maniaco Depresiva (fase maniaca)	57
Psicosis Maniaco Depresiva (fase depresiva)	68
Psicosis Paranoide	80
METODO	92
INVENTARIO DE DATOS:	
Esquizofrenia Paranoide	97
Esquizofrenia Esquizoaffectiva	102
Psicosis Maniaco Depresiva (fase maniaca)	106
Psicosis Maniaco Depresiva (fase depresiva)	110
Psicosis Paranoide	114
RESULTADOS COMPARATIVOS	118
CONCLUSIONES	122
BIBLIOGRAFIA	125
FICHAS DE REGISTRO	132
GRAFICAS	172
MUESTRAS DE EXPRESION PICTORICA	139

## INTRODUCCION:

El ser humano, en su capacidad innata de transformar y expresar, aún de la manera más simplista, la emoción que le impulsa a toda actividad creativa, plasma y conforma desde su trayectoria, el contexto al que pertenece. Un ejemplo de ello, lo encontramos en el arte milenario de las pinturas rupestres de Lascaux, en Francia, Altamira en España, entre otros, como una evidencia de sus necesidades básicas y representativas de su entorno, así como las vivencias más significativas que han determinado su evolución histórica.

La humanidad cuenta con un vastísimo repertorio de creaciones artísticas, cimentado en corrientes ideológicas y culturales de validez universal, las cuales han ido surgiendo de las identificaciones de los factores asociativos asumidos por la vía perceptual, considerando que la capacidad de expresarse por medio de un código dentro de los cánones de la estética, es la vinculación de la plasticidad con la fuerza creadora, entendiendo ésta, como la fuerza de los impulsos y la intensidad de las represiones correspondientes.

El hombre ha tenido que enfrentarse con múltiples imágenes que se le han presentado constantemente a su alrededor. Los conceptos artísticos han estado marcados por profundos cambios, ya que la norma estética ha planteado sus juicios sobre reglas y principios tradicionales, que han venido siendo determinados por la frecuentación secular de una herencia artística limitada, y que a la vez, han sido admitidos por el conjunto colectivo de la conciencia occidental; por esta razón, el criterio estético ha debido revisar sus normas y ajustar sus valores.

La historia del arte establece su campo de acción, ampliándolo, al penetrar en lugares antes prohibidos. El espíritu comparativo le hace jugar los encadenamientos históricos, las influencias entre las diversas corrientes estéticas, y su evolución sobre las civilizaciones. Entonces la obra artística no se encuentra aislada, sino puesta en relación a las demás, con su creador, su tiempo, y las ideas de su época.

El interés y sobre todo la curiosidad, por la obra espontánea de los enfermos crónicos con padecimiento de patología psiquiátrica, ha motivado a buscar una relación entre su creatividad y la ausencia de formación artística, tomándose en consideración, las obras de verdaderos artistas, que presentaron o presentaban durante su vida una enfermedad mental, sugiriendo como consecuencia un debate entre el poder creador de la locura, su repercusión sobre las posibilidades artísticas y la desaparición de su obra o su transformación bajo la influencia del estado patológico. (1).

La antigua y siempre presente idea, que asocia a la locura con la genialidad, alcanzó en el siglo pasado relevancia científica, a partir de la obra del médico italiano Cesare Lombroso, titulada "Genio y Locura"; en ella, Lombroso concluía que la mayoría de los grandes hombres tenían antecedentes neurológicos o psiquiátricos, inclinándose preferentemente por asociar al genio con la epilepsia. Para Lombroso, la genialidad correspondía a la faceta afortunada de la psicosis degenerativa. (2).

Una estrecha relación entre el arte y la psicología encontró su expresión en el aspecto psicológico-psiquiátrico desde las primeras décadas de este siglo, intentando descubrir las oscuras fuentes del proceso creador, y dando a la psi-

colofía de la expresión, nuevos impulsos a la interpretación artística.

El psicoanálisis puso a disposición, con su doctrina, el significado del símbolo, un instrumento de gran alcance, al que no sólo recurrían los autores psicoanalíticos, para la interpretación temática y dinámica de las obras artísticas, según el principio de la interpretación de los sueños, abriendo nuevos caminos y medios de representación al arte subjetivista para el logro de una más amplia realidad interna. (17).

Otros autores como Prinzhorn, Kretschmer, incluso S. Freud, intentaron el conocimiento sobre el pensar y el vivir mágico-arcáico de los hombres primitivos, para comprender los fenómenos anímicos anormales y la función de los estratos psíquicos profundos. A partir de las formas de pensamiento coetáneas, se buscó un paralelismo entre la peculiaridad de ciertas creaciones de algunos enfermos mentales y diversas obras artísticas de los primitivos, de carácter recreativo o totémico-fetichista. (3).

Posteriormente, los avances de la Psiquiatría, aportaron la nosología, por medio de la cual Krapelin establece las bases para una firme delimitación diagnóstica de las enfermedades mentales, viniendo esto a conjuntarse con la aparición dentro del ámbito clínico, de las técnicas proyectivas, las cuales han sido el resultado de un seguimiento minucioso y prolongado de la expresión gráfica de pacientes con trastornos afectivos de carácter relevantes, así como de cuadros de patología psiquiátrica, tanto funcionales como orgánicos. (22).

Y es aquí, donde surge en mí, el interés por la expresión pictórica de los pacientes hospitalizados cursando con cuadro de psicosis funcional.

¿Existen diferencias significativas en las estructuras de la expresión pictórica, entre los diferentes cuadros de psicosis funcional?

¿Que tan representativas pueden ser estas, para que contribuyan al diagnóstico diferencial?

¿Que tan loable puede resultar el método en una etapa temprana del internamiento, cuando la sintomatología es tan florida y se dificulta la aplicación de los métodos tradicionales de evaluación diagnóstica?

JUSTIFICACION:

La práctica clínica ofrece una continua experiencia en el contacto directo con pacientes hospitalizados, el cual ~~se~~ te manifestaciones muy floridas de su sintomatología psicótica, nos plantea frecuentemente una disyuntiva: por un lado, en algunos casos, se facilita sobre manera la diferenciación nosológica del cuadro, para lo cual no hay dificultad aparente, sin embargo, en muchos otros casos, las manifestaciones clínicas de la patología del paciente, parecen combinar todos los síntomas y signos en un solo cuadro, dificultándose establecer un diagnóstico diferencial en etapas tempranas al internamiento. Y es en este campo, donde las técnicas proyectivas nos ofrecen el recurso más valioso. Entendiéndolo como PROYECCION, la operación mediante la cual un hecho neurológico o psicológico se desplaza y se localiza en el exterior, ya sea pasando del centro a la periferia, ya sea del sujeto al objeto.

En sentido ampliamente psicoanalítico, operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos, deseos, incluso "objetos", que no reconoce o que rechaza en sí mismo. Se trata de una defensa muy arcaica que se ve actuar particularmente en la paranoia, pero también en algunas formas de pensamiento "normales", como la superstición.

En neurología se habla de proyección en un sentido que deriva del de la geometría, donde esta palabra designa una correspondencia punto por punto entre una figura en el espacio y una figura plana. Siendo así, que una determinada zona cerebral constituye la proyección de cierto aparato somático, receptor o efector: designando con ello que puede establecerse una correspondencia según leyes bien defini-



das, ya sea, punto por punto, ya sea estructura a estructura, y tanto en una dirección centrípeta como centrífuga.

En psicología la proyección indica los siguientes procesos: El sujeto percibe el medio ambiente y responde al mismo en función de sus propios intereses, aptitudes, hábitos, estados afectivos duraderos o momentáneos, esperanzas, deseos, etc.

Se verifica en todos los niveles del comportamiento.

De un modo más profundo, las estructuras o rasgos esenciales de la personalidad pueden aparecer en el comportamiento manifiesto.

En la paranoia la proyección se describe como una defensa primaria que constituye un abuso de un mecanismo normal consistente en buscar en el exterior el origen de un displacer.

La proyección aparece siempre como una defensa, como la atribución a otro (persona o cosa) de cualidades, sentimientos, deseos, que el sujeto rechaza o no reconoce en sí mismo.

Según Freud, la proyección encuentra su principal fundamento en la concepción de pulsión. Debido a que el organismo se encuentra sometido a dos tipos de excitaciones generadoras de tensión: unas de las que puede huir y protegerse, y otras de las que no puede escapar y frente a las que no existe, en principio, un aparato protector o "protección contra las excitaciones". Tal es el primer criterio de lo interior y de lo exterior. La proyección aparece entonces como el medio de defensa primitivo frente a las excitaciones internas que por su intensidad se convierten en excesivamente displacenteras: el sujeto las proyecta al exterior, lo que le permite huir (precaución fóbica, por ejemplo) y protegerse de ellas. Existe una tendencia a tratarlas como si no ac-

tuasen desde el interior, sino desde el exterior, para poder utilizar contra ellas el medio de defensa representado por el protector contra las excitaciones. Tal es el origen de las proyecciones. Freud observó que este beneficio tiene como contrapartida que el sujeto se ve obligado a conceder pleno crédito a lo que, en lo sucesivo, queda sometido a las categorías de lo real. (4).

MARCO TEORICO:

La expresión pictórica como técnica proyectiva para el DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, resulta de gran utilidad, ya que permite descartar de entrada entre un cuadro de simulación, o un TRASTORNO PSIQUIATRICO.

Así mismo, cuando el paciente psicótico es llevado a la clínica psiquiátrica para su hospitalización, durante una fase de sintomatología florida, frecuentemente impera entre los familiares responsables, limitación o contradicción de la información, en la recabación de datos en la entrevista de ingreso. Aunado a ello, la mayoría de las veces, la imposibilidad del paciente de aportar información alguna con referencia a su propia patología, lo que impide establecer un cuadro nosológico bien definido en etapas muy tempranas del internamiento. Es entonces que se requiere de un DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, que conduzca a establecer los criterios que guiarán las pautas tanto del tratamiento farmacológico como del psicoterapéutico y por ende, a la pronta remisión del cuadro. Esto a su vez, resulta beneficioso tanto para el paciente como para los familiares del mismo, ya que reduce el tiempo de internamiento, como los costos consecuentes del mismo.

Se puede afirmar que todo acto de expresión o respuesta de un individuo, como sus gestos, actitudes, percepciones, sentimientos, elecciones, verbalizaciones, actitudes o actos motores, nos conducen de algún modo a la impronta de su personalidad.

En los dibujos proyectivos, las actividades psicomotoras del paciente, se capturan en el papel, y la línea que utilice, ya sea firme o tímida, insegura o atrevida, o que consista incluso en una manipulación salvaje de raspado hasta perforar

el papel, así como su autopercepción consciente e inconsciente tanto del examinado como de las personas significativas para él y su medio, influirán en las estructuras y en los contenidos de sus dibujos.

En los pacientes psiquiátricos, la expresión por medio de la comunicación gráfica, se facilita mucho más, ya que sus sentimientos aparecen más frecuentemente en sus dibujos, ya sea inconsciente y/o involuntariamente debido a que el ser humano, utiliza sus dibujos para registrar sus sentimientos y acciones mucho antes que los símbolos que registran el habla, mostrando por medio de la comunicación pictórica un lenguaje básico o elemental que revela las necesidades internas.

La característica predominante del dibujo libre, como técnica proyectiva se sustenta en la ambigüedad de la tarea, por lo que se basa en el análisis de las estructuras de las respuestas del sujeto, las cuales son los atributos del mismo, así como en su particular organización fundamental de su personalidad.

Samuel F. Hammer(5) plantea el lugar primordial que como instrumento técnico han encontrado los dibujos proyectivos, dentro de la batería proyectiva, en virtud de su economía de tiempo, de su facilidad de administración y de la riqueza de información clínica que producen. Los pioneros en este campo fueron Lauretta Bender, John Buck, Karen Machover (10), entre otros, expresando los primeros conceptos acerca de la imagen corporal y de las funciones en el mundo social y físico en su relación con la motilidad. A partir de esta conceptualización, los psicólogos han conducido su interés a los puntos de observación en los cuales se puede vislumbrar el área de los dibujos proyectivos, estableciéndose

una conjunción de los niveles teóricos y empíricos, de la experiencia clínica. De allí que con mucha frecuencia el enfoque clínico se anticipa al académico, partiendo de observaciones que conducen a hipótesis, que en su mayor parte requerirían todavía de una investigación experimental y su correspondiente verificación.

Juan A. Portuondo, 1973. (9) hace un análisis de los aspectos formales y estructurales del test proyectivo de la figura humana de Karen Machover, donde la acción o movimiento del tema se encuentra vinculado con los impulsos del paciente hacia el movimiento, pero que se encuentra bloqueado y contrarrestado por rasgos estáticos, autísticos o introvertivos propios en los esquizoides o en los esquizofrénicos; encontrando en el análisis de la sucesión, los impulsos desordenados o de excitación maniaca o pensamiento esquizofrénico; los efectos de la sinetría en su relación con el control y la compulsión característicos de la rigidez como mecanismo contra la despersonalización; en el análisis de la línea: sólida, quebrada, fragmentada, reforzada, fina o gruesa, que se encuentra en esquizofrénicos excitados o en cuadros maniacos; líneas gruesas y de expresión gráfica de su exceso de agresión motora. Considerando entre otros indicadores de conflicto, las borraduras y los sombreados.

Louis Gorman, 1971. (8) en su "Test de Los Garabatos", para la exploración de la personalidad profunda, utiliza en su técnica de interpretación las siguientes características: evaluación de la amplitud de los trazos, la fuerza, la forma, la dirección, la localización, la rapidez, el ritmo y la armonía de los mismos.

Valorando las reacciones afectivas dentro de la amplitud y vigor con que se ejecutan, así como la disposición de ánimo que presenta el paciente al desarrollo de los mismos.

En la interpretación dinámica de la personalidad que hace Florence Halper, 1976. (10), del test Gestáltico Visomotor de Bender (1945), sobre sus manifestaciones gráficas, desde un punto de vista clínico, se consideran los trastornos de integración de la personalidad en una multiplicidad de formas, que va desde la inseguridad respecto a la corrección de lo ejecutado, traducéndose en la necesidad de sobretrazado de líneas o reforzamiento de las mismas, hasta evidentes manifestaciones de regresión, quebrantamiento y discontinuidad de la personalidad, encontrándose dentro de esta categoría la fragmentación, e incluso la destrucción absoluta de la gestalten, la rotación, elaboración y tratamiento del material como si tuviese un significado concreto, las dificultades motoras rotundas y la primitivización y simplificación radical de los esquemas o patrones. Considerándose que los pacientes que experimentan dificultades en organizar sus percepciones, son algunas veces pacientes orgánicos y en otras esquisofrénicos. La ausencia total de inhibición, revela un aumento en las figuras; las alteraciones en las líneas, curvas acentuadas o aplastadas, ángulos acusados o redondeados, muestran dificultad en el control de las emociones, debiéndose el ángulo redondeado a la impulsividad emocional, mientras que los ángulos acusados expresan una sensación de inseguridad, y el esfuerzo por controlar un trastorno o conflicto subyacente. Las líneas impulsivas, enérgicas, fuertes, las que casi rompen el papel, demuestran una considerable agresión e incluso hostilidad hacia el ambiente; las líneas esbozadas casi imperceptibles, indican ansiedad, timidez y en general, falta de confianza en sí mismo. En el tamaño de las figuras las muy pequeñas revelan una tendencia al retraimiento, una inhibición de la espontaneidad. En la disposición de las figuras sobre el papel si se producen amontonamientos e incluso superposiciones de figuras, hay que pensar que el sujeto no atiende a los lími-

tes de las entidades, ocurriendo esto en individuos que no se preocupan por los demás y que se muestran agresivos con su ambiente, así como en los esquizofrénicos incapaces de reconocer las relaciones establecidas o que no tienen una idea muy clara de su propio cuerpo.

A partir de Emanuel F. Hammer, 1984 (5), la fase estructural o expresiva del dibujo abarca el tamaño de este, la presión y calidad de la línea, el emplazamiento en la hoja de papel, la exactitud, grado y áreas de completamiento y detalles, la simetría, perspectiva, proporciones, sombreado, reforzamiento y borrado, haciendo hincapié en que el énfasis estructural o expresivo de los dibujos, transmite diferentes matices de significado. Así mismo, la tendencia a expresar las pautas constructivas, expansivas o agresivas mediante el manejo del espacio en el papel.

Basándome en la técnica de interpretación que utiliza Emanuel F. Hammer, (5), para el análisis de las estructuras de los dibujos proyectivos, sustenté el análisis de las siguientes variables:

**SECURENCIA:** Al analizar los datos de los test gráficos en términos de la secuencia en que emergen los derivados del impulso, las defensas y la adaptación, siendo testigos de los cambios dinámicos y económicos que ponen de manifiesto rasgos estructurales. Proporcionando una serie de muestras de conductas registradas en el papel. La secuencia se refiere al orden congruente en el trazado de las configuraciones, esquematizadas dentro de una jerarquía de rango, el valor de las subformas.

**TAMARO:** El tamaño del concepto gráfico contiene indicios acerca del realismo de la autoestima del examinado, de su autoexpansividad característica, o bien de sus fantasías

de omnipotencia. Marcando el índice de agresividad o de descarga motora.

PRESION: Indicador del nivel energético del individuo.

TRAZO: Control de la conducta y manejo de la impulsividad.

DETALLES: Los detalles inadecuados constituyen la reacción gráfica preferida de las personas con una clara tendencia al retraimiento. La ausencia de detalles adecuados (como en el caso de las figuras incompletas, o parcialmente acabadas) transmite una sensación de vacío y reducción energética característica de las personas que utilizan el aislamiento emocional como defensa y, en ocasiones de las personas depresivas. El empleo de detalles excesivos característico de población emocionalmente perturbada de rasgos obsesivo-compulsivos.

SINETRIA: Sus fallas revelan inadecuación de los sentimientos de seguridad en la vida emocional.

EMPLAZAMIENTO: La ubicación central del dibujo en su relación a la hoja de papel, manifiesta conductas emotivas, autodirigidas y centradas en sí mismo, en contraste con la descentralización más característica de personalidades dependientes e incontroladas. De acuerdo con una hipótesis de Buck, 1950. (5), cuanto más hacia la derecha del punto medio de la hoja esté el punto medio del dibujo, más probable es que el individuo tenga un comportamiento estable y controlado, postergue la satisfacción de sus necesidades e impulsos, y prefiera las satisfacciones intelectuales a las emocionales. Por el contrario, cuanto más hacia la izquierda del punto medio de la página se encuentre el punto medio del dibujo, mayor es la posibilidad de que el individuo tien-



da a comportarse impulsivamente y busque la satisfacción inmediata, franca y emocional de sus necesidades e impulsos.

MOVIMIENTO: Los depresivos dibujan pocos elementos móviles y los psicóticos muy pocos o muchos, expresándose mucho mejor las necesidades infantiles por medio del contenido animal.

SINTESIS DEFECTUOSA: y otros índices de psicosis: Producción igualmente desordenada estampada en la hoja del dibujo, uso exagerado de sombreado y tizne, constancia y repetición del tema (esteriotipos), aparente intencionalidad, concretismos, combinación de escritura y dibujo, antropomorfismos.

PSICOSIS:

Existen dos categorías generales de psicosis: La primera incluye aquellas psicosis asociadas con lesión del sistema nervioso central ( a veces llamada lesión cerebral orgánica). Como ejemplo, podemos referirnos a los cambios de conducta que acompañan la senilidad, alcoholismo, adicción a las drogas y a muchos otros trastornos.

Segundo, hay psicosis que no son atribuibles a lesión cerebral; comprenden los trastornos afectivos y la paranoia, así como la esquizofrenia.

La característica distintiva entre estos dos tipos, es que las personas con psicosis funcional no tienen una lesión tisular cerebral identificable. Otra diferencia notable es que algunas personas con destrucción orgánica tangible muestran buena recuperación después que se han eliminado los agentes precipitantes, por ejemplo: algunas personas cuya psicosis esté asociada con una infección intracranial (absceso o sífilis) puede mostrar buena mejoría del comportamiento después que la infección ha desaparecido, incluso si su lesión cerebral es irreversible. Tal recuperación es menos común entre los individuos cuya conducta psicótica no tiene una base orgánica.

Los pacientes son descritos como psicóticos cuando su funcionamiento mental se encuentra lo suficientemente alterado como para interferir en forma evidente con su capacidad de hacer frente a las demandas ordinarias de la vida. El deterioro puede ser el resultado de una grave distorsión en su capacidad para reconocer la realidad. Por ejemplo, las alucinaciones y los delirios pueden perturbar sus percepciones. Las alteraciones del estado de ánimo pueden ser tan profundas, que la capacidad del paciente para responder en forma apropiada se encuentra

bastante trastornada. Las deficiencias en la percepción, lenguaje y memoria pueden ser tan graves que la capacidad del paciente para captar mentalmente su situación se ha perdido efectivamente. (45).

El psicoanálisis ha intentado definir diversas estructuras: PARANOIA (en la que incluye, de un modo bastante general, las enfermedades delirantes) y ESQUIZOFRENIA, por una parte; por otra, MELANCOLIA Y MANIA. Fundamentalmente, es una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de la PSICOSIS, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal. (4).

En una aproximación psicodinámica de la psicosis, la cual se orienta primordialmente a la relación de sujeto con el medio, se parte de que la especie humana se caracteriza por un desarrollo singular de las relaciones sociales que sostienen capacidades excepcionales de comunicación mental, y correlativamente, por una economía paradójica de los instintos que se presentan como esencialmente susceptibles de conversión y de inversión; solo en forma esporádica muestran un afecto aislable: de este modo, son posibles comportamientos adaptativos de una variedad infinita. Al depender de su comunicación, la conservación y el progreso de estos, son fundamentalmente, una obra colectiva y constituyen la cultura: esta introduce una nueva dimensión en la realidad social y en la vida psíquica. Esta dimensión, específica a la FAMILIA humana, al igual, que por otra parte, que todos los fenómenos sociales del hombre. Jaques Lacan, 1978, plantea:

Las instancias sociales dominan a las naturales, por medio

de la coacción que el adulto ejerce sobre el niño, a la que el hombre debe una etapa original y las bases arcaicas de su formación moral. Entre todos los grupos humanos, la familia desempeña un papel primordial en la transmisión de la cultura, contribuyendo a su vez, otros grupos, a las tradiciones espirituales, al mantenimiento de los ritos y de las costumbres, a la conservación de las técnicas y del patrimonio; sin embargo, la familia predomina en la educación inicial, la represión de los instintos, la adquisición de la lengua, gobernando de ese modo los procesos fundamentales del desarrollo psíquico, la organización de las emociones de acuerdo con tipos condicionados por el ambiente, que constituyen la base de los sentimientos; y en un marco más amplio, transmite estructuras de conducta y de representación cuyo desempeño desborda los límites de la conciencia. De este modo, instaura una continuidad psíquica entre las generaciones cuya causalidad es de orden mental. El artificio de los fundamentos de esta continuidad se revela en los conceptos mismos que definen la unidad de descendencia desde el tótem hasta el patronímico; sin embargo, se manifiesta mediante la transmisión a la descendencia de disposiciones psíquicas que lindan con lo innato.

Se debe comprender a la familia humana en el orden original de realidad que constituyen las relaciones sociales. La familia como objeto y circunstancia psíquica, nunca objetiva instintos, sino siempre, complejos: su condicionamiento por factores culturales, en detrimento de los factores naturales.

El complejo, une en una forma fija un conjunto de reacciones que pueden interesar a todas las funciones orgánicas, desde

la emoción hasta la conducta adaptada al objeto. Lo que define al complejo es el hecho de que reproduce una cierta realidad del ambiente, y lo hace en forma doble, primeramente, su forma representa esta realidad en lo que tiene como objetivamente distinto en una etapa dada del desarrollo psíquico: esta etapa especifica su génesis; en segundo término, su actividad repite en lo vivido la realidad así fijada en toda oportunidad en la que se producen algunas experiencias que exigirían una objetivación superior de esta realidad; estas experiencias especifican el condicionamiento del complejo.

Esta definición, por sí sola, implica que el complejo está dominado por factores culturales; en su contenido, representativo de un objeto; en su forma, ligada a una etapa vivida de la objetivación; por último, en su manifestación de carencia objetiva frente a una situación actual, es decir bajo su triple aspecto de relación de conocimiento, de forma de organización afectiva y de prueba de confrontación con lo real, el complejo se comprende en su referencia al objeto. Toda identificación objetiva exige ser comunicable, se basa en un criterio cultural, y también es comunicada por vías culturales.

Los complejos familiares, desempeñan una función formal en la psicosis: temas familiares que predominan en los delirios por su conformidad con la detención que constituye la psicosis en el yo y en la realidad.

Al calificar como familiares la forma de una psicosis, se entiende en el término estricto de la relación social. La psicosis de tema familiar, se ha intentado comprender en su relación con la personalidad, en donde la totalidad del psiquismo es afectado por la lesión o el déficit de todo elemento de sus aparatos o de sus funciones, esta idea,

que ha sido demostrada por los trastornos causados por lesiones localizables, podría ser aplicada aún en mayor medida a las producciones mentales y a las reacciones sociales de las psicosis; es decir, los delirios y las pulsiones que, aunque supuestamente parciales, evocaban, sin embargo, por su tipicidad, la coherencia de un yo arcaico, y en su discordancia misma debían traducir su ley interna.

La psicosis, aislada con el nombre de paranoia de autopunición, no excluye la existencia de una personalidad semejante, constituida no sólo por las relaciones del yo, sino también del Superyó y del Ideal del yo; pero el Superyó le impone sus efectos punitivos más extremos y el Ideal del yo se afirma en ella en una objetivación ambigua, propicia para las proyecciones reiteradas.

En las formas mentales que constituyen las psicosis, la reconstrucción de estadios del yo, anteriores a la personalidad; si se caracterizan a cada uno de estos estadios por el estadio del objeto que le es correlativo, se observa que toda la génesis normal del objeto en la relación especular del sujeto con el otro, como pertenencia subjetiva del cuerpo despedazado, en una serie de formas de detención, en los objetos del delirio.

Llama la atención que estos objetos manifiesten las características constitutivas primordiales del conocimiento humano: identidad formal, equivalencia afectiva, reproducción reiterada y simbolismo antropomórfico, bajo formas inmovilizadas, sin duda, aunque acentuadas por la ausencia o la desaparición de las integraciones secundarias, que son para el objeto, su movilidad y su individualidad, su relatividad y su realidad.

El límite de la realidad del objeto en la psicosis, el punto de retorno de la sublimación que caracteriza el aura de la realización edípica: la erección del objeto que se produce a la luz de la sorpresa. Este momento reproduce esta fase, considerada como constante y designada como fase fecunda del delirio: fase en la que los objetos, transformados por una extrañeza inefable, se revelan como enigmas, encuentros repentinos, significaciones. Es en esta reproducción que se derrumba el conformismo, superficialmente asumido, mediante el cual el sujeto ocultaba hasta el momento el narcisismo de su relación con la realidad.

Este narcisismo se traduce en la forma del objeto. Esta puede producirse antes de la crisis reveladora, del mismo modo en que el objeto edípico se reduce en una estructura de narcisismo secundario; pero en este caso el objeto permanece irreducible a toda equivalencia y el precio de su posesión, su virtud de prejuicio, prevalecerán frente a toda posibilidad de compensación o de compromiso: se trata del DELIRIO DE REIVINDICACION. O de otro modo la forma de objeto puede quedar suspendida en el acmé de la crisis, como si la imago del ideal edípico se fijase en el momento de la transfiguración; pero en este caso la imago no se subjetiviza por identificación con el doble, y el Ideal del yo se proyecta reiteradamente en objetos de ejemplo, sin duda, pero cuya acción es absolutamente externa, que son más bien reproches vivientes cuya censura tiende a la vigilancia omnipresente; se trata del delirio sensitivo de relaciones. Por último, más allá de la crisis el objeto puede encontrar la estructura de un narcisismo primario en la que se detuvo su formación. Pudiéndose observar en este caso, que el Superyó, no sometido a la represión no solo se traduce en el sujeto con intención represiva sino también surge en él como objeto aprehendido

por el yo, reflejado bajo los rasgos descompuestos de sus incidencias formadoras y, al azar de las amenazas reales o de las instrucciones imaginarias, representado por el adulto castrador o el hermano penetrador: se trata del síndrome de persecución interpretativa, con su objeto con sentido homosexual latente."

En un grado más, el yo arcaico manifiesta su desintegración a través de la impresión de ser espiado, adivinado, develado, sentimiento fundamental de la psicosis alucinatoria, y el doble en el que se identificaba se descompone al sujeto, sea como eco del pensamiento y de los actos, en las formas auditivas verbales de la alucinación, cuyos contenidos autoafirmadores marcan la afinidad evolutiva con la represión moral o sino, como fantasma especular del cuerpo en algunas formas de alucinación visual, de las que las reacciones suicidas revelan la coherencia arcaica con el masoquismo primordial. Por último, la estructura radicalmente antropomórfica y organomórfica del objeto es la que se manifiesta en la participación megalomaniaca en la que el sujeto, en la parafrenia, incorpora el mundo a su yo, afirmando que incluye al Todo, que su cuerpo se compone con las materias más preciosas, que su vida y sus funciones contienen el orden y la existencia del Universo.

Las reacciones mórbidas en las psicosis son provocadas por los objetos familiares en función decreciente de la realidad de esos objetos, a expensas de su alcance imaginario; se comprende a partir de los conflictos que enfrentan electivamente al reinvidicador con el círculo de su familia -pasando por la significación de sustitutos del padre, el hermano o de la hermana que el observador reconoce en los perseguidores del paranoico- para culminar en las filiaciones secretas noveladas, en las genealogías de Trinidades o de Olímpos fantásticos en los que se desenvuelven los mitos del parafrénico.



El objeto constituido por la relación familiar señala de ese modo una alteración progresiva: en su valor afectivo, cuando se reduce a ser sólo pretexto para la exaltación pasional, luego en su individualidad cuando es desconocido en su reiteración delirante, por último en su identidad misma cuando se lo reconoce en el sujeto sólo como una entidad que escapa al principio de contradicción. (11)

En una aproximación teórica a la psicosis, François Rustang (1980), plantea al psicótico como un sujeto que no piensa, y aún menos se piensa; es pensado, es puro destino, no es sujeto. Si llegase a tener un pensamiento propio, este pensamiento será sometido de inmediato a un acto de EXPROPIACION o de desapropiación. Expropiación, y no represión, porque el psicótico no puede tener otros pensamientos que los que otro ha colocado en él.

Los pensamientos que aparecen en él no son de él, al final no puede hacer nada, no tiene el derecho de hacer otra cosa que constatarlos y dejarse manejar por ellos. No puede trabajarlos porque él no es su sujeto; no puede empezar a utilizarlos porque carecen de relación con sus percepciones y sus recuerdos. Y es por este motivo que, casi siempre, le aterrizan.

El psicótico se encuentra disociado, siendo sus lados, indialectizables. No se puede hablar de represión sino de exclusión (forclusión) en el sentido de que el otro rechazado está separado de los pensamientos que aparecen en la conciencia; pensamientos extraños que no se relacionan ya con este otro, que no pueden ser devueltos, como los productos que lastran un barco, sino que no tienen ya ninguna relación con el que las ha colocado.

Para el psicótico el yo se desvanece porque no es sino los

pensamientos propios del otro, y el otro inconsciente sólo tiene como pensamientos propios aquellos que impone la consciencia "desyoizada".

La disociación entre el otro y los pensamientos tiene su fundamento en el hecho clínico de que el psicótico ha sido hecho depositario de los pensamientos, palabras y actos de sus padres (de la madre o del padre); los padres solo piensan en él, constituyendo su objeto narcisista ya que, por sí mismos, no tienen pensamientos, deseos, ni proyectos; es él quien constituye su propio proyecto.

Si el niño no es nada por sí mismo es porque se ha hecho absolutamente necesario al progenitor; si es un "desecho" es porque para ellos (para uno de los padres) una necesidad elemental. Es por lo que hay despersonalización.

El otro que no es reprimido sino que está excluido, no tiene pensamiento propio, es un sujeto sin pensamiento, no tiene otros pensamientos que los que han puesto en su consciencia. El, por el contrario, tiene pensamientos que no son él, que nunca le hacen sujeto de los mismos. Estos pensamientos por consiguiente, no son pensamientos sino solamente ideas.

El deseo de muerte supone, en efecto, la posibilidad de un deseo, supone que yo pienso, lo cual, precisamente, está excluido en la hipótesis del psicótico que se deja expropiar, que realiza, a fin de salvaguardar al otro, la expropiación de sus propios pensamientos y, por consiguiente, de su yo, lo que lleva nuevamente a la expropiación del cuerpo en el que el progenitor se ha instalado. No se excluye el hecho de que el esquizofrénico mate, pero entonces el homicidio será vivido como un suicidio ya que suprimir al otro, que es quién le constituye y le hace sobrevivir, mediante la ex-

propiación-lastraje, es suprimirse.

La lucidez del psicótico, que no es estorbada por las complicaciones subjetivas, tiende a una objetividad tan pura que, ante un objeto, se encuentra intomable, inaccesible, como una barrera. El se encuentra ante el espesor de una barrera que es el espesor de una ausencia, se encuentra ante el vacío, vacío que surge de la expropiación y que no puede llenar ningún engaño. Más allá del espejo no hay nada. Esta relación de él con el vacío puede hacer comprender las dos facetas inseparables del comportamiento del psicótico ante la muerte. Por una parte es la salida deseada y buscada; puesto que el él no tiene dónde basarse, trabajar, realizar una transformación cualquiera ni introducirse en el juego de ese trabajo y esta realización, él está sin motivo. Su gravedad no es otra que la atracción de este vacío en el que él se perderá. Pero, por el contrario, el paso por la muerte, el conocimiento de la muerte reforzará, exasperará el vano poder sobre los demás que su lucidez da al psicótico, lucidez que él no ignora y que constituye su fuerza. El se identificará con ese "dominio absoluto" que es la muerte. Transmutación de la impotencia definida en poder definitivo. De ahí la fascinación del estado de como que realiza a la vez la pérdida del él sin razón, el acceso al vacío, al único fondo posible y, en el instante de despertar, el placer divertido de la omnipotencia en la que él es la muerte.

Si el psicótico vive "en las ideas" es porque "ha salido de su cuerpo". Esta asombrado de tener un cuerpo y se pregunta porqué "no es más bien un círculo o un cuadrado". Como el yo, el cuerpo ha sido expropiado, invadido por el otro que es una resistencia a toda prueba. La expropiación del

cuerpo implica una sobre-carga por parte del otro. Lo que hace que el psicótico subsista es que esté investido de indispensabilidad. Si es tan rígido es porque no sobrepasa el límite de la necesidad; el otro no puede subsistir sin él. De ahí su seguridad, ya que para el otro el lugar de un goce ininterrumpido; pero igualmente su dependencia, al no disponer de ningún medio para escapar a ella. Por ello entra dentro del registro de lo imposible, porque para el otro sólo es un lugar. Necesario como destino porque es el efecto de una palabra a la cual no puede dar réplica; imposible como deshecho porque es el efecto de una necesidad del otro. (12)

Eugen Bleuler, 1911, introdujo el término esquizofrenia, el cual significa literalmente "mente dividida". Bleuler consideró la división de la personalidad, más que el pronóstico, como el rasgo central de esta enfermedad. A partir de entonces se han desarrollado varios modelos: (14).

**EL MODELO PSICOBIOLOGICO.**- el cual se sustenta en las manifestaciones de la enfermedad en términos de sus causas, como los factores hereditarios y metabólicos.

**EL MODELO DE DESCRIPCION-CLASIFICACION.**- se basa en la observación clínica, en la recopilación, descripción y clasificación de los síndromes y pautas de reacción, así como del análisis de factores y manifestaciones conductuales.

**EL MODELO PSICODINAMICO-INTERACCION.**- se orienta principalmente hacia la comprensión de la dinámica de las relaciones interpersonales del sujeto, y la expresión patológica de las mismas.

**MODELO FENOMENOLOGICOEXISTENCIAL.**- trata de entender al paciente "en su modo de ser en el mundo".

**MODELO DE CONDICIONAMIENTO-CONDUCTISTA.**- explica la conducta desviada en base al trastorno de las pautas de respuesta adquirida y su cronicidad en la respuesta no adaptativa.

En la actualidad, la investigación etiológica de la esquizofrenia se centra en la interacción de los factores GENÉTICOS, BIOLÓGICOS, PSICODINAMICOS y SOCIALES. (Freedman-Kaplan-Sandor, 1977).

Los síntomas de las REACCIONES ESQUIZOFRENICAS se reconocen por la calidad poco común y extravagante de la conducta, que incluye una actitud distante respecto al ambiente, suspicacia, períodos de destructividad impulsiva y despliegues emocionales exagerados e inmaduros, que a menudo manifiestan direcciones ambivalentes y parecen inapropiados a

quien les observa. Las percepciones interpersonales se distorsionan en los estados más graves, debido al material de las ideas delirantes y de las alucinaciones. En formas más desorganizadas de la vida esquizofrénica, el individuo se aísla en un mundo de fantasía, su pensamiento se altera en forma grave y sus hábitos se deterioran profundamente, ya que deja de tomar en cuenta las costumbres sociales habituales y el cuidado personal.

En general, se considera que el esquizofrénico es incapaz de establecer por medio de defensas y adaptaciones maduras, una armonía efectiva entre sus impulsos coercitivos y sus inhibiciones, y que no ha podido desarrollar un concepto claro o estable de sí mismo. El enfermo a menudo no sabe cuáles son sus objetivos, o bien sus aspiraciones son tan elevadas o inflexibles, que exceden a los talentos, la persistencia y el empuje que el esquizofrénico tiene para lograr lo que se propone. Por consiguiente, su capacidad de evaluar con claridad la realidad del mundo es deficiente. Su interacción con otras personas se caracteriza por procesos inmaduros de comunicación, de pensamiento y adaptación.

En términos psicoanalíticos, los esquizofrénicos representan al grupo que no ha logrado desarrollar los procesos integrativos ni la fuerza del yo, necesarios para resolver con flexibilidad los conflictos entre los impulsos coercitivos (del ello), las aspiraciones del ideal yoico y las actitudes demasiado exigentes del superyo. Estos pacientes son, por lo tanto, personas con una capacidad defectuosa para adaptarse a las exigencias sociales haciéndoles frente, y para adaptarse a sus propios impulsos coercitivos; carecen por lo tanto de un concepto armónico de sí mismos y de un ideal yoico que incluya objetivos y motivaciones claras. Como sustituto, gran parte de su adaptación se efectúa por medio de conducta regresiva o basada en fijaciones infantiles, que es

sólo parcialmente satisfactoria. (6).

**PSICOPATOLOGIA.**- Aunque hay un contraste muy llamativo entre un individuo normal y bien integrado y otro que reacciona con una forma maligna de psicosis esquizofrénica, con frecuencia no existe una transición abrupta entre la personalidad de tipo esquizoide y la psicosis manifiesta. Ciertas incongruencias en el pensamiento, en los hábitos y en los intereses pueden haber existido desde mucho tiempo antes. En la adolescencia tal vez se presente una tendencia a la soledad y a las depresiones ligeras. Quizá el pensamiento fue vago, el afecto impreciso y existió tendencia a proyectar todo lo concerniente a una especial hipersensibilidad personal; tal vez hubo tendencia a tener celos de las personas mejor adaptadas y más felices.

A menudo se observa que incluso la persona en la llamada etapa temprana de la esquizofrenia ha tenido síntomas mentales durante un período considerable antes de que se diagnostique la alteración en su personalidad. Es habitual que la familia del enfermo no se dé cuenta de la naturaleza o de la importancia de los cambios en la personalidad de éste. La forma en que se inicia el padecimiento ~~excepto en el tipo catatónico~~, a menudo es un proceso evolutivo gradual, y puede haber una fase transicional "preesquizofrénica" que dura un año a dos. Antes de que aparezcan los primeros síntomas o cambios en la conducta y las rarezas visibles; que hacen que la familia lleve al esquizofrénico para su tratamiento, el enfermo sufre múltiples experiencias subjetivas, asociadas a una angustia cada vez mayor y provocadas por dicha angustia, así como medios aterradores de disolución personal. El paciente se da cuenta de ciertos rasgos cada vez más intensos; como son: tensión, confusión, distraimiento en sus conversaciones con otras personas e incapacidad para mantener una secuencia del pensamiento en esas transacciones humanas.

El esquizofrénico también experimenta dificultad para mantener constancia perceptual en lo que se refiere a su propio cuerpo y al mundo externo. En ocasiones siente que partes de su cuerpo, o su cuerpo entero, cambian de tamaño o de forma, disminuyen o aumentan de volumen; el enfermo a veces registra visualmente esta variabilidad en su percepción de los cuerpos de otros y de objetos inanimados, e intenta establecer cierta constancia fabricando imágenes o fantasías. También sus percepciones auditivas son inciertas; demasiado fuertes, demasiado lejanas, demasiado indiferenciadas, y por lo tanto, aterradoras, ininterpretables o confusas. Las percepciones que provienen del interior de su propio cuerpo se vuelven una preocupación: los borborismos, los flatos, los dolores y molestias musculares, y los cambios en los genitales, lo preocupan y asustan. A menudo el paciente trata de manejar sus temores por medio de quejas hipocondriacas para las que pide ayuda, o bien trata de negar dichos temores. En las etapas posteriores de la enfermedad, la inquietud del esquizofrénico acerca de su cuerpo puede llevarlo hacia un rechazo impulsivo de una parte determinada, que expresa en forma de mutilación. Tal vez pase mucho tiempo contemplándose en el espejo, o en forma alternante, tal vez emprenda esfuerzos agotadores para aumentar su musculatura por medio de ejercicios o dietas.

En tal situación el enfermo percibe erróneamente su cuerpo y las partes del mismo como entidades repulsivas, feas o amenazadoras. Siente que su género es incierto y, si se atreve a iniciar exploraciones sexuales, practica múltiples perversiones como un medio por el que intenta identificar su propio papel.

En la etapa inicial puede no haber síntomas patognómicos de la enfermedad. Uno de los primeros síntomas más frecuentes es una cierta indiferencia, aislamiento tras barreras en



un área que, si pudiera trasponerse, revelaría soledad, desesperanza, odio y miedo. Con frecuencia el paciente parece preocupado o tiene aspecto de estar soñando; da la impresión de "estar lejos". No comparte los sentimientos de otros y le importa poco la realidad de la situación en la que vive. A menudo sus planes para el futuro son vagos y poco realistas. El esquizofrénico se siente rechazado y sufre de una intolerable falta de respeto hacia sí mismo. La forma característica que utiliza para protegerse de cualquier daño es el aislamiento respecto a las relaciones emocionales con otras personas. El aislamiento resultante es una protección contra las relaciones humanas dolorosas, pero la soledad aumenta la sensación de rechazo y produce por lo tanto un aislamiento mayor. El enfermo ya no confía ni cree en nadie. En vez de mezclarse con los demás permanece en su casa, prácticamente no sale de su cuarto, donde mantiene una actitud sombría y muestra una indiferencia cada vez mayor hacia los miembros de su familia, hacia sus intereses habituales y hacia las demandas y oportunidades de su ambiente. Parece como si su miedo al contacto humano hubiera conducido al paciente hacia un estado de regresión y aislamiento. Puede haber un deterioro aparentemente inexplicable en su forma de trabajar. El afecto es superficial, la capacidad de responder emocionalmente está disminuida, y existe una alteración en la riqueza y variedad de la expresión emocional. Indiferencia, falta de espontaneidad, de ambición, de interés en competir con su grupo y de interés en seguir esforzándose por lograr los objetivos que hasta entonces le interesaron. Ante el menor estímulo se siente menospreciado y empieza a creer que los demás hablan de él; está incómodo en todas partes, inquieto, taciturno e inaccesible. No siente placer ni satisfacción cuando logra algo; es decir, presenta anhedonia. Se pregunta que interpretación darán los otros a su conducta.

No es raro que adopte una actitud superficial de superioridad. Le importa cada vez menos los requerimientos sociales y las buenas maneras, mientras que se embotan el cariño y la lealtad que antes podía experimentar. El enfermo deja de tomar en cuenta los convencionalismos, e incluso le molestan. Suele volverse descuidado de su apariencia personal y de su limpieza. No es raro que constantemente rumie ideas sexuales. En ocasiones el esquizofrénico siente que algo erróneo o desacostumbrado está sucediendo en su ambiente. Descubre significados misteriosos hasta que en etapas avanzadas, las interpretaciones equivocadas y las sospechas lo hacen cambiar de casa constantemente. Durante unas semanas o meses el nuevo ambiente no le sugiere ninguna hostilidad, pero después comienza a sentir que la gente lo observa y conspira contra él. Pueden aparecer formas de actuar y amaneramientos extraños que al paciente parecen no importarle.

Algunos esquizofrénicos expresan una preocupación excesiva por su condición física. Es este un dato que sugiere especialmente la proximidad de la esquizofrenia cuando las molestias son raras o poco probables. Durante las primeras etapas de la esquizofrenia, el paciente a menudo se envuelve en especulaciones abstractas o reflexiones metafísicas acerca de temas como la creación o la causa de todo, dudas religiosas, misticismos y problemas sin significado. Muy al principio de la enfermedad, hay pacientes que reconocen que sus ideas de referencia y otras experiencias mentales anormales son poco naturales; desean saber el significado de dichas experiencias y comprender sus propios problemas. En ocasiones se dan más o menos cuenta de las causas que los han conducido hacia su enfermedad. En esta etapa es posible que estén dispuestos a comentar sus problemas. Posteriormente este deseo se pierde y el enfermo se vuelve inaccesible, aunque algunos lo son desde el principio. Durante estas primeras eta-

pas, antes de que se construya un complicado sistema simbólico que el paciente acepta como realidad, los conflictos están mucho menos disfrazados y a menudo es posible descubrir los problemas que el enfermo exterioriza y vive a través del drama de su conducta psicótica. En ocasiones se presenta cierta confusión sensorial durante los primeros días de un episodio agudo. Durante la adolescencia, la pérdida de un amigo único suele preceder a los signos graves de esquizofrenia. Sobre todo, si ese único amigo, era la única posibilidad de escape a una turbulenta vida hogareña, y su pérdida fuerza al futuro paciente a buscar de nuevo satisfacción en la familia; esto provoca angustia cada vez mayor, y con el tiempo aparece pánico cuando el adolescente percibe, o es incapaz de dominar, su hostilidad, su sexualidad, o su desesperación cada vez más profunda ante el hecho de verse forzado a moverse hacia atrás, hacia a una vida aislada, solitaria e infeliz, de soñar despierto, de odio y miedo.

Alteraciones del afecto. En la etapa inicial o premonitoria es una fase de incubación hacia la psicosis manifiesta, aparece una visible pobreza e incongruencia del tono afectivo. El embotamiento de los sentimientos más finos y la limitación insidiosa de los intereses, notables ya desde las etapas iniciales, se vuelven progresivos. El paciente es incapaz de sentir y regular apropiadamente las emociones. El sentimiento o afecto se aísla de las realidades externas y se limita al propio yo. Conforme la enfermedad progresa y aumenta el empobrecimiento emocional, el enfermo se vuelve indiferente, no solo respecto a los sentimientos y valores subjetivos que para una persona con salud mental hacen que la vida valga la pena de vivirse, sino también, respecto a las comodidades y necesidades fundamentales, como si existiera a un nivel vegetativo. Algunos pacientes no muestran ese apagamiento de la afectividad, sino más bien un afecto definido y predominante-

mente, como euforia o depresión. Estos sentimientos sin embargo, carecen de profundidad o de enfoque. El estado de ánimo persistente o rigidez emocional no tiene relación con las circunstancias o las experiencias externas. Otra alteración del afecto es aquella en la cual la expresión emocional está desligada de la realidad. Se manifiesta por una incongruencia emocional, que a menudo se hace aparente en forma de una sonrisa, una risa, o una risita estúpida que no tienen nada que ver con lo que está sucediendo. Con frecuencia la incongruencia se establece entre el estado de ánimo y la idea consciente. A veces una experiencia o una idea que debería provocar una cierta respuesta emocional, produce el sentimiento opuesto (falta de conexión o disociación emocional). Cada vez que un esquizofrénico expresa un afecto, éste parece superficial, poco natural, altisonante, carece de la propiedad de contagiarse y provoca sentimiento de incomodidad o alejamiento en quién observa dicha expresión afectiva. En ocasiones se observa en el estado de ánimo y en el afecto cambios caprichosos, vacilantes y aparentemente sin causa, ésta capacidad afectiva inferior, el deterioro y el empobrecimiento de la expresión emocional y lo inadecuado e inapropiado de las respuestas emocionales ante las situaciones, constituyen una de las formas importantes en las cuales la personalidad se desorganiza o se divide. La desorganización o el desorden en el afecto alcanza grados muy intensos debido a que se asocia, no a una constelación de ideas inconscientes, sino a muchos complejos que determinan el trastorno y entre los cuales puede haber desacuerdo y conflicto. Puesto que el afecto está ligado a material inaccesible y está determinado por él, las emociones parecen no estar en armonía con el contenido y las expresiones de la conciencia, ya que en realidad corresponden al material psíquico que está ligado al afecto, y que gobierna dichas emociones. El trastorno emocional en la esquizofrenia no constituye en realidad un deterioro, sino

más bien un mecanismo de desplazamiento. El embotamiento del sentimiento puede haber surgido como un mecanismo de defensa contra una situación angustiante definida en el mundo interior del enfermo, se va irradiando y se vuelve un patrón general de conducta en la personalidad. Cuando el interés y el afecto se alejan del material consciente y conocido al que antes estaban ligados y se unen al contenido del inconsciente, puede aparecer un estado que se conoce como despersonalización. El paciente experimenta sensaciones de vaguedad, de irrealdad, de lejanía entre él y el medio externo, y de ser un espectador de la vida en lugar de tomar parte en ella. Siente que él mismo ha cambiado, que ya no se encuentra en su estado habitual. Como resultado, deja de reconocerse como una personalidad. Sus acciones parecen mecánicas y automáticas. El enfermo no cree ser otra personalidad, sino más bien siente que ha perdido los límites de la suya propia y que ha perdido también el yo que la dirigía. La identificación de la propia personalidad se vuelve indefinida o confusa. El enfermo siente que ya no tiene un ser (self) interno al que atribuir fuerzas e influencias. Cuando intenta racionalizar esta sensación, llega a sentir que partes de su cuerpo o de su mente parecen extrañas, como si no le pertenecieran. Puede desarrollar ideas más nihilistas y pensar que ya no tiene cuerpo, que no hay mundo o que él está muerto. Además de este cambio en sí mismo, el ambiente le parece poco natural y como que ha perdido su carácter de realidad. Los estados de irrealdad probablemente se relacionan en forma más estrecha con el bloqueo en el pensamiento, los sentimientos de estupidez, las fugas, los estados oníricos y otros estados involuntarios de retraimiento.

Rara vez existe en la esquizofrenia un afecto predominante, se presentan numerosos afectos incongruentes que surgen de los deseos y complejos en conflicto, o bien, el afecto se fi-

ja o es absorbido por fantasías, por complicados sistemas simbólicos y por otros productos del inconsciente. El resultado es una inconstancia en el afecto, que contribuye a la peculiar desorganización de la personalidad que es característica del paciente esquizofrénico.

Ocasionalmente se encuentra hipocondría entre las alteraciones del afecto en la esquizofrenia. Esta preocupación por el cuerpo y diversos sentimientos subjetivos, aporta un propósito significativo para el esquizofrénico que está perdiendo el contacto con las otras personas en su ambiente social. El paciente expresa entonces hacia su propio cuerpo las mismas actitudes que ha mantenido hacia otros individuos y utiliza las mismas defensas yoicas. Los sentimientos de culpa, debidos a impulsos coercitivos sexuales, pueden centrarse sobre los genitales del enfermo y producir preocupación respecto a defectos en el funcionamiento genital. El esquizofrénico expresa a veces tales preocupaciones en términos estrambóticos como "corrientes eléctricas" en los genitales o una sensación de que su cuerpo se está encogiendo. En algunos casos otras partes del cuerpo llegan a representar las áreas genitales por medio del proceso de desplazamiento. En etapas posteriores, hay casos en que la angustia culpable del paciente se vuelve tan grande que lo conduce a efectuar acciones mutilantes contra su propio cuerpo; aparecen entonces esos ocasionales actos increíbles de desmembramiento personal.

Atención. En el esquizofrénico, el estrechamiento de la atención resulta de las preocupaciones autísticas y de la pérdida de la capacidad para fijar la energía e interés a los objetos externos. El interés, y por lo tanto, la atención, se centran en elucubraciones subjetivas, en asuntos dentro y no fuera del paciente. Esta falta de atención y de concentración dan la falsa impresión de que el enfermo tiene alte-

raciones intelectuales, cuando en realidad su intelecto está inerte, o sea inactivo. Las respuestas del esquizofrénico suelen ser triviales y no informativas debido a que los intereses y la energía están dirigidos hacia material no accesible al interrogatorio habitual; la atención activa (o concentración), a menudo se encuentra alterada, la atención pasiva está afectada mucho menos, de lo cual resulta que, incluso si el paciente vive en un mundo de fantasía, todavía puede mantener cierto contacto con la realidad, suficiente para ciertas necesidades prácticas. No obstante, a menudo sucede que dicho contacto es por completo inadecuado para lograr una adaptación a la sociedad. Los esquizofrénicos pueden estar perplejos, pero rara vez sufren de alteraciones en el sensorio; es decir, rara vez muestran, confusión, en el sentido correcto del término.

Pensamiento y comunicación. En estado normal, las asociaciones de ideas suceden con una secuencia lógica y definida, y progresan hasta la estructuración completa del pensamiento, pero en casos de esquizofrenia se acortan, fragmentan, o bien se alteran a tal grado que pierden su relación lógica. Aunque los trastornos de las asociaciones en la esquizofrenia no son especialmente notables hasta que se ha instalado ya una grave desorganización de la personalidad, no es raro encontrar que mucho antes de que se desarrollara la psicosis franca, el paciente mostraba ya una pérdida de la cohesión en los lazos asociativos del pensamiento. En etapas posteriores el enfermo tal vez hable a través de generalidades y abstracciones difíciles de captar. Es habitual que utilice expresiones metafóricas y excéntricas. Sin duda lo que el esquizofrénico dice casi siempre tiene significado para él mismo, aun cuando los otros no lleguen a captarlo. En las reacciones esquizofrénicas con mayor desorganización, las conexiones asociativas tienden a alterarse cada vez más,

se vuelven incongruentes y en ocasiones son a tal grado incompletas o imperfectas, que los comentarios del paciente se vuelven fragmentarios, inconexos, ilógicos o incluso ininteligibles. La secuencia del pensamiento puede no proseguir hasta el objetivo lógico; el pensamiento, por lo tanto, se vuelve difuso y desorganizado. La causa y el efecto pueden intercambiarse. Si el paciente percibe que su pensamiento está alterado, dice que repentinamente le extraen los pensamientos de la cabeza. Puede ser muy aparente la falta de concordancia entre las preguntas y las respuestas, rasgo que cuando la conciencia está clara, sugiere fuertemente un diagnóstico de esquizofrenia. Hay frases invariables que el paciente llega a utilizar en forma repetida, como estereotipos. Las elucubraciones de la persona esquizofrénica a menudo llegan a caracterizarse por un simbolismo vago y raro.

El enfermo a veces utiliza el lenguaje en una forma curiosamente distorsionada, que varía desde una fraseología ceremoniosa hasta una "ensalada de palabras", formada de nombres y verbos prácticamente sin estructura articulada y sin siquiera una conexión que parezca tener significado. Las palabras que el enfermo mismo elabora son condensaciones y simbolizaciones de complejos cargados de afecto. En su significado oculto se incluyen las condensaciones de palabras que se refieren a personas o cosas intimamente relacionadas con el conflicto particular del individuo o con su experiencia psíquica. Cuando el enfermo mental utiliza neologismos, siempre hay que pensar en la posibilidad de una psicosis esquizofrénica.

El pensamiento del esquizofrénico parece estar bajo la dirección del inconsciente; las constelaciones afectivas y las corrientes instintivas ocultas moldean y dirigen las asociaciones y los símbolos, que posteriormente surgen de la conciencia en forma de un tipo de pensamiento muy semejante al de los



sueños, en los cuales se encuentran procesos activos de simbolismo, desplazamiento y condensación. El pensamiento dereíístico es un tipo placentero de "proceso primario", como el de los primeros años de la vida, que tiende a falsificar la realidad y descartar el pensamiento realista, lógico y científico. La lógica de la experiencia y las demandas del mundo exterior no logran corregirlo. Las explicaciones a las alteraciones en el pensamiento del esquizofrénico se encuentran en la gran influencia que las percepciones internas ejercen en la dirección de las asociaciones, sin relación con los hechos del ambiente inmediato, es decir, sin relación con la realidad. Debido a su origen inconsciente, las asociaciones son imperfectas, se hacen después de muchos rodeos, son fragmentadas, incongruentes, no progresan, y están unidas por afectos comunes y no por conexiones lógicas y conscientes; como consecuencia resultan diversas formas de incoherencia. Cuando las conexiones presentan una especial falta de cohesión, hablamos de que el pensamiento del esquizofrénico está "disperso".

En las primeras etapas de la esquizofrenia, las ideas delirantes pueden no estar fijas y el paciente duda en ocasiones respecto a sus ideas de referencia o respecto a la hostilidad de su ambiente; en etapas posteriores, el paciente se convence de que sus ideas delirantes son hechos reales. Al principio de su psicosis el esquizofrénico puede tener ideas obsesivas que resultan ser las primeras etapas de un proceso que posteriormente se vuelve de franca externalización y proyección. Las ideas delirantes en el esquizofrénico sirven, con bastante efectividad, para reorganizar subjetivamente las situaciones de su vida y para manejar problemas como impulsos coercitivos y tendencias obstaculizadas, esperanzas frustradas, defectos biológicos, sentimientos de inseguridad, características repudiadas, sentimientos corrosivos, de culpa, cons-

telaciones afectivas y otros tipos de contenido inconsciente. En ningún otro trastorno mental se dramatizan y simbolizan tan cuidadosamente en forma fantástica, los problemas, deseos y conflictos del paciente.

Trastorno perceptual. En el campo clínico, se ha notado una hipersensibilidad del niño esquizofrénico o del esquizofrénico joven ante los estímulos auditivos y visuales, y también la aparente indiferencia conductual de los pacientes crónicos ante toda la estimulación ambiental.

Alucinaciones. Las alucinaciones son la proyección de los impulsos y las experiencias interiores hacia el mundo exterior, en términos de imágenes perceptuales; en la esquizofrenia, con mayor frecuencia que en cualquier otra forma de trastorno mental, se presentan asociadas a un estado de claridad de la consciencia. Su mecanismo es semejante al de las alucinaciones que ocurren en otros estados anormales, pero tienden a ser de naturaleza mucho más disfrazada y a constituir una forma primitiva de adaptación; tienen, por lo tanto, mucho más importancia que cuando se presentan en el delirio o en los estados disociativos.

El material inconsciente y las tendencias mal adaptadas franquean la barrera y crean percepciones sensoriales, tal vez muy simbolizadas, en respuesta a necesidades y problemas psicológicos. Los deseos repudiados y los sentimientos de culpa se proyectan en forma de alucinaciones auditivas que, igual que la voz de la conciencia, acusan y critican. El enfermo, debido a su yo desorganizado, es incapaz de reconocer el origen o el significado de sus alucinaciones, cree en la autenticidad de esas imágenes proyectadas, las acepta al pie de la letra y reacciona de acuerdo con lo que él ha aceptado como realidad. Las alucinaciones visuales no son muy frecuentes y tienden a limitarse a las fases agudas de la psicosis.

Cuando aparecen las primeras veces, las alucinaciones a menudo se acompañan de una tensión emocional considerable, y pueden ejercer sobre el enfermo una influencia angustiante e inquietante.

Impulso y Acción. Muchas de las actividades extrañas, inexplicables y repentinas del esquizofrénico se originan en una falta de asociación e integración armoniosa entre las tendencias, los afectos y los deseos, que con frecuencia tienen objetivos de naturaleza incompatible o cambiante. La conducta caprichosa e impulsiva del esquizofrénico debe considerarse como el resultado de una ambivalencia del impulso, de una contradicción entre las tendencias conativas, este concepto se basa en el principio de que el significado verdadero de una idea, impulso o afecto, se encuentra exactamente en el punto opuesto a lo que el individuo expresa. Una manifestación del principio de ambivalencia es el rechazo consciente y la negación de la expresión de un deseo, aun cuando el enfermo lo expresa indirectamente y sin reconocerlo, a través de la proyección, en forma de una alucinación o una idea delirante.

En la esquizofrenia, los dos impulsos en conflicto controlan la conducta en una secuencia errática, o incluso luchan simultáneamente para dirigirla.

La ambivalencia puede manifestarse como una unión inestable de amor y odio, con repentinos cambios imprevisibles en el cariño y la hostilidad, los cuales a veces conducen a episodios impulsivos. En ocasiones los impulsos suicidas imprevisibles dan como resultado la muerte inesperada de un paciente. No es rara la automutilación impulsiva, especialmente en el caso de la lucha masturbatoria del adolescente.

Un trastorno habitual de la actividad en el esquizofrénico consiste en el rechazo de cualquier actividad concreta o espontánea, la pérdida de la iniciativa que en ocasiones se de-

nomina energía.

Otro trastorno es el negativismo, que puede manifestarse como una perversión de la conducta en forma de antagonismo al ambiente, oposición a los deseos de los que rodean al enfermo, y en los casos más intensos, mutismo, rechazo de los alimentos, resistencia a deglutir o incluso a orinar.

El hecho de que el paciente obedezca las sugerencias del ambiente no implica iniciativa ni un contacto o respuesta ante los otros, y a menudo es la expresión de una hostilidad burlona hacia las personas que lo rodean. La flexibilidad cerebra del catatónico representa esta sumisión a las sugerencias, en un grado que puede conducir al paciente a no tomar en cuenta la incomodidad o el dolor físicos, estado que habitualmente se acompaña de una notable falta de interés en el ambiente.

Entre los trastornos de la actividad, los amaneramientos y las estereotipias ocupan un lugar importante en el cuadro clínico. Los amaneramientos de la esquizofrenia son de una gran variedad. Pueden consistir en afectaciones en los movimientos, en el habla, en la marcha, etc. Otros consisten en muecas grotescas, en inspirar por la nariz en forma audible, en inflar las mejillas, en arrugar la frente, en movimientos de tipo tic o en métodos complicados de efectuar ciertas actividades, los cuales constituyen una especie de ritual. La conducta estrambótica del esquizofrénico tiene un significado para él mismo, aun cuando los objetivos o el valor de dicha conducta a menudo sean oscuros para los demás debido a la condensación y a la simbolización.

Conciencia e Integración. En la esquizofrenia existe relativamente poca alteración de la conciencia, de la orientación y de la memoria, aunque debido a la falta de interés suele ser difícil probar estas funciones. Parece que el sentido

del tiempo es anormal en los esquizofrénicos; muchos son incapaces de estimar con exactitud las unidades de tiempo y otros afirman que su edad es la que tenían cuando la enfermedad o la hospitalización comenzaron.

A menudo se describe al esquizofrénico como demente, debido al trastorno en las funciones integrativas de la personalidad, el cual conduce, por decirlo así, hacia un trastorno en la función de los elementos mentales cognitivos, afectivos y conativos. No obstante, la palabra "demente" no está bien aplicada, ya que no existe una alteración irreparable de las funciones cognitivas e intelectuales; ya que lo que ha ocurrido es en realidad una desorganización en la personalidad, o una falla en el desarrollo homogéneo de las funciones yónicas de la personalidad. El enfermo no sólo está imposibilitado para apreciar la desorganización que ha sufrido su personalidad, sino que sus concepciones respecto al bienestar personal, las relaciones sociales y los propósitos también se vuelven defectuosos y poco dignos de confianza, debido a las tendencias introvertidas del paciente mismo y debido a la distorsión que hace de la realidad física y de la realidad social a través de las ideas delirantes y las alucinaciones.

Cambios físicos. Los esquizofrénicos más graves y desorganizados muestran a veces ciertas concomitantes físicas; una de las más frecuentes es el desequilibrio general del sistema nervioso autónomo, cuyos signos son enfriamiento y cianosis de las manos y los pies, piel con manchas cianóticas y pupilas dilatadas, que ante la luz intensa pueden contraerse momentáneamente, pero en forma rápida se vuelven a dilatar. Algunas veces los pacientes en estupor catatónico que insisten en estar de pie sin moverse, desarrollan edema de gran magnitud en las extremidades inferiores. Pueden presentarse ataques de vértigos y crisis histeriformes o epileptiformes, especialmente durante las primeras etapas.

**PSICODINAMIA.**— Independientemente de la anomalía biológica que el futuro esquizofrénico traiga consigo al nacer, durante las épocas de lactancia, niñez y adolescencia su personalidad se desenvolverá como consecuencia de las transacciones que ocurran en forma repetida entre sus padres y él, y entre él y otras personas con quienes se relacione, y que por lo tanto, influyan en su maduración emocional y cognitiva.

Hay gran variación en los defectos que se pueden encontrar en los estados conocidos con el nombre de esquizofrenia infantil; en muchos casos hay pocas manifestaciones de un retardo inicial en el desarrollo de un déficit sensoriomotor, perceptual y conceptual. No obstante cuando se ha estudiado la unidad familiar y su funcionamiento, parece que es más probable que los trastornos graves en la personalidad de los padres se asocia a una alteración mínima en el crecimiento de las funciones corporales del niño, mientras que la patología mínima de los padres se asocia a un máximo retardo fisiológico en el niño esquizofrénico. Las transacciones familiares que se deben al encuentro entre las capacidades del niño (determinadas por su equipo fisiológico) y lo que los padres esperan de él, parece tener un papel importante en el desarrollo saludable de la personalidad, y en la detención o el desarrollo inadecuado de las actitudes y las funciones del yo. Así, un niño que a consecuencia de un retardo en la maduración del desarrollo motor no logra adquirir destreza en el lenguaje, en la marcha, o en otros movimientos coordinados, puede provocar angustia en cierto tipo de progenitores, que esperan mucho de él y han puesto grandes esperanzas en el futuro del niño. Esto se refleja en la relación paterna y materna; los padres empujan al niño más allá de sus capacidades y al mismo tiempo lo protegen en exceso. Se ha postulado que en otros casos, sin manifestaciones de un defecto fisiológico, el sentimiento en los padres es anormal desde el principio,

ya que el hijo representa una fuente de la cual esperan derivar satisfacción emocional, o bien el medio de vivir y obtener todo lo que uno u otro de los padres no gozó en su vida propia.

La teoría psicoanalítica sostiene que en el esquizofrénico, los primeros períodos de la relación entre la madre y el lactante deben haber sido deficientes, puesto que la patología del enfermo adulto sugiere un aislamiento regresivo hacia conducta emocional infantil, que revela en el comportamiento omnipotente en las relaciones de rabia infantil y en la incapacidad para percibir la realidad. Como apoyo parcial de esta hipótesis, varios autores al estudiar por observación directa como las mujeres esquizofrénicas dan sus cuidados maternos a sus lactantes, encontraron que en apariencia, el proceso de dichos cuidados era anormal debido a la depresión afectiva de las madres. Estas mujeres no jugaban con sus lactantes ni los acariciaban como lo hacen otras madres, aunque cumplían con los procedimientos habituales para nutrir y limpiar el cuerpo del niño. A su vez, los hijos de estas pacientes parecían irritables y deprimidos. Es probable que la restricción de la estimulación afectiva y de los juegos, en el lactante, impida el desarrollo de las sensaciones iniciales que establecen la percepción del propio cuerpo y el comienzo de las actitudes positivas respecto a seguridad, confianza y agresividad, con base en las cuales tienen que desplegarse las capacidades de control de sí mismo y, más tarde, la capacidad de independencia autónoma. La privación de los cuidados maternos en los primeros meses puede producir defectos perdurables en la capacidad de alternar en sociedad, e incluso en la capacidad de llevar a cabo actividades sexuales de manera efectiva. Pueden afectar las crisis familiares intensas, en la época en que nació el niño afectado, o durante los meses siguientes, y que esto perturbó a la madre, su relación con el recién nacido y su relación posterior con el niño enfermo, impli-

cando estas crisis de depresión en la madre, con sentimientos de culpa debido a su hostilidad contra el nuevo hijo, a su disgusto por haberlo tenido antes de que transcurriesen dos años después del parto anterior, a su apatía hacia las características físicas del niño, o por la identificación proyectiva en él de rasgos desagradables en ella o en su esposo. (Stabenan y Pollin, 1968).

La consecuencia de la falta de constancia inicial en los cuidados maternos, es alterar la capacidad del niño para mantener una representación estable de la persona a quien él necesita, cuando ésta se ausenta. El niño intensifica su necesidad de la presencia de la madre y siente miedo a perderla (el dilema necesidad-miedo). Así el esquizofrénico desarrolla una vulnerabilidad especial a la separación, y dicha vulnerabilidad se vuelve un factor crucial para poder establecer y mantener relaciones interpersonales satisfactorias.

La timidez infantil, la vida posterior de encierro y la limitación de las amistades, son características del preesquizofrénico, y quizá tienen su origen en la búsqueda de seguridad (que hace que el niño se aferre a la madre durante los primeros años) y el miedo a perder relaciones. El aislamiento de este tipo de personas proviene de que perciben las relaciones con otros de manera indiferenciada, y de que cuando niños no desarrollaron confianza ni certidumbre respecto a su propia autonomía. Así las relaciones sociales del preesquizofrénico están infiltradas de una intensa ambivalencia, con incapacidad para integrar esta percepción de necesidad-miedo y los consecuentes afectos amor-odio. (Burham, 1969). Se han encontrado con frecuencia significativa que los pacientes esquizofrénicos han pasado su niñez en el seno de grupos familiares gravemente anormales, en los cuales ambos progenitores dieron signos de trastorno en su personalidad. Estos grupos familiares carecen de integración y se relacionan



entre sí a través del conflicto en el cual uno de los progenitores se opone al otro, desprecia y desafia los deseos de su cónyuge, y se esfuerza por ganar a los niños a su lado para obtener de ellos el apoyo emocional que no encuentra en el consorte. En otras familias, el trastorno en la relación parental consiste en que uno de los padres tiene un grave déficit de la personalidad y muestra una conducta dominante, brutal, agresiva o alcohólica, mientras el otro acepta pasivamente tal comportamiento, o está ausente cuando el niño está expuesto al ambiente malsano. Estos progenitores a menudo dudan de su propio papel sexual; algunos han sido homosexuales, y otros se han visto en conflicto para poder llegar a dominar sus deseos incestuosos. El niño atrapado en este tipo de grupo familiar no disfruta de los períodos de interacciones personales sin conflictos, ni de los períodos de juego, que le dan una sensación de seguridad personal y la capacidad de compartir y de reprimir en forma efectiva los impulsos coercitivos hostiles, agresivos y sexuales. Tampoco encuentra las fuentes de una identificación sexual o personal sólida. No obstante, lo que más importa para entender la reacción esquizofrénica es la serie de eventos que implican la correcta evolución de la comunicación, tiene su base en la relación de "doble vínculo" entre dos personas. De acuerdo con esto, se considera al esquizofrénico como un individuo fijado en una intensa relación emocional con uno de sus padres, quien, por la contradicción entre sus comentarios verbales y su conducta, hace imposible que el paciente distinga en forma apropiada cómo debe comportarse o se atreva a pedir una aclaración ya que cualquier pregunta del hijo es manejada por el progenitor como una amenaza contra la relación que ambos necesitan. El "doble vínculo" restringe y confunde el desarrollo de la comunicación clara, ya que la posición del progenitor carece de consistencia y también limita las experiencias sociales del hijo con otras personas, experiencias que

suelen ser útiles y en las cuales el joven podría aprender cada vez más a distinguir los valores sociales y podría desarrollar su potencialidad para establecer otras relaciones sanas. (Bateson, 1956).

Otros autores, han notado que el medio familiar es la fuente de la irracionalidad del pensamiento en el esquizofrénico ya que se trata de un proceso dinámico durante el cual el niño que crece es repetidas veces el recipiente de la hostilidad intrafamiliar, y al mismo tiempo se identifica con los padres, que a su vez utilizan en forma excesiva proyección, negación, o mentiras conscientes en sus relaciones dentro de la familia.

Sobre esta base, hay a menudo ataques discretos contra el niño, actos agresivos o sexuales que el niño tiene que negar y reprimir para preservar su relación de dependencia con el progenitor. Más tarde los padres refuerzan el miedo y la culpa del niño, cuando utilizan los incidentes subsecuentes para establecer la responsabilidad del niño por los primeros traumas. Los padres utilizan este recurso para escapar a su propia culpabilidad. Así la cantidad cada vez mayor de negación y represión de su propia rabia interiorizada, con el tiempo produce la quiebra, con aislamiento psicótico o actos impulsivos sexuales o actos agresivos asesinos. Si la persona falla en su intento de adquirir habilidades sociales durante sus primeros años, limita la probabilidad de establecer relaciones emocionales con personas fuera de la familia durante la adolescencia y la edad adulta; esto a su vez, limita la probabilidad de aumentar las destrezas personales y de aprender a distinguir percepciones; también limita la sensación de autonomía personal que se requiere para que la vida adulta sea efectiva desde el punto de vista social, y adaptada desde el punto de vista heterosexual. (Johnson, 1956).

La edad en que se inicia el padecimiento abarca de los últi-

mos años de la niñez a los últimos años de la madurez, aunque la edad más frecuente es la adolescencia y los primeros años de la edad adulta.

ESQUIZOPRENIA TIPO PARANOIDE.— Los rasgos que tienden a ser más evidentes en este tipo, o fase, son las ideas delirantes (que suelen ser numerosas, ilógicas, y no toman en consideración la realidad), las alucinaciones y el habitual trastorno esquizofrénico de las asociaciones y del afecto, junto con negativismo.

Con frecuencia la personalidad prepsicótica del esquizofrénico paranoide se ha caracterizado por relaciones interpersonales deficientes. En muchos casos el paciente ha sido frío, retraído, desconfiado y rencoroso hacia otras personas. Muchos han sido truculentos, han mostrado tendencias a refirir por las causas más banales, aman las discusiones, y han sido despreciativos, sarcásticos y desafiantes, con resentimiento ante las sugerencias o ante las autoridades, y con tendencia a hacer comentarios cáusticos. En algunos casos las respuestas petulantes y graciosas cubren una hostilidad primaria. El tipo paranoide tiende a mostrarse en forma franca a edades un poco mayores que las otras formas de esquizofrenia. Es frecuente hasta después de la adolescencia y más después de los 30 años de edad. Las actitudes negativas previas del enfermo se vuelven más notables y a menudo comienza a interpretar la realidad en forma errónea. Entre los primeros síntomas suelen encontrarse ideas de referencia y trastornos en la asociación. Muchos pacientes muestran una desagradable agresividad emocional. Por medio del desplazamiento, el enfermo comienza a expresar en acciones sus impulsos hostiles, y empieza a perder el contacto firme con la realidad. Al principio sus ideas delirantes

son limitadas, pero posteriormente se vuelven numerosas y variables. Por otra parte, durante las primeras etapas, el carácter de dichas ideas delirantes suele indicar con mayor claridad cuáles son las particulares necesidades o experiencias psicológicas que el individuo satisface por medio de su trastorno. Algunos comentarios del paciente pueden revelar fragmentos de sus preocupaciones. Las tendencias repudiadas se proyectan en forma ideativa en lugar de reprimirse. En la esquizofrenia paranoide, las ideas delirantes de persecución son las más notables, pero no son raras las ideas expansivas y las que obviamente satisfacen determinados deseos, así como las ideas delirantes hipocondriacas y depresivas. Conforme se desorganiza más la personalidad, las creencias anormales se vuelven menos lógicas. El enfermo usa palabras inapropiadas o neologismos. Se siente sujeto a vagas fuerzas mágicas, y sus explicaciones se vuelven extremadamente imprecisas e irracionales. La fantasía imaginativa puede volverse exagerada y adquirir el valor de la realidad. Las tendencias agresivas reprimidas pueden liberarse en forma de una gran explosión; algunos paranoides que se expresan mal pueden poner de manifiesto una impredecible agresividad física.

Muchos esquizofrénicos paranoides son irritables, se sienten descontentos, son rencorosos, sospechan de los demás con un sentimiento asociado de ira, y muestran una aversión furiosa a que se les entreviste. Algunos manifiestan una actitud hostil y agresiva que hace imposible acercarse a ellos, y viven en un amargo alejamiento. Habitualmente se presentan alucinaciones auditivas, y lo más frecuente es que sean de naturaleza amenazante o acusadora. El paciente puede mostrar diversos grados de tensión y estar sujeto a brotes de rabia que aparentemente no puede controlar. Conforme progresa la desorganización de la personalidad, las

respuestas afectivas se aplanan cada vez más. Son comunes la apatía, los amaneramientos y la incoherencia. En general, la esquizofrenia paranoide puede considerarse como una reacción de tipo proyectivo, regresivo y defensivo.(6). Así como se ha atribuido el origen de la conducta catatónica a actitudes demasiado críticas del padre y de la madre, el futuro paranoide suele estar expuesto a que lo acusen de tener intenciones malignas, de engañar a otras personas y de mentir, siendo esta actitud de los padres lo que fomenta la aparición de una tendencia a actuar de esta manera. (Arieti, 1955).

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO ESQUIZOFRENICO:

A. Uno de los siguientes síntomas, como mínimo, durante alguna de las fases de la enfermedad:

- 1) ideas delirantes extrañas (con contenidos claramente absurdos y sin base), como ideas delirantes de creerse controlado o difusión, imposición o robo del pensamiento;
- 2) ideas delirantes sin contenido de persecución o de celos;
- 3) ideas delirantes persecutorias o celotípicas si se acompañan de cualquier tipo de alucinaciones;
- 4) alucinaciones auditivas en las que las voces comentan los pensamientos o la conducta del sujeto, o las voces conversan entre sí;
- 5) alucinaciones auditivas que en ocasiones contienen más de una o dos palabras, sin relación con la depresión o euforia;
- 6) incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, pensamiento ilógico notable, o notable pobreza del contenido del lenguaje si se acompaña de uno de los siguientes síntomas:
  - a) afectividad embotada, aplanada o inapropiada,
  - b) ideas delirantes o alucinaciones,
  - c) conducta catatónica o gravemente desorganizada.

B. Deterioro del nivel previo de actividad laboral, de las relaciones sociales y del cuidado personal.

C. Duración: signos continuos de enfermedad durante seis meses como mínimo a lo largo de la vida del sujeto, con algunos signos de enfermedad en la actualidad. El período de seis meses debe incluir una fase activa durante la cual se presentan síntomas del criterio A, con o sin fase prodrómica

o residual, tal como se define más adelante.

**FASE PRODROMICA:** claro deterioro de la actividad antes de la fase activa de la enfermedad no debido a alteración del estado de ánimo, ni a un trastorno por uso de sustancias tóxicas y que, como mínimo, comprende dos de los síntomas señalados más abajo.

**FASE RESIDUAL:** a continuación de la fase activa de la enfermedad persisten, como mínimo, dos de los síntomas señalados más abajo, no debidos a alteración del estado de ánimo o a trastornos por el uso de sustancias tóxicas.

**SINTOMAS PRODROMICOS O RESIDUALES:**

- 1) aislamiento o retraimiento social;
- 2) notable deterioro en actividades de asalariado, estudiante o ama de casa;
- 3) conducta peculiar ilusoria (por ejemplo, coleccionar basuras, hablar solo en público, o acumular comida);
- 4) notable deterioro en el aseo e higiene personal;
- 5) afectividad inapropiada, embotada o aplanada;
- 6) lenguaje disgregado, vago, sobrealaborado, detallado o metafórico;
- 7) ideación extraña o rara, o pensamiento mágico, por ejemplo, superstición, clarividencia, telepatía, "sexto sentido", otros pueden sentir sus propios sentimientos, ideas sobrevaloradas, autorreferenciales;
- 8) experiencias perceptivas inhabituales, por ejemplo, ilusiones repetidas, sentir la presencia de una fuerza o persona ausente.

EJEMPLOS: seis meses de síntomas prodrómicos con una semana de síntomas del criterio A; síntomas del criterio A sin síntomas prodrómicos; falta de síntomas prodrómicos con dos semanas con síntomas del criterio A y seis meses de síntomas residuales; seis meses de síntomas del criterio A seguidos de varios años de aparente remisión completa, con una semana de síntomas del criterio A en el episodio actual.

D. Presencia de un síndrome maniaco o depresivo completo (criterios A y B de episodio maniaco o depresivo), aparecido tras síntomas psicóticos, o de duración más breve que los síntomas psicóticos del criterio A.

E. Inicio de la fase prodrómica o de la fase activa antes de los 45 años.

F. Todo ello, no debido a ningún otro trastorno mental orgánico o a retraso mental.

### 295.3x TIPO PARANOIDE

La sintomatología esencial se concreta predominantemente en ideas delirantes de persecución o grandeza. Puede haber además ideas delirantes de celos.

La sintomatología asociada se acompaña de ansiedad no focalizada, ira, discusiones y violencia. Además, pueden existir dudas acerca de la identidad sexual o miedo a ser considerado como homosexual o a relacionarse con homosexuales.

El deterioro puede ser mínimo si la actividad no está influida por la producción delirante, ya que es relativamente rara la desorganización grosera de la conducta.

De forma similar puede estar preservada la sensibilidad afectiva. A menudo, se observa una afectación en la calidad formal de las interacciones interpersonales.



El comienzo suele ser más tardío que en los otros subtipos y los síntomas son más estables en el tiempo. Si un familiar emparentado biológicamente con un sujeto que tiene este subtipo presenta también una esquizofrenia, hay pruebas de que el subtipo de ese pariente también tiende a ser paranoide.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TIPO PARANOIDE:

Tipo de esquizofrenia definido por uno o más de los siguientes síntomas:

- 1) ideas delirantes de persecución,
- 2) ideas delirantes de grandeza,
- 3) ideas delirantes de celos,
- 4) alucinaciones de contenido persecutorio o de grandeza. (7)

ESQUIZOFRENIA ESQUIZO-AFECTIVA.— Son menos frecuentes los casos de trastorno mental que se caracterizan por episodios recurrentes que siempre muestran una mezcla de síntomas esquizofrénicos y síntomas afectivos.

El contenido mental puede estar a tal grado alejado de la realidad que parece esquizofrénico, mientras que el estado de ánimo corresponde a depresión o júbilo exagerados. En otros casos los rasgos afectivos predominan, pero la conducta del paciente es tan estrambótica que tiene que considerarse como esquizofrenia.

A veces la personalidad prepsicótica fue intensamente esquizoide, o bien de tipo emprendedor y bien adaptado a la sociedad; no obstante, los rasgos clínicos de la psicosis pueden ser bastante distintos o sin relación con el patrón de personalidad previa.

El trastorno esquizoafectivo incluye a pacientes que presentan perturbaciones tanto en el pensamiento como del estado de ánimo. El fenómeno principal es la combinación de lo inapropiado, del pensamiento confuso y de la perturbación del estado de ánimo, presentando consistentemente manifestaciones depresivas, agitación y hostilidad. (6)

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO:

Desde que fue introducido el término esquizoafectivo, ha sido utilizado de muy diferentes formas, no habiendo acuerdo en la actualidad de cómo debe definirse esta categoría. Algunos casos, que en el pasado fueron diagnosticados como trastorno esquizoafectivo en el manual del D S M III, deben ser diagnosticados como trastornos esquizofreniformes, depresión mayor o trastorno bipolar con estado de ánimo congruente o incongruente con los síntomas psicóticos, o esquizofrenia con

trastorno afectivo atípico sobreañadido. Se precisa una mayor investigación para determinar si es necesaria esta categoría, y si ello es así, deberá definirse y establecer su relación con la esquizofrenia y los trastornos afectivos.

En el manual del D S M III, se mantiene este término sin criterios para el diagnóstico para aquellos casos en los que el clínico sea incapaz de hacer un diagnóstico diferencial con cierto grado de certeza entre el trastorno afectivo y los trastornos esquizofreniformes o la esquizofrenia.

A continuación, se señalan algunos ejemplos de los casos que se podrá diagnosticar el trastorno esquizoafectivo:

Episodio de enfermedad afectiva en la que domina una preocupación por las ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo, no estando presentes durante mucho tiempo los síntomas psicóticos.

Un episodio de enfermedad en el que hay en la actualidad un síndrome afectivo completo con síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo pero sin la adecuada información acerca de la presencia de síntomas psicóticos no afectivos previos, que hace difícil diferenciar entre esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme (con trastorno afectivo atípico sobreañadido) y trastorno afectivo. (7)

Hay dos tipos o fases bien definidas de la psicosis maniaco-depresiva: una fase maniaca o hiperactiva y una fase depresiva. Típicamente el trastorno suele tomar la forma de episodios psicóticos separados por intervalos de salud mental, puede darse el caso de que una persona, nunca sufra más de un episodio, o bien que el trastorno se vuelve continuo.

Estos episodios pueden ser de naturaleza maniaca o depresiva, pero no existe una secuencia o alternancia constantes de estas reacciones. (Kreapeling, 1896).

PSICOSIS MANIACODEPRESIVA (FASE MANIACA).- El aspecto de la personalidad del paciente cuyos episodios son de tipo maniaco, habitualmente suele ser la de una persona satisfecha de sí misma, confiada, agresiva, extrovertida, efervescente, que se siente a gusto con otras personas; mostrando tendencia a dispersar su energía en un amplio campo de intereses; su actitud afectiva ha consistido en expresar sus emociones y responder a los estímulos.

La fase maniaca de la depresión, suele ser precedida por una leve depresión simple, de corta duración, y que la familia del paciente no ha notado o en su defecto no la ha considerado de importancia. Siguiendo a este período, uno de regocijo o excitación leve.

En las ocasiones en que el ataque se queda en esta forma atenuada, se le conoce como hipomanía. En el estado hipomaniaco hay una seguridad exagerada, un aire de autosuficiencia, alegría despreocupada, afabilidad vivaz, autosatisfacción, una animada confianza en sí mismo y energía ilimitada. No importa que tan inhibido haya sido normalmente el individuo, en este estado suele ser irrepresible, exigente, desinhibido, efusivo y a menudo asombrosamente liberal en su charla y en sus modales. Es narcisista, infantilmente orgulloso y casi no tolera que lo critiquen. Debido a su facilidad de palabra

y soltura en sus ademanes, este paciente suele ser socialmente agresivo, ingenioso, jactansioso, petulante, gustándole las discusiones, y gastando su dinero en forma extravagante, saturándose de planes ambiciosos e iniciando una multitud de empresas en las que suele fracazar o abandonar en poco tiempo. Un exceso en la ingesta de alcohol suele matizar y enmascarar la conducta del enfermo.

Suele ser usual la frecuencia con que utiliza citas tanto directas como indirectas, referencias específicas y adverbios de grado superlativo y determinante. Su conversación suele tener como objetivo principal el relato de eventos, circunstancias y encuentros con otras personas, pero rara vez contienen testimonios respecto al significado afectivo interior que tales hechos tienen para él, o respecto a su autoevaluación personal con sus relaciones interpersonales. Suelen tener pocos signos de introspección, pudiendo parecer que más bien comparan, pesan y evalúan las acciones de los demás y de sí mismo.

Suele tener una argumentación de verosimilitud superficial. Con tendencia al aburrimiento rutinario, y carencia de interés prolongado en cualquier actividad, estando demasiado ocupado para someter sus impresiones a un examen crítico. Su atención tiende a distraerse con facilidad, encontrándosese sus procesos mentales acelerados y con el curso del pensamiento con tendencia a la divagación. Con un modo de hablar de constante tono de énfasis y exageración.

Con frecuencia los pacientes hipomaniacos suelen ser traviesos, ruidosos y constantemente bromistas, haciendo observaciones atrevidas, chistes vulgares e inpropios y comentarios graciosos acerca de cualquier objeto o persona que formen parte de su ambiente. Sus relaciones interpersonales suelen ser

superficiales mostrándose insensibles a las necesidades y sentimientos de los demás.

El paciente maniaco suele perder el control abruptamente al expresar aquello que durante mucho tiempo temió expresar. Su habitual buen humor solamente se sostiene en la medida en que el paciente se siente satisfecho, razón por la cual, cuando alguien pone en duda su opinión o coarta sus deseos, dicho buen humor tiende a ser remplazado por ira, lenguaje cáustico y palabras soeces.

Las oscilaciones súbitas de la emoción son frecuentes en estos enfermos. En medio de ademanes y humor exuberantes, el paciente subitamente estalla en lágrimas y expresa alguna idea depresiva, pero un momento después vuelve a estar tan alegre como siempre. De igual manera, suele cambiar rápidamente de la irritabilidad a la afabilidad. El hipomaniaco suele en ocasiones trabajar con energía y entusiasmo intenso, pero sujeto a caprichos, y su misma estimulación y expansividad tienden a alterar su juicio. Suele ser frecuentemente solícito y entrometido, por lo que resulta una carga para aquellos que lo rodean, afirmando que no necesita descansar, ya que no suele experimentar fatiga, a pesar de la presión constante de actividad.

Suele escribir muchas cartas en las cuales subraya muchas palabras y pasajes, e introduce diversos comentarios entre paréntesis. El estilo de su composición puede ser florido e ingenioso, con letra grande fluida y con rasgos agraciados. Con regularidad ocurre que con extraños y sin reservas, asuntos de naturaleza íntima y privada. El hipomaniaco a menudo es erótico, pudiéndose presentar en el hombre excesos sexuales, mientras que en una mujer joven previamente casta y pudorosa se dé a una promiscuidad sexual.

En un cuadro bien desarrollado de manía, la tonalidad afectiva es de ansiedad, exaltación y excitación alegre. Los patrones de pensamiento y conducta que presenta el paciente reflejan su estado de ánimo. Canta, baila en diversos lugares, silva, y puede dar manifestaciones de júbilo al grado de una hilaridad ruidosa. Muestra un deseo sin límite de jugar y hacer travesuras. Su júbilo estimula ideas de grandeza y tal vez ideas delirantes fugaces de riqueza y poder. El regocijo puede estar puntuado con ira, irritabilidad e incluso combatibilidad si se niega al paciente alguna petición o algún privilegio debido a su estado normal. Pueden a su vez, existir una tendencia paranoide bien desarrollada, por lo que el paciente sea soez con la persona hacia quien experimenta más resentimiento durante ese momento. Los enfermos con este afecto anormal a menudo suelen ser altaneros, arrogantes, exigentes, vengativos y sarcásticos, pareciendo deleitarse al experimentar sin límites su agresividad y hostilidad.

El curso del pensamiento se caracteriza por locuacidad y rápida asociación de ideas. Hablando con frecuencia con una articulación vigorosa, en forma crispada, con acentos enfáticos y haciendo cambios frecuentes en el tono alto o bajo. Sus frases pueden tener un estilo pomposo y su habla asumir el carácter de una declamación teatral. Conforme el estado hipomaniaco pasa a la manía aguda, la presión del habla se desarrolla y se transforma en fuga de ideas, con rimas, juegos de palabras y asociaciones de las mismas por su puro sonido, sin tomar en consideración su significado. Los productos asociativos del paciente maniaco, ponen al descubierto que su campo intelectual está en realidad limitado: El maniaco evita pensar y se ocupa más bien de la fonética que del significado. Las asociaciones que recuerdan al paciente alguna idea sobrevalorada o algún interés egocéntrico tienen especial tendencia a desviar el curso del pensamiento.

Aunque el rapidísimo curso de las ideas del enfermo parece ilógico y estar dirigido por estímulos como la similitud en el sonido y los hechos y objetos ambientales, bajo estas asociaciones superficiales a menudo es posible descubrir una limitada gama subyacente de temas hacia los cuales las asociaciones tienden a fluir. Sin percatarse de su significado, el paciente a menudo hace comentarios que proporcionan una pista acerca de la motivación inconsciente de las ideas que aparentemente no la tienen. Tanto en su secuencia como en su significado, dichas ideas se acercan al carácter de las asociaciones libres, y como ellas, responden al estímulo de agentes de naturaleza inconsciente e instintiva.

La actividad psicomotora es el tercero de los campos mentales en los que se describen trastornos, ya que existe una actividad excesiva que va desde la presión de ocupación descrita en la hipomanía, hasta la violenta agitación motora de la manía aguda. En hospitalización, el paciente suele entrometerse en las labores de la sala en donde está internado, así como en lo que hacen los otros enfermos; haciendo numerosas sugestiones sobre como manejar la institución. Se autodecora con chucherías y con bandas y medallas improvisadas. En los estados más exaltados, desgarras sus ropas hasta hacerlas trizas, para adornarse posteriormente con ellas de una manera grotesca. Canta, grita y asume actitudes dramáticas. En algunas ocasiones suele destruir su cama y sus objetos personales; no obedeciendo esta actividad a un deseo propiamente destructivo, sino más bien a una necesidad urgente de estar ocupado. El maníaco hiperactivo duerme poco y sin embargo no parece fatigado. Se hace cortaduras y abreaciones a las que no da importancia; tampoco permite que lo curen. Pueden presentarse infecciones que complican el cuadro clínico. En el grado habitual de excitación, el paciente en-



gulle grandes cantidades de comida sin tomar en cuenta modales apropiados.

La atención del maniaco habitualmente suele estar muy alterada; no debiéndose este trastorno a un efecto en la vigilancia, sino más bien, a una falta de tenacidad, como resultado de la cual el paciente tiende a distraerse con suma facilidad, siendo los ruidos y las motivaciones ambientales lo que con frecuencia distrae su atención. Es frecuente que el paciente identifique a las personas en forma equivocada, ya que no tiende a identificar a un extraño como una persona a la cual conoció tiempo atrás, a partir de descubrir algún ligero punto de similitud, sin lograr analizar los puntos en que las personas difieren. Su orientación es habitualmente adecuada, sin embargo su concepción defectuosa del ambiente así como su falta de atención prolongada y discriminante, pueden conducirle a una desorientación.

Durante la excitación maniaca pueden presentarse alucinaciones, pero no son frecuentes y habitualmente son más bien del tipo de las ilusiones.

Aunque las ideas delirantes no son síntomas conspicuos, a menudo aparecen y son habitualmente de tipo expansivo, sirviendo para satisfacer deseos, son fugaces y no sistematizadas, no siendo raro encontrar ideas de persecución.

El juicio se encuentra gravemente alterado. El paciente, durante sus períodos maniacos, se considera a sí mismo como una persona sociable, confiada, agradable y no agresiva, sin embargo, las personas que entran en contacto con él lo perciben socialmente intolerable, rebelde, impulsivo y agresivo. (6).

**PSICODINAMIA.**- La conducta del maniaco es esencialmente una defensa total e intensa contra la depresión subyacente. Aunque el paciente parezca confiado y desempeñe el papel de un líder, básicamente es un individuo en exceso dependiente. Aunque parezca emprendedor y amigable, es egósta, y activamente controla y manipula a las personas debido a su necesidad emocional de establecer una relación de dependencia. Cuando se frustran sus exigencias se genera hostilidad, la cual tiene que ser reprimida para que no haga peligrar más la relación de dependencia. La hostilidad mal reprimida, a su vez produce depresión. La conducta del maniaco, entendida psicosocial o transaccionalmente, pareciera que el paciente percibe una amenaza y un peligro si acepta que otros satisfagan sus necesidades de dependencia. Con objeto de mantener su autoestimación y defenderse, y para conservar la percepción clave de su poder y fuerza, el maniaco parece usar transacciones mediante las cuales controla a aquéllos en quienes busca apoyo emocional. Su repertorio de actitudes requiere que aparezca por fuerza como alguien extraordinariamente independiente, que no necesita de nadie. El paciente desarrolla así una colección de comportamientos que sugieren que se encargará de cuidar a otros; hace planes grandiosos. En forma repetida intenta poner a prueba, manipular y comprometer a quienes lo rodean a fin de que lo cuiden. (Janowsky, 1970).

En algunos pacientes maniacodepresivos se encuentra que una fuente importante de conflicto es la intensa hostilidad provocada por la envidia, la cual se reprime y se evita. A menudo el enfermo es el miembro mejor dotado de la familia y de quien se esperaba que aportara prestigio para el grupo. Esta posición le infiltró una gran responsabilidad y lo expuso a la envidia de sus hermanos, o incluso a la competencia envidiosa con sus padres. El futuro maniacodepresivo se volvió sensible a la envidia y a la competencia y para evitar

la posibilidad de ser herido por la envidia que sus cualidades provocan, en forma inconsciente desarrolla la costumbre de menospreciarse, para esconder su verdadera capacidad. Los sentimientos de culpa y la depresión reflejada que surge de ellos, aparecen en diversas formas. Un deseo reprimido, por ejemplo, puede satisfacerse a veces por accidente; este es el caso de la muerte de uno de los padres cuya existencia prolongada había impedido el cumplimiento de un deseo intenso. En tal caso la depresión puede resultar debido al sentimiento de culpa que aparece como consecuencia de la satisfacción del deseo conscientemente repudiado. En general, los sentimientos de culpa que originan depresión surgen, no tanto de lo que el individuo ha hecho sino más bien de lo que el individuo inconscientemente deseaba hacer. La depresión representa una penitencia por el odio reprimido, por la agresividad y por otras tendencias e impulsos repudiados que han originado los sentimientos de culpa. Por otra parte, la culpa también puede expresarse en términos de autocastigo. (6)

#### CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPISODIO MANIACO:

TRASTORNOS AFECTIVOS.- La sintomatología esencial de este grupo comprende una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maníaco parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico. El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión como de la euforia. Los síndromes depresivos y maníacos consisten en una serie de síntomas característicos que tienden a presentarse juntos.

A. Uno o más períodos diferentes con un estado de ánimo predominantemente elevado, expansivo o irritable.

B. Una semana de duración, como mínimo (o cualquier duración si ha sido necesaria la hospitalización), en la que persisten durante la mayor parte del tiempo, al menos tres de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es irritable), y que se han presentado de forma significativa:

- 1) aumento de la actividad (tanto laboral como social o sexual) o inquietud física;
- 2) más hablador de lo habitual o mantenimiento de un lenguaje verborreico;
- 3) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se suceden a gran velocidad;
- 4) aumento de la autoestima (grandiosidad que puede ser delirante);
- 5) disminución de la necesidad de dormir;
- 6) distraibilidad, por ejemplo, la atención es fácilmente dirigida hacia estímulos externos irrelevantes o poco importantes;
- 7) implicación excesiva en actividades con una alta posibilidad de consecuencias negativas, sin que ello sea reconocido por el sujeto, por ejemplo, gastar dinero en juergas, indiscreciones sexuales, invertir en absurdos negocios, conducir imprudentemente.

C. Cuando no está presente un síndrome afectivo (por ejemplo criterios diagnósticos A y B véanse más arriba), esto es, antes de que se desarrolle o después si ha remitido, ninguno de los síntomas siguientes dominan el cuadro clínico:

- 1) ideas delirantes o alucinaciones con estado de ánimo incongruente (véase definición más adelante);
- 2) conducta extraña.

D. No hay sobreañadidos ni esquizofrenia, ni trastornos esquizofreniforme o paranoide.

E. Todo ello no es debido a ningún trastorno mental orgánico, como intoxicación por sustancias tóxicas.

CRITERIOS PARA LA SUBCLASIFICACION DEL EPISODIO MANIACO EN EL QUINTO DIGITO.

6: EN REMISION. Esta categoría de quinto dígito debería utilizarse cuando el sujeto cumplió con anterioridad los criterios completos para el episodio maniaco pero que, en la actualidad, está libre de síntomas o tiene algunos signos del trastorno, sin cumplir los criterios diagnósticos completos. Para diferenciar este diagnóstico de la ausencia de trastorno mental, es necesario considerar el periodo de tiempo transcurrido desde el último episodio, así como la necesidad de evaluación posterior o la necesidad de tratamiento profiláctico.

4: CON SINTOMAS PSICOTICOS. Esta categoría de quinto dígito deberá utilizarse cuando haya un deterioro en las pruebas administrativas, así como cuando haya ideas delirantes, o alucinaciones o conducta claramente extraña. Cuando sea posible, debe especificarse si los síntomas psicóticos son incongruentes con el estado de ánimo.

SINTOMAS PSICOTICOS CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO.

Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido está en completo acuerdo con la temática de aumento de la dignidad, poder, conocimiento, identidad, o relaciones especiales con una persona famosa; fuga de ideas en las que el sujeto parece no darse cuenta de que su lenguaje no es comprendido.

SINTOMAS PSICOTICOS NO CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO.

Tanto a) como b):

a) ideas delirantes o alucinaciones que no comprenden temas relacionados con el aumento de la dignidad, poder, conocimiento, identidad, o relaciones especiales con personas famosas. Los síntomas incluidos son ideas delirantes de persecución, inserción del pensamiento, e ideas delirantes de estar controlado, cuyo contenido no tiene relación aparente con ninguno de los temas señalados arriba;

b) ninguno de los síntomas catatónicos siguientes: estupor, mutismo, negativismo, actitud catatónica.

2: SIN SINTOMAS PSICOTICOS: cumple los criterios para el diagnóstico de episodio maniaco, pero no hay síntomas psicóticos.

0: SIN ESPECIFICAR. (7)

Un gran porcentaje de las personas que presentan DEPRESIONES PSICOTICAS, tienen antecedentes de episodios maniacos, sin embargo, algunos pacientes suelen presentar únicamente episodios de tipo depresivo. En estos casos, es común encontrar un tipo bastante característico de personalidad prepsicóticas.

Un gran número de estos pacientes cuyos episodios psicóticos se han limitado a reacciones depresivas, han sido siempre amigables, prudentes, tímidos y con un sentimiento subyacente de inseguridad y dependencia excesiva. Manifestando respuestas emocionales que denotan sensibilidad y capacidad para apreciar las cosas. Con tendencia a la escrupulosidad, de reglas éticas y morales rígidas, meticulosidad y autoexigencia, perfeccionistas, que desprecian sus propios méritos y una tendencia al autoreproche así como una gran sensibilidad ante las críticas. Sus tendencias obsesivo-compulsivo, suelen ser mecanismos defensivos para el manejo de la hostilidad, la cual difícilmente han podido exteriorizar. Con frecuencia suelen establecer opiniones fijas y modos rígidos de hacer las cosas, siendo habitualmente personas aprensivas y miedosas. En algunos casos tienden a la indecisión y la cobardía, sin embargo, logran ser tenaces y alcanzar éxitos valiosos. En muchísimos casos, pareciera que su mayor necesidad emocional es la de ser amados, respetados y sentirse parte del grupo.

Así como en el tipo maniaco de la psicosis maniacodepresiva suelen encontrarse todos los grados de actividad excesiva, en el tipo depresivo también se encuentran grados variables de depresión, pudiéndose representar estos como depresión moderada, depresión aguda y estupor, fundiéndose imperceptiblemente entre sí dichas divisiones arbitrarias.

Con frecuencia suele desconocerse la naturaleza real de la

depresión moderada. A grandes rasgos, las fases depresivas moderadas tienden a presentarse en una de dos formas generales: ya sea como un período de fatiga, desanimación e inercia, o bien como un período durante el cual en el paciente se demotan molestias físicas para las cuales no es posible encontrar una base orgánica. La depresión afectiva existe en ambas formas, pero no constituye el síntoma principal, ya que solo se presenta un abatimiento moderado. En algunas ocasiones suele presentarse al principio solamente rasgos obsesivos. Si la depresión tiende a hacerse más aparente, entonces se detectarán "ataques de tristeza". El paciente carece de confianza en sí mismo, pierde el gusto por la vida, se siente inadecuado y cansado, mostrando una aversión cada vez mayor hacia la actividad, prefiriendo estar solo y dificultándosele el cumplimiento de sus obligaciones habituales. El color y la alegría desaparecen de su vida. Cada tarea parece una carga, abandonándola el enfermo en muchas ocasiones, así como, cualquier tentativa para continuar con su empleo; experimenta dudas y miedos, con frecuencia se preocupa excesivamente por su familia, expresando ideas moderadas de indignidad.

El pensamiento a veces suele volverse difícil, limitándose el contenido ideatorio a unos cuantos temas, el habla espontánea también suele limitarse, las respuestas a las preguntas son retardadas y condensadas lo más posible, no deseando el paciente revelar sus pensamientos privados. El contacto social es precario, pudiendo mostrar incluso un deseo obstinado de no ver gente. En muchas ocasiones tienden a mostrar indecisión acentuada, probable indicadora del temor a nuevos fracasos, al rechazo o a las represalias.

En el segundo grupo de depresiones moderadas, las molestias físicas están entre los síntomas más aparentes y pueden en-



mascarar la depresión. No sólo se encuentra la pérdida de peso, la lengua saburral, el sueño inquieto y no reparador y la anorexia que se observa en los estados depresivos, sino que el enfermo tiene también diversas ideas hipocondríacas. Se siente débil y fatigado, le preocupan miedos, sufre de insomnio, cefalalgia y debilidad, y en ocasiones de dolores precordiales o epigástricos. Todas las sensaciones corporales que pueden surgir de una base física, de tensión o de angustia, se vuelven el objeto principal de la atención del paciente; por lo tanto cree (y con frecuencia sus amigos también lo creen) que el trastorno real es físico y que su abatimiento es el resultado natural de la mala salud, cuando en realidad, las molestias físicas son simplemente la racionalización de un dolor afectivo primario.

El principio de una depresión grave puede ser semejante a los estados depresivos moderados, pero el abatimiento inicial pasa en poco tiempo a un estado de sufrimiento afectivo profundo. La postura, las tensiones musculares y diversos síntomas y signos físicos forman un cuadro complejo que indica depresión. El cuerpo está encorvado, la cabeza flexionada, la facie inmóvil, la frente arrugada, y el paciente mira con fijez hacia abajo. Entre las cejas aparecen profundas arrugas verticales, los pliegues nasolabiales se acentúan y los ángulos de la boca desviados hacia abajo constituyen un cuadro de pesadumbre intensa. La cara tiene a veces una expresión de pena y perplejidad. El paciente adelgaza y se ve enfermo. La sudación y otras secreciones disminuyen; baja también el tono muscular, se presenta constipación, el deseo sexual disminuye y el paciente del sexo masculino en casi todos los casos es impotente. La pauta del sueño se altera en una forma característica. Aunque habitualmente el individuo tarda un poco en quedarse dormido, despierta mucho más temprano que cuando se encontraba bien. La variedad diurna de su afecto depresivo también varía típicamente; suele ser

más grave en la mañana y disminuye conforme el día se acerca a su fin. A medida de que la depresión se vuelve más profunda, el enfermo interpreta todo en función de su desesperanza y su desaliento.

En forma ocasional el paciente refiere no tener sentimientos. Otros enfermos se quejan de que las cosas parecen extrañas y poco naturales (sentimientos de irrealidad). Habitualmente se dan cuenta de que el cambio, provocado por la influencia del tono afectivo deprimido sobre las percepciones, por la pérdida de interés en los fenómenos externos y por el trastorno en la relación afectiva con dichos fenómenos, está en ellos mismos y no en la naturaleza fundamental de los objetos ambientales.

Muchos pacientes suelen tener un miedo indefinido o un sentimiento de desastre inminente que a menudo se acompaña de una actitud de sumisión ante el destino. El enfermo no responde ante los consejos comprensivos y afectuosos, de modo que los esfuerzos que se hacen para tranquilizarlo son inútiles. No es raro que se presenten con una sensación de miedo que, si es intensa, puede obnubilar la conciencia y provocar en el enfermo un estado de confusión.

En la depresión retardada se inhibe el curso del pensamiento y la actividad psicomotora. El paciente retardado habla con lentitud pareciendo no encontrar las palabras; dá respuestas breves, con frecuencia monosilábicas o dichas en voz baja. Es habitual que cuando se le hace una pregunta, comience y no termine la respuesta, o bien la complete hasta que el interlocutor se aleje. en ocasiones apenas mueve los labios, pero no logra proferir ninguna respuesta inteligible. Sus esfuerzos para hacer decisiones dan como resultado vacilación o perplejidad.

En el campo psicomotor, la conducta que se dirige hacia el exterior se retarda e inhibe cada vez más. Hay lentitud tanto para iniciar las acciones como para ejecutarlas. El enfermo se queja de incapacidad para efectuar las actividades que se le sugieren y cada tentativa requiere gran esfuerzo de su parte. El retardo puede ser tan intenso que llega al grado de estupor.

En los estados depresivos, las ideas del paciente tienden a representar una expresión proyectada de sus sentimientos interiores y una racionalización de sus afectos. Las ideas delirantes, tanto en los pacientes depresivos parecen ser más el reflejo de su estado de ánimo que verdaderas ideas delirantes de tipo esquizofrénico. Caracterizándose las ideas delirantes del paciente depresivo por autodesprecio, ideas de culpa, remordimiento, autoacusación e hipocondría. Es frecuente que las ideas del enfermo muestren una tendencia paranoide y persecutoria, con sospechas y quejas respecto a todos. Esto sucede con mayor frecuencia cuando la personalidad prepsicótica del paciente se caracterizó por hipersensibilidad y sentimientos de inferioridad.

El paciente suele conservar la orientación, a menos que debido a su sufrimiento afectivo llegue a preocuparse al grado de alterar su atención, ya que puede estar confuso si su miedo es intenso. Los enfermos deprimidos habitualmente tienen poco o ningún apetito y algunos se desnutren gravemente si no se les anima o se les obliga a comer. Siendo necesario en algunas ocasiones, llegar a darles de comer en la boca o a través de una sonda. Esta incapacidad para comer resulta de la profunda inhibición psicomotora, o de que el paciente cree que no merece el alimento, o del deseo de morir. El sentimiento de indignidad y el deseo de autocastigo a menudo provocan intentos suicidas y en ocasiones inducen al enfermo a mutilarse.

La forma más intensa de la fase depresiva es el estupor depresivo. Se trata de un estado de inhibición profunda, en el cual prácticamente no hay actividad motora espontánea. Existe una inmovilidad completa, o casi completa, con un mínimo de respuesta ante los estímulos externos. El paciente está mudo; la percepción de sus órganos de los sentidos se obtunde y el individuo muestra preocupación intensa, a menudo con ideas de muerte y con alucinaciones de tipo onírico. Su cara es como una máscara o bien muestra una expresión rígida de angustia. Muchos tienen que ser alimentados a través de una sonda, y algunos otros orinan y defecan sin quitarse la ropa.

Los enfermos ancianos deprimidos pueden manifestar síntomas mentales orgánicos como confusión, desorientación y defectos en la memoria, que mejoran o incluso desaparecen cuando el enfermo se recupera de la depresión. No es raro que una depresión termine con una breve reacción hipomaniaca.

Existe la posibilidad de que se cometan crímenes violentos durante las psicosis maniacodepresivas. Tales crímenes son más frecuentes durante los estados depresivos que durante los maniacos, probablemente por el hecho de que la depresión puede ser el resultado de un debilitamiento en la represión del odio y las tendencias agresivas. Siendo más frecuente que las mujeres deprimidas cometan más homicidios que los hombres deprimidos. Habitualmente la víctima no sólo es uno de los miembros de la familia del enfermo, sino el que en apariencia es el más querido. Se ha sugerido que el homicidio puede considerarse como una extensión del impulso suicida. Si se piensa que el suicidio es un acto de agresión contra sí mismo, entonces el homicidio (en los enfermos depresivos) podría considerarse como una extensión de la agresión, incluyendo no sólo al individuo que la experimenta sino también a las personas

que están más cerca de él, de modo que la víctima es casi una parte del propio ser.

PSICODINAMIA.- El estado maniacodepresivo tiene cierta psicopatología en común con otras reacciones depresivas, por ejemplo, el complejo depresivo mismo que consta de diversas combinaciones e intensidades de tristeza, angustia, rabia, vergüenza y culpa, afectos a los que se agrega una profunda sensación de desamparo, una disminución en la autoestimación y la inhibición general del funcionamiento de la personalidad.

En el depresivo psicótico se ve un desamparo primario, semejante a la respuesta infantil inerte ante la separación, que aparece poco antes o poco después de que ocurre la diferenciación personal. Por lo tanto se reconoce que este desamparo angustiado, o su representación en forma del aferrarse a otras personas que algunos enfermos muestran, es una profunda regresión afectiva. Cuando fallan las defensas ordinarias de la personalidad, en un individuo que tal vez está genética o constitucionalmente predispuesto, reaparece esta situación infantil de desamparo, y eso mismo genera también una gran parte de la pérdida de la autoestima.

La capacidad para establecer relaciones sociales cálidas que existe en el maniacodepresivo, surge tal vez de un contacto satisfactorio con la madre durante los primeros años de la infancia, gracias al cual el niño comienza a estructurar el núcleo inicial de su identidad personal y una sensación de seguridad. Sin embargo, el individuo no llega a controlar por completo la capacidad de aceptar separaciones, con las limitaciones que imponen y las respuestas afectivas asociadas.

En la respuesta a la depresión patológica se mantiene una fijación aparente, y a menudo compulsiva, respecto a la importante relación con un objeto que desean, o respecto a la representación simbólica de algún objetivo que les asegurará amor, respeto o poder y les permitirá escapar del aislamiento, la humillación y la sensación de debilidad. Así, incluso los depresivos niegan con persistencia las pérdidas, y a veces utilizan la proyección como defensa para no darse cuenta de las limitaciones personales impuestas a consecuencia de las pérdidas, ya sean reales o imaginarias.

La depresión ha sido considerada como el resultado de la angustia de una persona que ha experimentado una pérdida grande real o imaginaria, durante una de las primeras etapas del desarrollo. La pérdida se percibe como si fuera un rechazo, lo cual precipita la aparición de ira. Puesto que el sentimiento de ira no puede tolerarse, se reprime y cambia su dirección hacia adentro, hacia el propio yo. Aunque estos sentimientos de ira y hostilidad se reprimen, hacen que el individuo se sienta culpable, indigno y deprimido. (Abraham, 1948).

El paciente deprimido, debido a su superego rígido, no se permite exteriorizar sus tendencias hostiles y agresivas contra los demás, y las dirige entonces contra sí mismo o las expresa en forma proyectada. La influencia de los sentimientos patológicos de culpa y de los impulsos hostiles vueltos contra el propio ser pueden, por lo tanto, expresarse en forma de suicidio. El hecho de que los sentimientos de culpa y autoacusación pueden mitigarse si se adjudica a otros los motivos que crearon dichos sentimientos, contribuye a los rasgos paranoides que pueden acompañar a la depresión. Si la liberación de los impulsos reprimidos es demasiado amenazadora, la depresión puede acompañarse de expresiones manifiestas de angustia. (16).

El modo más fácil y natural en el cual se puede racionalizar un sentimiento impreciso de culpa o remordimiento, es ligarlo a una falta banal durante la juventud; el enfermo encuentra así en su conciencia el sentimiento de realidad que requiere.

Habitualmente se encuentra que dicha falta fue un hecho trivial, aunque la conciencia socialmente determinada del individuo nunca la aprobó por completo. A ese lapso y a su representación ideatoria se desplaza toda la energía del afecto ligado a los deseos y al material repudiados, los cuales se han reprimido casi en todos los casos con dificultad y durante un largo período. La idea de la falta juvenil recibe el afecto desplazado, que sirve para racionalizar y hacer concreto el vago sentimiento de culpa que surge de las tendencias y deseos repudiados. (6)

#### CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR:

A. Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales.

El estado de ánimo disfórico se caracteriza por los siguientes síntomas: depresión, tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, falta de iniciativa e irritabilidad. La alteración del estado de ánimo puede ser predominante y relativamente persistente, aunque no siempre es el síntoma más llamativo; en cualquier caso, no hay cambios momentáneos de un estado de ánimo disfórico a otro; como ocurre con el paso de la ansiedad a la depresión o a la cólera, tal como se observa en los estados de confusión psicótica aguda (el estado de ánimo disfórico en los niños menores de seis años puede inferirse a partir de la persistente tristeza de la expresión facial).

**B.** Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han estado presentes casi diariamente, durante dos semanas como mínimo:

- 1) poco apetito o pérdida significativa de peso (sin estar bajo dieta) o aumento del apetito con ganancia significativa de peso;
- 2) insomnio o hipersomnias;
- 3) agitación o enlentecimiento psicomotor (no bastan los sentimientos subjetivos de inquietud o de estar enlentecido);
- 4) pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución de la motivación sexual fuera de los periodos delirantes o alucinatorios;
- 5) pérdida de energía, fatiga;
- 6) sentimientos de inutilidad, autorreproche o de culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante);
- 7) quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración o pensamiento, tales como enlentecimiento del pensamiento o indecisión no acompañada de incoherencia o pérdida notable de la capacidad asociativa.
- 8) pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio.

**C.** Cuando no está presente el síndrome afectivo (veanse criterios A y B, ya citados más arriba); es decir antes de que se haya desarrollado, o después de haber remitido, ninguno de los siguientes síntomas dominan el cuadro clínico:

- 1) preocupación por ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo (vease definición más abajo);
- 2) conducta extraña.



D. No hay sobreañadida una esquizofrenia, ni un trastorno esquizofreniforme, ni un trastorno paranoide.

E. Todo ello, no es debido a ningún otro trastorno mental ni al duelo no complicado.

CRITERIOS PARA LA SUBCLASIFICACION DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR EN EL QUINTO DIGITO,

(Cuando hay síntomas psicóticos y melancolía, el sistema de codificación requiere que el clínico registre la característica clínicamente más significativa.)

6: EN REMISION. Esta categoría del quinto dígito deberá utilizarse para los sujetos que han cumplido con anterioridad todos los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor completo, pero que en la actualidad están libres esencialmente de síntomas, o presentan algunos síntomas del trastorno sin cumplir todos los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor.

4: CON SINTOMAS PSICOTICOS. Esta categoría del quinto dígito deberá utilizarse cuando haya un gran deterioro, evidenciado a través de los test, así como cuando haya ideas delirantes o alucinaciones, o estupor depresivo (el sujeto no responde a los estímulos del mundo). Cuando sea posible, se especificará si los síntomas psicóticos son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

SINTOMAS CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO.

Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido esta completamente de acuerdo con los temas de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo, o merecimiento de castigo; estupor depresivo (el sujeto permanece mudo o no responde a los estímulos).

SINTOMAS PSICOTICOS NO CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO.

Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no comprende temas de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo, o de merecimiento de castigo. Se incluyen síntomas tales como ideas delirantes de persecución, inserción del pensamiento, difusión del pensamiento, e ideas delirantes de control cuyo contenido no tiene relación aparente con los temas reseñados más arriba.

3: CON MELANCOLIA.

A. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.

B. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no sentirse mejor incluso cuando de forma temporal sucede algo bueno).

C. Tres de los siguientes síntomas, como mínimo:

- a) una inconfundible cualidad de estado de ánimo deprimido; es decir, se percibe el estado de ánimo como una clase de sentimiento inconfundiblemente diferente del que se experimenta después de una muerte o de una pérdida de relación amorosa.
- b) la depresión suele ser más intensa por la mañana;
- c) despertar temprano por la mañana (dos horas antes de la hora habitual, como mínimo);
- d) notable enlentecimiento o agitación psicomotriz;
- e) anorexia significativa o pérdida de peso;
- f) sentimientos de culpa inapropiados y excesivos.

2: SIN MELANCOLIA.

0: SIN ESPECIFICAR. (7)

**PARANOIA.-** Psicosis crónica caracterizada por un delirio más o menos sistematizado, el predominio de la interpretación, la ausencia de debilitación intelectual, y que generalmente no evoluciona hacia la deterioración.

Freud incluye en la paranoia no sólo el delirio de persecución, sino también, la erotomanía, el delirio celotípico y el delirio de grandezas.

(Laplanche J., Pontalis J-B, 1977).

La paranoia es un trastorno mental crónico de desarrollo insidioso, que se caracteriza por ideas delirantes persistentes, inalterables, sistematizadas y lógicamente razonadas. El comportamiento general, el habla y las reacciones emocionales y de conducta no se alteran, excepto por la influencia que sobre ellas ejercen las creencias delirantes, que se vuelven el motivo predominante y la guía de la vida del enfermo y pueden, por lo tanto, alterar gravemente la prudencia y el juicio. El síntoma más conspicuo en estos enfermos se encuentra en el campo del pensamiento. (Kahlbaum, 1983).

Las causas de la paranoia y los estados paranoicos son de origen psicológico, encontrándose entre estas causas, los anhelos ambiciosos, pero frustrados, el hecho de que la personalidad sienta la necesidad de defenderse contra tendencias indeseables e impulsos repudiados; los sentimientos de inseguridad, de culpa u otros factores angustiantes; el fracaso continuo al no lograr objetivos sobrevalorados, o a la necesidad de aumentar el propio prestigio o la autoestima. Pudiendo existir vivencias traumáticas específicas como factores contribuyentes. Usualmente, se ha encontrado que el paranoico proviene de una familia en extremo autoritaria, áspera y cruel en grado excesivo. Siendo frecuente que alguno de los padres, generalmente el del mismo

sexo que corresponde al enfermo, haya sido una persona hostil y dominante, que rechazó al niño y por medio de acusaciones le produjo miedo, angustia, sentimientos de insuficiencia y de ser "niño malo", los cuales sin embargo, el paciente nunca llega a aceptar. En muchos casos, quizá en la mayoría, hubo una excesiva identificación temprana con el progenitor del sexo opuesto. Como resultado de las experiencias emocionales y las frustraciones suelen establecerse patrones de odio y agresión; no obstante, debiendo el niño hacer un esfuerzo para reprimirlos a causa del miedo que siente hacia uno de sus padres.

En muchos casos, cuando el enfermo era niño participó en una transgresión de los padres o de la familia, o bien observó dicha transgresión, o supo de su existencia, pudiendo su revelación haber acarreado graves consecuencias sociales tanto para el paciente o para aquella persona que la cometió. En algunas ocasiones el progenitor u otra persona niegan el acto y amenazan al niño, insistiendo en que guarde el secreto. Aumentándose así el uso de negación y racionalización en el niño. Simultáneamente el niño tiene que reprimir su propia rabia hacia la figura parental con quien tuvo la experiencia. En otras ocasiones, las fantasías del niño acerca de transgresiones paternas, maternas o de la familia funcionan de la misma manera. En tales circunstancias, la naturaleza de la conducta conduce al niño, al joven o al adulto, hacia el aislamiento respecto a los contactos sociales y así llega a sentirse rechazado. Pudiendo esto contribuir al estímulo del resentimiento y aportar un elemento paranoide a la personalidad que se está desarrollando, y finalmente puede culminar en la psicosis paranoide. A veces la lástima hacia sí mismo o la rivalidad con un hermano parece facilitar el establecimiento de las tendencias paranoides.

El individuo que en el futuro será paranoide muestra tendencias molestas que le dificultan participar en los juegos afables de otros niños durante períodos largos. A menudo es un niño solitario, infeliz, que rumia sus ideas, inseguro, sin amigos con quién compartir sus confidencias e intercambiar proyectos. Es habitual encontrar que se trata de un niño suspicaz, terco, reservado, obstinado y rencoroso ante la disciplina. Tendiendo a la hosquedad ante cualquier oposición, caracterizándose por ser pendenciero, malhumorado e irritable. Conforme la adultez se vá haciendo más cercana, las características de la personalidad de los primeros años se acentúan. El futuro paciente se vuelve cada vez más sensible respecto a la actitud y la conducta de los demás, exagerando los detalles más insignificantes que le preocupan intensamente y pensando a veces que los demás quieren hacerle daño. Su sentido del humor suele ser precario y da la impresión de ser egoísta, sarcástico, derogatorio, querellador, amargado y rencoroso.

Habitualmente la persona paranoide siempre ha criticado todo, ha sido exigente, inflexible, parcial, desconfiada, impaciente e inclinada a desafiar los convencionalismos, siendo característico mostrar una exagerada tendencia a las discusiones con intransigencia y agresividad. Sus relaciones interpersonales tienden a ser difíciles, ya que al acercarse a los demás vá predispuerto a disgustarse ante el más mínimo detalle. Su deseo de obtener éxito puede ser intenso y estar impelido a buscar objetivos que están más allá de su capacidad. No tolera que lo critiquen y es incapaz de aceptar las sujestiones que se le hacen; en cambio facilmente critica y menosprecia a los demás. En algunos aspectos suele ser muy eficiente debido a su meticulosidad y precisión, pero siempre se muestra celoso e inadaptable. Estas características pueden intensificarse en forma gradual e insidiosa hasta que

el paciente es declarado psicótico. Las fuentes de la personalidad paranoide y de la psicosis paranoide se encuentran en los mismos problemas y en los mismos factores. Dicha psicosis representa la prolongación y el desarrollo progresivo de la personalidad paranoide. En algunos casos, al igual que en otras reacciones paranoides, la fuente de la psicopatología parece encontrarse en impulsos homosexuales reprimidos.

En la vida cotidiana el miedo y la inseguridad se expresan bajo disfrases como mezquindad, hipersensibilidad, iracibilidad, argumentación interminable, compensación excesiva, aislamiento, egoísmo o cinismo. Incluso la cautela puede transformarse en constante sospecha.

Las heridas reales o imaginarias en el orgullo tienden a dar como resultado sentimientos de rencor y amargura de duración variable. La personalidad paranoide bien definida a menudo parece desplegar un genio notable para localizar, en las situaciones cotidianas habituales, exactamente las desatenciones menudas, las negligencias o los menosprecios insignificantes que los demás pasan por alto, pero que él agranda hasta convertirlos en problemas cruciales, no del todo imaginarios, pero sumamente exagerados.

El individuo con personalidad paranoide puede ser agresivo en exceso, ya que ve a un agresor en cada una de las personas que lo rodean. Esto lo hace sentir que su guerra contra el mundo tiene como causa la propia defensa. Como resultado de las afirmaciones que hace, sus modales y su conducta, tiende a alejar a los amigos y a crear enemigos.

En la personalidad paranoide se encuentra una exageración de la tendencia común a atribuir la responsabilidad a otras personas, a repudiar los aspectos de la propia personalidad

que no concuerdan con los estándares que el individuo mismo se ha fijado, a obtener satisfacción por medio de tendencias compensadoras, a mantener la autoestimación elaborando para los propios fracasos explicaciones emocionalmente satisfactorias, pero irracionales, y a atribuir a los demás motivos hostiles o agresivos. Los desengaños, la humillación o las injurias prolongadas pueden acentuar una tendencia paranoide de incluso parecen precipitar la psicosis paranoide. Por lo tanto, las causas de la paranoia deberán buscarse en la necesidad de proteger los aspectos particularmente vulnerables de la personalidad, en el anhelo de lograr un prestigio mayor del que ameritan los éxitos del paciente, en los conflictos mentales particulares del individuo, en las frustraciones, en los miedos imprecisos, y en una necesidad de aliviar (culpando a otros) la propia angustia debida a sentimientos de culpa. (6)

PSICOPATOLOGIA.- Las tendencias paranoides rara vez se vuelven tan intensas como para justificar un diagnóstico de paranoia antes de los 30 años de edad. Su prevalencia suele ser más acentuada en hombres. Siendo el síntoma inicial de la paranoia y de los estados paranoides, un sistema rígido y persistente de ideas delirantes, que en ocasiones son originados a partir de un hecho real. El contenido de las ideas paranoides varía mucho y está determinado primariamente por las particulares necesidades psicológicas que el enfermo intenta satisfacer por medio de ellas, y secundariamente por el tipo de racionalización que concuerda con las ideas y creencias que predominan en el ambiente del enfermo.

El paranoide defiende vigorosamente sus racionalizaciones y muestra una convincente seriedad cuando trata de convencer a otra persona de que sus ideas delirantes son reales.

La superior dotación intelectual del paranoico puede permanecer sin alteraciones. El juicio del enfermo puede ser defectuoso sólo en relación con su sistema de creencias anormales, que suelen desarrollarse lentamente y llega a ser intrincado y complicado. Las ideas que predominan son de persecución o de grandiosidad expansiva o contienen ambos temas. Conforme se desarrollan los giros persecutorios, el paciente atribuye motivos hostiles o agresivos a otras personas, alimenta sus razones para quejarse, y se vuelve cada vez más reservado. Durante el primer período de su psicosis puede ser hipocondríaco o inquieto. Puede volverse deprimido, sombrío o mal intencionado, vengativo y con tendencia a rumiar ideas ásperas. Los malos entendimientos y las interpretaciones equivocadas se convierten en ideas delirantes de persecución. El paranoico tiende a buscar motivos ocultos en las demás personas y a malinterpretar los hechos.

El paciente, en su esfuerzo por controlar sus impulsos hostiles, en los cuales suele encontrarse el origen de la reacción paranoica, los proyecta y los experimenta como si otras personas dirigieran tales impulsos contra él. Como está lleno de odio, siente y cree ser la víctima de perseguidores que de hecho, sólo son los objetos en quienes ha proyectado su propio odio.

El estado de ánimo de muchos paranoicos es de mal humor prolongado. Aparecen ideas de referencia; existe un significado escondido en todo lo que sucede en torno al enfermo; en los comentarios e incidentes banales cree adivinar significados secretos; el paciente se imagina desaires y afrentas; adjudica un profundo significado a los detalles triviales de la conducta de otras personas. Los vagos sentimientos de miedo tienden a aumentar las sospechas del enfermo a los pensamien-



tos mal intencionados.

Las ideas delirantes se extienden: el paciente cree que la gente propaga mentiras acerca de él; que hay personas que se entremeten en sus cartas; cree escuchar por casualidad comentarios acusadores; en cada mano observa hostilidad y celos; piensa que alguien interfiere en sus planes para emprender algún negocio; se siente víctima de alguna conspiración y los agentes de organizaciones sociales malévolos lo persiguen; los perseguidores tratan de esconder su identidad bajo diversos disfraces. Puede deprimirse o incluso intentar suicidarse porque siente que le abruma el ambiente al cual no puede hacer frente.

Tanto en la forma persecutoria como en las otras formas de paranoia existe un tema central de ideas delirantes que llena la vida entera del paciente.

El efecto determina la lógica del paciente, en donde los incidentes del pasado reciben una nueva interpretación y son adaptados al armazón de la persecución actual; siendo conocido este proceso como falsificación retrospectiva.

En todas las reacciones paranoides, el paciente, confiado siempre en que tiene la razón, se aferra en forma obstinada a sus opiniones, puesto que su seguridad interior no le permite sentirse de otra manera.

Una forma frecuente de paranoia es el tipo litigante. Las actividades litigantes no suelen aparecer sino hasta después de alguna experiencia legal que no resultó tan bien como el paciente deseaba. Nunca logra darse cuenta de que no ha demostrado que tiene la razón. Cada nuevo litigio le acarrea nuevas controversias y nuevos motivos de queja, debido a los cuales el paciente siente un impulso a buscar un resarcimien-

to. Fundamentalmente, a menudo no se trata de una cuestión de ley y justicia, como el enfermo afirma, sino de tentativas para demostrar que él la tiene y que es superior; todo esto con objeto de aliviar su sensación de inseguridad y proteger los puntos débiles de su personalidad.

En el tipo exaltado de paranoia, las ideas de grandeza pueden aparecer después de una larga etapa precedente de persecución; en ocasiones la grandiosidad se presenta prácticamente desde el principio de la psicosis. Las ideas de invención constituyen una forma frecuente de grandiosidad. Los pacientes con tales creencias, suelen descuidar su habitual método de subsistencia y consagran todo su tiempo a dibujar planos y a construir maquetas. En este tipo de paranoia, el enfermo puede sentir que es el portador de una misión y trata de conseguir su objetivo impracticable con más fervor que juicio. También las ideas expansivas pueden consistir en la creencia de un origen noble, e intentando actuar el papel que dichas ideas le han asignado.

En algunos estados paranoicos las creencias exaltadas son de naturaleza religiosa. El enfermo se siente escogido de Dios, es Cristo, profetiza la guerra y cree tener poderes sobrenaturales.

Ocasionalmente la paranoia asume la forma erótica. El paciente cree que alguna mujer aristócrata o rica, a quien vio o conoció por casualidad, está enamorada de él. Le escribe cartas amorosas y a veces poemas. Como ella no le contesta, el enfermo piensa que es exclusivamente con intención de probar su amor. En las noticias de los periódicos, en el vuelo de los pájaros y en diversos incidentes, el paranoico reconoce indicios disfrazados de las gracias de las que ella se hace valer para agradecerle su presente y sus signos de amor por

41. Estos pacientes pueden volverse fastidiosamente persistentes en la atención que dan a la mujer escogida y su actitud puede volverse amenazadora.

Entre las causas habituales por las que se confina a los enfermos paranoicos se cuentan: intentos homicidas o suicidas, el hecho de escribir cartas anónimas a personas que ocupan algún puesto de autoridad, los litigios absurdos o las afirmaciones persistentes de que están siendo víctimas de una conspiración. (Freedman, 1967).

PSICODINAMIA.- Como agentes dinámicos que producen o contribuyen a producir un tipo fijo de reacción paranoica, se cuentan: la disparidad entre los logros individuales y la ambición; las primeras experiencias fuertemente cargadas de afecto; los sentimientos vagos o subconscientes de insatisfacción o irritación consigo mismo; las lesiones en la autoevaluación y otras necesidades de defensa. Se considera que los impulsos homosexuales reprimidos pueden ser un factor genético. La persistencia de impulsos homosexuales, no reconocidos conscientemente, puede originarse en más de un factor, pero es más frecuente a partir de restos infantiles y huellas maternas; si durante la pubertad una posesividad materna excesiva e inhibitiva impide la maduración de los aspectos psicosexuales de la personalidad de su hijo, éstos pueden fijarse y nunca lograr un desarrollo heterosexual maduro. La fijación homosexual paranoica es el componente agresivo, hostil y competitivo de la liga homosexual, con énfasis excesivo sobre la liga libidinosa hacia una persona del mismo sexo. (Carr, 1963).

El paranoico consciente e inconscientemente se percibe a sí mismo como débil, defectuoso o inadecuado, ya sea que evalúe su actitud desde el punto de vista social, vocacional o sexual;

por lo tanto construye una estructura de defensa proyectiva que es el sistema paranoide. (Ovesey, 1962).

Según Freud, es a través del mecanismo de proyección, gracias al cual el afecto original reprimido, y por ende conscientemente rechazado, es invertido y transferido al objeto de los impulsos homosexuales. Como el "Lo amo" del paciente es conscientemente inadmisibile, se cambia por "No lo amo; lo odio", que para ser aceptable requiere la proyección en forma de "El me odia", y se elabora hasta quedar como "El me persigue". (Freud, 1923).

El paranoico suele ser una persona de dotación intelectual superior; no obstante, su energía se gasta principalmente en repudiar deseos que él se niega a reconocer como tales, en hacer esfuerzos compensadores por medio de los cuales puede acrecentar su autoestimación, y en anhelar las satisfacciones que la vida no le ha proporcionado; en consecuencia, sus relaciones sociales se alteran y sus éxitos constructivos son nulos. El hecho de que la vida no le proporciona el éxito y las satisfacciones a los que ordinariamente tendría derecho dada su inteligencia nata, sin duda tiende a agravar las reacciones defensivas del paciente. Así mismo, la persona con dotación intelectual superior fácilmente encuentra racionalizaciones, proyecciones y mecanismos satisfactorios de defensa. (6)

#### CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS PARANOIDES:

Los síntomas esenciales consisten en persistentes ideas delirantes persecutorias o ideas delirantes de celos, no debidas a otros trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno afectivo, o trastorno mental orgánico. Los trastornos paranoides comprenden la paranoia, el

trastorno paranoide compartido y el trastorno paranoide agudo.

A. Ideas delirantes persecutorias o ideas delirantes de celos persistentes.

B. Emoción y conducta congruentes con el contenido del sistema delirante.

C. Duración de la enfermedad de una semana como mínimo.

D. Ninguno de los síntomas del criterio A de esquizofrenia, tales como ideas delirantes absurdas, incoherencia, o notable pérdida de la capacidad asociativa.

#### 297.10 PARANOIA.

La sintomatología esencial se centra en el desarrollo insidioso de un trastorno paranoide con un sistema delirante permanente e inquebrantable, acompañado de un pensamiento conservado, claro y ordenado. Frecuentemente, el sujeto se considera dotado de un talento único y superior.

#### CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE PARANOIA:

A. Cumple los criterios para el trastorno paranoide.

B. Un sistema delirante crónico y estable, de ideas de persecución, de seis meses de duración como mínimo.

C. No se cumplen los criterios para el trastorno paranoide compartido.

#### 298.30 TRASTORNO PARANOIDE AGUDO:

La sintomatología esencial se centra en un trastorno paranoide

de menos de seis meses de duración. Se observa con mayor frecuencia en sujetos que han experimentado drásticos cambios en su entorno, como inmigrantes, refugiados, prisioneros de guerra, ingresados en el servicio militar, o personas que abandonan su casa por primera vez. El inicio es habitualmente repentino y la alteración raramente llega a ser crónica.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO PARANOIDE AGUDO:

- A. Cumple los criterios para el trastorno paranoide.
- B. Duración de menos de seis meses.
- C. No cumple con los criterios para el trastorno paranoide compartido. (7)

**METODO:**

El enfoque clínico de investigación se sustenta en la aplicación del conocimiento, los conceptos y métodos científicos, sobre un individuo en particular denominado paciente, con el fin único de comprenderle y obtener por medio de esta comprensión, el bienestar del mismo. Por lo tanto, las vías habituales de reducción de variables, o control de laboratorio, no resultan suficientemente adecuadas cuando se intenta comprender y explicar los diferentes comportamientos consecuentes de una multiplicidad de variables en constante interacción. El comportamiento se expresa entonces de acuerdo a la combinación que las variables presentan, no siendo posible obtener una repetitividad "Experimentalmente" entendida, pudiendo a lo sumo, recurrir a una terminología más amplia, que se engloba en títulos de personalidad, síndromes, trastornos etc.

Por consiguiente, esta investigación se limita a la recopilación de las conclusiones obtenidas, buscando un valor significativo, que permita establecer una interpretación de los datos observados, sobre bases predominantemente empíricas, sustentándose en el METODO DE CONTRASTACION DE VARIABLES observadas dentro de los cinco grupos de patologías estudiadas.

VENTAJAS DEL METODO: La interpretación de la expresión pictórica esta en concordancia con la interpretación de otras técnicas proyectivas gráficas, que se emplean habitualmente dentro de la batería tradicional de pruebas para el psicodiagnóstico, por lo que su manejo es accesible para el psicólogo que se desempeña dentro del campo clínico. Y pudiéndose contar con la ventaja en relación a otras técnicas proyectivas, en que su aplicación no requiere un límite en el número de veces, ni en su relación temporal entre una y otra aplicación, así mismo la expresión pictórica puede ser

aplicada ANTES, DURANTE o POSTERIOR a la aplicación de los test de rutina, permitiendo ubicar al paciente dentro de una categoría nosológica, y a su vez, funcionar como una técnica de seguimiento en la valoración de los cambios que el proceso terapéutico tanto farmacológico como de psicoterapia han alcanzado.

El material que se requiere no es muy costoso, y se facilita su adquisición, ya que existe en el mercado una gama amplísima de alternativas a elegir, tanto en el tipo de papel como de lápices de colores, crayolas, plumones, marcadores, tizas, acuarelas, etc. Así mismo, el espacio físico dentro del ámbito de hospitalización, puede ser desde el propio consultorio de psicología, hasta la habitación del mismo paciente, incluyendo áreas de recreación común dentro de los pabellones.

LIMITANTES DEL METODO: Los datos proyectivos son el producto de una multiplicidad de variables, siendo imposible sustentar su investigación por medio del método científico tradicional, ya que cada respuesta tiene ex apariencia, muchos posibles orígenes, haciendo el procedimiento difícil y requiriendo para ello una investigación muy minuciosa, así como un mayor control que impida incurrir en hipótesis imaginarias y poco confiables, en las que el psicólogo clínico inexperto, sustentado en un ámbito de mayor libertad para la interpretación se dejase llevar por la superficialidad.

El único criterio de confiabilidad con que cuenta esta técnica proyectiva, son los rasgos recurrentes, dentro de una tendencia elevada a permanecer constantes. Por lo que se requiere de un seguimiento a largo plazo, que permita cotejar los datos obtenidos, con otras técnicas de comprobada eficacia.



PROCESO:

Se aplicó un test de expresión pictórica, con tema libre, a un grupo de 35 (treinta y cinco) pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica San Rafael. Cursando con cuadro de sintomatología florida de psicosis funcional, bajo los criterios diagnósticos del DSM III, con descarte previo de patología orgánica aunada.

A partir de la edad mínima de ingreso, de 15 (quince) años, hasta la más avanzada, que reuniese los requisitos previos de diagnóstico establecido.

Recopilación de datos en fichas de registro que incluyen:

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO,  
 Nº DE EXPEDIENTE,  
 SEXO,  
 EDAD,  
 ESCOLARIDAD: COMPLETA/INCOMPLETA,  
 OCUPACION,  
 Nº DE INGRESOS,  
 DIAGNOSTICO,  
 TIEMPO DE EJECUCION,  
 ACTITUD FRENTE AL ESTUDIO,  
 MATERIALES ELEGIDOS,  
 FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL,  
 TITULO,  
 INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS.

Se le presentó al paciente el siguiente material:

LAPICES DE 36 DIFERENTES COLORES,

CRAYOLAS DE CERA DE 24 DIFERENTES COLORES,  
 MARCADORES DE 16 DIFERENTES COLORES,  
 PLUMONES DE 16 DIFERENTES COLORES,  
 TIZAS DE 36 DIFERENTES COLORES,  
 CARBONCILLO,  
 PASTILLAS DE ACUARELA DE 24 DIFERENTES COLORES,  
 8 PINCELES DE DIFERENTE GROSOR,  
 RECIPIENTE CON AGUA,  
 PLIEGO DE CARTULINA BLANCA DE 66 X 51 CMS.

La consigna para la aplicación del estudio fué:

"FINTE USTED ALGO, PUEDE ELEGIR EL MATERIAL QUE GUSTE".

Ha hubo límite de tiempo para el desarrollo del trabajo.

Al término del estudio, se sugirió la puesta de título para el mismo, en aquellos pacientes que lo habían omitido.

Se corroboró el diagnóstico de psicosis funcional, en aquellos pacientes a quienes se les aplicó el estudio en una etapa temprana a su internamiento.

El estudio fue aplicado en el consultorio de psicología de los correspondientes pabellones de la Clínica Psiquiátrica San Rafael. (cita en Insurgentes Sur 4177, Tlalpan, Méx.).

Los horarios que se eligieron para la aplicación del estudio fueron: de 10:00 a.m. a 12:30 p.m. y de 4:00 p.m. a 6:30 p.m. de martes a viernes.

La fecha de aplicación del estudio, abarcó el período del 25 de junio al 30 de agosto de 1987.

**PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION:**

El procesamiento de la información se llevó a cabo en seis etapas:

- 1.) Recabación de datos de las fichas de registro.
- 2.) Codificación de los datos.
- 3.) Revisión de la Bibliografía seleccionada.
- 4.) Análisis del trabajo de expresión pictórica de los pacientes.
- 5.) Análisis de la correlación de los datos de registro, con el trabajo de expresión pictórica de los pacientes.
- 6.) Desarrollo de fichas estadísticas a partir de los resultados.

INVENTARIO DE DATOS, de pacientes con diagnóstico de ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:

Nº DE PACIENTES: (16).

SEXO: F(4), M(12).

EDADES: 18, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 32, 33,  
34, 35, 38, 39.

ESCOLARIDAD: PRIMARIA INCOMPLETA (1),  
PRIMARIA COMPLETA (2),  
SECUNDARIA INCOMPLETA (2),  
PREPARATORIA INCOMPLETA (2),  
PREPARATORIA COMPLETA (3),  
PROFESIONAL INCOMPLETA (2),  
PROFESIONAL COMPLETA (4).

OCUPACION: HOGAR (1),  
ESTUDIANTE (1),  
RELIGIOSA (1),  
CAMPEÑO (1),  
AUXILIAR DE ADMON. (1),  
FOGONERO MARINO (1),  
NINGUNA (10).

ACTITUD: MUY RENUEENTE (2),  
RENUEENTE (1),  
COOPERADORA (13).

ELECCION DEL MATERIAL: IMPULSIVA (2),  
RACIONAL TITUBEANTE (1),  
RACIONAL (13).

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO AGRESIVO (3),  
EXPANSIVO (10),  
CONSTRICATIVO (3).

SECUENCIA: CONGRUENTE (10),  
INCONGRUENTE (6).

TAMAÑO: MACROGRAFICO (11),  
MIXTO (1),  
PROPORCIONADO (1),  
MICROGRAFICO (3).

PRESION: MIXTA (8),  
HIPERTONICA (8).

TRAZO: CORTOS CON PREDOMINIO DE RECTAS REFORZADAS SOBRE  
CURVAS (9),  
LARGO CON REFORZAMIENTO DE RECTAS, AUNADAS A CUR-  
VAS Y REDONDELES (2),  
LARGO CON PREDOMINIO DE RECTAS SOBRE CURVAS (3),  
LARGO CON PREDOMINIO DE CURVAS SOBRE RECTAS (1),  
LARGO CON ALTERNANCIA DE RECTAS Y CURVAS (1).

DETALLES: ABUNDANTES (6),  
ABUNDANTES CON GEOMETRISMOS (3),  
ABUNDANTES CON NUMERALES Y CALIGRAFIA (1),  
ABUNDANTES CON SOMBRADO (1),  
ABUNDANTES CON RIGIDEZ (2),  
ESCASOS (2),  
ESCASOS CON GEOMETRISMOS (1).

SIMETRIA: ASIMETRICO (14),  
SIMETRICO (2).

EMPLAZAMIENTO: TOTAL (CUBRE TODO EL PLEGO) (5),  
SUPERIOR CENTRAL (5),  
CENTRAL (1),  
INFERIOR CENTRAL (2),  
SUPERIOR IZQUIERDO (1),  
SUPERIOR DERECHO (1).

MOVIMIENTO: ESTÁTICO (14),  
POSITIVO (2).

SÍNTESIS: ORDENADA (6),  
DEFECTUOSA (9),  
DESINTEGRADA (1).

ANTROPOMORFISMOS: (0).

TRANSPARENCIAS: (7).

SOBRESIMBOLIZACIONES: (5).

GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: (12).

ESTERIOTIPOS: (7).

RESULTADOS:

El predominio de las estructuras en la expresión pictórica de pacientes con cuadro de ESQUIZOFRENIA PARANOIDE fue el siguiente:

SEXO: F 25%, M 75%.

EDADES: De 2ª a 4ª década de la vida.

ESCOLARIDAD: Primaria incompleta 6.25%,  
Primaria completa 12.5%,  
Secundaria incompleta 12.5%,  
Preparatoria incompleta 12.5%,  
Preparatoria completa 18.75%,  
Profesional incompleta 12.5%,  
Profesional completa 25%.

OCUPACION: Activa 37.5%, Ninguna 62.5%.

ACTIVIDAD: Muy remuente 12.5%,  
Remuente 6.25%,  
Cooperadora 81.25%

ELECCION DEL MATERIAL: Impulsiva 12.5%,  
Titubeante 6.25%,  
Racional 81.25%.

MANEJO DEL ESPACIO: Expansivo Agresivo 18.75%,  
Expansivo 62.5%,  
Constrictivo 18.75%.

SECUENCIA: Congruente 62.5%,  
Incongruente 37.5%.

TAMAÑO: Macrográfico 68.75%,  
Mixto 6.25%,  
Proporcionado 6.25%,  
Micrográfico 18.75%.

PRESION: Mixta 50%,  
Hipertónica 50%.

TRAZO: Cortos con predominio de rectas reforzadas sobre  
curvas 56.25%,  
Largo con reforzamiento de rectas, aunadas curvas  
y redondeles 12.5%,  
Largo con predominio de rectas sobre curvas 18.75%,  
Largo con predominio de curvas sobre rectas 6.25%,  
Largo con alternancia de rectas y curvas 6.25%.

DETALLES: Abundantes 81.25%,  
Geometrismos 18.75%,  
Números y Caligráficos 6.25%,  
Sombreado 6.25%,  
Escasos 12.5%,  
Geometrismos 6.25%.

SIMETRIA: Asimétrico 87.5%,  
Simétrico 12.5%.

EMPLAZAMIENTO: Total (cubre todo el pliego) 31.25%,  
 Superior Central 31.25%,  
 Central 12.25%,  
 Superior Izquierdo 6.25%,  
 Superior Derecho 6.25%.

MOVIMIENTO: Estático 87.5%,  
 Positivo 12.5%.

SINTESIS: Ordenada 37.5%,  
 Defectuosa 56.25%,  
 Desintegrada 6.25%.

TRANSPARENCIAS: 43.75%.

SORRESIMBOLIZACIONES: 31.25%.

GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: 75%.

ESTEROTIPOS: 43.75%.

Los pacientes con padecimiento de Esquizofrenia Paranoide, se mostraron en la mayoría de los casos, cooperadores, con pocas verbalizaciones; eligieron el material de forma racional, con una marcada preferencia por el color café, entre otros; el manejo del espacio tendió a la expansividad; la secuencia fue congruente y el tamaño macrogáfico en muchos de los casos; la presión tendió a ser hipertónica y mixta; el trazo se caracterizó por el predominio de rectas reforzadas sobre curvas; los detalles abundantes en la mayoría de los casos; con prevalencia a la simetría y a la estaticidad; de síntesis defectuosa, con riqueza de grafismos tanto caligráficos como numerales. La mayoría de los trabajos fueron primitivos, y simplistas, carentes de valores estéticos o de armonía constructiva. Cabe hacer destacar el alto nivel académico de este grupo de pacientes.



**INVENTARIO DE DATOS, de pacientes con diagnostico de ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA:**

**Nº DE PACIENTES:** (6).

**SEXO:** F (2), M(4).

**ESCOLARIDAD:** PRIMARIA COMPLETA (1),  
SECUNDARIA COMPLETA (1),  
PREPARATORIA COMPLETA (1),  
PROFESIONAL INCOMPLETA (3).

**OCUPACION:** EMPLEADO (1),  
COMERCIANTE (2),  
NINGUNA (3).

**ACTITUD:** COOPERADORA (6).

**ELECCION DEL MATERIAL:** RACIONAL (5),  
TITUBEANTE (1).

**MANEJO DEL ESPACIO:** EXPANSIVO (5),  
CONSTRUCTIVO (1).

**SECUENCIA:** CONGRUENTE (5),  
INCONGRUENTE (1).

**TAMAÑO:** MACROGRAFICO (6).

**PRESION:** MIXTA (3),  
HIPERTONICA (3).

**TRAZO:** LARGOS CON PREDOMINIO DE CURVAS (4),  
LARGO CON PREDOMINIO DE RECTAS (2).

**DETALLES:** DOBLE CONTORNO (4),  
GEOMETRISMOS (2),  
PERSPECTIVA (1).

**SIMETRIA:** ASIMETRICO (4),  
SIMETRICO (2).

EMPLAZAMIENTO: TOTAL (CUBRE TODO EL PLIEGO) (4),  
CENTRAL (2).

MOVIMIENTO: ESTATICO (6).

SINTESIS: ORDENADA (5),  
DEFECTUOSA (1).

ANTRCPOMORFISMOS: (0).

TRANSPARENCIAS: (1).

SOBRESIMBOLIZACIONES: (2).

GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: (0).

ESTERIOTIPOS: (5).

RESULTADOS:

El predominio de las estructuras en la expresión pictórica de pacientes con cuadro de ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA fue el siguiente:

SEXO: F 33.32%, M 66.64%.

EDADES: De 2ª a 5ª década de la vida.

ESCOLARIDAD: Primaria completa 16.66%,  
Secundaria completa 16.66%,  
Preparatoria completa 16.66%,  
Profesional incompleta 50%.

OCUPACION: Activa 50%, Ninguna 50%.

ACTITUD: Cooperadora 100%.

ELECCION DEL MATERIAL: Racional 83.34%,  
Titubenate 16.66%.

MANEJO DEL ESPACIO: Expansivo 83.34%,  
Constrictivo 16.66%.

- SECUEZCIA:** Congruente 83.34%,  
Incongruente 16.66%
- TAMAÑO:** Macrográfico 100%.
- PRESION:** Mixta 50%,  
Hipertónica 50%.
- TRAZO:** Largo con predominio de curvas 66.64%,  
Largo con predominio de rectas 33.32%.
- DETALLES:** Abundantes 100%,  
Doble contorno 66.64%,  
Geometrismos 33.32%,  
Perspectiva 16.66%.
- SIMETRIA:** Asimétrico 66.64%,  
Simétrico 33.32%.
- EMPLAZAMIENTO:** Total (cubre todo el pliego) 66.64%,  
Central 33.32%.
- MOVIMIENTO:** Estático 100%.
- SINTESIS:** Ordenada 83.34%,  
Defectuosa 16.66%.
- TRANSPARENCIAS:** 16.66%.
- SOBRESIMBOLIZACIONES:** 33.32%.
- ESTERIOTIPOS:** 83.34%.

Los pacientes con padecimiento de Esquizofrenia Esquizoafec-  
tiva, se mostraron cooperadores; seleccionaron el material  
en forma racional, incluyendo una rica variedad, tanto en la  
combinación de colores como en la diversidad de materiales e-  
lejidos; el tiempo de ejecución varió desde 20 minutos, has-  
ta 65 minutos, matizando el trabajo con comentarios sobre el  
mismo; el manejo del espacio tendió hacia la expansividad,

siendo congruente, la secuencia del tema; el tamaño fue, francamente macrográfico, con predominio de presión hipertónica; en el trazo, fueron de destacada relevancia los largos con predominio de curvas; destacó el doble contorno de colores vivos, en especial en la figura del sol; así mismo, la tendencia al geometrismo asociado a la simetría, con abundancia de detalles y estereotipos; el emplazamiento en la mayoría de los casos, tendió a cubrir casi todo el pliego; en dos tercios de los trabajos las características fueron la asimetría y la ausencia de movimiento.

A excepción de un trabajo, titulado: "Lorena Velázquez, Actriz", que fue realizado por un paciente con práctica habitual del dibujo de rostros humanos, en el cual hubo un adecuado valance de valores estéticos, todos los demás trabajos se caracterizaron por ser dibujos primitivos, estereotipados o incongruentes, fuera de un contexto "artístico".

INVENTARIO DE DATOS, de pacientes con diagnóstico de PSIC-  
SIS MANIACO DEPRESIVA (FASE MANIACA):

Nº DE PACIENTES: (4).

SEXO: F(2), M(2).

EDADES: 18, 22, 33, 37.

ESCOLARIDAD: PREPARATORIA COMPLETA (2),  
PROFESIONAL INCOMPLETA (2).

OCUPACION: SECRETARIA (1),  
ARQUITECTA (1),  
EMPLEADO (1),  
NINGUNA (1).

ACTITUD: COOPERADORA (4).

ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL (3),  
IMPULSIVA (1).

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO AGRESIVO (4).

SECUENCIA: CONGRUENTE (2),  
INCONGRUENTE (2).

TAMAÑO: MACROGRAFICO (4).

PRESION: HIPERTONICA (4).

TRAZO: LARGO CON PREDOMINIO DE CURVAS (4),  
REDONDELES (2),  
CORTO, QUEBRADO Y REFORZADO (1).

DETALLES: ABUNDANTES (4),  
RIGIDEZ (1).

SIMETRIA: ASIMETRICO (4).

EMPLAZAMIENTO: TOTAL, (CUBRE LA TOTALIDAD DEL PLIEGO) (3),  
CENTRAL IZQUIERDO (1).

MOVIMIENTO: ESTÁTICO (4).

SÍNTESIS: ORDENADA (1),  
DEFECTUOSA (2),  
DESINTEGRADA (1).

ANTROPOMORFISMOS: (1).

TRANSPARENCIAS: (3).

SOBRESIMBOLIZACIONES: (2).

GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: (1).

ESTEROTIPOS: (3).

RESULTADOS:

El predominio de las estructuras en la expresión pictórica de pacientes con cuadro de PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA (FASE MANIACA) fue el siguiente:

SEXO: F 50%, M 50%.

EDADES: De la 2ª a 4ª década de la vida.

ESCOLARIDAD: Preparatoria completa 50%,  
Profesional incompleta 50%.

OCCUPACION: Activa 75%, Inactiva 25%.

ACTITUD: Cooperadora 100%.

ELECCION DEL MATERIAL: Racional 75%,  
Impulsiva 25%.

MANEJO DEL ESPACIO: Expansivo Agresivo 100%.

SECUENCIA: Congruente 50%,  
Incongruente 50%.

TAMAÑO: Macrográfico 100%.

PRESION: Hipertónica 100%.

TRAZO: Largo con predominio de curvas 100%,  
Redondeles 50%,  
Corto, quebrado y reforzado 25%.

DETALLES: Abundantes 100%,  
Rigidez 25%.

SIMETRIA: Asimétrico 100%.

EMPLAZAMIENTO: Total, (cubre la totalidad del pliego) 75%,  
Central izquierdo 25%.

MOVIMIENTO: Estático 100%.

SINTESIS: Defectuosa 50%,  
Desintegrada 25%,  
Ordenada 25%.

ANTROPOMORFISMOS: 25%.

TRANSPARENCIAS: 75%.

SOBRESIMBOLIZACIONES: 50%.

GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: 25%.

ESTERIOTIPOS: 75%.

Los pacientes con padecimiento de Psicosis Maniaco Depresiva (fase maniaca), se mostraron cooperadores ante la sugerencia de "pintar algo", sin embargo, su disgregación verborreica y sobre actividad motora, contribuyó a prolongar el tiempo de manera considerable, del momento de escuchar la consigna, al inicio de la tarea; la elección del material fue racional, recorriendo los colores con la vista por más de una ocasión, -- antes de decidirse por alguno, que ya había sido anteriormente rechazado; el manejo del espacio fue marcadamente expansivo agresivo, el tamaño macrográfico y la presión hiper-

tónica en todos los casos; en el trazo hubo una prevalencia de curvas, con detalles abundantes; francamente asimétricos; el emplazamiento fue total (cubriendo todo el pliego); sin movimiento; la síntesis defectuosa con tendencia a la desintegración, con riqueza de transparencias y contenidos estereotipados.

En ninguno de los trabajos se detectó una armonía estética, incluyendo aquel, en que la paciente poseía conocimientos técnicos, consecuentes de su formación académica.



INVENTARIO DE DATOS, de pacientes con diagnóstico de PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA (FASE DEPRESIVA):

Nº DE PACIENTES: (5).

SEXO: F(5), M(0).

EDADES: 33, 42, 50, 55, 75.

ESCOLARIDAD: PRIMARIA INCOMPLETA (1),  
PRIMARIA COMPLETA (2),  
SECUNDARIA COMPLETA (2).

OCUPACION: HOGAR (2),  
NINGUNA (3).

ACTITUD: COOPERADORA (4),  
MUY RENUENTE (1).

ELECCION DEL MATERIAL: POR PROXIMIDAD (5).

MANEJO DEL ESPACIO: CONSTRUCTIVO (5).

SECUENCIA: CONGRUENTE (4),  
INCONGRUENTE (1).

TAMAÑO: MICROGRAFICO (5).

PRESION: HIPOTONICA (4),  
MIXTA (1).

TRAZO: CORTO (5),  
CON PREDOMINIO DE CURVAS Y REDONDELES (2),  
CON PREDOMINIO DE RECTAS SOBRE CURVAS (2),  
CON PREDOMINIO DE CURVAS SOBRE RECTAS (2).

DETALLES: ABUNDANTES (1),  
ESCASOS (4).

SIMETRIA: ASIMETRICO (4),  
SIMETRICO (1).

EMPLAZAMIENTO: INFERIOR IZQUIERDO (2),  
CENTRAL SUPERIOR (1),  
CENTRAL DERECHO (1),  
CENTRAL IZQUIERDO (1).

MOVIMIENTO: ESTÁTICO (5).

SINTESIS: ORDENADA (2),  
DEFECTUOSA (2),  
DESINTEGRADA (1).

ANTROPOMORFISMOS: (1).

TRANSPARENCIAS: (3).

SOBRESIMBOLIZACIONES: (1).

GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: (2).

ESTEROTIPOS: (3).

RESULTADOS:

El predominio de las estructuras en la expresión pictórica de pacientes con cuadro de PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA (FASE DEPRESIVA) fue el siguiente:

SEXO: F 100%.

EDADES: De 4ª a 8ª década de la vida.

ESCOLARIDAD: Primaria incompleta 20%,  
Primaria completa 40%,  
Secundaria completa 40%.

OCUPACION: Hogar 40%,  
Ninguna 60%.

ACTITUD: Cooperadora 80%,  
Muy renuente 20%.

ELECCION DEL MATERIAL: Por proximidad 100%.

MANEJO DEL ESPACIO: Constrictivo 100%.

SECUENCIA: Congruente 80%,  
Incongruente 20%.

TAMAÑO: Micrográfico 100%.

PRESION: Hipotónica 80%,  
Mirta 20%.

TRAZO: Corto 100%,  
Predominio de curvas con redondeles 40%,  
Predominio de rectas sobre curvas 40%,  
Predominio de curvas sobre rectas 20%.

DETALLES: Abundantes 20%,  
Escasos 80%.

SIMETRIA: Asimétrico 80%,  
Simétrico 20%.

EMPLAZAMIENTO: Inferior Izquierdo 40%,  
Central Superior 20%,  
Central Derecho 20%,  
Central Izquierdo 20%.

MOVIMIENTO: Estático 100%.

SINTESIS: Ordenada 40%,  
Defectuosa 40%,  
Desintegrada 20%.

ANTROPOMORFISMOS: 20%.

TRANSPARENCIAS: 60%.

SOBRESIMBOLIZACIONES: 20%.

GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: 40%.

ESTERIOTIPOS: 60%.

Los pacientes con padecimiento de Psicosis Maniaco Depresiva (fase depresiva), se mostraron cooperadores; la elección del material fue en todos los casos, por proximidad; cabe hacer destacar, que en la mayoría de los casos utilizaron colores claros y de una escasa gama; el manejo del espacio siémpre fué constrictivo; la secuencia tendió a ser congruente; el tamaño micrográfico y emplazado en el lugar más próximo con relación al brazo; los detalles escasos; asimétricos, con manifiesta estaticidad aunado a síntesis defectuosa; con transparencias y elementos esteriotipados. El tiempo de ejecución fue prolongado, en relación al trabajo realizado. En todos los casos, la temática fue pobre, los colores pálidos, las formas escasas y carentes de estética.

INVENTARIO DE DATOS, de pacientes con diagnóstico de PSICOSIS PARANOIDE:

Nº DE PACIENTES: (4).

SEXO: F (4), M (0).

EDADES: 34, 46, 55, 56.

ESCOLARIDAD: PRIMARIA INCOMPLETA (1),  
SECUNDARIA COMPLETA (3).

OCUPACION: HOGAR (3),  
NINGUNA (1).

ACTITUD: COOPERADORA (3),  
MUY RENUENTE (1).

ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL (4).

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO AGRESIVO (3),  
CONSTRUCTIVO (1).

SECUENCIA: CONGRUENTE (3),  
INCONGRUENTE (1).

TAMANO: MACROGRAFICO (3),  
MICROGRAFICO (1).

PRESION: MIXTA (2),  
HIPERTONICA (2).

TRAZO: CORTO, RECTO Y REFORZADO (4),  
INCLUSION DE CURVAS (2).

DETALLES: ESCASOS (3),  
CON SOBREPADO (2),  
ABUNDANTES (1).

SIMETRIA: ASIMETRICO (3),  
SIMETRICO (1).

DEPLAZAMIENTO: TOTAL (CUBRE TODO EL PLIEGO) (1).  
 CENTRAL SUPERIOR (2),  
 INFERIOR IZQUIERDO (1).

MOVIMIENTO: ESTÁTICO (3),  
 POSITIVO (1).

SÍNTESIS: DEFECTUOSA (3),  
 DESINTEGRADA (1).

ANTROPOMORFISMO: (0).

TRANSPARENCIAS: (3).

SCRESIMBOLIZACIONES: (0).

GRAFISMOS CALIGRÁFICOS Y NUMERALES: (0).

ESTEROTIPOS: (2).

RESULTADOS:

El predominio de las estructuras en la expresión pictórica de pacientes con cuadro de PSICOSIS PARANOIDE fue el siguiente:

SEXO: F 100%.

EDADES: De 4ª a 6ª década de la vida.

ESCOLARIDAD: Primaria incompleta 25%,  
 Secundaria completa 75%.

OCUPACION: Hogar 75%,  
 Ninguna 25%.

ACTITUD: Cooperadora 75%,  
 Muy renuente 25%.

ELECCION DEL MATERIAL: Racional 100%.

- MATEJO DEL ESPACIO:** Expansivo Agresivo 75%,  
Constrictivo 25%.
- SECUENCIA:** Congruente 75%,  
Incongruente 25%.
- TAMAÑO:** Macrográfico 75%,  
Micrográfico 25%.
- PREISION:** Mixta 50%,  
Hipertónica 50%.
- TRAZO:** Corto, recto y reforzado 100%,  
Inclusión de curvas 50%.
- DETALLES:** Escasos 75%,  
Abundantes 25%,  
Con Sombreado 50%.
- SIMETRIA:** Asimétrico 75%,  
Simétrico 25%.
- EMPLAZAMIENTO:** TOTAL (CUBRE TODO EL PLINGO) 25%,  
Central Superior 50%,  
Inferior Izquierdo 25%.
- MOVIMIENTO:** Estático 75%,  
Positivo 25%.
- SINTESIS:** Defectuosa 75%,  
Desintegrada 25%.
- TRANSPARENCIAS:** 75%.
- ESTEROTIPOS:** 50%.

Los pacientes con padecimiento de Psicosis Paranoide, se mostraron en más de los casos cooperadores, sin embargo, su actitud fue de reserva e incluso desconfianza; la elección del material fue racional; destacando la prevalencia de los colo-

res: verde, azul, café, entre otros; el manejo del espacio tendió a la expansividad agresiva; la secuencia fue congruente en casi todos los casos; el tamaño fue prevalentemente macrográfico; la presión tendió a ser hipertónica o mixta; en todos los casos destacó el trazo corto, recto y reforzado, con tendencia a la asimetría; sobresalió la síntesis defectuosa así como el contenido de transparencias. El tiempo de ejecución fue de 15 a 18 minutos, con excepción, ante una actitud renuente, a lo cual el paciente requirió de 40 minutos. En todos los casos los trabajos fueron regresivos, simplistas y carentes de armonía y estética.



**RESULTADO COMPARATIVO DEL ANALISIS DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CURSANDO CON CUADRO FLORIDO DE PSICOSIS FUNCIONAL:**

**ACTITUD:** Cooperadora del 75% al 100%, en las diferentes patologías estudiadas.

Esto muestra la accesibilidad espontánea en la mayoría de los pacientes, por lo que resulta un recurso introductorio de la evaluación diagnóstica, en momentos, en que por las mismas características del cuadro, impiden el proceso de valoración por medio de una batería tradicional de test psicológicos. Así mismo, resulta un vehículo previo en el establecimiento de un adecuado rapport, así como, la apertura para una posterior relación psicoterapéutica.

**ELECCION DEL MATERIAL:** En la mayoría de los casos, la elección fue RACIONAL, debido a la diversidad de material disponible, que despertó el interés en los pacientes, por la realización de la tarea; exceptuando en aquellos pacientes que presentaban un cuadro de Psicosis Maniaco Depresiva (fase depresiva); en cuyo caso, la elección fue al 100% por proximidad, debido esto, a una baja en el monto de energía psíquica, característica de dicha patología.

**MANEJO DEL ESPACIO:** Se detectó un manejo EXPANSIVO AGRESIVO al 100% de pacientes cursando con cuadro de Psicosis Maniaco Depresiva (fase maniaca); y 75% en el caso de pacientes con diagnóstico de Psicosis Paranoide. El manejo EXPANSIVO del espacio, fue más característico de los cuadros de Esquizofrenia Paranoide y Esquizofrenia Esquizoafectiva. Así mismo, se detectó un 100% de manejo CONSTRICTIVO del espacio, en cuadros

de Psicosis Maniaco Depresiva (fase depresiva).

**SECUENCIA:** Se detectó una mayor uniformidad en la secuencia **CONGRUENTE** de los trabajos presentados, caracterizándose ésta por un orden en el desarrollo de las formas esquematizadas, así como en el ritmo energético aplicado para el logro de las configuraciones expresadas por el paciente, en los cuadros de Esquizofrenia Paranoide, Esquizofrenia Esquizoaffective, Psicosis Maniaco Depresiva (fase depresiva) y Psicosis Paranoide, que osciló entre un 62% a un 82%; siendo más relevante la oscilación de **INCONGRUENCIA**, para los cuadros de Psicosis Maniaco Depresiva (fase maniaca), expresada por cambios bruscos en la dirección de los trazos así como en la relación de las subformas que integraban los esquemas de su trabajo.

**TAMAÑO:** El tamaño **MICROGRAFICO** fue característico al 100% en los cuadros de Psicosis Maniaco Depresiva (fase depresiva); el tamaño **MACROGRAFICO** destacó al 100% en los cuadros de Esquizofrenia Esquizoaffective y Psicosis Maniaco Depresiva (fase maniaca), seguidos al 75% por las Psicosis Paranoides y un 63.75% en los casos de Esquizofrenia Paranoide.

**PRESION:** La presión **HIPOTONICA**, fue característica de los cuadros de Psicosis maniaco Depresiva (fase depresiva) en un 80% de los casos; la presión **HIPERTONICA**, fue característica del 100% de los casos cursando con cuadro de Psicosis Maniaco Depresiva (fase maniaca); en los cuadros de Esquizofrenia Paranoide, Esquizofrenia Esquizoaffective y Psicosis Paranoide, la presión osciló al 50% entre **HIPERTONICA** y **MIXTA**.

**DETALLES:** Se detectó una **ABUNDANCIA** de detalles en los cuadros de Esquizofrenia Esquizoaffective y Psicosis maniaco Depresiva (fase maniaca) al 100%; en los cuadros de Esquizofre-

nia Paranoide la ABUNDANCIA de detalles llegó al 91.25%. Los detalles ESCASOS, fueron característicos de los cuadros de Psicosis Maniaco Depresiva (fase depresiva) en un 80% y en los de Psicosis Paranoide, en un 75%, detectándose SOBREGADO en el 50% de estos últimos.

SIMETRIA: Prevalencia significativa de ASIMETRIA en la totalidad de los casos, que osciló del 66.64% de los cuadros de Esquizofrenia Esquizoafectiva; 75% en los de Psicosis Paranoide; 80% en Psicosis Maniaco Depresiva (fase depresiva); 87.5% en Esquizofrenia Paranoide y 100% en cuadros con Psicosis Maniaco Depresiva (fase maniaca).

MOVIMIENTO: La expresión del movimiento fue mínima, destacándose la ESTATICIDAD en un 75% en los cuadros de Psicosis Paranoide; 87.5% en la Esquizofrenia Paranoide; y un 100% en los cuadros de Esquizofrenia Esquizoafectiva, Psicosis Maniaco Depresiva (fase depresiva) y Psicosis Maniaco Depresiva (fase maniaca).

SINTESIS: Destacó una síntesis ORDENADA en un 93.3%, en los cuadros de Esquizofrenia Esquizoafectiva; mostrándose una oscilación de síntesis DEFECTUOSA del 50% al 75% en los cuadros de Psicosis Maniaco Depresiva (fase depresiva); Psicosis Maniaco Depresiva (fase maniaca); Esquizofrenia Paranoide, y Psicosis Paranoide.

TRANSPARENCIAS: Se detectó un monto significativo de transparencias en Psicosis Maniaco Depresiva (fase maniaca), Psicosis Maniaco Depresiva (fase depresiva) y Psicosis Paranoide que osciló un 60% a 75%.

**GRAFISMOS:** Se detectaron tanto grafismos caligráficos como numerales en el 75% de los casos cursando con cuadro de Esquizofrenia Paranoide.

**ESTEROTIPOS:** La prevalencia de estructuras y contenidos esteriotipados fué de un 83.3% en los casos de Esquizofrenia Esquizoafectiva; 75% en cuadros de Psicosis Maniaco Depresiva (fase maniaca); 60% en Psicosis Maniaco Depresiva (fase depresiva); y 50% en los casos de Psicosis Paranoide.

**TRAZO:** Se detectó una prevalencia del 100% de trazos CORTOS, RECTOS y REFORZADOS en los cuadros de Psicosis Paranoide; en los casos de Psicosis Maniaco Depresiva (fase maniaca), destacó una prevalencia del 100% de trazos LARGOS CON PREDOMINIO DE CURVAS; en Las Psicosis Maniaco Depresivas (fase depresiva) el trazo CORTO fue al 100%; en los cuadros de Esquizofrenia Esquizoafectiva, hubo una prevalencia del 60% de trazos LARGOS CON PREDOMINIO DE CURVAS; en cuadros de Esquizofrenia Paranoide se destacó un 55% de trazos CORTOS CON PREDOMINIO DE RECTAS REFORZADAS.

### CONCLUSIONES:

Se detectó una marcada diferencia entre las estructuras de la expresión pictórica, de los diferentes cuadros estudiados, con diagnóstico de psicosis funcional, alcanzando una relevancia significativa, como técnica proyectiva, para el apoyo del diagnóstico diferencial.

El sexo del paciente no fue determinante en ningún aspecto, dentro del proceso de estudio.

La edad, que abarcó pacientes desde los 18 años, hasta pacientes con 75 años, no influyó en la actitud ni en los factores considerados dentro de la expresión pictórica.

Se pudieron descartar las variables de nivel académico y actividad ocupacional como factores predisponentes de la creatividad artística, ya que de los treinta y cinco pacientes estudiados 9/35, contaban con un elevado nivel académico, así como, casi la mitad de los mismos, se encontraban activos al momento del internamiento, por lo que las diferencias en la expresión pictórica, se expresó más a partir del padecimiento que de los antecedentes académicos y preferenciales de los pacientes.

También fue interesante constatar, una predisposición muy generalizada a la realización de la tarea, ya que en la mayoría de los casos fue fácil convencerles para que realizaran una pintura, mostrando curiosidad ante la diversidad de los materiales, así como la solicitud para realizar dibujos y pinturas posteriormente, debiéndose esto, a la libertad que ofrece la tarea tanto en la elección del material como en la temática del trabajo, contribuyendo a

contrarrestar las limitantes impuestas por el ámbito de reclusión que representa el internamiento.

En algunos pacientes se despertó el interés por mostrar sus trabajos a sus compañeros de pabellón, así como, por conocer mi opinión al respecto de los mismos, contribuyendo al establecimiento de un adecuado rapport, que facilitó la posterior aplicación de la batería de test, para el diagnóstico de rutina, conyubando a su vez al posterior manejo terapéutico.

El contraste entre las diferencias que presentaron las estructuras de la expresión pictórica de los pacientes estudiados, me permitió constatar que los rasgos esenciales de su personalidad, emergen exacerbados en el transcurso de las fases delirantes, expresando más allá de una simple delimitación diagnóstica.

El paciente esquizofrénico, traslada al refuerzo acentuado de sus trazos, las murallas almenadas que le separan de su entorno, para funcionar como estáticos guardianes de un cúmulo de cifras y palabras desmenuzadas, que configuran arambescos de simbolismos mágicos y metafóricos.

El predominio del doble contorno, en los trabajos de los pacientes esquizoafectivos, expresan el eterno contraste de: amor-odio, depresión exaltación, en el que se encuentran inmersos; a su vez, el manejo desorganizado del afecto que desborda en la riqueza de las combinaciones cromáticas, como en la expansividad y multiplicidad estereotipada de los trazos, contrasta con la rigidez geométrica de las formas.

La desesperanza constreñida del depresivo se vislumbra en las pálidas microformas de su desgastado manejo de los tra-

zos, prevaleciendo la ausencia de planes y proyectos, en el espacio vacío del lienzo. En contraste, con el desmesurado universo de elementos que distinguen los trabajos de los pacientes con Psicosis Maníaco Depresiva en fase maníaca, desbordando la expansividad de su propia agresividad, en un cúmulo vertiginoso de trazos curvos y macrográficos.

El paciente con diagnóstico de Psicosis Paranoide, expresa su agresividad y desconfianza, por medio de un trazado, que apuntala y refuerza expansivamente su hostilidad hacia el entorno.

La Expresión Pictórica como técnica proyectiva para el DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, en cuadros de psicosis funcional, ofrece una gama muy amplia de variables a considerar, no solamente para distinguir aquellas estructuras que prevalecen entre las patologías estudiadas, sino aquellas, que permiten entender de una manera más individualizada, la dinámica de la personalidad en determinado cuadro nosológico. Sería interesante y a la vez provechoso, para el ejercicio de la práctica clínica, ahondar más a fondo, en áreas que en la actualidad siguen siendo competencia de complejos y costosos medios diagnósticos, incluyendo aquellas psicosis que van aunadas a patología orgánica.

Por medio de esta investigación pude dar respuesta a mis cuestionamientos iniciales, dejando la puerta abierta a la inquietud investigadora que todo Psicólogo Clínico lleva en sí.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Jean Delay y Robert Volkmann, EXPRESIONES ESTETICAS DE LA LOCURA.  
Editada por SANDOZ, Vol. 11, México, 1966.
- (2) Juan A. Vallejo-Nájera, LOCOS EGREGIOS.  
Editorial DOSAAT, 15ª Edición. Madrid, 1985, Pag. 401-402.
- (3) W. V. Heayer y H. Hefner, LA FUNDAMENTAL CONTRIBUCION DE PRINZHORN A LA PSICOPATOLOGIA DE LA CREACION ARTISTICA.  
Editada por SANDOZ, Serie 6. México, 1964.
- (4) J. Laplanche, J-E Pontalis, DICCIONARIO DE PSICOANALISIS.  
Editorial LABOR, S. A. Barcelona, 1977. Pag. 318-325; 333-334.
- (5) Emanuel F. Hammer, TEST PROYECTIVOS GRAFICOS.  
Editorial PAIDOS, Argentina, 1984. Pag. 51 - 57.
- (6) Kolb, PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA.  
La Prensa Médica Mexicana, 5ª Edición, 1976: 374; 383-402; 408-409; 446-453; 460-462; 472-480.
- (7) Pierre Pichot, MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.  
Editorial, MASSON, S. A. Barcelona, 1987. Pags. 191 - 226.



- (8) Louis Corrao,  
EL TEST DE LOS GARABATOS.  
Editorial KAPELUZ, Buenos-  
Aires, 1971. Pags. 16-17;  
28-32; 34-38; 52; 59-66.
- (9) Juan A. Portuondo,  
TEST PROYECTIVO DE KAREN MA-  
CHOVER.  
Editado por BIBLIOTECA NUEVA,  
Madrid, 1973. Pags. 37-43.
- (10) Anderson y Anderson,  
TECNICAS PROYECTIVAS DEL  
DIAGNOSTICO PSICOLOGICO.  
Ediciones RIALP, S. A. Madrid,  
Pags. 62-63; 378-388; 534;  
547-551.
- (11) Jaques Lacan,  
LA FAMILIA.  
Editorial ARGONAUTA, Buenos-  
Aires, 1978. Pag. 14-17; 25-27;  
97-102.
- (12) François Roustanq,  
UN FUNESTO DESTINO.  
Editada por PREMIA EDITORA,  
1980. Pag. 139-147.
- (13) A. De Waelhens,  
LA PSICOSIS.  
Ediciones MORATA, S. A.  
Madrid, 1982.
- (14) Freedman-Kaplan-Sandor,  
COMPENDIO DE PSIQUIATRIA.  
SALVAT Editores, S. A.  
Barcelona, 1979. Pag. 231-285.
- (15) John E. Bell,  
TECNICAS PROYECTIVAS.  
Editorial PAIDOS, Argentina,  
1975.

- (16) **Diego García Reinoso,**  
DEPRESION, MELANCOLIA Y MANIA.  
Ediciones NUEVA VISION, Buenos-  
Aires, 1975. Pag. 11-37.
- (17) **Daniel E. Schneider,**  
EL PSICOANALISTA Y EL ARTISTA.  
Fondo de Cultura Economica.  
Madrid, 1974. Pag. 13-35.
- (18) **Leopold Bellak,**  
EL USO CLINICO DE LAS PRUEBAS  
PSICOLOGICAS DEL T.A.T., C.A.T.  
S.A.T.  
Editorial EL MANUAL MODERNO,  
México, 1979. Pag. 1-10.
- (19) **Herbert A. Rosenfeld,**  
ESTADOS PSICOTICOS.  
Ediciones HORNE S.A.P.  
Buenos-Aires, 1978.
- (20) **Louis Corman,**  
EL TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA.  
Editorial KAPELUZ, S. A.  
Buenos-Aires, 1967.
- (21) **Jacques Lacan,**  
DE LA PSICOSIS PARANOICA EN  
SUS RELACIONES CON LA PERSONALIDAD.  
Editorial, SIGLO VEINTIUNO,  
México, 1979.
- (22) **Rafael, Wofen,**  
INTEGRACION DEL ESTUDIO PSICO-  
LOGICO.  
Editorial, MANUAL MODERNO, S.A.  
de C.V. México, 1985.
- (23) **Erick Forge,**  
LA FOLIE A DEUX.  
Edic. PSICOANALITICAS DE LA  
LETRA, México, 1988.

- (24) Michel de M'Ussan,  
DEL ARTE A LA MUERTE.  
Editorial ICARIA, S. A.  
Barcelona, 1978.
- (25) G. Ferdière,  
LA OBRA DE PHILIPPE B. FELLNER.  
Editada por SANDOZ, Volumen 23,  
México, 1976.
- (26) H. Steck,  
ALOYSE.  
Editado por SANDOZ, Volumen 22,  
México, 1975.
- (27) A. Bauder,  
LA COMTESSE DES FAUBOURGS,  
EVOLUTION PICTORALE DANS UNE  
SCHIZOPHRENIE MANIFORME.  
Editada por SANDOZ, Volumen 18,  
México, 1972.
- (28) I. Jakob y M. Howard,  
LAS CRIATURAS DE UN MUNDO DES-  
HUMANIZADO.  
Editado por SANDOZ, Volumen 19,  
México, 1974.
- (29) L. Kavrtil, A. Burder,  
ENTRE KROS Y THANATOS.  
Editada por SANDOZ, Volumen 14.  
México, 1970.
- (30) P. Kielholz y P. Lievens,  
PINTURAS DE ENFERMOS DEPRESIVOS.  
Editada por SANDOZ, Volumen 13,  
México, 1970.
- (31) M. Schuster y H. Bois,  
PSICOLOGIA DEL ARTE.  
Editorial ELUMS, Barcelona,  
1982. Pag. 80-86.

- (32) Fred Kerlinger,  
**INVERSTIGACION DEL COMPORTAMIENTO.  
 TECNICAS Y METODOLOGIA.**  
 Nueva Editorial INTERAMERICANA,  
 S.A. de C.V. México, 1982. Pag. 223;  
 285-287.
- (33) Mary Barnes y J. Berke,  
**VIAJE A TRAVES DE LA LOGURA.**  
 Ediciones MARTINEZ ROCA, S. A.  
 Barcelona, 1974.
- (34) Obdolo Viá y E. González,  
**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS  
 PSIQUICOS.**  
 Cuadernos DAIMON de Medicina.  
 México, 1980. Pag. 16; 18; 19.
- (35) S.E. Frasier y A. Carr,  
**INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA.**  
 Editorial EL ATENEO, Argentina,  
 1976. Pag. 9-21; 102-110; 111-124.
- (36) Harold Searles,  
**ESCRITOS SOBRE ESQUIZOFRENIA.**  
 Editorial GEDISA. Barcelona  
 1980. 33-44.
- (37) P. Bankus y P. Reiser,  
**FUNCIONES CREATIVAS FUNDAMENTALES  
 Y CONSTANTES DE FORMAS  
 ALUCINATORIAS.**  
 Publicado por SANDOZ, Volumen 25.  
 México, 1978.
- (38) Vittorino Andreoli,  
**CARLO, LA COMMUNICATION NON VERBALE  
 D' UN SCHIZOPHRENE.**  
 Editado por SANDOZ, Volumen 24.  
 México, 1977.

- (39) E.A. Babayan, G.V. Morozov, V.M. Markovkin, A. Sadlevich, THE PICTORIAL LANGUAGE OF SCHIZOPHRENICS (PART II). SANDOZ LTD. BASLE Switzerland, 1985.
- (40) F. Gnirs, K. Babrenz, MATERIALES RAROS EN LA CREACION ARTISTICA DE LOS ENFERMOS ESQUIZOPRENICOS. Editado por SANDOZ, Serie 12, Méx. 1968.
- (41) Honorio Delgado, UN PEINTRE SCHIZOPHRENE. Editado por SANDOZ, Volumen 10. México, 1966.
- (42) E. Cunningham Dax, LA REPRESENTACION PICTORICA DE LA DEPRESION. Editada por SANDOZ, Serie 8. México, 1965.
- (43) Gonzalo R. Lafora, PINTURAS DE TIPO ORIENTAL EN UN ENFERMO MENTAL INCULTO. Editado por SANDOZ, Serie 7. México, 1965.
- (44) Carl G. Jung, EL HOMBRE Y SUS SIMBOLOS. Editorial AGUILAR, Madrid, 1966.
- (45) E. Kleinschnitt, ELEMENTOS DE PSICOLOGIA ANORMAL. Compañía Editorial CONTINENTAL, S.A. México, 1980. Pag. 236-238; 269-292.
- (46) O. Benkert, RECONOCIMIENTO DEL SINDROME DEPRESIVO. Editado por HOBCHET, A.G. Alemania, 1985. Pag. 4; 10-11; 14-15; 26-29.

- (47) G. Calderon N.,  
**DEPRESSION.**  
Editorial TRILLAS, México, 1985.  
Pag. 73-85.
- (48) Luis C.M. Delgado,  
**ANALISIS ESTRUCTURAL DEL DIBU-  
JO LIBRE.**  
Editorial PAIDOS, Buenos-Aires.  
1983. Pag. 103-123.
- (49) Karl Koch,  
**EL TEST DEL ARBOL.**  
Editorial KAPPELUS, Argentina,  
1982.
- (50) R.D. Leing,  
**EL YO DIVIDIDO.**  
Editado por FONDO DE CULTURA  
ECONOMICA, Madrid, 1974.
- (51) A. DiMascio y H. Golderg.  
**TRASTORNOS EMOCIONALES.**  
Editado por MEDIX, S.A.  
México, 1980. Pag. 29-31; 57-58;  
65-68.

GRUPO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOID-  
DE.

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 1 Nº DE EXPEDIENTE: 10039  
 SEXO: M EDAD: 39 ESCOLARIDAD: PROFESIONAL.  
 COMPLETA: X INCOMPLETA:        OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 1 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 40 min. ACTITUD: MUY RENUENTE  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: CAFE, NEGRO, VERDE  
OSCURO, AZUL CLARO, AMARILLO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.

TITULO: "LA CASITA"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: HIPERTONICA.  
 TRAZO: LARGOS REFORZADOS CON PREDOMINIO DE RECTAS SOBRE CURVAS.  
 DETALLES: ABUNDANTES.  
 SIMETRIA: ASIMETRICO.  
 EMPLAZAMIENTO: TOTAL. (CUBRE TODO EL PLIEGO)  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: DEFECTUOSA.

a) ANTROPOMORFISMOS:         
 b) TRANSPARENCIAS: X  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: X  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X  
 e) ESTEROTIPOS:



## FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 5 Nº DE EXPEDIENTE: 2609SEXO: M EDAD: 30 ESCOLARIDAD: PREPARATORIACOMPLETA:        INCOMPLETA: X OCUPACION: NINGUNANº DE INGRESOS: 9 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDETIEMPO DE EJECUCION: 50 min. ACTITUD: COOPERADORAMATERIALES ELEGIDOS: PLUMON DE COLOR: CAFE, NEGRO, AZUL  
OSCURO, AZUL CLARO, VERDE, ROJO, NARANJA, AMARILLO.FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.TITULO: "METEOROLOGIA, UN DIA VIENDO ATARDECER EN EL MAR"INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION FICTICIA:MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO AGRESIVO.SECUENCIA: CONGRUENTE.TAMAÑO: MACROGRAFICO.PRESION: HIPERTONICA.TRAZO: CORTOS CON PREDOMINIO DE RECTAS REFORZADAS, SOBRE CURVAS.DETALLES: ABUNDANTES.SIMPETRIA: ASIMETRICO.DESPLAZAMIENTO: TOTAL (CUBRE TODO EL PLIEGO).MOVIMIENTO: ESTATICO.SINTESIS: ORDENADA.a) ANTRÓPOMORFISMS: ---b) TRANSPARENCIAS: ---c) SOBRESIMBOLIZACIONES: Xd) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: Xe) ESTERICTIPOS: ---

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 6 Nº DE EXPEDIENTE: 2920  
 SEXO: M EDAD: 34 ESCOLARIDAD: PREPARATORIA  
 COMPLETA:        INCOMPLETA: X OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 4 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 55 min. ACTITUD: MUY RENUENTE.  
 MATERIALES ELEGIDOS: PLUMON DE COLOR: AZUL OSCURO, NEGRO:  
CRAYOLA DE CERA: CAFE CLARO, AZUL OSCURO, MORADO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: IMPULSIVA.

TITULO: "CARAS DE CARICATURA, CON SOL, CASA, FLOR Y DOS ARBOLES"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.  
 SECUENCIA: INCONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MIXTO, TANTO MICROGRAFICO COMO MACROGRAFICO.  
 PRESION: HIPERTONICA.  
 TRAZO: CORTO CON ALTERNANCIA DE RECTAS Y CURVAS.  
 DETALLES: ABUNDANTES, CON RIQUEZA DE ESTRUCTURAS CALIGRAFICAS.  
 SIMETRIA: ASIMETRICO.  
 DESPLAZAMIENTO: TOTAL. (CUBRE TODO EL PLIEGO).  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SIMPTOMAS: MIXTA, COMBINACIONES INTEGRADAS, DEFECTUOSAS, DESINTEGRADAS.

- a) ANTRÓMORFISMOS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: X  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: X  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X  
 e) ESTRICTIPES: X

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 9 Nº DE EXPEDIENTE: 9998  
 SEXO: F EDAD: 18 ESCOLARIDAD: PRIMARIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA:        OCUPACION: RELIGIOSA  
 Nº DE INGRESOS: 1 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 45 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR:CAFE, ROJO, NARANJA;  
CRAYOLA DE CERA: ROJA; TIZA:ROJA.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.

TITULO: "CORAZON DE JESUS NUESTRO REY Y SEÑOR.

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: MIXTA.  
 TRAZO: CORTOS, CON PREDOMINIO DE RECTAS REFORZADAS.  
 DETALLES: ABUNDANTES, RIGIDEZ.  
 SIMETRIA: SIMETRICO.  
 ENPLAZAMIENTO: CENTRAL.  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: ORDENADA.

- a) ANTRÓPOMORFISMS:         
 b) TRANSPARENCIAS: X  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES:         
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X  
 e) ESFERICTIPCS:

## FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 14 Nº DE EXPEDIENTE: 9820  
 SEXO: F EDAD: 27 ESCOLARIDAD: PROFESIONAL  
 COMPLETA:        INCOMPLETA: X OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 2 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 20 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: CAFE, VERDE SECO, ROJO,  
AMARILLO, GRIS, KARANJA.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.

TITULO: "ACUARELA DE PRIMAVERA"

## INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.  
 SECUENCIA: INCONGRUENTE.  
 TAMAÑO: PROPORCIONADO.  
 FRUCCION: MULT.  
 TRAZO: CORTO, CON PREDOMINIO DE RECTAS REFORZADAS, SOBRE CURVAS.  
 DETALLES: ABUNDANTES.  
 SINTRIA: ASIMETRICO.  
 EMPLAZAMIENTO: SUPERIOR CENTRAL.  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: DEFECTUOSA.

a) ANTRÓPOMORFISMOS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: ---  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---  
 e) ESTERECTIPOS: ---

## FICHA DE REGISTRO EN DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 17 Nº DE EXPEDIENTE: 1008  
 SEXO: F EDAD: 26 ESCOLARIDAD: PRIMARIA  
 COMPLETA:        INCOMPLETA: X OCUPACION: HOGAR  
 Nº DE INGRESOS: 1 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 15 min. ACTITUD: COCERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: VERDE CLARO, ROSA,  
AMARILLO OSCURO, VERDE OSCURO; PLUMON DE COLOR: ROSA OSCURO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.

TITULO: "FLOR MARGARITA, CASA DE MEDICO"

## INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MAJEJO DEL ESPACIO: CONSTRUCTIVO.  
 SECUENCIA: INCONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MICROGRAFICO.  
 PRECISION: MIXTA.  
 TRAZO: CORTO, CON PREDOMINIO DE RECTAS REFORZADAS, SOBRE CURVAS.  
 DETALLES: ABUNDANTES.  
 SIMETRIA: ASIMETRICO.  
 DESPLAZAMIENTO: CENTRAL DERECHO.  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: DEFECTUOSA.

a) ANTRÓMORFISMOS: —  
 b) TRANSPARENCIAS: X  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: —  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X  
 e) ESTEREOTIPOS: X

## FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 20 Nº DE EXPEDIENTE: 10081  
 SEXO: F EDAD: 24 ESCOLARIDAD: PROFESIONAL  
 COMPLETA: X INCOMPLETA:        OCUPACION: AUXILIAR DE ADMON.  
 Nº DE INGRESOS: 1 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 37 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: CAFE, PLATA, VERDE CLARO,  
VERDE OSCURO, ROJO, HERMELLON, MORADO, AMARILLO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL, TITUBEANTE.

TITULO: "CASA IDEAL PARA VIVIR, LA MONTAÑA CAMPESTRE"

## INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: CONSTRUCTIVO.

SECUENCIA: CONGRUENTE.

TAMAÑO: MICROGRAFICO.

PREISION: MIXTA:

TRAZO: CORTOS REFORZADOS CON PREDOMINIO DE RECTAS SOBRE CURVAS.

DETALLES: ABUNDANTES, GEOMETRISMOS.

SIMETRIA: ASIMETRICO.

EMPLAZAMIENTO: SUPERIOR DERECHO.

MOVIMIENTO: ESTATICO.

SINTESIS: DEFECTUOSA.

a) ANTROPOMORFISMOS: ---

b) TRANSPARENCIAS: ---

c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---

d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X

e) ESTRICTIPOS: X

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 23 Nº DE EXPEDIENTE: 3001  
 SEXO: M EDAD: 32 ESCOLARIDAD: SECUNDARIA  
 COMPLETA:      INCOMPLETA: X OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 5 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 25 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: AZUL, GRIS, AMARILLO.

PURKA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.

TITULO: "BONITA REPUBLICA MEXICANA SE TE AGRADECE"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.  
 SECUENCIA: INCONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: MIXTA.  
 TRAZO: LARGOS CON PREDOMINIO DE RECTAS SOBRE CURVAS.  
 DETALLES: ESCASOS, RIGIDEZ.  
 SINTRIA: ASIMETRICO.  
 ENLAZAMIENTO: SUPERIOR CENTRAL.  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: DEFECTUOSA.

a) ANTRÓPOMORFISMOS:       
 b) TRANSPARENCIAS:       
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: X  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X  
 e) ESTRICTIPOS:

FICHA DE REGISTRO Y DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 24 Nº DE EXPEDIENTE: 3908  
 SEXO: M EDAD: 28 ESCOLARIDAD: SECUNDARIA  
 COMPLETA:        INCOMPLETA: X OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 5 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 10 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: PLUMON DE COLOR: AZUL CLARO, AMARILLO,  
ROJO, NARANJA, NEGRO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.

TITULO: "EL MAR"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: HIPERTONICA.  
 TRAZO: LARGOS CON ALTERNANCIA DE RECTAS Y CURVAS.  
 DETALLES: ESCASOS.  
 SIMETRIA: ASIMETRICO.  
 EMPLAZAMIENTO: TOTAL (CUBRE TODO EL PLIEGO).  
 MOVIMIENTO: POSITIVO.  
 SINTESIS: ORDENADA.

a) ANTRÓPOMORFISMOS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: ---  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---  
 e) RES: RIOTIPOS: ---



FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 25 Nº DE EXPEDIENTE: 9314  
 SEXO: M EDAD: 23 ESCOLARIDAD: PREPARATORIA.  
 COMPLETA: X INCOMPLETA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: POZOMERO MARINO.  
 Nº DE INGRESOS: 2 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

TIEMPO DE EJECUCION: 38 min. ACTITUD: COOPERADORA.  
 MATERIALES ELEGIDOS: PLUMON DE COLOR: NEGRO, ROJO; CRAYOLA  
DE CERA: CAFE, AMARILLO.

PURTA DE ELECCION: DEL MATERIAL: RACIONAL.

TITULO: "LOS PINOS"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO AGRESIVO.  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: HIPERTONICA.  
 TRAZO: CORTOS, RECTOS REFORZADOS CON PREDOMINIO SOBRE CURVAS.  
 DETALLES: ABUNDANTES, SOMBREADO.  
 SIMETRIA: ASIMETRICO.  
 DESPLAZAMIENTO: SUPERIOR CENTRAL.  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: ORDENADA.

a) ANTRÓPOMORFISMS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: X  
 c) SOBRESILBOLIZACIONES: ---  
 d) GRAFISMS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X  
 e) SERICTIPS: ---

## FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 26 Nº DE EXPEDIENTE: 8022  
 SEXO: M EDAD: 25 ESCOLARIDAD: PREPARATORIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 4 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 10 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: CAFE; PLUMON DE COLOR:  
 AZUL OSCURO, NEGRO, AMARILLO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.

TITULO: "LA CASA EN EL MAR"

## INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: MIXTA.  
 TRAZO: LARGOS CON PREDOMINIO DE CURVAS SOBRE LAS RECTAS.  
 DETALLES: ESCASOS.  
 SIMETRIA: ASIMETRICO.  
 ENPLAZAMIENTO: INFERIOR CENTRAL.  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: ORDENADA.

a) ANTROPOMORFISMOS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: ---  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---  
 e) ESTRICTIPOS: ---

FIJERA DE RESUMEN DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 28 Nº DE EXPEDIENTE: 3002  
 SEXO: X EDAD: 32 ESCOLARIDAD: PREPARATORIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA:        OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 5 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 10 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: CAFE, NEGRO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL

TITULO: "PAINTREM, DAR VUELTAS EN EL FERROCARRIL"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: CONSTRUCTIVO.  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MICROGRAFICO.  
 PRESION: MIXTA.  
 TRAZO: CORTO CON PREDOMINIO DE RECTAS REFORZADAS, SOBRE CURVAS.  
 DETALLES: ABUNDANTES, GEOMETRISMOS.  
 SIMETRIA: ASIMETRICO.  
 ENPLAZAMIENTO: SUPERIOR CENTRAL.  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: DEFECTUOSA.

- a) ANTRÓPOMORFISMOS: —  
 b) TRANSPARENCIAS: X  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: —  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X  
 e) ESTERECTIPOS: X

## FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 29 Nº DE EXPEDIENTE: 10040  
 SEXO: M EDAD: 21 ESCOLARIDAD: PROFESIONAL.  
 COMPLETA:        INCOMPLETA: X OCUPACION: ESTUDIANTE.  
 Nº DE INGRESOS: 1 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

TIEMPO DE EJECUCION: 10 min. ACTITUD: RENUEVTE.  
 MATERIALES ELEGIDOS: SU PLUMA ESTILOGRAFICA. COLOR: NEGRO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: SE NIEGA A ACEPTAR EL MATERIAL QUE SE LE OFRECE.

TITULO: "LA TIENDA DE CAMPAÑA"

## INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.

SECUENCIA: CONGRUENTE.

TAMAÑO: MACROGRAFICO.

PRESION: HIPERTONICA.

TRAZO: LARGO CON PREDOMINIO DE RECTAS SOBRE CURVAS.

DETALLES: ESCASOS. GEOMETRISMOS.

SIMETRIA: SIMETRICO.

EMPLAZAMIENTO: INFERIOR CENTRAL.

MOVIMIENTO: ESTATICO.

SINTESIS: DEFECTUOSA.

- a) ANTRÓPOMORFISMOS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: ---  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X  
 e) ESTRICTIPICOS: X

FICHA DE REGISTRO DE DATOSNº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 31 Nº DE EXPEDIENTE: 10005SEXO: M EDAD: 35 ESCOLARIDAD: PROFESIONALCOMPLETA: X INCOMPLETA:        OCUPACION: NINGUNA.Nº DE INGRESOS: 1 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDETIEMPO DE EJECUCION: 90 min. ACTITUD: COOPERADORAMATERIALES ELEGIDOS: TIZA: NEGRA; CARBONCILLO; GRAYOLA DE CERA: VERDE, AZUL OSCURO, NEGRO, CAFE CLARO, MORADO, ROSA, AZUL CLARO, AMARILLO, ROJO, NARANJA, CAFE OSCURO.FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.TITULO: "EL REGRESO"INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:RANGO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.SECUENCIA: CONGRUENTE.TAMAÑO: MACROGRAFICO.PRESION: HIPERTONICA.TRAZO: CORTOS CON PREDOMINIO DE RECTAS REFORZADAS, SOBRE CURVAS.DETALLES: ABUNDANTES, GEOMETRISMOS.SIMETRIA: ASIMETRICO.EMPLAZAMIENTO: SUPERIOR.MOVIMIENTO: POSITIVO.SINTESIS: ORDENADA.a) ANTRÓPOMORFISMOS:       b) TRANSPARENCIAS:       c) SOBRESIMBOLIZACIONES:       d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES:       e) ESPECIFICOS: X

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 32 Nº DE EXPEDIENTE: 5799  
 SEXO: M EDAD: 38 ESCOLARIDAD: PROFESIONAL  
 COMPLETA: X INCOMPLETA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 5 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 15 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: PLUMON DE COLOR: ROSA, ROJO, NARANJA,  
NEGRO, AZUL OSCURO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: IMPULSIVA.

TITULO: "REINA DE CORAZONES"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO AGRESIVO.  
 SECUENCIA: INCONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: HIPERTONICA.  
 TRAZO: LARGO CON REFORZAMIENTO EN RECTAS Y CURVAS, REDONDELES.  
 DETALLES: ABUNDANTES.  
 SIMETRIA: ASIMETRICO.  
 DESPLAZAMIENTO: TOTAL. (CUBRE TODO EL PLIEGO).  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: DESINTEGRADA.  
 a) ANTRÓMORFISMOS: \_\_\_\_\_  
 b) TRANSPARENCIAS: X  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: X  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X  
 e) RESTRICTIVOS: X

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 34 Nº DE EXPEDIENTE: 9178  
 SEXO: M EDAD: 33 ESCOLARIDAD: PRIMARIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA:        OCUPACION: CAMPESINO  
 Nº DE INGRESOS: 2 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 15 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: CAFE

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL

TITULO: "LA CASA"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.

SECUENCIA: INCONGRUENTE.

TAMARO: MACROGRAFICO.

FRONSION: FIXTA.

TRAZO: LARGO CON PREDOMINIO DE RECTAS SOBRE CURVAS.

DETALLES: ABUNDANTES.

SIMETRIA: ASIMETRICO.

EMPLAZAMIENTO: SUPERIOR IZQUIERDO.

MOVIMIENTO: ESTATICO.

SINTESIS: DEFECTUOSA.

a) ANTRÓPOMORFISMS: ---

b) TRANSPARENCIAS: ---

c) SEMEJANZAS SIMBOLIZACIONES: ---

d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X

e) ESTERICTIPOS: ---

GRUPO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA ESQUIZO-  
AFECTIVA.



FICHA DE ENTREGA DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 2 Nº DE EXPEDIENTE: 8076  
 SEXO: K EDAD: 27 ESCOLARIDAD: PROFESIONAL  
 COMPLETA:        INCOMPLETA: X OCUPACION: COMERCIANTE  
 Nº DE INGRESOS: 3 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA

TIEMPO DE EJECUCION: 65 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: ROJO, BERLILLON, VERDE CLARO, VERDE SECO, ROJO, CAFE, NEGRO; LAPIZ DE GRAFITO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL

TITULO: "LORENA VELAZQUEZ ATRIZ"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.

SECUENCIA: CONGRUENTE.

TAMAÑO: MACROGRAFICO.

PRECISION: MIXTA.

TRAZO: LARGO, CON PREDOMINIO DE CURVAS.

DETALLES: SIN DETALLES INUSUALES.

SIMETRIA: ASIMETRICO.

EMPLAZAMIENTO: CENTRAL.

MOVIMIENTO: ESTATICO.

SINTESIS: ORDENADA.

a) ANTRÓPOMORFISMOS: ---

b) TRANSPARENCIAS: ---

c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---

d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---

e) ESTEREOTIPOS: ---

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 3 Nº DE EXPEDIENTE: 7204  
 SEXO: M EDAD: 21 ESCOLARIDAD: SECUNDARIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA:      OCUPACION: EMPLEADO  
 Nº DE INGRESOS: 6 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA

TIEMPO DE EJECUCION: 45 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: PLATA, AZUL CLARO, AZUL OSCURO, VERDE CLARO, AZUL-VERDE; PLUMON DE COLOR: NEGRO, ROJO, AMARILLO,; CRAYOLA DE CERA: AMARILLA.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL

TITULO: "POZA RICA"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: MIXTA.  
 TRAZO: COMBINACION DE CORTOS Y LARGOS CON PREDOMINIO DE CURVAS.  
 DETALLES: DOBLE CONTOURNO, PERSPECTIVA.  
 SIMETRIA: ASIMETRICO.  
 ENPLAZAMIENTO: TOTAL. (CUBRE TODO EL PLIEGO)  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: ORDENADA.

a) ANTROPOMORFISMOS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: ---  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---  
 e) ESTRICTIPOS: X

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 4 Nº DE EXPEDIENTE: 8289  
 SEXO: M EDAD: 30 ESCOLARIDAD: COLLEGE (PREPARATORIA)  
 COMPLETA: X INCOMPLETA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 3 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA ESQUIZAFECTIVA

TIEMPO DE EJECUCION: 30 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: ACUARELA: ROJO, NEGRO; TIZA DE COLOR:  
 VERDE OSCURO; PLUMON DE COLOR: AMARILLO; CRAYOLA DE CERA:  
 AZUL, ROJO, AMARILLO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL

TITULO: "LA CASA"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.  
 SECUENCIA: INCONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: FLUTA.  
 TRAZO: LARGO CON PREDOMINIO DE CUEVAS SOBRE RECTAS.  
 DETALLES: DOBLE CONTORNO: (SOL).  
 SINTRIA: ASIMETRICO.  
 DESPLAZAMIENTO: TOTAL.  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: DEFECTUOSA.

a) ANTRÓPOMORFISMOS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: ---  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: X  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---  
 e) ESTEREOTIPOS: X

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE FACIENTE ENTREVISTADO: II Nº DE EXPEDIENTE: 5499  
 SEXO: P EDAD: 43 ESCOLARIDAD: PROFESIONAL  
 COMPLETA:      INCOMPLETA: X OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 3 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA

TIEMPO DE EJECUCION: 25 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE GRAFITO; CRAYOLA DE CERA:  
AMARILLO, VERDE CLARO, VERDE-AZUL, NARANJA, AMARILLO OSCURO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.

TITULO: "PRISMA"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION FICTICIA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: HIPERTONICA.  
 TRAZO: LARGOS Y RECTOS.  
 DETALLES: GEOMETRICOS.  
 SIMETRIA: SIMETRICO.  
 DESPLAZAMIENTO: TOTAL. (CUBRE TODO EL PLIEGO).  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: ORDENADA.

a) ANTRÓPOMORFISMS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: ---  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---  
 e) ESTEREOTIPOS: X

## FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 13 Nº DE EXPEDIENTE: 9983  
 SEXO: F EDAD: 24 ESCOLARIDAD: PRIMARIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 1 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA

TIEMPO DE EJECUCION: 20 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: PLUMON DE COLOR: NARANJA, AZUL CLARO,  
AMARILLO, VERDE, NEGRO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL TITUBEANTE.

TITULO: "LA CASITA"

## INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO.  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: HIPERTONICA.  
 TRAZO: LARGOS. COMBINACION DE RECTAS Y CURVAS.  
 DETALLES: DOBLE CONTORNO: (SOL).  
 SIMETRIA: ASIMETRICO.  
 DESPLAZAMIENTO: TOTAL. (CUBRE TODO EL PLIEGO)  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: ORDENADA.

- a) ANTRÓPOGRAFICOS: \_\_\_\_\_  
 b) TRANSPARENCIAS: \_\_\_\_\_  
 c) SOBRESIMPLICACIONES: \_\_\_\_\_  
 d) GRAFICOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: \_\_\_\_\_  
 e) ESTEREOTIPOS: ★ \_\_\_\_\_

## FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 35 Nº DE EXPEDIENTE: 9412  
 SEXO: M EDAD: 25 ESCOLARIDAD: PROFESIONAL  
 COMPLETA:        INCOMPLETA: X OCUPACION: COMERCIANTE  
 Nº DE INGRESOS: 2 DIAGNOSTICO: ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA

TIEMPO DE EJECUCION: 55 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: AZUL, VERDE, ROJO,  
AMARILLO; CRAYOLAS DE CERA: VERDE, ROJO, AZUL, AMARILLO,  
CAFE, NARANJA, VERDE; ACUARELAS: AZUL, VERDE, ROJO, CAFE,  
NEGRO; PLUMONES: CAFE, NEGRO, AZUL, ROJO; CARBONCILLO.  
 FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL

TITULO: "LA NATURALEZA"

## INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: CONSTRUCTIVO.  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MICROGRAFICO, CON TENDENCIA CRECIENTE.  
 PRESION: HIPERTONICA.  
 TRAZO: LARGO CON PREDOMINIO DE RECTAS.  
 DETALLES: DOBLE CONTORNO, GEOMETRISMOS.  
 SIMETRIA: SIMETRICO.  
 DESPLAZAMIENTO: CENTRAL.  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: ORDENADA.

a) ANTRÓPOMORFISMOS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: X  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: X  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---  
 e) ESTERICIPICOS: X

**GRUPO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA (FASE MANIACA).**

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 18 Nº DE EXPEDIENTE: 7477  
 SEXO: F EDAD: 37 ESCOLARIDAD: COMERCIO  
 COMPLETA: X INCOMPLETA:      OCUPACION: SECRETARIA  
 Nº DE INGRESOS: 6 DIAGNOSTICO: P.M.D. (FASE MANIACA)

TIEMPO DE EJECUCION: 10 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: BOLIGRAFO DE COLOR: AZUL OSCURO

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL. UTILIZA SU PROPIO  
BOLIGRAFO, NEGANDOSE A UTILIZAR EL MATERIAL EXPUESTO.

TITULO: "LA CASITA DE LOS NIÑOS"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO AGRESIVO.  
 SECUENCIA: INCONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: HIPERTONICA.  
 TRAZO: LARGOS CON PREDOMINIO DE LAS CURVAS Y REDONDELES.  
 DETALLES: ABUNDANTES.  
 SINTRIA: ASIMETRICO.  
 EMPLAZAMIENTO: TOTAL. (CUBRE LA TOTALIDAD DEL PLIEGO).  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: DEFECTUOSA.

- a) ANTRÓPOMORFISMOS: X  
 b) TRANSPARENCIAS: ---  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: X  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---  
 e) ESTEROTIPOS: X



FOYER DE REVISION DE DADOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 21 Nº DE EXPEDIENTE: 9344  
 SEXO: F EDAD: 22 ESCOLARIDAD: PROFESIONAL  
 COMPLETA:        INCOMPLETA: X OCUPACION: ARQUITECTA  
 Nº DE INGRESOS: 2 DIAGNOSTICO: F.M.D. (FASE MANIACA)

TIEMPO DE EJECUCION: 15 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: PLUMON DE COLOR: AZUL CLARO.

FURSA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL INSEGURA.

TITULO: "PERFIL IDIOTA"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO AGRESIVO.

SECUENCIA: CONGRUENTE.

TAMAÑO: MACROGRAFICO.

PRESSION: HIPERTONICA.

TRAZO: CORTO, QUEBRADO Y REFORZADO CON PREDOMINIO DE CURVAS.

DETALLES: ABUNDANTES, RIGIDEZ.

SIMETRIA: ASIMETRICO.

EMPLAZAMIENTO: CENTRAL IZQUIERDO.

MOVIMIENTO: ESTATICO.

SINTESIS: ORDENADA.

a) ANTRÓMORFISMS: ---

b) TRANSPARENCIAS: X

c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---

d) GRAFISMS CALIGRAFICOS Y NULERALES: ---

e) ESPECIFICOS: ---

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 27 Nº DE EXPEDIENTE: 10004  
 SEXO: M EDAD: 18 ESCOLARIDAD: PREPARATORIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 1 DIAGNOSTICO: P.M.D. (FASE MANIACA)

TIEMPO DE EJECUCION: 15 min ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: NARANJA; PLUMON DE COLOR:  
ROSA, AZUL, CAFE; TIZA DE COLOR: AZUL PASTEL; CARBONCILLO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: IMPULSIVA E INDISCRIMINADA.

TITULO: "EL CONEJO"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO AGRESIVO.  
 SECUENCIA: INCONGRUENTE.  
 TAMANO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: HIPERTONICA.  
 TRAZO: LARGOS CON PREDOMINIO DE CURVAS Y REDONDELES.  
 DETALLES: ABUNDANTES.  
 SIMETRIA: ASIMETRICO.  
 DESPLAZAMIENTO: TOTAL. (CUBRE TODO EL PLIEGO).  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: DESINTEGRADA.

- a) ANTRÓPOMORFISMS: \_\_\_\_\_  
 b) TRANSPARENCIAS: X  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: X  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X  
 e) ESTRICTIVOS: X

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 33 Nº DE EXPEDIENTE: 9952  
 SEXO: M EDAD: 44 ESCOLARIDAD: PROFESIONAL  
 COMPLETA:        INCOMPLETA: X OCUPACION: EMPLEADO  
 Nº DE INGRESOS: 3 DIAGNOSTICO: P.M.D. (FASE MANIACA)

TIEMPO DE EJECUCION: 18 min. ACTITUD: COOPERADORA.  
 MATERIALES ELEGIDOS: CRAYOLAS DE CEPA: CAFE, AZUL CLARO,  
AMARILLO, NEGRO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.

TITULO: "EL BARCO"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO AGRESIVO.

SECUENCIA: CONGRUENTE.

TAMANO: MACROGRAFICO.

PRESION: HIPERTONICA.

TRAZO: LARGO, CON PREDOMINIO DE CURVAS SOBRE RECTAS.

DETALLES: ABUNDANTES.

SIMETRIA: ASIMETRICO.

DEPLAZAMIENTO: TOTAL, CUBRE LA TOTALIDAD DEL PLIEGO.

MOVIMIENTO: ESTATICO.

SINTESIS: DEFECTUOSA.

a) ANTRÓPOMORFISMS: ---

b) TRANSPARENCIAS: X

c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---

d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---

e) ESTRICTIPCS: X

**GRUPO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA (FASE DEPRESIVA).**

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 7 Nº DE EXPEDIENTE: 9550  
 SEXO: F EDAD: 75 ESCOLARIDAD: SECUNDARIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 2 DIAGNOSTICO: P.M.D. (FASE DEPRESIVA)

TIEMPO DE EJECUCION: 10 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: VERDE CLARO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: POR PROXIMIDAD.

TITULO: "BURRO"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: CONSTRICTIVO.

SECUENCIA: CONGRUENTE.

TAMANO: MICROGRAFICO.

PREISION: HIPOTONICA.

TRAZO: CORTO, CON PREDOMINIO DE RECTAS SOBRE CURVAS.

DETALLRS: ESCASOS, RIGIDEZ.

SIMETRIA: ASIMETRICO.

EMPLAZAMIENTO: CENTRAL IZQUIERDO.

MOVIMIENTO: ESTATICO.

SINTESIS: DEFECTUOSA.

a) ANTIPOPOMICRISIS: ---

b) TRANSPARENCIAS: X

c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---

d) GRAFISMS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X

e) ESTRICTIPOS: ---

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 8 Nº DE EXPEDIENTE: 9859  
 SEXO: F EDAD: 42 ESCOLARIDAD: PRIMARIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA:        OCUPACION: hogar  
 Nº DE INGRESOS: 2 DIAGNOSTICO: P.H.D. (FASE DEPRESIVA)

TIEMPO DE EJECUCION: 25 min. ACTITUD: MUY RENUENTE  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: AMARILLO CLARO, VERDE SECO, VERDE CLARO, ROJO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: POR PROXIMIDAD

TITULO: "CASA DE CAMPO"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: CONSTRUCTIVO.

SECUENCIA: CONGRUENTE.

TAMAÑO: MICROGRAFICO.

PRESSION: HIPOTONICA.

TRAZO: CORTO, CON PREDOMINIO DE RECTAS SOBRE CURVAS.

DETALLES: ESCASOS, CON DOBLE CONTORNO.

SIMETRIA: SIMETRICO.

EMPLAZAMIENTO: INFERIOR IZQUIERDO.

MOVIMIENTO: ESTATICO.

SINTESIS: ORDENADA.

a) ANTRÓMORFISMS: ---

b) TRANSPARENCIAS: ---

c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---

d) GRAFISMS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---

e) ESTRICTIPCS: ---

## FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 15 Nº DE EXPEDIENTE: 2394SEXO: F EDAD: 55 ESCOLARIDAD: PRIMARIACOMPLETA:        INCOMPLETA: X OCUPACION: NINGUNANº DE INGRESOS: 2 DIAGNOSTICO: P.M.D. (FASE DEPRESIVA)TIEMPO DE EJECUCION: 15 min. ACTITUD: COOPERADORAMATERIALES ELEGIDOS: CRAYOLAS DE CERA: NEGRA, NARANJA,  
AZUL OSCURO.FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: POR PROXIMIDADTÍTULO: "UNAS FLORECITAS DE MI INSPIRACION"INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:MAJEJO DEL ESPACIO: CONSTRUCTIVO.SECUENCIA: CONGRUENTE.TAMANO: MICROGRAFICO.PRESION: HIPOTONICA.TRAZO: CORTOS, CON PREDOMINIO DE CURVAS Y REDONDELES.DETALLES: ESCASOS.SINETRIA: ASIMETRICO.SPLAZAMIENTO: INFERIOR IZQUIERDO.MOVIMIENTO: ESTATICO.SINTESIS: DEFECTUOSA.a) ANTROPOMORFISMOS: ---b) TRANSPARENCIAS: Xc) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---e) ESTRICTIPOS: X

## FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 22 Nº DE EXPEDIENTE: 3274  
 SEXO: F EDAD: 33 ESCOLARIDAD: SECUNDARIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: hogar  
 Nº DE INGRESOS: 4 DIAGNOSTICO: P.M.D. (FASE DEPRESIVA)

TIEMPO DE EJECUCION: 40 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: CAFE OSCURO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: POR PROXIMIDAD

TITULO: "LA BARCA"

## INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: CONSTRUCTIVO.

SECUENCIA: INCONGRUENTE.

TAMANO: MICROGRAFICO.

PRENSION: MIXTA.

TRAZO: CORTO, CON PREDOMINIO DE CURVAS Y REDONDELES.

DETALLES: ABUNDANTES.

SIMETRIA: ASIMETRICO.

EMPLAZAMIENTO: CENTRAL SUPERIOR.

MOVIMIENTO: ESTATICO.

SINTESIS: DESINTEGRADA.

a) ANTRÓPOMORFISMS: X

b) TRANSPARENCIAS: X

c) SOBRESIMBOLIZACIONES: X

d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: X

e) ESTERICTIPCS: X



## FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 30 Nº DE EXPEDIENTE: 543  
 SEXO: F EDAD: 50 ESCOLARIDAD: PRIMARIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA:        OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: 3 DIAGNOSTICO: P.M.D. (FASE DEPRESIVA)

TIEMPO DE EJECUCION: 10 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE COLOR: VERDE CLARO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: POR PROXIMIDAD.

TITULO: "FLOR"

## INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: CONSTRUCTIVO.  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MICROGRAFICO.  
 PRESION: HIPOTONICA.  
 TRAZO: CORTO, CON PREDOMINANCIA DE CURVAS SOBRE RECTAS.  
 DETALLES: ESCASOS.  
 SIMETRIA:         
 ENPLAZAMIENTO: SUPERIOR DERECHO.  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: ORDENADA.

- a) ANTRÓPOMORFISMS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: ---  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---  
 e) ESFERICISMOS: X

GRUPO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PSICOSIS PARANOIDE.

## FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 10 Nº DE EXPEDIENTE: 10020  
 SEXO: F EDAD: 56 ESCOLARIDAD: SECUNDARIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA:        OCUPACION: HOGAR  
 Nº DE INGRESOS: 1 DIAGNOSTICO: PSICOSIS PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 15 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE GRAFITO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.

TITULO: "(RENGENTE A PONERLE TITULO)"

## INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: CONSTRICTIVO.  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MICROGRAFICO .  
 EXPRESION: SIITA.  
 TRAZO: CORTO, RECTO Y REFORZADO.  
 DETALLES: ESCASOS, CON SOMBRADO.  
 SOMETRIA: ASIMETRICO.  
 DESPLAZAMIENTO: INFERIOR IZQUIERDO.  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: DEFECTUOSA.

- a) ANTRÓPOMORFISMOS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: X  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---  
 e) ESTEREOTIPOS: ---

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 12 Nº DE EXPEDIENTE: 10019  
 SEXO: F EDAD: 55 ESCOLARIDAD: PRIMARIA  
 COMPLETA:        INCOMPLETA: X OCUPACION: NINGUNA  
 Nº DE INGRESOS: I DIAGNOSTICO: PSICOSIS PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 40 min. ACTITUD: MUY RENUENTE  
 MATERIALES ELEGIDOS: LAPIZ DE GRAPITO, LAPIZ DE COLOR: VERDE  
OSCURO, VERDE LIMON, AZUL CLARO.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.

TITULO: "LA CASA BLANCA"

INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO AGRESIVO.  
 SECUENCIA: INCONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO..  
 PRESION: MIXTA.  
 TRAZO: CORTO, RECTO Y REFORZADO.  
 DETALLES: ESCASOS, CON SOMBREADO.  
 SINTRIA: ASIMETRICO.  
 ENPLAZAMIENTO: CENTRAL SUPERIOR.  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: DESINTEGRADA.

a) ANTRÓMORFICOS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: X  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---  
 e) ESTERICTIPOS: ---

## FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 16 Nº DE EXPEDIENTE: 10072  
 SEXO: F EDAD: 34 ESCOLARIDAD: SECUNDARIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: HOGAR  
 Nº DE INGRESOS: 1 DIAGNOSTICO: PSICOSIS PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 18 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: CRAYOLAS DE CEPA: VERDE, ROSA, CAFE.

FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL.

TITULO: "FLORES PARA MI PAPI"

## INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO AGRESIVO.  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: HIFERTONICA.  
 TRAZO: CORTO, CON CURVAS REFORZADAS.  
 DETALLES: ESCASOS.  
 SIMETRIA: SIMETRICO.  
 DESPLAZAMIENTO: CENTRAL SUPERIOR.  
 MOVIMIENTO: ESTATICO.  
 SINTESIS: DEFECTUOSA.

- a) ANTRÓPOMORFISMOS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: X  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---  
 e) ESTERECTIPOS: X

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº DE PACIENTE ENTREVISTADO: 19 Nº DE EXPEDIENTE: 10082  
 SEXO: F EDAD: 46 ESCOLARIDAD: SECUNDARIA  
 COMPLETA: X INCOMPLETA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: HOGAR  
 Nº DE INGRESOS: 1 DIAGNOSTICO: PSICOSIS PARANOIDE

TIEMPO DE EJECUCION: 15 min. ACTITUD: COOPERADORA  
 MATERIALES ELEGIDOS: CRAYOLAS DE CERA: AZUL MARINO, CAFE  
CLARO, VERDE, AZUL-VERDE, ROJO.

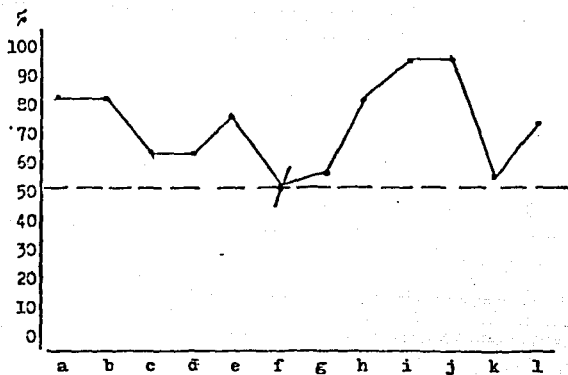
FORMA DE ELECCION DEL MATERIAL: RACIONAL

TITULO: "LA CASA DESEADA"

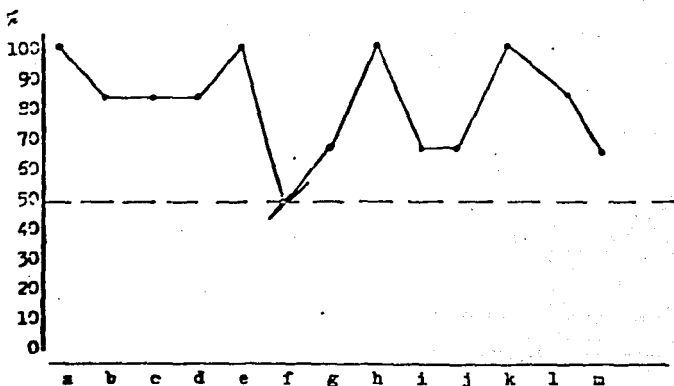
INVENTARIO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPRESION PICTORICA:

MANEJO DEL ESPACIO: EXPANSIVO AGRESIVO.  
 SECUENCIA: CONGRUENTE.  
 TAMAÑO: MACROGRAFICO.  
 PRESION: HIPERTONICA.  
 TRAZO: CORTOS, RECTOS Y REFORZADOS, CON INCLUSION DE CURVAS LARGAS.  
 DETALLES: ABUNDANTES.  
 SIMETRIA: ASIMETRICO.  
 DESPLAZAMIENTO: TOTAL. (CUBRE TODO EL PLIEGO).  
 MOVIMIENTO: POSITIVO, (AVES VOLANDO Y HUMO DE CHIMENEA).  
 SINTESIS: DEFECTUOSA.

a) ANTIPOGRAFICOS: ---  
 b) TRANSPARENCIAS: ---  
 c) SOBRESIMBOLIZACIONES: ---  
 d) GRAFISMOS CALIGRAFICOS Y NUMERALES: ---  
 e) ESTEROTIPOS: X

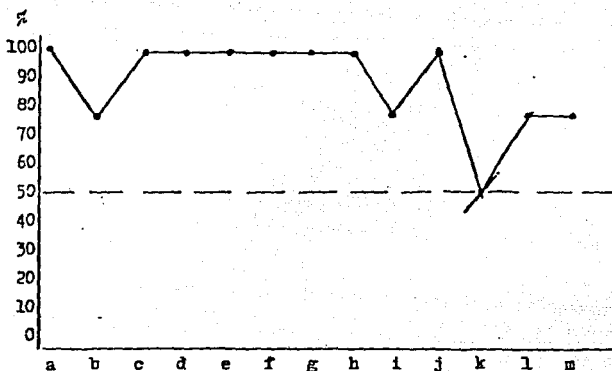
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:

- a) Actitud: Cooperadora.  
 b) Elección del material: Racional.  
 c) Manejo del espacio: Expansivo.  
 d) Secuencia: Congruente.  
 e) Tamaño: Macrográfico.  
 f) Presión: Hipertónica/Mixta.  
 g) Tazo: Corto con predominio de rectas reforzadas sobre curvas.  
 h) Detalles: Abundantes.  
 i) Simetría: Asimétrico.  
 j) Movimiento: Estático.  
 k) Síntesis: Defectuosa.  
 l) Grafismos caligráficos y numerales.

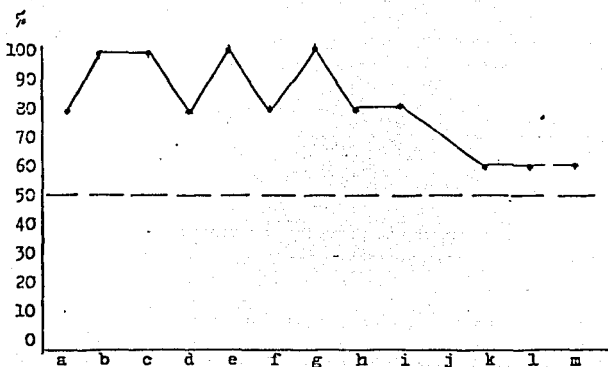
ESQUEMIZACIÓN ESTEREOGRÁFICA:

- a) Actitud: Cooperadora.  
 b) Elección del material: Racional.  
 c) Manejo del espacio: Expansivo.  
 d) Secuencia: Congruente.  
 e) Tamaño: Macrográfico.  
 f) Presión: Hipertónica/Mixta.  
 g) Trazo: Largo con predominio de curvas.  
 h) Detalles: Abundantes.  
 i) Simetría: Asimétrico.  
 j) Emplazamiento: Total (cubre todo el pliego).  
 k) Movimiento: Estático.  
 l) Esteriotipos.  
 m) Doble contorno.

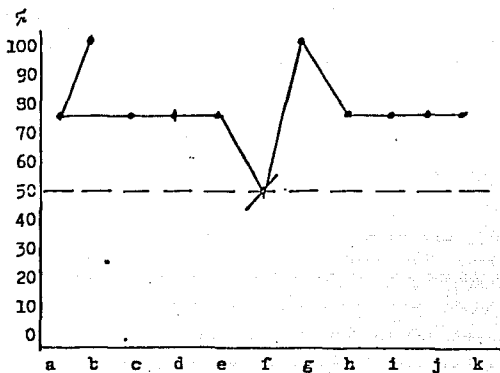


PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA (FASE MANIACA).

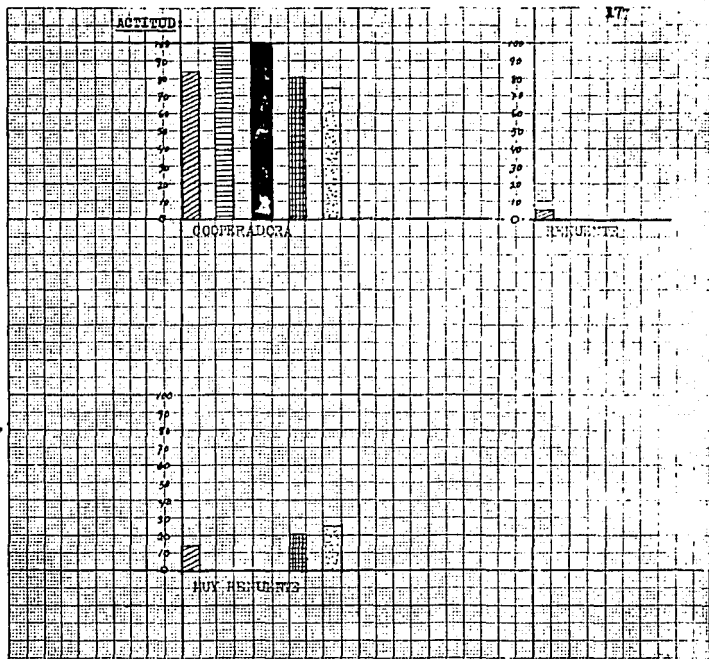
- a) Actitud: Cooperadora.
- b) Elección del material: Racional.
- c) Manejo del espacio: Expansivo agresivo.
- d) Tamaño Macrográfico.
- e) Presión: Hipertónica.
- f) Trazo: Largo con predominio de curvas.
- g) Detalles: Abundantes.
- h) Simetría: Asimétrico.
- i) Emplazamiento: Total, (cubre todo el pliego).
- j) Movimiento: Estático.
- k) Síntesis: Defectuosa/Desintegrada.
- l) Transparencias.
- m) Esteriotipos.

BIPOLES MANIACO DEPRESIVA (FASE DEPRESIVA).

- a) Actitud: Cooperadora.  
 b) Elección del material: Por proximidad.  
 c) Manejo del espacio: Constrictivo.  
 d) Secuencia: Congruente.  
 e) Tamaño: Micrográfico.  
 f) Presión: Hipotónica.  
 g) Trazo: Corto.  
 h) Detalles; Escasos.  
 i) Simetría: Asimétrico.  
 j) Movimiento: Estático.  
 k) Síntesis: Defectuosa/Desintegrada.  
 l) Transparencias.  
 m) Esteriotipos.

PERICLIS PARANCLIS:

- a) Actitu: Cooperadora.  
 b) Elección del material: Racional.  
 c) Manejo del espacio: Expansivo Agresivo.  
 d) Secuencia: Congruente.  
 e) Tamaño: Macrográfico.  
 f) Presión: Hipertónica/Mixta.  
 g) Trazo: Corto, recto y reforzado.  
 h) Simetría: Asimétrico.  
 i) Movimiento: Estático.  
 j) Síntesis: Defectuosa.  
 k) Transparencias.



Esquizofrenia Paranoide



Esquizofrenia Esquizoafectiva



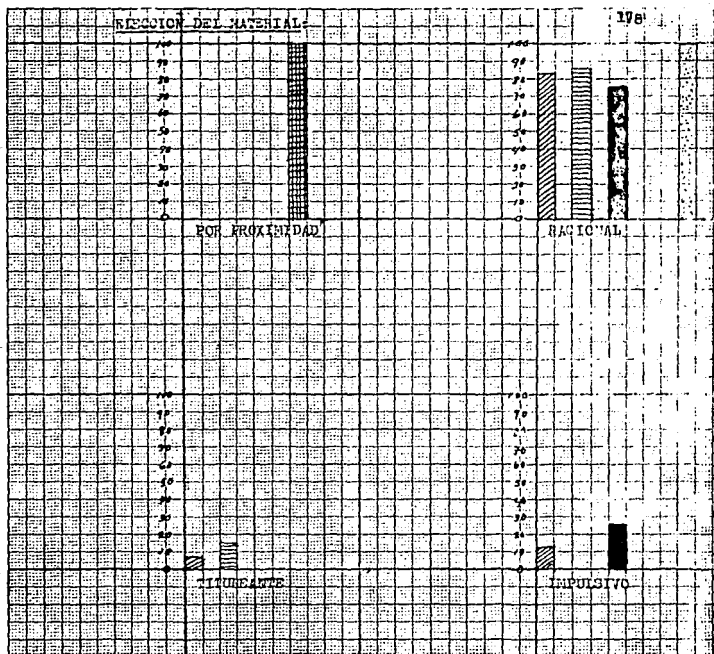
Psicosis Maniaco Depresiva (fase Maniaca)



Psicosis Maniaco Depresiva (fase Depresiva)



Psicosis Paranoide



Esquizofrenia Paranoide



Esquizofrenia Esquizoafectiva



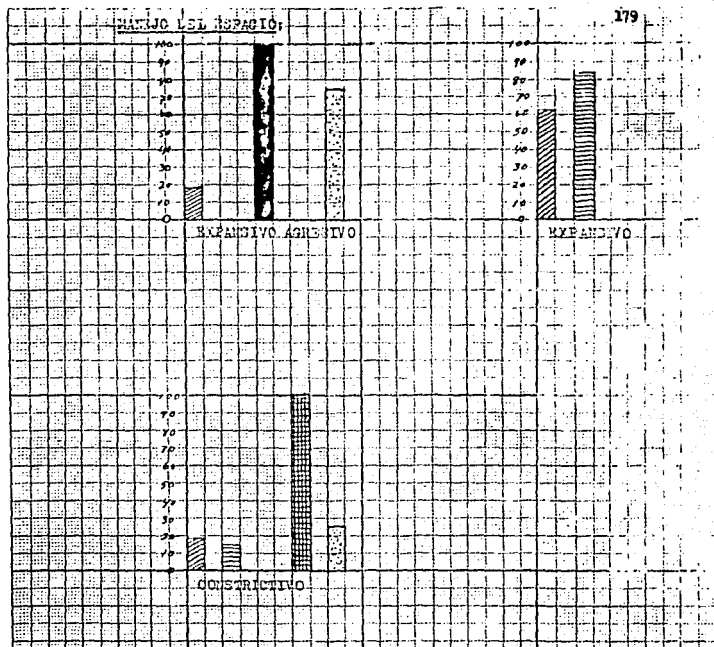
Psicosis Maniaco Depresiva (fase Manica)



Psicosis Maniaco Depresiva (fase Depresiva)



Psicosis Paranoide



Esquizofrenia Paranoide



Esquizofrenia Esquizofectiva



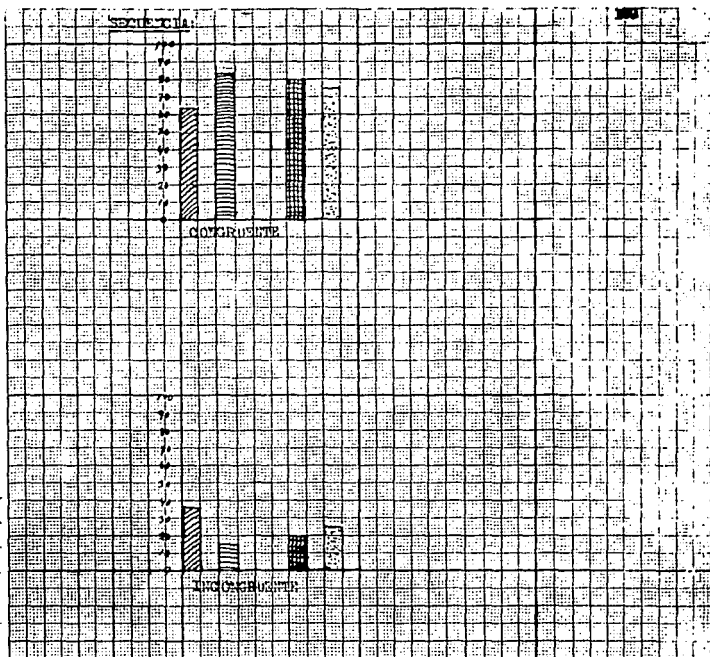
Psicosis Maniaco Depresiva (fase Maniaca)



Psicosis Maniaco Depresiva (fase Depresiva)



Psicosis Paranoide



Esquizofrenia Paranoide



Esquizofrenia Esquizoafectiva



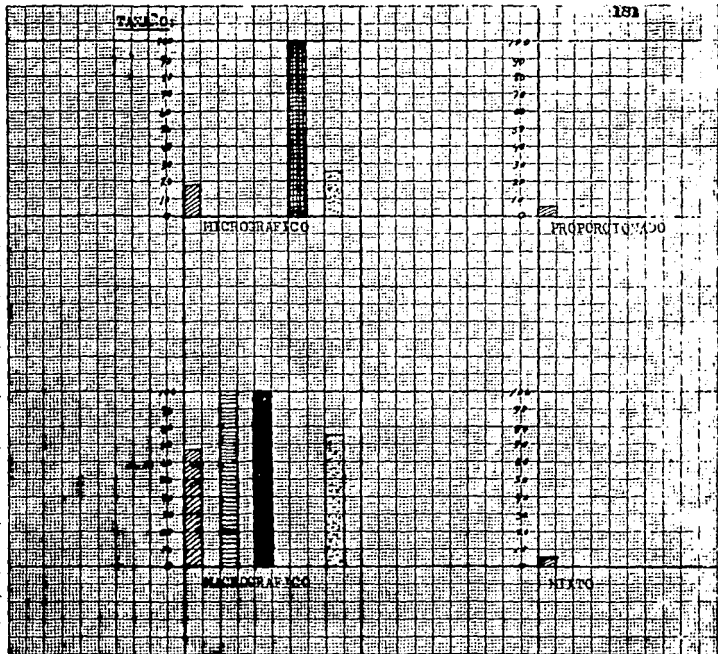
Psicosis Maniaco Depresiva (fase Maniaca)








Psicosis Maniaco Depresiva (fase Depresiva)

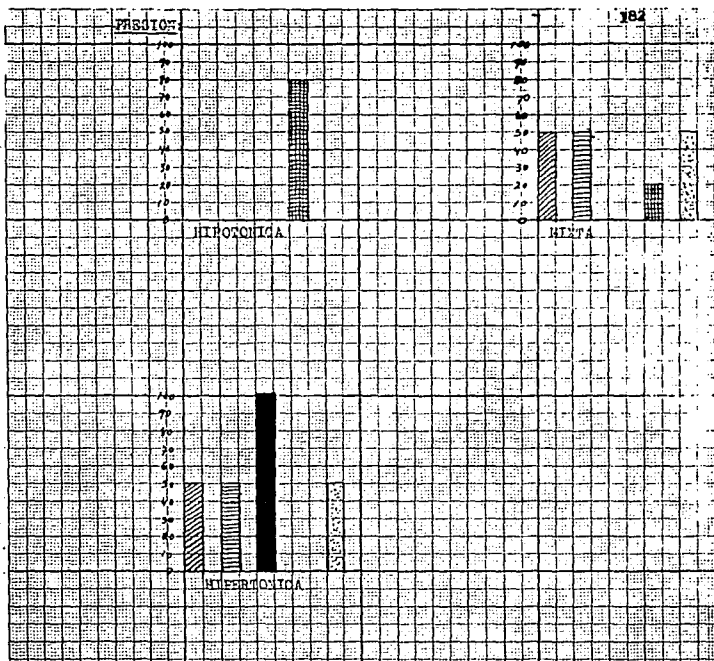


Psicosis Paranoide



-  Esquizofrenia Paranoide
-  Esquizofrenia Esquizoafectiva
-  Psicosis Maniaco Depresiva (fase Maniaca)
-  Psicosis Maniaco Depresiva (fase Depresiva)
-  Psicosis Paranoide





Esquizofrenia Paranoide



Esquizofrenia Esquizoafectiva



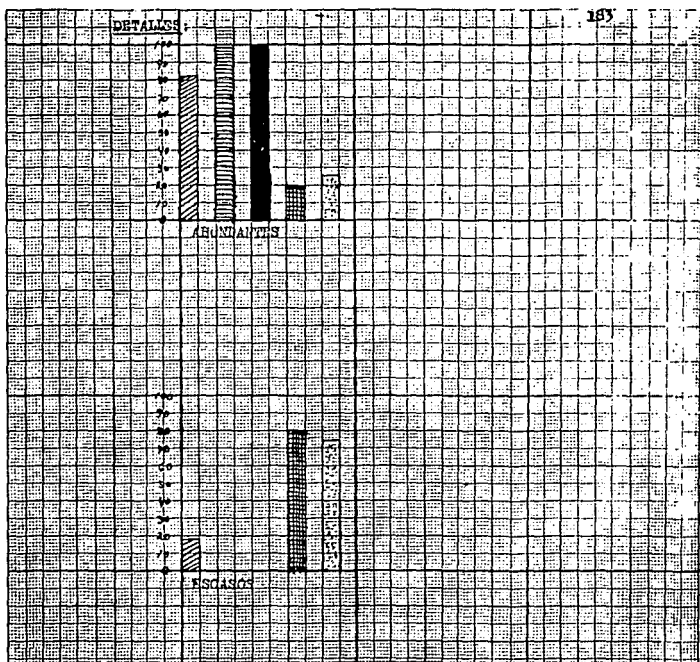
Psicosis Maniaco Depresiva (fase Maniaca)



Psicosis Maniaco Depresiva (fase Depresiva)



Psicosis Paranoide



Esquizofrenia Paranoide



Esquizofrenia Esquizoafectiva



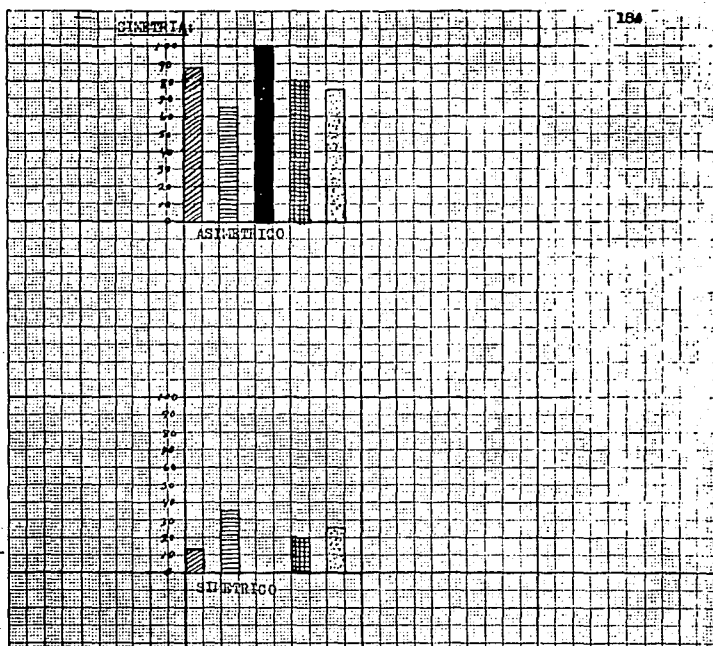
Psicosis Maniaco Depresiva (fase Maniaca)



Psicosis Maniaco Depresiva (fase Depresiva)



Psicosis Paranoide



Esquizofrenia Paranoide



Esquizofrenia Esquizoafectiva



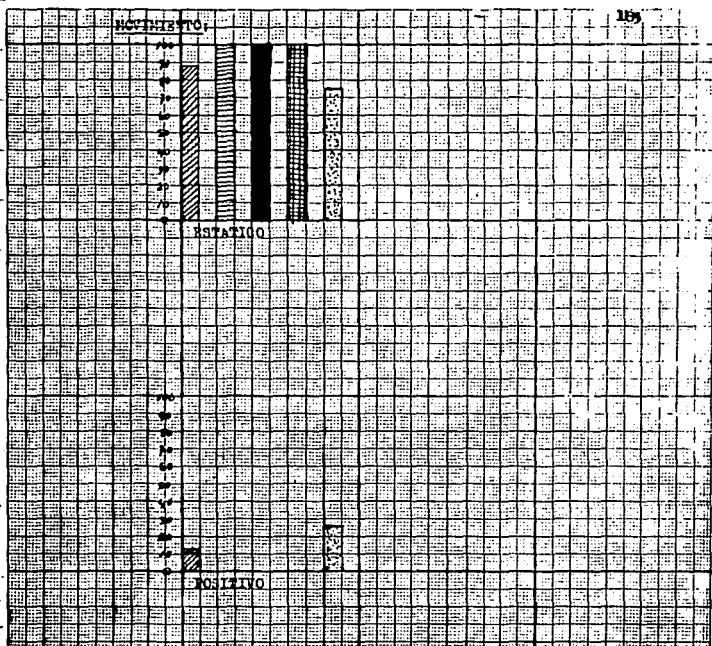
Psicosis Maniaco Depresiva (fase Maniaca)



Psicosis Maniaco Depresiva (fase Depresiva)



Psicosis Paranoide



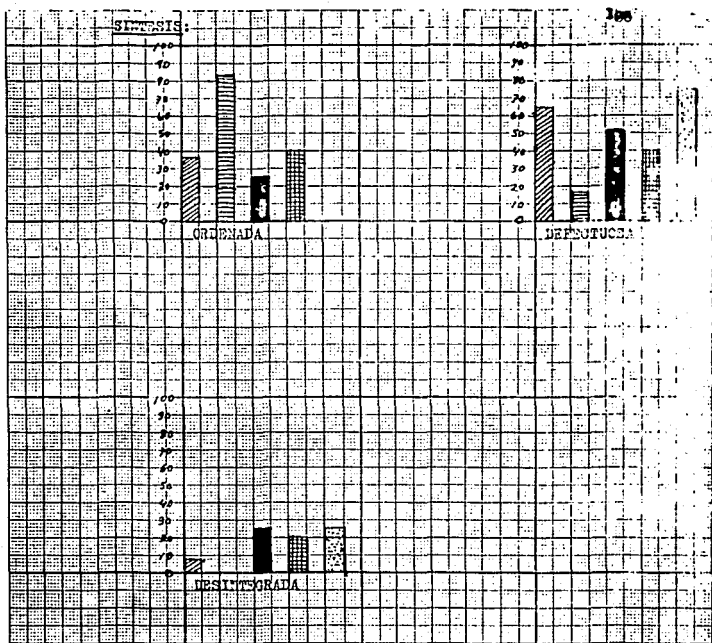
Esquizofrenia Paranoide

Esquizofrenia Esquisoafectiva

Psicosis Maniaco Depresiva (fase Maniaca)

Psicosis Maniaco Depresiva (fase Depresiva)

Psicosis Paranoide



Esquizofrenia Paranoide



Esquizofrenia Esquizoafectiva



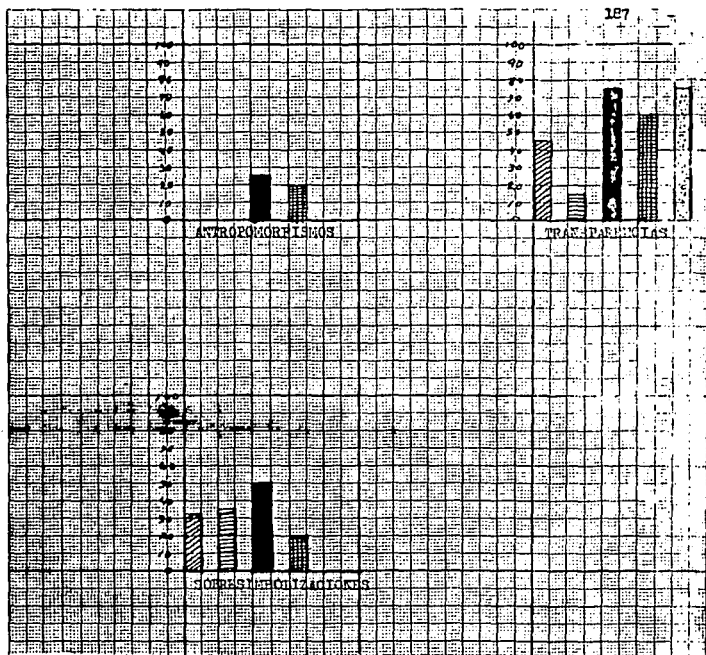
Psicosis Maniaco Depresiva (fase Maniaca)



Psicosis Maniaco Depresiva (fase Depresiva)



Psicosis Paranoide



Esquizofrenia Paranoide



Esquizofrenia Esquizoafectiva



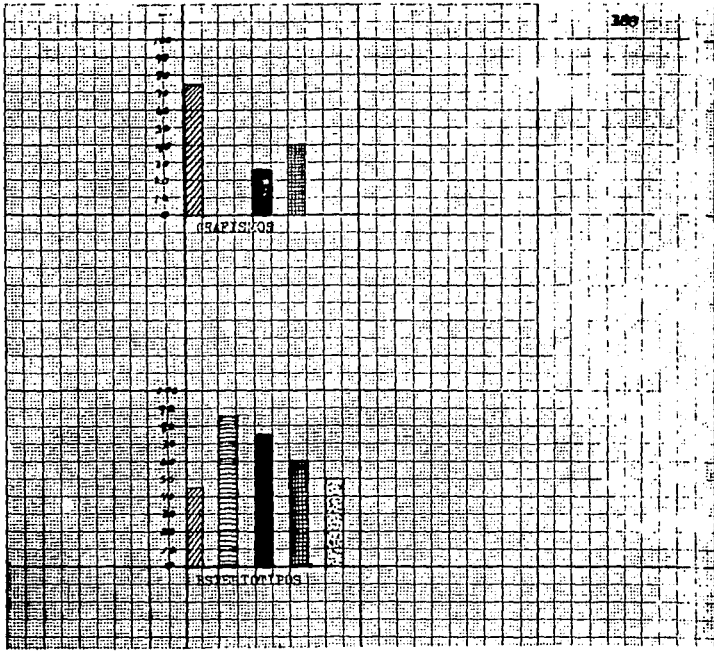
Psicosis Maniaco Depresiva (fase Maniaca)








Psicosis Maniaco Depresiva (fase Depresiva)



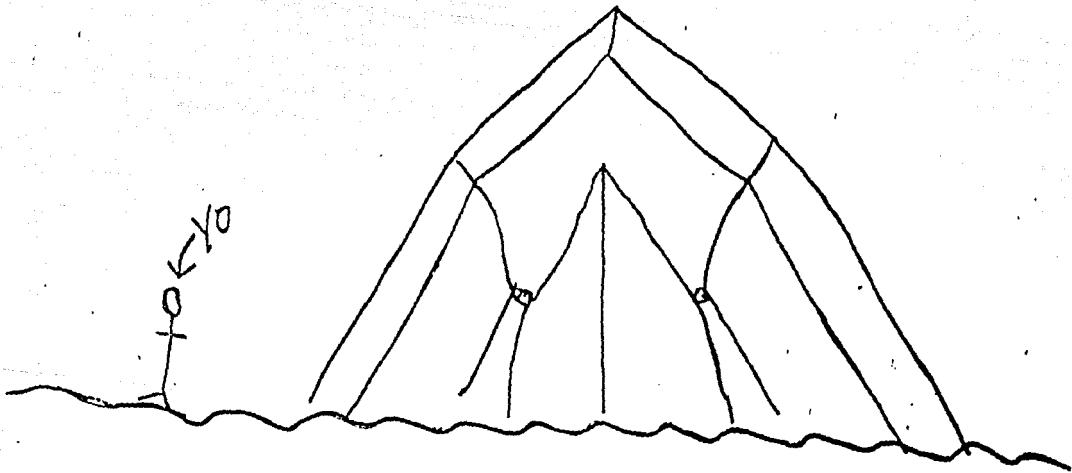
Psicosis Paranoide

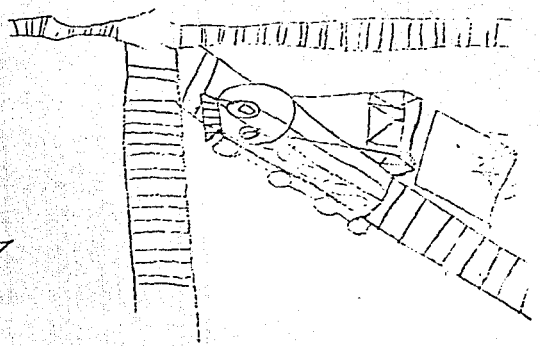


-  Esquizofrenia Paranoide
-  Esquizofrenia Esquizoafectiva
-  Psicosis Maniaco Depresiva (fase Maniaca)
-  Psicosis Maniaco Depresiva (fase Depresiva)
-  Psicosis Paranoide

MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA EXPRESION PICTORICA DE PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.



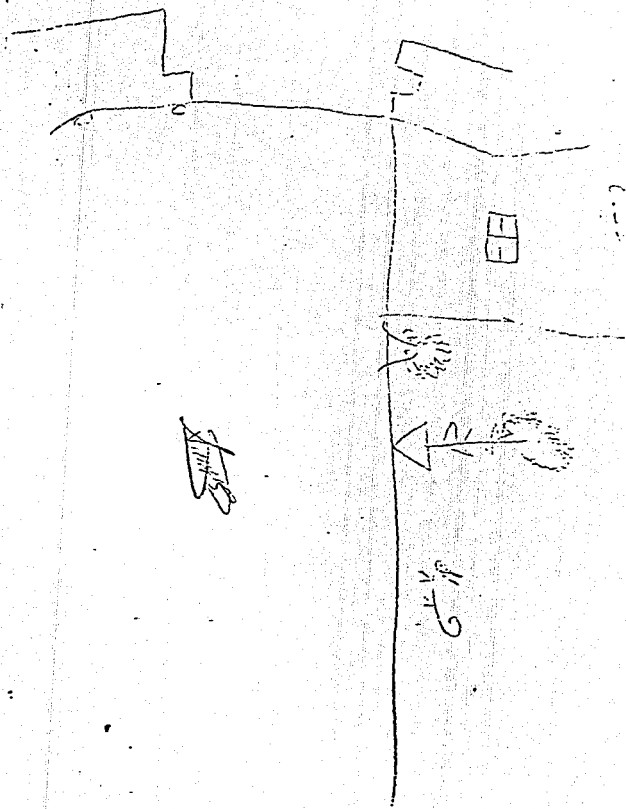




Paintket

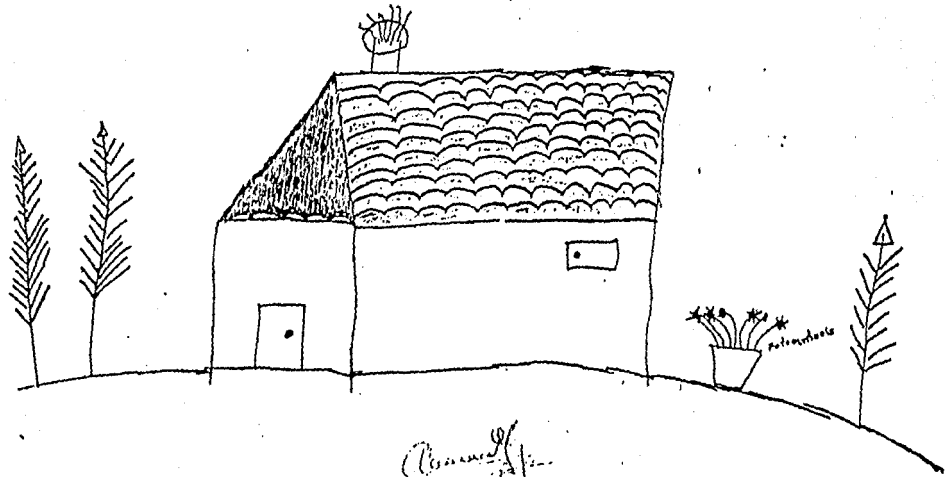
Dar uwa'as an al fikorariL

11.11



Mexico DF Casa Diplomada las Pintas

Casa pintada



*Alfonso*

VIAS DE CARICATURAS



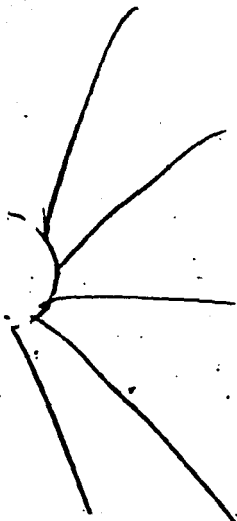
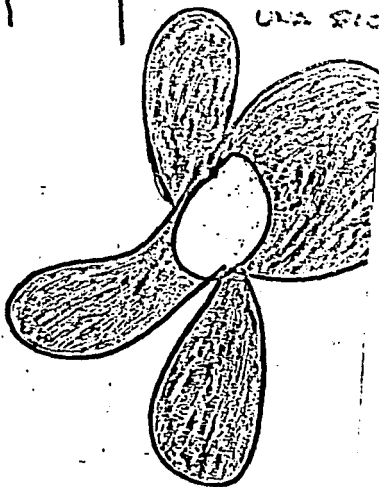
UNA CASA.



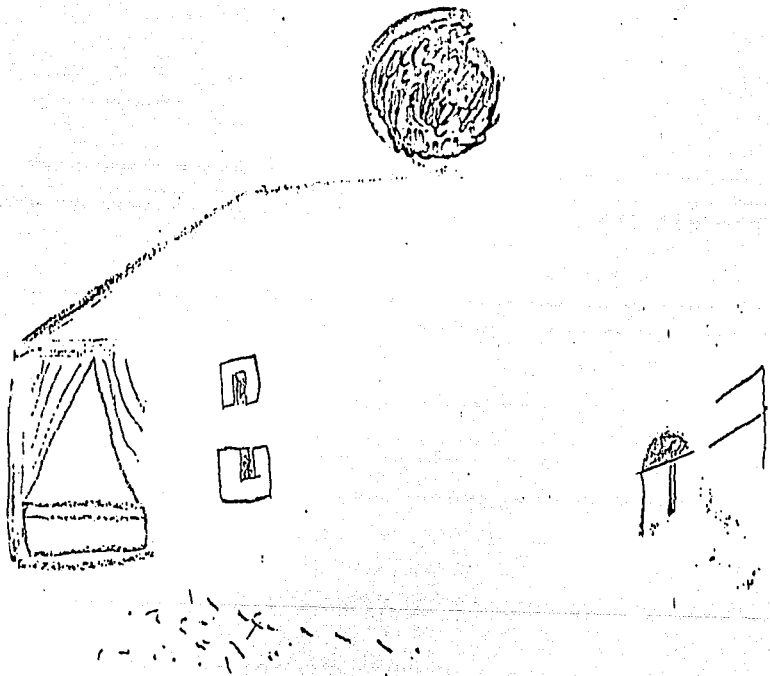
DOS ARBUSTOS



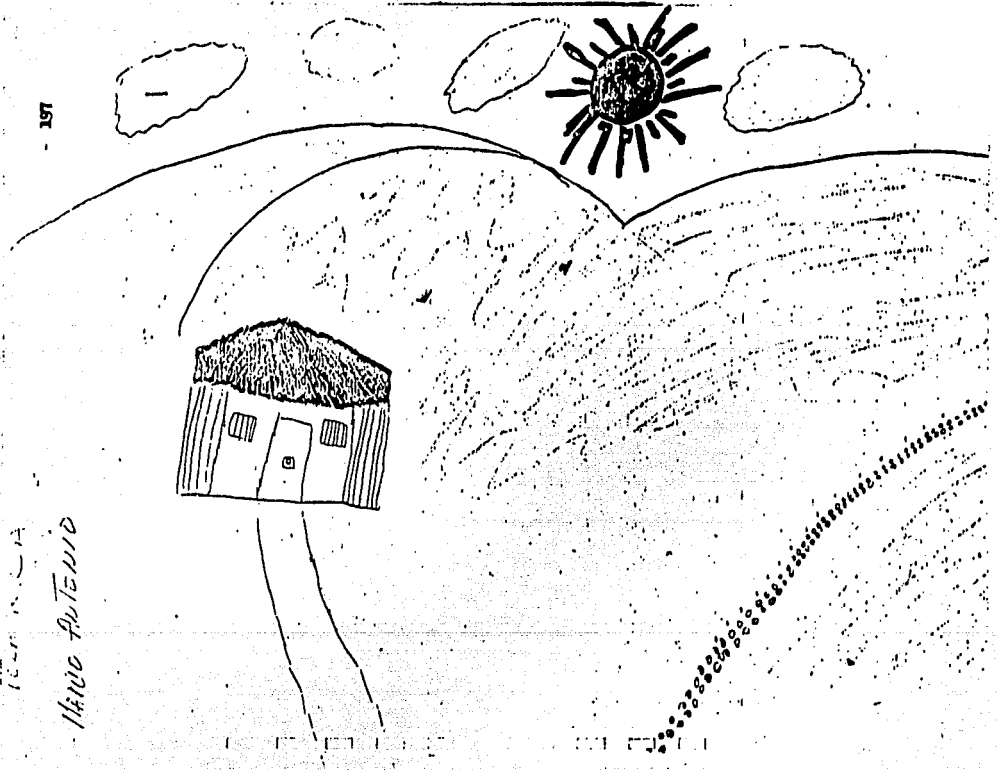
UNA FLO



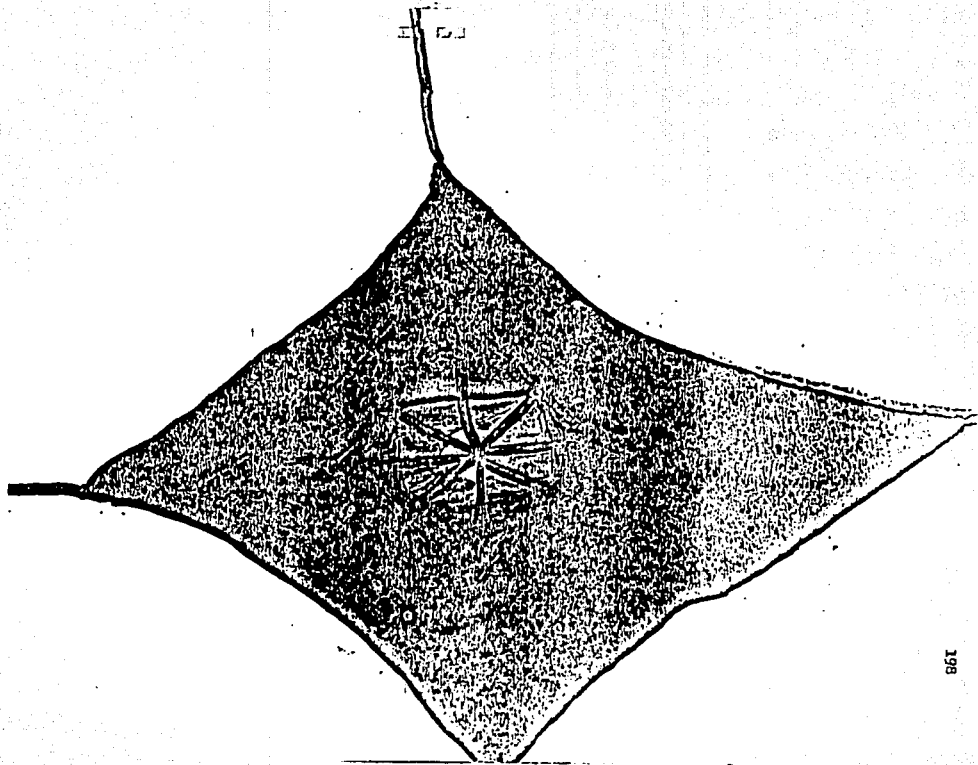
**MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA EXPRESION PICTORICA DE PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA.**

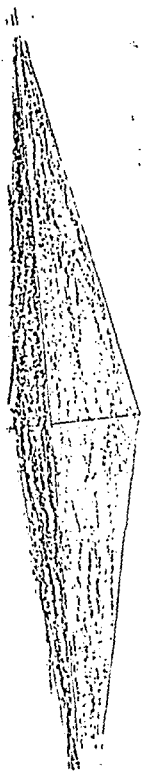
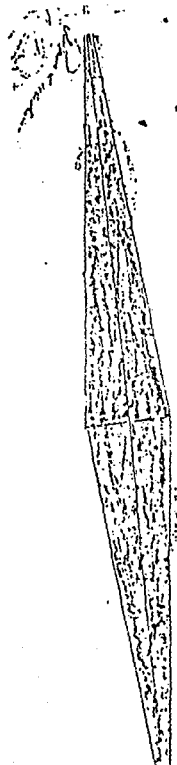


TECHNICAL  
- MARIO ANTONIO

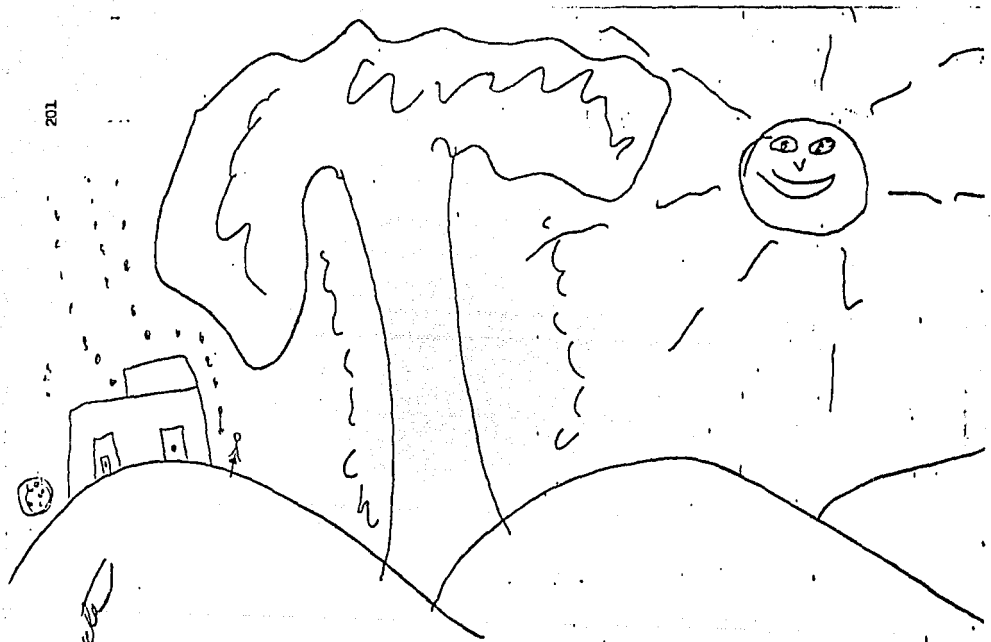




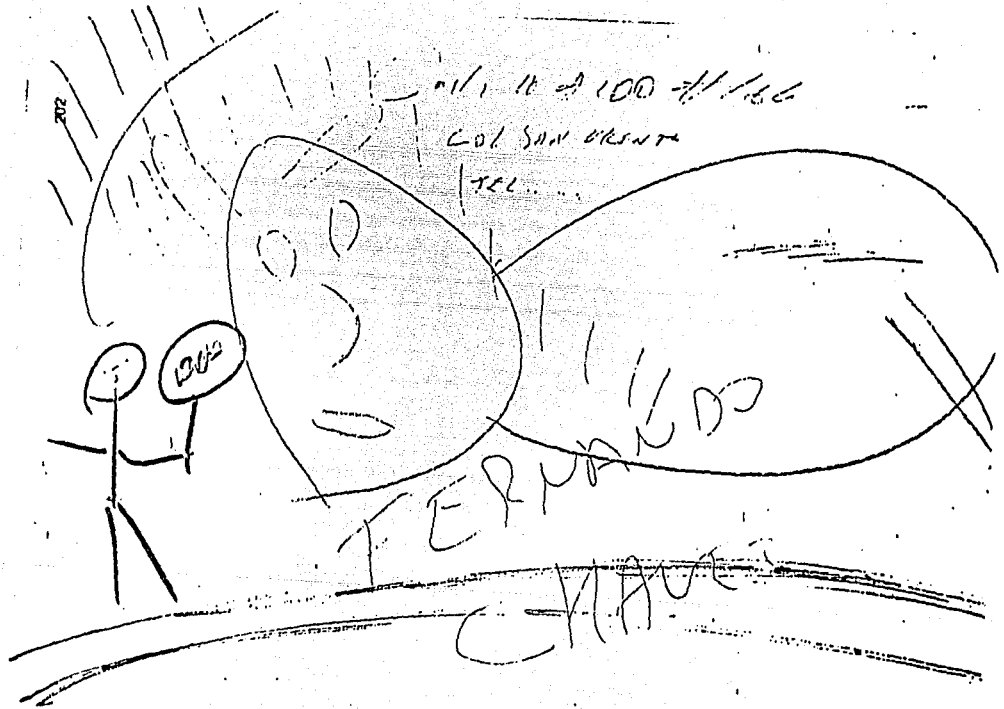




**MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA EXPRESION PICTORICA DE PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA (FASE MANIACA).**



Utopia  
Mangrove



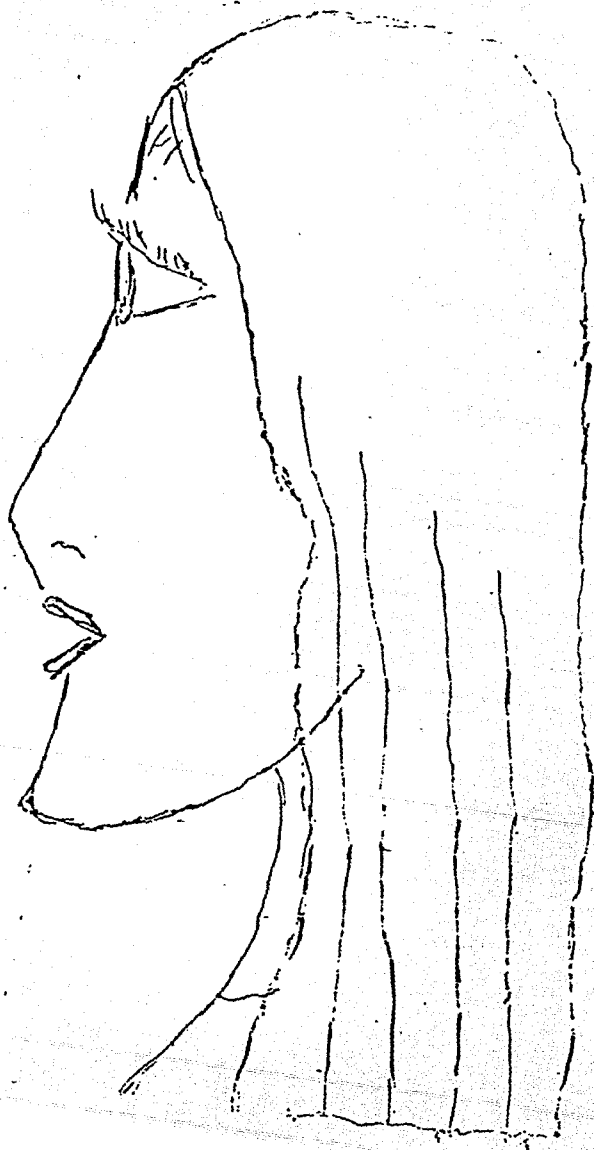
11/10/100 7/1/66

COL SAN ORSINI

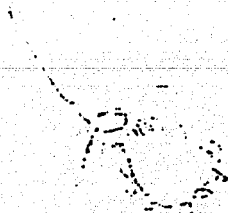
TEL...

FERNANDO

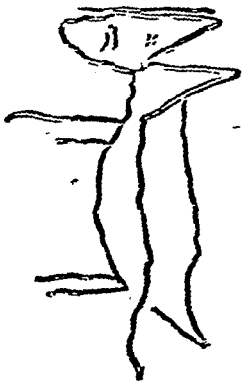
CHAVEZ



**MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA EXPRESION PICTORICA DE PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA (FASE DEPRESIVA).**



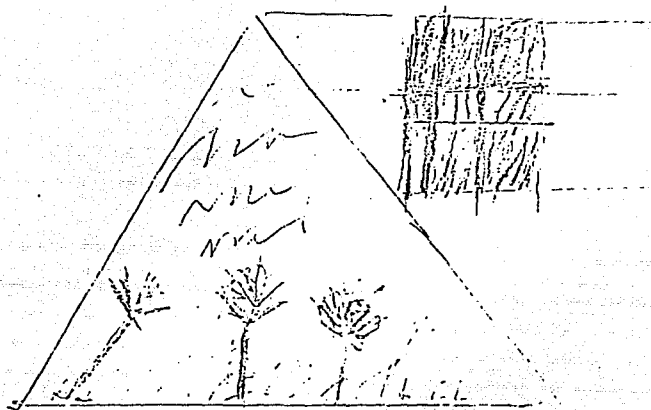




melano



MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA EXPRESION PICTORICA DE PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE PSICOSIS PARANOIDE.



La casa Blanca



