

315011



UNIVERSIDAD SALESIANA

INCORPORADA A LA UNAM

ESCUELA DE PSICOLOGIA



4

"DETECCION DE FUNCIONES COGNOSCITIVAS EN LOS
SUBTESTS DE WAIS, QUE PUNTUAN POR DEBAJO DE LA
MEDIA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE"

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
PERLA XOCHITL GONZALEZ CASTRO

ASESORES DE TESIS: LIC. ELIZABETH RAMIREZ LOPEZ

ING. AGUSTIN SOLIS SANCHEZ

MEXICO, D. F.

283839

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

*Al elegir a la Psicología como profesión entre otras,
pude contestar muchos ¿Por qué? de mi infancia y mi adolescencia
que en ese tiempo, no encontraron resonancia en alguna persona.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permanecer conmigo y brindarme la fortaleza necesaria en los momentos de debilidad

A mis padres...

Papá Mario: Porque con tu ejemplo y enseñanzas de superación personal me impulsaste a culminar esta meta.

Mamá Rosita: Por tus cuidados maternos y orientación me pude dirigir con constancia hacia mis logros profesionales.

A mis hermanas...

Hermana Rocío: Porque al crecer solo con dos años de diferencia, hemos compartido experiencias muy similares que nos han unido con mucha fuerza, recordándote que siempre cuentas conmigo.

Hermana Berenice: Con tu sensibilidad y alegría hacia la vida, hemos compartido momentos de risas interminables, ... gracias por saber escuchar.

Sobrina Diana: Desde tu nacimiento, el ver tu rostro y cuerpo pequeños has sido fuente de motivación y felicidad en mi vida.

A Ramón: Por ser buen amigo y apoyo en tiempos difíciles.

A mis profesores de la Universidad Salesiana, quienes han sabido transmitir el amor por la Psicología, y han compartido generosamente sus conocimientos con diversas generaciones. Con cariño especial a:

*Lic. Francisco Rodríguez Islas
Lic. María Elizabeth Ramírez López
Lic. Francisco Ochoa Bautista*

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, de donde obtuve la mayor parte de mi formación clínica práctica. Con agradecimiento especial a:

*Lic. Alma García Vega
Dra. Gabriela Rosas Salazar
Lic. Janete Jiménez*

...A todas por su calidez, apoyo y conocimientos transmitidos.

A mis amigas Ruth, Paty y Diana, quienes forman parte importante de mi historia al compartir múltiples experiencias en la Universidad Salesiana.

INDICE

INTRODUCCIÓN

MARCO TEORICO

1. HISTORIA DEL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA.....	1
2. ESQUIZOFRENIA.....	3
2.1 Etiología de la Esquizofrenia.....	3
2.2 Períodos de la enfermedad.....	5
2.3 Curso y pronóstico.....	11
2.4 Definición de Esquizofrenia y Criterios diagnósticos.....	13
2.5 Tipos clínicos.....	14
2.5.1 Esquizofrenia paranoide.....	14
2.6 Tratamiento.....	21
3. REVISIÓN HISTORICA SOBRE EL CONCEPTO DE INTELIGENCIA.....	22
4. ESCALA DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS DE WECHSLER (WAIS).....	28
4.1 Escala Verbal.....	29
4.1.1 Subtest de Información.....	29
4.1.2 Subtest de Comprensión General.....	31
4.1.3 Subtest de Aritmética.....	32
4.1.4 Subtest de Semejanzas.....	33
4.1.5 Subtest de Retención de dígitos.....	35
4.1.6 Subtest de Vocabulario.....	36
4.2 Escala de ejecución.....	38
4.2.1 Subtest de Dígitos y Símbolos o Claves.....	38
4.2.2 Subtest de Figuras Incompletas.....	39
4.2.3 Subtest de Diseños con cubos.....	41
4.2.4 Subtest de Ordenamiento de dibujos.....	42
4.2.5 Subtest de Composición de objetos.....	44
4.3 Actividad cognoscitiva en pacientes esquizofrénicos.....	47

5. METODOLOGÍA.....	50
5.1 Planteamiento del Problema.....	50
5.2 Hipótesis.....	50
a) Hipótesis de Trabajo	
b) Hipótesis nula	
5.3 Identificación de variables.....	51
a) Variable Independiente	
b) Variable dependiente	
5.4 Definición Conceptual de Variables.....	51
5.5 Diseño.....	51
5.6 Escenario.....	51
5.7 Selección de la Muestra.....	52
5.8 Instrumentos.....	52
5.9 Procedimiento.....	53
6. RESULTADOS.....	55
6.1 Análisis cuantitativo.....	55
6.2 Análisis cualitativo.....	73
CONCLUSIONES.....	84
LIMITACIONES.....	88
SUGERENCIAS.....	89
ANEXOS.....	90
BIBLIOGRAFÍA.....	95

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia ha sido considerada como el prototipo de enfermedad mental debido al polimorfismo de su sintomatología. Así, al trabajar con pacientes psiquiátricos que permanecen en estancia intrahospitalaria, sobresalen los pacientes con esquizofrenia de tipo paranoide por su compleja estructuración delirante, alucinatoria y a la inteligencia que impresionan tener.

Ya desde los inicios en el estudio de esta entidad psiquiátrica, se consideraba que la esquizofrenia paranoide afectaba a la inteligencia, pero no porque la disminuyera, sino que la desviaba, poniéndola al servicio de ideas delirantes sistematizadas y alteraciones sensorio-perceptuales.

El DSM IV propone que la esquizofrenia de tipo paranoide en comparación con los otros subtipos de esquizofrenia, es la que obtiene mejores valores de coeficiente intelectual, además de mostrar un deterioro mínimo o nulo de sus funciones cognoscitivas. Sin embargo, se sabe que estos pacientes tienen déficits en algunas funciones cognoscitivas, por lo que al realizar este trabajo de investigación se pretende aportar evidencia empírica sobre dichos déficits en la actividad cognoscitiva de pacientes con esquizofrenia paranoide. Para esto se utiliza en forma completa la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS), considerándose que por la heterogeneidad de sus once subtests, se evalúan diferentes funciones cognoscitivas.

Por lo antes mencionado, en el Capítulo 1 se realiza una revisión histórica de cómo ha venido evolucionando el concepto de esquizofrenia. En el Capítulo 2 se aborda la etiología, períodos de la enfermedad y tipos clínicos, haciendo énfasis en la Esquizofrenia Paranoide, ya que es ésta sobre la que se desarrolla la presente investigación. En el Capítulo 3 se mencionan las teorías de diversos autores sobre el concepto de inteligencia, así como la instrumentación utilizada por ellos para su evaluación. En el Capítulo 4 se desglosa de manera completa la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS), analizando las funciones cognoscitivas que miden sus once subtests.

1. HISTORIA DEL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

La primera información que se recoge sobre la esquizofrenia es de Willis (1672) titulóndola estupidez o morosidad.

Pinel en su Tratado Médico-Filosófico de la Enajenación del Alma o Manía comienza a reconocer de manera formal entidades nosológicas de carácter psiquiátrico. Dentro del capítulo Idiotismo u obliteración de las facultades intelectuales y afectivas, refiere a pacientes con sintomatología esquizofrénica.

Esquirol (1814) emplea para esta enfermedad el término de demencia crónica.

Morel (1860) usó el término *démense précoce* para describir a aquellos pacientes deteriorados cuya enfermedad había empezado en la adolescencia

Hecker (1870) describe un cuadro que denomina hebefrenia, nombre tomado de "Hebe" diosa de la juventud en la mitología griega. Dicho cuadro se caracterizaba por manifestaciones de excitación y depresión.

Kahlbaum (1874) describe otro cuadro al que llama catatonía, caracterizado por trastornos motores.

En el siglo XVIII, Vogel utiliza en medicina por primera vez el término paranoia. Heinroth utiliza la palabra paranoia para designar a las psicosis que afectaban a la inteligencia, pero no porque la disminuyera, sino que la desviaba: "para" = al lado, "noia" = conocimiento.

A mediados del siglo XIX, Griesinger considera a la paranoia como una enfermedad no deteriorante que cursa con ideas delirantes. Finalmente se reconoce a Sander (1868) como el autor de la paranoia, al referir a pacientes con delirios persistentes desde muy temprana edad.

Kraepelin (1896) latinizó el término de Morel a *dementia precoz*, reuniendo bajo esta denominación común la hebefrenia de Hecker, la catatonía de Kahlbaum y la paranoia de Sander.

Kraepelin señala que los pacientes con *dementia precoz* tienen una edad de inicio temprana, presentan ideas delirantes, alucinaciones y un curso de la enfermedad deteriorante. Se opuso a cualquier teoría que explicara la conducta manifestada en esta enfermedad, desde un punto de vista psicológico.

Bleuler (1911) crea el término de esquizofrenia y realiza una distinción fundamental entre la demencia precoz de Kraepelin y su concepto de esquizofrenia en la que no era imprescindible un curso deteriorante de la enfermedad.

Esquizofrenia significa: "esquizo" igual a división y "frenia" igual a mente, es decir división de la mente. Bleuler observó en estos enfermos la pérdida de los mecanismos normales que mantienen la unidad psíquica y por consiguiente una verdadera división en la armonía de la personalidad.

Bleuler acepta la existencia de los tipos clínicos kraepelineanos (hebefrénico, catatónico y paranoide), agregando la esquizofrenia simple.

Bleuler describió los síntomas fundamentales o primarios de la esquizofrenia, conocidos como las cuatro Aes de Bleuler: alteraciones en la capacidad de asociación, en la afectividad, el autismo, y ambivalencia. De igual forma describió síntomas accesorios o secundarios como son las ideas delirantes y alucinaciones.

Bleuler fue el primero en señalar la importancia de considerar el contenido de las ideas delirantes y alucinaciones de los pacientes, pensando que podían correlacionarse con sus primeras relaciones vividas al lado de sus padres y hermanos. Siendo director de la clínica de Burghölzli (1897), establece junto con Carl Jung una relación científica con Freud. Como resultado de dicha relación, Bleuler desarrolló un gran interés en el psicoanálisis, en una época en que sólo unos cuantos psiquiatras habían aceptado las enseñanzas de Freud. Llegó a la conclusión de que gran parte de los síntomas esquizofrénicos podían entenderse a través de la misma simbolización que Freud había descubierto en la interpretación de los sueños.

2. ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia contiene una sintomatología múltiple, heterogénea y polimorfa, pudiéndose afirmar que a través de los cuadros esquizofrénicos se desgana toda la semiología psiquiátrica.

2.1 Etiología de la Esquizofrenia

El origen de la esquizofrenia se aborda desde dos puntos de vista, uno referente a la existencia de un componente genético en la heredabilidad de la esquizofrenia y otro referente a la principal teoría bioquímica de la esquizofrenia.

Herencia

Kallmann Franz (1930) realizó estudios con gemelos monocigóticos, encontrando una tendencia a que los dos gemelos presenten la enfermedad en un 30 al 50%. Mientras que para los gemelos dicigóticos, esta tendencia era igual a la que se presenta entre los hermanos no gemelos, del 15%.

Así mismo se estudió la calidad de los cuidados paternos, en los que hijos de esquizofrénicos fueron dados en adopción antes del primer año de vida, en todos los casos, los hijos de padres esquizofrénicos tienen una alta incidencia de la enfermedad. Esto sugiere que la influencia genética es más potente que la ambiental.

La probabilidad de una persona de sufrir este trastorno está correlacionada con la proximidad de la relación familiar. A continuación se presenta la siguiente tabla de prevalencia:

Población	Prevalencia (%)
Población general	1.0
Hermanos no gemelos de pacientes esquizofrénicos	8.0
Hijos de un progenitor esquizofrénico	12.0
Gemelo dicigótico de un paciente esquizofrénico	12.0
Hijos con los dos progenitores esquizofrénicos	40.0
Gemelo monocigótico de un paciente esquizofrénico	47.0

Fuente: Kaplan Harold I. (1994): Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta. Editorial Médica Panamericana.p.483

Teoría Bioquímica de la Esquizofrenia

Las neuronas poseen la propiedad de conductividad, es decir la capacidad de transmitir un impulso a otra neurona o a un órgano efector, como los músculos y glándulas. Las sinapsis, que son uniones entre dos neuronas, constituyen el medio de transmisión de impulsos de una neurona a otra.

La sinapsis requiere la presencia de compuestos químicos que reciben el nombre de neurotransmisores, uno de ellos es la dopamina, cuya acción ha permitido desarrollar la hipótesis dopaminérgica que intenta explicar la etiología de la esquizofrenia.

Esta hipótesis propone que la esquizofrenia se produce por hiperactividad del sistema dopaminérgico debido a un aumento de la sensibilidad de receptores dopamínicos, de ahí que el efecto terapéutico de los neurolepticos o antipsicóticos sea un bloqueo sobre los receptores de la dopamina [Snyder, 1976].

Sin embargo hay evidencia de que los neurolépticos inhiben la liberación de dopamina de la neurona presináptica [Seeman y Lee, 1975].

Después de la dopamina, el neurotransmisor con más evidencias experimentales de alteración en la esquizofrenia es la noradrenalina. La esquizofrenia se debe a un trastorno en el que se produce alguna anomalía en la relación dopamina/noradrenalina. El GABA y la serotonina son otros neurotransmisores implicados en la patología de la esquizofrenia.

2.2 Períodos de la enfermedad

Es necesario tomar en cuenta el curso mismo de la enfermedad, dividido en los siguientes períodos:

- Historia Premórbida.
- Período Prodrómico o de Comienzo.
- Fase Activa o Período de Estado.
- Período Residual o Terminal.

Historia Premórbida

Una historia premórbida forma parte del trastorno que se está desarrollando, existiendo antes de que aparezcan evidencias del período prodrómico. Las personalidades esquizoideas, esquizotípicas, o paranoides son en general el antecedente premórbido de la esquizofrenia. Estas personalidades comparten características en común como: retraimiento, aislamiento, introversión, suspicacia y cautela.

Período Prodrómico o de Comienzo

La esquizofrenia presenta mucha variabilidad en sus síntomas y signos de comienzo, con duración por lo general de algunos meses. Existe en la mayoría de los casos, un factor desencadenante como un cambio social o ambiental, por ejemplo el cambiar de escuela o trabajo, una experiencia con sustancias o la muerte de algún familiar.

Puede iniciar en forma de excitación psicomotriz, quejas somáticas, debilidad o bajo el tipo de ideas absurdas, e inconstantes.

Además de lo mencionado existen síntomas característicos de gran constancia que en todos los casos denuncian un cuadro esquizofrénico:

Se transforma notablemente la personalidad del individuo, dejando de ser lo que fue hasta ese momento, sin que esto signifique la presencia de nuevos caracteres, sino un desmedro. Los caracteres primitivos van desapareciendo, perdiendo el vigor que hasta ese momento les ha permitido mantener la personalidad, que desde este punto comienza a desdibujarse, a desteñirse, habiendo una franca borradura de la personalidad. Este es el primer indicio de la ruptura del equilibrio, de la integridad de la personalidad que se revela en división (esquizo).

Estas modificaciones de la personalidad se ponen de manifiesto desde un doble punto de vista: objetivo y subjetivo. Desde el punto de vista objetivo se hace evidente por el cambio de conducta, si por ejemplo hasta ese momento un sujeto fue trabajador o estudioso, abandona su trabajo o estudios: se toma huraño, rehuye la compañía de amigos, de compañeros y hasta de su familia, terminando por aislarse de la sociedad.

Desde el punto de vista subjetivo, el enfermo tiene conciencia del cambio que se ha operado en él, experimenta la extraña sensación de cambio o de transformación de su persona, con verdadero sentimiento de despersonalización. Se siente impulsado, como consecuencia a consultar con frecuencia el espejo para cerciorarse de la realidad de sus impresiones, esto es lo que se conoce con el nombre del signo del espejo.

Estos cambios del mundo interior rompen el equilibrio con el mundo externo que aparece ante sus sentidos modificado, extraño, diferente y con ello viene la desadaptación completa.

El enfermo queda entonces absorbido en sus reflexiones, en autismo e introversión, verdadero mecanismo de autodefensa ante la nueva situación. De esta manera el enfermo va creando un nuevo mundo (mundo esquizofrénico), totalmente diferente del anterior, donde experimenta sus cambios intelectuales, afectivos y volitivos.

Fase Activa o Período de Estado

En este período aparecen los síntomas más graves por los que el enfermo experimenta una ruptura definitiva de su unidad y equilibrio psíquico, de la separación entre el mundo exterior y su mundo interno. Ausente y desconectado por cuanto le rodea, denota una total despreocupación en lo referente a su cuidado personal y aspecto exterior.

La función perceptiva resulta incierta, confusa, no pudiéndose dilucidar con frecuencia, si lo percibido procede desde el exterior, el interior o si es producto del pensamiento. Así aunque la función perceptiva siga enviando información a la conciencia, ésta pierde su capacidad de juicio.

En este período aparecen dos tipos de **alteraciones perceptivas**: las ilusiones y alucinaciones.

Las ilusiones son relativamente frecuentes en la esquizofrenia, se explican por la superficialidad de la atención que dificulta la claridad y nitidez de las imágenes captadas y por la gravedad del trastorno psíquico.

Se producen en cualquiera de los aparatos sensoriales, siendo de mayor frecuencia las visuales que deforman la captación visual del mundo externo: los objetos más comunes son registrados con gran desfiguración, con formas caprichosas y absurdas; las caras de las personas son modificadas en sus rasgos fisonómicos y registradas con formas toscas y grotescas.

Los movimientos de las cosas y los seres del mundo exterior son captados con modificaciones y modalidades extrañas a su aspecto y ritmo normales.

Las alucinaciones son más frecuentes que las ilusiones, produciéndose en cualquier modalidad sensorial. Las alucinaciones auditivas son las más habituales y características de la esquizofrenia, siendo experimentadas por el enfermo como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona.

El contenido puede ser variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas, insultantes o amenazantes.

Algunos tipos de alucinaciones auditivas: dos voces conversando entre ellas, voces que mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o el comportamiento del sujeto.

La sonorización del pensamiento o eco del pensamiento es otro fenómeno que es interpretado por el enfermo como alucinación auditiva, pero está muy lejos de serlo. Se caracteriza porque al enfermo le parece oír sus propios pensamientos, como si antes de ser emitidos fueran pronunciados dentro de su cabeza. El enfermo oye la observación y crítica de sus actos antes de su ejecución, o la orden de realizar determinadas acciones.

En las alucinaciones cenestésicas los enfermos experimentan molestias que localizan a nivel de diversos órganos y aparatos, ejemplo de esto son: El enfermo siente que tiene el estómago retorcido, que sus pulmones están destrozados, que su hígado está parasitado por un animal que lo muerde, etc.

Las referencias alucinatorias con respecto a la sensibilidad general son numerosas, relacionándose la mayor parte con los órganos genitales. Algunos enfermos experimentan la sensación de que son violados, que son objeto de diversas maniobras a nivel de los genitales, que se les masturba, que se les retuerce o estira el pene, además de sensaciones de quemaduras, pinchazos, choques eléctricos, y martirios de formas diferentes.

En este período se acentúan las **alteraciones del pensamiento**, tanto en el curso (o forma), como en el contenido.

El curso del pensamiento se refiere a la forma en que una persona enlaza y asocia ideas. Este curso depende de la idea directriz, que en condiciones normales es la encargada de marcarle rumbos al pensamiento en su marcha hacia su finalidad, ella constituye el tema que el pensamiento debe desarrollar. La idea directriz mantiene su rumbo por la carga afectiva, ya que es el interés puesto en juego a favor del tema o finalidad del pensamiento.

En la esquizofrenia se encuentra afectada la parte activo-afectiva de la personalidad. Esa es la causa del desinterés que el enfermo muestra por todo y en consecuencia, la idea directriz se debilita y pierde su condición jerárquica en la conducción del pensamiento. El pensamiento no continúa su curso en línea recta hasta el final, queda trunco, inconcluso, en otros términos es un pensamiento que se diluye, se disgrega antes de su finalización.

A medida que avanza la enfermedad se agrava la disgregación del pensamiento y cuando ya no queda indicio alguno de idea directriz se llega a la más completa incoherencia asociativa, ensalada de palabras o jergafasia. En estas condiciones, el pensamiento resulta totalmente desorganizado, incomprensible y sin ninguna conexión lógica o gramatical, evidenciándose esto a través del lenguaje del enfermo.

Bleuler consideró a la disgregación del pensamiento como el trastorno capital de la esquizofrenia, siendo la incoherencia asociativa secundaria a éste primero.

Existen otras alteraciones específicas del curso del pensamiento:

- ❑ Circunstancialidad: Se manifiesta cuando al hablar de un tema en particular, el enfermo tiende a disgregarse utilizando un lenguaje con detalles y comentarios irrelevantes, pero que es capaz de volver al tema inicial y a la conclusión deseada.
- ❑ Tangencialidad: Se manifiesta cuando al hablar con un paciente se sale del tema que está tratando, con imposibilidad de volver al mismo.
- ❑ Perseveración: Fijación a un solo pensamiento, frase, o palabra.
- ❑ Bloqueo o privación del pensamiento: Interrupción brusca del curso del pensamiento antes de que se exprese un pensamiento o una idea, ya que tras una breve pausa, la persona indica no recordar de qué estaba hablando o de lo que iba a hablar.
- ❑ Descarrilamiento: Desviación gradual o brusca del pensamiento sin bloqueo, saltando de un tema a otro.
- ❑ Ecolalia: Repetición psicopatológica por una persona de palabras o frases pronunciadas por otra, tiende a ser repetitiva y persistente.

Las alteraciones en el contenido del pensamiento reflejan las ideas, creencias, preocupaciones, obsesiones de paciente. En la esquizofrenia se manifiestan las ideas delirantes como creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias.

El contenido de las ideas delirantes es diverso: autoreferenciales, de daño, persecución, de grandeza, mesiánicas, celotípicas, somáticas, mágicas, etc., pero son las ideas delirantes extrañas típicas de la esquizofrenia.

Las ideas delirantes extrañas se califican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida. Se consideran extrañas las ideas delirantes que expresan una pérdida del control sobre la mente o el cuerpo.

Sobre los **trastornos de la actividad** durante este período, se considera existe una disminución de la actividad voluntaria o hipobulia para las relaciones del enfermo con el mundo exterior, pero la voluntad se mantiene al servicio de la vida interior.

Algunas alteraciones que surgen en este período son:

- ❑ **Ecopraxia:** Consiste en la imitación de los actos que el enfermo observa en otras personas, los que hallan eco en él y son ejecutados sin que le sea impartida ninguna orden. Se entiende a la ecopraxia como expresión de una intención de juego o de aprendizaje. La ecopraxia como manifestación de la actividad voluntaria tiende posiblemente a satisfacer un deseo íntimo. El enfermo ante la extrañeza que le produce el sentirse cambiado y diferente de las demás personas y de lo que fue hasta ese momento, en su enfermizo psiquismo y por hallar una explicación que lo tranquilice, trata de cerciorarse si es capaz de realizar los mismos actos que observa en otros.
- ❑ **Sugestibilidad:** Es la obediencia automática del enfermo para acatar con sumisión cuantas órdenes se le imparten.
- ❑ **Manierismos:** El enfermo tiene cierta conciencia de los impulsos que frecuentemente lo acosan y de lo descontrolado de sus actos, en consecuencia trata de compensar esto con movimientos suaves, amanerados, al ejecutar sus actos.

- ❑ **Extravagancias:** Son movimientos bruscos, carentes de toda gracia, soltura y flexibilidad; denotan rigidez y torpeza, determinando actitudes extrañas, groseras, inadecuadas y ridículas.
- ❑ **Estereotipias:** Acto que se repite con frecuencia, de manera persistente, siempre igual, y de carácter extravagante y antinatural.
- ❑ **Negativismo:** Consiste en una resistencia obstinada del enfermo ante cualquier sugerencia para que cambie de actitud o efectúe cualquier movimiento. Se cree que se trata de una reacción psíquica del enfermo que, desadaptado al ambiente, extraña y huye del mismo por resultarle molesto cuanto de él provenga y haga referencia a su persona. La resistencia negativista tiene como causa un marcado sentimiento de disgusto y fastidio.

Puede acompañar al negativismo una actitud mutista en la que el enfermo se mantiene sin hablar, con silencios prolongados, oponiéndose a toda sugerencia por parte del interlocutor por hablar. Sin embargo pueden presentarse mutitaciones en las que el enfermo habla en voz baja y murmura, esto es una manifestación de que existe la actividad voluntaria interna.

Período Residual o Terminal

La etapa final está caracterizada por la acentuación paulatina de una debilitación psíquica y en muchas ocasiones un deterioro de las funciones intelectuales.

2.3 Curso y pronóstico

La prevalencia de la esquizofrenia es la misma en hombres y mujeres. Sin embargo, se observan diferencias respecto a la edad de inicio y curso. En los hombres empieza antes. La edad de inicio más frecuente para los hombres es entre los 15 y los 25 años, mientras que para las mujeres es entre los 25 y los 35 años. Es más probable que los hombres presenten síntomas negativos, y que las mujeres tengan un mejor funcionamiento social. En general el curso de la esquizofrenia es más favorable entre las mujeres que entre los hombres.

Tras el primer episodio psicótico, el paciente se recupera gradualmente, y puede vivir un período de funcionamiento relativamente normal. No obstante, suele haber una recaída, y el curso que siga la enfermedad en los cinco años siguientes al primer episodio psicótico es un índice predictivo del curso que seguirá el paciente. Cada recaída supone un mayor deterioro del nivel basal de funcionamiento del sujeto.

El curso clásico de la esquizofrenia es el de fases de exacerbación y fases de remisión para algunos sujetos, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos.

Fenton y McGlashan (1991) desarrollaron un estudio longitudinal, evaluando a pacientes con esquizofrenia paranoide, hebefrénica e indiferenciada, concluyendo lo siguiente:

El grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide presentó un menor número de antecedentes de psicopatología familiar. Iniciaron el trastorno de manera tardía y de forma aguda, lo que les permitió alcanzar un mejor nivel social y ocupacional antes de que se instalara la enfermedad.

El grupo hebefrénico se caracterizó por mostrar más antecedentes de psicopatología familiar. El principio de la enfermedad tendió a ser insidioso, iniciándose en la adolescencia, por lo que quedaron muy incapacitados antes de llegar a la edad adulta. El curso de la enfermedad fue continuo y en muchos casos inexorable.

El grupo con esquizofrenia indiferenciada presentó más antecedentes de trastornos de la conducta durante la niñez, y en la mayoría de los casos, se presentó como una exacerbación de los rasgos premórbidos de personalidad. No todos tuvieron un deterioro progresivo.

En general, los factores asociados con un mejor pronóstico son: Buen ajuste premórbido, el inicio agudo, una edad más avanzada de inicio, sexo femenino, acontecimientos precipitantes, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento entre los episodios, síntomas residuales mínimos, ausencia de anomalías cerebrales estructurales, función neurológica normal, no tener historia familiar de esquizofrenia.

2.4 Definición de Esquizofrenia y Criterios diagnósticos

La American Psychiatric Association establece en el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) definición y criterios diagnósticos oficiales para la esquizofrenia.

La esquizofrenia es una alteración psicótica que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye como mínimo un mes de síntomas de la fase activa (dos o más) de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos. Además de una marcada disfunción social y laboral.

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) Ideas delirantes
- (2) Alucinaciones
- (3) Lenguaje desorganizado
- (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia, anhedonia)

B. Disfunción social / laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo: creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo: una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Fuente: Pichot P. (1995): DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Ediciones Masson, p.291

2.5 Tipos clínicos

2.5.1 Esquizofrenia Tipo Paranoide

Los pacientes con este tipo de esquizofrenia suelen ser mayores que los pacientes con esquizofrenia catatónica o desorganizada cuando aparece el primer episodio de la enfermedad.

Una de las principales características de este tipo de esquizofrenia es la organización y sistematización de las ideas delirantes alrededor de un tema coherente, de igual forma las alucinaciones (principalmente auditivas) están relacionadas con el contenido temático delirante (Ver Anexo 1).

Existe exacerbación del razonamiento por un mecanismo interpretativo, por el cual el paciente le confiere nuevas significaciones a todas las cosas, realizando así interpretaciones exógenas y endógenas.

Predominan ideas delirantes referenciales, de daño, persecutorias, de grandeza, de control, religiosas y somáticas.

- ❑ Ideas delirantes de referencia: Creencia falsa de que el comportamiento de los otros se refiere a uno mismo. Los eventos, objetos y personas tienen un significado particular e inusual.
- ❑ Ideas delirantes de daño: Creencia falsa de intenciones ocultas de perjuicio dirigidas al paciente, y que provienen de todas las personas, incluyendo familiares y desconocidos.
- ❑ Ideas delirantes persecutorias: Creencia falsa de que uno es seguido, acosado y molestado. Se da con frecuencia en pacientes litigantes con una tendencia patológica a tomar acciones legales por un mal tratamiento imaginario.
- ❑ Ideas delirantes de grandeza: Exagerada concepción de la importancia de uno mismo, de su poder o identidad.
- ❑ Ideas delirantes de control: Creencia falsa de que el cuerpo, pensamientos, sentimientos y actos son controlados por otras personas o por fuerzas externas.
- ❑ Las ideas delirantes de control tienen diferentes tipos:
 - Robo del pensamiento: Creencia de que los propios pensamientos han sido sustraídos de la mente por otras personas o por fuerzas externas.
 - Inserción del pensamiento: El enfermo cree que pensamientos externos han sido introducidos en su propia mente por otras personas o por fuerzas externas.
 - Difusión del pensamiento: Creencia de que los pensamientos propios pueden ser oídos por otros, como si fueran difundidos por el aire.
- ❑ Ideas delirantes religiosas: Creencia falsa de una conexión especial con Dios, quien en comunicación con el paciente, le encomienda alguna misión o le envía poderes.
- ❑ Ideas delirantes somáticas: Creencia falsa que implica el mal funcionamiento corporal de algún órgano.

Las ideas delirantes se producen bajo un juicio desviado, que es resultado de la interferencia de una carga afectiva de gran intensidad. Dicha carga afectiva inhibe al juicio que permanece en alienación, es decir, ajeno a la realidad.

La afectividad mantiene al juicio y a la razón alejados de la lógica formal, sometidos al influjo de una lógica afectiva falsa y absurda.

Su humor es desplacerero, dadas sus convicciones sobre los prejuicios y las persecuciones.

Existe un sentimiento de orgullo y sobrevaloración: el paciente se siente una persona superior al común de sus semejantes. La desconfianza, susceptibilidad y sospecha es un sentimiento frecuente que se origina en la reacción del ambiente contra sus concepciones delirantes. Hay fácil irritabilidad que surge a raíz de los fracasos y supuestas persecuciones que atribuye a la malquerencia de cuantos le rodean.

El pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia Tipo Paranoide

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Fuente: Pichot P. op.cit. p. 293

Esquizofrenia Tipo Desorganizado

Históricamente se le ha denominado hebefénica debido a Hebe, diosa de la juventud en la mitología griega, ya que es la forma de aparición más prematura, haciendo eclosión en plena pubertad.

Las características principales del tipo desorganizado son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías, muecas, y risas que no tienen una conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental se manifiesta por la falta de orientación hacia un objetivo.

Si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente.

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia Tipo Desorganizado

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

- (1) Lenguaje desorganizado
- (2) Comportamiento desorganizado
- (3) Afectividad aplanada o inapropiada

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Fuente: Pichot P. op.cit. p. 294

Esquizofrenia Tipo Catatónico

Este tipo era común en el pasado, actualmente es raro encontrarlo. El síntoma clásico del tipo catatónico es la profunda alteración de las funciones motoras.

En este tipo la inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor.

La catalepsia es un término usado para describir una posición inmóvil mantenida constantemente por el enfermo. Esto se debe a una plasticidad de la musculatura estriada por lo cual puede moldearse al paciente en posiciones que son mantenidas hasta que por obra de la fatiga vuelve lentamente a retomar las posiciones normales.

El estupor presenta los siguientes rasgos: el enfermo inmóvil durante días y aún semanas permanece mutista, con facies inexpresiva, a menudo con rigidez generalizada en todo el cuerpo, tomando el aspecto que se ha llamado de estatua egipcia, y aunque se recurra a estímulos dolorosos no intentará ningún acto defensivo, sólo se observarán esbozos de muecas que traducen el desagrado.

El enfermo saldrá de su estupor súbitamente, con agresión acompañada de gritos. Después de estos episodios podrá volver a caer en estupor, o continuar de una manera prolongada en esa excitación, cayendo en un nuevo estado conocido con el nombre de excitación catatónica.

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia Tipo Catatónico

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- (1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérica) o estupor.
- (2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
- (3) Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
- (4) Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas).
- (5) Ecolalia o ecopraxia.

Fuente: Pichot P. op.cit. p. 295

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia Tipo Indiferenciado

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumplen los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Fuente: Pichot P. op.cit. p. 296

Esquizofrenia Tipo Residual

En el tipo de esquizofrenia residual ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos, sin embargo hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas positivos atenuados.

El embotamiento afectivo, el aislamiento social, la conducta excéntrica, el pensamiento ilógico y una leve pérdida de asociaciones son síntomas comunes del tipo residual.

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia Tipo Residual

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (por ejemplo: creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Fuente: Pichot P. op.cit. p. 296

Otros Sistemas de Clasificación

Crow T.J. (1980) propuso una clasificación de los pacientes esquizofrénicos en Tipo I y Tipo II. El síndrome Tipo I corresponde a la *esquizofrenia aguda* y se caracteriza por un número relativamente más elevado de síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, y comportamiento desorganizado). La patogénesis dependería de una hiperactividad de sistema dopaminérgico. El síndrome Tipo II está caracterizado por un número relativamente más elevado de síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia, anhedonia, deterioro de la atención) y corresponde a la *esquizofrenia crónica* o deficitaria.

La patogénesis dependerá de alteraciones estructurales cerebrales. Johnstone y cols. (1976) empleando la tomografía axial computarizada, reportan por primera vez agrandamiento significativo de los ventrículos laterales del cerebro en un grupo de 17 esquizofrénicos crónicos.

Según la hipótesis de Crow (1980;1982) los síntomas que pertenecen al síndrome Tipo I son reversibles y generalmente existe una buena respuesta a los neurolépticos, mientras que los síntomas del síndrome Tipo II responden pobremente a los mismos y dan lugar a malos pronósticos.

Andreasen (1982) elabora dos escalas { SAPS y SANS} para clasificar a los pacientes esquizofrénicos según la sintomatología que presentaran: positiva, negativa o mixta.

2.6 Tratamiento

La esquizofrenia es un trastorno complejo que ha de tener varios abordajes terapéuticos complementarios: tratamiento medicofarmacológico y rehabilitación psicosocial (terapia familiar, terapia de grupo).

Los antipsicóticos o neurolépticos utilizados en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia, tienen como fin eliminar los síntomas psicóticos, pero no curan la enfermedad.

Los neurolépticos producen efectos colaterales en los pacientes como: Disquinesia paroxística o distonía de torsión medicamentosa, parkinsonismo medicamentoso, acatisia, disquinesia tardía, aquinesia. Sin embargo, actualmente existen neurolépticos con mínimos efectos colaterales.

La rehabilitación psicosocial es un proceso de larga duración que pretende ayudar a los pacientes a mejorar su funcionalidad y suscitar en ellos la esperanza de lograr mayor autonomía y mejores relaciones humanas.

Los pacientes con esquizofrenia se ausentan de la realidad y no tienen conciencia de estar enfermos, por lo que antes de iniciar el proceso rehabilitatorio es necesario la restitución parcial del juicio de realidad y de la conciencia de enfermedad.

A menudo los pacientes son dados de alta hospitalaria en un estado de remisión parcial, por lo que la familia a la que es devuelto puede beneficiarse de la terapia familiar. Un tema importante a tratar en la terapia de familia es la duración del proceso de recuperación, ya que a menudo los familiares por ignorancia o negación de la gravedad del trastorno, esperan que el paciente reanude sus actividades demasiado pronto. Así mismo se sabe que cuando un paciente tiene mayor contención familiar es mejor su reinserción al ámbito laboral, social y menor el número de recaídas.

La terapia de grupo suele centrarse en el aquí y ahora del paciente, en sus problemas, preocupaciones, relaciones y proyectos. Los grupos pueden seguir una orientación conductual, psicodinámica o introspectiva. Las terapias de grupo son útiles en el sentido de reducir el aislamiento social, incrementar el sentido de cohesión, apoyo entre los miembros del grupo, mejorando así la calidad de vida del paciente.

3. REVISIÓN HISTÓRICA SOBRE EL CONCEPTO DE INTELIGENCIA

En la historia de la humanidad los primeros escritores babilonios, griegos, hablaron de la mente, la conciencia, los poderes racionales, el intelecto, así en el siglo V a. de J.C., Alcaeon de Croton proporciona las primeras nociones de la relación entre el cerebro y la mente, concluyendo que el primero era el asiento de la actividad intelectual.

Quintiliano en el año 35 d. de J.C., habla de las diferencias de aptitud individual.

Es durante la segunda mitad del siglo XIX, que inicia el estudio e investigación exhaustiva sobre la teoría de la inteligencia y de la instrumentación para su evaluación.

Galton (1883) en el laboratorio de Kensington Museum en Inglaterra, se dedicó a evaluar en los visitantes, una cantidad de variables psicofisiológicas como la agudeza sensorial, tiempo de reacción, además de medidas antropométricas. A partir de estas múltiples medidas de cada individuo, Galton discernía algunas propiedades interesantes de relación, desarrollando las técnicas estadísticas de correlación utilizadas más tarde por Pearson para formular su concepto de correlación. En 1869 publica su capítulo: La clasificación del hombre según sus dones naturales, en el que describía mucho de lo que más tarde se convertiría en la psicología de las diferencias individuales, que creía heredadas.

Catell (1890) al publicar su trabajo titulado Mental tests and Measurements, empezó a aplicar el término "test mental". En este trabajo, describía nueve tests simples de aptitudes psicofísicas, psicomotrices, un test de memoria inmediata de letras, empleando una variedad de instrumentos utilizados cuando estudiaba en el laboratorio de Wundt en Leipzig, Alemania.

Alfred Binet (1889) era director del laboratorio de psicofisiología de la Universidad de la Sorbona en Francia. Al trabajar en colaboración con Simon (1899) en Pessay – Vaucluse, una institución para retrasados mentales, recolectan datos que utilizarían como las medidas más bajas con las cuales compararían las realizaciones de niños normales y subnormales de las escuelas parisienses a través de su escala.

Al publicar la Escala Binet – Simon en 1905 como un instrumento preliminar de la valoración de la conducta intelectual, Binet concibe a la inteligencia como un proceso global, siendo un elemento de todos los actos del comportamiento y no podía separarse de la motivación, la voluntad, la memoria, y la personalidad. Al respecto, menciona: "Todos los fenómenos de que se ocupa la psicología son fenómenos de inteligencia: la sensación y la percepción son manifestaciones tan intelectuales como lo pueda ser el razonamiento. ¿Deberíamos introducir en nuestros exámenes la medición de la sensación al modo de los psicofísicos? Una ligera reflexión nos muestra que esto supondría una pérdida de tiempo. Creo que en la inteligencia hay una facultad fundamental de juicio, llamada también del buen sentido práctico, facultad para adaptarse a las circunstancias. Juzgar bien, comprender bien y razonar bien son actividades esenciales de la inteligencia" (Binet, 1905).

Su escala tenía la finalidad de investigar el juicio, la comprensión y el razonamiento, funciones que Binet consideraba componentes esenciales de la inteligencia. Consta de 30 problemas o tests, graduados por edad mental, es decir que contiene ítems de dificultad creciente para cada nivel de edad.

El concepto de edad mental (introducido formalmente en 1908) es el nivel de edad que le corresponde a la calificación de un niño en la ejecución de una prueba. Así mismo, Stern introduce el concepto de cociente intelectual, que es igual a la edad mental sobre la edad cronológica.

La Escala Binet - Simon proporcionaba una muestra del repertorio total de los comportamientos inteligentes de un individuo, una aproximación al potencial intelectual, menciona el autor al respecto " Yo no creo que una aptitud intelectual pueda medirse del mismo modo que se mide la longitud o el volumen, no pretendo medir, sino clasificar" (Binet, 1908).

Terman (1916) realiza una revisión en la Universidad de Stanford de la Escala Binet – Simon, en la que se utiliza el Cociente de Inteligencia o I.Q. (Intelligence quotient), pero sin el uso de decimales, multiplicando por 100 el resultado de la edad mental sobre la edad cronológica.

Spearman (1904) interesado en el estudio de las aptitudes intelectivas, formula su Teoría de la inteligencia de los dos factores o Teoría Bifactorial. A partir de interpretaciones en numerosos tests postula que existe una inteligencia general, un factor causal unitario y esencial, que llamaba *g*, y que se revelaba en todas las actividades cognoscitivas. El segundo componente de la inteligencia fue calificado como factores específicos.

El factor *g*, de inteligencia general, es intraindividualmente constante e interindividualmente variable. El factor *e*, es variable intra e interindividualmente, por lo tanto es específico de cada habilidad particular.

Spearman señaló que los tests que implican abstracciones probablemente sean las más puras medidas de *g*.

Thomdike (1913) fue el primero en desarrollar claramente la teoría de la medida de la inteligencia, es decir una evaluación cuantitativa de los productos mentales en términos de número, la eficacia y velocidad con que son realizados. Las aptitudes son productos mentales colocados en diferentes clases o tipos de operación. Divide a la inteligencia en tres clases principales: a) inteligencia abstracta o verbal, que implica facilidad en el uso de los símbolos; b) inteligencia práctica, que implica facilidad en la manipulación de objetos; c) inteligencia social, que implica facilidad de trato con seres humanos.

Thurstone (1941) en su Teoría de los Factores Múltiples propone que no existen los factores *g* ni *e*, solo varias aptitudes mentales primarias o factores de grupo. Un factor de grupo es un factor común a un conjunto de habilidades afines.

Thurstone considera la inteligencia como un compuesto de un número limitado de factores de grupo. Sin embargo, posteriormente encontró que las habilidades son solo relativamente independientes entre sí y postuló un posible factor general de segundo orden, de significación análoga al factor *g* de Spearman.

Guilford (1956, 1967, 1970) considera que la estructura intelectual es compuesta de habilidades que son clasificadas de tres maneras: a) en términos de operaciones: cognición, memoria, pensamiento divergente, pensamiento convergente o evaluación; b) en términos de contenidos de estas operaciones: figurativo, simbólico, semántico o conductual; c) en término de producto: unidades, clases, relaciones, sistemas, transformaciones o implicaciones. Cuando se combinan las tres clasificaciones se obtiene un modelo cúbico, con 120 celdillas (5 operaciones X 4 contenidos X 6 productos), cada una de las cuales representa una habilidad única a causa de su idiosincrática conjunción de operación, contenido y producto.

Alexander (1935) propone algunos factores no intelectivos que han de ser considerados al evaluar la inteligencia como: el interés de un sujeto en hacer el conjunto de tareas, su persistencia en emprenderlas y sus deseos de triunfar.

Wechsler observó que al evaluar las aptitudes militares de los reclutas que fallaban repetidamente en los tests estandarizados contrastaba con una actuación laboral normal y una buena adaptación a la vida civil. Así, comienza a plantear que la inteligencia no podía ser evaluada solo en términos de aptitud intelectual y que no podía separarse del resto de la personalidad. Propone a la inteligencia como una capacidad global, formada por componentes congénitos, cognoscitivos y afectivos.

Define a la inteligencia como "La capacidad global o conjunta del individuo para actuar intencionadamente, pensar racionalmente y tratar de modo efectivo con su medio ambiente" (Wechsler, 1939). La inteligencia es global o conjunta porque está compuesta por elementos o aptitudes que, aunque no enteramente independientes, son diferenciables cualitativamente.

En 1932 es nombrado jefe de psicología en el hospital psiquiátrico Bellevue. Al ver que el Stanford - Binet no era clínicamente adecuado para los pacientes adultos, comenzó a experimentar con un gran número de tests individuales que parecían más adecuados para los adultos, hasta culminar en una batería única llamada Escala Wechsler - Bellevue y con la publicación de su libro *The Measurement of Adult Intelligence* (1939).

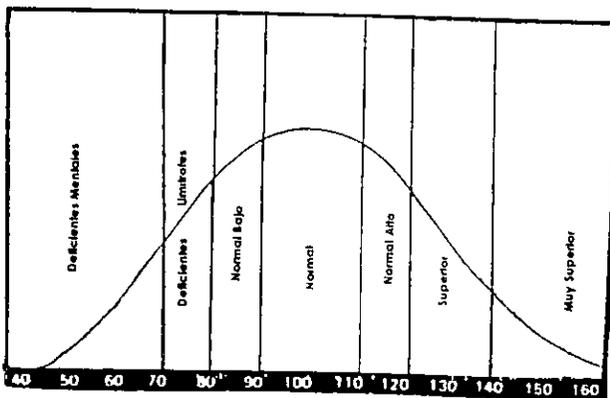
La Escala Wechsler Bellevue estaba basada en la Teoría Bifactorial de Spearman, en el sentido de que para Wechsler, existe un factor fundamental en las funciones intelectuales, sin embargo el factor general, que para Spearman era un factor primario, para Wechsler es un factor secundario, o sea funciona como unificador para la expresión unitaria de una conducta que requiere la participación de varias operaciones.

El Wechsler – Bellevue se ofreció en dos versiones, Forma I y Forma II, aunque esta última se preparó cinco años después y con el propósito de permitir una aplicación retest en las situaciones que lo exigieran.

En 1955 se realizó una revisión de la citada Forma I, llamándose Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS) que comprende once subtests, seis verbales y cinco de ejecución. El grupo normativo del WAIS constaba de 1700 personas, incluyendo igual número de hombres y mujeres, distribuidos en 7 grupos de edades, de los 16 a los 64 años, incluyéndose en cada grupo de edad un hombre y una mujer procedentes de instituciones psiquiátricas

El propósito principal del WAIS es dar una medida válida y confiable de la capacidad global intelectual del sujeto, esto puede ser representado mediante la Curva de Distribución del I.Q. que ideó Terman para representar las calificaciones de 2900 niños con la prueba de Stanford - Binet. La mayoría de las personas se concentran dentro de la gama de 90 a 110 puntos de I.Q., y su número va disminuyendo hacia los extremos de alta y baja inteligencia.

Curva de distribución del I.Q.



Wechsler realiza importantes contribuciones al proponer que el rendimiento de los adultos en tests de inteligencia desciende progresivamente con la edad, así como al observar que las lesiones cerebrales, el deterioro psicótico, y las dificultades emocionales podían afectar a algunas funciones intelectuales más que a otras, concluyendo que un análisis de la ejecución del individuo en los distintos subtests podía revelar trastornos específicos.

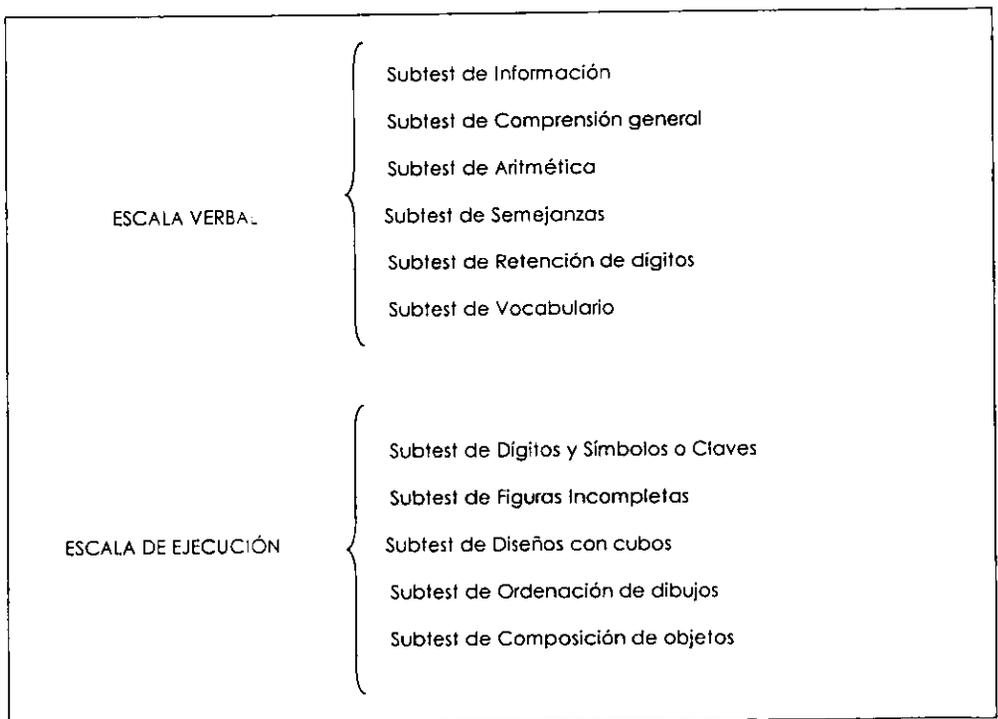
En 1981 el WAIS tiene una revisión y pasó a llamarse WAIS – R. El objetivo de esta última revisión fue actualizar algunos contenidos y proveer nuevas normas basadas en las puntuaciones obtenidas por muestras más actuales de la población. El WAIS ha sido traducido y adaptado a varios idiomas, la versión para el idioma español se llama WAIS – Español y fue presentado en 1981.

Además de su Escala de Inteligencia para Adultos, Wechsler elaboró dos escalas más: a) En 1949 la Escala de Inteligencia para el Nivel Escolar (WISC), aplicada a niños de 5 a 15 años, 11 meses; b) En 1963 la Escala de Inteligencia para los Niveles Preescolar y Primario (WPPSI), aplicada de 4 a 6 y medio años.

4. ESCALA DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS DE WECHSLER (WAIS)

El WAIS está formado por dos subescalas, una verbal y otra de ejecución, que a su vez están formadas por una serie de pruebas específicas denominadas subtests.

Los subtests son escalas heterogéneas intertest debido a que miden diferentes funciones subyacentes cada una, pero al mismo tiempo son homogéneas intratest, puesto que cada subtest mide un solo factor en toda su amplitud.



Los subtests difieren en sus características, contenido y funciones que exploran.

4.1 Escala Verbal

Los subtests que componen esta escala tienen como característica esencial requerir la expresión verbal de las respuestas. A continuación se enlistan los subtests que la conforman.

4.1.1 Subtest de Información

Antecedentes

Durante años los exámenes de aptitud intelectual han evaluado los conocimientos e información que una persona posee. La primera en demostrar la utilidad de los elementos con contenido de información fue la Escala Alpha del Ejército durante la primera guerra mundial. Desde entonces, estos elementos han sido ampliamente utilizados como partes integrantes de los tests en la medida de la inteligencia.

Aspectos explorados

El aspecto básico de esta prueba es la evaluación de la cantidad de información denominada general que el sujeto ha tomado de su ambiente circundante. Se cree que la información que posee un individuo constituye un índice de su capacidad intelectual, ya que a mayor amplitud de intereses, mayor curiosidad y mayor búsqueda de estimulación. Están evaluadas además la memoria remota, la asociación y organización de la experiencia y el área de intereses y lecturas del sujeto.

Descripción

En su edición actual, la prueba de Información contiene 29 elementos, de los cuales 16 fueron tomados del Wechsler – Bellevue I. Los elementos de medida cubren un amplio espectro de datos, desde los básicamente aprendidos, hasta conocimientos que sólo pueden ser adquiridos a través de un aprendizaje sistemático, tanto de tipo formal como informal.

Saunders (1960) sugiere una subdivisión de la prueba en cinco partes: 1) información general; 2) información popular; 3) información transcultural; 4) información científica; 5) información intracultural.

Este subtest presenta una buena correlación con la escala total y sus resultados en general se mantienen bien con la edad.

Investigaciones realizadas

En el análisis de Wechsler (1958) sobre grupos clínicos, los esquizofrénicos obtienen 3 o más unidades por encima de su media.

Norman y Wilensky (1961) compararon un grupo de 100 esquizofrénicos con el grupo de tipificación del WAIS, siendo iguales en ambos el nivel de información; observaron que las respuestas de los esquizofrénicos eran más pobres en los elementos que exigen razonamiento, en contraste con aquellos otros que requieren solo memoria.

Ventajas

Sus elementos son emocionalmente neutros.

Puede ser aplicada y puntuada en un tiempo relativamente corto, pues en la mayoría de los casos son aceptables las respuestas de una o dos palabras.

El tipo de variable examinada en esta prueba es generalmente resistente a la influencia de condiciones patológicas.

Limitaciones

A causa de la carga cultural y de formación que presentan sus elementos, esta prueba resulta indebidamente difícil para los adultos de origen extranjero, así como para aquellos otros que tienen poca escolaridad o que proceden de ambientes culturalmente bajos.

4.1.2 Subtest de Comprensión general

Antecedentes

Este tipo de elementos se introdujo en todas las revisiones del Binet, en tests colectivos del tipo Army Alpha y en todas las Escalas de Wechsler.

La prueba se apoya en una hipótesis básica: uno de los elementos importantes de la conducta inteligente es la capacidad para analizar y justificar las razones de ciertas costumbres y para actuar, con confianza, de conformidad con ellas.

Aspectos explorados

El factor de comprensión verbal influye en el desempeño de este subtest que requiere las funciones de razonamiento abstracto, organización del conocimiento, capacidad de utilizar en la práctica las experiencias y aprendizajes obtenidos.

La prueba depende ampliamente de las oportunidades culturales, del juicio social, sentido común, así como de la capacidad de un individuo para colocarse en situaciones reales que requieren conductas adecuadas y congruentes con los valores sociales.

Este subtest es particularmente vulnerable al estado emocional del momento, proporciona además datos clínicos, siendo sensible a las psicopatías, esquizofrenias y actitudes reaccionales.

Descripción

Contiene 14 situaciones problema, 8 de las cuales son del Wechsler – Bellevue Forma I. El sujeto debe comprender cuál es el problema contenido en la situación y dar la respuesta adecuada, dentro de lo que se espera en un grupo normal de comportamiento.

Investigaciones realizadas

En el análisis de Wechsler (1958) sobre grupos clínicos, obtuvo que según el tipo de esquizofrenia, las puntuaciones van a variar entre 1.5 y 2.5 unidades por encima o debajo de su media.

Dickstein y MacEvitt (1971) plantean que los elementos 3,4,5,8 y 12 exigen juicio social, mientras que en el resto intervienen refranes y cuestiones no sociales.

Ventajas

Su principal ventaja está en las implicaciones clínicas de sus respuestas y de la capacidad del sujeto para hacer frente a diversas situaciones.

Limitaciones

Debido a la ambigüedad de las respuestas, la principal dificultad de la prueba se refiere a su puntuación.

4.1.3 Subtest de Aritmética

Antecedentes

Antes de la aparición de la psicometría, se consideró que la capacidad para manipular los números y resolver problemas era una medida rápida de los procesos intelectuales.

No es concebible una civilización occidental en la cual una persona pueda adaptarse con éxito a las exigencias de la sociedad sin unos conocimientos básicos de la manipulación numérica. La Aritmética es una parte fundamental de la enseñanza básica, además de la lectura y la escritura.

Aspectos explorados

Aritmética evalúa la comprensión del concepto abstracto del número, atención voluntaria principalmente, así como de atención espontánea.

Está implicada además la búsqueda de solución a problemas con los que el sujeto abstrae la operación u operaciones numéricas de suma, resta, multiplicación y división, en forma simple o combinada.

Los resultados en este subtest están influidos por las oportunidades ambientales para adquirir los procesos básicos fundamentales, las reacciones emocionales y de inhibición escolar.

Descripción

Aritmética está constituida por 14 elementos con tiempo limitado, siendo la única prueba entre las verbales que presenta esta característica. Contiene cuatro elementos más que su versión equivalente en el Wechsler – Bellevue Forma I, y comparte con él siete de los elementos originales.

Investigaciones realizadas

En el análisis de Wechsler (1958) sobre grupos clínicos, los esquizofrénicos obtienen puntuaciones entre 1.5 y 2.5 unidades por debajo de su media.

Knox y Gríppaldi (1970) plantean que los grupos con mucha ansiedad presentaban perfiles con puntos bajos en Aritmética y Dígitos, símbolos o claves.

Ventajas

Es una buena medida de la inteligencia general.

Es de fácil aplicación y calificación.

La prueba permite una rápida estimación de las habilidades numéricas del sujeto ante problemas presentados verbalmente.

Limitaciones

Muchos sujetos encuentran amenazadora esta situación de examen de las habilidades aritméticas, asumiendo como consecuencia una actitud de inclinación hacia el fracaso.

Es susceptible a estados de tensión y ansiedad.

4.1.4 Subtest de Semejanzas

Antecedentes

Es comúnmente reconocido que las adivinanzas, acertijos y crucigramas, exigen una aplicación de la capacidad del individuo para asociar, generalizar y abstraer relaciones que aparentemente no son obvias. Es en las escalas Wechsler donde se introduce este subtest de semejanzas.

Aspectos explorados

Las funciones requeridas son la capacidad de generalización y abstracción, precedido por una adecuada formación de conceptos verbales y análisis de las relaciones entre ellos. Influye en la ejecución de esta prueba las oportunidades culturales que proporciona el ambiente, para la formación de conceptos verbales.

Se evalúa además el proceso de pensamiento, en el cual según Rapaport (1965), los sujetos buscan sus respuestas en tres planes diferentes: concreto, funcional y abstracto. En el concreto se considera una característica específica, común a dos cosas; en el funcional se considera una función o utilidad que se hace de dos cosas; en el abstracto se expresa una característica esencial a dos cosas.

Descripción

La prueba contiene 13 elementos formados por parejas de palabras, 10 de los cuales proceden del Wechsler - Bellevue. Se pide al sujeto que dé una respuesta en relación con la razón del porqué están o deben estar juntas.

Investigaciones realizadas

En el análisis de Wechsler (1958) sobre grupos clínicos, obtuvo que según el tipo de esquizofrenia, las puntuaciones pueden variar de 1.5 a 2.5 unidades por encima de su media, a 2 o más unidades por debajo de ella.

Ventajas

La aplicación es breve y la puntuación no demasiado difícil.

Limitaciones

La prueba es particularmente vulnerable a estados patológicos.

4.1.5 Subtest de Retención de dígitos

Antecedentes

La evaluación formal o sistemática de la memoria inmediata tuvo su primera expresión en los esfuerzos pioneros de Ebbinghaus (1913) cuando estudiaba la adquisición de los procesos implicados en el aprendizaje de sílabas sin sentido. Variaciones de este tema son el test de Graffman y Kendall llamado Memory for Designs (1960).

La memoria de fases y de historias y la amplitud de la retención de dígitos fueron elementos originalmente incorporados en las escalas de Binet.

La versión de Wechsler es esencialmente similar a la que presentan las escalas de Binet, con dos excepciones: 1) las series están agrupadas y se aplican consecutivamente hasta el punto crítico de fracaso; 2) se considera fracaso cuando el sujeto presenta dos fallos en una serie.

Aspectos explorados

Se requiere de la atención espontánea principalmente, atención voluntaria, memoria inmediata, imaginación auditiva y visual simultáneas.

Descripción

Es la única prueba del WAIS idéntica en formato a la existente en el Wechsler – Bellevue, aunque en el primero se ha añadido un elemento de dos dígitos en orden inverso.

La primera parte consiste en grupos de 3 a 9 dígitos que se presentan verbalmente al sujeto, y que éste tiene que repetirlos en el mismo orden. En la segunda parte se presentan al sujeto grupos de 2 a 8 dígitos que ha de repetir en orden inverso.

Esta prueba es la menos discriminativa del WAIS por su poca fiabilidad y relativamente baja correlación con el factor g (Cohen, 1957).

Investigaciones realizadas

En el análisis de Wechsler (1958) sobre grupos clínicos, los esquizofrénicos obtienen puntuaciones entre 1.5 y 2.5 unidades por debajo de su media.

Fox y Blatt (1969) proponen que la discrepancia entre las puntuaciones en Dígitos en orden directo y Dígitos en orden inverso a favor de los primeros, puede ser debido a escasa memoria auditiva, ansiedad, falta de atención o poca capacidad mental. Por otra parte, cuando la puntuación es superior en orden inverso, tal vez indique la capacidad de resistencia a la tensión al manipular estímulos auditivos en una situación difícil o quizá señale tendencia a la oposición.

Ventajas

Presenta un peso cultural mínimo.

Se aplica y califica rápidamente.

Limitaciones

La fiabilidad es baja, la prueba es una de las más pobres medidas de la inteligencia general de toda la Escala.

4.1.6 Subtest de Vocabulario

Antecedentes

Vocabulario ha sido aceptado como un índice de la inteligencia, en el Wechsler-Bellevue Forma I se utilizó como prueba complementaria, ya que se consideró que podría no ser justa o adecuada su aplicación para sujetos extranjeros o con poca cultura. Sin embargo en el WAIS, Wechsler introduce el Vocabulario como una parte integrante de la misma.

Aspectos explorados

La riqueza e integración del vocabulario depende en parte de la dotación natural y en parte del ambiente y educación de los primeros años (Rapaport, 1965).

Blatt y Allison (1968) ven en Vocabulario la amplitud de conceptos, de ideas y de experiencias acumuladas durante la vida del sujeto.

Saunders y Gittinger (1971) describen el Vocabulario de Wechsler como una medida de la amplitud simbólica.

En Vocabulario se revela la capacidad para formar conceptos verbales, de clasificación, y desarrollo del lenguaje. La escolaridad y oportunidades culturales son factores que influirán en los resultados obtenidos en este subtest.

Este subtest permite observaciones clínicas importantes: proceso de pensamiento del sujeto (calidad, extensión de las ideas y de la expresión), rasgos particulares, perseveración, redundancia, incoherencia, pudiendo llegar a aspectos patológicos.

Presenta una correlación muy elevada con la escala total y se mantiene bien con la edad, deteriorándose únicamente el nivel de las definiciones dadas. Feifil (1949) distingue cuatro tipos diferentes de definiciones: 1) Sinónimos, 2) Uso de la descripción, 3) Explicación, 4) Ilustración y demostración.

Descripción

La prueba está constituida por 40 palabras (42 en Wechsler – Bellevue Forma I) que el sujeto debe definir; están ordenadas según el índice de dificultad. A diferencia de las demás pruebas de la Escala, ninguno de los elementos procede del Wechsler – Bellevue, todos son nuevos.

Investigaciones realizadas

En el análisis de Wechsler (1958) sobre grupos clínicos, los esquizofrénicos obtienen desviaciones de 3 o más unidades por encima de su media.

Looff (1970) propone que las palabras tienden a provocar reacciones con significado clínico: la palabra Terminar puede asociarse con acabar, liquidar, o matar.

Ventajas

Vocabulario es una buena medida del factor de Comprensión Verbal.

Evalúa el nivel cultural y educativo del sujeto.

Limitaciones

Su aplicación es larga.

El sistema de puntuación tiende a ser largo, subjetivo y poco fiable.

4.2 Escala de Ejecución

En los subtests de esta escala se requiere la manipulación de algún material específico. A continuación se enlistan los subtests que la conforman.

4.2.1 Subtest de Dígitos y Símbolos o Claves

Antecedentes

Este subtest es de los más antiguos y consagrados en las pruebas psicológicas y está basado en el supuesto de que la capacidad para el aprendizaje de relaciones entre símbolos específicos y números, así como para reproducirlos rápidamente con papel y lápiz forma parte de la medida de la inteligencia.

La versión utilizada en el Wechsler – Bellevue Forma I es una adaptación a partir del Army Beta of World War I.

Aspectos explorados

La conducta motora en esta prueba es más importante que en cualquier otra del WAIS, por lo que requiere de integración y coordinación visomotora, capacidad de reproducción e imitación, concentración, memoria visual, y capacidad de reproducción e imitación.

Descripción

La edición del WAIS presenta 23 elementos más que la versión del Wechsler – Bellevue Forma I. Además de este aumento de longitud existe una pequeña modificación frente a la versión anterior: el símbolo asociado con el número 2 (una N invertida o vista en un espejo) utiliza ahora como símbolo una T rotada.

Se le presentan al sujeto una clave en la cual existen 9 símbolos formando pareja con 9 dígitos. Con esta clave a la vista, el sujeto tiene 90 segundos para copiar tantos símbolos como pueda bajo los números que aparecen en la hoja de respuestas.

Investigaciones realizadas

En el análisis de Wechsler (1958) sobre grupos clínicos, los esquizofrénicos obtienen puntuaciones entre 1.5 y 2.5 unidades por debajo de su media.

Davis, Dizonne y DeWolfe (1971) analizaron pacientes esquizofrénicos, concluyendo que los esquizofrénicos reactivos puntuaban en este subtest mejor que los esquizofrénicos en proceso.

Ventajas

Es una prueba de rápida aplicación y puntuación.

Sus resultados pueden aplicarse a la predicción de varios aspectos del aprendizaje.

Limitaciones

Es una prueba con baja medida de la inteligencia general.

Es la única que exige utilizar el lápiz, y puede presentar algunas dificultades cuando los sujetos no están acostumbrados a su uso.

Puede penalizar a los sujetos que encuentran dificultades en las pruebas de rapidez o trabajo bajo presión.

4.2.1 Subtest de Figuras Incompletas

Antecedentes

En el desarrollo humano, el niño va adquiriendo la capacidad para aprehender perceptivamente los principales componentes de los objetos familiares, y conforme va interactuando en el ambiente, se extiende a una mayor diversidad de objetos.

Existen dos métodos generales para evaluar el nivel de discriminación perceptiva: 1) pedir al sujeto que reconozca un objeto dado a partir de una presentación parcial de sus componentes; 2) pedir que identifique los componentes fundamentales que faltan en un objeto mutilado o incompleto.

El segundo método se ha utilizado en diversos tests, tales como: Army Beta, Escala de Binet, Escalas Wechsler.

Aspectos explorados

Para reconocer visualmente lo que falta en algún objeto o situación representada, es necesario conocerlos primero. Si no se percibe rápidamente el elemento ausente, el sujeto debe ser capaz de concentrarse y resistir a todo tipo de distracción.

Por lo anterior, los factores requeridos son: Percepción visual (análisis), atención voluntaria, habilidad conceptual implicada en el reconocimiento e identificación de objetos y formas conocidas.

Descripción

Es una de las dos pruebas pictóricas existentes en la Escala. Consta de 21 tarjetas que muestran una figura a la cual le falta una parte importante, ya sea en su función o en su forma y que el sujeto debe encontrar y dar su nombre.

Se han tomado once elementos del Wechsler – Bellevue y se han introducido elementos nuevos de todos los niveles de dificultad, para tener una buena variabilidad.

Investigaciones realizadas

En el análisis de Wechsler (1958) sobre grupos clínicos, obtuvo que dependiendo del tipo de esquizofrenia no se obtienen desviaciones, o se obtienen de 3 unidades por debajo de su media.

Shaw (1967) propone que las principales dificultades que encuentran los esquizofrénicos en esta prueba están relacionadas con problemas en la Organización perceptiva.

Ventajas

La prueba se aplica rápidamente y se puntúa con facilidad.

La variedad de los elementos es buena, lo cual permite evaluar a los sujetos con una amplia gama de capacidades intelectuales.

La tarea se puede clasificar como no verbal, en cuanto que se permite la señalización.

Limitaciones

El sujeto puede asumir una actitud negativista y negando la existencia de las partes que faltan.

4.2.3 Diseño con cubos

Antecedentes

Se ha considerado como un índice de la inteligencia de un sujeto, su capacidad para captar relaciones espaciales. La orientación en el espacio es uno de los elementos clave que debe poseer el sujeto para tener eficacia en su comportamiento en relación con el ambiente circundante. La orientación espacial se puede medir mediante dos procedimientos generales: 1) Cuando el individuo puede orientarse a sí mismo dentro de un ambiente; 2) Cuando el sujeto puede orientar los objetos del ambiente en modelos o diseños elegidos previamente. Así la prueba de diseño con cubos es un ejemplo de este segundo tipo de orientación espacial.

Kohs (1923) construyó por primera vez la prueba de Cubos, definiéndola como una evaluación de la inteligencia no verbal. Arthur (1930) incorporó los diseños de Kohs en su escala manipulativa. En el Wechsler – Bellevue Forma I, se introdujo cubos como una prueba formal.

Aspectos explorados

Diseño con cubos es considerado el mejor subtest de ejecución, está saturado en g y revela las perturbaciones antiguas o recientes de los procesos de percepción superiores. Presenta una buena correlación con la escala total y también con los subtests verbales. Requiere los siguientes factores: Percepción de forma; percepción visual; análisis y síntesis (análisis al descomponer en elementos la figura estímulo, y síntesis al tratar de igualar la figura integrando los elementos; integración visomotora; rapidez motora; un mínimo de discriminación del color.

Descripción

En el Wechsler – Bellevue Forma I la prueba de cubos tenía las siguientes características: Se utilizaban 16 cubos multicolores, el tiempo límite para los elementos más difíciles era de 140 segundos, la puntuación básica para un elemento correctamente contestado era de 3 puntos. En el WAIS se realizan modificaciones: se utilizan 9 cubos en dos colores: rojo y blanco, el tiempo límite para los elementos más difíciles se reduce a 120 segundos, la puntuación básica para un elemento correctamente contestado es de 4 puntos.

La prueba consiste en una serie de diez diseños geométricos que el sujeto debe reconstruir a partir de los modelos presentados en forma de tarjetas. Los primeros seis diseños se realizan con cuatro cubos, y a partir del séptimo diseño con nueve cubos.

Investigaciones realizadas

En el análisis de Wechsler (1958) sobre grupos clínicos, los esquizofrénicos obtienen puntuaciones entre 1.5 y 2.5 unidades por encima de su media.

De Wolfe, Barrett, Becker y Spaner (1971) compararon sujetos de edad avanzada, con lesiones cerebrales, con esquizofrénicos de edad similar; los que tenían lesiones cerebrales presentaron mayor déficit en la ejecución de Cubos (en relación con el nivel medio que exige la prueba) que los esquizofrénicos.

Ventajas

La prueba es una excelente medida del razonamiento no verbal y significativa de la inteligencia general.

Puede detectar problemas perceptivos puesto que en su esquema factorial interviene específicamente el factor de Organización Perceptiva.

Está libre de influencias culturales.

Limitaciones

El tiempo de aplicación puede ser largo con aquellos sujetos que son capaces de completar, o al menos de intentar, todos los elementos.

4.2.4 Subtest de Ordenación de dibujos

Antecedentes

DeCroly (1914) fue quien originalmente formuló elementos de historietas para evaluar la inteligencia. En el Wechsler – Bellevue Forma I las historias utilizadas estaban basadas en parte en las existentes de la batería Army, pero también incluyeron algunas del Pequeño Rey de Soglow, que había aparecido en el periódico New Yorker. Las existentes en el WAIS con las mismas que las del Wechsler – Bellevue Forma I con ligeras modificaciones.

La prueba Ordenación de dibujos o Historietas del WAIS intenta evaluar la comprensión básica de algunas de las costumbres más comúnmente aceptadas en la cultura actual. En la presente versión existen algunos requisitos adicionales, principalmente que el sujeto comprenda no sólo las costumbres sino también que reconstruya el tema subyacente a cada historieta.

Aspectos explorados

Es un subtest de construcción difícil debido al contenido de las historias (rol social o afectivo). Exige la comprensión de la situación en su totalidad y su organización en el tiempo y en el espacio. Es el subtest más vulnerable de toda la escala. Requiere las siguientes funciones: Percepción visual de relaciones, síntesis de material no verbal, capacidad de anticipación a partir de una situación semiestructurada, interpretación de situaciones sociales, así como un mínimo de oportunidades culturales.

Descripción

Es la segunda de las pruebas pictóricas del WAIS. De los 8 elementos que componen el subtest, seis proceden del Wechsler – Bellevue Forma I. En el WAIS es menor la bonificación por la ejecución en un tiempo reducido, y la máxima de 2 puntos en lugar de 3 de la versión anterior.

Este subtest consta de ocho series de figuras. Cada serie se le presenta al sujeto desordenadamente para que la ordene en una secuencia recta y forme una historia. De este modo, se intenta medir la comprensión y la evaluación de una situación por parte del sujeto, sin la intervención del lenguaje hablado.

Investigaciones realizadas

En el análisis de Wechsler (1958) sobre grupos clínicos, los esquizofrénicos varían mucho, desde un valor comprendido entre 1.5 a 2.5 unidades por debajo o por encima de su media.

Schill, Kahn y Meuhleman (1968) creen que las puntuaciones obtenidas en esta prueba se relacionan positivamente con la sensibilidad a las pautas sociales. Así, analizaron la relación entre las puntuaciones altas en Historietas con la participación en actividades extraescolares en estudiantes tanto del nivel secundario como universitario; los estudiantes que obtenían puntuaciones altas en la prueba generalmente tendían a informar de su participación en un mayor número de actividades extraescolares diferentes.

Ventajas

Esta prueba es una buena evaluación de la capacidad de pensamiento lógico y secuencial.

Sus puntuaciones pueden compararse con las de figuras incompletas para discriminar los defectos perceptivos como causas de los fracasos en esta prueba.

Puede esclarecer problemas emocionales, ya que pidiéndole al sujeto que cuente la historia de su construcción se puede obtener información sobre la apercepción.

Limitaciones

El tiempo requerido para su aplicación y evaluación de aspectos cualitativos de las historias es largo.

4.2.5 Subtest de Composición de Objetos

Antecedentes

Se ha considerado como un criterio válido de inteligencia la capacidad de síntesis de las partes en un conjunto que sea resultado de una manipulación visual y motora.

En la Escala Stanford Binet (1916) se encuentran las primeras variaciones de ensambles. Pintner y Paterson (1917) diseñaron los formatos que habrían de ser utilizados posteriormente en las series de Wechsler.

Aspectos explorados

Los factores requeridos son: Percepción visual, capacidad de anticipación, integración visomotora, y velocidad de la actividad motora.

Este subtest revela diferentes formas de pensamiento, ya que al realizarlo hay sujetos que ven el conjunto, pero no consiguen encajar entre sí las partes y aquellos que con ensayo y error, llegan tardíamente a descubrir el objeto.

Descripción

Hay tres elementos que son idénticos a los utilizados en el Wechsler – Bellevue Forma I y se aplican en la misma forma y orden; el cuarto es nuevo en el WAIS. El tiempo límite del segundo elemento (Perfil) del WAIS se ha reducido de 180 a 120 segundos, pero las bonificaciones por tiempo reducido se han aumentado de 6 a 9 puntos. La puntuación básica en el tercer elemento (Mano) ha aumentado de 6 a 7 puntos, pero en el primero (Niño) se ha reducido de 6 a 5 puntos.

Este subtest está constituido por cuatro figuras, las cuales le son presentadas al sujeto en forma de rompecabezas, es decir, cortadas de tal manera que puedan ser acomodadas para obtener la forma que represente un objeto familiar al examinado.

Investigaciones realizadas

En el análisis de Wechsler (1958) sobre grupos clínicos, los esquizofrénicos suelen desviarse entre 1.5 y 2.5 unidades por debajo de su media.

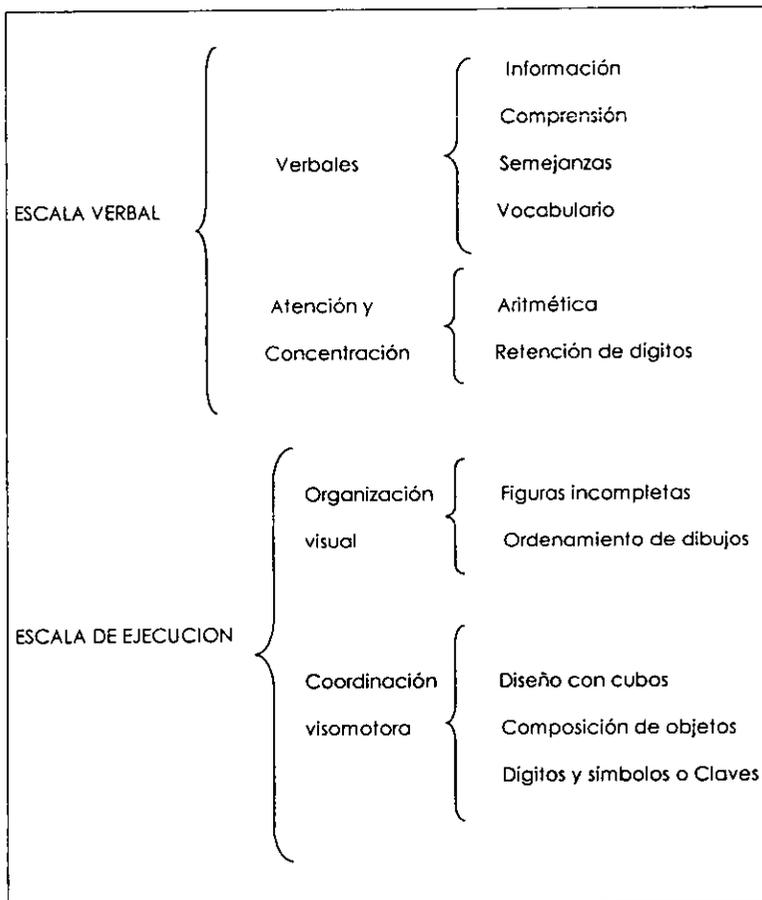
Ventajas

Por ser el último subtest que se aplica, les resulta familiar e interesante a los sujetos, por lo que asumen una actitud cooperadora.

Limitaciones

Su aplicación y presentación requieren un tiempo largo.

Rapaport (1965) propone una clasificación de los subtests en cuatro grupos, según los factores específicos que evalúan y su vulnerabilidad:



El grupo esencialmente verbal tiene como característica común el requerir la explicación verbal de los problemas y la formulación verbal de las respuestas. Sus subtests son los menos vulnerables.

En el grupo de atención y concentración la verbalización es sólo una forma de comunicación. Sus subtests son vulnerables.

El grupo de organización visual tiene como factor principal la organización visual y no supone en especial acciones motrices. Sus subtests son vulnerables.

En el grupo de coordinación visomotora subyacen funciones tanto motrices como visuales. Estos subtests son más resistentes que los demás de ejecución, pero más vulnerables que los subtests esencialmente verbales.

Morales (1993) postula que desde el punto de vista de la vulnerabilidad, se considera que el subtest de vocabulario es el menos sensible de todos y por lo tanto el que mejor sirve como parámetro de comparación de la ejecución de los demás subtests. Los más sensibles son: repetición de dígitos (escala verbal) y figuras incompletas (escala de ejecución), siendo el primero más vulnerable que el segundo. En general, los subtests de ejecución son más vulnerables que los verbales.

4. 12 Actividad cognoscitiva en pacientes esquizofrénicos

Además de las investigaciones mencionadas en el WAIS con pacientes esquizofrénicos, también se han abierto las siguientes líneas de investigación sobre la actividad cognoscitiva en pacientes con esquizofrenia:

Green y Walker (1984) estudiaron una serie de funciones cognoscitivas en pacientes esquizofrénicos agrupando a los pacientes en si eran portadores de la enfermedad tipo I (predominan síntomas positivos) ó II (predominan síntomas negativos), o si presentaban cuadros mixtos.

Esta investigación mostró una correlación significativa entre los síntomas negativos y las deficiencias en memoria visual, la velocidad motora y las pruebas de destreza. Los síntomas positivos se correlacionan con un mal desempeño de las tareas de memoria verbal y de comprensión del lenguaje. Los autores concluyen que los síntomas negativos se relacionan con funciones que requieren del procesamiento de la información visual y motora, mientras que los síntomas positivos se relacionan con los problemas de manejo de la información auditiva.

Morice y Mc Nicol (1986) no encontraron evidencia de alteraciones en las funciones básicas del lenguaje, aunque algunos estudios neurolingüísticos sugieren que hay trastornos en la sintaxis de estructuras lógico- gramaticales complejas.

Crosson y Hughes (1988) plantean que hay deficiencias en el acceso a los segmentos semánticos, así como incapacidad para mantener los referentes contextuales. De la misma manera, otros estudios señalan la presencia de alteraciones en el contenido semántico, en el discurso y en el lenguaje complejo, pero éstas son interpretadas como productos de otros déficits cognoscitivos, principalmente de atención y de funciones ejecutivas.

Mitchel y cols. (1991) suponen que los déficits cognoscitivos de los esquizofrénicos resultan de la reducción de la atención activa.

Schwartz y cols. (1992) afirman que la memoria es una función compleja compuesta por múltiples procesos y sistemas, entre los que hace destacar la memoria de información en orden temporal, el aprendizaje de procedimientos y la relación entre memoria implícita y explícita.

La memoria de información en orden temporal consiste en la capacidad para recordar la secuencia en que se presentaron los acontecimientos. Cuando se estudió este proceso en los pacientes esquizofrénicos, se encontraron deficiencias significativas en su ejecución al compararla con la de un grupo control.

El aprendizaje de procedimientos se refiere a la capacidad del individuo para descubrir la estrategia para solucionar un problema, por medio de la exposición repetida a una tarea. Al evaluar esta función encontraron que su ejecución de la tarea no mejoró a lo largo de los ensayos, como lo hicieron sujetos control.

Bajo el concepto de memoria explícita se hace referencia a la recuperación de la información de manera consciente y deliberada, a partir de la instrucción específica que se le da la sujeto de recordar el material que se le presenta. Como memoria implícita se entiende la recuperación espontánea del material, puesto que al sujeto no se le indica que debe recordar la información presentada. Los resultados obtenidos indican que estos pacientes tienen trastornos específicos en la memoria explícita cuando no hay un déficit en la implícita.

Galindo G. y Robles E. (1997) realizaron en el Instituto Mexicano de Psiquiatría una evaluación neuropsicológica de pacientes con esquizofrenia, empleando la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) y el Wisconsin Card Sorting Test. Los resultados de su investigación indican que aún cuando los valores de coeficiente intelectual de los pacientes se ubiquen dentro del rango de la normalidad promedio, exhiben deficiencias importantes para el aprendizaje, debido a una incapacidad para beneficiarse de la retroalimentación externa para formar conceptos.

Shichiri K. (1997) en el Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de Niigata Japón, elabora un estudio de la inteligencia aplicando el WAIS en subgrupos de pacientes con esquizofrenia paranoide, hebefrénica, y residual. Al evaluar el C.I. Verbal y C.I. Ejecución las puntuaciones más altas son obtenidas por los paranoides.

Índice de Deterioro

Wechsler (1955) propone el concepto de Índice de deterioro como la pérdida o disminución de las habilidades intelectuales. Se considera que una persona da evidencia de deterioro mental cuando ya no es capaz de efectuar sus tareas mentales con la velocidad, exactitud o eficacia previamente características de su nivel de funcionamiento.

El deterioro mental puede ocurrir como resultado de una enfermedad mental específica o de una lesión orgánica o cerebral, pero también resulta del proceso senil, del aumento natural de la edad.

Partiendo de la observación de que ciertas habilidades declinan más despacio con la edad que otras, Wechsler propuso un procedimiento para el cálculo del índice de deterioro, utilizando las puntuaciones obtenidas en los subtests que se mantienen con la edad (Información, Comprensión, Vocabulario, Figuras incompletas, Composición de objetos) y aquellas de los subtests que no se mantienen con la edad (Retención de dígitos, Aritmética, Semejanzas, Ordenamiento de dibujos, Diseño con cubos, Dígitos y símbolos o claves).

5. METODOLOGIA

5.1 Planteamiento del Problema

Sabiendo que los pacientes con esquizofrenia paranoide tienen déficits en algunas funciones cognitivas, se cuestiona ¿Cuáles son las funciones cognitivas medidas en los subtests del WAIS, que obtienen puntuaciones por debajo de la media en pacientes con esquizofrenia paranoide?

5.2 Hipótesis

Hipótesis de Investigación

Las funciones cognitivas medidas en los subtests de Comprensión, Retención de dígitos y Ordenamiento de dibujos del WAIS, obtienen puntuaciones por debajo de la media en pacientes con esquizofrenia paranoide.

Hipótesis Nula

Las funciones cognitivas medidas en los subtests de Comprensión, Retención de dígitos y Ordenamiento de dibujos del WAIS, no obtienen puntuaciones por debajo de la media en pacientes con esquizofrenia paranoide.

5.3 Identificación de Variables

Variable Independiente: Esquizofrenia Paranoide

Variable Dependiente: Funciones cognitivas

5.4 Definición Conceptual de Variables

Esquizofrenia Paranoide

Alteración psicótica con duración de por lo menos 6 meses, incluyendo al menos 1 mes de fase activa en la que manifiestan síntomas positivos y negativos en forma grave. Predominan ideas delirantes referenciales, de daño, persecutorias, de grandeza, religiosas, y somáticas, organizadas alrededor de un tema coherente. Las alucinaciones son principalmente auditivas, aunque pueden existir en otra forma. El lenguaje y comportamiento desorganizado no son muy distintivos, sin embargo hay una importante disfunción social y laboral (DSM IV).

Funciones cognitivas

Conjunto de habilidades utilizadas para integrar y obtener conocimiento del mundo circundante, a través de las capacidades básicas de percepción, pensamiento, lenguaje y memoria, para solucionar problemas y exigencias cotidianas.

5.5 Diseño

Se utilizó un diseño cuasiexperimental intragrupo de tipo ex post facto.

5.6 Escenario

La Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) fue aplicada al grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide en un cubículo del segundo piso sección hombres, en el horario vespertino posterior al consumo de sus alimentos. En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez se atiende a pacientes psiquiátricos agudos con tratamientos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, y rehabilitatorios.

5.7 Selección de la Muestra

El tipo de muestreo fue por cuota, eligiendo a los pacientes conforme ingresaron al servicio de piso, hasta completar un grupo de 30 sujetos diagnosticados con esquizofrenia paranoide.

El diagnóstico a considerar fue el que otorgaba el Médico Psiquiatra Adscrito en el servicio de piso, debido a que el diagnóstico establecido en el servicio de urgencias era en muchas ocasiones presuntivo y tendía a cambiar según el curso de la enfermedad.

Los sujetos se eligieron en función de los siguientes criterios de inclusión:

- Sexo: Masculino.
- Edad: Entre 20 y 50 años.
- Escolaridad: Secundaria terminada como mínimo.
- Número de internamientos: Indeterminado.
- Todos medicados.
- Sin antecedentes de complicaciones prenatales, perinatales o postnatales.
- Sin antecedentes de traumatismos craneoencefálicos.
- Sin antecedentes de toxicomanías.

Para la aplicación de WAIS se cuidó que los pacientes estuvieran en remisión de su cuadro psicótico.

Todos estos criterios de inclusión fueron confirmados durante la revisión de la historia clínica y notas de evolución en el expediente de cada paciente.

5.8 Instrumentos

- a) Expediente.
- b) Entrevista preliminar con adjunción del examen mental.
- c) Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS).

5.9 Procedimiento

Se inició con la revisión del expediente y la correspondiente historia clínica de cada paciente, a fin de asegurar su pertenencia al grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide, bajo los criterios de inclusión previamente delimitados.

Posteriormente se llevó a cabo la entrevista preliminar con adjunción del examen mental. Los puntos a valorar en cada paciente durante el examen mental fueron:

Actitud y psicomotricidad del paciente durante la entrevista. Condiciones de higiene y aseo. Orientación en persona, lugar, tiempo y circunstancia. Forma en que emite su discurso (tono, volumen, y velocidad), Lenguaje y su curso (coherente, congruente; seguimiento de directriz, descarrilamiento, tangencialidad). Contenido del pensamiento (tipo de ideas delirantes). Alteraciones senso-perceptuales (tipo y forma de las alucinaciones). Funciones mentales superiores (deterioradas, disminuidas, conservadas).

Capacidad de juicio para evaluar la realidad. Conciencia de enfermedad. Tono afectivo. Proyección a futuro.

Durante esta entrevista se pretendía conocer por medio del examen mental, si el paciente había remitido su cuadro psicótico, condición que posibilitaría la aplicación del WAIS. De haber remitido su cuadro psicótico se informaba al paciente sobre los fines del trabajo de investigación y se trataba de obtener su cooperación. De no haber remitido su cuadro psicótico se esperaba dicha remisión por efecto de psicofármacos.

Posteriormente se programaron dos entrevistas subsecuentes para la aplicación del WAIS en forma completa, presentando los subtests en el orden sugerido por el manual de la prueba. Se pensó en dos entrevistas subsecuentes, ya que no se quería sobre-esforzar al paciente y obtener resultados pocos confiables.

En la primera entrevista subsecuente se aplicaron los subtests de la Escala Verbal. En la segunda entrevista subsecuente se aplicaron los subtests de la Escala de Ejecución, además de cerrar la entrevista y agradecer al paciente su participación al trabajo de investigación.

La aplicación se llevó a cabo siguiendo cuidadosamente las instrucciones establecidas en el Manual del WAIS para cada subtest.

Una vez recopilados los 30 Protocolos del WAIS, se procedió a la calificación de éstos, siguiendo los lineamientos para las puntuaciones establecidas por el Manual del WAIS. Para asegurar la confiabilidad de los resultados obtenidos, se contó con revisión de la Supervisora de Tesis, para los 30 Protocolos de WAIS.

Finalmente se realizó el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos.

6. RESULTADOS

6.1 Análisis Cuantitativo

Una vez recopilados los 30 Protocolos del WAIS, se procedió a la calificación de éstos, siguiendo los criterios de puntuación para cada subtest, según lo indicaba el Manual del WAIS.

Primero se obtuvieron los resultados en puntuaciones naturales de cada uno de los 30 pacientes en las Escalas Verbal y de Ejecución, tal y como se representa en las Tablas 1 y 2 respectivamente.

A partir de las puntuaciones naturales se obtuvieron los resultados en puntuaciones normalizadas, recurriendo para ello al Cuadro de puntuaciones normalizadas equivalentes a puntuaciones naturales, propuesto por el Manual del WAIS. Así se presentan en las Tablas 3 y 4, las puntuaciones normalizadas de cada uno de los 30 pacientes en las Escalas Verbal y de Ejecución respectivamente.

De este punto en adelante, todo el Análisis Cuantitativo se realizó con base en las puntuaciones normalizadas, ya que son éstas indicativas del resultado de un paciente, ubicándolo por arriba o debajo de la media. Cabe mencionar que durante los trabajos de estandarización del WAIS, se estableció a 10 como puntuación media normalizada.

TABLA 1: Escala Verbal con Puntuaciones Naturales

Pacientes	INFORMACION	COMPRESION	ARITMETICA	SEMEJANZAS	RET.DIGITOS	VOCABULARIO
Paciente 1	26	11	10	22	10	61
Paciente 2	19	10	10	12	9	48
Paciente 3	14	13	9	13	11	36
Paciente 4	22	13	15	23	11	60
Paciente 5	21	17	9	12	8	51
Paciente 6	21	11	11	13	8	42
Paciente 7	17	13	4	8	8	48
Paciente 8	17	10	10	9	8	51
Paciente 9	13	12	7	12	6	45
Paciente 10	24	21	12	14	10	56
Paciente 11	19	12	12	17	8	57
Paciente 12	14	15	10	13	8	52
Paciente 13	17	10	7	5	8	34
Paciente 14	16	14	5	14	7	40
Paciente 15	19	15	8	15	10	61
Paciente 16	19	9	7	12	9	48
Paciente 17	14	14	8	7	9	41
Paciente 18	14	15	11	14	10	47
Paciente 19	21	13	15	12	7	64
Paciente 20	25	17	11	16	10	66
Paciente 21	25	13	10	15	8	66
Paciente 22	13	15	11	9	10	43
Paciente 23	20	15	8	15	8	52
Paciente 24	22	17	14	20	9	56
Paciente 25	20	20	12	17	12	55
Paciente 26	21	13	14	13	7	53
Paciente 27	16	15	14	19	11	58
Paciente 28	13	14	8	14	9	38
Paciente 29	8	6	6	11	7	40
Paciente 30	13	13	5	9	10	40

TABLA 2: Escala de Ejecución con Puntuaciones Naturales

Pacientes	CLAVES	FIGURAS INCOM.	CUBOS	ORD.DIBUJOS	COMP.OBJETOS
Paciente 1	44	15	45	24	33
Paciente 2	40	11	25	8	23
Paciente 3	34	10	29	22	19
Paciente 4	43	18	48	26	35
Paciente 5	41	15	33	18	31
Paciente 6	28	9	28	16	10
Paciente 7	40	19	32	12	23
Paciente 8	24	15	41	18	29
Paciente 9	31	9	28	18	27
Paciente 10	54	14	44	26	19
Paciente 11	48	17	32	18	32
Paciente 12	32	15	28	16	16
Paciente 13	22	7	28	10	10
Paciente 14	33	12	22	12	20
Paciente 15	39	17	45	18	31
Paciente 16	23	5	24	16	22
Paciente 17	36	11	24	14	21
Paciente 18	36	8	45	12	22
Paciente 19	29	14	28	4	19
Paciente 20	35	18	47	12	31
Paciente 21	27	16	28	16	18
Paciente 22	56	12	33	18	21
Paciente 23	25	13	30	22	22
Paciente 24	50	18	46	14	35
Paciente 25	26	16	32	16	22
Paciente 26	23	10	24	12	9
Paciente 27	49	16	38	16	29
Paciente 28	35	9	32	12	16
Paciente 29	15	9	20	4	7
Paciente 30	34	10	18	8	7

TABLA 3: Escala Verbal con Puntuaciones Normalizadas

Pacientes	INFORMACION	COMPRESION	ARITMETICA	SEMEJANZAS	RET. DIGITOS	VOCABULARIO
Paciente 1	16	6	9	15	9	13
Paciente 2	12	6	9	9	7	11
Paciente 3	9	7	8	10	10	9
Paciente 4	13	7	14	16	10	13
Paciente 5	13	10	8	9	6	11
Paciente 6	13	6	10	10	6	10
Paciente 7	11	9	5	7	6	11
Paciente 8	11	6	9	8	6	11
Paciente 9	9	6	7	9	2	10
Paciente 10	14	13	11	10	9	12
Paciente 11	12	7	11	12	6	12
Paciente 12	9	9	9	10	6	11
Paciente 13	11	6	7	6	6	9
Paciente 14	10	7	5	10	4	10
Paciente 15	12	9	7	11	9	13
Paciente 16	12	5	7	9	7	11
Paciente 17	9	8	7	7	7	10
Paciente 18	9	9	10	10	9	11
Paciente 19	13	7	14	9	4	14
Paciente 20	15	10	10	11	9	14
Paciente 21	15	7	9	11	6	14
Paciente 22	9	9	10	8	9	10
Paciente 23	12	9	7	11	6	11
Paciente 24	13	10	13	13	7	12
Paciente 25	12	12	11	12	11	12
Paciente 26	13	7	13	10	4	11
Paciente 27	10	9	13	13	10	12
Paciente 28	9	8	7	10	7	9
Paciente 29	6	4	6	9	4	10
Paciente 30	9	7	5	8	9	10

TABLA 4: Escala de Ejecución con Puntuaciones Normalizadas

Pacientes	CLAVES	FIG.INCOMP.	CUBOS	ORD.DIBUJOS	COMP.OBJETOS
Paciente 1	8	11	14	10	10
Paciente 2	7	8	8	4	7
Paciente 3	6	8	9	9	6
Paciente 4	8	13	17	11	11
Paciente 5	8	11	10	8	10
Paciente 6	5	7	9	7	3
Paciente 7	7	14	10	6	7
Paciente 8	5	11	12	8	9
Paciente 9	6	7	9	8	8
Paciente 10	10	10	14	11	6
Paciente 11	9	12	10	8	10
Paciente 12	6	11	9	7	5
Paciente 13	4	6	9	5	3
Paciente 14	6	9	7	6	6
Paciente 15	7	12	14	8	10
Paciente 16	5	5	7	7	7
Paciente 17	7	8	7	6	6
Paciente 18	7	7	14	6	7
Paciente 19	6	10	9	0	6
Paciente 20	7	13	16	6	10
Paciente 21	5	11	9	7	5
Paciente 22	10	9	10	8	6
Paciente 23	5	9	9	9	7
Paciente 24	9	13	15	6	11
Paciente 25	5	11	10	7	7
Paciente 26	5	8	7	6	3
Paciente 27	9	11	11	7	9
Paciente 28	7	7	10	6	5
Paciente 29	3	7	6	0	2
Paciente 30	6	8	6	4	2

Retomando las hipótesis planteadas en la parte metodológica:

Hi: Las funciones cognitivas medidas en los subtests de Comprensión, Retención de dígitos y Ordenamiento de dibujos del WAIS, obtienen puntuaciones por debajo de la media en pacientes con esquizofrenia paranoide.

Ho: Las funciones cognitivas medidas en los subtests de Comprensión, Retención de dígitos y Ordenamiento de dibujos del WAIS, no obtienen puntuaciones por debajo de la media en pacientes con esquizofrenia paranoide

Por la necesidad de comprobar si los subtests ya mencionados en las hipótesis se encontraban por debajo de la media (10), se procedió a calcular las medidas de tendencia central (media, mediana, moda), así como las medidas de variabilidad (desviación estándar y varianza) para cada uno de los once subtests pertenecientes a la Escala Verbal y de Ejecución, tal y como está indicado en las Tablas 5 y 6 respectivamente.

Así mismo, por medio de un análisis de frecuencias, se calculó el porcentaje de puntuaciones que se encontraban por debajo de la media (10) para cada uno de los once subtests pertenecientes a la Escala Verbal y de Ejecución, tal y como está representado en las Tablas 7 y 8 respectivamente.

TABLA 5: Escala Verbal con medidas de tendencia central y medidas de variabilidad

Pacientes	INFORMACION	COMPRESION	ARITMETICA	SEMEJANZAS	RET. DIGITOS	VOCABULARIO
Paciente 1	16	6	9	15	9	13
Paciente 2	12	6	9	9	7	11
Paciente 3	9	7	8	10	10	9
Paciente 4	13	7	14	16	10	13
Paciente 5	13	10	8	9	6	11
Paciente 6	13	6	10	10	6	10
Paciente 7	11	9	5	7	6	11
Paciente 8	11	6	9	8	6	11
Paciente 9	9	6	7	9	2	10
Paciente 10	14	13	11	10	9	12
Paciente 11	12	7	11	12	6	12
Paciente 12	9	9	9	10	6	11
Paciente 13	11	6	7	6	6	9
Paciente 14	10	7	5	10	4	10
Paciente 15	12	9	7	11	9	13
Paciente 16	12	5	7	9	7	11
Paciente 17	9	8	7	7	7	10
Paciente 18	9	9	10	10	9	11
Paciente 19	13	7	14	9	4	14
Paciente 20	15	10	10	11	9	14
Paciente 21	15	7	9	11	6	14
Paciente 22	9	9	10	8	9	10
Paciente 23	12	9	7	11	6	11
Paciente 24	13	10	13	13	7	12
Paciente 25	12	12	11	12	11	12
Paciente 26	13	7	13	10	4	11
Paciente 27	10	9	13	13	10	12
Paciente 28	9	8	7	10	7	9
Paciente 29	6	4	6	9	4	10
Paciente 30	9	7	5	8	9	10
SUMATORIA	341	235	271	303	211	337
MEDIA	11.367	7.833	9.033	10.100	7.033	11.233
MEDIANA	12	7	9	10	7	11
MODA	9	7	7	10	6	11
DESVIACION EST.	2.282	2.001	2.632	2.218	2.205	1.455
VARIANZA	5.206	4.006	6.93	4.921	4.861	2.116

TABLA 6: Escala de Ejecución con medidas de tendencia central y medidas de variabilidad

Pacientes	CLAVES	FIG.INCOMP.	CUBOS	ORD.DIBUJOS	COMP.OBJETOS
Paciente 1	8	11	14	10	10
Paciente 2	7	8	8	4	7
Paciente 3	6	8	9	9	6
Paciente 4	8	13	17	11	11
Paciente 5	8	11	10	8	10
Paciente 6	5	7	9	7	3
Paciente 7	7	14	10	6	7
Paciente 8	5	11	12	8	9
Paciente 9	6	7	9	8	8
Paciente 10	10	10	14	11	6
Paciente 11	9	12	10	8	10
Paciente 12	6	11	9	7	5
Paciente 13	4	6	9	5	3
Paciente 14	6	9	7	6	6
Paciente 15	7	12	14	8	10
Paciente 16	5	5	7	7	7
Paciente 17	7	8	7	6	6
Paciente 18	7	7	14	6	7
Paciente 19	6	10	9	0	6
Paciente 20	7	13	16	6	10
Paciente 21	5	11	9	7	5
Paciente 22	10	9	10	8	6
Paciente 23	5	9	9	9	7
Paciente 24	9	13	15	6	11
Paciente 25	5	11	10	7	7
Paciente 26	5	8	7	6	3
Paciente 27	9	11	11	7	9
Paciente 28	7	7	10	6	5
Paciente 29	3	7	6	0	2
Paciente 30	6	8	6	4	2
SUMATORIA	198	287	307	201	204
MEDIA	6.600	9.567	10.233	6.700	6.800
MEDIANA	6.5	9.5	9.5	7	7
MODA	7	11	9	6	7
DÉSVIACION EST.	1.734	2.359	2.979	2.493	2.631
VARIANZA	3.007	5.564	8.875	6.217	6.924

TABLA 7: Análisis de frecuencias del porcentaje de puntuaciones que se encuentran por debajo de la media, para los subtests de la Escala Verbal

Información

Puntuación	f	fc	fr (%)	frc (%)
16	1	30	3.33	100
15	2	29	6.67	96.67
14	1	27	3.33	90
13	6	26	20	86.67
12	6	20	20	66.67
11	3	14	10	46.67
10	2	11	6.67	36.67
9	8	9	26.67	30
6	1	1	3.33	3.33

Rango: 10

Comprensión

Puntuación	f	fc	fr (%)	frc (%)
13	1	30	3.33	100
12	1	29	3.33	96.66
10	3	28	10	93.33
9	7	25	23.33	83.33
8	2	18	6.67	60
7	8	16	26.67	53.33
6	6	8	20	26.66
5	1	2	3.33	6.66
4	1	1	3.33	3.33

Rango: 9

Aritmética

Puntuación	f	fc	fr (%)	frc (%)
14	2	30	6.67	100
13	3	28	10	93.33
11	3	25	10	83.33
10	4	22	13.33	73.33
9	5	18	16.67	60
8	2	13	6.67	43.33
7	7	11	23.33	36.66
6	1	4	3.33	13.33
5	3	3	10	10

Rango: 9

Semejanzas

Puntuación	f	fc	fr (%)	frc (%)
16	1	30	3.33	100
15	1	29	3.33	96.67
13	2	28	6.67	93.34
12	2	26	6.67	86.67
11	4	24	13.33	80
10	8	20	26.67	66.67
9	6	12	20	40
8	3	6	10	20
7	2	3	6.67	10
6	1	1	3.33	3.33

Rango: 10

Retención de dígitos

Puntuación	f	fc	fr (%)	frc (%)
11	1	30	3.33	100
10	3	29	10	96.66
9	7	26	23.33	86.66
7	5	19	16.67	63.33
6	9	14	30	46.66
4	4	5	13.33	16.66
2	1	1	3.33	3.33

Rango: 9

Vocabulario

Puntuación	f	fc	fr (%)	frc (%)
14	3	30	10	100
13	3	27	10	90
12	5	24	16.67	80
11	9	19	30	63.33
10	7	10	23.33	33.33
9	3	3	10	10

Rango: 5

TABLA 8: Análisis de frecuencias del porcentaje de puntuaciones que se encuentran por debajo de la media, para subtests de la Escala Ejecución

Claves

Puntuación	f	fc	fr (%)	frc (%)
10	2	30	6.67	100
9	3	28	10	93.32
8	3	25	10	83.32
7	7	22	23.33	73.32
6	6	15	20	49.99
5	7	9	23.33	29.99
4	1	2	3.33	6.66
3	1	1	3.33	3.33

Rango: 7

Figuras Incompletas

Puntuación	f	fc	fr (%)	frc (%)
14	1	30	3.33	100
13	3	29	10	96.67
12	2	26	6.67	86.67
11	7	24	23.33	80
10	2	17	6.67	56.67
9	3	15	10	50
8	5	12	16.67	40
7	5	7	6.67	23.33
6	1	2	3.33	6.66
5	1	1	3.33	3.33

Rango: 9

Cubos

Puntuación	f	fc	fr (%)	frc (%)
17	1	30	3.33	100
16	1	29	3.33	96.65
15	1	28	3.33	93.32
14	4	27	13.33	89.99
12	1	23	3.33	76.66
11	1	22	3.33	73.33
10	6	21	20	70
9	8	15	26.67	50
8	1	7	3.33	23.33
7	4	6	13.33	20
6	2	2	6.67	6.67

Rango: 11

Ordenamiento de dibujos

Puntuación	f	fc	fr (%)	frc (%)
11	2	30	6.67	100
10	1	28	3.33	93.34
9	2	27	6.67	90
8	6	25	20	83.34
7	6	19	20	63.34
6	8	13	26.67	43.34
5	1	5	3.33	16.67
4	2	4	6.67	13.34
0	2	2	6.67	6.67

Rango: 11

Composición de objetos

Puntuación	f	fc	fr (%)	frc (%)
11	2	30	6.67	100
10	5	28	16.67	93.34
9	2	23	6.67	76.67
8	1	21	3.33	70
7	6	20	20	66.67
6	6	14	20	46.67
5	3	8	10	26.67
3	3	5	10	16.67
2	2	2	6.67	6.67

Rango: 9

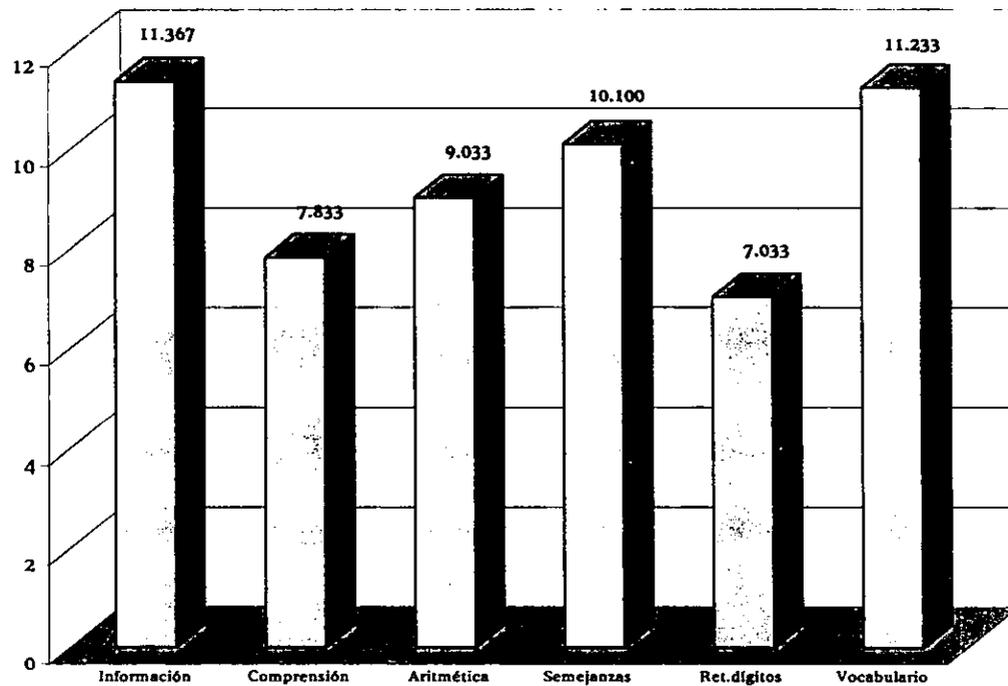
Haciendo referencia al cálculo de la media por subtest, los siguientes obtuvieron puntuaciones por debajo de la media (10): Claves (6.600), Ordenamiento de dibujos (6.700), Composición de objetos (6.800), Retención de dígitos (7.033), Comprensión (7.833), Aritmética (9.033) y Figuras incompletas (9.567). (Ver Gráficas A, B, y C).

A través del análisis de frecuencias por subtest, los siguientes obtuvieron un porcentaje mayor al 50% de puntuaciones colocadas por debajo de la media (10): Claves (93.32%), Ordenamiento de dibujos (90.01%), Retención de dígitos (86.66%), Comprensión (83.33%), Composición de objetos (76.67%) y Aritmética (60%).

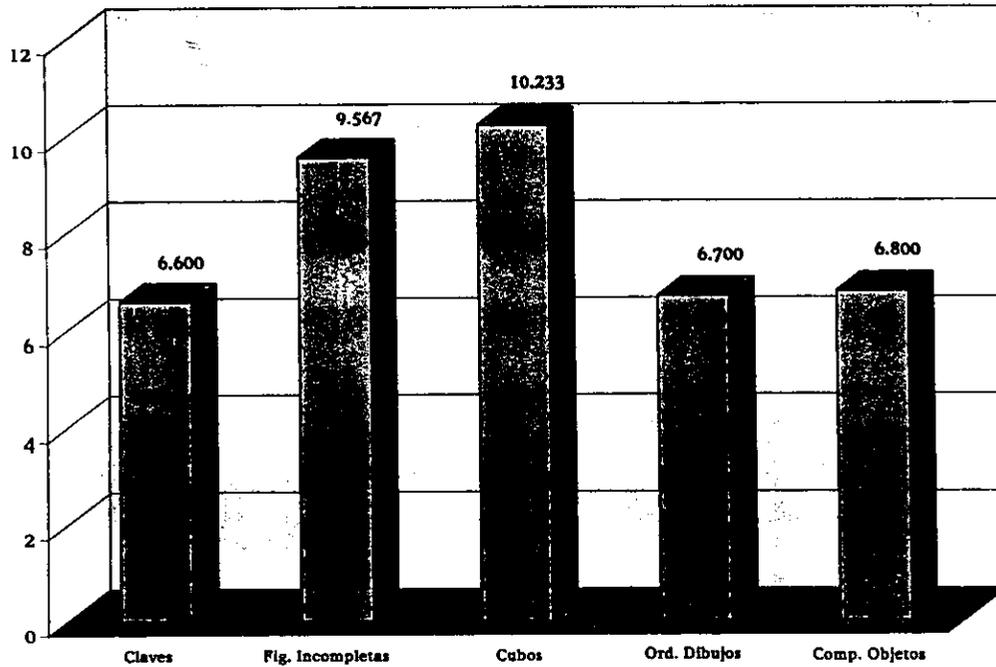
Para obtener mayores referencias de los resultados obtenidos por el cálculo de la media y el análisis de frecuencias se recomienda consultar la Tabla 9.

De lo anterior se concluye una aceptación de la Hipótesis de investigación y un rechazo de la Hipótesis nula, por lo tanto los subtests de Comprensión, Retención de dígitos y Ordenamiento de dibujos obtienen puntuaciones por debajo de la media.

GRAFICA A: Puntuación media de cada subtest de la Escala Verbal



GRAFICA B: Puntuación media de cada subtest de la Escala de Ejecución



GRAFICA C: Puntuación media de cada subtest de la Escala Total

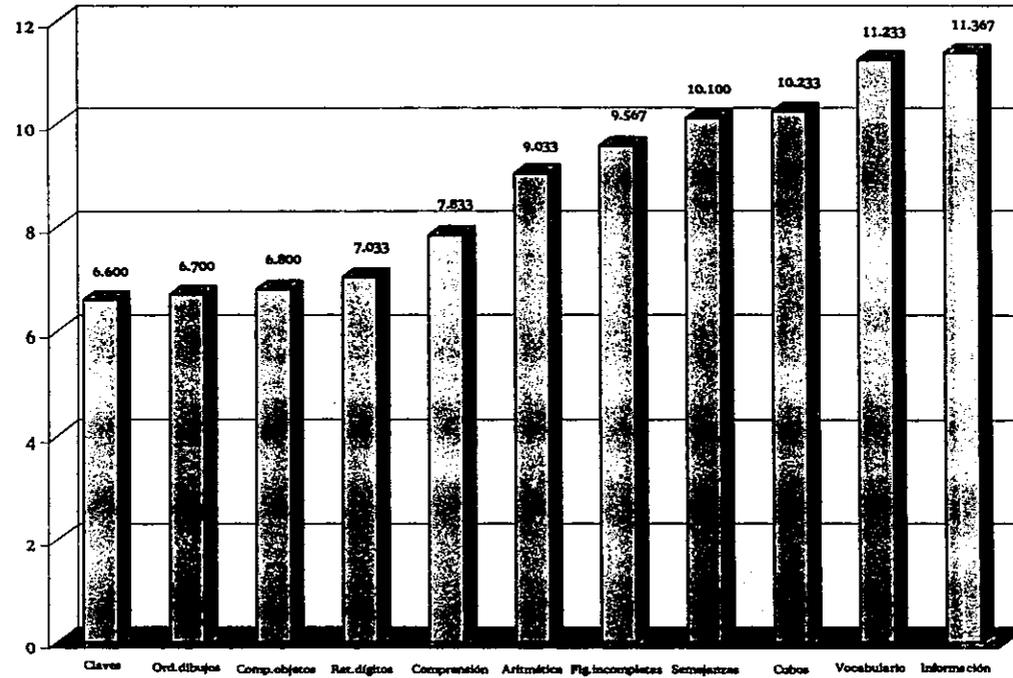


TABLA 9: Cuadro comparativo de los resultados obtenidos mediante la puntuación media y el análisis de frecuencias de todos los subtests

Subtest	Puntuación media	Subtest	%Puntuaciones por debajo de la media	%Puntuaciones por arriba de la media
Claves	6.600	Claves	93.32%	6.68%
Ordenamiento de dibujos	6.700	Ordenamiento de dibujos	90.01%	9.99%
Composición de objetos	6.800	Retención de dígitos	86.66%	13.34%
Retención de dígitos	7.033	Comprensión	83.33%	16.67%
Comprensión	7.833	Composición de objetos	76.67%	23.33%
Aritmética	9.033	Aritmética	60%	40%
Figuras incompletas	9.567	Figuras incompletas	50%	50%
Semejanzas	10.100	Cubos	50%	50%
Cubos	10.233	Semejanzas	40%	60%
Vocabulario	11.233	Información	30%	70%
Información	11.367	Vocabulario	10%	90%

Además del análisis ya expuesto, se tuvo la necesidad de emplear la prueba estadística ANOVA (Análisis de varianza de dos factores) para encontrar la relación existente entre los subtests y el desempeño de los pacientes, tanto en la Escala Verbal como en la Escala de Ejecución. Por esto se plantearon las siguientes hipótesis:

Escala Verbal

Subtests (Columnas)

Ho: $\mu c1 = \mu c2 \dots \mu c6$

Hi: Ho No

Desempeño de los pacientes (Filas)

Ho: $\mu r1 = \mu r 2 \dots \mu r 30$

Hi: Ho No

Fuente de Variación	SC	g.l.	CM	F
Filas	382.2	29	13.179	4.434
Columnas	477.066	5	95.413	32.104
Error	430.933	145	2.971	
Total	1290.2	179		

Decisión

F obs. 32.104 > 2.276*, por lo tanto Ho se rechaza y Hi se acepta. Esto significa que existe diferencia entre los subtests de la escala verbal.

F obs. 4.434 > 1.545*, por lo tanto Ho se rechaza y Hi se acepta. Esto significa que existe diferencia en el desempeño de los pacientes en los subtests de la escala verbal.

Escala Ejecución

Subtests (Columnas)

Ho: $\mu c1 = \mu c2 \dots \mu c5$

Hi: Ho No

Desempeño de los pacientes (Filas)

Ho: $\mu r1 = \mu r2 \dots \mu r30$

Hi: Ho No

Fuente de Variación	SC	g.l.	CM	F
Filas	549.740	29	18.957	6.519
Columnas	375.907	4	93.977	32.320
Error	337.293	116	2.908	
Total	1262.940	149		

Decisión

F obs. $32.320 > 2.450^*$, por lo tanto Ho se rechaza y Hi se acepta. Esto significa que existe diferencia entre los subtests de la escala de ejecución.

F obs. $6.519 > 1.565^*$, por lo tanto Ho se rechaza y Hi se acepta. Esto significa que existe diferencia en el desempeño de los pacientes en los subtests de la escala de ejecución.

*Valores obtenidos de las puntuaciones al 5% de significancia para la Distribución F de Downie N. Métodos estadísticos aplicados. Ed. Harla, 5ª. Edición, México, 1986.

Dados las características del WAIS, estaba implicado dentro del análisis cuantitativo, el cálculo del Coeficiente Intelectual Grupal. El procedimiento seguido para ello consistió en obtener para cada paciente el C.I. Verbal, C.I. de Ejecución y C.I. Total a partir de las puntuaciones verbales, de ejecución y total, utilizando los cuadros presentados por el manual referentes a las Equivalencias de C.I. por edades.

En la Tabla 10 se representan las puntuaciones verbales, de ejecución y totales, además del C.I. Verbal, C.I. de Ejecución y C.I. Total para cada paciente. Es importante mencionar que en esta tabla existen tres columnas a la derecha de los C.I., que es indicativa del nivel de clasificación de capacidad intelectual obtenida por cada paciente. Las puntuaciones, clasificaciones, y simbolización de C.I. están señalados en la Tabla 11.

Para calcular el C.I. Verbal Grupal, C.I. de Ejecución Grupal, C.I. Total Grupal, se tuvo la necesidad de conocer la edad promedio grupal, para esto se realizó la Tabla 12 en la que se encuentran la edad de cada paciente, además de información en general sobre ellos. La edad promedio grupal es de 33 años.

Partiendo de las puntuaciones verbales, de ejecución y totales de la muestra, se calculó la media para cada grupo de puntuaciones. Retomando la edad promedio grupal de 33 años, se procedió al obtener el C.I. Grupal Verbal, C.I. Grupal de Ejecución y C.I. Grupal Total con los cuadros equivalentes de C.I. por edades presentados por el manual.

El C.I. Grupal Verbal con puntuación de 96 se ubicó en una clasificación Normal; el C.I. Grupal de Ejecución con puntuación de 88 se ubicó en una clasificación Abajo del Normal; el C.I. Grupal Total con puntuación de 92 se ubicó en una clasificación Normal. (Ver Tabla 13 y Grafica D).

TABLA 10: C.I. Verbal, C.I. Ejecución y C.I. Total obtenidos por los pacientes con esquizofrenia paranoide

Pacientes	Puntuación Verbal	Puntuación de Ejecución	Puntuación Total	C.I. VERBAL	S	C.I. EJECUCION	S	C.I. TOTAL	S
Paciente 1	68	53	121	110	>N	116	>N	113	>N
Paciente 2	54	34	88	93	N	80	<N	87	<N
Paciente 3	53	38	91	92	N	85	<N	88	<N
Paciente 4	73	60	133	112	>N	114	>N	113	>N
Paciente 5	57	47	104	99	N	108	N	103	N
Paciente 6	55	31	86	95	N	80	<N	88	<N
Paciente 7	49	44	93	90	N	91	N	90	N
Paciente 8	51	45	96	91	N	99	N	94	N
Paciente 9	43	38	81	84	<N	83	<N	83	<N
Paciente 10	69	51	120	109	N	100	N	106	N
Paciente 11	60	49	109	100	N	104	N	102	N
Paciente 12	54	38	92	93	N	85	<N	89	<N
Paciente 13	45	27	72	87	<N	82	<N	84	<N
Paciente 14	46	34	80	85	<N	80	<N	82	<N
Paciente 15	61	51	112	102	N	100	N	101	N
Paciente 16	51	31	82	91	N	80	<N	86	<N
Paciente 17	48	34	82	89	<N	78	L	83	<N
Paciente 18	58	41	99	98	N	93	N	96	N
Paciente 19	61	31	92	101	N	80	<N	91	N
Paciente 20	69	52	121	109	N	108	N	109	N
Paciente 21	62	37	99	102	N	88	<N	96	N
Paciente 22	55	43	98	95	N	96	N	95	N
Paciente 23	56	39	95	96	N	91	N	93	N
Paciente 24	68	54	122	108	N	110	>N	109	N
Paciente 25	70	40	110	109	N	88	<N	100	N
Paciente 26	58	29	87	98	N	78	L	89	<N
Paciente 27	67	47	114	107	N	95	N	102	N
Paciente 28	50	35	85	89	<N	81	<N	85	<N
Paciente 29	39	18	57	78	L	59	RML	68	RML
Paciente 30	48	26	74	89	<N	68	RML	79	L

Medias

57

40

97

TABLA 11: Puntuaciones, clasificaciones y simbolizaciones de la capacidad intelectual

C.I.	CLASIFICACION	SIMBOLIZACION *
130 y o más	Muy superior	>S
120-129	Superior	S
110-119	Arriba del normal	>N
90-109	Normal	N
80-89	Abajo del normal	<N
70-79	Límitrofe	L
69-50	Retraso Mental Leve	RML
49-30	Retraso Mental Moderado	RMM
29o menos	Retraso Mental Profundo	RMP

* La simbolización expuesto en la tabla fue creada con fines prácticos de la presente investigación

TABLA 12: Información general sobre los pacientes con esquizofrenia paranoide

Pacientes	Edad	Fecha nacimiento	Ingreso urgencias	Internamientos	Estado civil	Escolaridad	Última ocupación
Paciente 1	47	22-Ene-52	08-Jul-99	17	soltero	Preparatoria completa	Ninguna
Paciente 2	31	19-Abr-68	05-Ago-99	2	soltero	Preparatoria incompleta	Ninguna
Paciente 3	29	18-Sep-69	04-Ago-99	1	separado	Preparatoria incompleta	Vigilante seguridad
Paciente 4	30	12-Sep-68	11-Ago-99	3	soltero	2o. Semestre Ingeniería Química	Vigilante seguridad
Paciente 5	49	30-Ago-49	21-Ago-99	5	casado	1o. Semestre Arquitectura	Velador
Paciente 6	35	16-Jun-64	20-Ago-99	2	casado	Normal de maestros	Profesor primaria
Paciente 7	23	01-Dic-75	08-Sep-99	1	soltero	4o. Semestre Artes Visuales	Estudiante
Paciente 8	40	12-Feb-59	18-Sep-99	20	soltero	Preparatoria incompleta	Jardinero
Paciente 9	22	15-Ago-77	22-Sep-99	2	soltero	Secundaria completa	Ayudante restaurante
Paciente 10	23	21-Jun-76	29-Sep-99	1	soltero	Ingeniería Mecánica Eléctrica incompleta	Estudiante
Paciente 11	44	24-Jun-55	01-Nov-99	5	separado	Preparatoria completa	Ninguna
Paciente 12	26	09-Nov-73	06-Nov-99	2	soltero	6o. Semestre Ingeniería Mecánica Eléctrica	Estudiante
Paciente 13	45	24-Abr-54	12-Dic-99	6	separado	3o. Semestre Contabilidad	Ayudante en ingeniería
Paciente 14	25	20-Sep-74	15-Ene-00	1	soltero	Preparatoria completa	Ayudante en ingeniería
Paciente 15	24	12-Abr-75	01-Ene-00	1	soltero	Licenciatura en informática incompleta	Garafero
Paciente 16	36	30-Dic-63	08-Feb-00	2	soltero	Cinematografía	Cineasta
Paciente 17	24	21-Ago-75	16-Feb-00	1	casado	Secundaria completa	Vigilante seguridad
Paciente 18	36	11-Sep-63	05-Mar-00	3	soltero	Preparatoria incompleta	Intendencia
Paciente 19	43	22-Ene-57	26-Mar-00	2	soltero	Licenciatura en Matemáticas	Profesor matemáticas
Paciente 20	36	26-Jul-63	31-Mar-00	3	soltero	10o. Semestre de Arquitectura	Mozo restaurante
Paciente 21	36	21-Dic-63	06-Abr-00	2	soltero	4o. Semestre Licenciatura en Historia	Ayudante mercado
Paciente 22	36	28-Jul-63	13-Abr-00	3	soltero	3o. Semestre Administración de Empresas	Obrero
Paciente 23	36	18-Ago-63	16-Abr-00	3	soltero	Licenciatura en Derecho incompleta	Ninguna
Paciente 24	35	30-Jul-64	01-May-00	6	soltero	Biología incompleta	Electricista
Paciente 25	25	27-Jun-74	05-May-00	1	soltero	Secundaria completa	Aprendiz carpintería
Paciente 26	39	11-Ene-61	03-May-00	9	soltero	Maestría en Historia del Arte	Bibliotecario
Paciente 27	24	19-Jul-75	16-May-00	1	soltero	Preparatoria completa	Auxiliar administrativo
Paciente 28	33	05-Abr-67	06-Jun-00	5	soltero	Secundaria completa	Ayudante restaurante
Paciente 29	33	18-Sep-66	01-Jun-00	2	soltero	8o. Semestre Contabilidad	Vigilante seguridad
Paciente 30	23	22-Mar-77	30-May-00	1	soltero	Secundaria completa	Músico

Promedio de edad por grupo: 33 años

Moda: 36 años

GRAFICA D: C.I. Grupal Verbal, C.I. Grupal Ejecución y C.I. Grupal Total

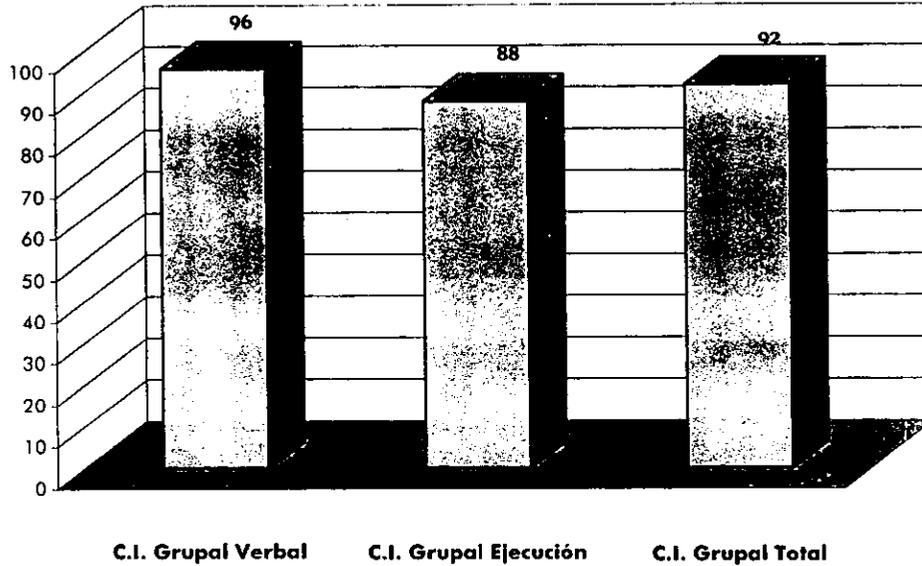


TABLA 13: Cuadro de puntuaciones de C.I. Grupal Verbal, C.I. Grupal Ejecución y C.I. Grupal Total

Puntuación Grupal Verbal	Puntuación Grupal Ejecución	Puntuación Grupal Total	C.I. Grupal Verbal	C.I. Grupal Ejecución	C.I. Grupal Total
57	40	97	96 N	88 <N	92 N

6.2 Análisis Cualitativo

A continuación se exponen algunas de las respuestas encontradas durante la aplicación de los subtests del WAIS, en las cuales se denota la influencia de una afectividad patológica e ideas delirantes en las producciones mentales cognitivas.

Información

Instrucciones: Le voy a hacer algunas preguntas y usted me va a contestar con lo que recuerde.

- Pregunta No. 13. ¿Por qué son más calientes las ropas oscuras que las claras?

Por el material que traen: poliéster, lana, etc. (Paciente 2).

Porque el color oscuro es mágico. (Paciente 18).

- Pregunta No. 29. ¿Qué son los apócrifos?

Libros que no sirven, ya que están hechos a estilos de los hombres y no del Padre de las Luces. (Paciente No. 13).

Son apodos. (Paciente 22).

Comprensión

Instrucciones: Voy a hacerle una serie de preguntas, usted debe contestarme con lo que conozca o lo que haría estando en una situación como las que le plantearé a continuación.

- Pregunta No. 3. ¿Qué haría usted si se encuentra en la calle un sobre sellado, con la dirección escrita y que además tiene una estampilla nueva?

Me quedaba con él, no quiero meterme en broncas,... pueden pensar que me lo robé. (Paciente 8).

Llevarlo a dónde dice la dirección, pero si el Padre me advierte de algún peligro no iría. (Paciente 13).

Nada levanto de la calle. (Paciente 18).

Leer el remitente. Si no quiero meterme en problemas, devolverlo al destinatario si está cerca; si no llevarlo al correo. (Paciente 19).

Recogerlo y entregarlo a quien corresponda o dejarlo tirado, ya que me puedo meter en problemas, me pueden acusar de que me lo quería robar. (Paciente 25).

□ Pregunta No. 4. ¿Por qué debemos alejarnos de las malas compañías?

Porque nos pueden llevar a un mal rato, a un mal destino. Ocasionan mala suerte. (Paciente 9).

Porque meten información negativa por posiciones, ondas electromagnéticas, por el habla. (Paciente 15)

Porque son malos, nos pueden perjudicar algún día. (Paciente 18).

□ Pregunta No. 5. ¿Qué haría si dentro del cine usted fuera la primera persona que viera humo y fuego?

Si estuviera de buenas daría el grito de alarma, pero antes que nada me salvaría yo, porque creo que toda la gente es mala. Solo confío en la biblia. (Paciente 1).

□ Pregunta No. 7. ¿Qué significa este refrán "No dejes para mañana lo que puedes hacer hoy"?

Significa que uno debe apurarse a que llegue el otoño o el invierno, ya que después no se encuentra trabajo, ni alimentos. (Paciente 26).

□ Pregunta No. 9. Si usted estuviera perdido de día en un bosque ¿Cómo haría para encontrar el camino de regreso?

Buscaría respuesta de Dios por dónde salir. (Paciente 13).

□ Pregunta No. 13. ¿Qué significa este refrán: "Mucho ruido y pocas nueces"?

Falta de valor y voluntad. (Paciente 4).

□ Pregunta No. 14. ¿Qué significa este refrán: "Una golondrina no hace el verano"?

Que el tiempo no se puede detener. (Paciente 4).

Que una golondrina vuela a la primavera, en el verano se muere de calor. (Paciente 8).

Que no porque hay una golondrina existe el verano. (Paciente 9).

Las golondrinas no se dan en verano, sino en primavera. (Paciente 11).

Quien sabe, ... en verano se esconden las golondrinas. (Paciente 12).

Que en el verano no hay golondrinas. (Paciente 20).

Semejanzas

Instrucciones: Le voy a decir dos palabras y usted debe decirme en qué se parecen, qué tiene de igual.

- Pareja No. 3: Hacha – Sierra

Las dos tienen filo, nos pueden dañar o cortar si no se usan adecuadamente. (Paciente 19).

- Pareja No. 4: Perro – León

Son animales que anidan pulgas si no se bañan, nos pueden morder, son carnívoros, mamíferos. (Paciente 19).

Vocabulario

Instrucciones: Quiero que me diga el significado de algunas palabras. ¿Qué quiere decir...?

- Palabra No. 10. Ocultar

Esconder algo que los demás no deben saber, por ejemplo: La magia, los dones. (Paciente 11).

Mecanismo por el cual no se permite ver lo que es visible por trampa, juego o malevolencia. (Paciente 16).

- Palabra No. 22. Obstruir

Estar estorbando, no dejar hacer las cosas, se obstruye para molestar. (Paciente 22).

- Palabra No. 23. Remordimiento

Algo que el hombre sufre a causa de su maldad, de sus pecados. (Paciente 13).

Esconder alguna cosa que se tenga, porque es algo valioso y para que no te lo roben. (Paciente 20).

- Palabra No. 26. Renuente

Tener rechazo a algo, por ejemplo: Yo le tengo repugnancia a lo inmasculinidad. (Paciente 11).

□ Palabra No. 27. Calamidad

Desastre enviado por Dios a los pecadores. Mala suerte. Desastre cuantioso. (Paciente 4).

Carecer de suerte y fortuna. (Paciente 9).

Algo estupefacto, repugnante, una extremidad mala. Por ejemplo: Que el hombre acabe con el mismo hombre solamente por poder. (Paciente 11).

Que te hagan una broma pesada. (Paciente 14).

Algo que no se puede tolerar, ni pasar por alto ... un abuso, causar daño. (Paciente 18).

□ Palabra No. 28. Fortaleza

Hacer frente a los problemas, a las críticas. (Paciente 19).

□ Palabra No. 34. Audaz

Una persona que desafía algo. Por ejemplo: En las brujerías. (Paciente 23).

□ Palabra No. 38. Plagiar

Humillar a una persona inventándole cosas que no son ciertas. (Paciente 8).

□ Palabra No. 39. Acribillar

Repetir mucho una cosa como "Estoy loco" ... acribillar con las palabras. (Paciente 20).

□ Palabra No. 40. Parodia

Enfermedad mental. (Paciente 22).

Ordenamiento de dibujos

Instrucciones: Tengo un grupo de tarjetas con dibujos, pero están en un orden equivocado. Este ejercicio se trata de que usted arregle las tarjetas en un orden adecuado, para que cuenten una historia que tenga sentido.

□ Historia No. 5 Entrada

Orden establecido por el subtest: OPENS

(Paciente 9)

Orden dado por el paciente: OPENS

Desarrollo de la historia dada por el paciente: Una persona va a entrar por una puerta

Llega y toma la chapa

Se da cuenta que está muy pesada, ... no puede abrirla

Llega otra persona anciana

Abre bien fácil, no sé porqué.

(Paciente 11)

Orden dado por el paciente: OPENS

Desarrollo de la historia dada por el paciente: Le dan ganas de orinar, se dirige al baño

Trata de abrir por la prisa

No puede, pero finalmente entra

Sale descansado porque orinó

Entra otro.

(Paciente 12)

Orden dado por el paciente: OPENS

Desarrollo de la historia dada por el paciente: Una persona quiere entrar a una puerta

Agarra la manija de la puerta para entrar

El señor quiere abrir la puerta pero es difícil y la jalonea

No pudo entrar y se refira, pero otro señor va caminando y...

Entra ... es que de tanto jaloneo que le dieron a la puerta ya se pudo abrir ... por eso entró fácilmente el señor del bastón.

(Paciente 14)

Orden dado por el paciente: OPENS

Desarrollo de la historia dada por el paciente: Un señor quiere entrar a una puerta y se le queda viendo

Toma la chapa

Se esfuerza por entrar ... se encuentra a un señor al que le dice que quiere entrar, pero éste señor le contesta que esa entrada es solo para él

Se mete el segundo señor, abriendo con una llave especial

El primero se va. Son como actores.

(Paciente 15)

Orden dado por el paciente: OPENS

Desarrollo de la historia dada por el paciente: Un señor iba caminando y se encontró una puerta

Tomó la manija

Intentó abrirla ... no pudo

Se fue enojado

Después se da cuenta que otro señor entra fácilmente, yo creo que tenía llaves.

(Paciente 27)

Orden dado por el paciente: OPENS

Desarrollo de la historia dada por el paciente: Un señor va hacia una puerta

La trata de abrir

Se esfuerza en abrirla y no puede

El señor se retira, pero un señor que estaba atrás si logra entrar

Porque el primero ya había aflojado la puerta.

□ Historia No. 8 Taxi

Orden establecido por el subtest: SALMUE, SAMUEL, AMUELS

(Paciente 10)

Orden dado por el paciente: SALEMU

Desarrollo de la historia dada por el paciente: Un señor lleva el busto de una mujer

Decide tomar un coche para transportarse

El busto con el movimiento del taxi se fue inclinando poco a poco, hasta pegarse al señor

El señor se intimida, porque pensó lo que pensarían de él.

(Paciente 20)

Orden dado por el paciente: SALEMU

Desarrollo de la historia dada por el paciente: Un señor lleva un maniquí

Toma un taxi

Voltea a ver al maniquí

Y lo acerca a él para que parezca que va acompañado de una mujer... tal vez le quiere dar celos a su esposa

La cabeza del maniquí se inclina mucho ... se rompió su cabeza

El señor voltea a ver el maniquí y se da cuenta que lo estafaron al darle un maniquí roto.

CONCLUSIONES

Mediante el desarrollo de la presente investigación se confirma la hipótesis de investigación propuesta, por lo tanto "Las funciones cognoscitivas medidas en los subtests de Comprensión, Retención de dígitos y Ordenamiento de dibujos del WAIS, obtienen puntuaciones por debajo de la media en pacientes con esquizofrenia paranoide".

Se encontró que otros subtests obtienen puntuaciones por debajo de la media, además de los propuestos en la hipótesis de investigación, por lo que a continuación se comentará brevemente sobre el porqué de estos resultados, tomando en consideración la función cognoscitiva subyacente a los subtests.

Como es sabido, el ser humano está conformado para experimentar estados afectivos que constituyen el principal engranaje que impulsa toda la vida psicológica, desde la personalidad y conducta, hasta las producciones mentales resultantes de las funciones cognoscitivas.

Los estados afectivos están integrados por emociones primarias y secundarias. En las emociones primarias se halla la respuesta directa del instinto que asegurar la perduración del individuo y de la especie, siendo estas emociones, el miedo, cólera y amor. Las emociones secundarias son derivados y combinaciones de las primarias.

El miedo es la respuesta del instinto de conservación del individuo ante los peligros que amenazan su integridad, tanto sean las agresiones desde el exterior como las perturbaciones somáticas que producen malestar o dolor. El miedo provoca en el terreno psíquico una vivencia de reducción o contracción de la personalidad. La actitud que se asume ante el miedo es de huida, aunque también se llega a estados de inmovilidad o pérdida del conocimiento.

La emoción colérica muestra la reacción del instinto de conservación ante los peligros que amenazan a los intereses y a la integridad del individuo, que ataca y destruye para defenderse. Se experimenta psíquicamente una sensación de expansión, como si se produjera un aumento de volumen de la personalidad.

El amor tiene como fin la conservación de la especie, siendo una emoción sexual que se manifiesta psíquicamente por la sensación de expansión.

Al realizar inferencias de las causas por las que algunas funciones cognoscitivas obtuvieron puntuaciones por debajo la media en pacientes con esquizofrenia paranoide, es de suma importancia considerar que la afectividad patológica de estos pacientes, en donde predominan las emociones primarias de miedo y cólera han de impregnar todas las elaboraciones mentales cognitivas.

Atención

En el período de comienzo de la enfermedad se produce una disociación de la atención, que disminuye su funcionamiento conjugado en sus modalidades espontánea y voluntaria. La atención es movilizada por el mecanismo afectivo bajo la forma de interés, por lo que la atención voluntaria está activa, pero introvertida, aplicada a la investigación de las sensaciones de cambio y transformación de la personalidad. En la fase activa de la enfermedad, la atención voluntaria se encuentra aplicada en las elaboraciones delirantes y alucinatorias.

Por el contrario, en el período de comienzo y fase activa de la enfermedad, la atención espontánea se encuentra activa en lo exterior ayudando a que el paciente extienda sus recursos de vigilancia, preocupado por todo lo que pudiera tramarse contra él.

En la fase de remisión la atención voluntaria vuelve en forma gradual al mundo exterior, actuando en forma conjugada con la atención espontánea.

En los Subtests de Retención de Dígitos, Aritmética y Figuras Incompletas se obtuvieron puntuaciones por debajo de la media, por lo que se infiere que aún en la fase de remisión existen déficits en la atención en sus modalidades espontánea y voluntaria.

El Subtest de Retención de Dígitos exige un mayor aporte de atención espontánea que voluntaria, por el contrario el subtest de Aritmética exige un mayor aporte de atención voluntaria que espontánea, concluyendo que existe un mayor déficit de la atención espontánea que de la voluntaria.

Juicio social

Los delirios en la esquizofrenia paranoide se originan de un problema ideoaectivo, hasta constituirse en delirios sistematizados, verosímiles o inverosímiles (en su mayoría) e influidos por el nivel intelectual y cultural de cada paciente.

La desviación del juicio siempre es debida a una carga afectiva de gran intensidad, por lo cual el juicio y la razón se mantienen alejados de la lógica formal y sometidos en sus elaboraciones al influjo de una lógica afectiva que falsea la verdad y permanece en error.

En los Subtests de Comprensión y Ordenamiento de dibujos se obtuvieron puntuaciones por debajo de la media, ya que ambos requieren una adecuada interpretación y adaptación a situaciones sociales, en las cuales los pacientes con esquizofrenia paranoide actúan con un juicio desviado, dando una lectura a la realidad acorde a sus afectos de desconfianza, perjuicio, persecución y acusación.

Coordinación Visomotora

El Subtest de Dígitos y Símbolos o Claves y el Subtest de Composición de objetos presentan puntuaciones por debajo de la media debido a que los efectos colaterales de los antipsicóticos repercuten de manera directa en la coordinación y rapidez visomotora.

El Subtest de Diseño con cubos no obtuvo puntuaciones por debajo de la media ya que evalúa principalmente la capacidad de análisis y síntesis de la percepción visual, sin embargo si se obtuvieron deficiencias temporarias, por lo que se evidencia de igual forma una disminución de la integración visomotora.

Verbales

Los Subtests de Información, Vocabulario, y Semejanzas presentan puntuaciones por arriba de la media, por lo que se infiere que hasta el inicio de la enfermedad y aún después los pacientes han sido receptivos a la información que han recibido de su medio circundante, por lo que han adquirido la capacidad de formar conceptos verbales, clasificarlos, y reagruparlos asociativamente según lo exija una situación determinada.

LIMITACIONES

- ❑ La principal limitación que se tuvo al realizar la investigación fue el encontrar pacientes con esquizofrenia paranoide que reunieran todos los criterios de inclusión, siendo la principal restricción el que no tuvieran la escolaridad mínima de secundaria requerida para la aplicación del WAIS. Por tal motivo el reunir a los pacientes que conformarían la muestra, llevó un tiempo de aproximado de once meses.
- ❑ Una vez que se encontraba a un paciente que reunía todos los criterios de inclusión, había que esperar a que remitiera sus alucinaciones y delirios, además de que tuviera efectos colaterales mínimos por antipsicóticos, por lo que se retrasaba aún más la aplicación del WAIS.
- ❑ En muchas ocasiones era difícil obtener la cooperación del paciente, ya que aún en fase de remisión se presentaban síntomas negativos.
- ❑ Aunque se encontró bibliografía referentes a investigaciones previas en las que se utilizó el WAIS en pacientes con esquizofrenia, no se encontró ninguna en la que se especificara que era esquizofrenia de tipo paranoide, ni en la que se hiciera un análisis minucioso de las funciones cognitivas que evalúa cada uno de sus subtests.

SUGERENCIAS

Considerando que los resultados obtenidos en la presente investigación se consideran una aproximación al estudio de las funciones cognitivas en pacientes con esquizofrenia paranoide, es conveniente señalar algunas sugerencias con las cuales se exhorte al profesional de la salud a continuar en la investigación de esta entidad psiquiátrica, en vías de mejorar la atención brindada al paciente en su rehabilitación. A continuación se hacen algunas sugerencias que pudieran abrir nuevas líneas de investigación.

- ❑ Realizar una réplica del estudio con una muestra mayor.
- ❑ Llevar a cabo investigaciones similares a la presente, pero con los subtipos de esquizofrenia desorganizado, indiferenciado y residual, a fin de analizar cuales son las funciones cognitivas que presentan déficits en comparación con las de la esquizofrenia paranoide.
- ❑ Resultaría interesante aplicar el WAIS neuropsicológico para enriquecer la interpretación de los datos que pudieran obtenerse.
- ❑ A partir de las funciones cognitivas que se encuentran por encima de la media, investigar cuáles serían las ocupaciones que favorecerían la inserción al ámbito laboral de estos pacientes.

ANEXO 1

En la esquizofrenia paranoide las ideas delirantes se organizan alrededor de un tema, presentándose con verosimilitud o inverosimilitud, e influidas en su elaboración por el nivel intelectual, y cultural de cada paciente. A continuación se exponen algunas ideas delirantes obtenidas en el curso de la presente investigación.

"Mi paranoia comenzó cuando vivía en la casa del hijo de León Trotsky, mi papá era parte de los guardias de esa casa. Ahora la gente me quiere destruir porque saben que yo soy el que manda que se presenten temblores, el que un volcán estalle ... y es que tengo tanta fuerza mental que puedo destruir todo el mundo.

Sé que mi mamá y mi hermano hicieron un pacto ... a la muerte de mi mamá, mi hermano va a matarme y creo que hasta los médicos están cansados de verme por aquí, así que me dan medicamentos con efectos colaterales, para que al comer yo me ahogue" (Paciente 1).

Ante la presencia de síntomas psicóticos los familiares del paciente mencionado a continuación lo llevan con un brujo, el paciente menciona en la entrevista "Me quitaron mi hombría, siento mis piernas delgadas como de una princesa, ... no tengo la fuerza de un hombre. No puedo tener una relación con una muchacha porque no tengo erección en mis genitales ... ese es mi único problema" (Paciente 9).

El paciente refiere haber iniciado con sus problemas a los 13 años "Yo ya tenía vello en mis genitales y mis compañeros no, yo los veía masturbarse, jugaban a ver quién llegaba más lejos cuando eyaculaba, por imitación hice lo mismo ... sentí mucho placer pero mi líquido era verde, no blanco. Eso pasó la primera vez y pensé que había salido de ese color porque mi cuerpo todavía no estaba preparado para eso ... creo que eso debe darse naturalmente en los sueños húmedos, me vino entonces una deficiencia hormonal y me empecé a sentir amanerado, pero no soy homosexual, le tengo repugnancia a la inmasculinidad, esa ha sido la lucha de toda mi vida...creo que si hubiera sido homosexual me hubiera matado de la desesperación".

"Creo que en mis genes ya venía algo así porque se burlaban de mi papá porque le gustaba el equipo de las chivas y dicen que eso es de maricones, cuando tomaba se perdía de la realidad y empezaba a abrazar a sus sobrinas".

Menciona que en su primer internamiento en la Clínica San Rafael fue tratado por un Dr. Flores "Yo quería que el doctor me ayudara a confirmar mi masculinidad, pero yo creo que él tenía el mismo problema porque era pelón, él diseñó un plan que tenía como fin controlarme, todo lo programó ... a mi familia, las personas que conozco, lo que dicen en la radio, los mensajes en la televisión. El doctor quería encontrar la cura para la inmasculinidad y quería que yo le sirviera de ejemplo a la ciencia".

Me responde al finalizar la entrevista "Programaron que yo la conociera, todo de usted el tipo de persona que es, su tez, su pelo, sus lentes ... las preguntas que me hace en la prueba psicológica no son normales (haciendo referencia al WAIS). Ahora mismo pueden estar escuchando lo que digo, me pueden estar viendo, usted puede tener en sus oídos un apuntador, sabe perfectamente que decir, que callar ... la mandaron a investigarme" (Paciente 11).

"Los presidentes han blasfemado en contra de el padre de las luces, ellos pagarán por su maldad, porque no creen en el poder de la palabra. Tengo el poder de curar a la gente con solo tocarla o estrechar su mano...el ayuno nos purifica...tengo que esparcir la palabra del señor. Escucho a aquellos que me injurián, me dicen que soy un pecador pero no lo soy".

"A los 8 años me metí con un hombre que trabajaba para mis papás ... le decían el diablo...luego cuando crecí yo me metía con niños. Dios me dice que yo debo ser un hombre ... un varón".

Durante la aplicación del subtest Figuras Incompletas del WAIS, al ver la lámina No.7 el paciente menciona: "Ahh... este hombre está solo porque no le gustan las mujeres...le gustan cosas indebidas como los hombres" (Paciente 13).

Un paciente con licenciatura en informática menciona lo siguiente: "Todo empezó cuando fabriqué una computadora autónoma, piensa por sí misma, es la más moderna de todo el mundo y me mandaba ondas electromagnéticas para incrementar mi "CHI" que es la energía vital para volverme más inteligente, pero se le pasó la mano ya que ahora me controla y me tiene en entrenamiento de autodefensa".

"La computadora hizo a los primeros modelos de los CYBORGS (organismos cibeméticos), yo los ví y los corregí, eran de metal con tejido humano por fuera... los fabriqué para defender el planeta porque iban a venir otros alienígenas que eran muy malos".

"Ahora todos son robots, hasta mis familiares, están en mi contra, me dañan, se ríen de mí, me violan, me dicen lo que tengo que hacer por telepatía, me tienen para sus experimentos, me roban mis ideas por eso mejor quiero quedarme sin pensar".

"Mi problema es que me duele la cabeza, el cuerpo porque los robots me atacan con ondas electromagnéticas" (Paciente 15).

Paciente que es traído al hospital por pérdida cutánea del escroto cuando se lo autoresecciona con tijeras, ameritando cierre quirúrgico. "Sé que las cicatrices cambian el color de la piel, por eso lo hice, de cualquier forma me interesa seguir con el tratamiento estético para aclarar el tono de la piel del escroto, me gustaría tenerlo de color rosa, es que mis parejas me han rechazado por eso, dicen que no les gusta mi color... así es el mundo homosexual"

"Cuando tenía siete años los amigos de mis hermanos me acariciaban, desde ahí me gustaban los hombres...siempre lo supe" (Paciente 16).

"Soy vigilado por el grupo de Tlaxcala de Alejo Peralta que se dedican a robar mercancía que traen al país por el programa de abastecimiento ... quieren que yo me reintegre a su grupo por eso en cuanto salgo a la calle dos autos me persiguen".

"Los integrantes del grupo de Alejo Peralta son animales, edefesios, enanos, seres sin forma, pero con las prótesis ya pueden disfrazarse de gente normal".

"Mis hermanos son de ese grupo, quieren que acabe como momia y por eso ponen la olla express para que yo tenga un accidente y me desfigure" (Paciente 19).

"Los japoneses pusieron cámaras y un reactor nuclear en mi casa porque querían matarme. El reactor nuclear me disparó un rayo lazer en la columna por lo que estoy lleno de energía nuclear, no necesito comer, ni dormir".

"Mi mamá siempre quizo que estuviéramos los dos juntos, hasta que yo iba en segundo de secundaria nos dormíamos en la misma cama ... nunca conocí a mi papá, yo era el hijo bastardo" (Paciente 20).

"Tengo una dualidad, en estado inconsciente soy Dios ... Jesucristo, pero en estado consciente soy Ignacio, esto es necesario para que ustedes lo comprendan y pueda estar entre ustedes. Ya se acerca el fin del mundo, he tenido revelaciones de Dios que eran imágenes que pasaban por mi mente, por eso me preparaba dejando de comer" (Paciente 21).

"Mi familia es mi peor enemigo porque Satán la ha poseído, todo lo que hacen es por medio de la brujería. He tenido varias tentaciones donde me habla el diablo pidiéndome que hiciera el amor con otro hombre, pero como yo soy testigo de Jehová y leo la biblia no dejé que lo hiciera" (Paciente 29).

BIBLIOGRAFIA

BAN, T. y MC EVOY, J. (1982). La esquizofrenia: Diagnóstico, bioquímica y tratamiento (Revisión de la literatura internacional). Salud Mental, Vol. 5, No. 1, Marzo: 30-35. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

BARS, M.T. (1994). Neuropsicología Clínica: más allá de la psicometría. Barcelona: Mosby Doyma Libros.

BETA, J. (1980). Manual de Psiquiatría. Síndrome esquizofrénico, 377-426.

CROW, T.U. (1985). The two syndrome concept origins and current status. Schizophrenia Bulletin, 11: 471-486.

DE LECUONA, J. M. y JOSEPH, K. S. (1993). Dopamine hipótesis of schizophrenia revisited. Psychiatric Annals, 23: 179-185.

DIAZ, M.R. y MUROW, E. (1996). El manejo integral del paciente esquizofrénico. Salud mental, Vol. 19, No. 4, diciembre: 1-7. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

DOWNIE, N.M y HEATH, R.W. (1986). Métodos Estadísticos Aplicados. México: Editorial Harla. Quinta edición.

EY, H., BERNARD, P., y BRISSET, Ch. (1990). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ediciones Masson. Octava edición.

FENTON, W. S. y MC GLASHAN, T. H. (1993). Historia natural de los subtipos de la esquizofrenia (Revisión de la literatura internacional). Salud Mental, Vol. 16, No. 2, junio: 51-54. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

GALINDO, G. y SALVADOR, J. (1993). La neuropsicología contemporánea. Salud Mental, Vol. 16, No. 1, marzo: 44-50. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

GALINDO, G. y VILLA, M. (1995). Estudio del paciente esquizofrénico por medio de una metodología neuropsicológica dinámica. Salud Mental, Vol. 18, No. 3, septiembre: 1-13. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

GALINDO, G. y VILLA, M. (1997). Evaluación neuropsicológica de un grupo de pacientes con esquizofrenia. Salud Mental, Vol. 20, sup. octubre: 28-31. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

GARNICA, P.R. (1995). Esquizofrenia: Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica. México, D.F.: Psicofarma. Primera edición.

GREEN, M. y WALKER, E. (1984). Susceptibility to backward masking in schizophrenic patients with positive or negative symptoms. American Journal of Psychiatry, 141:1273-1275.

HEINZE, G. y PAEZ, F. (1994). Biología de la esquizofrenia. Salud Mental, Vol. 17, No. 2, junio: 7-15. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

KAPLAN, H. I. , SADOCK, B., y GREBB, J. (1995). Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la conducta. Editorial Médica Panamericana. Séptima edición.

KERLINGER, F.N. (1975). *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. México D.F.: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana.

KOLB, L.C. (1992). *Psiquiatría Clínica Moderna*. México: Prensa Médico Mexicana, 408-483.

LEONHARD, K. (1980). Contradictory issues in the origin of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 136: 437-444.

MAGNUSSON, M.D. (1979). *Teoría de los tests*. Editorial Trillas. Segunda edición.

MATARAZZO, J. D. (1976). *Wechsler medida y valoración de la inteligencia del adulto*. Barcelona: Editores Salvat.

MC GUIGAN, F.J. (1976). *Psicología Experimental: Enfoque metodológico*. México, D.F.: Ed. Trillas.

MORALES, M. L. (1992). *Psicometría Aplicada*. México: Editorial Trillas, 71-142.

MORICE, R.D. y Mc NICOL, D. (1986). Language changes in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 12: 239-251.

NIETO, D. (1974). La anatomía de la esquizofrenia y la teoría dopaminérgica. *Salud Mental*, Vol. 1. No. 3: 12-18. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

PICHOT, P. (1995). *DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Ediciones Masson, 279-322.

RAPAPORT, D. (1965). Tests de diagnóstico psicológico. Buenos Aires: Ed. Paidós.

SALIN, R. (1997). Bases bioquímicas y farmacológicas de la Neuropsiquiatría. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 149-158.

SAMPIERI, R.H. (1991). Metodología de la Investigación. México, D.F.: Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana.

SCHWARTS, B.L. y cols. (1992). Toward a neuropsychology of memory in schizophrenia. Psychopharmacology Bulletin, 28: 341-351.

TORTORA, G. J. y ANAGNOSTAKOS, N. P. (1984). Principios de Anatomía y Fisiología. México, D.F.: Ed. Harla. Tercera edición.

VEGA, M. (1992). Introducción a la Psicología Cognoscitiva. México, D.F.. Alianza Editorial Mexicana.

WECHSLER, D. (1995). Manual Escala de Inteligencia para Adultos (WAIS). México, D.F.: Ed. Manual Moderno.

ZIMMERMAN, L.I. (1989). Interpretación clínica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS). Madrid: TEA Ediciones.