

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



---

---

LA ANGUSTIA COMO FACTOR DE CRONICIDAD

EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

VICTOR LEON CAMPOS

MEXICO, D. F.

1982



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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## INDICE.

	PAG.
INTRODUCCION .....	1
I.- MARCO TEORICO .....	3
II.- JUSTIFICACION .....	59
III.- PROBLEMA .....	59
IV.- HIPOTESIS .....	59
V.- OBJETIVOS .....	60
VI.- MATERIAL Y METODOS .....	60
VII.- ANALISIS DE RESULTADOS .....	63
VIII.- CONCLUSIONES .....	65
IX .- BIBLIOGRAFIA .....	67
X.- APENDICE .....	69

## INTRODUCCION.

El desarrollo del individuo consiste en el desplegamiento de potencialidades biológicas innatas, contenidas en el plasma-germinal, bajo la influencia evocativa ejercida por el ambiente. (1)

Las funciones que llamamos mentales y la personalidad están-solidamente construidas en la estructura y función del sistema nervioso, de las glándulas de secreción interna y en general sobre la fábrica total del organismo. (2)

El hombre es una unidad indivisible y por tanto las manifestaciones como síntomas, signos, conductas, etc. que presenta durante la vida corresponden a los ajustes que permiten conservar el equilibrio del todo.

En este trabajo que se realizó con pacientes esquizofrénicos analizamos la posibilidad de influencia ejercida por una emoción sobre el curso de un padecimiento. Comprendiendo la importancia que tiene el afecto en la vida de todo individuo.

---

(1),(2) .- de la Fuente Muñiz, Ramón, PSICOLOGIA MEDICA, -- México, 1976, Fondo de Cultura Económica, pp 59-60, p-62.

Su principal objetivo es ser un medio que permita comprender la gran e importante labor del profesional de enfermería, -- haciendo énfasis en la relación enfermera-paciente, considerando a todas las áreas de especialidad en las cuales la enfermería encuentra campo de trabajo y muy especialmente la comprendida por la enfermería psiquiátrica.

## I.- MARCO TEORICO.

### 1.- La personalidad.

Para comprender la conducta humana y los múltiples problemas de adaptación que surgen en la vida de todo individuo, es preciso entender el proceso por el cual se desarrolla la personalidad y reconocer la relación que existe entre algunos de los problemas emocionales de la vida adulta y las influencias negativas que a veces ocurren durante la infancia.

#### 1.1 Definición de personalidad.

Para que tenga sentido hablar sobre la personalidad es necesario conocer como la definen quienes estudian la conducta humana.

Desgraciadamente esta palabra se ha utilizado para expresar varias ideas y significados diferentes. En la conversación ordinaria suele referirse a la impresión personal que un individuo provoca en otros, ejemplo; se dice que una persona tiene una personalidad agradable o que tiene poca.

Técnicamente la palabra personalidad se refiere al conjunto de cualidades físicas y mentales que establecen una interacción característica entre el individuo y su medio. (1) La personalidad por lo tanto se expresa a través de la conducta.

---

(1) .- K. Hofling, Charles, TRATADO DE PSIQUIATRIA, México, 1974, Editorial Interamericana, 2a.ed., pp 30-39.

4

Las combinaciones características de la conducta incluyendo la dotación biológica e intelectual del individuo, los atributos que a adquirido a través de su experiencia, sus reacciones y sentimientos conscientes e inconscientes, distinguen a un individuo de otro y dan a cada persona su identidad -- única.

### 1.2 Estructura.

Estructuralmente la personalidad está compuesta por el ID,-- el EGO y el SUPEREGO.

El id es parte del inconsciente de la persona. Es congénito, primitivo, egoísta y constituye la fuente de toda energía;-- contiene los impulsos coercitivos instintivos de autoconservación, reproducción y asociación en grupo. El id carece del sentido de lo bueno y lo malo y solo insiste en la satisfacción de sus impulsos y deseos. (2)

Se dice que cuando el individuo nace es una "masa de id" -- que solo busca satisfacer sus necesidades y liberar sus -- tensiones fisiológicas. Cuando el lactante llora está insis-- tiendo en recibir atención porque sus tensiones han aumenta-- do; no toma en consideración todos los otros factores al -- exigir que se satisfagan sus necesidades.

---

(2) .- Ey, Henri, TRATADO DE PSIQUIATRIA, Barcelona, España, 1978, Editorial Totay-masson, pp 12-32.

El id actúa basándose en el principio de placer, es - decir que ejerce presión para evitar el dolor a toda - costa y busca mantener el placer; entendiéndose por - placer la liberación de la tensión y el logro de la - homeostasis o equilibrio emocional y fisiológico.

El ego es la parte de la personalidad que proporciona la identidad individual. Se empieza a desarrollar cuando el lactante reconoce el pecho o la botella como parte del ambiente y no como parte del propio cuerpo.

El ego maneja las demandas de la realidad y promueve - la adaptación satisfactoria del individuo a su ambiente y su principal función consiste en efectuar el equilibrio entre los burdos esfuerzos del id para buscar placer y las excesivas inhibiciones del superego. (3)

Cronológicamente el superego es el último en desarrollarse y resulta en parte del proceso de socialización que el niño experimenta. El superego incorpora los tabús, las prohibiciones, los ideales, las reglas de los padres y de otros -- adultos importantes con quien el niño se asocia. Actúa - principalmente a niveles inconscientes como inhibidor del id. En el nivel consciente puede considerarse como la voz de la conciencia o la fase de la personalidad que es en -

---

(3) .- Idem.

extremo meticulosa para satisfacer las demandas de las convenciones estrictas.

Si el hombre no desarrolla el ego con fuerza suficiente para servir de árbitro efectivo entre el id y el superego es seguro que desarrollara conflictos interpersonales e intrapersonales. Cuando el id no se controla en forma efectiva, el individuo se comporta de manera antisocial y sin ley, porque sus impulsos primitivos se expresan con libertad. Si el superego es tan fuerte que su restricción en la conducta domina la vida del individuo, lo mas probable es que éste sea inhibido, reprimido, infeliz y lleno de sentimientos de culpa. En resumen:

El desarrollo de una vida adulta madura, efectiva y estable depende de un ego poderoso y de un superego fuerte. (4)

### 1.3 Desarrollo.

Desde el momento mismo en que se unen las células germinales, masculina y femenina, hasta que se alcanza la madurez, cada organismo pasa por un proceso continuo de desarrollo biológico y en cualquier momento de éste proceso factores nocivos pueden limitar su crecimiento, producir deformaciones o impedir el funcionamiento de un órgano o de todo el ser. Parece que en la actualidad ya se ha comprobado -

---

(4) .- Freud, Ana, EL YO Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA, Buenos Aires, 1964, Editorial Paidós, pp 90-120.

que el crecimiento también puede limitarse debido a una falta de estimulación apropiada; en otras palabras, un déficit de experiencias durante periodos críticos de la maduración impide el florecimiento completo. En consecuencia, los ambientes en los cuales la dieta disponible o la estimulación social están restringidas o empobrecidas - tenderán a limitar el crecimiento cerebral y por tanto - el desarrollo de la personalidad en el niño que crece.- De igual manera la falta de experiencias tempranas puede establecer una vulnerabilidad persistente ante diversas causas de stress a lo largo del resto de la vida. (5)

Así, conforme pasa el tiempo, gracias a una serie prolongada de experiencias sociales, se desarrollan actitudes, creencias, deseos, valores y pautas de adaptación más o menos perdurables y constantes, que le dan al individuo la cualidad de ser único.

En cierto grado algunas pautas ya están establecidas - cuando el niño nace; sin embargo, en esta etapa solo - existen las potencialidades para el desarrollo de los - componentes de la personalidad.

Las etapas sucesivas de la personalidad en desarrollo - pueden sucederse de una manera sana y una secuencia --

---

(5) .- Grolier, ENCICLOPEDIA DE LAS CIENCIAS, México, - 1980, Editorial Cumbre S.A., pp 290-298.

normal y armoniosa, a través de la lactancia, la niñez, la madurez y la senectud con la realización de las -- potencialidades personales, satisfacciones subjetivas y ajustes sociales. Puede también haber una detención o -- un crecimiento desigual de distintos componentes de la personalidad; ambas posibilidades dependen de complicados factores genéticos, ambientales, sociales y emocionales.

En el desarrollo de la personalidad hay normalmente una progresión hacia la madurez y cada etapa de desarrollo como consecuencia lógica de la etapa previa: se trata de un crecimiento que emerge a través de diferentes -- etapas, cada una de las cuales tiene sus necesidades y problemas particulares. Si persisten restos de una etapa anterior en etapas subsecuentes, pueden provocar deformaciones de la personalidad y volverse el origen de una enfermedad mental. De la misma manera las primeras experiencias continúan ejerciendo su influencia sobre la personalidad en desarrollo, aun cuando no pueden ser evocadas por la conciencia.

## 2.- Psicosis.

Al hablar de psicosis nos referimos al conjunto de perturbaciones psíquicas que son posibles de observar en el individuo que se caracterizan por una percepción distorsionada de la realidad y la falta de conciencia de enfermedad. (1)

Para hacer mas comprensible el concepto hablaremos también de una manera comparativa y a grandes rasgos de la neurosis.

La neurosis implica un estado de poca o moderada intensidad en la cual la relación con la realidad no se ve gravemente afectada, las defensas son en gran parte sustitutivas o simbólicas, las relaciones sociales se mantienen y existe dicer nimiento, lo que hace posible la conciencia de enfermedad.

La psicosis comprende una gama más compleja y acentuada de signos y síntomas de alteración en la personalidad, en ella no existe, ésto como característica, relación con la realidad, no hay conciencia de enfermedad, la personalidad se ve deteriorada en las funciones ejecutivas del ego. Los síntomas - se constituyen principalmente de alucinaciones y delirios,- por lo general existe una gran desorganización de la personalidad y las relaciones sociales se ven muy alteradas.

---

(1) .- De la Fuente Muñiz, Ramón, PSICOLOGIA MEDICA, México, 1976, Fondo de cultura económica, pp 227-231.

Segun lo define Freud la neurosis no niega la existencia de la realidad, simplemente trata de ignorarla; la psicosis la niega y trata de sustituirla por otra cosa.

Al respecto Lawrence C. Kolb dice "El psicótico crea un nuevo ambiente, al cual adjudica las fuerzas y propiedades de la realidad, puede distorsionar o falsificar la realidad en forma de ideas delirantes o alucinaciones, el ambiente del neurótico permanece sin alteraciones, aunque ciertos elementos pueden estar investidos de valores afectivos anormales!" (2)

Como se puede observar la psicosis es un estado grave de -- enfermedad mental que implica cambios en la personalidad, -- la parte funcional correspondiente al ego se altera, las -- funciones del ego de mantener al individuo en contacto con la realidad se ve bloqueada generando síntomas sustitutivos como las alucinaciones, delirio y delusiones con las cuales el individuo niega la realidad, tanto interna como externamente, haciendo de las primeras su única realidad.

El mundo del psicótico es una proyección de sus propias -- fantasías, su relación es difícil debido a la dificultad -- para compartir con otros sus experiencias, no tiene control sobre sus impulsos, razon que explica muchos de sus síntomas.(3)

---

(2) .- Lawrence C. Kolb, PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA, México, 1978, Prensa médica mexicana, p-489.

(3) .- Lopez Ibor, J.J., LECCIONES DE PSICOLOGIA MEDICA, Madrid España, 1975, Editorial Paz Montalvo, pp 311-339.

En su mayoría los síntomas psicóticos se constituyen de símbolos, de ahí que para comprender la causa generadora es necesario conocer los antecedentes vivenciales y de relación-del individuo con el objeto de orientar al observador en la comprensión de los mismos. Este problema es similar al que se encuentra con los procesos oníricos.

Por símbolo debemos comprender la idea, la palabra, el gesto o la actitud hacia cierto objeto o situación que el enfermo presenta, tratando de compensar o aminorar la realidad traumática o conflictiva, que en un sentido común carece de significado, pero que en un sentido diagnóstico asociándole a-datos recabados de fuentes indirectas como familiares, amigos, etc. significan la respuesta al problema presente. Aunque claro es que el observador debe tener cierta habilidad-al respecto.

Generalmente para su estudio las psicosis se dividen en dos grandes grupos: orgánicas y funcionales.

Dentro del grupo de las orgánicas se comprenden a todas aquellas en las que es posible identificar una alteración estructural como causa.

El grupo de las funcionales comprende a todas aquellas que como causa tienen una alteración en la función cerebral sin

que existan cambios en la estructura de éste.

En el siguiente capítulo nos dedicaremos al conocimiento más amplio y detallado de esta clasificación de acuerdo a los parámetros establecidos por La Asociación Psiquiátrica Norteamericana.

### 3.- Clasificación internacional de la psicosis.

En el año de 1969 despues de la XIX Asamblea Mundial de la Salud y a raíz de la aprobación de la Clasificación Internacional de la Enfermedad, la Asociación Psiquiátrica Norteamericana en su Manual de diagnóstico y nomenclatura de los trastornos mentales, hace la siguiente clasificación - de la psicosis. (1)

#### Psicosis orgánicas.

#### II. SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS.

(Desórdenes causados por asociación con trastornos de la función tisular del cerebro). En la categoria II-A y II-B la asociación física condicionante será especificada cuando se conoce.

#### II-A PSICOSIS ASOCIADAS A SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS.

(290-294)

290 Demencia senil y presenil.

.0 Demencia senil.

.1 Demencia presenil.

291 Psicosis alcohólicas.

.0 Delirium tremens.

.1 Psicosis de Korsakof (alcohólicas).

---

(1) .- Clasificación tomada textualmente del MANUAL DE DIAGNOSTICO Y NOMENCLATURA DE LOS TRASTORNOS MENTALES, versión- en ingles, año 1976.

- .2 Otras alucinosis alcohólicas.
  - .3 Estado paranoide producido por el alcohol (Paranoia alcohólica).
  - .4 Intoxicación aguda por alcohol.
  - .5 Deterioro alcohólico.
  - .6 Intoxicación de índole patológica.
  - .9 Otras psicosis alcohólicas (y las no específicas).
- 292 Psicosis asociadas a infección intracraneal.
- .0 Psicosis con parálisis general (Demencia paralítica).
  - .1 Psicosis con otras formas de sífilis del SNC.
  - .2 Psicosis con encefalitis epidémica.
  - .3 Psicosis con otras encefalitis y las de etiología no especificada.
  - .9 Psicosis con otras infecciones intracraneales.
- 293 Psicosis asociadas a otros estados patológicos cerebrales.
- .0 Psicosis con aterosclerosis cerebral.
  - .1 Psicosis con otros trastornos cerebrovasculares.
  - .2 Psicosis con epilepsia.
  - .3 Psicosis con neoplasias intracraneales.
  - .4 Psicosis con enfermedad degenerativa del SNC.
  - .5 Psicosis con traumatismo cerebral.
  - .9 Psicosis con otros estados patológicos cerebrales (y los no especificados).

- 294 Psicosis asociadas a otros estados físicos.
- .0 Psicosis con trastornos endócrinos.
  - .1 Psicosis con trastornos metabólicos o nutricionales.
  - .2 Psicosis con infecciones generales.
  - .3 Psicosis con intoxicación por medicamento o por venenos (que no sean el alcohol).
  - .4 Psicosis asociadas al parto.
  - .8 Psicosis con otros estados físicos y los no diagnosticados.
  - .9 Psicosis con estados físicos no especificados.

II-B SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS NO PSICOTICOS (309).

- 309 Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos (los trastornos mentales no especificados como psicóticos, asociados a estados patológicos de orden físico).
- .0 SOC con infección intracraneal.
  - .1 SOC no psicóticos con intoxicación por medicamentos, venenos o de orden general.
  - .13 SOC no psicóticos asociados a alcoholismo (simple embriaguez).
  - .14 SOC no psicóticos asociados a intoxicación general por drogas o venenos.
  - .2 SOC no psicóticos con traumatismo cerebral.
  - .3 SOC no psicóticos con perturbación circulatoria.
  - .4 SOC no psicóticos con epilepsia.
  - .5 SOC no psicóticos con trastornos del metabolismo, del crecimiento o de la nutrición.

- .6 SOC no psicótico con enfermedad cerebral senil o presenil.
- .7 SOC no psicóticos con neoplasia intracraneal.
- .8 SOC no psicóticos con enfermedad degenerativa del SNC.
- .9 SOC no psicóticos con otros estados físicos (no especificados).
  - .91 Síndromes cerebrales agudos no especificados.
  - .92 Síndromes cerebrales crónicos no especificados.

### Psicosis funcionales.

### III. PSICOSIS NO ATRIBUIDAS A LOS ESTADOS FISICOS ENUMERADOS PREVIAMENTE (295-298).

#### 295 Esquizofrenia.

- .0 Esquizofrenia de tipo simple.
- .1 Esquizofrenia de tipo hebefrénico.
- .2 Esquizofrenia tipo catatónico.
  - .23 Esquizofrenia tipo catatónico con excitación.
  - .24 Esquizofrenia tipo catatónico con depresión.
- .3 Esquizofrenia tipo paranoide.
- .4 Episodio esquizofrénico agudo.
- .5 Esquizofrenia tipo latente.
- .6 Esquizofrenia tipo residual.
- .7 Esquizofrenia tipo esquizo-afectivo.
  - .73 Esquizofrenia tipo esquizo-afectivo con excitación.
  - .74 Esquizofrenia tipo esquizo-afectivo con depresión.

- .8 Esquizofrenia tipo infantil.
  - .90 Esquizofrenia crónica tipo indiferenciado.
  - .99 Esquizofrenia de otros tipos (y las no especificadas).
- 296 Trastornos afectivos mayores (psicosis afectivas).
- .0 Melancolía involutiva.
  - .1 Enfermedad maniaco-depresiva de tipo depresivo.  
(Psicosis maniaco-depresiva de tipo depresivo).
  - .2 Enfermedad maniaco-depresiva de tipo maniaco  
(Psicosis maniaco-depresiva de tipo maniaco).
  - .3 Enfermedad maniaco-depresiva de tipo circular  
(Psicosis maniaco-depresiva de tipo circular).
    - .33 Enfermedad maniaco-depresiva de tipo circular, maniaca.
    - .34 Enfermedad maniaco-depresiva de tipo circular, depresiva.
  - .8 Otros trastornos afectivos mayores no especificados.  
(Trastornos afectivos no diferenciados)  
(Psicosis maniaco-depresivas no diferenciadas).
- 297 Estados paranoides.
- .0 Paranoia.
  - .1 Parafrenia involutiva.
  - .9 Otros trastornos paranoides.
- 298 Otras psicosis.
- .0 Reacción psicótica depresiva (psicosis reactiva depresiva).
  - .1 Excitación reactiva.
  - .2 Confusión reactiva.

- .3 Reacción paranoide aguda.
- .9 Psicosis reactiva no especificada.

289 Psicosis no especificadas.

Esta clasificación se continua con la correspondiente a la neurosis, pero considerando que éste trabajo trata sobre la esquizofrenia incluimos únicamente la clasificación -- correspondiente a la psicosis.

A continuación hablaremos sobre la esquizofrenia una vez que conocemos el lugar que ocupa en la clasificación internacional de la psicosis.

#### 4.- La esquizofrenia.

##### 4.1 Concepto.

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido el cuadro de la esquizofrenia, aunque entonces como veremos mas adelante no llevaba ese nombre.

En 1860 el psiquiatra belga Morel utilizó por primera vez el termino "demencia precoz" al referirse a ella. Interpretó la disgregación de la personalidad como una detención en el desarrollo resultante de factores hereditarios.

Posteriormente Hecker en 1871 y Kahlbaum en 1874 hicieron respectivamente una descripción de la hebefrenia y de la catatonía o "locura de tensión", considerando a cada una como una entidad distinta.

Hasta 1896 cuando Kraepelin distingió un comun denominador entre la hebefrenia de Hecker, la catatonía de Kahlbaum y otras psicosis paranoideas definiendo la demencia precoz como un síndrome preciso.

En 1906 Adolfo Meyer definió la demencia precoz no como una sola entidad patológica, sino como una reacción que se desarrolla en ciertas personalidades, como resultado de una deficiencia progresiva en la adaptación.

En 1911 Eugen Bleuler propuso el termino "esquizofrenia", término que se deriva de dos palabras griegas de Esquizo, que quiere decir dividir y de Fren, que significa mente - lo que en conjunto quiere decir mente dividida o personalidad dividida, considerando que la falta de armonía de la mente, así como la desintegración de la síntesis normal del pensamiento, el sentimiento y la actividad son características mas definidas y mas distintivas en esta enfermedad.

Dorlan y Cardenal "definen la esquizofrenia como un desdoblamiento o una fisuración de la personalidad" (1), la -- expresión se refiere a una aparente discrepancia en el -- contenido del pensamiento y la expresión de las emociones.

Ramón de la Fuente por su parte la define como un grupo de psicosis que se caracterizan "por la ruptura de la relación con el mundo exterior y una marcada regresión!" (2)

El término esquizofrenia como lo dice Charles K.H. "es empleado para abarcar distintas normas de reacción morbosa, cuya patología es compleja, casi con certidumbre pro

---

(1) .- K. Hofling, Charles, TRATADO DE PSIQUIATRIA, México, 1974, Editorial Interamericana, 2a.ed., p-358.

(2) .- De la Fuente Muñiz, Ramón, PSICOLOGIA MEDICA, México, 1976, Fondo de cultura económica, p-228.

ducida por multitud de factores que difieren de un paciente a otro. En un grado muy considerable el diagnóstico solo - es descriptivo!" (3)

#### 4.2 Etiología.

Sobre la etiología de la esquizofrenia se sabe muy poco y no existen datos precisos que permitan afirmar con seguridad su origen.

Al abordar éste tema los autores por lo general hacen una clasificación de los factores etiológicos en dos grandes-grupos, a saber los factores orgánicos y los psicológicos;

##### 4.2.1 Factores orgánicos.

###### 4.2.1.1 Herencia.

El primer factor dentro de este grupo es el que nos habla de la herencia basado en varias investigaciones realizadas en esquizofrénicos y sus descendientes, en los que se observa una frecuencia quince veces mayor de esquizofrenia que en el resto de la población en general.

Estudios recientes encaminados a la comprobación de ésta-teoría se han realizado en gemelos, como los realizados por Kallmann y Slater, que comparan la concordancia entre

---

(3) .- Op. Cit. K. Hofling, p-355.

entre los gemelos fraternos y los gemelos idénticos -- proporcionan datos interesantes. Estos investigadores encontraron que las proporciones o incidencia de esquizofrenia es mayor en los gemelos idénticos (86 y 76 %) que en los gemelos fraternos (15 y 14 %).

Se han hecho muchas críticas a los estudios realizados en gemelos, considerando que dichos estudios no aportan información sobre las primeras experiencias familiares de éstos y que no toman en consideración las fuerzas psicodinámicas que tienden hacia la identificación mutua y no -- hacia el desarrollo de dos entidades separadas. Considerando esto los autores ven que en casi la mitad de los gemelos idénticos los hermanos no se habían separado mas de un día, mientras que en la muestra de gemelos fraternos la separación prolongada entre los hermanos fue mas frecuente.

No obstante otros estudios realizados en Inouya, Japon, -- donde la cultura dicta que hay que separar a los gemelos y uno de ellos debe ser educado por alguien que no sea la madre, la incidencia de esquizofrenia sigue siendo mas -- alta en los gemelos idénticos que en los fraternos. (4)

---

(4) .- Lawrence C., Kolb, PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA, México, 1978, Prensa médica mexicana, p-489.

Desde cualquier punto de vista en la actualidad parece que ya está bien establecido que existe un factor genético de predisposición a la esquizofrenia, aunque todavía no está claro su mecanismo, ni los procesos ambientales que le hacen aparecer.

#### 4.2.1.2 Conformación física.

Este factor que se refiere a la constitución física, nos aporta datos interesantes como ya fue demostrado por Kretchmer y Sheldon, ellos encontraron que existe cierta relación entre los llamados tipos corporales asténico y ectomórfico con una frecuencia mas alta de esquizofrenia. (5)

Maricq y otros investigadores han publicado información sobre la presencia de un plexo capilar subpupilar fácilmente visible también en los pliegues ungueales mas frecuente en esquizofrénicos que en personas con retraso mental o normales. (6)

Durante mucho tiempo ha existido controversia importante en lo que se refiere a la existencia o nó de alteraciones histopatológicas en el cerebro de esquizofrénicos. Sin embargo actualmente no se ha precisado aun.

---

(5) .- Op. Cit., De la Fuente Muñiz, p-129 y 132.

(6) .- Op. Cit., Lawrence C. Kolb, p-381.

#### 4.2.1.3 Bioquímica.

Este factor que se refiere a los cambios metabólicos de sustancias que generalmente son detectables en esquizofrénicos.

Gottlieb y Beckett formularon la hipótesis de que los esquizofrénicos tienen una capacidad deficiente para utilizar la energía disponible cuando hay que reaccionar ante un stress debido a defectos metabólicos en el esquema de Em bden-Meyerhof.

Otro punto interesante es la hipótesis primeramente propuesta por Osmond, Symthies y Harley de que en algunas formas de esquizofrenia hay alteraciones del proceso de trasmetilación pues en algunos síntomas se forma una sustancia -- similar a la dopamina, dicha sustancia se conoce con el nombre de mezcaldina, sustancia donadora de metilos. Esta hipótesis fue comprobada por Hoffer quien administró a pa cientes esquizofrénicos grandes cantidades de nicotinamida, que es fuente aceptadora de metilos, observando notable mejoría en los pacientes.

Recientemente J. Friedhoff informó de la existencia de un derivado semejante a la mezcaldina en la orina de los esquizofrénicos. No obstante en la actualidad se sabe que esta sustancia tampoco es específica.

Heat y colaboradores informan de una seroglobulina extraída de esquizofrénicos, denominada taraxeina, que al inyectarla a personas normales produce síntomas esquizofrénicos. Sobre éste experimento los críticos señalan que dicho -- hallazgo no es específico y que el trabajo de Heat y colaboradores no se ha confirmado por otros investigadores.

"Los numerosos estudios experimentales cuyo objetivo es encontrar en los esquizofrénicos defectos constitucionales, metabólicos, endócrinos o de tipo fisiológico todavía no han producido datos importantes" (7)

#### 4.2.2 Factores psicológicos.

Dentro de este grupo se encuentran todos aquellos que se relacionan con la dinámica familiar, la personalidad y las relaciones sociales del individuo pre-esquizofrénico.

Para su estudio lo dividimos en dos subgrupos; los factores predisponentes y los desencadenantes.

##### 4.2.2.1 Factores predisponentes.

El estudio de diversos tipos de trastornos psiquiátricos - funcionales revelan de modo general que existe cierta correlación entre la gravedad de la enfermedad y la edad en que se experimentan los traumas psicológicos predisponentes.- Al parecer entre mas temprano se presenten esas experiencias mas seria será la enfermedad psiquiátrica subsecuente.

---

(7) .- Op. Cit., Lawrence C. Kolb, p-381.

Generalmente se está de acuerdo en que las reacciones esquizofrénicas comprenden los trastornos psiquiátricos mas graves, por lo tanto debe esperarse que las experiencias traumáticas predisponentes de los esquizofrénicos hayan comenzado en los primeros meses de la vida. Generalmente los datos recabados por los antecedentes clínicos sugieren con frecuencia que los traumas consistieron en una perturbación de la relación madre-hijo.

El punto importante de esta idea es que la experiencia traumática parece haber comenzado antes del momento en que la madre que rechaza al hijo pueda ser claramente advertida - por éste como objeto separado o distinto, con el resultado de que todo el medio ambiente llega a ser concebido como hostil y amenazador. El concepto de si mismo se perturba y la diferenciación entre el yo y el no yo se hace y retiene con mas dificultad, predomina el pensamiento narcista y existe, como consecuencia, un contacto menos significativo con los objetos.

Análogamente al desarrollo humano que en gran parte es condicionado por la herencia, tiende con gran fuerza a presentarse según el programa o calendario natural. Lo que se efectúa facilmente o naturalmente en un periodo puede no efectuarse en un periodo mas tardío.

El niño pre-esquizofrénico, con bastante frecuencia, progresa a través de los periodos posteriores a la infancia de manera que no es diferente de las de un niño común y -

corriente, sin embargo las apariencias generales son decepcionantes. Como resultado de sus debilidades de la personalidad, derivadas de los traumatismos iniciales y de cualquier limitación que pudiera encontrarse el niño pre-esquizofrénico encuentra los problemas usuales de cada fase del desarrollo mas difíciles de resolver que el niño sano.

Este curso de los sucesos es en gran parte responsable de que el esquizofrénico adulto se encuentre con mucha frecuencia, con conflictos internos que se derivan de todas las etapas del desarrollo.

Diversos estudios de la dinámica familiar en los últimos diez años encuentran con frecuencia que los pacientes esquizofrénicos han pasado su niñez en el seno de familias anormales, en las cuales ambos progenitores tenían trastornos de la personalidad y en otros casos solo uno. (8)

En otras familias el trastorno de la relación paterna consiste en que uno de los padres tiene un grave déficit de la personalidad y muestra una conducta dominante, bruta, agresiva o alcohólica, mientras el otro acepta pasivamente tal comportamiento, o se encuentra ausente.

---

(8) .- Laing R. D. y A. Esterson, CORDURA LOCURA Y FAMILIA, México, 1979, Fondo de Cultura Económica, pp 52-58.

La hipótesis del "doble lazo" o "doble vinculo" de Bateson y Weakand con la que estos investigadores han estudiado el problema desde el punto de vista de la comunicación humana nos dice que con frecuencia existe desde el principio un grado muy considerable de ambivalencia hacia el niño por una o mas de las figuras claves. (9)

Estos investigadores creen que de esta manera se desarrollan profundos sentimientos de inseguridad y de confusión en el niño, que tiene mucho que ver con su subsecuente incapacidad para relacionarse con otras personas y de su huida de la realidad.

#### 4.2.2.2 Factores desencadenantes.

Estos factores en términos generales son de naturaleza conflictiva, tienen su mayor influencia comúnmente al principio de la vida adulta.

Desde el punto de vista psicodinámico los conflictos que contribuyen al comienzo de una reacción esquizofrénica comprenden una amplia gama de hechos algunos de los cuales pueden ser muy intensos o agudos y otros que pueden ser poco notables donde la predisposición del individuo es determinante.

---

(9) .- Op. Cit., Lawrence C. Kolb, p-385.

#### 4.3 Psicopatología.

Al inicio de la enfermedad puede no haber sintomatología patognomónica a excepción de cierta indiferencia y aislamiento, el paciente parece preocuparse o tiene el aspecto de soñar, no comparte los sentimientos de los demás y le interesa poco la realidad en que vive (10), ante el menor estímulo puede sentirse menospreciado y por lo general no siente placer al lograr algo.

Con mucha frecuencia se envuelve en especulaciones abstractas o reflexiones metafísicas. En otras ocasiones el principio es súbito y precipitado, aunque esto es menos frecuente. (11)

##### 4.3.1 Afecto.

Una vez que la psicosis está establecida es bastante notorio el empobrecimiento en la esfera afectiva, el paciente es incapaz de sentir y regular apropiadamente sus emociones. Conforme la enfermedad progresa el empobrecimiento emocional es más notorio, el paciente es más indiferente, abandona las necesidades fundamentales y las de comodidad como si viviera en un nivel vegetativo. (12)

---

(10) .- Puede confundirse con pereza.

(11) .- Op. Cit., Lawrence C. Kolb, p-388.

(12) .- Ey Henri, TRATADO DE PSIQUIATRIA, Barcelona España, 1978, Editorial Toray-masson, p-510.

Otros pacientes muestran mas bién un afecto definido y pre dominante como euforia o depresión.

Mas frecuentemente la alteración del afecto se manifiesta por una expresión desligada de la realidad y fuera de lugar en relación con la expresión ideativa simultánea.

A veces una situación o una idea que debiera provocar -- cierta respuesta emocional produce un sentimiento opuesto que a menudo se hace aparente en forma de risa que no tiene nada que ver con lo que está sucediendo.

La hipótesis que mas explica el trastorno del afecto es -- la que propone que el afecto no se pierde, como se creía, sino que se aleja de los aspectos concientes y se liga a complejos y a otro tipo de material inconciente, limitán dose a ideas en extremo personales, actuando como un meca nismo de desplazamiento. (13)

Puesto que el afecto está ligado a material inaccesible-- las emociones parecen no estar en armonía con el contenido y las expresiones de la conciencia, ya que en realidad -- corresponden al material inconciente ligado al afecto y-- que a su vez gobiernan a dichas emociones. (14)

---

(13) .- Op. Cit., Lawrence C. Kolb, p-390.

(14) .- Op. Cit., By Henri, p-516.

#### 4.3.2 Atención.

Si el interés en el esquizofrénico se altera la atención se encuentra en iguales condiciones dando la impresión de ser estrecha. Esta falta de atención puede dar la idea de que el paciente tiene alteraciones intelectuales, aunque está demostrado que el interés permanece inerte.

La atención activa se ve afectada en mayor grado que la atención pasiva, de lo que resulta que aunque el paciente vive en un mundo de fantasía, puede mantener cierto contacto con la realidad en cantidad suficiente para cubrir ciertas necesidades prácticas.

#### 4.3.3 Pensamiento.

La asociación de ideas en éste tipo de pacientes se fragmenta o bien se altera (15) a tal grado que pierde su relación lógica.

El pensamiento se caracteriza por autismo y solo es comprensible para el propio paciente. El pensamiento autista utiliza procesos que no forman parte de la mente conciente, sino que generalmente se encuentran en los sueños, en los delirios, en el pensamiento de los infantes y de los niños muy pequeños. Es un tipo de pensamiento en que las consideraciones-objetivas (16) tienen poco peso y en las cuales las consideraciones

(15) .- Vuelo de ideas.

(16) .- Consideraciones de tiempo y lugar, de lo posible y lo imposible, del total y de sus partes, del ser y del no ser.

raciones subjetivas (deseos y temores) tienen mayor ingerencia. Existe por esta razón mucha dificultad para comprender lo que piensa el paciente esquizofrénico, lo que significa su lenguaje y su acción (17). Una explicación ha esto es que las actividades verbales y no verbales se encuentran con frecuencia al servicio de la liberación de tensiones internas o constituyen un intento para modificar el medio ambiente de una manera mágica, mas bien que al servicio de la comunicación.

#### 4.3.4 Alucinaciones.

El esquizofrénico sufre de alucinaciones semejantes a las que ocurren en otros estados anormales aunque tienden a ser de naturaleza mas disfrazada y constituyen una forma primitiva de adaptación.

Pueden encontrarse a tal grado útiles estas experiencias que se niega a abandonarlas, protegido de los problemas de la realidad. Se puede decir que colaboran con sus ideas delirantes.

Las alucinaciones en el esquizofrénico son de dos tipos las auditivas y las visuales, siendo las auditivas las mas frecuentes.

---

(17) .- Aunque para el paciente estan llenas de significado.

Las segundas se presentan con menos frecuencia y sobre todo en las fases agudas.

A menudo se pasa por alto otro tipo de alucinaciones como son las de tipo cinético y las de tipo olfatorio ya que son menos frecuentes.

Por regla general las primeras alucinaciones que aparecen en el esquizofrénico generan considerable tensión emocional, angustia e inquietud.

Conforme pasa el tiempo el paciente se habitúa a su presencia y su influencia es menor.

#### 4.3.5 Anergia y negativismo.

La pérdida de interés (anergia) en el paciente esquizofrénico se manifiesta comúnmente como un recurso para protegerse del medio al que no puede enfrentarse. Su conducta se vuelve autista y regresiva.

Otra forma de evasión es el negativismo, que consiste en una forma de antagonismo a los deseos de los que le rodean.

Es posible que el esquizofrénico considere al negativismo como una forma no "arriesgada" de expresar hostilidad.

También es posible encontrar en estos pacientes niveles de sugestión patológica que es una forma totalmente opuesta - de conducta al negativismo, aunque parece tener la misma - finalidad que éste, es decir disminuir los contactos angustiantes con la realidad. (18)

#### 4.3.6 Concomitantes corporales.

En los casos graves de esquizofrenia es posible encontrar concomitantes físicas de las cuales la mas frecuente es el desequilibrio general del sistema nervioso autónomo, lo que simula la presencia de sintomatología comatosa.

En otras ocasiones el paciente adelgaza, presenta infección respiratoria o alteraciones gastrointestinales que mas bien se consideran como complicaciones que se evitan, generalmente al mejorar la atención hospitalaria.

#### 4.4 Tipos de esquizofrenia.

##### 4.4.1 Simple.

Este tipo de esquizofrenia se caracteriza por un inicio gradual o incidioso, un deterioro importante de la emoción, el interes y la actividad, comprenden principalmente los síntomas primarios de la esquizofrenia, mas que los -- síntomas secundarios. (19)

---

(18) .- Op. Cit., Ey Henri, p-505.

(19) .- Alucinaciones y delirios, ideas de influencia e ideas hipocondriacas.

Probablemente es el tipo de esquizofrenia mas numeroso ya que hay mas probabilidad de pasar inadvertida y carecer de atención médica.

En este tipo de esquizofrenia el individuo se caracteriza por una marcada superficialidad emocional, indiferencia - afectiva, ausencia de voluntad o empuje, ausencia de relación humana, inadaptación social y tendencia a aislarse y refugiarse en su fantasía.

Se puede decir que el tipo simple es esencialmente un caracter esquizofrénico que gradualmente puede hacerse mas conspicuo en tanto que los síntomas restitutivos se hacen mas prominentes.

Mas que en cualquier otra etapa de la vida su aparición - por lo general sucede en la adolescencia, cuando al individuo se le exigen un mayor numero de responsabilidades en su transición a la etapa adulta.

A. Meyer dice al respecto que el individuo suspende gradualmente su aprendizaje en la resolución de problemas, obteniendo con ello un mayor número de fracasos que le conducen a la retirada y hacen al éxito mas difícil de alcanzar. (20)

---

(20) .- Op. Cit., De la fuente Muñiz, p-232.

#### 4.4.2 Hebefrénico.

Dentro del grupo de las esquizofrenias el tipo hebefrénico se considera el mas maligno y el que menos responde a las medidas terapéuticas.

Su principio es gradual y en algunas otras ocasiones espontáneo, en ella los síntomas restitutivos y regresivos son muy floridos, sobre todo las alucinaciones de tipo visual.

Se inicia principalmente en los primeros años de la adolescencia pudiendo confundirse con una reacción afectiva de tipo melancólico recurrente, para posteriormente hacerse mas franca y florida.

La sintomatología se caracteriza por incoherencia con neologismos frecuentes, amaneramientos, alucinaciones que con frecuencia representan la proyección de imperiosos deseos reprimidos.

Los rasgos regresivos son muy notables, el contenido ideativo tiende a tomar la forma de fantasias o ideas delirantes, el deterioro de la personalidad es rápido y mas incisivo que en cualquier otro tipo de esquizofrenia.

#### 4.4.3 Catatónico.

La esquizofrenia catatónica es un tipo de esquizofrenia caracterizado por una aparición brusca de la sintomatología patognomónica, formada principalmente de síntomas restitutivos y regresivos.

Aparece generalmente entre los 15 y los 24 años y se forma básicamente de dos formas, a saber el estupor catatónico y la exitación catatónica, que pueden aparecer en sucesión rápida o en forma única.

Los síntomas restitutivos y regresivos son muy prominentes siendo las alucinaciones auditivas las más frecuentes como síntomas restitutivos y un autismo franco el síntoma más claro de regresión.

La etapa de exitación catatónica puede confundirse con la exitación maniáca, aunque la primera es más espontánea y violenta, casi siempre va precedida de una etapa de estupor. En ella existe gran actividad motriz agresiva y desorganizada, que en un momento puede llevar a un estado de agotamiento importante, sin que el individuo de indicios de ello.

Habitualmente el negativismo es acentuado, el paciente se niega a comer, a descansar, a tomar líquidos, puede permanecer callado o verborreico y en raras ocasiones puede-

sufrir excitación aguda y extrema con gran riesgo de muerte por agotamiento.

La etapa de estupor catatónico, se caracteriza por una marcada regresión y una sintomatología autista muy notable.

El paciente que sufre el estupor catatónico presenta aislamiento, mutismo, anorexia, apatía, falta de control de esfínteres y en los casos mas severos cialorrea, estreñimiento rigidez o flexibilidad cérea, insensibilidad al dolor y sueño profundo.

Después de un periodo en extremo variable el enfermo puede salir lentamente o a veces subitamente de esa profunda -- inhibición general.

Por razones que no son bien conocidas actualmente pero que quizá esten en relación con lo agudo del principio y la -- naturaleza de la reacción, la esquizofrenia catatónica es la mas benigna del grupo. (21)

#### 4.4.4 Paranoide.

El tipo paranoide se caracteriza por una marcada suspicacia, que se puede confundir con la que se observa en la-

---

(21) .- Op. Cit., K. Hofling, p-364.

psicosis maniaca, unicamente que la primera carece de esa expresi3n de "alegría" que acompa1a a la segunda.

Por otra parte en la esquizofrenia paranoide se destacan las ideas de influencia y de deluci3n que hacen del paciente un individuo que muestra una desagradable agresividad emocional.

Su comienzo es frecuente despu3s de la adolescencia y mas despu3s de los 30 a1os de edad. En muchos casos el paciente antes de demostrar la sintomatología cl1sica ha sido frio, retraido, desconfiado y rencoroso hacia otras personas.

Durante las primeras etapas las ideas delirantes suelen - indicar con claridad cuales son las particulares necesidades o experiencias psicol3gicas que el individuo satisface por medio de su trastorno. Algunos comentarios del paciente pueden revelar fragmentos de sus preocupaciones.

Ya establecida la esquizofrenia las ideas delirantes de - persecusi3n son mas notables, pero no son raras las ideas que satisfacen determinados deseos, asi como las ideas de - lirantes hipocondriacas y depresivas.

La fantasía imaginativa puede volverse exagerada y adquirir el valor de la realidad, las tendencias agresivas pueden liberarse y manifestarse en una impredecible agresividad física.

Habitualmente se presentan alucinaciones auditivas, con mucha frecuencia de naturaleza amenazante o acusadora por lo que puede mostrar diversos grados de tensión y brotes de rabia que aparentemente no puede controlar.

Conforme se intensifica la desorganización de la personalidad las respuestas afectivas se aplanan cada vez mas.

Son comunes la apatía, los amaneramientos y la incoherencia. En general la esquizofrenia paranoide puede ser considerada como una reacción de tipo proyectivo, regresivo y defensivo.

#### 4.5 Psicodinámia.

Los trastornos en la personalidad que constituyen la esquizofrenia, son las expresiones de un mal desarrollo de las funciones yoicas y superyoicas.

Por lo tanto existen anormalidades en la percepción, en el pensamiento y en la acción incluyendo trastornos en la comunicación, en el afecto y en la capacidad para evaluar, hacer juicio, resolver problemas y así adaptarse a la re-

alidad. Las actitudes deseables en el yo como por ejemplo la capacidad de confiar en otros, la autonomía, la iniciativa y la persistencia son deficientes y se eclipsan a menudo por la suspicaz falta de confianza en otros.

En el esquizofrénico existen también signos de inhibición y restricción para expresar agresión he impulsos coercitivos sexuales y de dependencia, y signos de un superyo - abrumador.

Las aspiraciones exageradas, los sentimientos de vergüenza profunda ante la falta de éxito y la carga excesiva de culpabilidad asociadas a las grandes esperanzas de reprimir toda muestra afectiva de ira, amor o ternura son testimonio de que el individuo a pasado por experiencias de aprendizaje que han exagerado las exigencias sociales.

En consecuencia el conflicto psicológico, las demandas -- excesivas para que el yo reprima sentimientos, las defensas limitadas y las escasas capacidades adaptativas, hacen que el yo se desintegre, con regresión y desorganización de las funciones sustitutivas que se habían desarrollado para cubrir los primeros defectos en el crecimiento yoico.

#### 4.6 Diagnóstico.

Para establecer el diagnóstico de esquizofrenia se debe poner especial atención a la capacidad del contacto interpersonal, así como a la organización perceptual y cognitiva del paciente. Si es capaz de mantener la atención, concentrarse o si presenta bloqueos.

Hay que ser muy cauteloso al declarar que un síntoma aislado es un signo concluyente de esquizofrenia y al evaluar un síntoma debe examinarse con gran cuidado el marco clínico dentro del cual se presenta.

Es frecuente encontrar dificultad para establecer el diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva, la dificultad para diferenciar estos dos -- trastornos surge principalmente durante las primeras etapas y solo después que se han repetido los episodios se hace mas aparente su naturaleza.

La desorganización de los elementos percibidos y del pensamiento o ideas delirantes o extravagantes, sin que se altere el sensorio, sugerirá frecuentemente el diagnóstico de esquizofrenia.

#### 4.7 Prevención.

Según ya se describió la reacción esquizofrenica se considera un trastorno yoico, por lo tanto podemos decir que - todas las experiencias sociales que fortalecen las funciones yoicas son preventivas o terapéuticas.

Es posible que el esquizofrénico, potencial o declarado - emprenda estas experiencias con éxito cuando tiene suficiente autonomía del yo, que le permita superarse de su - círculo familiar, o cuando en su lucha le apoye la relación de un terapeuta que perciba esa necesidad.

Por el contrario la separación por si sola o el aislamiento social prolongado en una institución, ya sea un hospital, una prisión o un hogar sustitutivo en donde no se -- proporcione a la persona esquizoide un contacto estimulante puede llevar hacia una mayor desorganización y regresión.

#### 4.8 Tratamiento.

Como en toda enfermedad la esquizofrenia debe ser tratada desde sus principios, con el objeto de lograr una mayor -- recuperación, pero desgraciadamente esto no sucede así -- pues la mayoría de los casos de esquizofrenia se descubren muy avanzados.

Si el individuo que la sufre vive en un medio hostil, lo recomendable es hospitalizarlo, de tal manera que el hospital le aleje de dicho medio y de esa manera tomar medidas terapéuticas enfocadas al paciente y su familia.

La primer forma de tratamiento que el paciente recibe es através de fármacos, estos tienen la función primaria de aliviar la angustia y sus concomitantes corporales en el complejo sintomático psicótico.

Entre los fármacos mas usados podemos mencionar a las fenotiazinas; clorpromazina, trifluoperazina, perfenazina y el haloperidol, todos ellos con efectos ansiolíticos específicos a la manifestación psicótica.

El tratamiento farmacológico siempre debe completarse -- con psicoterapia, ésta se puede dar en el consultorio o en el hospital, eligiendo el consultorio para los casos menos severos o ya controlados.

En el hospital el psicoterapeuta o la enfermera psiquiátrica además de atender las necesidades físicas del paciente debe programar actividades que brinden al paciente la oportunidad de desarrollar todas sus capacidades -- psíquicas que fortalezcan la personalidad, para hacerle así mas adaptable.

Al iniciar estas actividades es necesario persuadir al paciente pues éste seguramente manifestará indiferencia hacia ellas; el lenguaje será claro, se usarán frases cortas y en ningún momento se hará uso de mentiras pues le crearían desconfianza.

Ya que su percepción puede estar alterada es importante dar atención a sus etapas de delirio y modificaciones de conducta e informar diariamente al personal que dirige la terapia sobre dichos sucesos, a fin de ser evaluados y en caso de ser necesario modificar la terapia.

Considerando además que el aislamiento es un síntoma que caracteriza a este padecimiento, se hace indispensable - en toda buena psicoterapia la realización de actividades en grupo. En un principio pueden realizarse en grupos pequeños hasta llegar a la realización de actividades con el grupo familiar y grupos mas grandes.

Para ello la familia debe estar preparada y debe comprender el importante papel que desempeña en la rehabilitación del paciente y su reincorporación al hogar.

## 5.- Las emociones.

### 5.1 Concepto.

Durante mucho tiempo se ha meditado porqué se experimenta odio, temor, alegría, etc., en otras palabras porqué se experimentan las emociones.

De igual manera se ha intentado conceptualizarles o definirles, encontrando como dificultad para ésto la gran variedad de ellas y el componente subjetivo que cada individuo le otorga a cada una, razón por la que hasta nuestros días se carece de un concepto adecuado.

En este trabajo expondremos distintos conceptos dados no solo dentro de la psicología o la psiquiatría, sino también los aceptados por la Real Academia de la lengua Española con el objeto de que el lector se forme un criterio basado en todos ellos y mas que nada para una mejor comprensión.

Se incluye además un concepto personal que basado en los demás pretende una imagen de lo que son las emociones.

El primer concepto que expondremos es el dado por W. M. - Jackson quien conceptualiza la emoción como una "agitación repentina del ánimo"(1) este concepto hace alusión a los

---

(1) .- W. M. Jackson, DICCIONARIO HISPANICO UNIVERSAL, México, 1979, tomo 1, p-539.

cambios del estado del ánimo, por lo que de manera muy general da una idea de lo que es una emoción.

Otro concepto es el dado por el "Diccionario Porrúa de la Lengua Española" que dice que una emoción es una "Comoción orgánica consiguiente a impresiones, ideas o recuerdos" (2), como se puede ver éste concepto nos habla más que nada de la modificación a nivel orgánico y no como en el concepto anterior de un cambio en el estado del ánimo, otra parte de este hace relación del cambio orgánico con tres manifestaciones de la psique; impresiones, ideas y recuerdos, las cuales preceden a dicha emoción.

La enciclopedia "Quillet" dice de la emoción "Es un proceso complejo de desadaptación y readaptación que se desarrolla en dos fases; la emoción-choque y la emoción-sentimiento" (3), en éste concepto se habla de un proceso de desadaptación, ya que cualquier emoción implica un cambio en el estado original y además se habla de un proceso de readaptación implícito con el cambio anterior.

Para comprender mejor éste proceso recurriremos a otro concepto, el concepto de homeostasis.

(2) .- Raluy Poudevide Antonio, DICCIONARIO PORRUA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, México, 1976, Editorial Porrúa S.A., p-273.

(3).- ENCICLOPEDIA AUTODIDACTICA QUILLET, México, 1979, Editorial Cumbre S.A., 17a. Ed., p-498.

Segun el Dr. Charles K. H. "La homeostasis es la tendencia general a la uniformidad y estabilidad de los estados corporales normales y de naturaleza físico-química de un organismo" (4), observemos entonces que la homeostasis es un estado de cambio y readaptación continua que permite conservar los estados corporales en equilibrio.

De la misma manera el concepto de emoción que acabamos de ver nos habla de un proceso similar, solo que en este caso es a nivel de la esfera afectiva.

Por otra parte se divide la emoción en dos fases; la primera de ellas explica todos los ajustes que se manifiestan objetivamente en el organismo, la otra hace mención del componente subjetivo que acompaña a toda emoción o sea la manera en que cada individuo la vivencia.

Otro concepto es el siguiente "Fundamentalmente una emoción es una experiencia consciente" (5), de este concepto deducimos que para experimentar una emoción se requiere de estar en contacto con el medio externo (a través de los órganos de los sentidos) o con el medio interno (a través de los pensamientos, sentimientos, etc.) lo fundamental en los dos

---

(4) .- K. Hofling, Charles, TRATADO DE PSIQUIATRIA, México, 1974, Editorial Interamericana, p-29.

(5) .- ENCICLOPEDIA DE LAS CIENCIAS, México, 1980, Editorial Cumbre S.A., p-412.

casos es que el individuo esté conciente, pues esto no sucede en el paciente comatoso por ejemplo.

Dorothy Mereness, directora del programa de enfermería -- psiquiátrica e higiene mental de la Universidad de Nueva York, E.U.A. dice que la emoción es una experiencia psí--quica que de manera difusa afecta prácticamente a todos -- los órganos del cuerpo. Esta autora toma también en cuenta el componente subjetivo y el componente orgánico como -- estructura fundamental de la emoción. (6)

El Dr. Ramón de la Fuente al hablar sobre las bases neurales y endócrinas de las emociones dice lo siguiente: "En -- la emoción el diencéfalo que recibe estímulos aferentes, -- excita a su vez al músculo esquelético y a las vísceras -- mediante una descarga descendente, en tanto que el compo--nente subjetivo, el afecto, está dado por una descarga -- ascendente hacia la corteza cerebral". (7)

De los conceptos que hemos expuesto se puede resumir lo -- siguiente:

---

(6) .- Mereness Dorothy, ELEMENTOS DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA, México, 1974, Editorial Interamericana, pp 90-110.

(7) .- De la Fuente Mufiz, Ramón, PSICOLOGIA MEDICA, México, 1976, Fondo de cultura económica, p-87.

La emoción es un estado del ánimo, que implica cambios -- órgano-corporales, que son experimentados por el individuo de manera objetiva y subjetiva como un mecanismo de adaptación ante las situaciones del medio.

## 5.2 Importancia.

Cuando una persona siente odio, temor o alegría decimos que está experimentando una emoción, las emociones por lo tanto son experimentadas todos los días a tal grado que no nos damos cuenta de su presencia hasta que alguien nos lo hace notar.

Las emociones son pues las manifestaciones de la emotividad del ser, sin las emociones el hombre no sería un ser adaptable ya que las emociones modulan en gran parte la tónica - que caracteriza a cada persona, es decir forman parte fundamental de la personalidad.

Si una persona se encuentra en una situación comprometedora en la cual se pone en juego la integridad física experimenta temor y rechazo hacia el objeto que la inspira; en el caso contrario si se experimenta alegría existirá o debe existir para esto un objeto o situación del medio que la inspire.

Cuantas veces al día experimentamos distintas emociones - tantas veces se registraran cambios en nuestro organismo y

en nuestra experiencia psíquica. Cabe además mencionar que las emociones tienen un papel importante en los distintos-estados del afecto de los cuales preceden. (8)

Si no existieran las emociones el hombre sería un ser frío si maneras expresivas que denotaran su carácter de humano.

### 5.3 La angustia.

Respecto al concepto de la angustia nos encontramos con la confusión que el uso común del término a creado, no solo - en el ambiente médico general sino también en algunas áreas de la especialidad.

El mal uso del término nos confronta pues con la necesidad de aclarar y enmarcarlo.

Es muy frecuente y por esto común que en la vida cotidiana y en algunas tantas ocasiones dentro de la medicina o dentro de otras ciencias relacionadas con el estudio del hombre se haga uso del término indiscriminadamente para referirse a un estado de stress de origen múltiple o indefinido.

Analizaremos pues a continuación el concepto de angustia.

---

(8) .- López Ibor J.J., LECCIONES DE PSICOLOGIA MEDICA, Madrid España, 1975, Editorial Pae montalvo, pp 173-181

"La angustia es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada. Subjetivamente se caracteriza por un afecto de incertidumbre e impotencia ante la amenaza que no es percibida del todo o que lo es en forma vaga e imprecisa. Fisiológicamente implica cambios bio-químicos y pautas fisiológicas en los que participan el sistema nervioso de la vida de relación, el sistema endócrino y particularmente el sistema nervioso vegetativo." (9)

En este concepto expuesto por el Dr. de la Fuente, se pueden observar claramente los elementos básicos que participan en la angustia. Estos son la parte subjetiva y la orgánica; la subjetiva es la expresión misma del elemento causal actuando sobre el núcleo mismo de la personalidad, de ahí que el individuo no la perciba claramente pues implica algunos elementos inconcientes que han creado raíces en su estructura misma. La parte orgánica, que es observable y cuantificable -- desde sus componentes mas finos, como las descargas adrenergicas, hasta los cambios de actitud y postura que se pueden observar directamente, basicamente implica todos los cambios físicos asociados con ésta emoción.

---

(9) .- Op. Cit., De la Fuente Muñiz, p-154

Este estado es mucho muy confundible con el miedo, que por pertenecer al grupo de las emociones también se compone de dos elementos básicos; la diferencia se encuentra principalmente en el componente subjetivo, ya que en este estado el factor causal no proviene de un estrato de la personalidad, sino que proviene del medio externo en forma de un peligro real que puede ser percibido con claridad.

El mismo autor nos dice que "Proporcionalmente a la intensidad de la angustia, el funcionamiento interno se desorganiza y la relación de la persona con el mundo objetivo se debilita. De ahí que lo que el sujeto experimenta en los casos severos es la disolución de sí mismo!" (10)

Por otra parte ya que la fuente de peligro se desconoce no se está en posibilidad de defenderse generandose un círculo vicioso de intensificación, que aumentará mas si se trata de un sujeto con suceptibilidad de experimentarla y poca -- capacidad para tolerarla.

---

(10) .- Op. Cit., De la Fuente Muñiz, p-154.

### 5.3.1 Concomitantes corporales de la angustia.

El componente orgánico de la angustia es muy confundible con el cuadro que otras emociones presentan, sobre todo si tomamos en cuenta la susceptibilidad y tolerancia individual. Esta dificultad nos impide enmarcar con claridad los cambios físicos que se presentan, mas mencionaremos algunos de los cambios corporales que con mas frecuencia se presentan con esta emoción.

La primer manifestación física y la mas frecuente es una modificación de la conducta original, esto es el sujeto se modifica en sus hábitos, puede hacerse áptico, con poco apetito, tener insomnio o mostrarse muy inquieto y caminar de un lado a otro manifestando claramente su estado. El iterrogatorio o una breve plática corroborará nuestra observación.

A nivel del sistema muscular se pueden presentar temblor en los miembros superiores, mas que en los inferiores, sudor en la palma de las manos, dolores y molestias de tipo muscular.

Dentro del sistema cardiovascular se encuentra taquicardia tensión arterial elevada, sobre todo la cifra de la presión sistólica.

En el aparato respiratorio encontramos respiración superficial y rápida. En el digestivo las mucosas bucales se muestran resacas y con mucha frecuencia se encuentran alteraciones a nivel intestinal en forma de estreñimiento.

Todos los cambios físicos que se experimentan van en relación con la intensidad de la emoción, esto es lo mas frecuente, aunque pueden presentarse casos en los que no vayan en relación a ésta sobre todo cuando los mecanismos de defensa actúan afectivamente. (11)

En el caso del paciente psiquiátrico las manifestaciones francas de la angustia se encuentran interferidas en su mayoría por los síntomas del cuadro y solo son observables cuando son removidos por los fármacos o la psicoterapia.

De ahí la confusión que plantean algunos pacientes que al irse recuperando se muestran muy angustiados. En este caso se debe considerar a dicho estado de angustia como un paso de transición hacia la recuperación y no como una recaída.

Es posible inferir del cuadro psicótico, a través de sus -

---

(11) .- ACTAS DEL SIMPOSIO DE S.LUCAS, Amsterdam, Países Bajos, 1973, Excerpta Médica, pp 1-7.

síntomas distintos grados de angustia. Esto infiriendo que la mayoría de los síntomas tienen como objetivo disminuir estados de angustia.

### 5.3.2 Angustia y persona.

Dada la gran variedad de situaciones que pueden inducir a experimentar un estado de angustia, el sujeto en cualquier momento puede ser portador de un problema psiquiátrico o somático que se derive de una situación psíquica.  
(12)

A pesar que en la actualidad la tendencia médica y psiquiátrica es la de encontrar una causa física como origen de toda alteración mental, es inegable que el hombre se constituye de un cuerpo y mente que se encuentran en interacción continua y que muchas de sus patologías encuentran - explicación en dicha interacción o en su interacción con el medio.

### 5.4 La situación actual.

La vida moderna ha hecho de la actividad cotidiana una actividad ardua y mas versátil. Comprometiendo la calma de hacer los conflictos cada dia son mayores y variados, la-

---

(12) .- Rees W. Linford, FACTORES DE ANSIEDAD EN LA ASISTENCIA GLOBAL AL ENFERMO, Londres, 1974, Excerpta médica, pp 8-19.

población va cada día en aumento, los alimentos son escasos y caros, las guerras se intensifican, los problemas de drogadicción y la escases de trabajo generan una inseguridad flotante.

Al parecer el hombre se hace mas conflictivo y su espíritu bélico y de poderio va en aumento, de la misma manera los problemas psiquiátricos han aumentado haciendo necesario que en la actualidad se aumenten las horas de trabajo en esta especialidad.

Nuevos programas se ponen en práctica, algunos con ideas ambiciosas otros con ideas mas probables, al parecer todo indica que el hombre no suspendera su loca carrera.

El Dr. G. Corona, psiquiatra mexicano nos comentó al respecto; "Por lo dicho ocurre que hay mas miedo, que es mayor la preocupación y mas incisiva la angustia existencial que abona y desata la angustia vital o patológica tanto en individuos como en familias y grupos, lo mismo a nivel nacional que a nivel internacional. No se sabe con sus dolores que podrá parir el hombre de hoy como solución a las cuestiones que hemos apuntado; el hombre mismo se ha erigido en la medida de todas las cosas sobreutilizándolas;

lo mismo hace con el dinero creyendo equivocadamente que poseyendo mas él mismo es mas y se encuentra mejor. La - medida del hombre actual sin embargo no nos muestra su - importancia sino que traduce el equívoco de sus parametros de medida". (13) .

---

(13) .- Corona Ulink, Guillermo, LA CRISIS ACTUAL EN LA PERSONA, México, 1972, Editorial Quetzalcoatl S.A., p-19.

## II.- JUSTIFICACION.

El olvido que con frecuencia se observa respecto a la consideración del hombre como una unidad formada por tres esferas, nos hace notar la importancia de estudiarle inte--gralmente y de manera científica, especialmente cuando -- éste se encuentra enfermo.

Se define el estímulo emotivo como causa de retraso en el alívio de los síntomas de la esquizofrenia, considerándolo factor importante en la cronicidad de muchos de los -- estados psiquiátricos que se encuentran en el medio hos--pitalario.

## III.- PROBLEMA.

¿ La angustia que experimenta el paciente esquizofrénico--prolonga su padecimiento?

## IV.- HIPOTESIS.

El paciente esquizofrénico experimenta diversos grados de angustia que de manera directa exacerban sus síntomas, --- haciendo por esta razón su estancia hospitalaria mas pro--longada.

## V.- OBJETIVOS.

a) Correlacionar los cambios de la sintomatología de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados, con los diversos grados de angustia.

b) Establecer la importancia de la terapia de apoyo al paciente esquizofrénico hospitalizado en la valoración de sus síntomas.

c) Hacer el análisis estadístico que permita saber el riesgo de cronicidad de la población en estudio que experimenta angustia.

## VI.- MATERIAL Y METODOS.

### Universo.

200 pacientes de ambos sexos con diagnóstico de esquizofrenia internados en la Clínica San Rafael y Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. (registros estadísticos respectivos)

### Muestra y criterios de selección.

La muestra constituye el 13 % del universo mencionado; 26-pacientes internados durante los meses de Agosto y Septiembre de 1981, que se ajustan a los criterios de selección como sigue:

- Que el paciente esté diagnosticado como esquizofrénico, no importando el sexo.
- Que su hospitalización sea mayor de dos meses.
- Que tenga tratamiento médico.
- Que cuente con atención y cuidados de enfermería.

### Método.

Una vez hecha la selección de la muestra, de acuerdo con los criterios de selección, se hace la primer valoración de síntomas utilizando la Escala Cuantitativa de Síntomas Psiquiátricos del Dr. Guillermo Calderón N. (ver anexo 1)

Esta valoración se repite cada quince días hasta completar un total de cuatro y tiene por objeto conocer el grado sintomático propio de la esquizofrenia (razon por la que no se usa la escala completa) y los indicadores de angustia.

Intercalada a la primera y segunda valoración se realiza una entrevista al paciente con el objeto de conocer de manera directa la situación de su problema.

En esta entrevista, que como la valoración de síntomas se realiza de manera informal y sin que el paciente se entere, se hacen seis preguntas claves que previamente se han planeado. (ver anexo 2-A, B, C y D)

Dichas preguntas van encaminadas a conocer el estado de conciencia y el grado subjetivo de angustia en él.

Para hacer mas completa la información de cada caso se recaben datos de los respectivos expedientes, obteniendose del médico tratante en su defecto. (ver anexo 3-A, B, 4-A y B)

Con los datos del expediente y la información obtenida en la entrevista se realiza la clave psicodinámica de cada paciente (ver anexo 5-A, B, C, y D) con el objeto de precisar aun mas el grado subjetivo de angustia.

De las cuatro valoraciones realizadas con la escala cuantitativa de síntomas psiquiátricos se obtiene el grado sintomático y evolutivo de la esquizofrenia y se correlaciona con los diversos valores que se obtienen de la angustia.

De la entrevista y la clave psicodinámica se infiere la susceptibilidad de experimentarla, se deduce la importancia del apoyo emocional y de las terapias en cada uno de los casos.

## VII.- ANALISIS DE RESULTADOS.

Como se había planeado utilizando una escala cuantitativa de síntomas psiquiátricos por cada valoración, fueron registrados los síntomas de la esquizofrenia y los correspondientes a la angustia de los 26 pacientes, en cuatro entrevistas con diferencia de quince días entre cada una. ( ver anexo 6-A,B,C y D )

Se obtuvieron posteriormente los resultados de cada paciente en cada una de las cuatro valoraciones sumando los puntos - acumulados por los síntomas de esquizofrenia y los indicadores de angustia correspondientes. (ver anexo 7-A y B)

A estos valores con objeto de facilitar su análisis e interpretación se les traspoló a valores relativos a través de la siguiente formula:

$$\bar{X} = \frac{\sum_{j=1}^n x_j}{N}$$

Nota.- Los datos necesarios para usar la formula  $\bar{X}$  se pueden ver en el anexo 7-A y B, y su uso correcto se describe en el anexo 8.

Una vez obtenidos los valores relativos de cada puntuación (ver anexo 9-A y B) se vacian a un cuadro único que permite

observar las cifras respectivas (angustia-esquizofrenia)- de manera cercana y fácil para su análisis. (ver anexo 10)

Encontramos que el 46.152% de la muestra presentó relación directa en la evolución de síntomas. (ver anexo 11) De este grupo se descartaron los casos dudosos; casos en los que no se comprueba una relación estrecha pues no existen en ellos oscilaciones análogas que lo reafirmen. (ver anexo 12)

De esta última operación se obtuvo un porcentaje de 30.769% cifra aun muy alta.

Respecto a la diferencia de los casos que no presentaron relación, estos alcanzaron un porcentaje de 53.846%.

Se encontró además que un 11.538% presentó una relación -- inversa; esto es presentaron una cifra alta de angustia -- cuando la correspondiente a la esquizofrenia bajó. (ver -- anexo 13)

Esta observación comprueba en parte el conocimiento de que la angustia en el paciente psiquiátrico se manifiesta mas claramente cuando son removidos sus síntomas por el tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

Otro 11.538% presentó una relación inversa por continuación de los síntomas esquizofrénicos; presentaron una elevación en la angustia después de dos cifras continuas de esquizofrenia. (ver anexo 13)

Con respecto a la entrevista realizada a cada paciente, se encontró que el 65.384% manifestó angustia durante su realización y el 88.461% presentó inestabilidad emocional en la clave psicodinámica. (ver anexo 14)

El riesgo de cronicidad se obtuvo de los casos que presentan relación estrecha de síntomas, esto es el 30.769%, y dado que los porcentajes obtenidos de la entrevista y la clave psicodinámica son altos se reafirma a ésta como cifra riesgo.

#### VIII.- CONCLUSIONES.

La realización de este estudio dió experiencia al investigador, además se comprobó la hipótesis y se reafirma la importancia de la terapia de apoyo.

Las bases del marco teórico aunadas a los resultados obtenidos enmarcan la importante labor del profesional de enfermería - como parte vital del cuerpo interdisciplinario que brinda - - atención al paciente hospitalizado.

Dados los porcentajes elevados obtenidos, es relevante - subrayar la importancia de detectar a tiempo los diversos grados de angustia en el paciente, con el objeto de reducirlos lo mas posible y evitar asi su estrecha relación con la evolución del padecimiento.

Sugerencias:

Se sugiere realizar otro estudio sobre este tema, replanteando la hipótesis con - motivo de comprobar el resultado, - asi como contar con asesoría bioestadística para hacerle lo mas preciso posible y conocer los grados de confianza del - resultado, pues en este trabajo no se aplican, lo que le da cierto grado de incertidumbre, dejando en gran parte al conocimiento y la experiencia del investigador como bases - - importantes en la obtención de resultados.

Por otra parte se sugiere que los programas de enseñanza -- de enfermería contemplen de manera amplia e integral el nivel preventivo de las enfermedades psiquiátricas y que se - cuente con la asesoría competente para que el alumno se forme una idea real del paciente psiquiátrico, comprenda la -- importancia de su labor y se generen vocaciones en esta especialidad joven y tan escasa de ellas.

IX.- BIBLIOGRAFIA.

De la Fuente Muñiz, Ramón, PSICOLOGIA MEDICA, México 1976,  
Fondo de cultura económica.

K. Hofling, Charles, TRATADO DE PSIQUIATRIA, México 1974,  
Editorial Interamericana.

Ey, Henri, TRATADO DE PSIQUIATRIA, Barcelona, España 1978,  
Editorial Toray-masson.

Freud, Ana, EL YO Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA, Buenos Aires  
1964, Editorial Paidós.

Grolier, ENCICLOPEDIA DE LAS CIENCIAS, México 1980,  
Editorial Cumbre S.A.

Lawrence G. Kolb, PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA, México 1978,  
Prensa médica mexicana.

López Ibor, J.J., LECCIONES DE PSICOLOGIA MEDICA, Madrid,  
España 1975, Editorial Paz Montalvo

Asociación Psiquiátrica Norteamericana, MANUAL DE DIAGNOSTICO  
Y NOMENCLATURA DE LOS TRASTORNOS MENTALES, versión en ingles,  
año 1976.

W. M. Jackson, DICCIONARIO HISPANICO UNIVERSAL,  
México 1979, Tomo 1.

Raluy Poudevida, Antonio, DICCIONARIO PORRUA DE LA LENGUA  
ESPANOLA, México 1976, Editorial Porrúa S.A.

ENCICLOPEDIA AUTODIDACTICA QUILLET, México 1979,  
Editorial Gumbre S.A.

Mereness, Dorothy, ELEMENTOS DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA,  
México 1974, Editorial Interamericana.

Rees W. Linford, FACTORES DE ANSIEDAD EN LA ASISTENCIA -  
GLOBAL AL ENFERMO, Londres, 1974,  
Excerpta médica.

Corona Ulink, Guillermo, LA CRISIS ACTUAL EN LA PERSONA,  
México 1972, Editorial Quetzalcoatl S.A.

Wayne W., Daniel, BIOESTADISTICA, México 1980,  
Editorial Limusa S.A.

Martinez Sanchez, Julio, ESTADISTICA I, Universidad -  
Nacional Autónoma de México, Sistema Universidad Abierta.

X.- APENDICE.

## Anexo 1.

ESCALA CUANTITATIVA DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

Dr. Guillermo Calderón Hervás

Calificación

- 0.- Nada
- 1.- Poco
- 2.- Medianamente
- 3.- Mucho
- 4.- Extremadamente

## SINTOMAS

- |           |                                  |
|-----------|----------------------------------|
| TENSION Y | 1.- Nerviosismo                  |
| ANSIEDAD  | 2.- Sudor de manos               |
|           | 3.- Olvidos frecuentes           |
|           | 4.- Falta de atención            |
| DEPRESION | 5.- Tristeza                     |
|           | 6.- Llanto                       |
|           | 7.- Inseguridad                  |
|           | 8.- Insomnio                     |
|           | 9.- Anorexia                     |
|           | 10.- Cefalea                     |
|           | 11.- Ideas de culpa              |
|           | 13.- Poco interes en actividades |
| ELEMENTOS | 14.- Hostilidad verbal           |
| MANIACOS  | 15.- Explosiones de ira          |
|           | 16.- Molesto a los demas         |
|           | 17.- Hiperactividad              |
|           | 18.- Agresividad                 |
|           | 19.- Excitabilidad               |
| ELEMENTOS | 20.- Aislacionismo               |
| AUTISTAS  | 21.- Permanece callado           |
|           | 22.- Movimientos lentos          |
|           | 23.- Frecies inexpresiva         |
|           | 24.- Indiferencia afectiva       |
|           | 25.- Descuido en su apariencia   |
|           | 26.- Voz baja                    |
|           | 27.- Respuesta con monosilabos   |

Continúa.....

continuación anexo I

CUADRO	35.-	Alucinaciones auditivas
ALUCINA	36.-	" visuales
TORIO	37.-	Otras
	38.-	Soliloquios
	39.-	Mira como si oyese voces
ELEMENTOS	40.-	Ideas de persecución
PARANOIDES	41.-	" " celos
	42.-	" " influencia
	43.-	" " grandesa
	44.-	" místicas
	45.-	Otras
DISGREGA	46.-	Disgregación
CLON	47.-	Respuestas de todo
	48.-	Neologismos
OTROS	49.-	Risas inmotivadas
TRASTORNOS	50.-	Gestos y señas raras
ISICOTICOS	51.-	Negativismo
	52.-	Autocrítica perturbada

Nota.-- Los rubros comprendidos entre 28 y 34 no se anotan, pues no se usan en esta investigación ya que comprenden elementos neuróticos.

Anexo 2-A

CLINICA SAN RAFAEL

Entrevista al paciente; Ced. 3

Nombre: J. M.  
Edad : 33 años  
Sexo : Masculino  
Estado civil: Soltero  
Nacionalidad: Mexicana  
Ocupación: Ninguna

-- ¿Porque se hospitalizo'?

Me hospitalizaron porque lloraba mucho, pues murió mi progenitora, pero ya me siento recuperado.

-- ¿Como se sintió al ingresar?

Me senti encerrado, es un lugar que está muy lejos de mi tierra.

-- ¿Como se siente ahora?

Me siento recuperado, me estoy habituando, aunque me preocupa pasar mas tiempo en éste lugar.

-- ¿Le agrada que lo visiten?

Sí, la semana pasada vino mi hermano, el que me internó.

-- ¿Como se ha sentido en el hospital?

Al principio me sentía encerrado, aunque en algunas ocasiones todavía me siento angustiado, pero ya menos que al principio.

-- ¿Le agradaría volver con su familia?

Sí, ya me siento recuperado, pues me han vitaminado.

Anexo 2-B

CLINICA SAN RAFAEL

Entrevista al paciente; Ced. 8

Nombre: A. C.  
Edad : 30 años  
Sexo : Masculino  
Estado civil: Soltero  
Nacionalidad: Mexicana  
Ocupación: Ninguna

-- ¿Porque se hospitalizó?

NO SUPO EXPLICAR.

-- ¿Como se sintió al ingresar?

Me sentí encerrado.

-- ¿Como se siente ahora?

No sabría valorarme, mas que angustiado me siento -  
molesto por no poder desarrollar lo que yo se.

-- ¿Le agrada que lo visiten?

Sí me gusta, aunque no me visitan con frecuencia -  
porque vivimos lejos.

-- ¿Como se ha sentido en el hospital?

Me siento bien.

-- ¿Le agradaría volver con su familia?

Claro que sí.

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

Entrevista al paciente; Ced. 19

Nombre: M. L. J.  
Edad : 30 años  
Sexo : Masculino  
Estado civil: Casado  
Nacionalidad: Mexicana  
Ocupación: Ninguna

-- ¿Porque se hospitalizó?

Pues dicen que porque estaba mal.

-- ¿Como se sintió al ingresar?

Me sentí encerrado. A mi me gusta la libertad doctor.

-- ¿Como se siente ahora?

Ya me siento mejor. Ya quiero ser dado de alta.

-- ¿Le agrada que lo visiten?

Pues si doctor, pero ya tiene mucho que no me visitan.

-- ¿Como se ha sentido en el hospital?

Encerrado.

-- ¿Le agradaría volver con su familia?

Pues si doctor, pero no me han dicho cuando.

Anexo 2-D

HOSPITAL PSIQUIATRICO PRAY BERNARDINO ALVAREZ

Entrevista al paciente; Ced. 26

Nombre: P. V. R.  
Edad : 26 años  
Sexo : Femenino  
Estado civil: Soltera  
Nacionalidad: Mexicana  
Ocupación: El hogar

-- ¿Porque se hospitalizó?

Porque dice mi mamá que estoy enferma de los nervios.

-- ¿Como se sintió al ingresar?

Mal, porque aquí hay pura gente loca.

-- ¿Como se siente ahora?

Me siento mal doctor, porque ya me quiero ir a mi casa.

-- ¿Le agrada que la visiten?

Sí, me gusta.

-- ¿Como se ha sentido en el hospital?

Mal, porque hay gente loca.

-- ¿Le agradecería volver con su familia?

Sí, pero no me dejan ir.

Anexo 3-A

CLINICA SAN RAFAEL

Datos relevantes del expediente clínico; Ced. 3

Nombre: J. M.  
Edad : 33 años  
Sexo : Masculino  
Estado civil: Soltero  
Nacionalidad: Mexicana  
Ocupación: Ninguna

Inicia padecimiento en 1966, cursándolo sin tratamiento.

Tiene cuatro hermanos de los cuales él es el menor.

No se reportan datos psiquiátricos familiares.

El motivo de su internamiento es a consecuencia de una-  
recada, posterior a la muerte de su madre.

Sus relaciones sociales y familiares son vagas.

Nunca ha ejercido profesionalmente y nunca ha trabajado.

Tiene acentuada labilidad efectiva y su infancia se ca-  
racterizó por malas relaciones interpersonales siendo -  
un estudiante mediocre, tímido y conflictivo.

Su padecimiento es de pronóstico malo, ya que el proceso  
es deteriorante, sobre todo si no continua el tratamiento.

Fuente de información:- Médico tratante

CLINICA SAN RAFAEL

## Datos relevantes del expediente clínico; Ced. 8

Nombre: A. U.  
Edad : 30 años  
Sexo : Masculino  
Estado civil: Soltero  
Nacionalidad: Mexicana  
Ocupación: Ninguna

Paciente que es poseedor de una personalidad esquizoide; actualmente se le observa un deterioro franco y su enfermedad es muy manifiesta.

Se le ha tratado a base de terapia medicamentosa y electroconvulsiva sin lograr resultados satisfactorios.

Es el único varón y tiene dos hermanas.

Su madre es absorbente y obsesiva. Su padre falleció a temprana edad del paciente.

Su enfermedad tiene un pronóstico difícil y aunque se le observa en ocasiones tranquilo, tiene remisión de sus síntomas, ya que estos en realidad no han desaparecido.

Fuente de información;- Médico tratante.

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAJ BERNARDO ALVAREZ

Datos relevantes del expediente clínico; Ced. 19

Nombre: M. B. J.

Edad : 30 años

Sexo : Masculino

Estado civil: Casado

Nacionalidad: Mexicana

Ocupación: Ninguna

Motivo de la consulta.- El paciente es traído por su madre con engaños desde el Estado de Querétaro, debido a que la desconoce, la ha amenazado y en varias ocasiones se ha mostrado agresivo - físicamente, presenta ideas delirantes de tipo paranoide y tendencia al aislamiento. En ocasiones vageabundeo e insomnio.

Padecimiento actual.- A decir de la madre el paciente inició - sintomatología psiquiátrica hace unos 7 años, posterior a un - problema con la policía judicial; "fue a cause de golpear y --- amenazar a una vecina". Posterior al incidente el paciente desa - rrolló ideas delirantes de persecución y de daño, empezó a in - gerir bebidas embriagantes indiscriminadamente. Realizaba aun - su trabajo, pero no era constante, "trabajaba unos días y otros no". En ocasiones salía de su domicilio y no regresaba, había que salir a buscarlo.

Manifiesta la madre que hace cuatro años fue internado en un - hospital de Guadalajara en el que al parecer recibió terapia - electroconvulsiva. Posteriormente el paciente estuvo trabajan - do en forma adecuada durante algunos meses y desde hace un año no desempeña labor alguna.

Antecedentes personales.- Producto del primer embarazo, al pa - recer a término, atendido en domicilio por empírica. La madre - desconoce datos sobre los periodos prenatales y del desarrollo - psicomotor.

Tabaquismo intenso desde hace 7 años fumando dos cajetillas al día. Alcoholismo ocasional.

Inicia vida escolar a los 6 años, cursando toda la primaria sin problemas y con aceptables calificaciones; dejó los estudios - por necesidades económicas de la familia, ya que la madre es - soltera.

Se unió libremente a una mujer hace 7 años aproximadamente y - tiene dos hijos. La esposa lo abandonó hace un año.

Anexo 4-B

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

Datos relevantes del expediente clínico; Ced. 26

Nombre: P. V. A.

Edad : 26 años

Sexo : Femenino

Estado civil: Soltera

Nacionalidad: Mexicana

Ocupación: El hogar

Motivo de la consulta.- Por presentar agresividad física, desorientación desconocimiento, insomnio, excitación psicomotriz, lenguaje incoherente, risas sin condicionante, - ideas de referencia y daño, alucinaciones visuales y auditivas.

Anaménesis indirecta.- (Tomado de la historia de ingreso y - rectificado por la madre que ha venido a informarse del -- estado de la paciente) Madre de nivel cultural bajo, su -- hija casi no ha vivido con ella, por lo que desconoce muchos datos. Refiere que su hija vivió con el padre y ella hasta la edad de dos años, siendo una niña muy inquieta, traviesa y corajuda, a esa edad su esposo la abandono viéndose obligada a dejar a la niña con sus abuelos maternos, para así ella poder trabajar. Durante el tiempo que vivió con sus abuelos fué la consentida de la casa; "ellos le daban todo y le cumplían todos sus antojos", principalmente por parte del abuelo quien era el que mas la consentía, hasta hace 4 años que murió. - Ella siguió viviendo con su abuela y una tía que fue a vivir con ellas, pues quedó viuda con tres hijos, después abandonó la casa posterior a un castigo que le dió la tía, viniendo a vivir con la madre, esto hace 3 años; la madre para entonces vivía con un señor con el cual tiene cinco hijos.

Un mes antes de su ingreso a este hospital, al regresar de la calle con una de sus hermanas, llegó muy enojada diciéndole a la madre "que toda la gente se estaba riendo de ella y que -- ella no era mujer de la calle", se negó a salir de la casa -- durante dos días permaneciendo tranquila y sin dar problemas. Cuatro días antes de su ingreso empezó a presentar las mismas ideas, pero acompañadas de agresividad indiscriminada principalmente.

continua.....

Antecedentes personales no patológicos.- Producto del segundo embarazo, parto eutócico, respiró al nacer, sin complicaciones perinatales. Primeria incompleta con regular aprovechamiento, nunca a trabajado fuera del hogar. Se niegan datos psicosexuales.

Antecedentes personales patológicos.- Refiere enfermedades - propias de la infancia al parecer sin complicaciones, se niegan antecedentes quirúrgicos, traumatismo craneoencefálico- hace 3 años, con pérdida del conocimiento, se ignora por cuanto tiempo, al caer de una altura aproximada de 3 metros, sin - - atención médica. Se niegan mas antecedentes.

Antecedentes familiares.- Padre sano, lo mismo que la madre, primo hermano con oligofrénia profunda, tia materna con diabetes, resto negativo

-----

CLINICA SAN RAFAEL

Clave psicodinámica; Ced. 3

Nombre: J. M.  
Edad : 33 años  
Sexo : Masculino  
Estado civil: Soltero  
Nacionalidad: Mexicana  
Ocupación: Ninguna

Al hacer un corte longitudinal de la historia clínica de este paciente, comprobamos inestabilidad en su desarrollo, lo que provoca malas relaciones interpersonales de tipo-social y familiar. Estas situaciones marcan claramente la personalidad previa a su conflicto psicótico.

La pobreza y dificultad para superar cada una de las etapas de su desarrollo nos comprueban la falta de integración de personalidad.

Transversalmente observamos datos como pérdidas, sentimientos de encierro, necesidades de afecto, inestabilidad en el estudio, negación a ejercer su profesión y depresión los cuales demuestran fallos en su equilibrio mental.

Una de las pérdidas mas importantes de este paciente es la de la madre la cual fue el factor desencadenante de su padecimiento; en donde vemos claramente una liga enfermiza - de los afectos.

El pronóstico es bueno en tanto que a respondido al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. En este momento - es recomendable vigilarle de cerca para evitar una recaída, haciendo hincapié en los cuidados de enfermería.

Anexo 5-B

CLINICA SAN RAFAEL

Clave psicodinámica; Ced. 8

Nombre: A. C.  
Edad : 30 años  
Sexo : Masculino  
Estado civil: Soltero  
Nacionalidad: Mexicana  
Ocupación: Ninguna

Tanto el corte longitudinal como el transversal de la - historia clínica de este paciente observamos elementos francos de predisposición a su patología, algo muy importante es que se trata de un paciente huérfano temprano, lo que provocó un problema severo de identidad con figuras importantes para la formación de su personalidad, seguramente su madre no pudo ser un elemento sustitutivo adecuado de dicha figura ausente y siendo ésta "absorbente" y "obsesiva" no cubrió los aspectos afectivos que el paciente necesitó siendo niño. Otro aspecto importante es que fue el único varón de la familia lo cual limitó su comunicación.

Su problema de identidad mas las carencias afectivas a temprana edad han provocado que el paciente presente rasgos esquizoides que como resultado manifiesta agresión y aislamiento.

Es un paciente de pronóstico reservado en este momento por lo reciente de su quiebra psicótica y lo poco que lleva de tratamiento. Bien nos pueden servir para un pronóstico positivo a largo plazo los niveles intelectuales del paciente.

HOSPITAL PSIQUIATRICO EMILY BERNARDINO ALVAREZ

Clave psicodinámica; Ced. 19

Nombre: M. L. J.  
Edad : 30 años  
Sexo : Masculino  
Estado civil: Casado  
Nacionalidad: Mexicana  
Ocupación: Ninguna

Este caso nos ofrece una riqueza de datos para el estudio de la patología del paciente, M. L. es un paciente en - - cuya dinámica familiar se nota ausencia de figuras significativas lo que no le permite un desarrollo adecuado de su personalidad. Al parecer tratase de un hijo único, con una madre poco motivadora, con una relación efectiva muy pobre.

Los elementos de desintegración de éste paciente son relevantes y nos dejan ver una seria dificultad en su tratamiento, ya que posee un delirio organizado, con un deterioro a niveles altos. La agresión forma parte importante de su patología ya que la utiliza como defensa contra el juicio de realidad que debiera poseer.

Su soledad y angustia es remarcada en él, pero no logra tener claramente una conciencia de enfermedad lo cual es indicativo de su grado de disgregación.

Esperamos de éste paciente muy poco y se hace hincapié en que el tratamiento médico lo acompañen elementos terapéuticos por parte del equipo de salud, encaminados a proporcionarle un juicio de realidad aceptable que permita a mediano plazo una mejor recuperación.

HOSPITAL PSICUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

Clave psicodinámica; Ced. 26

Nombre: P. V. R.  
Edad : 26 años  
Sexo : Femenino  
Estado civil: Soltera  
Nacionalidad: Mexicana  
Ocupación: El hogar

Trátase de un caso de 8 años de evolución, que a través de la historia clínica respectiva y por medio de un corte -- longitudinal de ésta es posible ver una personalidad previa enfermiza que empieza a manifestarse desde los primeros -- años de vida de la paciente, este problema se acentúa con la pérdida del padre y posteriormente de la madre; quienes abandonan a la paciente cuando ésta tenía la edad de dos -- años. Los abuelos que posteriormente sustituyen a las figuras primarias no cumplen satisfactoriamente ésto último -- por lo que se forma una gran inseguridad en ella al no lograr una adecuada identificación. Esta falta de seguridad -- se refleja en la falta de relaciones interpersonales adecuadas.

Por otra parte la pérdida del abuelo vino a influir de manera importante para su quiebre psicótica.

Transversalmente encontramos un yo débil que se reafirma -- a través de una inadecuada relación de objeto y la falta -- de constancia en las labores que inicia, por otra parte -- encontramos un ello punitivo que es el mas claro signo de un importante desequilibrio mental.

Por la evolución de este caso podemos pensar en un pronóstico malo, que requiere de manera urgente la adecuada labor del -- profesionalista de enfermería para que la atención médica no -- se suspenda y la psicoterapia sea mas constante ya que se -- puede aprovechar positivamente la edad de la paciente.

Anexo 6-A, cuadro 1

CAMBIOS EN LOS SINTOMAS PSIQUIATRICOS DE 26 PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA, DURANTE 4 ENTREVISTAS CADA 15 DIAS.

Primera visita; Nada -----0  
Escala: Poco -----1  
Medianamente -2  
Mucho -----3

SINTOMA.	PACIENTE.																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
NERVIOSISMO	0	2	1	0	4	2	1	1	1	2	0	2	1	2	0	2	3	1	2	1	2	1	2	2	2	2
SUDOR DE MANOS	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
OLVIDOS FRECUENTES.	1	1	1	0	1	1	1	0	2	3	0	2	1	1	1	2	3	2	1	2	2	0	3	3	3	3
FALTA DE ATENCION.	1	1	1	1	1	1	0	2	2	0	2	1	2	1	2	0	2	1	1	2	2	0	3	3	3	3
TRISTEZA.	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	
LLANTO.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	
INSEGURIDAD.	0	1	1	0	0	0	0	0	2	1	0	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	3	
INSOMNIO.	0	1	0	1	1	1	0	2	1	2	2	1	1	1	2	0	2	3	1	1	1	0	1	1	1	
ANOREXIA.	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	2	1	1	0	0	1	3	0	
CEFALEA.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
IDEAS DE CULPA.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	
" O IMPULSOS SUICIDAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
POCO INTERES EN ACTIVIDADES.	2	2	1	1	2	3	1	2	3	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	
HOSTILIDAD VERBAL.	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
EXPLICACIONES DE IRA.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	
MOLESTA A LOS DEMAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	
HIPERACTIVIDAD.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1	
AGRESIVIDAD.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	
EXITABILIDAD.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	
AISLACIONISMO.	3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	3	1	2	2	1	2	1	0	2	3	
PERMANECE CALLADO.	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	2	0	0	2	0	2	
MOVIMIENTOS LENTOS.	2	1	2	1	1	1	0	1	0	1	1	2	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	1	
FACIES INEXPRESIVA.	3	1	2	1	1	1	0	0	2	1	0	2	1	1	0	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	
INDIFERENCIA AFECTIVA.	2	2	2	1	0	1	0	0	2	1	0	2	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	
DESCUIDO EN SU APARIENCIA.	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	0	2	2	
VOZ BAJA.	1	1	2	1	0	0	1	1	0	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	2	0	
RESPONDE CON MONOSILABOS.	2	1	1	0	1	1	2	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	2	2	0	0	0	0	
AUDICIONES AUDITIVAS.	1	1	0	0	0	0	1	1	2	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	
" VISUALES.	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	2	
OTRAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SOLILOQUIOS.	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	2	
MIRA COMO SI OYESE VOSES.	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	3	2	
IDEAS DE PERSECUCION.	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	2	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2	0	1	0	1	
" " CELOS.	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	1	
" " INFIDELIDAD.	1	1	0	0	0	1	1	2	1	0	2	0	1	0	1	2	1	2	0	3	1	0	1	0	1	
" " GRANDEZA.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	
" " MISTICAS.	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	
OTRAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
DISREGACION.	1	1	1	1	2	1	1	3	3	1	3	1	1	1	2	1	2	2	1	3	1	0	2	3	3	
RESPUESTAS DE LAJO.	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	
NEOLOGISMOS.	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	2	
RISAS INMOTIVADAS.	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	2	
GESTOS Y SERAS RARAS.	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	3	2	2	
NEGATIVISMO.	1	0	2	1	1	3	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	2	0	1	1	1	1	2	
AUTOCRITICA PERTURBADA.	2	1	3	1	1	2	2	2	3	2	2	3	1	2	1	2	1	3	3	1	3	2	1	3	3	

Angustia.  
 Esquizofrenia.

Clinica San Rafael.  
Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino A.  
Ago-to-Septiembre 1961.

Anexo 6-B, cuadro 2

GAMBIOS EN LOS SINTOMAS PSIQUIATRICOS DE 26 PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA, DURANTE 4 ENTREVISTAS CADA 15 DIAS.

Segunda visita;

Escala

Nada -----0  
Poco -----1  
Medianamente -2  
Mucho -----3

SINTOMA.	PACIENTE.																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
NERVIOSISMO	0	1	1	0	0	1	0	1	1	2	0	2	1	2	1	2	2	1	2	0	1	1	2	1	2	3
SUDOR DE MANOS	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OLVIDOS FRECUENTES.	1	1	2	0	1	1	0	0	1	3	1	2	1	2	0	2	2	3	2	1	2	2	1	3	2	2
FALTA DE ATENCION.	1	1	2	0	1	1	0	0	1	1	1	2	1	1	1	1	0	2	1	1	2	3	0	2	1	3
TRISTEZA.	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
LLANTO.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INSEGURIDAD.	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2
INSOMNIO.	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	2	2	0	0	0	1	1	2	1	2	1
ANOREXIA.	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	2	0
CEFALEA.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
IDEAS DE CULPA.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
" O PENISOS NEGATIVOS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POCO INTERES EN ACTIVIDADES	3	2	1	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	1	0	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2
HOSTILIDADES VERBALES.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EXPLICACIONES DE FRA.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
MOLESTA A LOS DEMAS.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
HIPERACTIVIDAD.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
AGRESIVIDAD.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
EXITABILIDAD.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
AISLACIONISMO.	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	2
PERMANECE CALLADO.	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	1	2	0	0	2	1	2
MOVIMIENTOS LENTOS.	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1	1
FAJES INEXPRESIVA.	1	1	1	0	1	1	0	1	1	2	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2
INDIFERENCIA AFECTIVA.	1	1	1	0	0	1	0	0	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2
DESCRITO EN SU APARIENCIA.	2	0	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	0	2	2	1	2	1	1	2	1	2
VOZ BAJA.	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1	1	0	0	1	1	2	0	1	1	0	0	1	1	1
RESPONDE CON MONOSILABOS	2	1	1	0	1	1	1	1	1	2	0	2	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	2
ALUCINACIONES AUDITIVAS.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1	2	0	1	1	0	0	1	1
" VISUALES.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1
OTRAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOLILCONIOS.	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1
MIRA COMO SI OYE LAS VOCES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1
IDEAS DE PERSECUCION.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0
" " CELOS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	2	1	0	1	1	0	0	0	1
" " INFLUENCIA.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	1	1	1	2	0	1	1	0	1	0
" " GRANDEZA.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0
" " MISTICAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	1	0	0	1
OTRAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DISCREGACION.	1	1	1	0	1	1	1	1	2	3	2	2	1	1	1	1	1	3	2	1	2	2	1	2	1	3
RESPUESTAS DE LA O.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2
NEOLOGISMOS.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	2
RISAS INMOTIVADAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
GESTOS Y SERAS RARAS.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1
NEGATIVISMO.	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	0	0	0	2	1	2	0	1	1	1	2
AUTOCRITICA PERMITIDA.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Angustia.  
 Esquizofrenia.

Clinica S n Rafael.  
Los It 1. Psiquiatra Gray Bernardino A.  
Foto-Septiembre 1961.

Anexo 6-C, cuadro 3

CAMBIOS EN LOS SINTOMAS PSIQUIATRICOS DE 26 PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA, DURANTE 4 ENTREVISTAS CADA 15 DIAS.

Tercera visita;

Nada -----0  
Poco -----1  
Medianamente -2  
Mucho -----3

SINTOMA.	PACIENTE.																										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
1 NERVIOSISMO	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	0	2	2	1	1	2	
2 GUDOR DE MANOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3 OLVIDOS FRECUENTES.	1	1	0	0	0	0	0	0	2	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	0	2	1	2	
4 FALTA DE ATENCION.	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	2	1	1	1	1	0	2	2	1	1	2	0	2	1	2	
5 TRISTEZA.	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	
6 LLANTO.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7 INSEGURIDAD.	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	2	2	0	1	2	1	1	1	1	2	1	0	
8 INSONNIO.	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	
9 ANOREXIA.	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	
0 CEFALEA.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1 IDEAS DE CULPA.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2 " O IMPULSOS SUICIDAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3 POCO INTERES EN ACTIVIDAD.	2	2	1	0	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	0	0	1	1	2	
4 HOSTILIDAD VERBALE.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5 EXPLICACIONES DE IRA.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
6 MOLESTA A LOS DEMAS.	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	
7 HIPERACTIVIDAD.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1		
8 AGRESIVIDAD.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9 EXITABILIDAD.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	2	
0 AISLACIONISMO.	3	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	0	2	1	2	
1 PERMANECE CALLADO.	2	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	2	1	0	
2 NOVITIENOS LENTOS.	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	2	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	2	1	0	0	
3 PACIES INEXPRESIVA.	1	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	2	
4 INDIFERENCIA AFECTIVA.	2	1	0	0	0	1	1	0	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	
5 DESCUIDO EN SU APARENCIA.	1	0	1	1	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	0	1	1	1	
6 VOZ BAJA.	2	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	1	2	0	1	0	0	1	0	1	1	
7 RESPONDE CON NONESTADOS.	2	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	
8 ALUCINACIONES AUDITIVAS.	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	
9 " VISUALES.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
0 OTRAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1 SOLILOQUIOS.	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	
2 MIRA COMO SI OYESE VOCES	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	
3 IDEAS DE PERSECUCION.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	
4 " " OJOS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
5 " " IMPRESIONTA.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	
6 " " GRANDEZA.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7 " " MISTICAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	
8 OTRAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9 DISGREGACION.	1	0	1	0	0	1	0	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	0	2	1	2	
0 RESMIESTAS DE LA G.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	
1 NEOLOGISMOS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
2 RISAS INMOTIVADAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
3 GESTOS Y SEÑAS RARAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	
4 NEGATIVISMO.	2	0	0	0	1	2	1	1	0	1	1	1	0	2	1	1	0	1	1	1	2	2	0	1	1	1	
5 AUTOCRITICA FUERTEMENTE.	1	1	1	0	1	1	0	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	

Angustia.  
 Esquizofrenia.

Clinica San Rafael.  
Hospital psiquiatrico Fray Bernardino A.  
Agosto-Septiembre 1981.

Anexo 6-D, cuadro 4

CAMBIOS EN LOS SINTOMAS PSIQUIATRICOS DE 26 PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA, DURANTE 4 ENTREVISTAS CADA 15 DIAS.

Cuarta visita;

Nada -----0  
Poco -----1  
Mediamente -2  
Mucho -----3

SINTOMA.	PACIENTE.																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1 NERVIOSISMO	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2
2 SUDOR DE MANOS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 OLVIDOS FRECUENTES.	1	1	0	0	0	1	0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	0	2	1	1	
4 FALTA DE ATENCION.	1	1	1	0	1	1	1	1	2	0	2	1	1	1	6	2	1	1	1	1	0	2	1	2	2	
5 TRISTEZA.	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	
6 LLANTO.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7 INSEGURIDAD.	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	2	1	2	1	1	1	1	2	
8 INSOMNIO.	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	
9 ANOREXIA.	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10 CEFALEA.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11 IDEAS DE CULPA.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
12 " O PENSAMIENTOS SUICIDAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
13 POCO INTERES EN ACTIVIDAD.	2	2	1	0	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	0	2	1	2	1	1	1	1	1	2	
14 HOSTILIDAD GENERAL.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15 EXCITACIONES DE IRA.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
16 INCIESTA A LOS DEMAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
17 HIPERACTIVIDAD.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
18 AGRESIVIDAD.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
19 EXITABILIDAD.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
20 AISLACIONISMO.	3	2	1	1	1	2	1	0	2	2	1	1	1	1	0	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	
21 PERMANECE CALLADO.	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	2	1	0	
22 MOVIMIENTOS LENTOS.	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	2	1	0	
23 FACIES INEXPRENSIVA.	1	1	1	0	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	
24 INDIFFERENCIA AFECTIVA.	1	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
25 DESGUSTO EN SU ALIENACION.	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	0	2	1	1	1	
26 VOZ BAJA.	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	
27 RESPONDE CON MONOSILABOS.	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
35 ALUCINACIONES AUDITIVAS.	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
36 " VISUALES.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
37 OTRAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
38 SOLILOQUIOS.	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	
39 MIRA COMO SI OYERE VOCES.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
40 IDEAS DE PERSECUCION.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
41 " " CELOS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	
42 " " IMPUREZA.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
43 " " GRANDEZA.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
44 " " MISTICAS.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	
45 OTRAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
46 LISURAGACION.	1	0	1	0	0	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	
47 RESPUESTAS DE LA O.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
48 NEOLOGISMOS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
49 RISAS INMOTIVADAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
50 GESTOS Y SEÑAS RARAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
51 NEGATIVISMO.	0	0	0	0	1	1	2	2	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	
52 AUTOCRITICA PERTURBADA.	1	1	1	0	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	

[X] Angustia.

[X] Esquizofrenia.

Clinica de Refel.

Hospit. psiquiatrico Pray Bernardino A.

Agosto-Septiembre 1951.

nexo 7-A, cuadro 5.

CAMBIOS EN LOS SINTOMAS PSIQUIATRICOS DE 26 PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA, DURANTE 4 ENTREVISTAS CADA 15 DIAS.

Indicadores de angustia;

Puntuación por paciente,  
por entrevista.

9 Datos

Pa- cien- te	Entrevista			
	1a.	2a.	3a.	4a.
1.	3	3	3	4
2	8	5	5	5
3	2	2	3	5
4	1	2	2	0
5	4	2	2	3
6	8	7	3	3
7	5	1	4	5
8	2	3	1	6
9	11	6	6	4
10	10	8	7	6
11	13	4	2	5
12	11	11	6	5
13	6	5	3	3
14	11	7	7	5
15	6	5	8	5
16	13	10	9	4
17	8	2	4	2
18	11	11	8	8
19	13	11	11	8
20	8	7	5	5
21	9	8	4	5
22	7	6	9	6
23	5	6	4	7
24	13	11	9	7
25	8	11	6	7
26	11	11	8	6

Clínica San Rafael.  
Hospital psiquiátrico Fray Bernardino A.  
Agosto-Septiembre 1981.

Anexo 7-B, cuadro 6.

CAMBIOS EN LOS SÍNTOMAS PSICHIÁTRICOS DE 26 PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA, DURANTE 4 ENTREVISTAS CADA 15 DÍAS.

Síntomas de esquizofrenia;  
36 Datos

Puntuación por paciente,  
por entrevista.

Pa- cien te.	Entrevista			
	1a.	2a.	3a.	4a.
1	27	21	25	16
2	17	13	11	8
3	22	13	16	10
4	11	14	2	2
5	12	11	6	6
6	24	21	19	13
7	15	9	6	16
8	18	14	6	14
9	34	24	13	15
10	31	35	25	23
11	12	15	18	13
12	39	29	22	14
13	16	14	11	11
14	20	15	14	11
15	9	5	17	14
16	25	18	14	12
17	14	8	9	6
18	32	36	26	23
19	26	26	15	13
20	21	18	13	13
21	37	31	22	17
22	22	19	12	14
23	6	10	3	7
24	23	30	22	21
25	32	24	12	12
26	21	32	29	22

Clínica San Rafael.  
Hospital psiquiátrico Fray Bernardino A.  
Agosto-Septiembre 1961.

DESCRIPCION DE LA FORMA CORRECTA PARA USAR  
LA PRUEBA  $\bar{X}$ . -

$$\bar{X} = \frac{\sum_{j=1}^n x_j}{N}$$

Se lee;  $\bar{X}$  es igual a la sumatoria de los valores específicos, de j hasta n, entre el numero total de datos.(N)

Esto es; La sumatoria de valores específicos es igual a la puntuación obtenida por cada paciente, en cada una de las - entrevistas, entre el numero de datos.

Ejemplo:

- Paciente no. 8
- Puntuación obtenida en la primera entrevista, correspondiente al grupo de síntomas esquizofrénicos, = 18 puntos.
- Numero total de datos correspondientes al grupo de síntomas esquizofrénicos, = 36 datos.

$$\bar{X} = \frac{18}{36} = .50$$

Anexo 9-A, cuadro 7.

CAMBIOS EN LOS SINTOMAS PSIQUIATRICOS DE 26 PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA, DURANTE 4 ENTREVISTAS CADA 15 DIAS.

Indicadores de angustia;Valores relativos por paciente,  
por entrevista.

Pa- cien te.	Entrevista			
	1a.	2a.	3a.	4a.
1	.33	.33	.66	.44
2	.88	.55	.55	.55
3	.77	.77	.33	.55
4	.11	.22	.22	—
5	.44	.22	.22	.33
6	.88	.77	.33	.33
7	.55	.11	.44	.55
8	.22	.33	.11	.66
9	1.22	.66	.66	.44
10	1.11	.88	.77	.66
11	1.44	.44	.77	.55
12	1.22	1.22	.66	.55
13	.66	.55	.33	.33
14	1.22	.77	.77	.55
15	.66	.55	.88	.55
16	1.44	1.11	1.00	.44
17	.88	.77	.44	.22
18	1.22	1.22	.88	.88
19	1.44	1.22	1.22	.88
20	.88	.77	.55	.55
21	1.00	.88	.44	.55
22	.77	.66	1.00	.66
23	.55	.66	.44	.33
24	1.44	1.22	1.00	.77
25	2.33	1.22	.66	.77
26	1.22	1.22	.88	.66

Clínica San Rafael.  
Hospital psiquiátrico Fray Bernardino A.  
Agosto-Septiembre 1981.

Anexo 9-E, cuadro 8.

CAMBIOS EN LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS DE 26 PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA, DURANTE 4 ENTREVISTAS CADA 15 DÍAS.

Síntomas de esquizofrenia;

Valores relativos por paciente,  
por entrevista.

Pa- cien te.	Entrevista			
	1a.	2a.	3a.	4a.
1	.25	.58	.69	.44
2	.43	.36	.30	.22
3	.63	.36	.27	.27
4	.30	.38	.05	.05
5	.33	.30	.16	.16
6	.66	.58	.52	.36
7	.41	.25	.16	.44
8	.50	.38	.16	.38
9	.94	.66	.36	.41
10	.86	.97	.69	.63
11	.33	.41	.50	.36
12	1.08	.80	.61	.38
13	.44	.38	.30	.30
14	.55	.41	.38	.30
15	.25	.31	.42	.38
16	.69	.50	.38	.33
17	.38	.22	.25	.16
18	.88	1.00	.72	.63
19	.27	.72	.71	.36
20	.58	.50	.36	.36
21	1.08	.86	.61	.47
22	.17	.52	.42	.38
23	.11	.27	.68	.19
24	.97	.87	.61	.58
25	1.08	.66	.33	.33
26	1.38	1.02	.80	.61

Clinica San Rafael.  
Hospital psiquiátrico Fray Bernardino A.  
Agosto-Septiembre 1981.

Anexo 10, cuadro 9

CAMBIOS EN LOS SINTOMAS PSIQUIATRICOS DE 26 PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA, DURANTE 4 ENTREVISTAS CADA 15 DIAS.

Valores relativos angustia-esquizofrenia, por paciente,  
por entrevista.

PACIENTE	PACIENTE																										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13														
1a	.33	.35	.88	.47	.77	.43	.11	.30	.44	.33	.88	.44	.55	.41	.22	.50	<input checked="" type="checkbox"/>	.22	.94	<input checked="" type="checkbox"/>	.86	1.44	.33	1.22	1.08	.66	.44
2a	.23	.58	.55	.36	.77	.36	.22	.38	.22	.55	.77	.58	.11	.25	.33	.38	<input checked="" type="checkbox"/>	.66	.66	.88	.97	.44	.41	1.22	.80	.65	.38
3a	.66	.67	.55	.36	.33	.27	.22	.35	.22	.16	.33	.52	.44	.16	.16	.16	<input checked="" type="checkbox"/>	.66	.36	.77	.69	.77	.50	.66	.61	.33	.30
4a	.44	.44	.55	.22	.55	.27	-	.05	.33	.16	.33	.36	.55	.47	.66	.38	<input checked="" type="checkbox"/>	.44	.41	.66	.67	.55	.36	.55	.28	.33	.30
PACIENTE	PACIENTE																										
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26														
1a	1.22	.55	.66	.25	1.44	.69	.88	.38	1.22	.88	1.44	.32	.88	.58	1.00	1.08	<input checked="" type="checkbox"/>	.77	.61	.65	.16	1.44	.91	2.35	1.08	1.22	1.38
2a	.77	.41	.55	.13	1.11	.50	.77	.22	1.22	1.00	1.22	.72	.22	.50	.88	.86	<input checked="" type="checkbox"/>	.44	.55	.66	.27	1.22	.83	1.22	.44	1.02	1.02
3a	.77	.38	.88	.14	1.00	.38	.44	.25	.88	.22	1.22	.41	.55	.36	.44	.41	<input checked="" type="checkbox"/>	1.00	.44	.44	.08	1.00	.61	.66	.27	.86	.80
4a	.55	.35	.55	.38	.77	.33	.22	.16	.88	.13	.86	.36	.55	.36	.55	.47	<input checked="" type="checkbox"/>	.66	.38	.33	.17	.77	.58	.77	.23	.66	.61

Angustia.  
 Esquizofrenia.

Clinica San Rafael.  
Hospital psiquiatrico Fray Bernardino A.  
Agosto-Septiembre 1981.

CAMBIOS EN LOS SINTOMAS PSIQUIATRICOS DE 26 PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA, DURANTE 4 ENTREVISTAS CADA 15 DIAS.

Valores relativos angustia-esquizofrenia, que presentan una  
relación directa.  
(46.153%)

ENTREVISTA	PACIENTE																																															
	1	7	8	12	13	14	15	16	20	24	25	26	1	7	8	12	13	14	15	16	20	24	25	26																								
1A	.33	.75	.55	.41	.22	.50	1.22	1.08	.66	.44	1.22	.55	.66	.25	1.44	.69	.88	.58	1.44	.91	2.33	1.08	1.44	1.38	.33	.75	.55	.41	.22	.50	1.22	1.08	.66	.44	1.22	.55	.66	.25	1.44	.69	.88	.58	1.44	.91	2.33	1.08	1.44	1.38
2A	.33	.58	.77	.25	.33	.38	1.22	.80	.55	.38	.77	.41	.55	.13	1.11	.50	.77	.50	1.22	.83	1.22	.66	1.22	1.02	.33	.58	.77	.25	.33	.38	1.22	.80	.55	.38	.77	.41	.55	.13	1.11	.50	.77	.50	1.22	.83	1.22	.66	1.22	1.02
3A	.66	.67	.44	.16	.41	.16	.66	.61	.33	.30	.77	.38	.88	.47	.44	.38	.55	.36	1.00	.61	.66	.33	.88	.80	.66	.67	.44	.16	.41	.16	.66	.61	.33	.30	.77	.38	.88	.47	.44	.38	.55	.36	1.00	.61	.66	.33	.88	.80
4A	.44	.44	.55	.44	.66	.38	.55	.38	.33	.30	.55	.30	.55	.38	.44	.33	.55	.36	.77	.58	.77	.33	.66	.61	.44	.44	.55	.44	.66	.38	.55	.38	.33	.30	.55	.30	.55	.38	.44	.33	.55	.36	.77	.58	.77	.33	.66	.61

- Angustia.
- Esquizofrenia.

Clinica San Rafael.  
Hospital psiquiátrico Fray Bernardino A.  
Agosto-Septiembre 1961.

Anexo 12, cuadro 11

CAMBIOS EN LOS SINTOMAS PSIQUIATRICOS DE 26 PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA, DURANTE 4 ENTREVISTAS CADA 15 DIAS.

Valores relativos angustia-esquizofrenia, que presentan una  
relación estrecha.

(30.769%)

ENTREVISTA	PACIENTE															
	1	7	8	13	14	15	20	25								
1a	.33	.95	.85	.41	.22	.50	.66	.44	.22	.55	.66	.25	.88	.58	2.33	1.08
2a	.33	.58	.41	.25	.33	.38	.55	.38	.77	.41	.55	.13	.77	.50	1.22	.66
3a	.66	.69	.44	.16	.11	.16	.33	.30	.77	.38	.88	.44	.55	.36	.66	.33
4a	.44	.44	.55	.44	.66	.38	.33	.30	.55	.30	.55	.38	.55	.36	.77	.33

Angustia.

Esquizofrenia.

Clínica San Rafael.  
Hospital psiquiátrico Pray Bernardino A.  
Agosto-Septiembre 1981.

CAMBIOS EN LOS SINTOMAS PSIQUIATRICOS DE 26 PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA, DURANTE 4 ENTREVISTAS CADA 15 DIAS.

Valores relativos angustia-esquizofrenia, que presentan una  
relación inversa.

(11.538%)

ENTREVISTA	PACIENTE					
	8		21		22	
1a	.22	.50	1.00	1.00	.77	.61
2a	.33	.38	.88	.86	.66	.52
3a	.11	.16	.44	.61	1.00	.47
4a	.66	.38	.55	.47	.66	.38

Valores relativos angustia-esquizofrenia, que presentan una  
relación inversa por continuación de síntomas.

(11.538%)

ENTREVISTA	PACIENTE					
	3		5		25	
1a	.77	.63	.44	.33	2.33	1.00
2a	.77	.36	.22	.30	1.22	.66
3a	.33	.27	.22	.16	.66	.33
4a	.55	.27	.33	.16	.77	.33

Angustia.

Esquizofrenia.

Clinica San Rafael.  
Hospital psiquiátrico Fray Bernardino A.  
Agosto-Septiembre 1981.

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA Y LA CLAVE PSICODINAMICA  
REALIZADAS A 26 PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.

Pa- cien- te.	Entrevista.	Clave psicodinámica
1	—	o
2	X	o
3	X	o
4	X	o
5	X	o
6	—	o
7	—	o
8	X	o
9	X	o
10	X	o
11	X	o
12	—	o
13	—	—
14	X	o
15	X	—
16	X	—
17	X	o
18	—	o
19	X	o
20	—	o
21	X	o
22	—	o
23	—	o
24	X	o
25	X	o
26	X	o

Manifestó angustia -----(65.384%)

Presentó inestabilidad emocional -----(88.461%)

Clinica San Rafael.  
 Hospital psiquiátrico Fray Bernardino A.  
 Agosto-Septiembre 1981.