

49  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
CAMPUS IZTACALA

LA ESQUIZOFRENIA TRATADA POR LA PSIQUIATRÍA,  
LA PSICOLOGÍA Y LA ACUPUNTURA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
PRESENTA.

Emma Alejandra Fuentes López.

Asesores: Dr. Sergio López.

Mtra. Olivia López Sánchez.

Lic. René Alcaráz González.

Tlanepantla, Estado de México, 1999



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

271175



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **DEDICATORIA.**

Dedico este a mis padres Sara López y Eduardo Fuentes por su amor y apoyo siempre incondicional, a cada uno de mis hermanos Carmen, Eduardo, Haydeé y Angel por compartir. Un periodo de su vida conmigo.

A todas las personas que viven en el Centro de Asistencia Social "Cuemanco"

Amorosamente: Emma Alejandra

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente al Profesor Sergio López Ramos, su paciencia y apreciables comentarios para la realización y mejoría del presente trabajo.

De igual manera a los Profesores René Alcaráz y Oliva López, por sus valiosas recomendaciones.

Al Ingeniero Jesús Bahena por su interés, amor y apoyo incondicional, además por su esmero porque este trabajo llegará a su término.

Al Ingeniero José Luis Becerra por su valiosa colaboración al realizar las láminas que en este texto se muestran.

Al Lic. Luis Lugo por su ayuda y sus comentarios.

A Lucila Velasco por su compañía y apoyo para finalizar esta faceta.

A todas aquellas personas que escapan a mi memoria por ahora, pero que me ayudaron a cumplir esta meta.

GRACIAS  
Emma Alejandra.

## INDICE

Resumen .....	1
Introducción .....	2
<b>Capitulo 1. La Esquizofrenia tratada por la Psiquiatría</b>	
1.1 Historia .....	9
1.2 Definición.....	10
1.3 Síntomas .....	13
1.4 Clasificaciones.....	23
1.5 Explicaciones Teóricas .....	29
1.6 Diagnóstico y Tratamiento.....	38
<b>Capitulo 2. La Esquizofrenia Tratada por la Psicología</b>	
2.1 Modelo Conductual .....	44
2.2 Modelo Psicoanalítico.....	51
2.3 Psicopatología.....	56
2.4 Explicación de Tomas Zsasz.....	61
<b>Capitulo 3. La Esquizofrenia Tratada por la Acupuntura y Moxibustión</b>	
3.1 Conceptos Básicos.....	66
3.2 Definición.....	73
3.3 Etiologías .....	78
3.4 Diagnóstico.....	83

3.5 Métodos de tratamiento.....	89
3.6 Acupuntura.....	89
3.7 Moxibustión.....	92
3.8 Tratamiento.....	95
3.9 Tratamiento para la Esquizofrenia.....	99
4. Conclusiones.....	105
5. Notas.....	116
6. Bibliografía.....	119
7. Anexos.....	125

## RESUMEN

La Esquizofrenia es la tercera causa de demanda a los servicios de salud mental, es considerado que existen posibilidades de crecimiento de la enfermedad en los siguientes años.

Las disciplinas encargadas del estudio de esta patología aún cuando han hecho su mejor esfuerzo, no han logrado esclarecer su etiología, su curso y su pronóstico., Sin embargo esto no ha impedido que los pacientes sean tratados con tratamiento farmacológico, que permite controlar los brotes psicóticos, que al momento se reduce y las alucinaciones desaparecen, pero al paso del tiempo los pacientes muestran un deterioro marcado físico y mental, que no es justamente una mejoría. Al observar esto surgió una interrogante ¿por qué?.

Por esto el objetivo del presente trabajo fue conocer y analizar los trabajos y estudios realizados al respecto, para visualizar que estaba pasando, y de esta manera encontrar respuesta y tal vez una alternativa.

Encontrando que se hace necesario una revisión primeramente de tipo epistemológica, no solo para cambiar el tratamiento, si no además nos permita cambiar la visión con la que se aborda la problemática, que si fuera posible se hiciera de manera integral con la disposición de buscar herramientas mas efectivas y humanas, donde la Medicina Tradicional China puede ser una buena alternativa ya que ha dado buenos resultados en el campo de la salud mental.

## INTRODUCCIÓN.

La esquizofrenia es la tercera causa de demanda a los servicios de salud mental, es considerado que existen posibilidades de crecimiento de la enfermedad en los siguientes años, en el país específicamente se tiene registrado que los trastornos de esquizofrenia y el retraso mental son los mas frecuentes, representando cada uno el 32% del total de los diagnósticos , las psicosis orgánicas con un 28% la epilepsia con un 12% la dependencia de drogas con un 7% al alcohol 6% y la demencia senil y presenil con un 4%. La demanda atendida en servicios de salud en la Ciudad de México han demostrado que una tercera parte la representan los niños con problemas de conducta y en los adultos la depresión y la ansiedad y a nivel hospitalario consta principalmente de pacientes con patologías de larga duración donde las psicosis esquizofrénicas al igual que en otros países ocupan el primer lugar.

Las personas que se acercan a este tipo de servicios por un problema de esquizofrenia siempre se presentan solicitando curación en el tercer nivel de atención. <sup>1</sup>

En Europa las tasas oscilan entre una cifra baja del 1,9 por 1000 a una mas alta de 9.5 mil. En Asia se espera 2,1 y 3,8 por 1000 y América del Norte es de 1,0 y 1,9 por 1000 estas cifras hablando en porcentajes significa que el 0.23% y 0.47% de la población total esta en posibilidades de recibir un tratamiento psiquiatrico por esta alteración y que el 0.02 por ciento ingresa a hospitales.

Los datos nos indican que estos enfermos ocupan el primer lugar dentro de las instituciones mentales y que el 1% de la población tiene posibilidades de sufrir esto en algún momento de su vida,<sup>2</sup> pero ¿que es esta enfermedad? ¿es una enfermedad física, mental, funcional? ¿quienes la padecen? ¿se puede prevenir? ¿como se trata? ¿Que puedo hacer si tuviera un caso de este tipo?.

Esta serie de preguntas y otras más se despiertan no en toda la gente, solo en aquellas que por razones laborales, de interés o personales tienen la facilidad y la inquietud de tener contacto con libros, instituciones o gente que pudiera ampliar un poco su conocimiento con respecto al término.

Comúnmente se refiere no a esquizofrenia si no al esquizofrénico, que hace alusión a una persona que padece de una enfermedad llamada esquizofrenia, dicho personaje se describe como aquel que ha perdido la razón, el que no es normal, el loco que ocasiona problemas a la sociedad, el criminal al que se debe mantener alejado u oculto pues es vergonzoso, es el que dice incoherencias, tiene alucinaciones, el que no trabaja y se encuentra todo el tiempo encerrado en una habitación y que cuando se altera sale golpea, se desnuda y es necesario llevarlo a un hospital, donde sea atendido.

Cuando esto último pasa en casa el paciente es llevado y tratado en un hospital o consultorio por un médico psiquiatra quien en primera instancia, con algún medicamento tratara de tranquilizar al paciente para poder hablar con él y realizar una entrevista a partir de la cual elaborara su diagnóstico y tratamiento, si es llevado a un hospital y se determina que deberá quedarse internado, el médico

pedirá otra serie de valoraciones hechas por el doctor general y el psicólogo de la institución. El paciente mientras tanto será trasladado a su lugar y se esperará esté mas tranquilo para su valoración final.

Cuando se dice que el paciente padece una enfermedad mental llamada esquizofrenia es porque presenta alteraciones sobre todo en el área del pensamiento y el lenguaje, así pues el enfermo reporta que sus ideas no están bien, que alguien piensa y actúa por él y que este se encuentra dentro de su cabeza. En ocasiones comentan que alguien lo esta siguiendo o que le dicen como debe comportarse, es fácil ver como existen alteraciones en su pensamiento (curso) porque saltan de un tema a otro sin llegar a una meta, su dialogo es el resultado del salto de un pensamiento a otro, algunos cambian el significado de las palabras o de las expresiones, a la par tienen un marcado deterioro en lo que se refiere a sus relaciones interpersonales, tiene una alteración con lo que respecta a sus emociones afectivas. Estos síntomas son solo algunos de los que se registran en la fase aguda que va a un estado crónico de la enfermedad y esta tiene en algunos casos su iniciación de manera abrupta o insidiosa cuando no es esta última los familiares reportan que su paciente se volvió solitario, introvertido y al hacerlo rompió y transformó todas sus relaciones personales , que mostró un marcado deterioro en su aspecto físico en cuidados higiénicos, además de no interesarle casi nada de lo que antes había sido muy significativo y esto cada vez iba en aumento, hasta que se presento la crisis y fué llevado con un especialista, pues les fue difícil tratar con él o ella por la ambivalencia emocional que a veces presentan.

Hasta aquí solo se trata de describir de manera breve, como es un caso de esquizofrenia o lo que se ha considerado esencial para decir que se trata de un caso típico de esta enfermedad agregando solo que el tiempo en que se presenta el cuadro anterior debe ser mayor a seis meses para ser considerado como tal.

El paciente es tratado con medicamentos encaminados a regular la presencia de sus alucinaciones (visuales y auditivas ) y que esto, sí disminuye de manera gradual, pero también a la par después de un tiempo se observa un deterioro físico y mental mayor. La persona se encuentra casi todo el tiempo, sedada, somnolienta y con poca capacidad de atención, sus manos tienen un temblor a tal grado que en ocasiones hay que ayudarlo a comer pues no puede realizarlo por si solo, salivan en demasía y no pueden tragar. Aunado a sus propios comentarios "Me siento peor cuando me tomo los medicamentos " "No puedo dormir " etc. Al paso del tiempo el paciente se ve peor en comparación de cuando llegó al hospital para ser atendido, pues después no solo hay que controlar las alucinaciones si no también todos los efectos secundarios del tratamiento que cada vez serán mayores porque los "antipsicóticos (tranquilizantes mayores o neurolépticos ) tienen graves riesgos de importantes efectos secundarios incluyendo una disnea tardía que puede no ser reversible. No son en ningún sentido una cura para las condiciones en que son usadas.

Son vistos como medicamentos que pueden acortar la duración de un episodio psicótico agudo y aumentar el intervalo entre las recaídas".

Es aquí donde nacen entonces otras interrogantes, ahora ya sabemos que la esquizofrenia , pero ¿Porque el paciente esta cada vez peor? ¿Por los medicamentos? si esto es cierto ¿Porque se continua tratando de esta manera? ¿Porque si se trata de una enfermedad que encierra un problema más de tipo conductual, afectivo, se trata como si algo en la cabeza no estuviera funcionando bien? ¿Porque si el tratamiento farmacológico altera de manera no solo mental si no también física y algunas veces es de forma determinante e irreversible, no se a pensado abordar el problema de otra manera? ¿Que esta pasando entonces?

Queriendo entender un poco y de ser posible dar respuestas a las interrogantes y sobre todo una mejor atención a estos pacientes que son un porcentaje alto en los hospitales y que de toda la población el 1% presentará una recaída de este tipo, En el presente trabajo se expone un recorrido por las distintas áreas encargadas de manera directa con la salud mental. "Para conocer y analizar lo establecido y encontrado en cada una de ellas que nos permita vislumbrar que es lo que pasa con estos enfermos y saber si realmente son las únicas formas de abordar o se hace necesario buscar otras alternativas y cuales de estas serian funcionales en este caso en particular".

En el primer capitulo se encuentran las expectativas, experiencias y trabajos aportados por la Psiquiatría, rama de la medicina encargada del estudio de las enfermedades mentales. Después en el segundo capitulo se aborda esta misma patología desde el punto de vista de la Psicología, cuando se habla de psicología podemos decir que existen distintas corrientes que describen al ser humano y su

patología en este caso en particular se reviso la postura conductista, la psicoanalítica y la psicopatología. En este capítulo además se contempla el pensamiento del psiquiatra Tomas Szasz no porque considere que es una psicología especial si no más bien por lo singular de su postura.

En el tercer capítulo se encuentra la visión oriental de la Medicina Tradicional China que si bien no ha logrado erradicar la esquizofrenia nos ofrece una expectativa distinta a lo que estamos acostumbrados al pensar con la visión occidental ,que nos da la oportunidad de contemplar al ser humano y a la enfermedad de forma integral que se refleja en el trato y el tratamiento del enfermo de esquizofrenia.

Finalmente en las conclusiones se sostiene que la esquizofrenia es un padecimiento donde lo físico y psicológico se combinan y se manifiestan en extraños comportamientos debido a un desequilibrio en el vivir de las personas, donde el tratamiento del cuerpo a la par con las emociones sería la mejor alternativa para una posible recuperación y evitar así un deterioro y que esto puede llevarse a cabo con la ayuda de medicinas alternas como la Medicina Tradicional China , si bien no se pretende se considere que esta medicina sea o es la llave mágica que se ha estado buscando por tanto tiempo, pero si reconocer que a dado mejores resultados y menores problemas posteriores por los efectos secundarios que se presentan cuando se trata con medicamentos , pues estos solo son recomendables en el caso de una crisis aguda, pero que no es tan conveniente para dar seguimiento, evitando así los efectos colaterales, emocionales y sociales con los que arrastra la persona que sufrido esta alteración.

Se sostiene también que al abordar este tema de ver el porque no se ha dado un mejor manejo de la enfermedad corresponde a un problema de carácter mas bien epistemológico, que no se ha manejado tan abiertamente porque esto sería poner lo establecido en tela de juicio y tal vez romper con la mayoría de las propuestas aceptadas como verdades.

La necesidad de cambiar la actitud del trabajador de la salud es algo que se marca al final del trabajo pues creo esto es de suma importancia pues mientras no se visualice al paciente de otra manera y se tenga una disposición abierta al tema y forma de tratarlo no ayudaremos realmente a estas personas con su demanda.

# **CAPITULO I**

## PSIQUIATRÍA Y ESQUIZOFRENIA

### HISTORIA.

La historia de esta enfermedad podemos comenzarla con Kraepelin notable psiquiatra alemán quien observó que entre los pacientes psicóticos hospitalizados había dos tipos de evolución. El primero parecía caracterizarse por exacerbaciones y remisiones del estado anímico y funciones cognoscitivas las cuales llamo "enfermedad maniaco-depresiva" y al segundo se caracterizaba por evolución psicótico crónico cuyo inicio acontecía en la juventud y conllevaba al deterioro de la función social la cual denomino "demencia praecox" (demencia en personas jóvenes) . Síndrome en el que se observan alucinaciones, ilusiones, respuestas emocionales inadecuadas , conductas motoras estereotipadas y deficiencia en la atención, considerando que se trataba de una psicosis endógena de causas orgánicas , diferenciandola de la enfermedad maniaco-depresiva. Kraepelin suponía que una disfunción en las glándulas sexuales producía un desequilibrio químico el cual afectaba al sistema nervioso. <sup>4</sup>

Patino al respecto nos dice " Antes de Kraepelin fragura y acuñara su concepto de demencia precoz ya habían sido descritos los cuadros catatonía, hebefrenia, heboidofrenia y delirios alucinatorio crónico de "Magnam" El autor dice que estos cuadros estaban ahí en desorden sin embargo nadie se preocupaba por esto no sabían como manejarlos pues no tenían un criterio teórico de unificación sistemática

hasta que apareció Kraepelin creando una entidad con sintomatología fue por ello indudable fundador de la psiquiatría sistémica.”<sup>5</sup>

En 1911 Eugene Bleuler psiquiatra suizo cambió el nombre de Demencia Precox por esquizofrenia, que significa escisión de la mente, este autor sugirió este término por considerar que las características esenciales de este desorden eran el squizein o disociación de varias funciones del phren o mente. Entonces esquizofrenia es un síndrome caracterizado por la ambivalencia y trastornos primarios de afecto, alteraciones en las asociaciones, escisión de la personalidad, falta de entidad unitaria y la disgregación de la vida psíquica, se reconoce como un proceso psicótico que se manifiesta por trastornos del pensar, cambios en la reacción emocional del paciente y autismo.<sup>6</sup>

Una vez propuesto el término esquizofrenia, Bleuler observó también la viabilidad y polimorfismo sistemático de los enfermos esquizofrénicos y visualizó el peligro del uso excesivo e indebido del concepto percatándose de esto, implantó una diferenciación de síntomas primarios que le permitió reducir el número de esquizofrénicos verdaderos

## DEFINICIÓN.

Una vez que Bleuler propone el término esquizofrenia, este se define de acuerdo a dos criterios, uno es el indicado por el autor, de squizein disociación y phren mente, y el otro está en relación a la sintomatología de síntomas primarios y secundarios.

Ahora citaré, algunas definiciones que han sido las mas manejadas:

Cameron, nos dice "Las reacciones esquizofrénicas son intentos de escapar de la tensión y la ansiedad mediante el abandono de las relaciones de objetos interpersonales realistas y la construcción de delirios y alucinaciones".<sup>7</sup>

Kaplan considera "La esquizofrenia es un síndrome heterogéneo en su etiología, patogenia, cuadro, curso, respuesta al tratamiento y pronóstico. No obstante se considera que este síndrome es una enfermedad o trastorno en vez de un conjunto de conductas socialmente inaceptables."<sup>8</sup>

La Asociación Psiquiátrica Americana la define como "Un grupo de trastornos manifestados por trastornos característicos de la ideación del talante y de la conducta. Los trastornos de ideación están caracterizados por alteraciones de la formación de conceptos las cuales conducen a la mal interpretación de la realidad y en ocasiones a ideas delirantes y alucinaciones. Las cuales aparecen con frecuencia como autoprotectoras psicológicamente. Como consecuencia natural de los cambios afectivos se presenta una respuesta emocional ambivalente reducida e inadecuada y pérdida de empatía con otros. La conducta puede estar retraída regresiva y extravagante".<sup>9</sup>

Kolb la menciona como psicosis esquizofrénica que se refiere a "Cierta tipo de pautas de reacción mas o menos similares ante situaciones vitales que para el individuo es demasiado difícil encarar".<sup>10</sup>

Davidson dice "La conducta esquizofrénica puede manifestar perturbaciones pertinentes a varias áreas principales, cognición, percepción, atención, conducta motriz y afectos o emociones y contacto con la realidad."<sup>11</sup>

Ey, H., Se refiere como: "Psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada, como una especie dentro de un género. El de la psicosis delirante crónica, se caracteriza por una transformación profunda de la persona quien cesa de construir su mundo de comunicación con los demás para perderse en un pensamiento autista; es decir un caos imaginario."<sup>12</sup>

Goldman, entiende a la esquizofrenia como "la presencia de síntomas psicóticos con un deterioro del nivel previo de actividad. Los síntomas psicóticos más frecuentes, ideas delirantes, alucinaciones, incoherencias de la capacidad asociativa, conducta motora catatónica, afectividad embotada e inapropiada, las relaciones sociales sufren un marcado deterioro."<sup>13</sup>

Una creencia popular en la esquizofrenia es la que quienes la padecen tienen una división de la personalidad, esto sin embargo no describe exactamente la complejidad del trastorno. La división es entre el cuerpo y la mente no dentro de la personalidad, esto es la experiencia esquizofrénica implica una desarmonía de los pensamientos, sentimientos y componentes de actuación de la conducta. Mas aun la división es con la realidad y no se refiere a dos personalidades hay cuatro indicadores esenciales de trastorno esquizofrénico:

- 1.- Ciertos rasgos psicóticos durante la fase activa de la enfermedad.

2.- Deterioro de un nivel previo de funcionamiento.

3.- Aparición antes de los 45 años de edad.

4.- Al menos 6 meses de duración. <sup>14</sup>

El D S M III R Reconoce la esquizofrenia como un grupo de trastornos que implican síntomas característicos de múltiples procesos psicológicos lo que sigue son los síntomas que se manifiestan en estos grupos. <sup>15</sup>

Los síntomas que se presentan en este padecimiento nos permiten ver alteraciones en áreas del pensamiento del lenguaje en el aspecto emocional afectivo y conductual. Estos síntomas son características durante la fase activa de la enfermedad , estos son considerados positivos o negativos y son designados para el pronostico de la recuperación del paciente . <sup>16</sup>

## **ALTERACIONES CONDUCTUALES.**

### **SINTOMAS POSITIVOS.**

**Excitación Catatónica:** Describe la conducta hiperactiva que puede producirse durante la fase aguda, esta puede ser tan grande que amenaza la seguridad del esquizofrénico o de los que lo rodean.

**Estereotipos:** Son movimientos o gestos repetitivos o sin sentido, las muecas típicas especialmente en el área peribucal se observan a menudo.

**Ecopraxia:** La imitación de los movimientos y gestos que observan de una persona.

**Ecolalia:** La repetición de la pregunta del entrevistador como respuesta a la pregunta .

**Verbigeración:** Una repetición sin sentido de la misma palabra o frase que puede continuar durante días.

## **SINTOMAS NEGATIVOS**

**Estupor Catatónico:** Se usa para describir una reducción de la energía iniciativa y espontaneidad. Hay una pérdida de la gracia natural en los movimientos del cuerpo que resulta de la mala coordinación, las actividades pueden llevarse a cabo como un robot, el paciente esta haciendo posturas raras e incómodas durante mucho tiempo.

**Deterioro del Aspecto y Formas:** El autocuidado es mínimo puede tener que recordársele a l enfermo que se afeite, se bañe o se cambie de ropa a causa de su confusión y distracción.

**Deterioro del Nivel Prevlo de la Actividad :** En el curso de la actividad, laboral, social y personal se observan altibajos que se van agravando hasta ser permanente. El sujeto abandona el trabajo, la escuela, las metas hasta quedar solo en su nuevo mundo.

**Hulda Social :** Se dice que el personaje no devuelve los saludos o actividades sociales y también pueden mostrar falta de consideración por la presencia o sentimientos de los demás.

**Lenguaje Ampuloso:** Se refiere al uso de un lenguaje formal pintoresco en las situaciones sociales, se designa también como pobreza de discurso cuando dicen muy poco por propia iniciativa o en respuestas de los demás pueden estar mudos durante varias horas o varios días.

## **CARACTERISTICAS AFECTIVAS.**

### **ALTERACIONES POSITIVAS.**

**Incongruencia Afectiva:** Se produce cuando el tono emocional de la persona no esta relacionada con las circunstancias inmediatas.

**Afecto Hiperactivo:** Es adecuado a la situación pero desproporcionado con ella.

### **ALTERACIONES NEGATIVAS.**

**Afecto embotado:** Grave reducción de intensidad en la expresión de los afectos, la voz se oye monótona y tienen la cara inmóvil , el sujeto dicen personas cercanas se convierte totalmente indiferente.

**Afecto Aplanado:** Describe una respuesta emocional apagada a una situación, indiferencia emocional.

**Afecto desinflado:** Informa la ausencia signos visibles de la persona en cuestiones emotivas.

**Anhedonia:** Incapacidad de experimentar placer, esto hace que muchas personas se sientan emocionalmente estériles algunas finalmente se suicidan.

**Ambivalencia Afectiva:** Una persona o algún objeto puede suscitar en forma simultánea emociones positivas y negativas.

**Negativismo:** Como actitud afectiva el sujeto no responde a nada ni a nadie durante periodos largos, se considera que esto es la respuesta del paciente a su realidad con un grado máximo de rigidez de las expresiones emocionales ya que estas carecen de resonancia y modulación afectiva y se exteriorizan de manera inadecuada cuando la reacción afectiva es totalmente nula.

## **CARACTERISTICAS COGNOSCITIVAS.**

Los esquizofrénicos piensan y expresan sus pensamientos según reglas de lógica privadas y complicadas. Este tipo de pensamiento interfiere con el habla de la persona, su comunicación es difícil, compleja y poco entendible.

## **PERCEPCION**

### **ALTERACIONES POSITIVAS.**

**Los delirios:** Son ideas idiosincráticas falsas y fijas del paciente que no pueden ser corregidas por el razonamiento. Hay dos fases en el desarrollo de los delirios

- 1) **trema**, los pacientes se dan cuenta de qué les está pasando algo amenazante se sienten acosados e impotentes y luego se vuelven ansiosos, irritables y deprimidos.
- 2) **apofania**, el paciente experimenta después revelaciones repentinas

y se vuelve absolutamente seguro de los nuevos hechos: los delirios cubren necesidades emocionales internas de los esquizofrénicos y ayudan a tratar sus problemas.

Existen diversos tipos de delirios.

**Delirios Sistematizados:** Cuando el tema delirante central es extensamente desarrollado y se deducen lógicamente conclusiones.

**Delirios de Grandeza:** Se desarrollan como resultado de sentimientos del paciente de inadecuada inseguridad o inferioridad, al convertirse en una figura famosa la persona es capaz de escapar de la inseguridad emocional .

**Delirios de Persecución:** Se presentan como resultado de insatisfacción con el yo que se proyecta hacia los demás. Las personas creen a menudo que alguien esta intentando hacerles daño y por tanto todo fracaso en la vida es por culpa de otros.

**Delirios de Pecado y Culpa:** se desarrollan como resultado de racionalizar el remordimiento, los sentimientos de culpa se alivian entonces mediante el auto castigo.

**Delirios de Control:** Se presentan porque la persona intenta pasar a otros la responsabilidad del fracaso ya que los demás se ven como que controian todos los aspectos de la vida.

**Delirios Somáticos:** Los pacientes reportan que a sus cuerpos les ocurre algo anormal y peligroso.

**Delirios Religiosos:** Son falsas creencias con temas religiosos o espirituales.

**Ideas de Referencia:** Son comentarios o acciones de otra persona que no se refieren al paciente de ninguna forma pero que son interpretados para él.

**Delirios de emisión del Pensamiento:** El paciente cree que sus pensamientos pueden ser oídos por otros

**Deprivación de pensamiento:** Es la creencia de que los demás son capaces de eliminar los pensamientos de su mente.

**Inserción de Pensamiento:** Es la creencia de que los demás tienen la facultad de poner pensamientos en su cabeza.

**Alucinaciones:** Es una experiencia sensorial sin estímulos externos, es básicamente provocada por el enfermo en estado de ansiedad.

Existen varios tipos de alucinaciones:

**Alucinación Auditiva:** El paciente reporta escuchar voces, estas pueden ser de seres divinos y malignos o personas conocidas por él, esta voz puede decir cosas agradables o desagradables.

**Alucinaciones Visuales:** Estas son generalmente en proximidad, están claramente definidas y se mueven, este tipo de alucinación por lo general no se produce sola si no acompañada con otras .

**Alucinaciones Táctiles, Olfatorias y gustativas:** Son raras pero se presentan.

Las alucinaciones pueden controlar la vida de la persona que esta preocupada por lo que escucha y dice ver

**Disgregación Asociativa:** El enfermo describe y se observa que no hay una relación aparente en sus ideas, se muestran alteraciones en el curso y contenido del pensamiento **Neologismos:** Es la creación de nuevas palabras para expresar los conceptos .

#### **ALTERACIONES NEGATIVAS.**

**Pensamiento concreto:** Se caracteriza por un centrarse en hechos y detalles y una incapacidad de generalizar o pensar abstractamente.

**Simbolismo:** Es la preocupación por la brujería, la religión y fuerzas invisibles

**Bloqueo:** Describe lo que ocurre cuando los pensamientos del paciente se paran rápidamente y no se siguen durante ese tiempo, como que la persona se congelara en ese momento cuando los pensamientos vuelven pueden no estar relacionados con el tema que precedió al bloqueo.

**Alteración en la memoria , la orientación en el espacio temporal:** No existe consciencia de que su experiencia es el resultado de una enfermedad en general, los asocian a actos malévolos de rechazo al tratamiento.

**La Volición Disminuida:** Es sorprendente el paciente carece de energía o iniciativa manifestando un abandono de si mismo. El paciente puede permanecer inactiva durante largos periodos o iniciar una actividad sin objetivo y repetirla.

Además existe una incapacidad para seguir el curso normal de una acción hasta llegar a concluirla de forma lógica.

## **ALTERACIONES EN EL PENSAMIENTO.**

El paciente refleja con frecuencia un trastorno de pensamiento, donde incluyen, falta de precisión de ideas, pobreza, bloqueo de pensamiento, manifestado por la interrupción abrupta y completa.

Expresa el paciente que es víctima del robo del pensamiento, es saturado por ideas delirantes, donde estas pueden ser fragmentadas o extremas, ideas de tipo persecutorio, autoreferenciales en donde los objetos y personas adquieren un significado particular e insólito.

Los propios pensamientos son infundidos desde su cabeza y los demás pueden oír (lo que se conoce como difusión de pensamiento).

También piensan que son controlados por seres o que han sido elegidos para una misión. Se nota también que no solo en el contenido del pensamiento existen alteraciones si no que además el curso se ve alterado.

La alteración en el curso del pensamiento se reconoce como la pérdida de la capacidad asociativa por lo cual las ideas cambian de un tema a otro sin relación, falta de significados, cambios de la estructura de referencia quedando solo incoherencias y el lenguaje llega a ser incomprensible. El lenguaje puede tener un

contenido pobre en cuanto a cantidad de información debido a la vaguedad, exceso de abstracción, concreción, repetición o estereotipia.

## **ALTERACION ES EN EL LENGUAJE.**

El sujeto, como ya se dijo, es incapaz de crear y mantener sus pensamientos de manera apropiada que como consecuencia altera también su lenguaje; es el lenguaje el que nos permite saber lo que pasa en su pensamiento, sabemos que este no está bien estructurado porque la conversación de un paciente esquizofrénico presenta incoherencias, algunas veces nos enfrentamos solo a una ensalada de palabras, un contenido pobre, vaguedad, la cantidad es realmente poca, existe un exceso de abstracción o concreción al igual que en el pensar no existe una orientación de dicha conversación porque no se llega a metas o fin.

También encontramos que en casos muy avanzados el paciente cambia palabras (neologismos) o el significado de las mismas, además crea manerismos, estas son señales motoras que carecen de significado o tienen un significado singular para el paciente, como por ejemplo, un saludo a la bandera para él tiene otro significado al que conocemos, como consecuencia de la creación de su mundo. <sup>17</sup>

Los pacientes llegan a caer en lo que llamamos autismo que se reconoce como pérdida de contacto con la realidad para refugiarse en un mundo creado por él.

Patiño, con respecto al autismo, dice "El autismo es no un síntoma si no una consecuencia, a la incapacidad de relación con los demás.". <sup>18</sup>

Estos síntomas son agrupados en secundarios y primarios de acuerdo a la fase en la que se encuentra la enfermedad.

Es fundamental saber la serie de características que se presentan para la elaboración del diagnóstico, por ejemplo, Gelder, Goth, Mayou, mencionan lo siguiente:

Características clínicas de un síndrome agudo: delirio, alucinaciones e interferencia en el pensamiento. Características de un síndrome crónico: trastornos de pensamiento, síntomas negativos de subactividad, carencia de energía, alejamiento social, apatía emotiva y alteración motora.

Los autores consideran que si se describen los síntomas de un síndrome agudo estamos hablando de algo positivo y además la posibilidad de recuperación.

Pero si al contrario citamos los síntomas de una esquizofrenia crónica, entonces la posibilidad de recuperación es tal vez nula. <sup>18</sup>Cabe mencionar que la sintomatología es el criterio de diagnóstico y tratamiento.

## **CLASIFICACIÓN.**

A lo largo del estudio de la esquizofrenia, se ha tratado de dar un orden sistemático de los síntomas que este padecimiento presenta, pero dada la diversidad, lo simultáneo y particular de cada caso esto ha sido una tarea difícil.

Se han hecho clasificaciones desde la propuesta de Bleuler y los autores europeos. Estas clasificaciones son catatonía, hebefrenia, paranoia y simple y, la más reciente, que es la que ofrece el DCM 10 que marca clases como las mencionadas anteriormente más la de tipo desorganizado antes llamada hebefrenia, además de trastornos limítrofes esquizotípico, trastorno delirante, etc.

Ahora describirse, como a ido cambiando y como se definen cada uno de estos rubros.

**ESQUIZOFRENIA SIMPLE;** Desarrollo insidioso de una conducta extraña, aislamiento social y desempeño decadente en el trabajo, sin delirios ni alucinaciones, el individuo se aparta progresivamente de toda interacción social, se vuelve indiferente y apático, presenta escasa de respuesta emocional, déficit en la voluntad y empobrecimiento progresivo de la personalidad.

**ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA:** La característica primordial de este tipo es que el padecimiento se presente en una edad temprana antes de la pubertad. El comienzo puede ser lento e insidioso pero también puede ser rápido cuando se ha sufrido una pérdida o un fracaso personal. Se observa que el paciente pierde la

capacidad de planificar y prever el futuro y lleva una vida errante sin finalidad alguna, presenta trastornos de pensamiento, exceso de risas inmotivadas, incoercible y muestra actividades motoras extravagantes. Se puede decir que los pacientes parecen tontos, infantiles en su conducta. Son prominentes los síntomas afectivos y los delirios son habituales y no organizados.

**ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA:** Se caracteriza por perturbaciones motoras en extremos, excitación exagerada, hiperactividad, pero podemos encontrar también lo contrario, inmovilidad como el estupor, se combinan síntomas, manías, incapacidad de dormir, lo catatónico es grotesco, poco realista e incongruente. Estos estados carecen de un tiempo definido lo mismo pueden estar un sin número de horas en estado de agitación o en un cese total de movimiento. En ocasiones en una sola postura, que ante los ojos de los demás son innecesarias, carentes de sentido y poco creíbles de realizar en un estado normal.

**ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:** Es la presentación más tardía y se reconoce cuando se presentan delirios tipo mítico y mesiánico con componentes megalomítico.

Delirios bien organizados, estos dominan al sujeto ya que este se muestra incomodo, tenso y desconfiado, tiene tendencia a darles significados hostiles y menospreciar los comentarios de los demás, se vuelve apartado, poco sociable. La persona empieza a perder el contacto con la realidad, sustituyendo ésta con interpretaciones erróneas y fantásticas.

Esta clasificación ha sido propuesta por Kraepelin y solo Bleuler a incrementado el término esquizofrenia simple. Esta clasificación aunque un poco modificada sirve para elaborar el diagnóstico de dichos pacientes. Son pues, los pilares de las demás clasificaciones que se distinguen solamente por otra serie de subtítulos que describen un caso de esquizofrenia, pero que no se le puede llamar así porque no cumple con el requisito de un tiempo determinado o varía un poco en la presentación y curso de la enfermedad.

Existen otros subtítulos que se han asignado pues es difícil solo tener los rubros anteriores.

**ESQUIZOFRENIA TIPO INDIFERENCIADO:** Los aspectos de esta consisten en conducta francamente desorganizada, alucinaciones, incoherencias o delirios prominentes.

**ESQUIZOFRENIA TIPO RESIDUAL:** Las características consisten en falta actual de síntomas de esquizofrenia pero la experiencia definida de por lo menos una crisis esquizofrénica previa . Puede haber ciertos delirios y alucinaciones pero la persona esta " agotada" y no se ve en la fase activa florida. Estos sujetos suelen funcionar como pacientes externos a largo plazo, pero son incapaces de realizar una actividad productiva. <sup>20</sup>

Otra manera de clasificación que describen los textos es hablar de:

## **ESQUIZOFRENIA TIPO I**

Se caracteriza por los síntomas positivos de alucinaciones o delirios, conducta agitada, extraña y habla desorganizada. Estos síntomas son vistos con mayor frecuencia en los primeros años de la psicosis y se suprimen por lo general con neurolépticos convencionales.

## **ESQUIZOFRENIA TIPO II**

Se caracteriza por embotamiento emocional, aislamiento social, pobreza del lenguaje y de la actividad motora y deficiencias cognoscitivas, estos síntomas indican un mal pronóstico a un episodio agudo y se vuelven más comunes en la enfermedad crónica. Esta esquizofrenia se relaciona por lo general con una historia familiar de esquizofrenia, deficiencias en el desarrollo premórbido y una respuesta menos favorable a los neurolépticos convencionales.

Mostrare ahora el siguiente cuadro que presenta algunas de las modificaciones y ampliaciones que se han hecho a las clasificaciones. 21

## CLASIFICACIÓN

### ESQUIZOFRENIA

D S M 10

Esquizofrenia paranoide

Hebefrenia

Catatónica

No diferenciada

Residual

Depresión post-esquizofrenia

Otra esquizofrenia

Esquizofrenia no especificada

Estados esquizotípicos

Esquizofrenia simple

Trastorno delirante persistente

otros trastornos delirantes persistentes

Trastorno psicológico agudo o transitorio

Episodio del agudo

Trastorno delirante psicogénico

Episodio tipo esquizofrenia

### TRASTORNO

#### TIPO ESQUIZOFRENIA

D S M IIR

Paranoide

Desorganizada

Catatonía

No diferenciada

Residual

Trastorno esquizoide afectivo

Trastorno delirante paranoide

Psicosis reactiva breve

## CLASIFICACIÓN

ESQUIZOFRENIA	TRASTORNO
D S M 10	TIPO ESQUIZOFRENIA
	D S M IIR
Otro episodio agudo no diferenciado	Trastorno esquizofreniforme
Trastorno delirante inducido	Trastorno psicótico inducido
Otro trastorno psicótico no orgánico	
Psicosis no orgánica no específica de otra manera <sup>22</sup>	Trastorno psicótico inducido

## EXPLICACIONES TEÓRICAS.

La esquizofrenia ha sido considerada dentro de las enfermedades mentales como la más difícil de tratar y pronosticar, debido a la falta de respuestas confiables que se encuentran cuando se ha estudiado. Se dice entonces que como se desconoce su etiología, todo lo que se sabe de este padecimiento son sólo aproximaciones, sin embargo, la gente que se ha dedicado a la investigación, ha buscado y encontrado respuestas en los diversos campos que han explorado en el seguimiento de caso y realizando estudios con distintas variables que creen sea la posible causa de la enfermedad.

Así encontramos diversas opiniones, las cuales podemos dividir en dos grandes grupos

1 - Factores bioquímicos.

2.- Factores psicosociales.

Dentro de los factores bioquímicos se encuentran las hipótesis genéticas, las hipótesis bioquímicas y las hipótesis que describen alteraciones anatómico-fisiológico.

**Hipótesis genéticas:** Se han realizado estudios con hermanos y padres porque consideran que la esquizofrenia tiene su respuesta en la genética, que el mal de ésta es transmitida por genes, y es, considerada hereditaria.

Al respecto Kaplan muestra una serie de estudios que permite observar que dentro de las familias existe el riesgo dependiendo del tipo de lazo que une a los parientes

con el paciente enfermo, encontramos que estos son mayores cada vez que este sea mas cercano. Por ejemplo, entre hermanos encontramos hasta un 9% de posibilidad, en hijos nacidos de un padre esquizofrénico el 12% y alrededor del 50% en los hijos de ambos padres enfermos.

Los estudios con gemelos dicigotos indican un 15% de probabilidad de esquizofrenia; y en los gemelos monocigotos de un 80%.

Los hijos dejados en adopción de padres esquizofrénicos desarrollan la esquizofrenia en mayor proporción que la población en general. Sin embargo, no existen cifras precisas que permitan valorar una predominante en la existencia de psicosis en los padres de un niño esquizofrénico. <sup>23</sup>

EY, H., menciona que la información genética hereditaria define el conjunto de reacciones posibles, el factor hereditario se considera realmente presente en la enfermedad pero en una forma tal que se combina en cadenas de acciones y reacciones largas y complicadas con los factores del medio ambiente, y menciona que el riesgo entre hermanos es del 10.8%, si son gemelos el 16%. <sup>24</sup>

La mayoría de los autores consideran los trabajos realizados por Kringlen, Fischer, Harvald, Gottesman, mostrando los mismos porcentajes. Sin embargo, al termino de su trabajo, algunos defienden que gracias a los datos arrojados por estos estudios es irrefutable que existe una respuesta de origen genética en la explicación de la aparición del padecimiento. otros manifiestan que aunque participa un factor

enético en la predisposición a la esquizofrenia, no es suficiente para garantizar el desarrollo de la misma.

## **FACTORES BIOQUÍMICOS:**

Existen estudios que explican y demuestran que las sustancias químicas son las responsables de los síntomas encontrados en un cuadro de esquizofrenia, tal es el caso de la hipótesis de que la esquizofrenia es producto de una alteración en la producción de la sustancia llamada Dopamina, que contiene el cerebro.

Se postula que existe una cantidad excesiva de Dopamina en la sinapsis que aumenta la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos o bien que se presenta una disminución de los antagonistas dopaminérgicos.

Carlsson y Lindquist, en 1959, hallan que la clorpromacina aumenta el ácido humoranílico urinario y suponen que debido a un mecanismo de retracción, ya que al bloquearse los receptores postsinápticos se envían órdenes a las neuronas presinápticas para que liberen más dopamina. La clorpromacina es el medicamento que se utiliza en el tratamiento de la esquizofrenia ya que reduce algunos de los síntomas al reducir el exceso de la sustancia dopamina. <sup>25</sup>

La serotonina, sustancia que participa en la actividad de las neuronas, de la parte del hipotálamo del cerebro, núcleo del mesencéfalo y, en menor grado, el tálamo bulbo y protuberancia que en el metabolismo de la serotonina o de sus precursores o del triptófano de la que se deriva, en último término, podría estar perturbado de algún punto. <sup>26</sup>

Adrenalina y noradrenalina de un ácido aminado la tirosina que se transforma en dopamina, precursora de la noradrenalina una anomalía de oxidación o carboxidación de las sustancias adrenérgicas puede suponerse que exista en los esquizofrénicos.

La Taraxeina se trata de una macroglubulina anormal que probablemente pertenece al grupo de los betaglobulinos, este factor es inestable u sensible a la oxidación. A ciertos autores, les parece que la anomalía de esta globulina consistiría en la presencia en el seno de una molécula pequeña, estructura desconocida, que es capaz de producir efectos tóxicos sobre las células cerebrales humanas. <sup>27</sup>

Existen así como estas sustancias químicas otras más que han sido estudiadas y relacionadas con los síntomas de la esquizofrenia. Sin embargo, ha sido el exceso de dopamina la más relevante.

No obstante, no podemos reducir el origen de la esquizofrenia en una simple desorganización química.

### **FACTORES NEUROBIOLÓGICOS:**

Son distintas lesiones cerebrales, que se han encontrado en los pacientes que padecen esquizofrenia. Dentro de estas alteraciones encontramos desintegración por paytoclisis de la tercera capa cortical, vulneración del núcleo medio del tálamo, lesiones vasculares, alteraciones capilares perivasculares, depósitos lipoidios, trastornos en la estructura vertical, esqueleto grácil, hipotensiva, hipoglusemia, los

ventrículos laterales aumentan de tamaño, aplasia de la corteza frontal de los glóbulos que son más pequeños.

Sin embargo, no se ha demostrado que si estas diferencias son resultado de factores exógenos y no son resultado o producto de la esquizofrenia. <sup>26</sup>

## **FACTORES PSICOSOCIALES:**

Comprenden hipótesis del aprendizaje e hipótesis ambientales.

### **Hipótesis del aprendizaje.**

La consolidación de estas teorías suele precisar el estudio de variables psicofisiológicas excesivamente fuertes o ligeras como el estrés, una fácil y rápida adquisición de respuestas condicionadas, una recuperación lenta del desequilibrio autonómico y una excesiva reactividad a la generalización de estímulos. En el paciente con esquizofrenia aguda, se observa el aumento de ansiedad que se correlacionan con el aumento en el nivel y la amplitud de la generalización. Muchos estímulos nuevos pueden volverse potencialmente capaces de provocar ansiedad y de esta forma se establece un círculo nervioso. A medida que la generalización se amplia aparecen secuelas de pensamiento tangenciales y atípicas y se disocian en las percepciones.

El estado esquizofrénico crónico se caracteriza por el aprendizaje de pensamiento de evitación que busca reducir la ansiedad, si esto se logra y disminuye en gran medida la ansiedad se vuelven autoreforzantes. Dentro de las teorías de

aprendizaje también se establece que debido a los déficit básicos del funcionamiento de su yo, las personas son incapaces de tratar sus problemas personales y hacer frente a su ambiente. Estas encuentran estresantes las tareas con su familia no debido a que necesariamente lo sean sino porque estas personas las perciben como amenazantes.

## **HIPÓTESIS AMBIENTALES**

La base de estas teorías plantea que la esquizofrenia no es una enfermedad y que solo existen personas llamadas esquizofrénicas que han sido llamadas así por la experiencia.

Los mecanismos a través de los cuales la experiencia vital moldea al niño esquizofrénico son los conflictos creados por las reacciones irracionales y formas de pensamiento aprendido por imitación o identificación la conducta asocial de estas personas se debe a su ambiente patológico y conduce a una aversión para toda la vida con las demás personas.

Dentro de los factores ambientales encontramos los relacionados con el desarrollo psicológico del niño y como factor primordial la familia. Los autores coinciden en que la estabilidad o equilibrio dentro de la familia es un factor determinante para que una persona desarrolle o no la patología.

Al comienzo de los años 50's los trabajos realizados por Fromm y Reichman nos indican la relevancia de los lazos familiares, en la presencia de la esquizofrenia.

Estos trabajos son el detonador para la creación de una serie de escuelas que se entregaron a la investigación de las familias con pacientes esquizofrénicos. Dichas escuelas se distinguen entre sí por sus diferentes hipótesis. <sup>29</sup>

La escuela de Lidz, se distingue por mencionar que existen dos tipos de relaciones dentro de la familia que de igual manera son posibles responsables del padecimiento. Donde el sexo del enfermo determina o guía las relaciones afectivas entre los padres y el mismo sujeto, si el sujeto es masculino tiene una madre sobreprotectora y además dominante. Si el sujeto es de sexo femenino es otro tipo de relación la que se produce.

Para esta escuela las relaciones afectivas entre los tres son los responsables de la presentación o ausencia de las enfermedades.

La escuela de Wynne y Singer, centra su atención en la comunicación interfamiliar, la estructura del diálogo, el énfasis emocional que se muestre harán, que el enfermo no aprenda de manera apropiada. Los autores introducen lo que se conoce con el nombre del mensaje del doble vínculo que se ve cuando una persona verbalmente menciona una indicación y gestualmente o emotivamente refiere la contradicción de la misma provocando confusión en el paciente. En este tipo de relación el sujeto es incapaz de distinguir cual es el mensaje y a su vez es incapaz de mostrar sus comentarios.

Laing, considera, por ejemplo que la familia es la principal culpable en la formación de los conflictos llamados esquizofrénicos ya que sugiere que en lugar de eliminar

los síntomas del paciente se debería reconocer su experiencia como válida, comprensible, potencialmente significativa y benéfica. El esquizofrénico está en un viaje psicodálico que se hace necesario por las insostenibles exigencias del ambiente. La esquizofrenia es una estrategia conductual adoptada como un medio de escapar de la realidad de un mundo intolerable.

Para finalizar con la familia se acepta que el paciente es el reflejo de las interacciones alteradas entre los miembros de la familia.

### **FACTORES SOCIALES:**

Entre los que se han tomado en consideración encontramos:

**DENSIDAD DE POBLACION.** Existe una relación poderosa entre la prevalencia de la esquizofrenia y la densidad de la población dentro de la ciudad y las zonas rurales, siendo ésta más alta en la ciudad.

**CLASE SOCIOECONOMICA.** Se ha encontrado que la mayoría de los pacientes que sufren de esquizofrenia se desarrollan en niveles socioeconómicos bajos, se dice que el trato degradante impuesto a la persona por los demás, su bajo nivel educativo, la escasez de recompensa y las pocas oportunidades a su alcance pueden contribuir para que se desarrolle una patología.

**MIGRACION.** Estudios demuestran que los inmigrantes tienen un mayor índice de ingreso en un hospital a causa de la esquizofrenia.

**INDUSTRIALIZACION.** Los más altos índices de esquizofrenia se atribuyen a ciudades altamente industrializados. Se ha visto que también en los pueblos del tercer mundo se ha incrementado pero que esto se debe a su contacto continuo a las culturas tecnológicamente adelantadas.

**FACTORES SOCIO CULTURALES.** Dentro de esta hipótesis se habla de la importancia de la cultura, afirmando que las culturas pueden ser más o menos esquizofrénicas, en función de como perciben la enfermedad mental, el contenido del papel del paciente y la complejidad de la comunicación social.

También surgió que la cultura afecta la microestructura del cerebro y, por lo tanto, a la vulnerabilidad de la esquizofrenia. <sup>30</sup>

**FECHA DE NACIMIENTO.** Existe una relación de que los pacientes nacidos en los meses de enero, febrero y marzo tienen ciertas características que los predisponen a la esquizofrenia o que un número considerado de pacientes con este padecimiento nacieron en este mes.

Después de revisar las diversas teorías sobre la etiología, se percibe que existen opiniones divididas entre los autores. Algunos defienden el encontrar la respuesta en hipótesis biológicas, mientras que otros se inclinan en las hipótesis sociales. Así también, hay quienes sugieren que esto tiene un origen multifactorial.

Sin embargo, no podemos olvidar que todas estas aproximaciones aceptan ser sólo factores predisponentes y no realmente la causa de la esquizofrenia.

## **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

Este proceso es en la práctica algo difícil y poco seguro de realizar en la primera entrevista ya que el médico se puede confundir a la hora de decir el padecimiento que presenta sin embargo con algunas referencias como alucinaciones auditivas o visuales, embotamiento afectivo, manierismo, catatonía: Alteraciones drásticas en su desarrollo social puede ya considerarse que el paciente padece esquizofrenia, se pone como diagnóstico tentativo con origen a determinar, para que en entrevistas sucesivas se pueda decidir si es esto en realidad o no.

En la mayoría de los textos encontramos los siguientes criterios para la elaboración del diagnóstico.

### **CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO.**

A).- Presencia de síntomas psicóticos en la fase activa, durante la primera semana a seis meses como mínimo, presencia de ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, conducta catatónica, afectividad embotada e inapropiada. Las ideas delirantes y alucinaciones no tienen una relación con una depresión o un estado de euforia.

B).- Alteraciones en la actividad laboral, en las relaciones sociales, en el cuidado personal. Cuando se ha descartado que se trata de un trastorno esquizo afectivo o un trastorno del estado de ánimo.

Los signos deben ser continuos durante seis meses como mínimo. El periodo de seis meses debe de incluir una fase activa de una semana como mínimo con o sin fase prodómica o residual.

En la fase prodómica se observa un claro deterioro de la actividad antes de la fase activa que no son debidas a una alteración en el estado de ánimo o al uso de sustancias psicoactivas.

En la fase residual, persisten como mínimo los síntomas de aislamiento y retraimiento social, la actividad presenta un deterioro peculiar, la deficiencia en el aseo, afectividad embotada o inapropiada, lenguaje disgregado, vago, sobrelaborado, detallado o pobreza de lenguaje, ideación extraña o pensamiento mágico, experiencias perceptivas inhabituales (ilusiones repetidas de sentir la presencia o la fuerza o una persona ausente), notable falta de interés o de energía. No puede demostrarse una causa orgánica que inicio y mantuvo la alteración, si hay una historia de trastorno autista.

### **CRITERIO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN.**

A).- Subcrónico. El tiempo desde el inicio de la alteración es menor a dos años pero ha de ser como dos años como mínimo. Durante este tiempo el sujeto empieza a mostrar signos de alteración continuamente (fase prodómica de actividad y residual).

B).- Crónico. Todo lo anterior pero con una duración de dos años.

C).- Subcrónico con exacerbación. Es la reaparición de los síntomas psicóticos predominantes en un sujeto con un curso crónico que se encuentra en fase residual de la alteración.

D).- En remisión. Con historia de esquizofrenia y que en la actualidad no presenta signos de alteración. Se toma en cuenta el tiempo transcurrido desde el último episodio.

E).- No especificado. Cuando la fecha del último episodio es desconocida.

F).- Inicio tardío. Se desarrolla después de los 45 años.

31

## **TRATAMIENTO.**

El tratamiento de la esquizofrenia, como cualquier otra enfermedad, intenta ser específica pero tiene el impedimento de la falta de conocimiento de la etiología.

Los puntos de vista iniciales establecidos a fines del siglo XIX, abarcan un modelo somático de la enfermedad el cual no pudo ser confirmado por la extensa investigación en la neuropatología o neuroquímica. Como resultado el advenimiento y popularidad del psicoanálisis empezó a predominar una base sociopática y psicodinámica la esquizofrenia quedando como tratamiento una combinación de métodos biológicos, sociales y psicológicos.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Este pretende bloquear el receptor de la dopamina de la membrana nerviosa por medio de dosis de cloropromacina, mesoridacina, tiorixeno, trifluoperacina, tioridacina y haloperidol.

Se dice que se obtienen mejores resultados si se lleva a cabo la combinación de un tratamiento farmacológico y psicológico.

En un cuadro de esquizofrenia aguda, se utiliza un neuroléptico de alta potencia, como el haloperidol, el tratamiento después, de la fase aguda, se lleva a cabo con una inyección de liberación prolongada, apoyada con psicoterapia, que puede ser terapia conductual con un programa como la economía de fichas.

La elección del fármaco se hace en función del menor número de efectos colaterales que alteran la adaptabilidad de la persona, para lo cual se proponen que los fármacos de depósito son los mas convenientes.

El tratamiento en la fase crónica se realiza con grandes cantidades de fármacos, ya que se anexan los medicamentos para controlar los efectos colaterales.

La duración del tratamiento es de por vida ya que el paciente por ningún motivo debe dejar de tomar los medicamentos.

## **EFFECTOS DE LA FARMACOTERAPIA.**

Debido a dosis elevadas, se observan los efectos colaterales siguientes: boca seca, midriasis (dilatación anormal de la pupila), taquicardia, efectos en la temperatura, trastorno en el ciclo menstrual, aminorrea. Grandes dosis de cualquier tranquilizante provocan convulsiones y alteraciones sobre los reflejos condicionados.

## **PRONÓSTICO.**

El pronóstico se considera positivo si la iniciación de la enfermedad es de manera súbita y se puede identificar con claridad, el estrés es precipitante si el funcionamiento social era por lo menos suficiente antes de que se desarrollara la enfermedad.

El pronóstico será negativo si la enfermedad, inicio de manera insidiosa con aparición lenta de los síntomas y sin ningún estrés precipitante, del mismo modo el paciente no estaba funcionando bien social, económica e intelectualmente.

32

En este primer espacio podemos resumir que la psiquiatría es indudablemente la rama de la medicina, reconocida como la única encargada de las enfermedades mentales, que considera que efectivamente los problemas del comportamiento del esquizofrénico, tienen obligatoriamente una causa orgánica, sobre todo una alteración en el funcionamiento en los receptores del cerebro y que todas las demás hipótesis (psicosociales) sólo son variables que ayudan a presencia del padecimiento. Si seguimos esta línea médica la esquizofrenia debe ser tratada por medio de medicamentos, los cuales tienen la función de estabilizar la alteración

producida en el cerebro, y las psicoterapias sólo se utilizarán como material de apoyo. Esto nos ofrece a grandes rasgos la psiquiatría. Sin embargo, en el siguiente capítulo se presentaran las aportaciones que nos brinda la psicología como ciencia del comportamiento en el área de la patología.

Es importante hacer mención que dentro de la psicología existen diversas teorías o corrientes que varían desde su objeto de estudio y por lo tanto sus terapias. Para fines del presente, sólo haré mención del conductismo y el psicoanálisis, ya que estas dos corrientes son las que más aportan a este tópico.

También describiré, el pensamiento del psiquiatra Tomas Szasz, que por su manera de concebir la esquizofrenia, no me gustaría citarlo dentro del esquema de la psiquiatría, no con esto supongo que debe ser considerado como una teoría o como una psicología nueva. Simplemente pretendo que el lector no se confunda y conozca que existe este trabajo sobre la esquizofrenia y la enfermedad mental.

## **CAPITULO II**

## **LA ESQUIZOFRENIA TRATADA POR LA PSICOLOGÍA**

La psicología podemos entenderla de varias maneras. Es la ciencia que estudia el comportamiento humano, en relación con su medio ambiente; es también el estudio de la mente, de la conciencia, de los procesos cognitivos, el estudio del inconsciente; y así dependiendo de la teoría explicativa que tome para estudiar todos los fenómenos psicológicos existentes.

Cada una de estas psicologías, como las llaman algunos autores, difieren entre ellas desde la definición de su objeto de estudio hasta el método de tratamiento. Sin embargo, comúnmente se dice que la psicología estudia la mente del ser humano. Existe una cantidad inmensa de trabajos enfocados al estudio de los eventos psicológicos, desde diversas posturas teóricas. Dentro de éstas, no todas nos hablan del comportamiento patológico, sólo algunas como el conductismo y el psicoanálisis. Quienes han mostrado aproximaciones y tratamientos en el trabajo clínico.

### **MODELO CONDUCTUAL**

Para entender el trabajo o aportaciones del modelo con respecto a la enfermedad mental, es necesario y conveniente tener conocimientos básicos de dicho modelo.

Este punto de vista, sostiene que el comportamiento de todos los seres humanos puede explicarse en términos de estímulos y respuestas y que todo el desarrollo

humano tiene su origen en el aprendizaje del ser y su relación con su medio ambiente.

El modelo conductual tiene sus raíces históricas en el funcionalismo y el conductismo americano, los trabajos de la reflexología rusa de Watson y Skinner en las primeras décadas del presente siglo. <sup>33</sup>

La aportación más importante de dicha teoría es el considerar que el aprendizaje es el motor de todas las conductas de los seres, siendo éste su objeto de estudio. Los estudiosos conductistas consideran que la psicología es la ciencia que estudia la conducta de los sujetos con relación a su medio ambiente.

Es Watson, psicólogo americano, quien inicia este marco teórico. Él consideraba que el sujeto sólo responde a los estímulos dentro de su medio ambiente.

Para el conductismo, la psicología es una ciencia que utiliza el método científico para la explicación de lo psicológico, este comportamiento es entonces medible, cuantificable que permite establecer leyes generales.

Este modelo inicia como ya se dijo, con Watson, pero son muchos los autores que simpatizan con esta explicación y aportan con investigaciones. Por citar algunos, están, los trabajos de Thorndike, Guthrie, Hull y Skinner, siendo este último el que más tarde realizar aportaciones de gran trascendencia.

Skinner, enriquece lo expuesto, y muestra que efectivamente el sujeto responde a los estímulos, y sostiene que el comportamiento se mantiene por las consecuencias que dicha respuesta produce. Es el quien amplía el modelo y es a partir de su

propuesta, que se comienza a trabajar sobre esta premisa la cual se mantiene actualmente en el trabajo clínico. Mas adelante vendrán otros autores que amplían el concepto, pero éste es el mismo.

Este autor estableció lo que conocemos como condicionamiento operante o instrumental, donde lo esencial de este planteamiento es que después de emitir una respuesta hay una consecuencia, y si esta es agradable a la persona, es considerada como reforzador positivo; y si es desagradable es llamado reforzador negativo estos reforzadores son los que mantienen las conductas deseables o indeseables. <sup>34</sup>

Al aceptar Skinner que la conducta de los seres es consecuencia de sus reforzadores, plantea que puede ser modificable a voluntad, sólo con el control exhaustivo de las variables que intervienen. Por lo que se dio a la tarea de observar condiciones controladas que nos ayudan a inducir, a evocar y mantener determinado comportamiento, diseñando así los programas de reforzamiento los cuales están planeados en función a la conducta que se desee, indican el tiempo y cuales son los reforzadores que se utilizarán para lograrlo. La obra de Skinner es amplia y tiene muchas más cosas de las que aquí se mencionan, sin embargo, el citarlas todas aquí me llevaría a desviarme del objetivo que aquí se pretende, no obstante, reconocer el trabajo de este autor es necesario para entender a los autores que apoyados en esta aportación extenderan su saber y aplicaran sus técnicas y conceptos para la modificación de conductas indeseables e inadaptadas, es pues, el pilar que sostiene las nuevas técnicas utilizadas en el trabajo clínico.

La esquizofrenia entendida bajo el marco conductual nos indica que esta se refiere a la descripción de un conjunto o una cadena de conductas indeseables, conductas de desadaptación con respecto al medio, debido a que el paciente no a podido aprender un repertorio conductual que le permita seguir viviendo dentro de la sociedad de manera adecuada. Dado que esto es consecuencia del aprendizaje deficiente, el terapeuta clinico se ha de encargar de la creación de programas de reforzamiento que permitan la modificación de la conducta problema y otros programas que ayuden a ampliar su cadena de conductas deseables.

Uno de los primeros trabajos que muestran la preocupación de llevar esta postura teórica a la práctica en el campo de lo patológico son los realizados por Wolpe y Eysenck, quienes de manera independiente utilizaron programas de reforzamiento para la modificación de conductas indeseables como el homosexualismo y las fobias.

Wolpe consideraba que la conducta neurótica son básicamente conductas inapropiadas pero condicionadas (aprendidas) y que por consiguiente se pueden modificar y corregir mediante el descondicionamiento. Esto es lo mismo que sucede cuando hablamos de ansiedad. Este autor considera que la mejor manera de corregir estos padecimientos se logra a través de conductas que inhiban la conducta no deseada. Él mismo creó un método conocido como desensibilización sistemática, el cual consiste en enseñar al paciente a lograr un estado cómodo de relajación y se le pide imagine escenas o estímulos que le producen ansiedad aumentando al máximo y así ir corrigiendo la conducta de ansiedad. Otro método

que propone es el de entrenamiento asertivo en el cual la habilidad de a asertividad inhibe la respuesta de ansiedad cuando el sujeto esta en situaciones o circunstancias interpersonales importantes. En la medida que el nuevo comportamiento asertivo se convierte en una parte del repertorio de conductas de la persona, se considera que a cambiado su conducta inadecuada ante esa situación. <sup>35</sup>

La terapia de aversión es también una técnica para la corrección de conductas indeseables y consiste en presentar un estímulo aversivo, agresivo asociado con la conducta que se quiere modificar, hasta que el sujeto asocie este estímulo que le disgusta con el hábito indeseable y se espera que por el efecto que produce el comportamiento desaparezca.

Las terapias anteriormente mencionadas, son utilizadas por separado o de manera simultánea en problemas clínicos para la modificación de conductas indeseables, pero también se han utilizado en la creación de programas para el entrenamiento de pacientes psicóticos crónicos institucionalizados.

La preocupación de la elaboración de técnicas en el trabajo clínico con pacientes mentales nace de la observación de estudios, que indican que los tranquilizantes mas importantes, son eficaces, en disminuir ilusiones y alucinaciones y que controlan positivamente la ejecución en situaciones en que se intenta una breve o sencilla rehabilitación. Pero en programas más estructurados donde se requiere el aprendizaje de actitudes complejas y exigen un nivel alto de ejecución, las drogas impiden realmente la rehabilitación. Por tanto, se dice que ninguno de los métodos

tradicionales para tratar a estos pacientes han demostrado efectos favorables en las ejecuciones posthospitalario. <sup>36</sup>

Para la elaboración de un programa de trabajo, con estos pacientes, atenderemos y recordaremos los principios del modelo conductual en el cual para iniciar se realiza la identificación y descripción objetiva de la conducta problema del paciente, estas conductas son trabajadas por separado.

Después se elabora la lista de objetivos la cual debe ir encaminada a perseguir dos fines primordiales, que el paciente permanezca lo menos posible en el hospital, y que su estancia fuera del hospital sea lo más larga posible, tratando que esta sea lo más aceptada posible en la sociedad.

Una vez que se establecen los objetivos, se especifica en términos conductuales, los hábitos que quieren desaparecer o extinguir con el fin de medir y poder llevar un control. Después se hace la elección de la técnica terapéutica adecuada que se debe utilizar, a la par se seleccionan los posibles reforzadores que se utilizarán, posteriormente se definen los criterios de evaluación y finalmente se propone una autoevaluación.

Anteriormente en los hospitales psiquiátricos sólo se utilizaba el programa de la economía de fichas, el cual se describe como un programa altamente complejo que abarca la conducta de todas las personas en un grupo o en una sala o emplazamiento de un hospital y que incluye tanto al paciente como al personal e incluso al familiar del paciente.

La realización y aplicación de programas conductuales en los hospitales psiquiátricos en un principio pareció ser lo mas adecuado para estos pacientes, sin embargo, al paso del tiempo se observo que sólo ayudaban al paciente a desenvolverse de manera adecuada y permitida dentro de la institución pero que al egresar del mismo se perdía todo lo adquirido.

El marco teórico de la corriente conductismo, como se vio, no realiza ni se basa en las clasificaciones propuestas por la psiquiatría. Por ello menciona lo que se refiere a la conducta problema, inapropiada como es denominada la enfermedad mental.

## MODELO PSICOANALÍTICO.

El psicoanálisis es una corriente psicológica iniciada a finales del siglo XIX por el médico Sigmund Freud, quien después de observar que varios de los síntomas físicos de la mayoría de sus pacientes tenía sus orígenes en los procesos mentales o emocionales, y no biológicos como él pensaba. Se da a la tarea de redactar una teoría psicológica que describa como es que se presentan enfermedades físicas con una raíz de origen mental.

Freud muestra un esquema de como es el funcionamiento del aparato psíquico y nos revela lo siguiente:

El aparato psíquico esta compuesto por tres entidades que parten de una sola.

La primera instancia, la nombra como el id, que se define como placer, instinto, el id busca solo la satisfacción o placer de todas las cosas, es totalmente amoral e incapaz de emitir juicios de bueno o malo, justo e injusto. En todas las personas el id es egoísta, está lleno de contradicción y nunca se interesa por tener congruencia, tampoco le interesan las evaluaciones realistas de las exigencias de la sociedad, mucho menos la lógica, sus deseos son simplemente ilógicos. Nunca renuncia a cualquier cosa que desee. El ser humano cuando nace, solo cuenta con esta instancia y es en el transcurso del tiempo cuando se van formando las otras dos entidades.

El ego, la segunda instancia, es también conocida como el yo y se caracteriza por ser la parte racional del esquema psíquico, es la parte que controla que lo instintivo

sea mostrado al exterior de la manera mas adecuada, es decir, permite salir al id buscando las mejores (o mas racionales) formas. El yo realiza entonces las negociaciones adecuadas con el medio exterior.

El ego quiere obtener de la vida las mismas cosas de el id, solo que mientras el id solo muestra la demanda independientemente de buscar la mejor manera de obtenerlas, el yo organiza los diferentes medios para alcanzar su deseo. El ego representa la razón y el buen sentido mientras que el id representa los instintos.

La última instancia es el super yo, y comprende los valores morales, culturales que nos han sido impuestos y que hacemos parte de nosotros mismos, este super yo es el encargado de decir, o crear sentimientos de culpa.

Se da una lucha entre el placer y la razón que sucede en el nivel inconsciente del ser.

Freud considera que los conflictos no resueltos, entre las tres instancias del aparato psíquico, llevan al hombre a utilizar mecanismos de defensa que les permitan la aceptación de la no realización de los deseos. Uno de los principales mecanismos de defensa que tiene el ser humano se conoce con el nombre de represión y se describe como un proceso automático, no consciente que me permite olvidar estos deseos inquietantes, guardándolos dentro del inconsciente.

La racionalización, nombre de otro mecanismo de defensa, por medio del cual se trata de ocultar el deseo y se recurre a explicaciones lógicas que lo justifiquen. Cuando el deseo se canaliza a algún objeto que socialmente me permite expresarlo

sin ser una situación amenazante, estamos hablando del mecanismo de defensa conocido sublimación.

Los mecanismos de defensa permiten que el sujeto sea mas fuerte ante la incongruencia permanente de las entidades psíquicas, ya que si esto no es así, el hombre enferma a raíz de los conflictos que ocasionan las exigencias pulsionales y la resistencia del yo.

Freud da una explicación sobre la psicopatología de acuerdo con su propia teoría, y nos dice que la neurosis es el resultado de la lucha interna que tiene el yo con la pulsión y que la psicosis es el desenlace de la alteración del yo con el mundo exterior.

En la neurosis el paciente intenta evitar el fragmento de la realidad que le produce ansiedad, mientras que el psicótico no sólo la evita sino que quita y transforma esta realidad por fantasías e ideas que desearía fueran reales.

Al construir esta descripción teórica también desarrollo un método que le permitiera conocer la raíz de los síntomas de sus pacientes, es decir, tener acceso al inconsciente, para después llevar del inconsciente al consciente la causa y, así curar al enfermo.

Inicialmente traté de utilizar la hipnosis pero al no poder trabajar con ella, descubrió el método de Asociación Libre. El cual consiste en estimular al paciente a relajarse para que describa sus pensamientos libremente. Donde el trabajo del analista es

desenmascarar los elementos significativos de la narración del paciente y tratar de revelar el por qué.

El analista trata de localizar los temas ocultos del conflicto que son los indicadores o símbolos del problema.

Amén de lo anterior, se respalda en la interpretación de los sueños; ya que considera "un sueño como la ventana aunque brumosa y distorsionada para mirar los contenidos del inconsciente, el análisis de cada sueño, más el diálogo de cada paciente, son el puente de las causas del desajuste psicológico".<sup>37</sup>

Un analista es una persona con habilidades para interpretar sueños de manera que pueda revelar la naturaleza y fuente del conflicto.

Existen otros autores que, tomando el modelo de Freud, nos redactan como es el padecimiento de la esquizofrenia ya que Freud sólo habla de psicosis en general.

Así Searles nos dice al respecto lo siguiente; La fenomenología de la esquizofrenia consiste en esencia en una alteración de la integración y la diferenciación, los cuales son parte de un proceso unitario. Entiéndase por integración un proceso en el que se impregnan múltiples niveles y aspectos de la personalidad. El término diferenciación se utiliza en un sentido general similar y en tanto que tiene lugar en esas mismas áreas de la estructura y de la personalidad.

Cuando se evalúa al esquizofrénico se descubre que la estructura psíquica se encuentra mal integrada, porque el yo experimenta al ello como un cuerpo extraño, intensamente hostil que amenaza con abrumarlo, el yo mismo está seriamente

disociado, el super yo no es como el de la persona normal, una guía firme y amistosa y útil para el yo, en los esfuerzos de éste último, para enfrentar los impulsos del ello y el mundo externo, sino que actúa como un tirano cruel, cuyos ataques contra el yo débil y no integrado, son aún más destructivos. Por otra parte, tampoco el super yo está bien integrado, y sus manifestaciones revelan las más claras incongruencias, existe en realidad una disolución del super yo, como estructura integrada y una transformación regresiva a las imágenes parentales amenazadoras, cuya conglomeración dio origen al super yo. Frente a esta estructuración de la personalidad del esquizofrénico, se deduce que actúa de manera mal integrada.

Sus experiencias pasadas se confunden (en la forma) la relación con el fenómeno de la regresión.

Dentro del proceso que sucede en el esquizofrénico, se ve que se ha sufrido un menoscabo, la dificultad de distinguirse con respecto al mundo exterior, no diferencia el pasado del presente, la ilusión de lo real, le resulta difícil diferenciar el punto de vista perceptivo de una persona y de otra, de modo que tiende a confundir, no puede distinguir entre lo simbólico y lo concreto.

Etiología: el menoscabo de la integración-diferenciación parece deberse sobre todo a la regresión que sufre el esquizofrénico, al nivel de la muy temprana infancia, la fase donde el lactante no diferencia subjetivamente el mundo externo, y en cambio se siente solo en el mundo que llega hasta él, un mundo demasiado vasto para su yo rudimentario. <sup>38</sup>

## PSICOPATOLOGIA

Los psicopatólogos; por su parte han tratado de aportar sus conocimientos para también tratar de dar respuesta, al tópico de la enfermedad mental para con sus observaciones, la Psiquiatría y la Psicología, tengan un mejor manejo en el campo de la psicopatología.

Esto se ha dado gracias, a sus extensos trabajos experimentales, en caminados a dar su punto de vista, del porque de las patologías, y cual seria su mejor manejo, para ello fijan su atención básicamente en la percepción, el grado y el tipo de percepciones equivocadas que muestran los sujetos estudiados . Dentro del estudio de la percepción ya sea visual o táctil observan esta en diversas situaciones, y ante distintos estímulos para determinar los umbrales, controlando y modificando para ver de que manera repercuten en el comportamiento de la gente. Así encontramos bibliografía donde se nos muestran diversos casos experimentales en los cuales se observan las diferencias visuales entre un sujeto "normal" y el que sufre una patología, al igual encontramos textos donde nos hablan de sujetos "Enfermos" en diversas situaciones experimentales en el que se les cambian estímulos y variables de control para observar si estas modificaciones ayudan, o son las responsables de su estado patológico. También permiten ver, que tan alejados de lo normal se encuentran sobre todo en su esfera fisiológica, mas que otra cosa, es decir, que sus funciones fisiológicas están alteradas y que estas son las responsables del padecimiento que presentan. Por ejemplo Callaway y Thompson, realizaron trabajos experimentales con estimulantes como el frío , nitrato , adrenalina, metanfetamina

destinados a aumentar el estado de despertar., donde el efecto de la condición del despertar consistía en producir una estimulación a una persona con un objeto, confirmando la medición de la constancia de dimensión retinal , siendo no simplemente asunto de identificar la respuesta en la que el paciente se muestra desviado, si no mas bien la manera en que se desvía la respuesta, en lo cual parece implica a los mecanismos fisiológicos, que son la razón fundamental del mantenimiento de la atención, esto es, estos estudios permitieron a los autores reconocer que la causa principal en las alteraciones de los pacientes era un asunto primordialmente fisiológico que identifican como un déficit en el despertar o la atención. <sup>39</sup>

Una deficiencia en el despertar es el déficit primario en la esquizofrenia, se considera que cuando existe una amenaza se observa también un aumento en la actividad simpática del Sistema Nervioso Autónomo, y que esto a su vez produce percepciones de constancia mas ajustados al tamaño verdadera de la imagen retinal, cualquier otro estímulo que engendre un estado de despertar creciente y una atención, reducida ejercería el mismo efecto. <sup>40</sup>

Lo cual fue corroborado por Meckowick , quien tiempo después, decía que si se administraba a los esquizofrénicos mecolil responden con una elevación de la tensión arterial, manifiestan también una constancia en la dimensión mejor que aquellos otros que presentan poca o ninguna elevación. Este descubrimiento ha sido interpretado por el autor para indicar que el problema central de la esquizofrenia es la reactividad patológica del Sistema Nervioso Autónomo.

La esquizofrenia para la psicopatología es entonces considerada como, un trastorno del estado de despertar o de activación, incapacidad para restringir el campo de atención y esta queda a merced de una diversidad de impresiones donde los sentidos procedentes de todas las partes del ambiente.

Cualquier función que requiere el desconocimiento selectivo de alguna aportación estará quebrantada especialmente en la percepción de las revelaciones entre imagen y motivo, es decir, la distancia de los estímulos, como estando separados del fondo de estimulación en que se presenta, se supone que el espacio extenso de atención refleja un nivel bajo de activación o predominio parasimpático en el equilibrio autonómico, por lo que cualquier medicamento o procedimiento que elevara el nivel, aumentaría la eficacia de la conducta del paciente reduciendo su espacio de atención, así pues muchos otros síntomas.

Otras investigaciones nos dicen que en el caso de la esquizofrenia no solo se observa que se debe a lo expuesto anteriormente, si no que también las experiencias del sujeto, con el objeto experimental determinan de alguna manera su respuesta, sus estimaciones o juicios al respecto. Por ejemplo, la estimulación de las características fijas de un objeto de recompensa o amenaza estarán determinadas en parte por la intensidad de las necesidades del perceptor, en relación con el objeto, siendo así la estimulación hecha por el sujeto será de valor verdadero de la variable física combinada con las influencias de motivación que activan, el momento de la percepción.

La variable decisiva no es un refuerzo positivo, en contraposición a uno negativo si no la pertinencia del estímulo en la vida emotiva del sujeto.

También se considera que el esquizofrénico presenta alteraciones en sus percepciones, como resultado de una incapacidad que repercute al Sistema Nervioso Parasimpático, aunado a la asociación positiva o negativa con el estímulo que se presenta.

De igual forma se observa que el paciente presenta una percepción distinta del tiempo a la que tiene una persona normal. Ya que este, juzga el tiempo por medio de la proporción de cambio en sus acontecimientos imaginarios internos, mas que por el cambio de estímulos exteriores. En la esfera de la atención, se dice que esos enfermos tienen un tiempo de reacción mas largo y mas variable y tienden mas a la generalización de estímulos.

Finalmente aun cuando los estudios nos indican una alta posibilidad de que esta será la respuesta adecuada para responder a la etiología de la esquizofrenia y poder atenderla como una alteración biológica, Eysenck, considera que el peso de los datos no parece conceder la probabilidad de que las deficiencias en la atención son esenciales para el problema de la esquizofrenia aun cuando ,esta bien confirmada por su amplio orden de datos , las medidas de tiempo y reacción las constancias relativas de la percepción y los efectos de los estímulos del estado de despertar todo esto se une para indicar que puede existir alguna patología fundamental en aquellos sistemas biológicos que intervienen en la concentración de la atención y en la inhibición de la respuesta hacia los estímulos ajenos .

Aunado a que no hay un modelo experimental de la esquizofrenia adecuado, en el sentido de que no hay un procedimiento experimental conocido que pueda reproducir aun, en pequeño porcentaje lo que ahora creemos que constituye el síndrome esquizofrénico. <sup>41</sup>

## **TOMAS SZASZ.**

Este pensamiento nos aproxima a la enfermedad mental de una forma tal vez única, desde su postura como psiquiatra ya que no sólo cuestiona el problema de la esquizofrenia sino que además plantea una visión distinta de su profesión, es decir, se atreve a poner en tela de juicio la aportación real de la psiquiatría institucional. Aunado al cuestionamiento de saber si las enfermedades mentales son reales y sobre todo si la psiquiatría es la ciencia adecuada para su manejo. Comienza analizando la iniciación del término esquizofrenia y a lo largo de su revisión el autor considera que los autores kraepelin y Bleuler, a quienes debemos el término, no sólo no descubrieron las enfermedades que los hicieron famosos sino que sólo ha sido un invento.

El autor nos lleva de la mano con citas de los mismos autores y va emitiendo sus propios comentarios y llega a la conclusión de que la esquizofrenia es solo un nombre que permite privar a una persona de sus derechos y libertad y que responde no a las demandas del paciente si no a las de una sociedad.

Considera que la esquizofrenia no es mas que una palabra escrita que justifica al médico a dar tratamiento a una persona que se comporta de manera diferente a las demás y que la mayoría de los casos representa una carga para sus familiares.

Menciona que observando epistemológicamente se demuestra de manera real y clara que siguiendo los criterios de la ciencia médica la esquizofrenia no puede ser

considerada como una enfermedad ya que biológicamente nada existe dentro del organismo que este alterado y que hubiera, por lo tanto, que curar.

A la par, es duro con su disciplina y considera que la psiquiatría es una institución e ideología poderosa. Cuestiona porqué, adoptamos la psiquiatría y a la esquizofrenia como verdades absolutas, cuando ni la una ni la otra han demostrado ser creíble, tomando el criterio que se toma en el caso de otras enfermedades, que indudablemente se sabe que son el resultado de una alteración fisiológica.

Nadie sabe si la esquizofrenia es realmente una enfermedad, sin embargo, hasta hoy día, no hay quien se atreva a aceptar que sólo se trata de un concepto donde se agrupa una serie de conductas inapropiadas, pero sin una raíz verdadera, para tomarla como enfermedad, esto es como cuando condenamos a una persona a prisión aun cuando no se ha podido demostrar su inocencia o culpabilidad. En este caso, el demostrar si la esquizofrenia es o no una enfermedad. Tomas Szasz deja ver también que la enfermedad es un invento social, que además de pertenecer a cierta , élite es una cuestión más bien político-económica, que tiene más auge como un nuevo campo de trabajo que reditúa muchas ganancias.

El tratamiento mental da dinero a los psiquiatras, es decir los enfermos mentales mantienen a sus médico.

Los enfermos mentales, se dice no producen y sólo generan gastos, pero que si lo observamos de otro modo no es del todo cierto, como en el caso de la esquizofrenia que hasta ahora es incurable, el enfermo necesita al médico de por

vida, más aun se recomienda que el enfermo por ningún motivo deje de tomar sus medicamentos. Porque esto lo llevar a recaídas, porque no está controlada, lo que significa que la empresa farmacológica tiene muchos consumidores que irán en aumento.

Reconoce que la esquizofrenia no es una enfermedad sino sólo es el nombre de una pretendida enfermedad que nos habla de personas que a menudo se comportan y hablan de manera que difiere del comportamiento y del habla de muchas que los rodean. Estas diferencias en el comportamiento y en el habla pueden ser además gravemente perturbadoras ya sea para la persona enferma o para aquellos que la rodean. El autor es estricto y nos lleva a pensar que la medicina puede y debe estar preocupada sólo con las manifestaciones y consecuencias histopatológicas de las enfermedades y sus tratamientos. No puede ni debe preocuparse por las manifestaciones lingüísticas y del comportamiento, ni por las consecuencias de las diferencias personales. <sup>42</sup>

Esta última conclusión es marcada y ampliada por su obra "El mito de la enfermedad", en donde trata de explicar la enfermedad mental con el ejemplo de la histeria la cual puede ser tomada también para describir la esquizofrenia y dice que es un modo de comunicación que se realiza por medio de quejas y signos corporales que tienen su origen en dos principales cuestiones. La primera, la constitución física del hombre (el cuerpo), están sujetos a la enfermedad y a la salud. La segunda, obedece a factores culturales, sobre todo en la costumbre en apariencia universal de hacer que la vida de quienes se hallan enfermos sea más

fácil, por lo menos en forma transitoria. Estos dos factores explican el desarrollo y el uso del lenguaje histérico. El estar enfermo resulta de gran utilidad, recurre al lenguaje de la enfermedad porque no tiene otro lenguaje más apropiado para sus demandas, entonces se enferma.

La mente del hombre es producto de su medio social, donde se combinan varias situaciones.

El autor explica la enfermedad mental como un proceso donde el acatamiento de reglas juega un papel importante, donde las reglas que se nos imponen son la competencia, la pobreza, la enfermedad, por medio de las doctrinas y prácticas de la religión judeocristiana, la cual recompensa estos estados.

La adopción de roles juega un papel importante ya que cada uno de nosotros elige jugar un rol, donde también se encuentra el rol de enfermo, que me permite obtener cosas gratificantes de las que carezco de mi medio social.

Finalmente, el autor explica exhaustivamente a la histeria y a la esquizofrenia como signos intencionales, trozos de conducta destinados a transmitir un mensaje, es por ello que su aportación se considera dentro de la comunicación.

El lenguaje corporal cumple el propósito de transmitir hechos y solicitudes que no se pedir por medio de mecanismos normales.

En resumen los problemas que no se pueden resolver o que no he podido resolver son enfermedades mentales, en lugar de pensar en maneras de comunicación distintas. De esta manera Tomas Szasz menciona que la solución a las llamadas

enfermedades mentales debería comenzar en forma ideal antes de que los síntomas obvios del desorden se hicieran manifiestos.

Amen a lo anterior, considera que la única manera de acabar con el sometimiento del paciente es por medio de su independencia económica y personal entre los pacientes y psiquiatras. Esto quiere decir, que los psicóticos no deberían esperar que los mantuvieran los psiquiatras y la sociedad, sino que deberían mantenerse ellos mismos por medio de un trabajo salarial en el mercado. En la medida en que no puedan o no hagan por liberarse a si mismos permanecerán esclavizados a los psiquiatras que los tratan. <sup>43</sup>

Concluyendo, la psicología tal vez por ser una disciplina joven tiene pocas aportaciones en comparación de lo que nos ofrece la psiquiatría. no obstante también su propia visión de la patología aunque debemos aceptar que en el terreno práctico la incidencia es muy pobre, que no se si se debe a que la psiquiatría institucionalmente es la encargada del estudio de las enfermedades mentales o porque existe poco interés por los eventos anormales, ya que las investigaciones son pocas.

Por otro lado la aproximación de Tomas Szasz es muy oportuna ya que nos permite concebir el evento de la esquizofrenia con unos lentes totalmente distinto a los anteriores.

## **CAPITULO III**

## ESQUIZOFRENIA TRATADA POR LA ACUPUNTURA

Hablar de medicina oriental nos obliga a investigar y conocer un modelo de pensamiento totalmente distinto al que tenemos los occidentales. Por ello implica entender principios ajenos y desconocidos para la medicina moderna, estos conceptos no sólo nos aproximan a comprender su método curativo, sino también toda una filosofía de su estilo de vida aplicado a la medicina. Conceptos como el Ki, o energía, meridiano, teorías del Yin-Yang, teoría de los cinco elementos. Que sin ellos sería incomprendible hablar del proceso salud-enfermedad.

Más aún cuando en el presente apartado, hablaremos y trataremos de acercarnos a la patología mental.

La medicina oriental es diferente a la medicina occidental en muchos puntos, principalmente en lo que respecta al concepto del hombre. El hombre, para el médico oriental, es considerado como un todo, como un microcosmos, que se encuentra en estrecha relación con su medio natural. El hombre y el cosmos son parte de un principio, manteniendo una relación innegable e indispensable de interdependencia.

No podemos hablar de nada por separado, el hombre, las plantas, las fuerzas naturales, el universo, la tierra, son parte de un todo.

El cuerpo también tiene una connotación distinta, mientras que para el médico occidental, el cuerpo se puede y se divide en segmentos para su mejor estudio, el médico oriental trabaja con él de manera integral.

"El cuerpo humano es un conjunto orgánico íntegro de forma y Shen, por forma se entiende la apariencia que tienen las vísceras, los órganos, la piel, los vasos, los tendones, los huesos, la sangre, los líquidos corporales, y el Shen es el término que se utiliza para referirnos a todas las actividades del cuerpo, e incluso, el ánimo, el pensamiento, las cuestiones intelectuales, o sea, las actividades mentales. Este cuerpo íntegro, que reúne el Shen y la forma, pueden dar buena salud y felicidad en la vida, si se coordina y unifica con el complicado ambiente exterior." <sup>44</sup>

Dentro del esquema tradicional chino, también encontramos que este cuerpo cuenta con 14 meridianos que son considerados como canales por donde circula la energía vital de cada organismo. Para entender, cabe abrir un paréntesis, para decir que el término Ki, es básico. Ki se transcribe como energía, movimiento invisible o fuerza invisible, y es esta energía la que da vida a un ser, hablamos entonces, de que en el paradigma chino todo es energía, con ella nacemos y la agotamos o incrementamos a lo largo de la vida.

Estos meridianos, que mencionamos anteriormente, están en todo el cuerpo, pertenecen a cada uno de los órganos vitales.

Los 14 meridianos permiten la fluidez de la energía por todo el cuerpo y son de suma importancia para el tratamiento de las enfermedades.

**Estos canales son :**

- 1.- Meridiano de Pulmón      Taiyin de la mano.
- 2.- Meridiano de Intestino Grueso      Yanming de la mano.

- 3.- Meridiano de Estomago    Yanming de la mano.
- 4.- Meridiano de Bazo    Taiying del pie.
- 5.- Meridiano de Corazón    Shaoyin de la mano.
- 6.- Meridiano de Intestino Delgado    Taiyang de la mano.
- 7.- Meridiano de Vejiga    Taiyang del pie.
- 8.- Meridiano de Ríñón    Shoyin del pie.
- 9.- Meridiano de Pericardio    Jueyin de la mano.
- 10.- Meridiano de Vesícula Biliar    Shaoyang del pie.
- 11.- Meridiano de Sanjio    Shaoyang de la mano.
- 12.- Meridiano de Hígado    Jueyin del pie.
- 13.- Meridiano de Ren.
- 14.- Meridiano de Du. <sup>45</sup>

Encontramos, entonces que la energía, circula por estos 14 meridianos que se relacionan con los órganos, ahora bien para entender todo el sistema de curación es necesario hablar del concepto yin-yang. ¿Que es el yin-yang y que relación muestra con el cuerpo, la energía y estos meridianos?

La teoría del yin-yang sostiene que todo fenómeno o cosa en el universo conlleva dos aspectos opuestos (yin-yang) los cuales se hayan a la vez en contradicción e interdependencia. La relación entre el yin y yang es la ley universal del mundo material. Principio y razón de la existencia de millones de cosas y causa primera de la aparición y desaparición de toda cosa. este proceso es un constante

crecimiento y decrecimiento e intertransformación del yin-yang. Sus fronteras nunca son fijas.

"El significado original del idiograma chino, sobre el yin-yang muestra al yin como una ladera umbría de una colina que representa la obscuridad y la pasividad y se asocia a cualidades de receptividad, flexibilidad, blandura y contracción, se dice se mueve hacia abajo y hacia dentro y sus símbolos principales son la mujer, el agua la tierra y el frío.

Mientras que yang significa, la solana ladera soleada de la colina representa la luz y la actividad, se asocia con la resistencia la dureza y la expansión, se mueve, naturalmente hacia arriba y hacia afuera y sus símbolos son el hombre, el fuego y el cielo." <sup>45</sup>

El ying es mas fuerte y mas abundante que el yan pero el yang es mas visible y activo.

Las relaciones complementarias del yin-yang impregnan todo el universo y su oposición elemental proporcionan la tensión dinámica necesarias para cualquier cambio.

Esta descripción del ying-yang se observa también en el cuerpo.

En la medicina china los diez órganos vitales se consideran divididos en cinco pares cada uno de los cuales se componen por un órgano yin macizo y un órgano yang hueco. Los órganos yin son mas vitales que los yang y las perturbaciones de aquellos son las que causan, los mas grandes problemas de salud. Los órganos

están estrechamente relacionados, gracias a sus funciones que son complementarias.

Así el corazón es el que dirige a todos los órganos, es un órgano yin y esta asociado con el órgano yang, intestino delgado.

El hígado órgano yin esta relacionado con vesícula biliar.. Pulmón órgano ying es ayudado del intestino grueso que es un órgano yang. El órgano ying es riñón y el yang es vejiga, bazo es yin y páncreas es el órgano yang.

Así cada uno complementa el principio yin-yang.

En el cuerpo yin controla las superficies internas y las regiones interiores y la parte delantera ; mientras que yang rige la superficie externa y las regiones superiores y las partes posteriores. Yin controla la sangre y yang la energía, los instintos son yin y las habilidades adquiridas son yang.

Estas descripciones básicas entre los órganos yin y los órganos yang son importantes para el diagnóstico y tratamiento médico ya que indican la ausencia o presencia de enfermedad .

La medicina oriental utiliza además de la teoría del yin-yang , cinco fases de desarrollo conocida como "go-gyu". Las cinco transmutaciones o teoría de los cinco elementos , en la cual por medio de cinco elementos de la naturaleza, se explican y responsabilizan los principios del funcionamiento de todos los órganos , es decir , la relación patológica y fisiológica de todos los órganos internos descansa sobre la interacción de estos elementos.

En los libros antiguos de medicina oriental se describe que los cinco elementos básicos son: la madera, el fuego, el metal, la tierra y el agua , y que dependiendo de la relación o posición que tengan estos hablaremos de las condiciones de salud en las que se encuentra el ser y se citan tipos de relaciones fundamentales que nos aproximan a saber si existe o no un desequilibrio y lo cual lleva a considerar que el desequilibrio es símbolo de enfermedad y equilibrio equivale a salud plena.

La primera relación muestra una interdependencia o intergeneración de cada uno de los órganos, se dice entonces que la madera genera fuego, el fuego la tierra, tierra al metal y el metal al agua.

Reid lo describe de la siguiente manera "El fuego produce cenizas que engendran la tierra, la tierra engendra al metal que se extrae de ella al ser calentado, el metal se funde con lo que se engendra el agua, el agua favorece el crecimiento de plantas con las que se engendra la madera."<sup>47</sup>

Cuando esta primera relación no sufre alteración pensamos que el ser u organismo se encuentra en equilibrio.

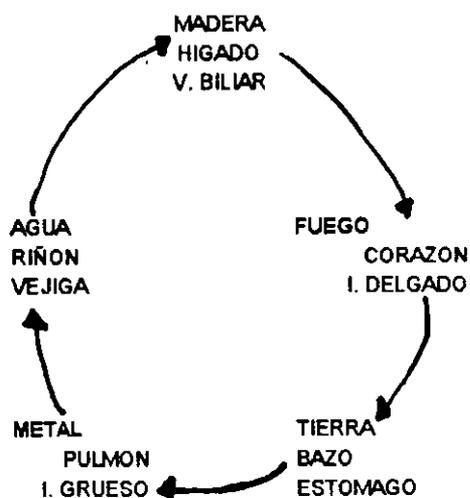
La segunda relación (relación de dominancia) nos indica que existe un desequilibrio importante en la generación de estos órganos, hablamos de una dominancia de calor sobre frío o viceversa, de una dominancia de un órgano sobre otro.

Reid, sobre esta relación, nos dice: "La madera agota las sustancias nutritivas del suelo con lo que acaba con la tierra, la tierra estanca y canaliza el agua de modo que la conquista del agua elimina el fuego

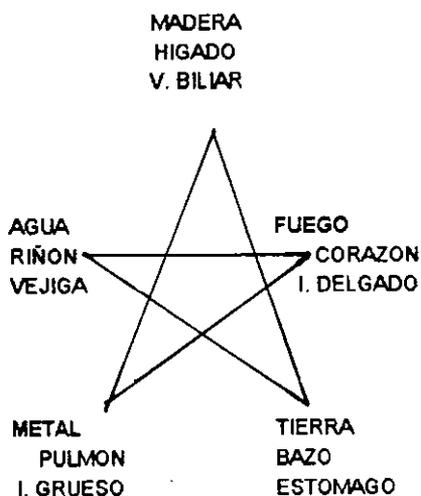
extinguéndolo, el fuego elimina el metal fundiéndolo y el metal suprime la madera al cortarla." 48

Si esta información se esquematizara nos quedarían las dos siguientes representaciones.

### RELACIÓN DE INTERDEPENDENCIA



### RELACIÓN DE DOMINANCIA



Cabe mencionar aquí que cada elemento se considera que representa a un órgano vital específico y que tiene estrecha relación con las estaciones del año. El corazón es representado por el fuego, el hígado por la madera, el riñón por el agua, el bazo por la tierra y el pulmón por el metal. Con lo que respecta a las estaciones del año, madera responde a la primavera, el fuego al verano, la tierra al verano tardío, el metal al otoño y el agua al invierno.

Hasta aquí sólo nos hemos aproximado a los términos fundamentales que nos ayudaran a comprender como se llega a enfermar una persona y encontramos que el exceso de yin (frío) o yang (calor), así como la deficiencia de las mismas, nos hablan de enfermedades. Donde la labor del médico es restablecer y llevar a ese organismo a un estado de equilibrio, independientemente de la enfermedad que se trate.

Ahora es necesario llevar todos estos principios al proceso salud enfermedad, particularmente encaminado a la enfermedad mental. Para llegar a conocer como se esquematizan e influyen para la presentación o ausencia de una patología.

La medicina tradicional define a las enfermedades mentales como: "aquellos tipos de anomalías en las que debido a diversos motivos, en particular la excesiva excitación espiritual y psíquica, las funciones de los órganos y las vísceras del cuerpo humano pierden su normalidad, se dañan y además se debilita el Ki, la sangre, los líquidos corporales. Todo esto causa disfunción del corazón y el cerebro, que se manifiesta en cambios extraños en los diversos tipos de conciencia, sentimientos, ánimo, habla y conducta".<sup>49</sup>

Las enfermedades mentales en este pensamiento, no equivalen totalmente a la medicina moderna pero esto no se debe a la ausencia de ellas, si no a dos razones fundamentales.

La primera es con respecto a la clasificación, ésta es distinta, y la segunda el campo donde se desarrollan es otro, encontramos que las enfermedades no se encuentran en el cerebro, si no que incluyen casi todas las enfermedades cardiacas. Se dice que si se manifiesta palpitación y taquicardia, como síntoma principal, la enfermedad , pertenece al campo de lo mental. Estas diferencias nacen principalmente en la diversidad del método y el ángulo de enfoque de los problemas.

Después de considerar lo anterior, hablaremos, de la importancia del equilibrio del yin yang y las funciones de los órganos vitales en relación con las enfermedades mentales.

Con lo que respecta al equilibrio del yin yang se considera que una alteración o diferencia de Ki yin-yang tiene valiosas influencias sobre las actividades mentales del ser humano que se encuentran estrechamente relacionado con el carácter y el comportamiento del individuo; por citar un ejemplo, se dice que quien tiene un exceso de calor (yang) lo demostrará con mucha alegría o a la inversa si tiene mucho frío (yin) se refleja con la presencia de enojo, quien demuestra fuerte yang tendrá un carácter voluble (cambios de ánimo frecuentes). En cambio, si encontramos personas estables en sus emociones, tranquilidad en su vida y en el

trato con los demás sin emociones excesivas, podemos decir, que su yin-yang se encuentra en equilibrio.

Con respecto a las funciones de los órganos yin-yang, se describe que cada par de órganos realizan actividades fundamentales y complementarias que son coordinadas para el buen funcionamiento del organismo.

El corazón regula la circulación de la sangre, como actividad vital, y como actividad mental, alberga al espíritu rige los estados de ánimo y la claridad mental.

El Ki es el impulsor de la sangre, los pulmones se encargan de la respiración, de la ventilación y purificación del aire, realiza la actividad de canalización de las vías del agua y la regulación de la misma. Si alguna de las funciones fallará las vías del agua se obstruyen y producen flema y humedad que se estanca dentro y asciende y trastorna la mente.

El bazo se encarga de la producción de enzimas necesarias para la digestión y el metabolismo. Esta función se realiza con ayuda del estómago, estos dos son los encargados de transformar los alimentos y de distribuir la esencia que se obtuvo de ellos, siendo esto, la fuente de Ki y de la sangre. Cuando se alteran estas funciones, se pierde la función normal de Ki, y la sangre pierde su fuente, por lo que la mente queda mal nutrida. El agua y la humedad se acumulan, produciendo flemas que ascienden y atacan al corazón y a la mente.

El páncreas controla el atributo humano del pensamiento racional.

El hígado es el que almacena y enriquece la sangre, es el encargado de la función del drenaje y atempera las actividades mentales. Cuando se pierde el control, nos encontramos alteraciones en la fluidez del Ki, que origina el ascenso rápido del Ki del hígado, que produce la precipitación, insomnio o en su defecto, el Ki de hígado se deprime y se manifiesta con melancolía, angustia, duda y ganas de llorar.

La vesícula biliar controla, la decisión si el Ki de este órgano es deficiente se observa una actitud temerosa.

El riñón dirige el funcionamiento del agua, los riñones atesoran la esencia vital, si ésta no es suficiente el espíritu original, no se conserva y produce alteraciones.

El buen funcionamiento de cada uno es un punto fundamental en la actividades mentales. El corazón es el responsable de las actividades mentales y el cerebro es la cavidad del shen original, por eso la anormalidad de las funciones de los órganos y las visceras influyen en las enfermedades mentales que se producen a través del corazón incluyendo pericardio y el cerebro.

Las actividades mentales del hombre, se manifiestan en la esencia adquirida y el surgimiento del shen, por un lado congénito proveniente de los padres.

Solamente sobre la base del nacimiento del shen se pueden producir dichas actividades. Como el corazón atesora el espíritu es considerado el más importante.

Los pulmones se relacionan con el coraje, el hígado con el alma, el bazo con la idea, y los riñones con la voluntad. Estas cualidades son consideradas por la medicina tradicional, como los cinco órganos espirituales del ser, estos atributos,

alma, idea, voluntad, coraje, preocupación y cosas semejantes, se llama shen y ésta está en el corazón.

Además del equilibrio del yin-yang, y del funcionamiento adecuado de los órganos, se consideran otros factores que contribuyen a la etiología de la enfermedad mental, y son los factores emocionales, alegría, ansiedad, tristeza, miedo, temor, ira, y la meditación, la alteración de estas emociones, son el reflejo del cuerpo con respecto al mundo externo, con relación a las actividades funcionales de los órganos y viseras del cuerpo humano. No originan enfermedades mentales, pero si se considera que la presencia repentina, fuerte y permanente de alguna de estas emociones causa trastornos en las funciones de los órganos, que alteran la distribución del Ki y la sangre, conduciendo a las enfermedades mentales.

La ira altera el funcionamiento de hígado, la alegría al corazón, el bazo es trastornado por la meditación, y los pulmones se alteran por la tristeza, y el miedo contribuye al mal funcionamiento del riñón.

Es importante mencionar que el desequilibrio emocional altera principalmente las funciones del Ki en el organismo.

Los factores exógenos también contribuyen al desequilibrio, y son conocidos como el viento frío, calor del verano, la humedad, la sequedad y el fuego.

Hay factores que no se consideran ni exógenos ni endógenos pero que contribuyen de alguna manera en la presencia de síntomas y son la insuficiencia o exceso de

alimento, de descanso o de trabajo, las heridas o golpes físicos, el exceso de actividad sexual.

Las enfermedades mentales son el resultado del desequilibrio del ser con su medio y que se ve expresado en las alteraciones físicas. Estas disfunciones de los órganos son reconocidas en la medicina tradicional, como síndromes que describen cuadros específicos de cada una de las posibles explicaciones de la presencia de los síntomas.

Cuando hablamos de síntomas como palpitación, estupor, temor, fatiga, amnesia, falta de aliento que se agrava con el esfuerzo, pereza en el habla, tristeza y pulso fino y débil e intermitente. Es un síndrome de deficiencia del corazón.

Cuando el paciente presenta palidez en la cara, fatiga, sudación espontánea, falta de aliento, lengua pálida y saburra blanca es un síndrome de deficiencia de Ki del corazón.

Cuando los molestias son, aversión al frío en las extremidades, cara opaca y lengua pálida, opaca y violácea, gorda y blanda, se trata de deficiencia de yang del corazón.

Si se presenta abundante sudoración, extremidades frías, labios morados, respiración y pulso débil a punto de agotarse, trastornos psíquicos o desmayo son síntomas de una crisis, indicando la separación del yang de corazón, por insuficiencia en el Ki y el yang de corazón, falta de fuerza en el impulso de la sangre de modo que las venas no se llenan y el pulso es débil y fino como el Ki, no es

continuo se presenta pulso intermitente debido a la deficiencia del Ki del yang que no defiende al cuerpo, no calienta las extremidades. Con insuficiencia de Ki del corazón, este último pierde el sustento, el alma pierde su refugio y se extravía por eso. Se observa que el paciente tiene temor y sobresalto, palpitación, amnesia, tristeza y lentitud en el habla.

Cuando existen los síntomas de palpitación, estupor, amnesia, insomnio, pesadillas, mareo, cara pálida, color pálido en la lengua y labios y el pulso es fino y débil es un síndrome de insuficiencia. Si hay calor en las palmas de las manos, en las plantas de los pies y en el pecho sudor nocturno, sequedad en la boca, lengua y garganta, pulso filiforme y rápido, indican que existe una deficiencia de yin en corazón. Como la sangre no logra mantener el corazón, el alma no se queda en su lugar, a esto se deben las pesadillas.

El fuego del corazón produce calor interno y molesta a el alma, por lo que la angustia, insomnio, las pesadillas e incluso excitaciones mentales, cuando el fuego del corazón asciende y quema se presentan úlceras en la boca y la lengua y la cara se notan roja. El exceso del calor patógeno excita el Ki defensivo

para controlarlo, lo cual acelera la circulación de la sangre y se nota por que el pulso es fuerte y rápido y estamos hablando de que existe exceso de fuego en el corazón.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

La flema perturba la cavidad cardiaca y se nota porque el paciente se comporta obtuso, deprimido, anormal, ya que murmura. A esto se le llama clínicamente síndrome dian (trastorno mental con depresión).

Si el fuego de la flema ataca al corazón se nota angustia, insomnio, pesadillas, delirios, inconstancia en el ánimo (llora o se ríe, realiza acciones fuera de contexto, se desnuda, sale a la calle, pega e insulta).

Físicamente se observa la cara roja, su respiración es ruidosa, sufre de estreñimiento, su orina es roja, su lengua es roja, tiene saburra amarilla y pegajosa y tiene pulso rápido. Estos síntomas se conocen con el nombre de síndrome kuaua (trastornos mentales maníacos).

El síndrome de deficiencia de la sangre en el corazón y el hígado, ocasionan a nivel mental que el alma pierda la estabilidad, mostrando sobresaltos e intranquilidad, pesadillas e irritabilidad. Las manifestaciones físicas de esto son cara pálida, mareos, acufenos, lengua pálida, las piernas y los brazos se duermen, los músculos se contraen y el pulso es filiforme.

Cuando se presenta palpitación, estupor, amnesia, insomnio, pesadillas, anorexia, distensión abdominal, fatiga, cansancio. Estaremos hablando de que existe una deficiencia en el corazón y en el bazo.

El desequilibrio entre el corazón y los riñones se manifiesta con la debilidad, angustia, insomnio, palpitación, mala memoria, pesadillas, mareos, acufenos,

espermatorrea involuntaria y nocturna, calor en las plantas de los pies y en las palmas de las manos, sudor nocturno y flojera.

Cuando el Ki se estanca en el hígado el paciente presenta depresión emocional, irritabilidad, nudo en la garganta que no desaparece, hay congestión sofocante en la cavidad torácica. Sintiendo opresión en el pecho y deseos de suspirar, distensión en el pecho, en el hipocondrio, en los senos y en el vientre, menstruaciones dolorosas e irregulares, se nota la lengua pálida, la saburra blanca y delgada, y el pulso es tenso.

Cuando el yang del hígado se convierte en viento, se observan las siguientes alteraciones: existe una dificultad de expresión oral, precipitación e insomnio, pesadillas, irritabilidad, amnesia, mareos y tendencias al desmayo.

Cuando el paciente se siente agitado, irritable, reporta que sufre de insomnio, de alucinaciones visuales y auditivas, se presentan dolores de cabeza, dolor agudo en el pecho y los hipocondrios, mareos y la lengua es roja y la saburra amarilla y pegajosa, el pulso rápido y tenso, decimos que hay un exceso de yang en el hígado.

La insuficiencia en el yin renal, se observa pérdida en la memoria, insomnio, calor en las palmas de las manos y plantas de los pies, mareos, vértigo, acufenos, disminuye la agudeza visual, flojedad en la zona lumbar y las rodillas, adelgazamiento, sed y sequedad en la boca, la lengua blanda y roja con saburra escasa y seca y el pulso es filiforme.

La insuficiencia de la esencia renal, se caracteriza , por perturbación, atontamiento, lentitud en los movimientos, amnesia, envejecimiento prematuro en el adulto y retraso psicomotor, debilidad.

Esta serie de síndromes son la guía que se tiene para realizar el diagnóstico

## DIAGNÓSTICO

El instrumento más importante del diagnóstico oriental es el cuerpo humano, Para realizar el diagnóstico se utilizan cuatro métodos básicos y son los siguientes.

### 1).- OBSERVACIÓN

Implica poner atención, a la apariencia física y en el estado de ánimo, observar los ojos, los movimientos físicos, el color de la piel, la expresión y algo importantísimo la observación de la lengua. La lengua, es considerada una de las partes que se relaciona directamente con los órganos y vísceras, los canales colaterales, Ki, los líquidos corporales, por tanto cualquier desorden que presenten, se reflejara en las condiciones físicas de la lengua y en la saburra.

Las características físicas de la lengua y la saburra tienen un significado específico que sirve para realizar el diagnóstico y debe conocer el médico, y son las que se muestran a continuación:

- 1.- **Lengua pálida:** indican síndromes de deficiencia o frío, causados por la debilidad de yang y la insuficiencia de Ki y sangre o por la invasión del frío patógeno exógeno
- 2.- **Lengua roja:** indica, síndromes de calor debido a la invasión de calor patógeno.
- 3.- **Lengua roja oscura:** se refiere a una etapa grave de una enfermedad febril, en que el calor patógeno, penetra del exterior al interior del cuerpo. Se observa que

el paciente sufre una enfermedad crónica, cuando el fluido de yin ha sido consumido y el fuego endógeno es excesivo.

4.- **Lengua color púrpura:** indica el estancamiento de Ki y sangre o la preponderancia del frío endógeno debido a la deficiencia de yang.

5.- **Lengua agrietada:** Sostiene que existe calor excesivo y este consume el líquido corporal, perdiéndose las esencias del riñón e hiperactividad de fuego debido a la deficiencia de yin.

6.- **Lengua obesa, pálida y blanda:** muestra deficiencia de Ki y yang, y retención de flema- humedad en el interior. Si es obesa y roja habla de preponderancia de calor patógeno en el interior e hiperactividad del fuego del corazón.

7.- **Lengua rígida y temblorosa:** muestra la invasión del calor exógeno y disturbio de la mente por flema- calor. También daños al yin del hígado por el calor excesivo que agita el viento u obstrucción de canales por viento-flema. El temblor se refiere a deficiencia del Ki y yin.

8.- **Lengua espinosa:** nos habla de hiperactividad, de calor patógeno.

La saburra de la lengua también representa una información para el diagnóstico.

1.- **Saburra blanca,** puede ser delgada y es normal, pero en una enfermedad exógena, ella indica la alteración en pulmón por viento frío

Saburra blanca y espesa, muestra la retención de alimentos.

Saburra blanca y pegajosa, es debido a la invasión por el frío-humedad exógeno, o la retención de flema- humedad en el interior.

Saburra blanca y seca, indican la invasión por el factor pestífero.

2.- **Saburra amarilla**, al igual que la blanca se puede observar en las siguientes combinaciones.

Saburra amarilla delgada, demuestra la invasión de viento - calor en los pulmones.

Saburra amarilla gruesa, es la representación de la acumulación de alimentos en el estómago y en los intestinos.

Saburra amarilla pegajosa, se refiere a la acumulación de humedad- calor en el interior o bloqueo de los pulmones por flema - calor.

Saburra amarilla seca, es acumulación de calor en el estómago y los intestinos.

3.- **Saburra negro- grisácea**, nos habla de retención de frío humedad, en el interior o frío endógeno, excesivo, debido a la deficiencia de yang.

Saburra negro grisasea seca, muestra que el calor excesivo, a consumido los líquidos corporales debido a la deficiencia de yin.

4.- **Saburra pelada**, también conocida como lengua mapeada. Si la saburra entera se pierde en la superficie de la lengua quedando lisa como un espejo se le denomina lengua espejo. Estas dos manifestaciones indican crisis de una

enfermedad prolongada en la que el factor antipatógeno es gravemente lesionado  
y el yin es totalmente consumido. 51

## II).- AUSCULTACIÓN Y OLFACCIÓN

Auscultación se refiere a las manifestaciones que se relacionan con el habla, observar como es la respiración débil o ruidosa, si se presenta tos como es, en ronquera, es tos clara y fuerte. Olfacción propone oler los diversos tipos de secreciones o excrementos corporales, para determinar por medio de los olores. Si el olor es fétido o no, si el esputo es espeso con olor nauseabundo. El color y olor de la orina, si es frecuente o es escasa, si el aliento es fétido.

## III).- INTERROGACIÓN

Pretende obtener datos importantes preguntando al paciente, sobre su malestar, estas interrogantes incluyen varios aspectos de su vida como informes sobre la temperatura corporal, la transpiración, que, come (alimentos y bebidas), cuáles son sus hábitos alimenticios, sus gustos, también se cuestiona sobre su sueño, sobre su proceso digestivo y de eliminación de desechos del cuerpo (orina y heces), sobre su proceso gineco-obstétrico, y otros datos sobre el dolor, tipo de trabajo, su vida emocional.

Estas preguntas les ayudan a determinar la etiología de la enfermedad.

#### IV).- PALPITACIÓN.

Consiste en conocer el pulso y el tacto de algunas partes del cuerpo que indican alteraciones en las funciones de los órganos.

Los distintos pulso al igual que la lengua tienen un significado clínico para el médico.

A continuación menciono algunos de estos pulsos:

A).- **Pulso superficial.** Se percibe con una ligera presión de los dedos que se debilita al aumentar la presión.

B).- **Pulso profundo.** Se percibe presionando con fuerza, y nos habla de síndromes internos.

C).- **Pulso lento.** La frecuencia es menor de cuatro veces por cada respiración, y representa síndromes causados por frío.

D).- **Pulso rápido.** La frecuencia es mayor de cinco veces por cada respiración y se observa cuando hay síndromes de calor.

E).- **Pulso débil.** El pulso débil y sin fuerza, que desaparece al aumentar la presión e indica síndromes de deficiencia.

F).- **Pulso fuerte.** Que no desaparece al aumentar la presión se encuentra en síndromes debidos al exceso.

G).- **Pulso cuerda.** Hablamos de un pulso tenso y fuerte, como si se presionara sobre la cuerda de un arco, y se describen en síndromes de insuficiencia de yin e hiperactividad del yang del hígado.

H).- **Pulso resbaladizo.** Pulso que se percibe como el deslizamiento de pequeñas bolas en un plato, e indican acumulación de flemas o ingestión.

I).- **Pulso filiforme.** Este pulso es apenas perceptible y se menciona en síndromes de deficiencia de Ki y sangre.

J).- **Pulso corto.** Se reconoce como pulso rápido con pausas irregulares y se encuentra en síndromes de hiperactividad de calor y flema excesiva de estancamiento de Ki y sangre y retención de alimentos.

Un pulso corto y débil es signo de un colapso.

K).- **Pulso áspero.** Este es un pulso lento y gradual con pausas irregulares e indica frío endógeno o retención de frío-flema y estancamiento de sangre en el interior.

L).- **Pulso intermitente.** Es un pulso lento con pausas regulares y hablamos de una pérdida de sangre y debilidad de yang en el Ki. <sup>52</sup>

Estos métodos de diagnóstico son de suma importancia, para después, elegir los tratamientos a seguir. Saber si, se va usar el método de la acupuntura sola o se complementar con la técnica de moxibustión.

Pero ahora hablaremos a que se refieren y en que consisten estos dos métodos tradicionales.

**La Acupuntura** trata a las enfermedades efectuando punciones con agujas de metal en ciertos puntos del organismo humano con el fin de introducir estímulos.

Es decir, se introducen pequeñas agujas en puntos específicos (en los meridianos) con la finalidad de producir cambios que lleven al equilibrio del cuerpo. Estas agujas son de distintos materiales como oro, plata o aleaciones metálicas y son de diversas medidas, son flexibles y con una punta fina.

La aguja debe encontrarse en óptimas condiciones físicas y deben ser aplicadas en el punto adecuado y en la posición indicada de acuerdo con el propósito terapéutico, esta posición depende del padecimiento y la ubicación de los puntos. Las inserciones más usadas son, cuatro, la inserción de manera perpendicular cuando forma un ángulo de  $90^\circ$ , formando un ángulo oblicuo de  $45^\circ$  y se recomienda esta aplicación en puntos donde los músculos son delgados o por su localización están cercanos a órganos importantes, otro es de forma transversal, de  $15^\circ$  a  $25^\circ$ , y se realiza en donde existe escasa musculatura. Otro criterio de los ángulos de inserción hace hincapié a las características de tejido, a los síntomas y al tipo de dolor e intensidad.

Los métodos de aplicación varían de acuerdo a las características del sitio donde van a ser colocadas y de acuerdo con la preferencia del médico tratante.

Encontramos que las agujas se colocan con un aplicador que facilita la inserción, y este puede ser de plástico o de bambú. Se aplica con ayuda de los dedos, con apoyo de un algodón, pellizcando la piel o estirándola, etc. Esto siempre con el fin de que al paciente no le resulte doloroso e incómodo.

Existen agujas de distintas formas que sirven para diferentes fines, y se conocen como si fueran otros métodos acupunturales, como por ejemplo.

La aguja de tres filos, que es una aguja aguda y tiene forma triangular, se utiliza cuando alguien tiene fiebre, desórdenes mentales, dolor en la garganta, congestión local y edema. En estos casos, se seleccionan puntos cercanos alrededor de la zona afectada realizando una punción rápida y superficial, de 0.5-0.1" de profundidad, para provocar una pequeña sangría.

La aguja cutánea, es usada para pinchar por martilleo la dermis, de este estilo existen dos formas que son utilizadas, la aguja de siete estrellas, que esta compuesta por siete agujas cortas de acero inoxidable incrustadas en un platillo redondo como la semilla de loto la cual tiene un mango de 5-6" de largo, la aguja flor de ciruela que se conforman por cinco agujas de acero y un mango de 12" de largo. El uso de estos dos tipos de agujas son apropiados para el tratamiento de personas sensibles al dolor y es indicado cuando se presentan síntomas, como dolor de cabeza, vértigo, insomnio y enfermedades crónicas, y el manejo es una percusión suave o fuerte sobre los punto de acuerdo a la naturaleza de la enfermedad.

la aguja Intradérmica. Esta es pequeña, y es usada para la implantación subcutánea, y también, es de dos distintas formas: la de tipo chinche, que se utiliza para uso exclusivo de la oreja de 0.3 cm de largo en forma de chinche. El segundo tipo es conocido con el nombre de tipo granito de 1 cm de largo, con una cabeza en forma de granito de trigo y es indicada en casos de enfermedades crónicas de los

órganos internos, enfermedades donde observamos un dolor frecuente y persistente. <sup>54</sup>

Para insertar las agujas en cualquier parte del cuerpo o punto es necesario buscar la posición más adecuada, tanto para la inserción eficaz como para la comodidad del paciente. El tiempo dependerá de la condición patológica, de la constitución general del paciente, de la edad y el sitio donde se va a aplicar.

Es importante especificar aquí que el uso de agujas puede llegar a ser considerado con cierto temor por la posibilidad que se tiene y que se cree de que son un medio de infección, pero que si consideramos que la buena inserción de las agujas es aquella que se hace en el punto exacto y que sabemos que no habrá ningún riesgo ya que en los puntos de inserción no hay corriente sanguínea. Aun así, se trabaja con sumo cuidado con agujas esterilizadas, o en su defecto si el paciente lo prefiere se le recomienda que adquiera cierto número de agujas para su uso personal, que tendrá con él y sólo lleve a la consulta.

**LA MOXIBUSTIÓN** trata las enfermedades aplicando calor mediante moxa ardiente sobre ciertos puntos del cuerpo. Esto se realiza mediante conos o cigarros de moxa (hojas secas de artemisa) encendida o algunas otras sustancias. La moxa tiene la propiedad de calentar y limpiar los obstáculos de los canales, eliminando el frío y la humedad. <sup>55</sup>

Para realizarlo el paciente debe de estar colocado en una posición fija y cómoda de acuerdo con la localización del punto. El calor puede ser aplicado por medio de conos, cigarros, o aguja térmica. Esta moxibustión se realiza de diversas formas.

**La Moxibustión Directa.** Consiste en colocar el cono de moxa directamente sobre el punto deseado. Puede ser hasta dejar una cicatriz, en este caso se colocan de tres a siete conos hasta dejar ámpulas y postulas que dan origen a una cicatriz, esto es recomendable ante la presencia de una enfermedad crónica.

**La Moxibustión sin Cicatriz.** Se coloca el cigarro cerca del punto deseado, hasta que el paciente reporta o comienza a sentir una ligera molestia, entonces se retira y después se coloca de nuevo, repitiéndose hasta que la piel esta roja y es acorde cuando existen enfermedades crónicas ocasionadas por el frío y la deficiencia.

**La Moxibustión Indirecta.** En este caso se coloca un pedazo de 0.2 cm de grosor agujerada de jengibre o ajo entre la piel y el cono de cigarro, o un poco de sal, se enciende y cuando el paciente reporta dolor se cambia, esto se realiza hasta que la piel se pone roja y húmeda.

El uso del jengibre con moxa, funciona para calentar y eliminar el frío, y ayuda cuando existe debilidad en estomago y bazo o deficiencia de yang. El ajo y la moxa ayuda cuando encontramos lesiones dérmicas, infecciones y picaduras de insectos. Con la sal la moxa ayuda en casos de vomito y diarrea, se llena el ombligo de sal y se coloca un cono grande y se enciende.

**La Moxibustión con Cigarros.** Se coloca el cigarro a una distancia fija, por arriba del punto elegido y se da calor de manera intermitente, hasta lograr un color rosado.

La aguja térmica se coloca en el mango de la aguja un poco de moxa y se enciende. El calor llega a través de la aguja.

Al igual que las agujas la aplicación de la moxibustión dependerá de la patología, la constitución del paciente y el lugar donde se coloque.

La moxibustión nos brinda resultados favorables en casos complicados de larga duración y difícil curación, en casos como el insomnio crónico, la melancolía, la depresión, en desordenes mentales, y en la epilepsia, se considera que debe ocuparse cuando después de varias sesiones de acupuntura no se han observado buenos resultados.

Los métodos de moxibustión que se utilizan en las enfermedades mentales, son la moxibustión sin cicatriz con cono, con cigarro, con aguja y con sal.

## TRATAMIENTO.

Se definen los métodos terapéuticos y la selección de puntos correspondientes, y al final se aplica la Acupuntura y la Moxibustión. El tratamiento de las enfermedades mentales, en la medicina tradicional se realiza por los métodos terapéuticos de acupuntura y moxibustión que se basan en la teoría de los órganos, meridianos y colaterales. Se siguen los cuatro métodos de diagnóstico citados anteriormente, se analizan los síntomas, y se sintetizan las manifestaciones de los síndromes a los que pertenecen, luego de acuerdo al diagnóstico se aplica la acupuntura o la moxibustión. Para la aplicación del tratamiento se deben seguir los siguientes principios: Tonificar en caso de síndromes de deficiencia, y dispersar cuando encontramos síndromes debido al exceso.

Estas dos consideraciones se siguen en cualquier tratamiento. Además de tonificar o dispersar, se realizan ciertos movimientos a la aguja para lograr el equilibrio, así en caso de calor se aplica lo más rápido posible, en caso de frío se aplica lo más despacio.

Aunado a lo anterior, debemos discriminar a la hora de atender, los síntomas, mas urgentes, debemos distinguir lo fundamental de lo superficial, se dice que lo interior es lo fundamental y lo exterior lo superficial, los factores antipatógenos son lo fundamental y los patógenos son lo superficial, la causa de la enfermedad es lo fundamental y los síntomas lo superficial, la enfermedad primaria es lo fundamental, mientras que la enfermedad secundaria es lo superficial.

En enfermedades complicadas, con síntomas alternativos, hay con frecuencia diferencias entre lo superficial y lo fundamental, por lo tanto en el tratamiento hay que distinguir lo principal de lo secundario, y lo urgente de lo moderado.

El principio básico consiste en que un caso urgente se trate primero lo superficial en el cuadro agudo, pero después tratar lo fundamental.

El tratamiento tiene diversas conjugaciones que se pueden efectuar de acuerdo con el criterio del médico. Por ejemplo, se puede aplicar un tratamiento parcial, el cual se caracteriza por el trato de los síntomas con la ayuda de los puntos de la zona afectada (local), es decir, si se presenta el padecimiento en una parte específica, tratar solamente esta zona.

El tratamiento general se enfoca a la causa de una determinada enfermedad. Se puede realizar un tratamiento simultáneo que es la conjugación de dos tratamientos, atendiendo las causas y los síntomas.

Una vez que se ha elegido el tratamiento se lleva a cabo la selección de puntos, la cual se realiza de acuerdo a ciertos criterios. Debe estar dirigido por la teoría de los meridianos. La elección puede ser basada también por los síntomas. Los puntos pueden ser escogidos en las zonas cercanas o lejanas de la parte donde se presenta el dolor.

Cuando se eligen zonas cercanas, la cual tiene como fundamento trabajar en las áreas patológicas, pero no abarcando todos los síntomas. Si se trabaja en zonas lejanas, se eligen puntos de los meridianos del mismo órgano que se encuentran en

una zona alejada de la lesión, en algunos casos se combinan los tres tipos de tratamiento. La elección de aplicar los tres tipos corresponde a los principios de la teoría básica de los meridianos. Estas combinaciones se realizan de cinco formas distintas.

- 1.- Combinación de puntos de un mismo meridiano.
- 2.- Confinación de puntos de los meridianos, por su relación interna y externa.
- 3.- La selección de puntos se hace de las partes superiores e inferiores.
- 4.- En los meridianos que se encuentran en la parte posterior y anterior del cuerpo.
- 5.- Los puntos se eligen del lado izquierdo y del lado derecho.

El uso de puntos especiales, también se realiza, y se refiere a aquellos puntos de los catorce meridianos que tienen efectos terapéuticos especiales y se conocen como los puntos SHU (puntos pozo, manantial, arrollo, río y mar).

Estos puntos sirven para tratar cambios patológicos de los meridianos de los órganos y vísceras.

Una vez que se a hecho la selección de los puntos de acuerdo a las consideraciones anteriores. El medico realiza la aplicación de las agujas o de la moxa, según sea el caso .

Se considera que la eficacia terapéutica, de estos métodos tiene que ver con la acertada diferenciación de síntomas y la correcta manipulación, para la tonificación

y dispersión. La correcta inserción de las agujas y el tiempo de retención de las mismas.

## TRATAMIENTO DE ACUPUNTURA PARA LA ESQUIZOFRENIA.

El padecimiento de la esquizofrenia, se describe en los síndromes de la medicina china conocidos como el síndrome DIAN, y el síndrome KUANG. Estos síndromes corresponden a un grupo determinado y diferente de síntomas.

**SINDROME DIAN.** Corresponde a una esquizofrenia tipo depresivo y se caracteriza porque existe una anormalidad mental y psicológica que se manifiesta con síntomas de silencio, idiotez, frases incoherentes, una quietud o alegría excesiva, mostrándose mas en los jóvenes de edad media. Es causada por el exceso de calor en corazón, el síndrome comienza con la ausencia de alegría y avanza a la idiotez psicológica, con formas de hablar como incoherencias, cambios bruscos en el comportamiento que se deben a la afección de yin.

Este síndrome se presenta en aquellas personas que por diversos motivos no han podido satisfacer sus deseos. En la mayoría de los casos en que se presenta, se observa una excesiva preocupación por la insatisfacción de los deseos y esperanzas. El bloqueo del Ki del hígado y disfunción del bazo se producen flema y la melancolía acumulada que obstruyen la mente.

Tratamiento según la diferenciación de síntomas. 56

Cuando el origen es debido a la acumulación y estancamiento de flema y Ki, se observan los siguientes síntomas, depresión indiferenciada, estupor, habla incoherente o murmullo, anormalidad en la manifestación de la alegría o tristeza, ideas y pensamientos insólitos, desconfianza. El paciente se muestra asustadizo,

sin deseos de comer, y su saburra es espesa con un pulso cuerda resbaladizo. La acumulación y estancamiento de flema y Ki se obstruyen cubriendo la mente causando depresión e indiferencia de la expresión.

El tratamiento que se recomienda, consiste en canalizar el Ki para eliminar el estancamiento y liquidar la flema, que dar como resultado la lucidez mental, se escogen puntos Shu, dorsales de los meridianos Du y Ren, utilizando el método de tonificación y dispersión a la vez.

No podemos hablar de recetas específicas, ya que el médico puede tomar uno o varios criterios de la selección de puntos. Sin embargo, los textos mencionan los siguientes puntos para el equilibrio de esta alteración.

Vejiga, puntos 15, 18, 20, 43; Du puntos 23, 10, 7; Ren puntos 17, 12, 15, 13.

Hígado, punto 3; Bazo punto 6; Estómago, punto 40.

Vejiga 18 e Hígado 3, sirve para sedar el hígado y eliminar el estancamiento.

57

2] Deficiencia de Bazo y Corazón; Se presentan síntomas, como desconcierto en el ritmo, habla incoherencias, anormalidad emocional, vemos que la persona se muestra desconfiada, y asustadiza, excesiva melancolía y deseos de llorar, fatiga física, respiración corta y pereza al hablar, amarillento y marchita de la cara, palidez en la legua, pulso débil y filiforme.

Por la duración prolongada de la depresión, el Ki y la sangre se deterioran por la insuficiencia de la sangre del corazón, la mente pierde sustento por eso se observa desconcierto psíquico, habla incoherente, también se ve anormalidad emocional,

con melancolía ganas de llorar, la disfunción de bazo en el transporte provoca la insuficiencia del Ki produce la fatiga de los miembros y la pereza al hablar.

La posibilidad de ascenso de la sangre y el Ki trae como consecuencia, la cara amarilla, la lengua pálida y el pulso delgado y fino, son también, síntomas de la insuficiencia de la sangre y el Ki.

El tratamiento, estará encaminado en este caso, a fortalecer bazo y tonificar el Ki, el corazón y el calmar la mente. Los puntos para lograrlo son los de los meridianos Ren y tonificación asociados con moxa.

V15, Ren14 que nutren el Ki del corazón y ayudan a calmar la mente. Ren17, Pc6 tonifican el ki suavizan el malestar torácico y regulan el mecanismo del Ki. Los puntos V20, E36, B6, B1, Fortalecen bazo y estómago, ayudando el Ki y la sangre. Du20, Fortalece el ascenso del Ki y en coordinación con Shemen. C7 sustenta el corazón y también calma la mente. <sup>58</sup>

**EL SINDROME KUANG;** hace referencia a la esquizofrenia tipo maniaco. el cual se caracteriza porque el paciente da gritos y esta permanentemente inquieto, tiene deseos de pegar e injuriar, con movimientos frecuentes y ataques de ira. <sup>59</sup>

Se considera que esta alteración es motivado por la invasión interna de los 7 factores emocionales, la excesiva preocupación conduce a la pérdida de la normalidad, funcional del bazo. También se da exceso de comer que interiormente produce flema y humedad. Si además el paciente es agredido por el exceso emocional, la flema se convierte en fuego. La alegría y el regocijo o el enojo en

grandes cantidades dañan el hígado y se produce el estacionamiento el cual se convierte en fuego. Cuando la flema y el fuego afectan el corazón, se presentan las manías.

El tratamiento para este síndrome esta encaminado, a desaparecer el fuego y flema que alteran el funcionamiento del corazón .

Los síntomas que se presentan son exceso repentino de irritabilidad, dolor de cabeza insomnio, mirada furiosa cara y ojos rojos, de súbito viene el comportamiento maniaco con desorden mental y pérdida inmediata del conocimiento. El paciente puede subir al techo agrede destruye, cuenta con energía extra, deja de comer, dormir, tiene la lengua roja y oscura con saburra amarillenta y pegajosa el pulso de cuerda, lleno resbaladizo y rápido.

El fuego es un factor patógeno de la naturaleza Yang, este se caracteriza por constantes movimientos.

Para evacuar el fuego del hígado y eliminar, la flema, calmar el corazón y tranquilizar la mente. Se toman puntos de los meridianos de Yangming de la mano y el pie Iveyin de la mano y pie, se aplica el método de dispersión.

Los puntos Du14, 13, 16, 20, 28, IG4, 11, 9, E36 y E40 sirven para eliminar el fuego y la flema que permite despertar la función del cerebro y regular la el ki del estómago y eliminar la flema, Los puntos, H1, H3 Limpian hígado y evacuan el fuego y en coordinación con P11 regula el mecanismo del ki. Los puntos de Pc.7 y

C7 pueden limpiar el corazón y despejar la mente, calman al corazón y tranquilizar el ánimo

El síndrome Kuang, también se debe que el fuego excesivo daña el Yin, cuando este sucede nos enfrentamos ante un paciente irritable, el enfermo adelgaza, tiene las mejillas rojas, sudoración nocturna, lengua tierna y roja sin o poca saburra, pulso delgado y rápido.

Después de un tiempo la manía pierde su fuerza lo que se manifiesta por un parloteo incesante y asustadiza. Esto es debido a que el fuego daña fácilmente los líquidos corporales, Por deficiencia del Yin el fuego ascienda y este fuego altera el corazón lo que explica el hablar constante de los pacientes, Se muestra irritable por falta de líquidos Yin. El cuerpo no encuentra con que sustentarse y nutrirse, por eso adelgaza y sus mejillas se ponen rojas, se presenta el sudor nocturno. Estos síntomas son de deficiencia de Yin y exceso de fuego.

Para regularizar estas alteraciones el tratamiento debe estar encaminado a nutrir el Yin y eliminar el fuego, calmar el ánimo y tranquilizar al paciente de los efectos del susto. Para lograrlo se toman puntos Du y puntos de los meridianos de bazo, con la intención de tonificar y dispersar a la vez.

V15C6 nutre el Yin y eliminan el fuego de corazón.

V23,R3,R7,R6 nutre riñón.

C7Du24V15 calman el ánimo y tranquilizan los efectos del susto.

B6E36 sirven para fortalecer bazo y estómago beneficiando la fuente de los nutrientes.

El tratamiento de estos síndromes, se pueden apoyar con la auroculopuntura, que se refiere a la aplicación de agujas en puntos de oreja; ya que la oreja es un mini mapa de todo el cuerpo.

Para el síndrome DIAN, los puntos que deben trabajarse son: Shemen, riñón occipicio subcortex, nervio occipital. <sup>61</sup>

El síndrome KUANG, se ayuda con los puntos, corazón, hígado, estómago, y Yang de hígado subcortex occipicio, cerebro. <sup>62</sup>

Finalmente, observamos que para la medicina tradicional china, la esquizofrenia tiene una etiología, curso, y tratamiento totalmente diferente, al igual que un pronóstico más favorable ya que en este tratamiento, no se presentan los problemas colaterales, ni de comportamiento, que se presentan cuando el paciente se encuentra medicado (drogado). Este punto se analizará más ampliamente en el siguiente apartado..

## CONCLUSIONES

Los objetivos primordiales en el presente trabajo, estaban encaminados a la búsqueda de respuestas en las áreas de la salud mental, psiquiatría y psicología, a cerca de la enfermedad llamada esquizofrenia. Para conocer y analizar lo establecido en cada una de ellas, y saber realmente si son únicas formas de abordar el tópico o fuera necesario buscar otras alternativas, y cuales de estas serían funcionales en este caso en particular.

Esta inquietud de conocimiento a cerca del tema, nace de la convivencia de 6 años de trabajo en una institución gubernamental que da alojamiento y servicio a personas indigentes, los cuales en su mayoría (90%) padecen una enfermedad mental.

El observar día con día a estas personas, me permitió conocer sus características, su enfermedad, su manejo, mejor que cualquier libro de texto, no por ello menos importante, así también pude ver de cerca el tratamiento y trato que se les brinda. Al respecto puedo decir que el trato a pacientes psiquiátricos, es en la mayoría de las ocasiones, impersonal, frío, ajeno, donde el enfermo pierde credibilidad pocas veces podemos hablar de calidad humana. El paciente es para el personal el individuo que molesta, aburre, cae mal, no sabe lo que dice, es un trabajo pesado o es el que me hace los mandados, hace lo que yo no quiero hacer (mis labores) o me divierte o en último de los casos es ignorado, el paciente es un enfermo mas que hay que controlar. El personal esta más preocupado por la teoría, por los trabajos científicos, por los programas, por lograr avances dentro de la institución,

a nivel profesional, por los cursos, por el curriculum, por la jerarquía, mientras que el paciente es lo de menos. Aquí solo el paciente es valorado como buen material para experimentar, los programas y los fármacos que al personal se le ocurren, el paciente aunque no se dice, se convierte en el objeto experimental.

Con respecto al tratamiento, este consiste en la administración de fármacos, como el tegretol, largactil, akineton, los cuales son consumidos por la mayoría, en dosis de 110, 111, es decir, las tomas son por la mañana, tarde y noche, todos los días, y solo a veces algunos cambios dependiendo del estado del paciente, lo cual permite el control de los mismos. La toma diaria de estos medicamentos produce en los pacientes alteraciones físicas como rigidez, salivación, taquicardia, alteraciones en el sueño, el paciente se observa, somnoliento, aturdido, en casos extremos es difícil su manejo, porque se encuentra sobremedicado y tiene que ser asistido en sus necesidades primarias, como vestir y comer.

A demás de no ayudar realmente a la desaparición o cura del padecimiento, ya que el medicamento no muestra reacciones favorables para el combate de los síntomas. Sin embargo, si nos enfrentamos a una serie de alteraciones físicas que algunas veces son difíciles de manejar.

En la gama de los padecimientos que se registran en esta institución, encontré que aproximadamente un 10% a un 20% de los pacientes padece o se dice que padecen esquizofrenia, y son tratados de la manera anteriormente indicada. Estos pacientes llamaron mi atención, porque al dialogar con ellos veía que la alteración mental que presentan no era realmente grave, como para que estuvieran en la

institución y fueran medicados de tal forma ya que el medicamento produce en ellos un estado de somnolencia e inmovilidad que no permite que se encuentren alertas y con claridad mental, que se nota cuando no consumen sus medicamentos. Aunado a las expresiones de desagrado por los medicamentos ya que dicen sentirse físicamente peor, anunciando que a veces se rehusan a las tomas o sin ser vistos tiran las pastillas. Al estar en contacto con esta realidad del paciente, comencé a observarlos minuciosamente y leer expedientes que me permitieran entender un poco del padecimiento esquizofrenia, y que decían de esto los encargados. Encontré que es una enfermedad poco conocida en todos los aspectos, pero no por ello la mas frecuente en los hospitales psiquiátricos, por lo cual me di a la tarea de conocer que nos ofrecía la psiquiatría como rama encargada del estudio de las enfermedades mentales, y por su parte, la psicología como terapia de apoyo, a lo cual puedo resumir lo siguiente:

La psiquiatría como rama de la medicina, sostiene que la esquizofrenia es indudablemente una enfermedad mental, que tiene su origen en el exceso de la sustancia dopamina, que altera el cerebro y que se manifiesta con los síntomas que se presentan en el esquizofrénico, por lo tanto debe ser tratada con fármacos para restablecer este desequilibrio, para ellos se utilizan el Tegretol, el Largactil, el diagnostico del padecimiento se lleva a cabo por medio de una entrevista para ver cuales son los síntomas que se presentan, de encontrar síntomas positivos hablaremos de un pronostico favorable, sin embargo si observamos síntomas negativos encontramos un pronostico poco favorable.

La psicología por su parte, dependiendo de a que corriente nos aproximemos, nos dará su postura teórica, del por que o que es la esquizofrenia, y ello variara su modo de tratarla. En el caso del conductismo, como ciencia del comportamiento encontramos que la esquizofrenia es una serie de conductas inadecuadas que corresponden a un déficit en el repertorio conductual para su relación con el medio, el cual se corrige por medio de programas de modificación de conductas, encaminados a la extinción de conductas problemas y el aprendizaje de conductas adecuadas. El psicoanálisis nos ofrece que el esquizofrénico es una persona que no ha resuelto adecuadamente la lucha interna que sufre su estructura yoica, el paciente tiene un problema entre su yo y su ideal del yo, que lo conduce a la sustitución de realidades amenazantes por fantasías. Por medio del psicoanálisis es difícil la cura de esta enfermedad ya que el método de la libre asociación no nos permite abordar y ayudar a que el paciente lleve sus deseos inconscientes al consciente, como en el caso de las neurosis.

Al finalizar la revisión teórica puedo decir que a pesar del esmero y extenso trabajo realizado por la ciencia, no se ha dado respuesta y solución correcta a la enfermedad, la cual esta cada vez mas presente. Ello me llevo a una sola pregunta ¿por que?, ¿que pasa?, ¿ porque lejos de avanzar se siente un ligero retroceso o una sensación de no avance?, parece ser que todo se ha parado ahí y no se sabe a donde dirigirse, todo lo que encuentro teóricamente a cerca del tema de interés es lo mismo, ya no existe mas, todos los trabajos de investigación siguen el mismo

principio y es a partir de este y con este lente bajo el cual se sigue realizando la investigación reciente.

Por ejemplo, se ha aceptado teóricamente que la esquizofrenia es una enfermedad ocasionada por una sustancia: la Dopamina, la cual produce una alteración a nivel cerebral y que los factores sociales y psicológicos solo son aspectos predisponentes, para que se presente un caso de patología. Como resultado de la aceptación de este principio absoluto, toda la investigación esta encaminada a saber que pasa en el cerebro, en los neuro transmisores , que pasa con la dopamina, que como es que altera, que si esto produce alteraciones anatómicas en el cerebro, que, para este problema cual será el medicamento mejor o peor, etc. De hecho, uno de los trabajos del psiquiatra es investigar y dar respuesta con un mejor medicamento.

Alguien me puede decir que teóricamente existen otras etiologías, pero en la practica se trata bajo esta, ya que es necesario que bajo ningún motivo se retire el tratamiento farmacologico en estos pacientes, aun cuando sabemos que con el paciente medicado todo el tiempo, la rehabilitacion es casi si no es que nula, y si se produce una adiccion , esto puedo decirlo ya que observo cuando los pacientes regresan, se encuentran en peores condiciones que cuando se fugaron y los síntomas que presentan son los que se ven cuando han estado tiempo sin medicamento

Otro ejemplo claro, lo podemos ver en la cuestión de la clasificación, esta es la misma desde los trabajos de Bleuler, y los mas recientes con la diferencia de que

ahora solo se han hecho aclaraciones sobre aclaraciones, con mas subtítulos y mas condiciones, si no todos seriamos esquizofrénicos, pero el pilar es el mismo.

Si me dirijo al tratamiento encontramos que al igual que en los casos anteriores es lo mismo, es decir el tratamiento se realiza por medio de fármacos encaminados a restablecer el desequilibrio y aún cuando no han dado resultados ideales se siguen investigando cual es el medicamento adecuado, el cual se experimenta, con diversos pacientes para ver su efectividad.

En el caso de la psicología, aunque se ha querido escapar del modelo médico, no podemos pasar por alto, que no lo ha logrado del todo, que no se debe a la falta de voluntad del investigador sino más bien, al interés equivocado de demostrar que la psicología es una ciencia y que como tal utiliza para abordar los procesos psicológicos, el método científico que utilizan las ciencias, al apropiarse del método absorbe el estilo de pensamiento establecido, es decir, normas del como pensar, investigar y abordar los acontecimientos, que por lo tanto serán valorados y reconocidos como válidas, y los que no reúnan estos requisitos pierden su validez, si a esto añadimos la falta de interés por iniciar un estilo propio puro del como interpretar y definir el objeto de estudio, y aceptar que lo único que se ha hecho es retomar lo ya escrito y se modifica un poco, y ya esta, pero no cuestionamos si la base de esto que acepto es real, existe pues una apatía por realizar un cambio en el principio, y es mas cómodo aceptar lo establecido que pensar que puede ser diferente, aun cuando esto no da resultados óptimos con los pacientes que debería ser lo mas importante. Vivimos con la ilusión de que avanzamos pero, si

observamos detenidamente, esto es falso, además al aceptar que vamos por el camino indicado no nos detenemos a ver otras posibilidades, no evaluamos continuamente si debemos seguir por este camino o no, no realizamos una verdadera revisión teórica sobre todo crítica, ya que de ser ese el problema tengamos la capacidad de replantear los principios que se han aceptado como verdades absolutas.

Considero que para encontrar respuestas acertadas debemos darnos la oportunidad de buscar, conocer y criticar lo que ya está y de ser necesario renunciar a querer seguir viendo el tópico como hasta entonces, bajo modelos de pensamiento, que están indudablemente fuera de darnos la explicación óptima, es decir, debemos tener el compromiso de poner en tela de juicio los principios que sustentan la explicación teórica de lo que nos interesa saber, generando un motivo que dé entrada para alcanzar un progreso en el argumento, no solo en relación al comportamiento anormal sino también en la concepción del hombre mismo.

Si nos atrevemos a pensar al menos que existe esta posibilidad tenemos la oportunidad de cuestionar los principios establecidos, muchos años antes bajo modelos de pensamiento erróneos que por ser escritos en otros contextos se encuentran fuera de tiempo, por lo tanto, resultan obsoletos para dar solución a los eventos actuales.

Finalmente diré que esto se resume a un problema de carácter eminentemente epistemológico.

Sin embargo creo que la tarea no debe terminar así en la sola crítica a los modelos anteriores, si no mas bien que la reflexión debe despertar el interés por la búsqueda de nuevas alternativas que nos permitan dar respuesta no solo a la ciencia o investigación si no mas bien a la gente que padece estas alteraciones que pide ayuda que no hemos, sabido dar.

Ello me compromete como trabajador de la salud a tener la disponibilidad de ser abierto, a otras opciones que de alguna manera han abordado el tópico, encontrando otras realidades que si no han logrado erradicar el mal si lo disminuyen en gran medida, y se valora mas la condición humana del sujeto.

Tal es el caso de la Medicina Tradicional China, la cual bajo una visión totalmente distinta a la que conocemos, trata a la esquizofrenia y ofrece un tratamiento que nos permite ayudar a las gentes, este tratamiento se realiza por medio de la Acupuntura y Moxibustion. Existen artículos que nos hablan de que al tratar a 403 pacientes esquizofrénicos obtuvieron los siguientes resultados: casos curados 219 (54.4%) notablemente mejorados 71 ( 17.6%) mejorados 67 (16.6%) inefectivos 46 (11.4%). Así la frecuencia total efectiva es de 88.6%. <sup>63</sup>

Se puede decir que la esquizofrenia no ha sido totalmente curada , sin embargo La Medicina China a sido mas acertada y cuida al ser humano, ya que la acupuntura y moxibustion no produce efectos secundarios a los que nos enfrentamos en el caso de la psiquiatría , que es en la mayoría de los casos el verdadero motivo de las muertes de los enfermos mentales, esta es una gran ventaja , para la recuperación de los pacientes.

El aproximarme a la acupuntura como una posibilidad de tratamiento no solo se debió a la notable ventaja que menciono anteriormente, si no más bien a su filosofía sobre el ser y su relación con su medio, el ser es un todo, no un conjunto de partes, siendo entonces de tal importancia lo que pasa en su cabeza (psicológico, emoción, sentir, pensar) y esto como se relaciona con su cuerpo. Existe un respeto casi divino con respecto al ser humano, su cuerpo es entonces un espacio sagrado que debemos cuidar, valorar, saber leer, para entender lo que acontece en el vivir del dueño de este testimonio vivo, es el cuerpo un registro de cada una de las experiencias vividas, es también un mensajero fidedigno de lo que el hombre no expresa con palabras.

Con este pensamiento se rescata el trabajo terapéutico de manera integral total para que el paciente sienta un verdadero alivio. De igual manera, se enfatiza la importancia de vivir en armonía con su medio, que le permita un desarrollo y crecimiento personal que asegure su vivir en el sistema tan competitivo y rápido en el que le a tocado vivir que resulta altamente angustiante y en el cual se ha perdido la importancia y el interés del futuro del individuo.

La medicina tradicional china permite esto por su visión holística, donde todo lo que rodea al ser, su estilo de vida, la alimentación, sus emociones, son determinantes para restablecer el equilibrio que se ha perdido.

No quiero decir con esto que la medicina tradicional china sea la única o la mas válida sé existen otras alternativas, pero lo que si es importante recalcar es que

es una opción para este tipo de problemática y nos da la oportunidad de reflexionar sobre donde se ha perdido o donde esta el hombre.

El hecho de observar o tratar con un estilo de pensamiento distinto al occidental permite encontrar otras respuestas con respecto al tópico de estudio que puede ayudar a buscar de manera diferente para dar una de mejor calidad y de resultados mas positivos en el área de la salud, recordando que el enfermo y su mejoría real es lo mas importante.

Esta posibilidad de cambio nos lleva a buscar todas las alternativas posibles que se han realizado o que pueden realizarse con esta nueva visión, que en este caso nos aproxime al trabajo clínico de manera integral para abordar el tema de la esquizofrenia. En el campo de lo psicológico retomar esta visión integral, nos ayuda a dar alternativas a los pacientes ya que si aprendemos a ver al ser como un todo nos da la posibilidad de tener un campo de trabajo mas abierto y en el momento de la terapia no solo observemos y escuchemos sus discursos o pensamientos si no que también podamos leer y entender, el lenguaje de su cuerpo, que en muchas ocasiones nos hablan de las cosas que el paciente verbalmente no nos puede expresar pero que indudablemente están ahí, y forman la mayoría de las veces una parte importante en la respuesta o el origen de su demanda en la consulta, es decir, son también parte de los síntomas de su bloqueo emocional.

Sus emociones, su sentir, su pensar, están escritos en su imagen corporal que muchas veces, si trabajamos inicialmente con su cuerpo ayudamos a liberar

emociones, o abrir ese campo psicológico que al paciente le es difícil, desenredar y esto es muy útil si observamos que la causa de muchas enfermedades, hoy día son de origen psicosomático.

El puente que se cruza al ver al hombre como un todo nos deja la tarea de buscar las alternativas que han estado sido y están siendo utilizadas por algunas gentes comprometidas con las personas y no con las teorías, ni con hegemonía del conocimiento.

## NOTAS

- <sup>1</sup> Caraveo J.J La prevalencia de los trastornos Psiquiátricos en la población mexicana , Estado actual y perspectivas , México , Instituto Mexicano Psiquiatría , 1996.
- <sup>2</sup> Kaplan , H y Sadock , compendio de psiquiatría , Barcelona , Salvat - Editores 1997.
- <sup>3</sup> Chetley , Medicamentos problema , Lima Perú , Health Acción International C.H.A.I - Europa.
- <sup>4</sup> Cameron , N , Desarrollo y Psicopatología de la personalidad , México , Editorial Trillas , 1982.
- <sup>5</sup> Patiño , J. Psiquiatría Clínica , México , Editorial Salvat - Editores , 1990.
- <sup>6</sup> Kaplan , H y Sadock , op , cit.
- <sup>7</sup> Cameron , N , op. cit.
- <sup>8</sup> Kaplan , H , Tratado de psiquiatría , Barcelona , Editorial Salvat - Editores 1987.
- <sup>9</sup> Kaplan , H y Sadock op , cit.
- <sup>10</sup> Kolb , L , Psiquiatría Clínica , México , Editorial Interamericana , 1988.
- <sup>11</sup> Davidson , C. Psicología de la conducta anormal , Enfoque Clínico experimental , México , Editorial , Limosa , 1983.
- <sup>12</sup> Ey , H , Tratado de Psiquiatría , Barcelona , editorial Toray - Masson , 1986.
- <sup>13</sup> Golman , H , Psiquiatría General , México , Editorial Manual Moderno , 1989.
- <sup>14</sup> Cook , J. S , y Fontaine , K , L . Enfermería Psiquiátrica , España , Interamericana - Mcgraw Hill , 1993
- <sup>15</sup> D.S.M. III
- <sup>16</sup> Cleyhorn , J. Y Loulee B. Enfermedades Mentales , México , Manual Moderno , 1993.
- <sup>17</sup> Kaplan , Hy Sadock , op , cit.
- <sup>18</sup> Patiño , J. Op , cit.
- <sup>19</sup> Gelder , M y Gath , D , Psiquiatría , México , Mcgraw - Hill , 1993.
- <sup>20</sup> Cook , J. S. y Fontain L , L . op , cit.
- <sup>21</sup> Cook , J. S. y Fontain L , L . op , cit.
- <sup>22</sup> Gelder , M , y Gath , op , cit.
- <sup>23</sup> Kaplan , H y Sadock , op , cit.
- <sup>24</sup> Ey , H. op ,cit.

- 
- <sup>25</sup> Cameron, N, op, cit.
- <sup>26</sup> Cameron, N, op, cit.
- <sup>27</sup> Cameron, N, op, cit.
- <sup>28</sup> Cameron, N, op, cit.
- <sup>29</sup> Cameron, N, op, cit.
- <sup>30</sup> Cameron, N, op, cit.
- <sup>31</sup> Cook, J. S. y Fontain, K. L. op, cit.
- <sup>32</sup> Cleythorn, J. Y Loulee B., op, cit.
- <sup>33</sup> Fadiman, J. Teorías de la personalidad, México, Editorial Harla, 1979.
- <sup>34</sup> Reynolds, G, Compendio de Condicionamiento Operante, México, Editorial Ciencia de la conducta, 1973.
- <sup>35</sup> Davidson, C. op, cit.
- <sup>36</sup> Ayllon, T, y Azrin, N. Economía de fichas un sistema para la terapia y rehabilitación, México, Trillas, 1974.
- <sup>37</sup> Cuelli, J, Teorías de la personalidad, México, Editorial Trillas, 1990.
- <sup>38</sup> Searles, H, Escritos sobre la Esquizofrenia, Barcelona, Editorial, Gedisa 1980.
- <sup>39</sup> Maher, B, A. Principios de Psicopatología, México, McGraw - Hill, 1979
- <sup>40</sup> Maher, B, A. op, cit.
- <sup>41</sup> Eysenck, J, Manual de Psicología Anormal, México, Editorial Manual moderno, 1983.
- <sup>42</sup> Szasz, T. Esquizofrenia Símbolo Sagrado de la Psiquiatría, México, Editorial La Red de Jonas Premio Editora 1977.
- <sup>43</sup> Szasz, T, op, cit.
- <sup>44</sup> Yeichengun, Tratamiento de las enfermedades Mentales por Acupuntura y Moxibustión, República Popular de China, Editorial Lenguas Extranjeras de Beijing, 1992.
- <sup>45</sup> Observar en el anexo 1 el recorrido de cada uno de los meridianos por el cuerpo.
- <sup>46</sup> Reid, D. El Tao de la salud el sexo y la larga vida, Barcelona, 1989, 433 pg.
- <sup>47</sup> Reid, op. cit.
- <sup>48</sup> Reid, op. cit.

---

<sup>48</sup> Ye, chenggun, op, cit.

<sup>50</sup> Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China, Versión Castellana de Zang y Zeng Jin, 1er. Edición Beijiing, Ediciones de Lenguas Extranjeras Baimanzhuang No. 24, 1984.

<sup>51</sup> Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China, op, cit.

<sup>52</sup> Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China, op, cit.

<sup>53</sup> Capristan, A, S. Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China, México, Méndez Oteo, 1979.

<sup>54</sup> Ver tipo de agujas en el anexo 2.

<sup>55</sup> Capristan, A, A. op, cit.

<sup>56</sup> Ye, Cheggun op, cit.

<sup>57</sup> Ye, Cheggun op, cit.

<sup>58</sup> Ye, Cheggun op, cit.

<sup>59</sup> Ye, Cheggun op, cit.

<sup>60</sup> Ye, Cheggun op, cit.

<sup>61</sup> Ye, Cheggun op, cit.

<sup>62</sup> Ye, Cheggun op, cit.

<sup>63</sup> Avance y Desarrollo de la Acupuntura y Moxibustión en la práctica clínica, Anestesia e Investigación, Primera Asamblea, Beijiing 1985.

---

## BIBLIOGRAFÍA

Ayllon, T, y Azrin,N, Economía de fichas, un Sistema para la terapia y Rehabilitación , Ed. Trillas, México, 1974.

Berentein, Familia y Enfermedad Mental , Ed. Paidos, Buenos Aires, 1976.

Cameron, N, Desarrollo y Psicopatología de la personalidad, Ed. Trillas, México,1982.

Cecil, Tratado de Medicina Interna vol. 2, Interamericana, Ed.Mcgraw-Hill, México,1991.

Cleyhorn, J, y Loulee,B, Enfermedades Mentales, Ed. Manual Moderno, México, 1993.

Coleman, V, Psicología de la anormalidad y vida moderna , Trillas, México, 1988.

Cuelli, J, Teorías de la Personalidad , Ed. Trillas, México, 1990.

Chetley,A, Medicamentos Problema ,Health Action International, (HAI- Europa) Acción Internacional por la Salud América Latina y el Caribe, Lima Perú, 1995

Davidoff, Introducción a la Psicología , Ed. Mcgraw-Hill, México, 1989.

Davidson,C, Psicología de la Conducta Anormal Enfoque Clínico Experimental, Ed. Limusa, México, 1983.

---

Desviat, M, Epistemología y Práctica Psiquiátrica, Ponencia XVIII, Congreso de la A.E.N.

D.S.M.III

Dychtwald, K, Cuerpo- Mente, De. Lasser Press Mexicana, 1977.

Ey, H, Tratado de Psiquiatría, 8 edición, Ed. Toray-Mosson, Barcelona, 1980.

Eysecck, H, Manual de Psicología Anormal, Ed. Manual Moderno, México, 1983.

Fadiman, J, Teorías de la Personalidad, Ed. Harla, México, 1979.

Fenichel, O, Teoría Psicoanalítica de las Neurosis, 6 edición, Ed. Paidós, México, 1991.

Freud, S, Obras Completas, Tomo II, Ed. Amorrortu, México, 1992.

Freud, S, Obras Completas, Tomo XXI, Ed. Amorrortu, México, 1989.

Freud, S, Obras Completas, Tomo XIX, Ed. Amorrortu, México, 1986.

Floyd, L, y Phillips, J, Psicología y Vida, Ed. Trillas, México, 1988.

Fundamentos de Acupuntura China, Academia de Medicina Tradicional China, Trad. Salvador Capristan Alvarado, editorial Méndez Oteo, México, 1979.

Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China, versión castellana de Zhang Y Zheng Jing, Ediciones en Lenguas Extranjeras Bawanzhuamy, No. 24. Beijing, 1984.

---

Garfield, Psicología Clínica, Ed. Manual Moderno, México, 1974.

Gelder, M, y Gath, D, Psiquiatría, 2edición, Ed. Interamericana McGraw-Hill, México, 1993.

Goldman, H, Psiquiatría General, Ed. Manual Moderno, México, 1989.

Gruss, R, Psicología Ciencia de la Conducta, Ed. Manual Moderno, México, 1994.

Jaques Postel, Claude Quételet, Historia de la Psiquiatría, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1983.

kanter, F, y Phillips, J, Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento, Ed. Trillas, México, 1977.

Kaplan, H, Tratado de Psiquiatría, Tomo I, Ed. Salvat-Editores, Barcelona, 1987.

Kaplan, H, y Sadock, J, Compendio de Psiquiatría, 2edición, Ed. Salvat-Editores, Barcelona, 1987.

Kolb, L, Psiquiatría Clínica, Trad. Víctor Ángel de la Garza Estrada, 10a. edición, Ed. Interamérica, México, 1988.

Kuski, Michio, La Filosofía y la Medicina Oriental, Trad. Hans, Uhrlep Blankhart, Editorial Chakra Centrum, Barcelona, 1980.

Kuski, Michio, Tu Rostro Nunca Miente, Introducción al Diagnóstico Oriental, Editorial Promexa, México, 1993.

Laing, D, Los locos y los cuerdos, Trad. Silvia Furió, Ed. Grijalbo, México, 1990.

---

Lapassa, G., La Bioenergética, Editorial Gedisa, México, 1983.

López, S, Entre la Fantasía, la Historia y la Psicología, Ed. Centro de Estudios y Atención Psicológica, A.C., México, 1993.

López, S y otros, Psicología, Historia y Crítica, editorial UNAM, ENEP-Iztacala, México, 1989.

Macia, D. y Méndez F., Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conductas, Estudio de Casos, Editorial Pirámide, Madrid, 1987.

Maier, B, Principios de Psicopatología, Editorial Mcgraw-Hill, México, 1979.

Maser, J, Modelo Experimental en Psicopatología, Editorial Alhambra, 1983.

Méndez Otelo Francisco, Avance y Desarrollo de la Acupuntura y Moxibustión en la Práctica Clínica Anestesia e Investigación, Primera asamblea, Beijing, México, 1985.

Nyuyen Van Nghi, Auriculopuntura, Trad. Roberto Castell, Colección Medicinas Milenarias, Editorial Cabal, Madrid, 1980.

Patño, J, Psiquiatría Clínica, 2a. edición, Ed. Salvat-Editores, México, 1990.

Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Bases Conceptuales y Guías para implementación, Venezuela, 1990. Memorias de la conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica. Caracas, Organización Panamericana de la Salud. 1990.

Requena, Yues, Acupuntura y Psicología, hacia una nueva aproximación de la Psicomática, Editorial Las Mil y Una Ediciones, Madrid, 1980.

Reynolds, G., Compendio de Condicionamiento Operante, Editorial Ciencia de la Conducta, México, 1973.

Rimn, D. y Masters J., Terapia de la conducta, Editorial Trillas, 1980.

Sarason, L., Personalidad, Editorial Limusa, México, 1978.

Searles, H., Escritos sobre la Esquizofrenia, Ed. Gedisa, Barcelona, 1980.

Solomon, P, y Vernon, D, Manual de Psiquiatría, Manual Moderno, México, 1976.

Staats, A., Conductimo social, Editorial Manual Moderno, México, 1980.

Sundel, M y Stone S., Modificación de la Conducta Humana, Introducción Sistemática a los Conceptos y Aplicaciones, Editorial Limusa, México, 1981.

Susman, J., Acupuntura Teoría y Práctica, La antigua terapéutica China al alcance del médico Práctico, 3a. Edición, Editorial Kler, S. A., Buenos Aires, Argentina, 1976.

Ruibba, J, Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría, 3a. edición, Salvat, Barcelona, 1991.

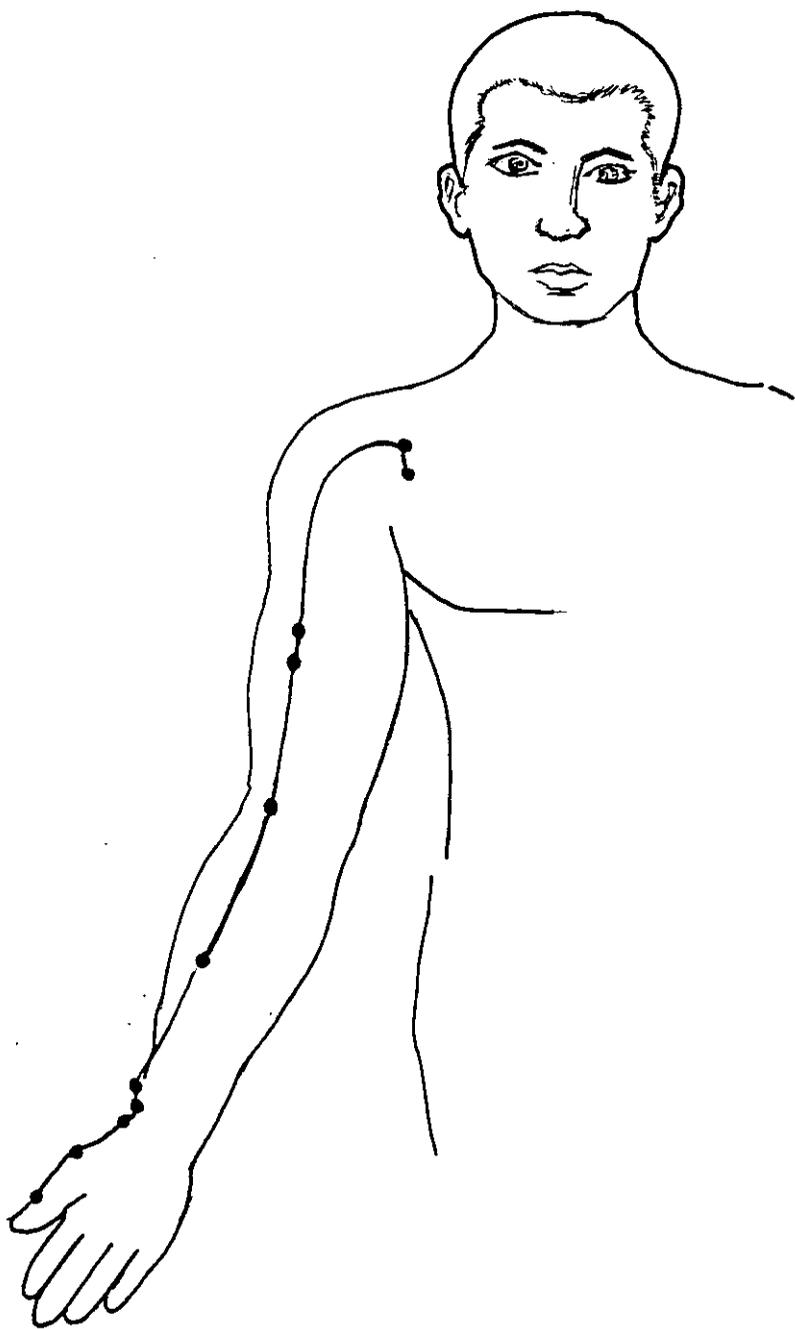
Ye, Chenggun, Tratamiento de las Enfermedades Mentales por Acupuntura y Moxibustión, Editorial Lenguas Extranjeras de Beijing, República Popular de China, 1992.

---

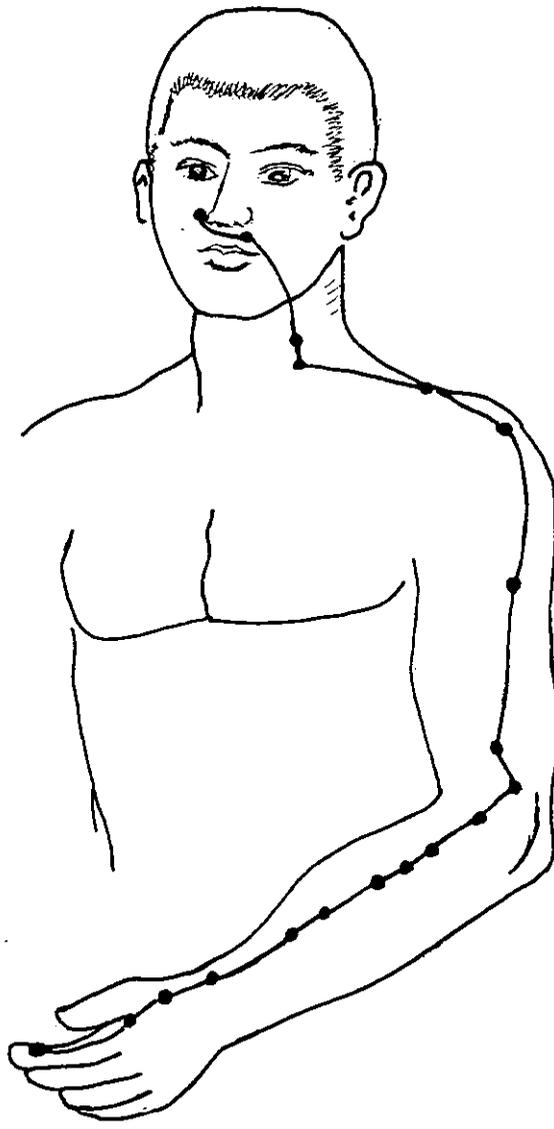
## REVISTA

Salud Mental, Vol. 19 Suplemento a Instituto Mexicano de Psiquiatría, suplemento de la revista Salud Mental, abril 1996. La Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana, estado actual y perspectivas Jorge J. Caraves

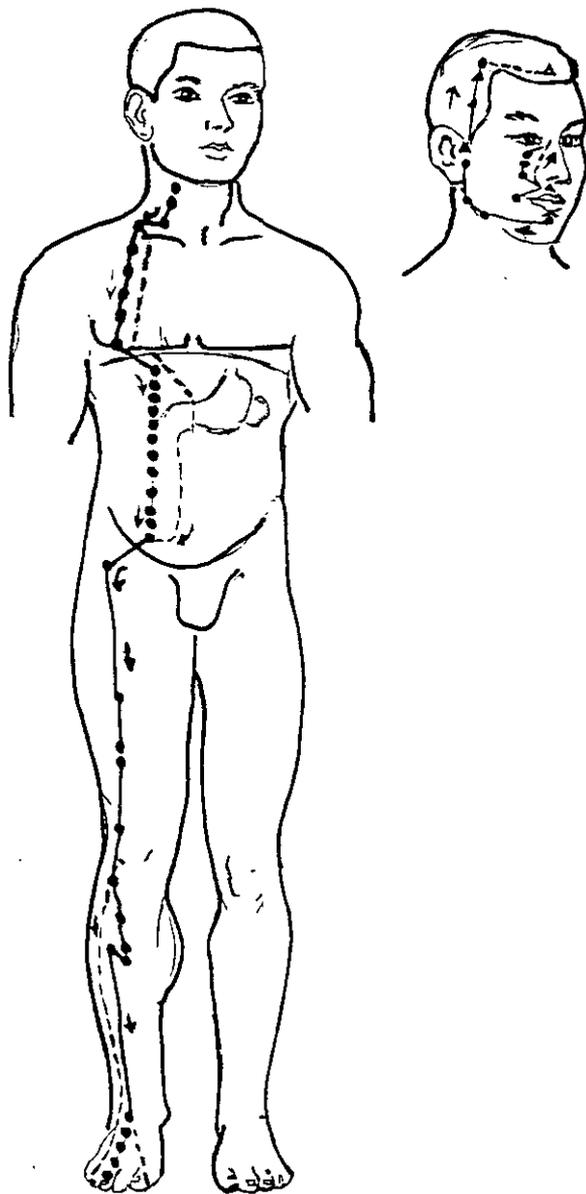
# **A N E X O S**



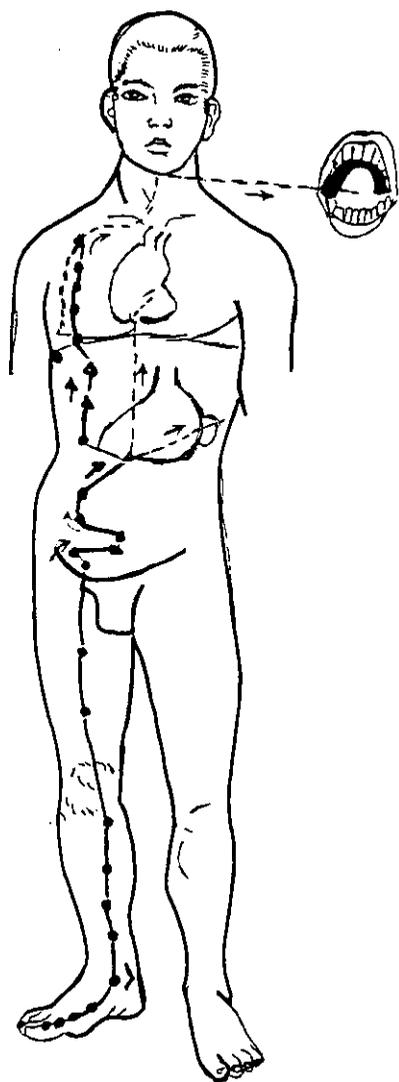
MERIDIANO DE PULMON TAIYIN DE LA MANO



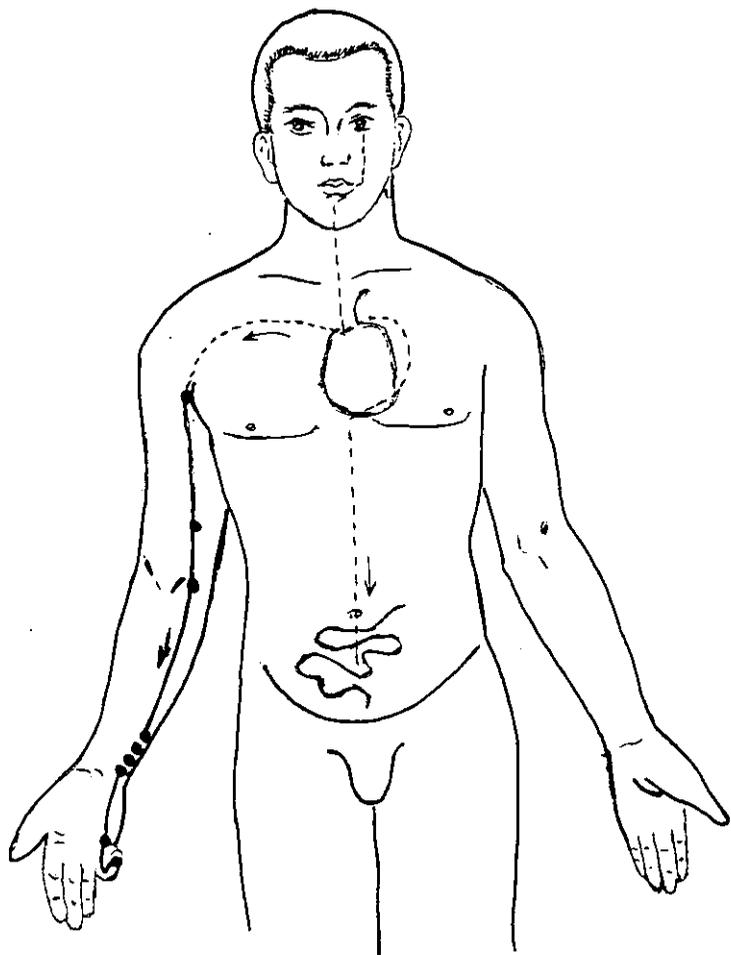
MERIDIANO DE INTESTINO GRUESO YANMING DE LA MANO



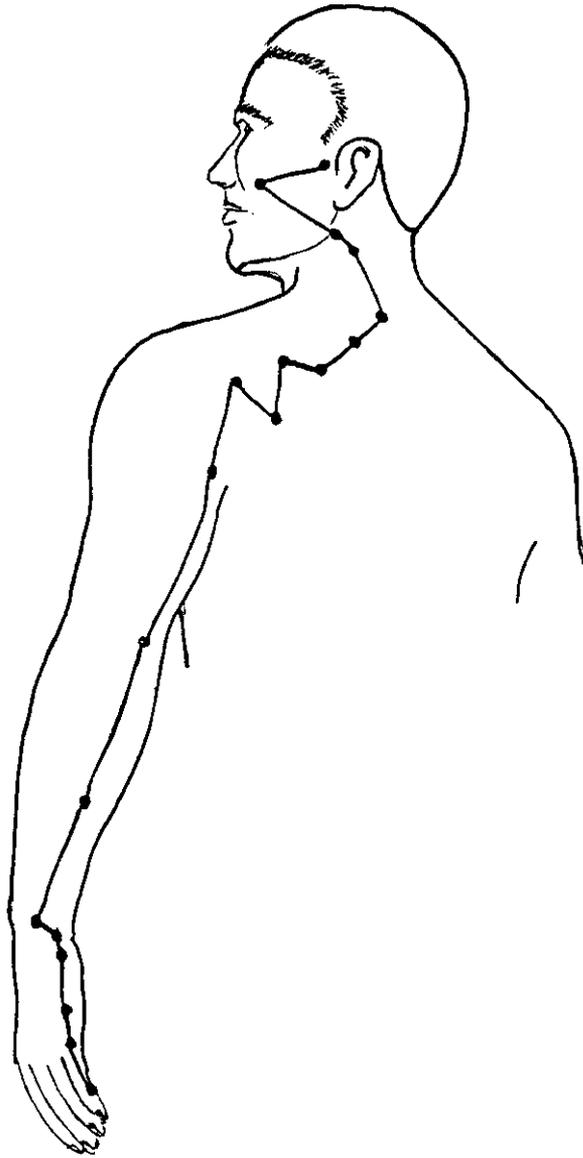
MERIDIANO DE ESTOMAGO YANGMING DEL PIE



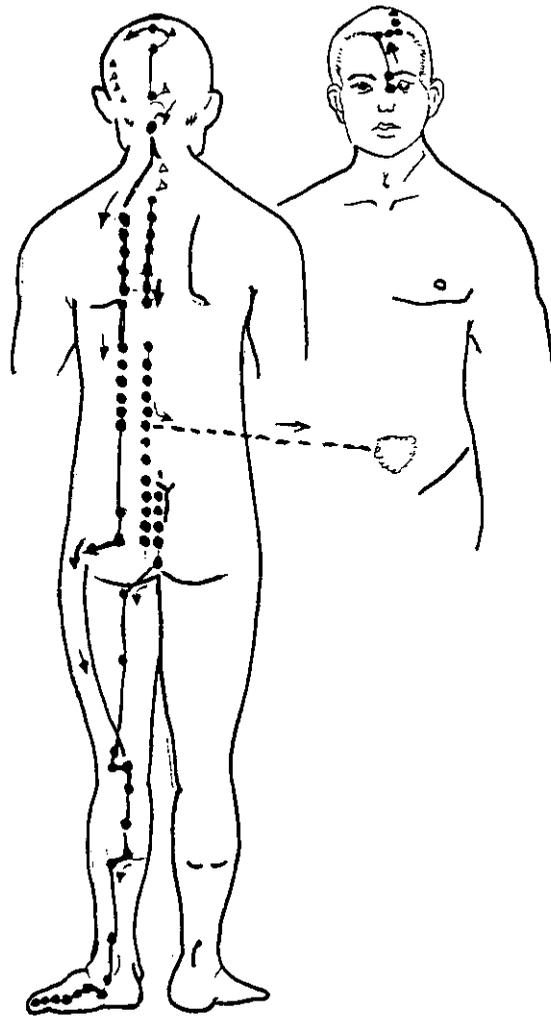
MERIDIANO DE BAZO TAIYING DEL PIE



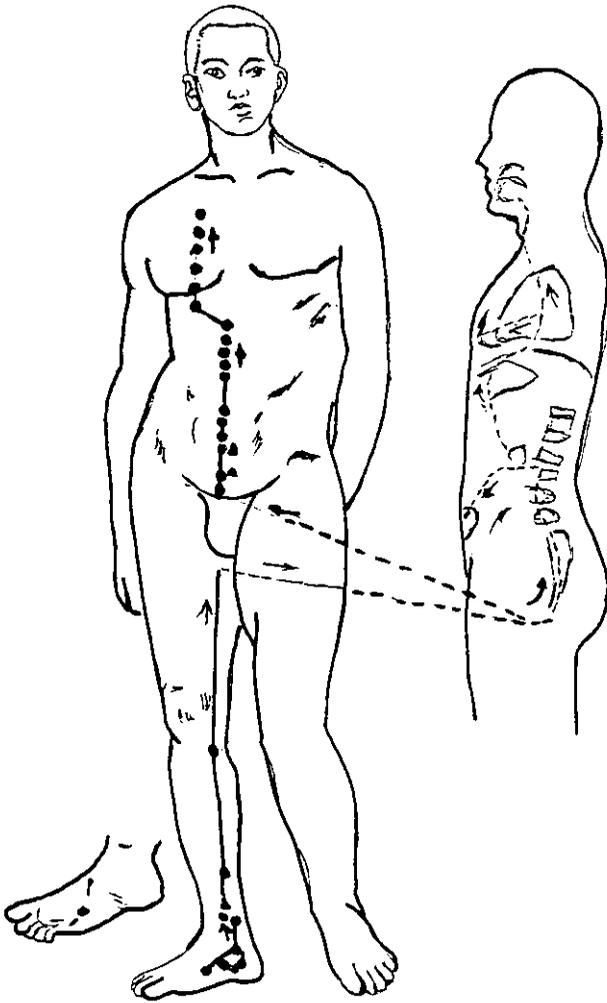
MERIDIANO DE CORAZON SHAOYIN DE LA MANO



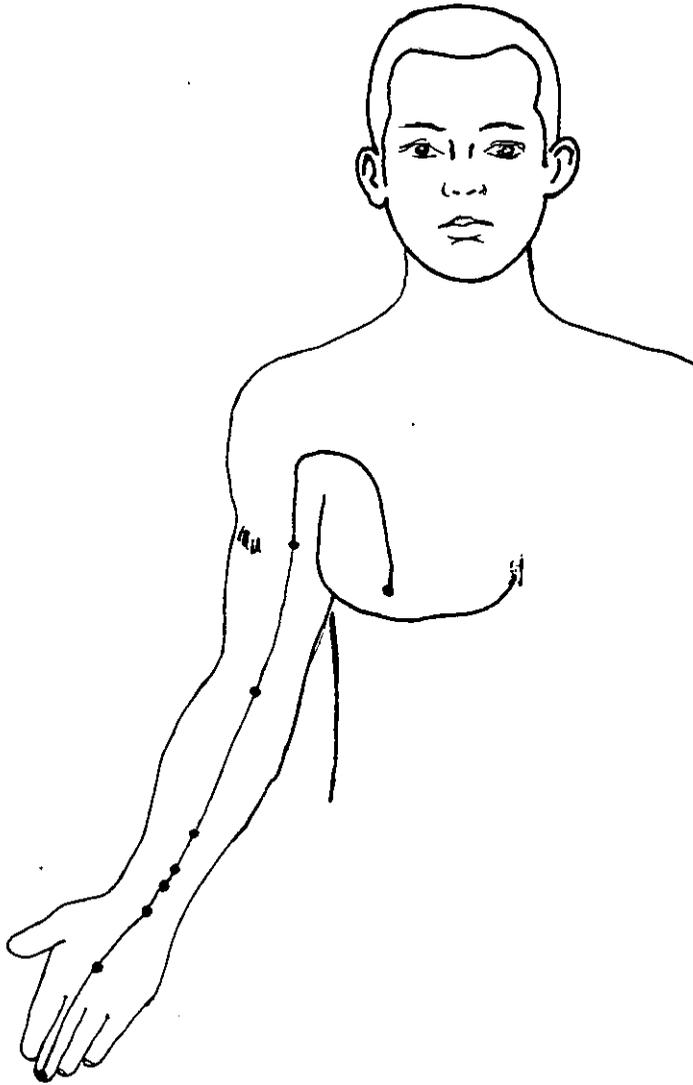
MERIDIANO DE INTESTINO DELGADO TAIYING DE LA MANO



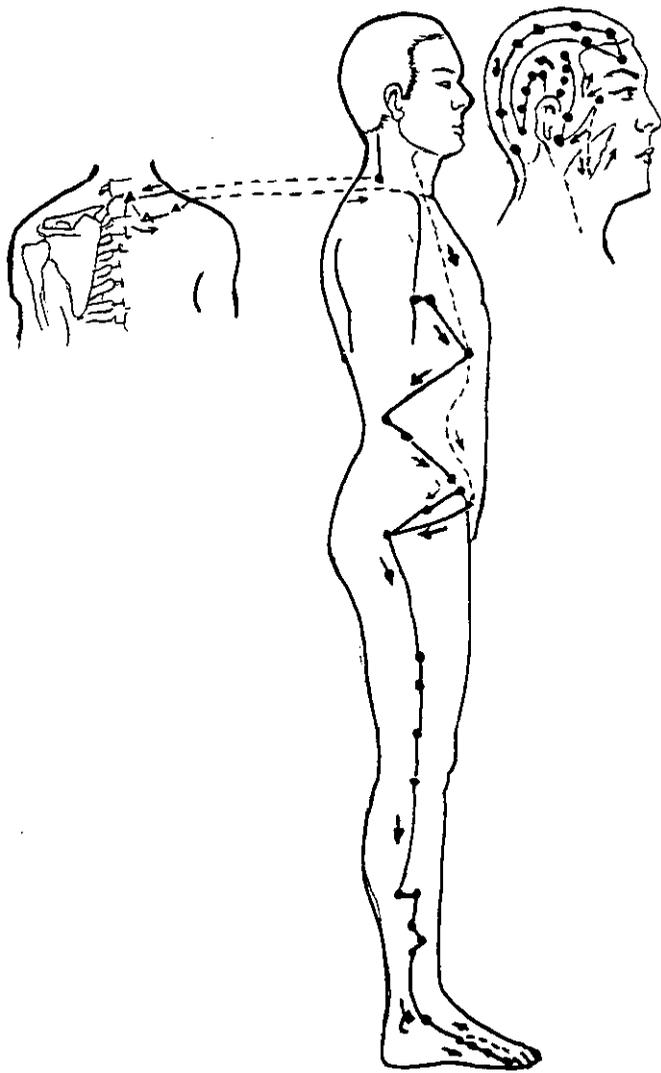
MERIDIANO DE VEJIGA TAIYANG DEL PIE



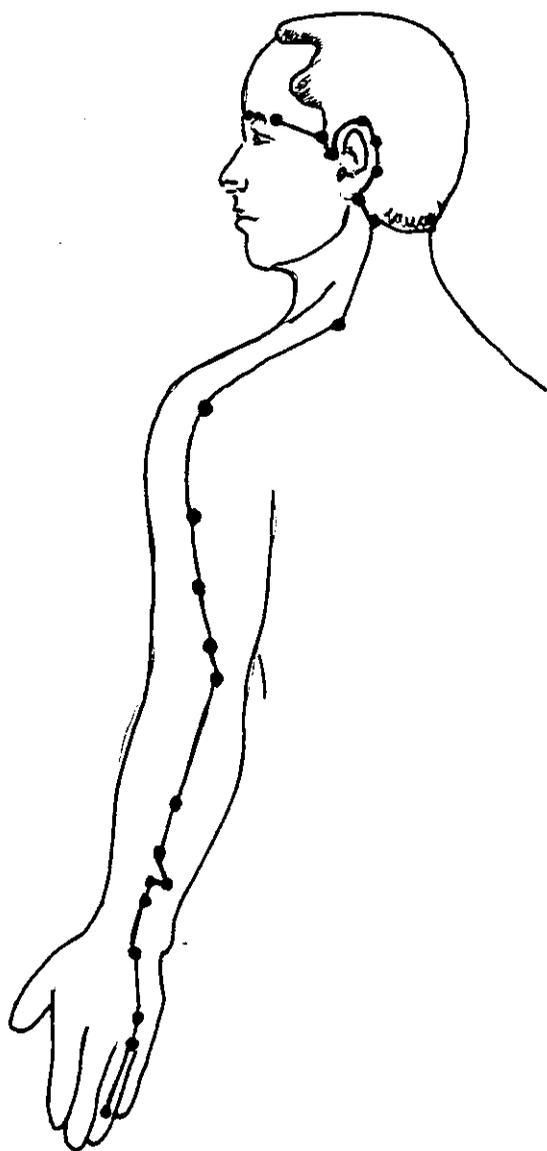
MERIDIANO DE RIÑÓN SHOYIN DEL PIE



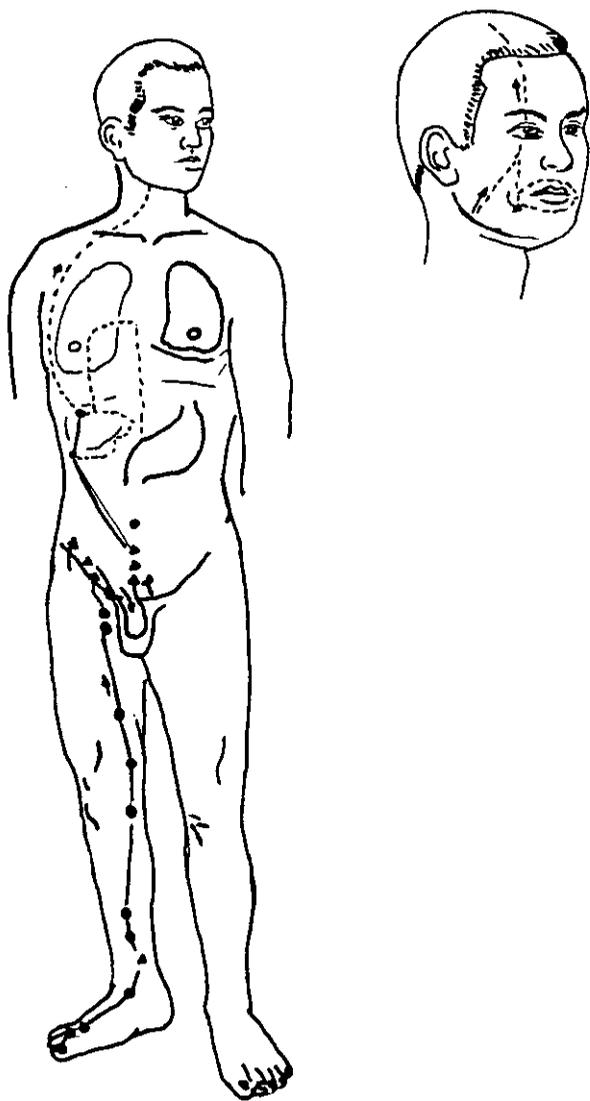
MERIDIANO DE PERICARDIO JUEYIN DE LA MANO



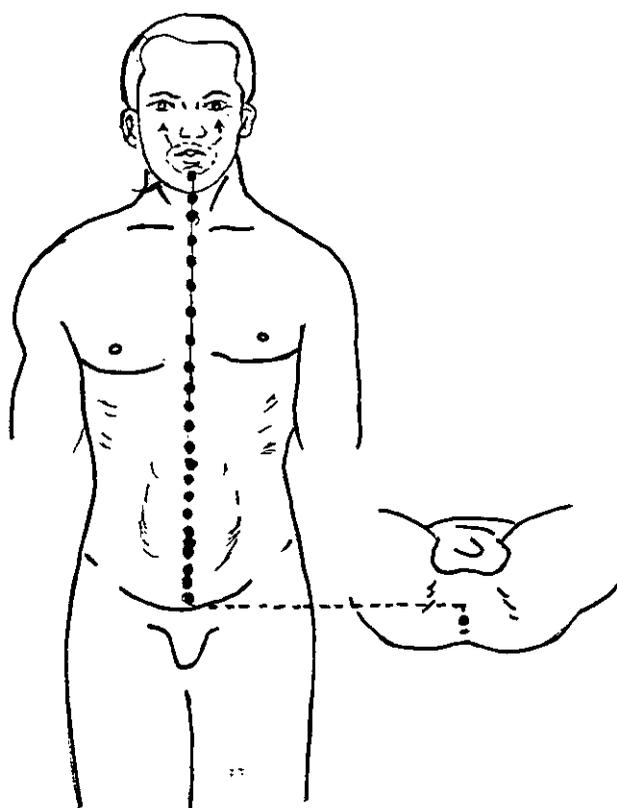
MERIDIANO DE VESICULA BILIAR SHAOYANG DEL PIE



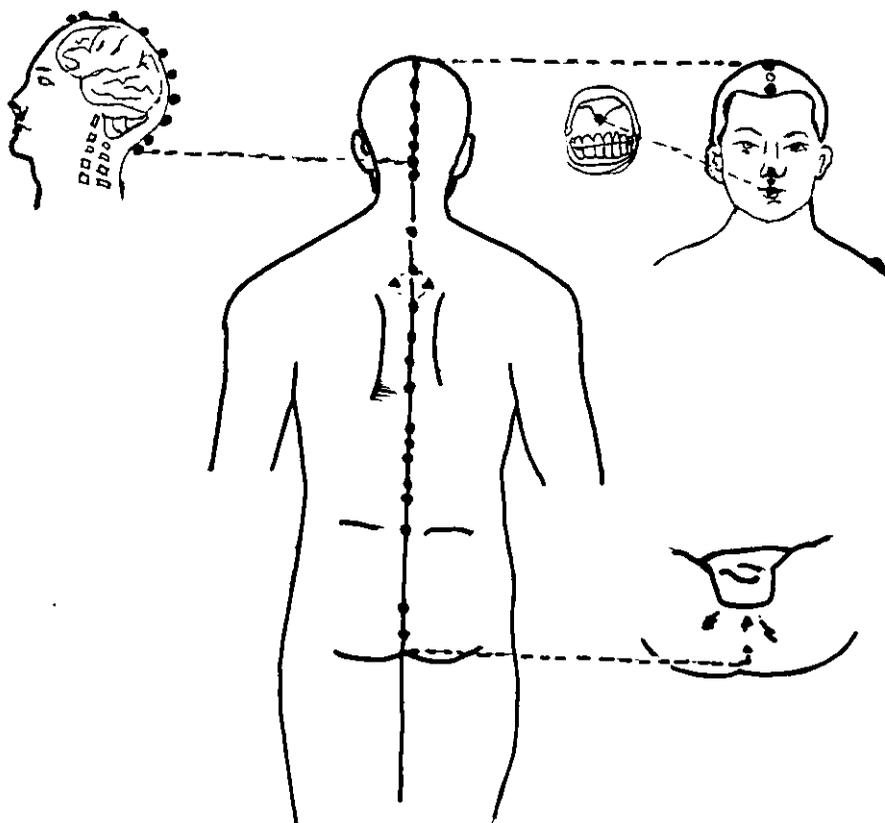
MERIDIANO DE SANJIO SHAOYANG DE LA MANO



MERIDIANO DE HIGADO JUEYIN DEL PIE



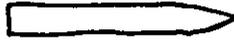
MERIDIANO REN



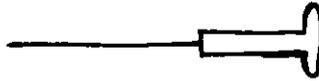
MERIDIANO DU

## TIPOS DE AGUJAS

AGUJA DE TRES FILOS



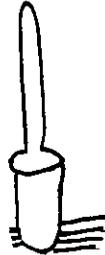
AGUJA COMÚN



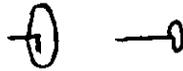
AGUJA DE 7 ESTRELLAS



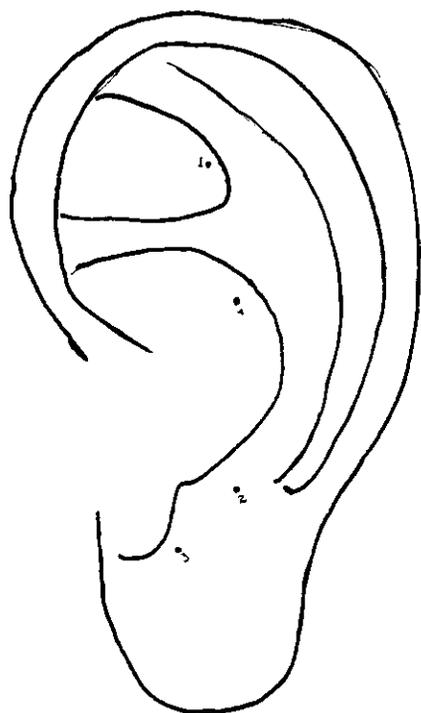
AGUJA FLOR DE CIRUELA



AGUJA CHINCHE



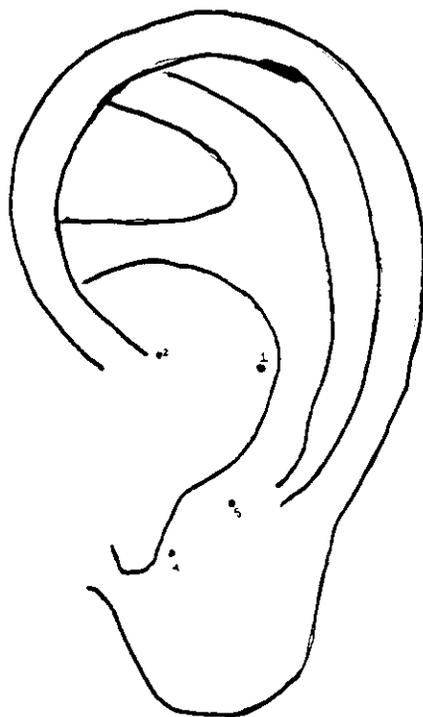
## TRATAMIENTO PARA LA ESQUIZOFRENIA



Síndrome DIAN

1. Shemen
2. Occipucio
3. Subcortex
4. Riñón

Nervio occipital



Síndrome KUANG

1. Hígado
2. Estómago
4. Subcortex
5. Occipucio

yang de hígado