UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ENFERMEDAD MENTAL"

(Casuística en el Hospital General de la Ciudad de Guatemala).

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.

Por

RONALD ANTONIO ALARCON MONTERROSO

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Febrero de 1969.

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. HISTORIA DE LA PSICOLOGIA MEDICA
(Síntesis somera)

III. CONCEPTOS DE ESQUIZOTIMICO Y ESQUI--
ZOIDE. Tipología de Kretschmer.

IV. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PSICOSIS.

V. CASUISTICA

VI. SUMARIOS

VII. CONCLUSIONES

VIII. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Este trabajo de Tesis, tiene por objeto, contribuír aunque fuese en mínima parte, a que el estudiante de -- Ciencias Médicas y el médico general, puedan comprender al hombre enfermo (como un ser Bio-Psico-Social).

El hallazgo frecuente de enfermos mentales, durante la cátedra de Clínica Psiquiátrica que imparte el Dr. Octavio Aguilar, con pacientes tomados al azar en el -- Hospital General de la Ciudad de Guatemala, y dentro de éstos, los múltiples casos de Esquizofrenia, me indujeron a elaborar este estudio.

HISTORIA DE LA PSICOLOGIA MEDICA
(Síntesis Somera)

ARETEO: observó y describió una cantidad de estados mentales cuya naturaleza no hemos comprendido, sino hasta cuando pudimos contar con las contribuciones de Kraepelin, Bleuler y Freud.

Pero Areteo los observó e intentó diferenciar éstos estados evidentemente esquizofrénicos de la Mania, palabra que parece haber sido el muladar terminológico de varias enfermedades mentales. Dècían que algunas personas sufren de tal manera, que parecen "estúpidas, distraídas y pensativas".

Esta enfermedad, afirmaba Areteo, no se parece a la Manía, siendo una estupefacción del sentido de la razón y de otras facultades del espíritu (causada por un enfriamiento, mientas que la causa de la manía es de naturaleza caliente y seca, y sus síntomas son turbulentos). En cuanto a la melancolía, que para Areteo ya

es una modificación de la Mania", ella no afecta las cualidades intelectuales. Areteo, parece aquí completamente dispuesto a aceptar el hecho de que las facultades intelectuales de una persona pueden permanecer intactas, y sin embargo, padece de severa enfermedad mental; y parece también anticipar la concepción francesa de la Folie Raisonnante- locura razonante.

Los pacientes melancólicos, contínua, son inquietos, tristes, desanimados, son presa de terror si la afección hace progresar. "Se ponen flácidos por su agitación y llegan a perder el sueño vivificante". "en una etapa más avanzada, se quejan de miles de futilidades y desean la muerte".

"Desagarran sus propios miembros con espíritu religioso y para tributar una especie de homenaje a los Dioses que exigen este sacrificio; todo esto es

una consecuencia y profunda convicción y a veces suscita entre los que se atormentan un estado de júbilo, a pesar de su tristeza, haciendo que se sientan libres de todo cuidado, como si estuvieran protegidos por las divinidades". Areteo quizás tuvo la oportunidad de ver - multitudes con inclinación al martirio, lo cual era un rasgo sobresaliente de la época, pero sin duda, su agudo ojo clínico no dejó de observar muchos estados extáticos, masoquistas, autodestructivos, que se encuentras entre las depresiones agitadas sin tendencia religiosa.

Sus descripciones de estos estados, han resistido la prueba del tiempo, y son tan válidas hoy como lo fueron cuando el ejercía y escribía.

Evidentemente, la melancolía de aquella época incluía no solo a los deprimidos, sino también a numerosas personas que ahora llamaríamos Paranoicas o Esquizofrénicas. Areteo vió también pacientes que "temen -

que la gente desee envenenarlos y que desarrollan odio hacia la humanidad, huyen a la soledad o se hacen subrepticiamente adeptos a prácticas religiosas. "Hablando en términos generales dice Areteo, la melancolía --- tiende a repetirse pero no puede dudarse de que la enfermedad, o se ha curado o bién tiene intérvalos durante - algunos años". Este pensamiento de Areteo fué muy --- pronto olvidado completamente.

Que tipo de melancolía puede curarse, es cosa que no entró en la órbita de la Psiquiatría, sino en 1911, cuando E. Bleuler asombró a los colegas con su nueva - comprensión de la enfermedad.

Lo que hoy llamamos alienación mental no escapa también a Areteo. La cual es frecuente en la etapa - final de algunos tipos de Esquizofrénicos. (10)

"Weyer reconocía que las bases de la Psicología médica, se deriban en el estudio de los pensamientos de las imágenes patológicas y de la suma total de -

la vida interior de los pacientes y no de las escasas a
normalidades exteriores.

A fin de que no parezca extraño verme decir, co-
mo he dicho antes, que los instrumentos de la facultad
imaginativa, son de tal modo perturbados y que los ojos
de éstas pobres mujercitas están deslumbrados (anor--
malmente). Examinados detenidamente los pensamien-
tos de aquellos individuos melancólicos, sus palabras,
sus visiones, sus reacciones en las cuales reconocie-
ran en que medida sus sentidos están embebidos por un
humor melancólico que se extiende por sus cerebros. -
Todo esto pesa sobre sus espíritus, en que grado algu-
no de ellos se imagina que son animales cuyos gestos
y voces tratan de imitar; otros creen que son cucharas
y se apartan de la muchedumbre, de los transeuntes, -
por temor a ser rotos en pedazos, otros temen la muer
te y sin embargo arriesgan con frecuencia sus vidas, -
otros se creen culpables de algún crimen, en su mane-

ra en que tiemblan de horror y sienten miedo cada vez
que alguien se les acerca, temiendo siempre ser aga-
rrados por la nuca y hechos prisioneros.

Esta es una descripción muy correcta de un nú
mero de imágenes e ilusiones esquizofrénicas que pue-
den encontrarse en los hospitales de Alienados de nues
tros días". (10)

"Esquirol diferenciaba ciertos estados depresi
vos de las demás Psicosis y las llamadas Lepemanias,
antecesoras del moderno concepto de depresiones. In-
trodujo el término de Alucinaciones dándole la defini--
ción precisa que tiene hoy , es decir únicamente a las
cosas oídas o vistas que no están presentes y subra--
yando, éstas no son falsas percepciones (ilusiones),
sino productos reales, pseudosensoriales de la propia
perturbación mental.

Definió su concepto de la monomanía, sepa--
rándola de otras psicosis, aquellas que mostraban el

predominio de una idea, de una serie de ideas, que estaban en el centro de la atención del paciente, y que era la fuente principal de su conducta. La monomanía fue la antecesora de una de las esquizofrenias de nuestra época. (10)

"Grupos claramente detallados y bién ordenados de observaciones bién trazadas y de tablas estadísticas muy documentadas, llevaron a la conclusión que había dos enfermedades: La demencia precoz y la Psicosis Maniaco-Depresiva.

La demencia precoz, se caracteriza por los síntomas que se encuentran en la catatonia y hebefrenia, y también en la vesania típica.

La paranoia se clasifica aún como enfermedad independiente.

Las Psicosis Maniaco-Depresivas, con psicosis curables, en tanto, que la Demencia Precoz, conduce invariablemente a la alienación mental, a la Demencia propiamente dicha" (10).

"Siguiendo a Moebius, Kraepelin, dividió las psicosis en: Endógenas y Exógenas. La demencia precoz es una enfermedad Endógena es decir no producida por causas exteriores. Se suponia que la causaban algonos cambios cerebrales orgánicos. Kraepelin, se inclinó más tarde a la idea de que la demencia Precoz - era de origen metabólico.

El 27 de Noviembre de 1898, se presentó al - IX Congreso de la Psicología Alemana del Sudeste, en una comunicación intitulada "Diagnóstico y Pronóstico de la Demencia Precoz", de los presentes sólo Chaffenbary aprobó el contenido de la comunicación.

Se hicieron objeciones al diagnóstico de Kraepelin de la Demencia Precoz. En Alemania y en el Exterior.

La Demencia precoz Kraeplin, estaba relacionada con la edad crítica de la pubertad. Lo mismo o-

currría con la Hebefrenia y la Catatomía. El término -- Demencia Precoz, lo había usado ya en 1860 (Demence Precoce) Morel. La descripción de Morel se acerca mucho a la descripción de la Hebefrenia hecha por Hecher. Morel seguía aún la metodología Descriptiva que consideraba el curso y el resultado.

B. Roisseau, habló de una enfermedad de la pubertad en 1858, lo mismo lo hizo Moreau en 1859. Gautier escribió su tesis doctoral en 1883 sobre la Demence Precoce. Sany y Legrand, usaron el término Demence Précoce en el Primer Congreso de Psiquiatría Francesa, reunida en Ruan en 1890. Champertier presentó -- una comunicación sobre "Demence Précoce simple des Enfants Normaux".

En otras palabras, tanto desde el punto de vista de la terminología como el de las descripciones, las innovaciones nosológicas de Kraepelin, era más que la - culminación natural de una generación de esfuerzos de

Francia y Alemania, de un interés más que pasajero, el observador puede señalar la influencia de la Psiquiatría Francesa, sobre la Alemana en la misma terminación del; siglo XIX.

Y de una manera directa en el propio sistema de Kraepelin, a pesar de su originalidad. El rasgo más sobresaliente de esta originalidad, resultó una espada de doble filo; amenazó durante algún tiempo, demorar todo el progreso psiquiátrico y quizá lo hubiera logrado, si - no hubiera sido por el trabajo posterior de Bleuler, --- (1857-1939), contemporáneo de Kraepelin, que revisó todo el concepto de la Demencia Precoz, hasta el punto de -- dar nueva denominación a la enfermedad y el cual sacó a la psiquiatría descriptiva del callejón sin salida". (10)

"La influencia de Freud en el campo que estaba más próximo a él, la Psicopatología fué mayor de la que él mismo se dió cuenta. Muchos de sus discípulos no sólo aprendieron de él, sino que pronto bajo la influen--

cia directa de sus descubrimientos, hicieron grandes - contribuciones al dominio de la Psicología Médica.

Karl Hung: Escribió sus monografía sobre la demencia Precoz en 1907, llevando a la consideración en esta Psicosis a un punto de vista totalmente diferente de la actitud formal de la Psiquiatría Académica, que sólo unos años antes había prestigiado tanto la obra - de Kraepelin y que ya parecía tan vieja.

La contribución más importante hecha a la psi--- quiatría en el Siglo XX, fué en parte consecuencia de la influencia de Freud. La memorable monografía de Bleuler sobre la Demencia Precoz, producto de muchos años de investigación, utilizó en parte, tanto la orientación psicoanalítica con respecto a las emociones, como el concepto de las asociaciones psicológicas.

Bleuler introdujo el término "Esquizofrenia" con - el cual denotaba un grupo de reacciones psicopáticas - más bién que una enfermedad formal. Refutó la idea de

la ausencia, de sentimiento de las esquizofrenias, así como la teoría de su incurabilidad, y estableció el a-- flojamiento psicológico específico de las asociacio-- nes como aspecto típico de la enfermedad.

Todas las manifestaciones de este aflojamien- to de las sensaciones las describió como el grupo de -- síntomas básicos.

Bleuler demostró que toda la descripción clíni ca de la Demencia Precoz, dada por Kraepelin era de -- carácter secundario no específica.

La descripción de Bleuler del pensamiento au- tístico, forma típica del pensamiento que está determi- nado por las emociones del sujeto, que por las realida- des externas, era una contribución fundamental que coin ciden con algunas de las reacciones narcistas dadas por Freud. Bleuler pensaba que las Esquizofrenias se carac terizaban especialmente por el pensamiento autístico. Puede demostrarse que su teoría de la perturbación es--

pecial de las asociaciones normales, proviene en parte del Sejuntrans-begriff (concepto de separación de Wernicks), pero no hay duda en cuanto a la originalidad de Bleuler y a su revisión amplia de las ideas puramente formales de Kraepelin. Su descripción fué hecha bajo la influencia directa del método Psicoanalítico" (10).

CONCEPTO DE ESQUIZOTIMICO Y ESQUIZOIDE. TIPOLOGIA DE KRETSCHNER

"Los principales grupos de Psicosis constitucionales, endógenas, pueden servirnos de guía a traves del complicado dominio de la psicología individual constitucional. La locura maniaco-depresiva o circular, nos ofrece la variedad patológica del gran cuadro psicológico normal, formado por los temperamentos ciclotímicos, -- mientras que las psicosis esquizofrénicas, o la demencia precoz, representan una variedad característica de otro gran cuadro normal, formado por los temperamentos esquizotímicos. En cuanto a los estados Psicopáticos que se encuentran en los límites entre el estado de salud y el de enfermedad, los designamos con los nom--- bres de cicloides y esquizoides.

En los enfermos circulares, existe una estructura del cuerpo que se observa con especial frecuencia: es el habitus Pícnico.

En los enfermos esquizofrénicos, por el contrario se observan varias mezclas de signos pertenecientes a estructuras deversas; pero los tipos que más frecuentemente se encuentran en esa categoría, son el tipo ASTENICO y el tipo ATLETICO a los que todavía se agregan numerosos grupos especiales displásicos que tienen relaciones estrechas con las bien conocidas formas disglandulares : nos referimos a la forma Eunocicoide, con gran talla, a ciertas forma adiposas, eunocicoides y poliglandulares y en fin a numerosas formas infantiles e hipoplásicas.

Los hombres atléticos son de elevada estatura y poseen las extremidades más bien alargadas. Lo que choca más bién a la vista de un atlético, es su pecho ancho, ricamente musculado, que distrae la atención a la parte baja de su cuerpo, que se adelgaza considerablemente, así como de su pélvis estrecha y de sus pernas delgadas, el conjunto de estos caracteres, da al contorno frontal del tronco una forma trapezoide.

El sístema óseo es compacto y sólido, sobre todo en las dos regiones escapulohumerales y en las extremidades de los miembros superiores e inferiores. Los músculos, recubiertos de una piel elástica, porbre en grasa, son fuertes y bien desarrollados y ofrecen un relieve plástico, sobre un cuello alto y sólido, descanza una cabeza firme, alargada, con un rostro igualmente alargado en su parte media; mentón y relieve óseo acentuados. El contorno frontal de la cara se aproxima a la forma de un óvalo alargado.

Los hombres asténicos tienen un tronco cilindrico la caja toraxica estrecha y alargada y hombros estrechos. las extremidades y el cuello aparecen como alargados. Los huesos, los músculos y la piel son gráciles, delgados, débiles. La cabeza pequeña, redonda o más o menos alargadas. La nariz larga y puntiaguda, contrasta notablemente con el maxilar inferior, más bién hipoplástico, lo cual

hace el mentón huyente y cortado y proporciona al sujeto un perfil angular que, por lo demás, se encuentra - frecuentemente en las otras formas de estructura esquizomática.

El contorno fascial de la cara se aproxima a la forma de un óvalo acortado.

La piel de los esquizofrénicos frecuentemente es pálida, los cabellos y las cejas son abundantes, sólidamente implantados y persistentes durante largo tiempo, mientras que el resto del cuerpo el sistema piloso está generalmente poco desarrollado.

Frecuentemente se encuentra en la estructura corporal de los esquizofrénicos masculinos, rasgos eunocoides, como longitud exagerada de las extremidades, pelvis desmesuradamente ancha, etc., se observan -- rasgos femeninos en los hombres, rasgos masculinos e hipoplasias genitales en las mujeres; se observa por último y ante todo, rasgos hipoplásicos: Pequeña talla,

estado regresivo, ya sea del cuerpo entero, bien de --- ciertas de sus partes, y especialmente del rostro que - presenta un perfil estrecho, poco desarrollado, con nariz pequeña, apenas modelada; se diría que toda la parte media del rostro ha sufrido un retraso del desarrollo.

Un hecho de la mayor importancia, tanto desde el punto de vista teórico como práctico para formarnos un criterio de primer órden en el conocimiento de los -- hombres, es que las formas físicas, tales como las que acabamos de estudiar y definir en los circulares y esquizofrénicos afectos a enfermedades mentales, acompañan con la misma frecuencia a los grandes tipos de temperamentos normales. Así las figuras pícnicas se encuentran con preferencia en los ciclotímicos, mientras que los tipos astétnicos, atlético y displásico, son más frecuentes en los esquizotímicos (digamos, de paso, que las -- grandes displasias se observan más frecuentemente en - los sujetos afectados a enfermedades mentales y en los

psicópatas esquizoides que en los esquizotímicos sanos). Además, ciclotímicos y esquizotímicos se caracterizan , desde el punto de vista biológico, unos en relación con los otros por el hecho de que aquellos, cuando adquieren una enfermedad mental, presentan de preferencia las psicosis circulares y los últimos las psicosis esquizofrénicas.

En fin, la cohesión de cada uno de estos tipos está mantenida y reforzada por la herencia: La ascendencia y descendencia de los circulares y ciclotímicos se compone en gran parte ciclotímicos, mientras que los esquizotímicos forman mayoría en ascendientes y descendientes de los esquizofrénicos.

El cuadro siguiente hace resaltar las principales características psicológicas de éstos dos tipos:

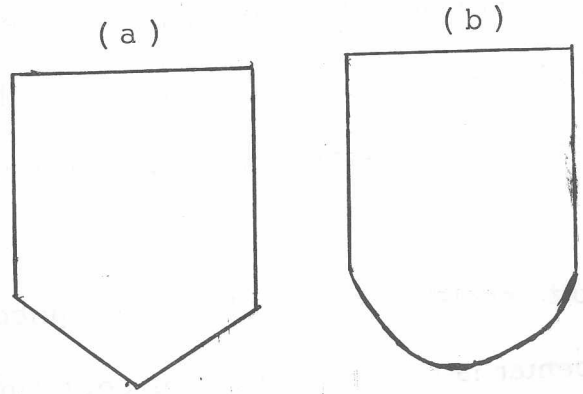
(Ver cuadro página siguiente)

LOS TEMPERAMENTOS

	Ciclotímicos:	Esquizotímicos:
Psicoestesia y tono psíquico	Proporción diastésica: Oscilación entre la excitación (alegría) y la depresión (tristeza).	Proporción psicoestética: Oscilación entre la hiperestesia (sensibilidad y la anestesia (Frialdad).
Rítmo Psíquico:	La curva del temperamento oscila: entre la movilidad y la pesadez.	La curva del temperamento tiene dos grandes apartados: Oscila entre la vivacidad caprichosa y la tenacidad refractaria; maneras alternativas de sentir y de pensar.
Psicomotilidad.	Adecuada a las excitaciones, franca, natural, dulce.	Frecuentemente inadecuada a las excitaciones: reservado, perezoso, inhibido, rígido.
	Pícnico.	Asténico (Leptosoma), atlético, displásico y mezclado de esos 3 tipos.

Resulta de este cuadro, en primer lugar, que el tono psíquico oscila, en cada uno de los temperamentos, entre dos polos opuestos: en los ciclotímicos, principalmente, entre la alegría y la tristeza; en los esquizotímicos, las más de las veces, entre sensibilidad y la frialdad. Obtenemos así, una nueva subdivisión en cuatro principales grupos de temperamentos, según que el temperamento ciclo tímico, esté generalmente más cerca de la alegría o de la tristeza, y según que, a su vez el temperamento esquizotímico esté más cercano a la sensibilidad o a la frialdad. Conviene también notar que los -- temperamentos característicos ya por la tristeza pura o la alegría pura o bien por la sensibilidad nerviosa pura o la frialdad pura, no son muy frecuentes. Acabamos - de ver, por lo demás, la alegría y la tristeza de unos, la sensibilidad y la frialdad en los otros combinarse en las proporciones más variadas; superponerse, sucederse. Por eso el temperamento más alegre presenta una tendencia bastante acentuada a la depresión o el temperamento más indolente y frío es capaz de manifestarse en ocasiones por una hiperexcitabilidad específica.

Llamamos proporción diastésica a la relación que existe, en un ciclotímico dado, entre sus dos tonos psíquicos en correspondencia respectivamente con la tristeza y la alegría, y llamamos psicoestésica a la relación que existe en un esquizotímico dado, entre la sensibilidad y la frialdad.



Pentagonal En Escudo.

(c)

Oval. alargado

(d)

Oval recogido.

Tipos de contornos de la cara, en esquemas un poco exagerados.-

---

Lo que interesa después de las proporciones existentes entre las diferentes tonalidades psíquicas de un temperamento individual, son sus mezclas, es decir, los matices que imprimen al tipo dominante, elementos que se han introducido por herencia; elementos ciclotímicos introducidos en un temperamento esquizotímico, e inversamente.

Las diferencias respecto al ritmo psíquico contribuyen a acrecentar la riqueza de matices del temperamento. En primer lugar distinguimos un ritmo psíquico general, es decir el grado de rapidéz con que, por termino medio, se

efectúan los procesos psíquicos: Concepción, elaboración y reacción psicomotriz. En segundo lugar distinguimos el ritmo psíquico especial, es decir la regularidad de la sucesión temporal y dinámica de los actos psíquicos. El temperamento de los ciclotímicos está caracterizado por una sucesión más bien regular de los actos psíquicos, sin particularidades rítmicas, por una reacción blanda, directamente natural, a la alegría y al sufrimiento; pero en cambio su ritmo general ofrece diferencias manifiestas y oscila entre una gran rapidéz y una gran lentitud. El ritmo psíquico de los ciclotímicos oscila por consiguiente, en la movilidad y la pesadez.

Por el contrario, el ritmo general del esquizotímico, no presenta casi rasgos característicos, pero manifiesta una inclinación acentuada hacia las particularidades ritmicas. Los esquizotímicos tiene, especialmente, la tendencia a reaccionar con extremada hi-

persensibilidad a ciertos conjuntos de representaciones fuertemente afectivas, a las que se fijan largo tiempo y con tenacidad, hasta que son desviados bruscamente por otra excitación; en cambio existen otras numerosas excitaciones que les dejan insensibles, indiferentes y no llegan a despertar su interés y atención.

A esto se agrega frecuentemente una falta de correspondencia entre su receptividad para las impresiones y su facultad de expresión, así como trastornos funcionales que les impiden elaborar inmediatamente incluso las impresiones que más vivamente les han afectado, lo que facilmente determina éstasis afectivas y fuerza a su afectividad a encauzarse en vías colaterales, inesperadas y complicadas.

De ello resulta (y hacemos abstracción del hombre atrasado, enteramente obtuso), que su ritmo es con frecuencia complicado e imprevisible, por lo que se les ve asirse durante algún tiempo a una representación da

da para, en seguida, desprenderse bruscamente, sin que se suceda un período de reacciones rápidas; al contrario, hasta se les llega a ver largo tiempo indolentes. Se puede, pues, decir que el ritmo psíquico de los esquizotímicos oscila entre la brusquedad y la indolencia.

Encontramos en la mayor parte de los ciclotímicos correspondencia entre la disposición psíquica (humor o estado del alma) y la tonalidad psíquica, en el sentido de que la tonalidad alegre corresponde a un ritmo móvil, mientras que los temperamentos caracterizados por un estado permanente de depresión, son al mismo tiempo temperamentos que chocan por su pesadez y lentitud. La experiencia clínica revela una asociación estrecha entre la excitación alegre, la rápida sucesión (fuga) de ideas y una gran facilidad psicomotriz en los maníacos. Así como una asociación no estrecha, entre la represión, la lenta sucesión de las ideas y la inhibición de la voluntad de los melancólicos. Hasta en los

ciclotímicos sanos cierto ritmo psíquico corresponde, casi siempre, a determinada tonalidad psíquica; combinación de alegría y movilidad caracteriza los temperamentos Hipomaníacos, mientras que la tendencia a la represión, asociada a la lentitud, caracteriza a los -- temperamentos flemáticos.

En los esquizotímicos, al contrario, no se observan relaciones tan estrechas entre la psicoestesia y el ritmo Psíquico especial, los hiperestésicos tiernos presentan una sorprendente torpeza en su mode de; pensar y querer, mientras que se observa frecuentemente una movilidad caprichosa, hasta en los indolentes - fríos. Tomando como base los dos grandes tipos de afectividad, la psicoestesia y la diastesia, se puede obtener un grupo de seis temperamentos. Tres ciclotímicos y tres esquizotímicos, con un paralelismo perfecto entre las dos series.

Los principales temperamentos (seis) son:

Ciclotímicos:

1.) Hipomaníaco: (Sujetos móviles, alegres).

2.) Sintónico: (realistas prácticos, humoristas sin malicia).

3.) Flemático.

Esquizotímicos:

1.) Hiperesentésico: (Nerviosos irritables, idealistas hombres - delicados, llenos de vida interior).

2.) Temperamento esquizotímico intermedio: (hombres fríos y enérgicos, sistemáticos lógicos, serenos, aristocráticos).

3.) Anestésico: (Temperamentos fríos, fríamente nerviosos, solitarios, extravagantes, indolentes, lentos, perezosos, inaccesibles a las pasiones).

Por lo que a la diferenciación más detallada de -- los temperamentos esquizotímicos, no podemos más que -- bosquejarla aquí brevemente. Desde el punto de vista empírico, las cualidades en relación con la hiperestesia se -- manifiestan principalmente por una sensibilidad tierna, por un exquisito sentimiento de la naturaleza y una fina compren

sión del arte por un estilo personal lleno de gusto y mesura, por la necesidad de vincularse apacionadamente a ciertas personas, por una susceptibilidad exagerada a las personas, fealdades y fricciones de la vida cotidiana. En los tipos más groseros, sobre todo en los -- post-psicóticos y sus equivalentes, esta misma hiperestesia se expresa por accesos de rabia y cólera furiosa.

Los esquizotímicos que poseen cualidades en relación con anestesia, dan muestras de una franca frialdad activa o de una inercia pasiva, de "nada me importa" o de una calma inquebrantable, su interés se concentra sobre algunas zonas autistas bien limitadas y cir--- cunscritas. Sus saltos del humor provienen ya sea de - una inestabilidad indolente, o bien de una caprichosi-- dad activa. Su tenacidad se manifiesta desde el punto de vista caracterológico, por numerosos variantes; energía de acero, obstinación invencible, pedantería, fanatismo, lógica estrechamente sistemática del pensamien-

to y de la acción que llevan hasta sus últimas conse--- cuencias.

Abstracción hecha de las mezclas más o menos considerables (temperamentos gruñones, querelladores, timoratos, hipondria seca), se comprueba que los temperamentos diastésicos tienen variaciones menos numerosas y acentuadas. El tipo hipomaníatico ofrece, al lado de la totalidad alegre propiamente dicha, una tendencia a encolerizarse facilmente, se muestra a la vez, o sucesivamente capaz de acalorarse con ardiente entusiasmo, de buscar y de llevar una vida atareada; de dar muestras de una alegría radiante, siempre igual, de asombrar a los que le rodean por sus grandes impulsos practicos.

La psicomotilidad de los ciclotímicos es ya rápida, ya lenta, pero se manifiesta siempre (Abstracción hecha de los casos en que existen graves inhibiciones - morbosas), con una forma franca, natural; la mímica y los movimientos del cuerpo son siempre adecuados al impulso; en cambio en los esquizotímicos la psicomotilidad

presenta siempre adecuados al impulso; en cambio en los esquizotímicos la psicomotilidad presenta siempre ciertas singularidades, la más chocante de las cuales es la ausencia de correspondencia inmediata y adecuada entre la excitación psíquica y la reacción motriz: Los - movimientos están llenos de reserva aristocrática, muy templados, o bien se caracterizan por una especie de - pereza afectiva o por último, aparecen como contracturados, rígidos o tímidos.

En su actitud compleja respecto a là vida y en su manera de reaccionar, no menos compleja a las influencias del medio, los ciclotrímicos manifiestan una tendencia a mantenerse en comunicación constante con -- mundo exterior y con el presente se muestran abiertos, sociables, prestos siempre hacer un servicio, naturales y espontáneos en toda su conducta, y esto ya sea que se entreguen a empresas audaces, o que se abandonen a una vida contemplativa, al abrigo de todo esfuerzo.

Son los ciclotímicos los que suministran el tipo de hombre práctico de acción y el de la alegre felicidad de vivir. En su actividad artística, los más dotados entre los ciclotímicos se muestran como los realistas, llenos de optimismo, como los humoristas llenos de bondad e indulgencia; en la actividad científica son unas veces empíricos ligados a las cosas correctas y palpables, y otras divulgadores hábiles para poner los datos de la ciencia al alcance del gran público; en la vida práctica son lo mismo negociantes alertas e inteligentes, que organizadores audaces y emprendedores de grandes cosas o iniciadores vigorosos. Entre -- las personalidades históricas conocidas, las que se -- pueden clasificar en el grupo ciclotímico, con conformación física del tipo Pícnico, estan: Lutero, Lieselott, - von der Pfalz, la madre de Goethe, Gottfried, Jeremias Gotthlef, Fritz Reuter, Herman Kurz, Heinrich Seidel,

los sabios como Alejandro Humbolt, los hombres políticos como Mirabeau, etc..

Por el contrario, el temperamento o esquizotímico se caracteriza por una tendencia al autismo, a la vida interior; los sujetos de esta categoría se encierran en una zona rigurosamente individual, en un mundo de ideas, sueños y proncipios ajenos a la realidad; ofrecen una oposición franca entre su Yó y el mundo exterior, vuelven la espalda al conjunto de sus contemporáneos, o bién valoran ese conjunto sin curiosidad, sin interés, sin establecer relación interior entre él y aquellos. En este tipo se encuentran, en primer lugar, gran número de individuos inadaptados, excéntricos, revoltosos, egoistas, vagabundos inestables y criminales. Entre los esquizotímicos con gran valor social, se encuentra el soñador delicado, el idealista ajeno al mundo, al aristócrata de la forma, a la vez tierno y frío. En el Arte y en la poesía, resaltan como los estilistas puros,

enamorados de la forma y como partidarios del clasicismo; como los enemigos de lo común y los idealistas sentimentales; se mueven fácilmente en el patetismo trágico, llegando hasta el expresionismo brutal y al naturalismo tendencioso; en fin, se revelan como mordientes ironistas y sarcásticos llenos de esprit. En la actividad científica manifiestan predilecciones por el formalismo escolástico, por la metafísica y por la exactitud sistemática.

En la vida activa se muestran dotados de energía tenaz, son inflexibles, casados con sus principios, consecuentes con sigo mismos; es entre ellos donde se encuentran los maestros, los moralistas heróicos, los idealistas puros, los fanáticos y déspotas fríos, los calculadores serenos, dotados de gran flexibilidad diplomática. Citamos entre ellos, los que han formado parte de este grupo, con la conformación psíquica correspondiente, a: Schiller, Korner, Uhland, Le Tasse, Holderlin,

Novalis, Platón, Strindberg; muchos de los filósofos - como Spinoza y Kant y de los jefes como: Calvino, Robesperre, Federico el Grande etc. (5).

(Kretschmer.- Psicología Médica. Editorial Leyenda - S.A., México 1945, pags. 273-287).

LAS PSICOSIS

CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PSICOSIS

Las psicosis son perturbaciones psíquicas que se caracterizan por la percepción distorsionada de la realidad y por la carencia de conciencia de estar enfermo.

La tendencia a distoricionar la realidad para hacerla que embone con las propias necesidades o conveniencias es un fenómeno familiar en la conducta tanto del psicótico como del neurótico, y no está del todo ausente en la de individuos normales. Sin embargo, hay diferencias importantes cuantitativas y cualitativas. El neurótico conserva su interés en relacionarse con el mundo que le rodea en forma inteligible, con excepción del desorden circunscrito representado por sus síntomas. En cambio la relación del psicótico con el ambiente está globalmente alterada. El enfermo se desinteresa del mundo, porque subordina - su adaptación ambiental a sus conflictos internos. Hay que tener en cuenta también la actitud diferente del psicótico y del neurótico ante su enfermedad.

Este último reconoce que sus síntomas expresan el hecho de que sufre una perturbación, puede hablar - de ella y de sí mismo, con relativa objetividad y tratar de entender el significado de su conducta. El terapéu ta puede establecer contrcto efectivo con él, por lo me nos hasta el punto de una comprensión mutua de los - hechos. El Psicótico no intenta comprender sus desa- justes. Sus alucinaciones y sus delirios son para él la realidad. como consecuencia de su incapacidad -- para la objetividad, o por lo menos de su percepción, distorisionada en alto grado, de la situación externa, su mundo es una proyección de sus propias fantasias.

Es difícil relacionarse con el psicótico, quien tiene dificultad para compartir con otros su experien- cia.

Las psicosis son clasificadas en dos grandes - grupos: Las psicosis funcionales y las orgánicas. Aun que indudablemente en las primeras intervienen facto- res constitucionales y probablemente trastornos meta-

bólicos, no son evidenciables en ellas, alteraciones - estructurales del cerebro o de otros órganos y sistemas. Es generalmente aceptado que los factores psicogénéti- cos juegan en ellas un papel importante. En las segun das, que correctamente podrían llamarse enfermedades del cerebro, hay alteraciones macro y microscópicas - de las estructuras nerviosas.

LAS ESQUIZOFRENIAS

Las esquizofrenias con psicosis caracteriza-- das por la ruptura de la relación con el mundo exterior, y por una marcada regresión. Esta ruptura con la reali dad hace posible la existencia de actitudes contradic- torias, puesto que las tendencias conflictivas lo son - en función de la realidad. Por ejemplo, un enfermo es quizofrénico puede experimentar hostilidad de gran in- tensidad sin verse interferido por el remordimiento, si justifica su hostilidad, desarrollándo un delirio de per secución. Distorcionando los hechos, se puede ser

destructor y conservar el respeto por uno mismo.

Hay en las esquizofrenias, como en otras psicosis, una pérdida de la capacidad de distinguir entre estímulos internos y externos. A diferencia del neurótico compulsivo, quien sabe que el acto que se ve impelido a realizar no tiene realmente sentido, el esquizofrénico que realiza actos extravagantes, piensa que actúa así porque las circunstancias lo requieren. Por ejemplo, explican su conducta postulando la existencia de alguna fuerza externa que actúa sobre él y lo coacciona. La esquizofrenia fue descrita como entidad nosológica por E. Kraepelin, quién las separó de las psicosis maniaco depresivas. E. Bleuler le dió el nombre de esquizofrenia, en lugar del de dementia praecox - con que era conocida, tomando en cuenta que no se - trata de una demencia en el sentido de dilapidación - de las facultades intelectuales y que además, no - necesariamente se inicia en la juventud. El término

esquizofrenia (mente hendida o disgregada), hace alusión a la disociación de funciones que es prominente en la sintomatología.

La conducta aparentemente caótica del esquizofrénico, adquiere sentido cuando se conoce el significado de los síntomas, los cuales pueden agruparse - en:

1.) Síntomas que se relacionan con la desconexión del enfermo con el mundo objetivo. (Negación de la rea-- lidad).

El sujeto exhibe un "aplanamiento" de la efectividad, es decir, sus respuestas emocionales ante las cosas que lo rodean, familiares, juegos, comidas, vestidos, etc., carecen de intensidad. De hecho, si reacciona a ellas, es porque las relaciona con sus propias fantasías. De ahí que su efectividad sea además de insuficiente, impropia.

La capacidad de comunicación del enfermo, se

encuentra perturbada, ya que carece de incentivos para comunicarse con los demás. Porque no le interesa ser entendido, sus comunicaciones son ininteligibles, salpicadas de incoherencias y de simbolismos. En otras ocasiones , sus verbalizaciones expresan los contenidos de su fantasía y tienen una calidad semejante a la de - los contenidos oníricos.

Funciones que normalmente opera en forma coordinada se independizan unas de otras. Un aspecto de esta disociación ocurre entre los afectos y los contenidos conceptuales, de tal manera que la conducta resulta impropia. Por ejemplo, un enfermo que exhibe la idea de ser el rey del mundo, no tiene inconveniente en someterse a la rutina de la institución e inclusive puede encontrársele en la huerta ayudando al cultivo de legumbres. Otro aspecto de esta disociación interconceptual, que consiste en que los pensamientos se fragmentan y - pierden sus relaciones lógicas. Otras manifestaciones

de la desconexión del sujeto con el mundo objetivo, es la expresión no restringida de impulsos que ordinariamente se encuentran reprimidos, tales como la expresión directa de hostilidad, sexualidad, exhibicionismo, autoengrandecimiento, etc.. El enfermo ha avandonado todo intento de adaptar sus impulsos a las restricciones de la sociedad y los expresa sin ninguna consideración a los - derechos u opiniones ajenos.

1.) Síntomas que son consecuencia del aumento de la tendencia Narcista: otros síntomas pueden entenderse como consecuencia de un aumento de la tendencia narcista. En el grado en que el enfermo retira del mundo objetivo, sus intereses y afectos, los adhiere a sí mismo.

Como resultado se observa una distorsión del sentido del Yo. La distención entre el yo y el mundo exterior, ya no está claramente definida; el mundo queda contenido dentro de sí mismo y revela el sentimiento de omnipotencia. Síntomas tales como la despersonaliza-

ción y el extrañamiento del propio cuerpo, pertenecen a este grupo. Por otra parte, cualidades y sentimientos que serían apropiados para objetos externos, son internalizados y contribuyen a la distorsión del sentido de la realidad y a la generación de ideas delirantes nihilistas y extrañas acerca del cuerpo, tales como la idea de que ciertas partes del cuerpo tienen dimensiones gigantescas, la idea de estar vacío, petrificado o muerto.

Otra expresión del incremento del narcismo se manifiesta en incontinencia de los esfínteres; el ensuciarse las manos de excremento, el entretenerse en actividades de succión y el de masturbarse abiertamente. Estas actividades orales y anales indican el grado de regresión.

3.) Síntomas restitutivos: El tercer grupo de síntomas incluye aquellos que podemos considerar como restitutivos es decir, como intentos de compensación. Habiendo negado al mundo, el enfermo intenta su reconstrucción. Las experiencias sensoriales que ya no toma en cuenta,

son sustituídas por alucinaciones. Estas alucinaciones no tienen la vividez y la claridad de los enfermos orgánicos, sino más bien un vago caracter conceptual. Su apariencia no es clara; se trata más bien de ideas que de percepciones.

Las alucinaciones del esquizofrénico, como sus comunicaciones, muestran las cualidades de simbolización, desplazamiento y condensación, típicas de los procesos oníricos. Esta similitud se mantiene cuando se analizan las alucinaciones, las cuales resultan comprensibles como satisfacción de deseos o como proyecciones.

Habiendo fracasado en sus intentos de adaptarse al mundo, el esquizofrénico adapta el mundo a sí mismo. Las voces le hablan de su importancia y justifican sus sentimientos de hostilidad; en ocasiones escenas de belleza y satisfacción erótica lo entretienen, pero no todas las situaciones son placenteras y muchas -

de ellas cumplen la función de externalizar su culpa y su miedo. El enfermo se ha desligado de sus actitu-- des inaceptables proyectándolas al mundo exterior. El estado intelectual se encuentra relativamente bien preservado en los esquizofrénicos. Sus fallas radican en su capacidad para cooperar, en su falta de iniciativa y perseverancia para adaptarse a nuevas situacio-- nes.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Sobre la base de ciertos síntomas característi-- cos, se han individualizado en el grupo de las esquizofrenias varios síndromes. Antes de referirnos a ellos, es necesario hacer una distinción importante: los episodios esquizofrénicos y el proceso esquizofrénico. El proceso esquizofrénico es una forma de vida que se inicia en la infancia y que progresiva y gradualmente eleja al sujeto de la adaptación realista hasta que culmina finalmente con la retirada del mundo objetivo.

El episodio esquizofrénico es la reacción de un sujeto cuya adaptabilidad se ha mantenido adecuada en situaciones ordinarias, pero cuya tolerancia se quiebra ante situaciones de apremio exageradas. Los síntomas en - estos casos son de principio violento y predominan los del tipo restitutivo se trada de un estado agudo, de alucinaciones y delirios, un tanto atípico y en el que el - pronóstico es bueno, en cuanto al episodio.

1.) Tipo simple: El principio es difícil de determinar, - porque el sujeto siempre ha tenido una adaptación so-- cial deficiente. Se trata de jóvenes que desde su infancia han demostrado incapacidad para responder al mundo exterior con afectos cálidos y para relacionarse con gente.

Por el contrario, se han caracterizado por su - frialdad, su desapego e indiferencia, su poca iniciativa y poca tenacidad para enfrentarse a los problemas así como por su tendencia a aislarse y refugiarse en su

fantasía en respuesta a sus fracasos.

Su historia es descrita correctamente por A. Meyer cuando señala una pauta en que los fracasos conducen a la retirada y esta hace el éxito cada vez más difícil de alcanzar.

El momento crítico ocurre generalmente en la adolescencia o poco después cuando la sociedad exige que se actúe con iniciativa y responsabilidad ante los problemas sexuales, sociales y ocupacionales.

En la esquizofrenia simple, esencialmente se trata del caracter esquizofrénico. Las perturbaciones en la comunicación y la disociación se hacen gradualmente más conspícuas, en tanto que los síntomas restitutivos son prominentes.

Algunos de estos individuos nunca ingresan a los sanatorios; son simplemente sujetos inafectivos e infectivos que desarrollan ocupaciones por debajo de sus capacidades o que vegetan parasitariamente sin intereses

ni metas. Zilboorg los ha denominado "esquizofrénicos ambulantes".

2.) Tipo catatónico: En esta forma clínica se observan las manifestaciones más activas de la tendencia regresiva.

En efecto el estupor catatónico representa el máximo de encierro en uno mismo y el máximo de ruptura de relaciones con el mundo objetivo. El enfermo llega a abandonar todo intento de adaptación; ni siquiera traga su saliva, ni se alimenta, ni controla sus esfínteres. Su inercia llega a la inmovilidad y a menudo exhibe el fenómeno de la flexibilidad, crea un estado del tono muscular en el que los segmentos del cuerpo, como si fueran de cera, pueden ser movilizados y colocados en posiciones extrañas sin que se encuentre resistencia y con tendencia a conservar la posición por un tiempo prolongado).

El enfermo catatónico tiende a mantenerse en una postura fija, a veces por horas, sin reaccionar aún

a los estímulos dolorosos. Cuando el enfermo se ha recuperado, generalmente recuerda y puede relatar sus experiencias durante el episodio.

La sintomatología catatónica incluye además del estupor, una forma violenta de excitación autista que es a menudo muy peligrosa y destructiva y que no obedece a estimulos externos. Síntomas catatónicos pueden ser provocados en animales mediante la anoxia o el uso de ciertas drogas. Estos estados catatónicos experimentales son analogos a los estados de fascinación y parálización que muestran algunos aminales en estado de miedo. Mediante el hipnotismo es posible producir en los seres humanos estados semejantes.

El fenómeno es aparentemente la puesta en juego, en forma exagerada, de un mecanismo de defensa que opera en un nivel vegetativo. Mediante la administración de un barbitúrico puede lograrse que el enfermo abandone su estado transitoriamente.

3.) Tipo Paranoide: El término designa un síndrome de conducta autista asociado a ideas delirantes de persecusión y alucinaciones auditivas. Hemos señalado que las ideas delirantes representan un intento de restitución, un proceso por el cual el enfermo crea en su fantasia un mundo que reemplace al que ha negado. La retirada y la negación no han sido suficientes. Con frecuencia, la idea persecutoria se mezcla con la idea megalomaníaca que consiste en atribuirse méritos y cualidades que resultan altamente gratos y que hacen el cuadro más rebelde al tratamiento.

4.) Tipo hebefrénico: El hebefrénico muestra en grado exagerado la tendencia disociativa. Sus delirios son más extraños e inconsecuentes que los del paranoide. El enfermo puede exhibir en este caso todos los síntomas descritos como expresión de negación de la realidad, el narcisismo y la actividad restitutiva. Previamente el desarrollo de la psicosis, la personalidad del sujeto exhibe,

como en el caso del esquizofrénico simple, una defi-- ciencia en su capacidad integrativa. Aunque al princi- pio es generalmente más brusco y más prominente el -- cambio de la salud a la enfermedad, el cuadro evolucio- na a menudo hacia una deterioriazación rápida, aunque la recuperación puede ocurrir en casos aislados.

Deterioro del Esquizofrénico: Cuando en enfermo ha experimentado la pérdida de toda su capacidad para un contacto activo con el mundo, es como si por falta - de uso, sus capacidades perceptivas e integradoras se hubieran atrofiado. El deterioro esquizofrénico avanza- do y la demencia orgánica severa se parecen superficial- mente, puesto que en ambos casos el enfermo lleva una existencia vegetativa.

Sin embargo, hay diferencias importantes: tanto - en que el esquizofrénico muestra las pruebas apropia-- das, la preservación de su función intelectual, el de-- mente orgánico adolece de defectos obvios en ese terre-

no aunque su interés en el mundo exterior y su capaci- dad para no cooperar, que son precisamente los defec- tos del esquizofrénico, se encuentran relativamente -- conservados. Otra diferencia es que las respuestas - de este último son a veces notablemente correctas y o- tras incomprensibles, causales. En los casos en que después de muchos años, el enfermo se recupera, se - puede comprobar que su capacidad para un funciona--- miento activo y realista se encuentra relativamente pre- servada. Cuando estos enfermos son sometidos a un programa intensivo de terapia ocupacional, los resul- tados son a veces notables.

Hasta el momento actual, no ha sido posible demostrar cambios específicos en el cerebro de los es- quizofrénicos, aún en casos avanzados. Indudablemen- te que hay trastornos en las funciones metabólicas que estan relacionados con el proceso, pero no puede afir- marse si se trata de procesos primarios o secundarios.

Para terminar, es conveniente señalar que los tipos clínicos son con frecuencia mal definidos y que por otra parte, no es raro encontrar síntomas esquizofrénicos aislados formando parte del cuadro clínico en episodios maniaco depresivos, o bien superimpuestos a - síndromes orgánicos.

Psicodinamia: El enfermo esquizofrénico regresa a un estado anterior a aquel en el que el yo y el mundo externo, son claramente diferenciados. Estado en el que los conceptos del yo y del mundo se fusionan en una percepción indefinida de la realidad, bajo el influjo de necesidades internas y no de la adaptación a las demandas externas.

Este concepto de la realidad que asumimos normalmente en el infante, se denomina narcisismo primario. La esquizofrenia representa un fracaso completo en la - adaptación social y el retorno a un estado narcisista de

existencia". (3)

(De la fuente Muñiz, Psicología Médica, Fondo de Cultura Económica, -México 1968- Pags. 227-234.)

RESUMEN

"El actual concepto de esquizofrenia comprende una serie de psicosis en las que no se han descubierto hasta ahora vinculaciones causales seguras, y generalmente reconocidas con trastornos somáticos o con desarrollos íntimos psicológicos comprensibles.

Su sintomatología se halla caracterizada por ciertos sintomas básicos y por síntomas accesorios de un matiz determinado. Dicha sintomatología se diferencia fundamentalmente de las psicosis orgánicas.

En la esquizofrenia faltan los síntomas de las enfermedades cerebrales. El curso de la esquizofrenia puede ser favorable o nó, y en el caso de ser desfavorable, evoluciona siempre en el sentido de una demencia determinada, y distinta de la demencia orgánica. A las esquizofrenias por término medio (no en todo caso individual), corresponde un cadro familiar morboso específico, y la constitución somática y el caracter de los sujetos que enferman de esquizofrenia son asi mismos por termino medio, distintos a los del promedio de la población.

Entre los síntomas básicos de la esquizofrenia han de contarse los siguientes: Un trastorno de pensamiento que se define como disgregación, en el cual parecen confundirse las vías habituales de pensar y el que surgen como manifestaciones características, desplazamientos conceptuales, condensaciones y pensamiento -- simbólico; un trastorno de la efectividad que se manifiesta por un embotamiento de la misma, que predomina en - la mayoría de las ocasiones y que oincide con una exagerada irritabilidad frente a determinada circunstancia, en una deficiente capacidad de nivelación de los sentimientos en paramimia, y como consecuencia de todo ello, en indeficiente capacidad de contacto efectivo. El trastorno de la efectividad se halla relacionado con falta de unidad en el sentir: La ambivalencia.

Existen además autismos, sentimientos de despersonalización, que se manifiestan de modo diverso, como por Ej.: a travéz de un transitivismo, una apersonación, una falta de orientación con respecto a la propia persona.

Se hallan primariamente intactas las funciones de apercepción y del recuerdo.

Entre los síntomas accesorios se cuentan multiples errores sensoriales (especialmente "voces" y singulares sensaciones físicas), diversas ideas delirantes (en especial delirios de referencia y de persecución), ilusiones y alucinaciones de la memoria, síntomas catatónicos (catalepsia, estupor, hipercinecia, estereotipias, amaneramientos, negativismos, manifestaciones en "eco" y automatismos).

Resulta típico de las esquizofrenias, el hecho que juntamente con las manifestaciones patológicas o despues de ellas, puedan observarse constantemente, y en

asombrosa medida, manifestaciones psiquicas sanas.

Se acostumbra a dividir a las esquizofrenias en subgrupos, cuyos límites , sin embargo, no estan -- claramente definidos: Catatonía, Esquizofrenia Paranoide, Hebefrenia, Esquizofrenia Simple.

El curso de las esquizofrenias es con más frecuencia ondulante que rectílineo-crónico.

Cuadro Sinóptico de la Sintomatología de la Esquizofrenia.

Síntomas Básicos

Trastornos de la Afectividad:

a) Falta de contacto con el mundo exterior
b) Ambivalencia.

Trastornos del pensamiento:

a) Incoherencia
b) Interceptación
c) Aceleración del Pensamiento

Trastornos de la personalidad:

a) Autismo
b) Depersonalización
c) Desrealización
d) Doble Orientación.

Sintomas Secundarios.

a) Fenómenos Catatónicos

b) Hebefrenia

c) Ideas Delirantes

d) Alucinaciones

Al rededor de una cuarta parte de los esquizofrénicos que ingresan en establecimientos psiquiátricos, desembocan en una demencia esquizofrénica, al rededor de la mitad, en esfados esquizofrénicos con defectos más o menos graves, y una cuarta parte de ellos, aproximadamente, se logra una curación (Social o total).

Favorables desde el punto de vista del pronóstico son el comienzo agudo, la presencia en la anemia de episodios curados: Los estados patológicos acompañados de intensa agitación, la distimia, la confusión y enturbamiento de la conciencia, la personalidad presicopática sana. En cambio son desfavorables, el comienzo -

insidioso, la sintomatología esquizofrénica bien marcada que coincide con lucidez y estado de animo indiferente, y la personalidad psicopática presicopática.

La esencia de la esquizofrenia no se ha logrado captar hasta ahora de una manera anatomo-patológica y fisiopatológicamente. Psicológicamente explicable resulta el contenido de la sintomatología y ciertas oscilaciones del curso constituyen todavía un enigma de la cuestión relativa a si toda la enfermedad puede ser comprendida - como un desarrollo psicologicamente explicable. Muchos esquizofrénicos son prepsicopaticamente, esquizoides y psicópatas, y desde el punto de vista de su constitución somática: Asténicos, atléticos y displásicos. Entre los parientes de los esquizofrénicos se dan mucho más esquizofrenias y psicopatas esquizoides que entre el resto de - la población.

En el tratamiento de la esquizofrenia desempeña un - importante papel la reeducación, realizada con paciencia

y constancia, en el sentido de un retorno a la vida social, así como la constante estimulación hacia una actividad útil; al servicio de ello está la Laborateraphia, las distracciones durante los ratos libres, la terapéutica de grupo, y la configuración adecuada del medio ambiente. Premisa esencial de este tratamiento es la comprensión hacia el enfermo.

En momentos oportunos puede ser de utilidad un "Tratamiento por sorpresa" que puede consistir en un traslado de clínica o en una alta, si se realiza de un modo inopinado.

Si los progresos en el sentido de la curación de los casos agudos son deficientes o si la readaptación social en los casos crónicos deja que desear, los tratamientos somáticos (Cloropromazina, Reserpina, Curas de insulina, Electro-Shocks, Curas de sueño), -- ejercen muchas veces un efecto que abrevia la dura-- ción del brote, mejora y alivia. En aquellos casos -

que no han curado ní mejorado con otros métodos Terapéuticos y en los que la enfermedad se manifiesta esencialmente por la tensión, agitación, impulsos irrefrenables, puede estar indicado una intervención Neuroquirpurgica" (2).

(BLEULER; Tratado de Psiquiátria; Espasa Calpe S.S. Madrid. 1967. Pags. 485-486).

CASUISTICA:

Reg. Medico No. 02609-67.

E.C. de O. Paciente de 47 años, casada. originaria de esta capital. Trabaja en Oficios domésticos. tiene 4 - hijos.

Historia: Refiere la paciente que padece de Ulcus Péptico y oresión alta. El día lunes 25 de diciembre del 67 principió con cefalea, disnea, y sensación de ahogo después de haber tenido un accidente. El viernes - 29 presentó evacuaciones semilíquidas, oscuras, dolor en epigastrio, náuseas.

Antecedentes: Quirúrgicos; Cesarea en 1955. Resección de quiste ovárico derecho y sección de trompas uterinas.

Antecedentes familiares: Padre falleció de etilismo agudo. Exámen físico: PA 200/120, pulso 100x'

Corazón: Soplo grado uno en foco P. y A.

Abdomen: dolor a la palpación en área cólica.

Examenes de Lab.: Hb 8 gms. Ht 26 mm Sed. 50 mm/ 1 hora Ekg: Bloqueo incompleto de rama izq. del haz de - Hiss.

Isquemia Sub-epicardica lateral alta y anterolateral. Posible zona de Neurosis antigua anterolateral.

Examen Psiquiátrico:

Revisamos los datos contenidos en la papeleta, la paciente está lúcida y ambulatoria, y a pesar de haber trabajado en hospitales, símula ataxia muy pobremente. Esto lo escribo, a pesar de que sus tendencias paranoides y por su conocimiento de hospitales, habida cuenta de nuestra organización, es seguro que la nota va - ha ser leida por ella. El hecho de que ella esté al tanto de los resultados de los exámenes de Laboratorio de varias pacientes, corrobora lo que digo. En hablar es coherente y sus respuestas son adecuadas, no existe el lenguaje que necesariamente acompaña a los atáxicos. Es persona inteligente y dinámica. Con tienda

en Aguachapán y con Taller de Modas en nuestro antiguo Callejón de San Gaspar. Desde hace 3 años y debido al calor y a que tuvo serios disgustos con una cuñada, por lo que tuvo que deshalojar la casa que habitaba, que pertenecía a la cuñada, migró hacia Guatemala, en donde - el marido consiguió empleo de chofer de los ingenieros adscritos al Teatro Nacional. El hijo mayor recien se -- graduó en la Escuela Técnico Vocacional y la de 16 años, después de un primer puesto en concurso de radiodifusora y un segundo en T.V. canta por Q.150 a Q.200 al mes y es novia de un compañero nuestro, que cursa el 5o. año de la carrera, quién probablemente leerá esta nota -- también, y si algo le ofendiere se dedicara a hacerme - malas caras. La paciente conoce a nuestro compañero, (coloca la mano derecha con los 4 dedos hiperextendi-- dos y el pulgar a medio camino de su posición, un me-- tro por encima del suelo) desde que era pequeño.

Recién venidos a guatemala, el marido tuvo un ac-

cidente de automóvil, a consecuencia de lo cual quedó tomando anticônvulsivos (Fué el accidente debido a su primer ataque epiléptico?).

La paciente con cara de que desprecia las relaciones íntimas, explica que no le hacen falta, el hecho de que su marido no haya quedado igual después del accidente. Pero, cuando se pone enojada, quiebra los trastos de la casa, "quisiera que él le hiciera algo, no, no que le pegara, no sabe explicarse -del abdomen se pasa las ma-- nos a los muslos- que le diera algo, no sabe qué". Inge nuo le pregunto "quisiera ud. que él la tratara mal?", me responde con las manos crispadas estilo boxeador; - nó, quisiera que me respondiera, que él me hiciera algo pero él me dice cuando me mira así, "porque no sales a pasear, porque no vas a visitar a tus parientes". En el Salvador visitó a un Psiquiátra y estuvo bien por 5 años, "Porque no me da Ud. algo Doctor, lo que yo necesito" Dice que ha padecido de ulcera péptica y de hiperten--

sión. Inquiere si practicamos examen de sangre oculta y me explica con aire de desprecio, que el laboratorio de aquí es malo. Talvez temiera que el examen resalga negativo. Fundadamente esta opinión en varios casos que ella conoce (ut retro). Ingresó para que le pongan sangre en ese hospital, explica que es pariente del Dr..... y dice que el le dijo que aquí había bastante sangre, que en la Otorrino había bastante -- sangre (Iré a leer esta papeleta mi amigo...?).

En cuanto a la úlcera se refiere, la paciente está asintomática, se cree que sus molestias las provocó el Ismelin que le dió la Dra. .... Su husmear de datos hospitalarios, sus respuesta a mí pregunta proyectiva "una vez si creí que mi marido me queria matar. El es muy trabajador y le gusta hacer cosas. Cuando lo ví afilando el machete en la noche, pensé que iba a cortarme la cabeza". Sustancian la presencia de fuertes tendencias paranoides, lo que nos lleva a inferir,

que existen otras motivaciones y otras actitudes en beligerancia hacia su cuñada y en sus accesos de cólera. Actualmente se encuentra tensa, preocupada e insomne, con arrugas verticales en la glabela, la paciente está deprimida (depresión agitada). El accidente supra-descrito fué la última paja que la quebró (la espalda del camello) o la gota que derramó el cántaro , pero el problema viene desde lejos. Esfa señora es suspicaz, beligerante y con facilidad se expresa mal de tratamientos previos. Se me pide directamente que deje indicaciones terapéuticas, pero simplemente su venida al hospital y los procedimientos que de ella se derivan, pelearan su crisis actual. La personalidad fundamental seguirá inalterable.

M.T.V.M. de 13 años de edad, originaria y residente de esta capital, estudiante, soltera, sin hijos, católica.

Motivo de Consulta: Ingesta de Saltapericos

Historia: Paciente que el día martes 26 de Diciembre - de 1967 a las 16:30 hrs. ingirió saltapericos en número de 3, habiendoselos tragado con 2 vasos de agua. El día de la ingestión, lapaciente pasó asintomática y fué hasta dos días después cuando principió con náuseas y vómitos. En su casa le dieron purgante de Sal Inglesa Los vómitos era celestes y espumosos; La paciente refiere que lo hizo por un muchacho.

Antecedentes: Médicos: Tosferina, Sarampión y Varicela.

Quirúrgicos: Neg.

Traumáticos: Neg.

Revisión pos sistemas: Sin importancia.

Menarquia: 13 años, tipo 30x4

Caracteres abundantes:

Historia familiar: vive con abuela materna.

Exámen físico: Paciente consciente, tranquila, orientada, buena colaboradora. Pulso 70x', respiraciones:

20x', P/A 100/60, temperatura 37°C. resto de exámen físico: normal.

Fué ingresada a 2 mm. "A" con diagnóstico de intoxicación por fósforo. fué tratada con:

1.) Dieta blanda, 2.) Soluciones D/A al 5%. 3.) Atropina. 4.) Prednisolona. 5.) Vitamina K. 6.) Aceite Mineral.

Nota Psiquiátrica:

Fué interrogada por el Dr. O. Aguilar el 3 de enero de 1968. Nos pusimos al tanto de datos contenidos en la papeleta. Paciente está lúcida, bien orientada en todos aspectos, su memoria está bien conservada. No parece físicamente enferma, aunque habida cuenta está esmirriada y no exhibe vestigios de que se aproxime a la pubertad. Su habla es coherente, sus respuetas ordenadas y a juzgar por el uso pertinente que hace de ciertas palabras, es una chica de capacidad intelectual por encima del promedio normal. Alberga la esperanza

de estudiar para maestra, pero casi se ve frustrada por situación económica.

Durante la entrevista no da la cara y mantiene una sonrisa de coqueteria, aún cuando habla de penas que la agobian: "Belle Indifference".

Nos relata que un día, cuando tenía siete años, su padre condujo a su madre arrastrándola del cuello, porque la había encontrado en la 25 calle con Héctor. El padre, la madre y la abuela materna se encerraron en un cuarto y la chica oía cuando la suegra instaba al yerno para que le pegara a la infiel. El padre la queria tanto, que después imploraba perdón de rodillas por haber maltratado a su consorte. Se piensa que la madre, a quien la paciente llama Susana, tiene enfrascado al padre: una señora la vió entrar a un "Centro" "No le dieron leche de cocha" "La leche de coha pone locos a los hombres y después se comen todo lo que encuentran en el suelo". Héctor le pega mucho a Susana. A

Susana la habían curado en este hospital, cuando tenía solo dos hijos, para que ya no tueviera más. Héctor le pegó para que viniera a descurarse, "por eso le resultó una hernia en el ombligo al tener los otros hijos". Es una hija la que tiene con Héctor,"pero a saber a quien se parece, porque Héctor y Susana son morenos y ella es blanca". Después del divorcio, la paciente y su hermana menor, se quedaron viviendo con la abuela materna, a ella llaman mamá. Tiene una tienda, dice que Susana es una mala mujer y no quiere a los hijos que el papá tuvo con una señora gorda, dueña de un comedor en la terminal. Sólo uno de los hijos se parece a el papá . El papá maneja trailer y ha ido hasta Panamá. Le dan setenta y cinco quetzales y todo se lo quita esa mujer.

Cuando la paciente acudio a ella con el objeto de pedir dinero para sus libros, ella le dijo que el papá no tenía porque darle. Fantasia? Realidad?, Ambas -

cosas?. La niña dice que su papá todavía quiere a su mamá, que quisiera casarse con ella, que le ha hecho ciertos obsequios..

Morena oscura, de nariz algo aplastada, de labios gruesos, quisiera que en lugar de Teresa le llamaran - Julia.

La señora que abrió otra tienda en la vecindad, y que da los productos más baratos porque quiere ver cerrada la tienda que tiene la abuela, le dice "esa morada".

El negocio va bien, compraron refrigeradora" "Detrás de la puerta esfá el mazo de ajos, la cruz de o-- cote, por eso no hay pena". Esta niña de personalidad atractiva, pero como dijimos, esmirriada, se siente -- fea y sufrió hondamente cuando supo por medio de una amiga que el tapicero de automóviles de 17 años que trabaja en casa de ellas y cuya dirección no ha querido proporcionarle andaba con otra, sintió mucha cólera.

Víctima de la publicidad ingrata e inmoral que nuestra prensa amarillista de las propiedades tóxicas de los llamados saltapericos (a base de fósforo), decidió ingerir tres de ellos. Cada uno cuesta medio centavo. El día que lo ingirió, según relata, cuando lo supo la madre, le dió purgante de Sal Inglesa, vómitó celeste. Tres días después, cuando estaba dormida y despertó con dolor en la boca del estómago, ya los vómitos -- eran amarillos y fué traída al hospital.

Simulacro de suicidio o intento real? Lo cierto es que esta niña necesita mucha ayuda. Se ve en -- ella, a pesar de los pesares, una buena formación moral (influenciada por la abuela), pero solicitamos ayuda del Servicio Social, para ayudar a este elemento - humano valioso a convertirse en patrimonio útil a --- nuestro país.

Atentamente,

Dr. Octavio Aguilar.

Historia Clínica 18 de Noviembre de 1966.

Datos Generales:

J. A. P. R., de 20 años de edad, alfabeto, soltero, la
dino, católico, de oficio talladór de lentes, originario
y residente de esta capital.

Motivo de Ingreso: Dolor urente, pirosis, astenia,
adinamia, anorexia, náuseas, enterorragia, cefalea de
3 meses de evolución.

Antecedentes Negativos.

Revisión por sistemas: Negativo

Examen físico: (Hallazgos positivos).

Abdomen: Ligeramente globuloso, no se palpa hígado ni bazo. Ligeramente doloroso a la palpación en el epigastrio.

Impresión Clínica:

1.) Enfermedad péptica; a.) Gastritis medicamentosa;
b.) Descartar Ulcus péptico.

2.) Distonia neuro-vegetativa

3.) Vagotomía.

Examenes de Laboratorio: Curva de Acidez: Acidéz total alcanzó un máximo de 75 a los 45 minutos. Acidez libre máximo 70 a los 45 minutos.

Parasitos: Ascaris XX

Serie Gastroduodenal: Normal.

Tratamiento: Dieta a Sippy No. 1 y 2 Fenobar-Belladona -Neufragel. Complejo B.

Evolución: Hasta el 18-XII-66. No ha presentado ninguna mejoría con la terapéutica instituida. En cambio ha presentado crisis nerviosas de ansiedad, con temblor de cuerpo y voz temblorosa en dos ocasiones, que ceden con uso de tranquilizantes.

Examen Psiquiátrico:

Me enteré de los datos clínicos y para-clínicos del paciente. Comenzó con dolor de cabeza y naúseas desde que uno de sus hermanos llevó a la casa a una

mujer de antecedentes dudosos. Cuando ella lo vió enfermo, se dedicó a atenderlo, a darle comida. Al principio ella le agradaba, después sintió cólera hacia -- ella. Ella presentaba los mismos síntomas que tenía el paciente, "como si a los dos les estubieran haciendo algún mal de (brujerias)".

Visitó varios médicos y aprendió de ellos a menejar las palabras Gástritis y Hepatitis, los tratamien-- tos respectivos, no aliviaron al paciente, cuando el - habla de sus síntomas, tiene una sonrisa de indiferencia. Se dedica a hacer ejercicios físicos con el confesado propósito de hacerse atractivo a las mujeres y - piensa que los muchachos del barrio lo envidian por esto. Tiene un amigo con el que a veces se embriaga. Su padre era muy violento cuando bebia. Los hermanos y la madre tenían que huír de la casa cuando llegaba ebrio. Murió cuando el paciente tenía 11 años. La madre siempre se ha mostrado hostil y a "conocido" la ma-

la conducta de las mujeres, de los hermanos mayores, (desde promiscuidad hasta brujerías). A veces, el paciente se extasía con fantasias muy vívidas, fantaías las cuales lo hacen volar como "Superman" y librar -- grandes batallas quijotescas. Siente como si no fuera él, estas fantasías las vive acostado en su cama ántes de dormirse. No le gusta estar con muchachos de su edad, prefiere estar solo. A veces quisiera evitar las - fantasias, pero no puede. La sintomatología gastrointestinal es de conversión (histérica) pero bajo la fachada histérica, se observa una tendencia autística bien definida.

Los síntomas de conversión pueden desempeñar - defensa contra desquisiamiento y el paciente fundamentalmente se complace (subconciente) de que sus síntomas persistan frente a las terapéuticas instituidas. De no haber indicaciones que hagan necesaria su permanencia en el hospital, debe darse de alta a este paciente,

que logró su ingreso, diciendo que había defecado sangre, aconsejado por una vecina.

No lo veo motivado ní con capacidad para resolver sus problemas psicológicos.

Dr. Octavio Aguilar

Diciembre 12 de 1967.

Datos Generales:

V.M.A.M. de 16 años de edad, originario de la - Aldea El Rodeo, Depto. de San Marcos y residente en San Cristobal en el mismo Depto. El paciente es referido del Neuropsiquiátrico con la siguiente historia: Refiere que desde su nacimiento presentó tumefacción debajo de la lengua. Dicha tumefacción no le causa dolor, pero con facilidad se la muerde, "causandole mucha molestia".

Antecedentes: personales y familiares: Negativos.

Examen físico: Buen estado general; signos vitales --

normales. Boca: presencia de tumefacción sublingual, anteroizauierda, de aproximadamente 5 cms. de longitud x 2 de diámetro. Dicha tumefacción es blanda, no dolorosa a la palpación y hace saliente por debajo de la mandíbula.

Orofaringe: Amígdala derecha hipertrófica, criptíca.

Dx. Ránula
Amigdalitis crónica.

El día 5 de Diciembre del presente año, se efectúa operación de la ránula, evolucionando el paciente satisfactoriamente.

Examenes complementarios: Parasitos: Ascaris Lumbricoides- Ameba Histolytica.

Anatomía Patológica: La muestra enviada tiene apite-- lios pavimentoso, plano, poliestratificado, de superficie con ligera infiltrado inflamatorio crónico subepite-- lial con fibrosis de corion.

Nota Psiquiátrica:

Revisamos los datos contenidos en la papeleta. El paciente está bien orientado en todos respectos. Su memoria es, en general buena, salvo ciertas lagunas que, indudablemente, son resultado de los tratamientos electro-convulsivos aplicados en el manicomio.

Es el hermano varón mayor en una familia de 11, aunque no es el más grande de todos ellos. El padre es curandero, saca muelas sin dolor, pone puntos en heridas y atiende partos. El paciente no sabe de donde adquirió los conocimientos su padre, porque nunca platicó con él. La madre es una señora "alta, gorda, coloradota", cariñosa con todos. El padre hubiera querido enseñarle su oficio y talvez, cuando salga del hospital va a tratar de aprenderlo. Al principio su respuesta es parca, luego nos cuenta que, encontrándose en una finca anexa a San Andrés Osuna "cuando se dieron cuenta de su inteligencia, comenzaron a molestarlo", un primo escondió un cepillo que servía para planchar

un vestido y cuando el no lo pudo devolver, el primo insultó a su madre. Tuvo varias visiones de la virgen, visiones que el considera verdaderas. A la virgen le miraba dos estrellas luminosas por ojos y era muy bella. También tuvo ilusiones a travez de las cuales veía a las gentes como demonios, cosa que explica por la maldad que existe en muchas personas. De repente se encontró golpeando la puerta de la iglesia y fué abatido a planazos de machete por el policía de la localidad. Lloraba mucho hasta que un sacerdote le indicó que locos eran los que decían que él estaba loco, que lo que a el le pasaba eran cosas de Dios.

Cuando se le presiona a contestar respecto de sentimientos de culpa que él alberga, se vuelve evasivo, se cubre la cara, le aparece sonrisa incongruente y mira de soslayo, sobre todo al resto de la audiencia.

Se trata de una esquizofrenia probablemente de

tipo Hebefrénico catatónico, con tendencias paranoi-- des, pero que no aparece clara debido al daño cerebral producido por el electroshock y por la cautela con que habla, probablemente temeroso de regresar al manicomio, si se expresa libremente. Durante su estada en ese lugar trató de escaparse varias veces.

Por lo reciente del electro-shock, las vivencias - en este hospital , etc., tienen en receso los síntomas de angustía profunda, pero podrían reaparecer al regresar a su hogar. Ya la familia conoce los trámites necesarios y, de ponerse agitado, no tendrían ninguna vacilación en volverlo a internar. Hasta que se quede - ahí definitivamente.

Dr. Octavio Aguilar.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA Y NOTA PSIQUIATRICA.

Datos generales: Pte. de 56 años de edad, resi-- dente y originario de esta capital, casado, negociante.

Motivo de Ingreso: Rehabilitación de Miembro amputado.

Historia: Paciente que había ingresado hacia 8 meses - por presentar gangrena del primer dedo del pié derecho, la cual fue evolucionando poco satisfactoriamente por lo que hubo necesidad de practicarsele desarticulación del primer dedo y Simpatectomía Lumbar el 8 de VIII de 1967. Pero a pesar del procedimiento la gangrena fué evolucionando, por lo cual se le practicó desarticulación del 2o. dedo y del primer y segundo metatarsianos, siempre del mismo pié el 17-VIII-67. Posteriormente el Dr. Mishan efectuó trasplante de vena femoral a la arteria poplitea sin obtener ningún resultado favorable, ya que la gangrena siguió avanzando, por lo que hubo necesidad de efectuar la amputación de ese miembro desde el 1/3 inferior del muslo, el 19-XII-67.

Antecedentes: Sin importancia.

Exámen Físico: A excepción de caries dentales y de la

presencia del muñón del miembro amputado, todo el examen físico fué normal.

Nota Psiquiátrica:

El paciente habla con circunstancialidad cantinflesca. Su estado de ánimo es totalmente incongruente en relación a su situación actual. Es muy inteligente y muy leído (Nietzche, Kant y otros). Tiene una esposa dominante y emprendedora de la que se libera por medio del alcohol. Vende número de lotería para un ciego que los compra (7% para el ciego y el 3% para él). Piensa obtener ayuda para comprar los números de lotería y que la ganancia total sea para él.

Se trata de una esquizofrenia hebefrénica crónica, que no lo invalida, similar a la que ha hecho ganar millones a Cantinflas.

Atentamente,

Dr. Octavio Aguilar.

H.C. 21972-67

F.L.R. de 36 años de edad, soltera, originaria de el Progreso, y residente en esta Capital.

M.C.: Convulsiones de 2 años de evolución.

H.E.: Refiere la paciente que desde hace 2 años ha estado padeciendo de ataques, cada vez que le viene su menstruación, cefalea con visión borrosa luego pérdida del conocimiento, mordiendose los labios y la lengua, además de movimientos tónico-clónicos.

Exámen Físico: conciente, tranquila, P. A. 120/70; pulso: 60x'. Resto aparentemente normal.

I.C.: Síndrome convulsivante; Neoplasia intracraneana, Punción lumbar, Electroencefalograma y radiografía de craneo normal.

Nota Psiquiátrica

20-XI-67.

Paciente camina casi como robot, desde los 17 años o ye una voz que le dice "Siga", conminándola a seguir en sus oraciones. Se queja en el Hospital de dolor de oido, al practicarsele examen correspondiente, se encuentra el conducto ocluído con papel, hecho este que se observa en personas desesperadas de oir voces cada vez; "con perdon de Dios y permiso de usted" que le viene su regla, siente una gran debilidad en el cerebro (se señala el occipucio) y le duele la frente.

Ayer vino un pastor quien la hizo sentirse mucho - mejor por medio de oraciones. Cuando está con su regla, yace inmóvil; sin poder hablar, dándose cuanta de las cosas (Catatónica). Hace varios años su hermano se quedó totalmente paralítico y sin hablar, hasta que un pastor lo sanó por medio de la fé. Originalmente - era presbiteriana porque el padre, después de tener -- todos los vicios, aceptó a Cristo. Hace 2 años, después que se incendió la casa como consecuencia de -

procesión, migraron hacia Villa Nueva a cuidar la -- granja de un Sr. Villanueva quién les habia ofrecido grandezas, pero todo era mentira; en ese lugar acuden a un templo de los defensores de la Fé, en donde la paciente ha tenido la oportunidad de hablar las lenguas.

Se trata de una reacción esquizofrénica crónica, de tipo Catatónica que ha conducido a la paciente ha reducir su vida y dedicarla al cuidado de su hermano semi-inválido y del padre anciano. Actualmente viven de posada en casa de unos amigos.

Una vez que se desheche la necesidad de tener- la hospitalizada por razones de salud física, debe d dársele de alta. Sería bueno investigar la situación real de la familia y las posibilidades de un acercamiento al resto de la familia y puesto que estz mucha cha se encuentra responsable de un anciano y de un inválido, sin ningún trabajo que le depare medios de

subsistencia.

Dr. Octavio Aguilar.

R.A.G., 13612-68.

Examen Psiquiátrico 4 de Septiembre de 1968.

La paciente es ambulatoria, exhibe una sonrisa inapropiada, cuando la hago entrar me toma del pantalón, mientras me mira con malicia. Dice que ha estado en el Hospital Neuro-Psiquiátrico, oye voces de mujer que le dicen cosas feas. Tuvo disgusto con la suegra, pero no explica porqué. En su actitud general existe cierta tiesura (catatonía) y sus respuestas son evidentemente paralógicas. Se trata de una esquizofrenia de tipo hebefreno catatónico. Su estada en el hospital Neuro-psiquiátrico (Unidad Piloto), y la reciente infección meningea, hacen pensar en una posible punción lumbar que pudiera haber ocasionado dicha infección.

Es necesario utilizar colaboración del Servicio Social con el objeto de obtener información colateral.

Mientras tanto, como medidas sintomaticas, se le podría administrar Largactil por vía oral a razón de 50 a 200 mg. TID.

Dr. Octavio Aguilar.

Observación Clínica de: O.R.G.

De 10 años de edad, residente en esta Capital en la - 3a. Av. y 3a. Calle Zona 1. Ladino, ingresa por desnutrición, referido por el Tribunal de Menores, por haber lo encontrado abandonado en la vía pública. El menor proporciona información incoherente. Dice "que la niña Tencha y don Raúl" son sus padres, pero luego dice que son las personas que lo cuidan. No puede indicar la direccion de ellos. Se toma el caso social del menor para ver si es posible establecer su situación familiar e identidad. Se llamó por teléfono a CEA, para -- que cuando el menor esté de alta, sea enviado a dicha institución, por la situación irregular familiar que presenta. (Datos tomados de la encuesta Social).

Historia Clínica de: O.R.G. De 10 años de edad, di-- rección, Tribunal de Menores. Padres: Ignorados. Todos los datos de la historia clínica son desconocid--- dos por el paciente y su acompañante, un agente de la

Policía Nacional. Examen Físico: T. 36° Peso: 14.5 kilos F.C.: 84x' F.R.: 20x'. Datos Positivos: Marcado déficit pondo estatural e intelectual, lesiones máculo-papulosas pequeñas, rosadas con descamación fina en cara y miembros; hipertrofia gingival. Corazón normal. pulmones normales. Abdomen normal. Genitales normales. Miembros inferiores: Edema grado uno, frío, blando, no doloroso, piel sucia, un color rojizo en tercio distal de las piernas, no doloroso ni hipertérmico.

Impresión clínica: Desnutrición Proteíco calórica, grado 3.

Avitaminosis

Retardo mental.

Laboratorio: Orina, normal; Hematología: Ht.: 33 G.B.: 6.760, H.b.: 10.5 gr. Cayados: 2 Segmentados: 67, -- Linfocitos: 31 tiempo de sangría: 2'. Método de Duke. Tiempo de coagulación 8'. Parásitos: Huevos de Ascaris dos cruces: Glicemia: en ayunas: 82mlg.x%.

Evolución: El niño presenta varios accesos cunvulsivos, con pérdida de la conciencia. El niño se queja de dolor abdominal. Tratamiento: Complejo B. vitamina A. 25000 U. Prednisona 1 Tab. P.O. TID. Fenobarbital: 1 cucharada P.O.

Exámen Psiquíátrico:

De: G.O.R. Se trata de un niño que ostenta su desnutrición, y cuyo estado mental me induce a barajar diversas y talvez combinadas posibilidades etiológicas. Su piel pelagroide por sí sola bastaría para explicarlo todo. Luego me llama la atención su naricilla "en silla de montar" como solemnemente decían mis maestros, aunque amí siempre se me ocurrió que "en galápago" habría sido más acertado parangón. Bueno sea como se quiera, lo cierto es que esa naríz respingada y casi virtual, dentro de la constelación de su situación de niño abandonado y sin padres reconocidos, me fuerza a recordar La Sífilis. Sus chichones y otra evidencias de

viejas lesiones, habían de sus ataques mal tratados o sin tratamiento. Entonces pienso en un estado confusional que puede ser en sí una manifestación epiléptica o también consecuencia de supuestos estados de hipoxia durante los paroxismos o secuelas de traumatismos de la cabeza. Y, para desesperación de aquellos que necesitan angostar la visión clínica, el cuadro puede ser consecuencia de todo esto combinado.

Su exposición fragmentaria delata un sustrato intelectual normal, alterado por desorientación temporo espacial y defectos nemónicos. En el adulto a este cuadro se le llama demencia, Síndrome Psico-orgánico (E. Bleuler), síndrome de Jorsakow o síndrome orgánico del encéfalo, todo depende del país a quien uno admire con malichismo, como fuente de toda saviduría; no parece tratarse de un niño bobo o deficiente mental. Este cuadro puede mejorarse o hasta curarse (vide-supra). Nos proveyó de datos suficientes para que el servicio social to

me cartas en el asunto. Sin asumir una postura querulante, con pinceladas causales, sin intención de provocar lastima o compasión, nos exhive una existencia realmente trágica, auunque no esa tragedia cursi, con sabor a letra de tango, que con dólo presentan algu-- nos pacientes con el objeto de obtener logros secundarios. Me interesaría ponerme en contacto con la trabajadora social respectiva a efecto de colaborar en la solución de un problema existencial.

Atentamente, Dr. Octavio Aguilar.

Comentario del caso clínico de: O.R.G. Es un niño desnutrido, con deficit pondo estatural, con lesiones de la piel compatibles con pelagra.
También ha presentado episiodios convulsivos, por lo cual se debe investigar la etiologóa, pues son varias las causas que producen el síndrome convulsivo.

Además el pequeño paciente no tiene padres, es decir, carece de afecto maternal, especialmente tan necesarios para la evolución psicológica normal del ser humano.

Se trata de un caso patético de síndrome Plurirencial Infantil, asociado posiblemente a Epilepsia, con el grado de ser un niño abandonado sin el cariño de sus padres.

Siendo el hombre un ser Bio-Psico-Social por excelencia, este niño tiene déficit biológicos, psicológicos y Sociales, pero sobre todo, además de éstas consideraciones un tanto "científicas", es una persona humana, que puede desarrollar un retardo mental completo o peor aún, evolucionar a una psicosis posiblemente de tipo de la Esquizofrenia.
Insisto que se trata de un caso trágico, el cual nos debe hacer meditar como el ser humano, además de requerimientos biológicos (Proteínas, vitaminas, etc.) necesita para la formación integral de su personalidad, que se le brinde protección y amor.

Incluso el anterior planteamiento nos debe servir para actuar con responsabilidad médica y social para este niño, del cual es responsable también la comunidad - a la cual pertenece.

Caso clínico de: O.A.H.M.: Tercera Medicina de Hombres, Hospital General. R.M.: 0026067. Fecha: 22 de Nov. de 1968.

O.A.H.M. de 22 años de edad, originario de esta capital, tapicero, soltero.

Motivo de consulta: El 16 de Noviembre de 1968, presentó vómitos de sangre, en cantidad aproximada de - 125 cc. de aspecto chingaste de café, y también dolor tipo cólico localizado en epigastrio.

Antecedentes Importantes: en 1957 tratado por úlcera péptica y en julio y agosto de 1968, hospitalizado -- por la misma enfermedad; Revisión por sistemas:

Cardiovascular: Palpitaciones

Genito-urinario: Blenorragia.

Gastrointestinal: Intoleracnia a las grasas y a lo descrito en la historia.

Examen físico: Hallazgos positivos: Dolor en el hipocondrio izquierdo y en el epigastrio, tanto a la palpación superficial, como a la profunda.

Impresión clínica:

1.- Ulcera Duodenal.

2.- Parasitismo Intestinal

3.- Anemia Secundaria

Datos de Gabinete y de Laboratorio: S.G.D.: Nl. Hb: - 6.5 gr. Ht. 20. Parásitos: Tricocéfalos. V.D.R.L.: Positivo en 4 diluciones.

Examen Psiquiátrico:

H. M. O.A. 3a. Med. H. Hospital General, R.M.: 0026067. Fecha 22 de Nov. de 1968.

Revisé los datos obtenidos en la papeleta. El paciente está bién orientado en todos respectos. Memoria nor-- mal. Habla es coherente y espontánea.

Utiliza a los términos médicos que provienen de que - él acostumbra husmear las papeletas. Esto, a travez de los diferentes terminos que se utilizan para designar una dolencia, le ha dado la idea de que los médicos no han establecido su diagnóstico con certeza y que el tratamiento no es adecuado. Todo es producto de su desconfianza fundamental y, en círculo, la realimenta; peinsa que lo engañan y esto lo vuelve abiertamente beligerante. Su talante rígido y no en buena relación con el contenido de las ideas expresadas. Se contradice varias veces cuando se le pide ahondar la información que proporciona en realidad en relación a ciertos hechos delictuosos que, según confiesa, lo llevaron a la Penitenciaría Central y -- le tienen en liber-- tad condicional. También miento en relación a sus a-- venturas románticas. Y en relación a los sucesos que - lo impulsaron a abandonar el hogar materno. Exige que se le opere quirúrgicamente y estoy seguro que de lle--

varse a cabo la operación fincará más vehemente sus - ideas, de que se tiene la intención dolosa de perjudicarlo (Querulancia). Como su psicosis "Locura" no lo hace aparecer tan desquiciado, sería fácil que en un - principio se prestara oidos a sus quejas, al igual que sucedió con un caso similar en el Hospital Roosevelt con una paciente que se quejaba de haver sido víctima de abusos deshonesto por parte de un estudiante. Tiene su enfermedad péptica y es menester tratarla, tiene anemia, y tiene sífilis, que también necesita tratamiento adecuado. Hay que llevar a cabo los tratamientos y no hay que entrar en explicaciones justificativas con - el paciente, porque así aumenta su desconfianza. Por la manera como enlaza su estado en diferentes servi-- cios hospitalarios, parece que se trata de un delirio - sistematizado. Estos síntomas tipifican a una esquizofrenia de tipo paranoide.

El paciente podría ser peligroso si se le amenaza o si se siente en peligro. Bien tratado no hay porque

temer. De 10 a 20 gotas de "Haloperidol" "Jansen" T.I.D.P.O. A.C. serviría para atenuar la sintomatología de la esquizofrenia.

Atto.

Dr. Octavio Aguilar.

Comentario del Caso clínico de O.A.H.M. Es un - paciente de 22 años de edad, cuyo hogar no fué integrado completamente (careció del afecto y apoyo económico del padre) sólo conoció el cariño materno. A los 16 años tuvo un conflicto con un tio, quien se expresaba mal de su madre, y el paciente lo interpretó como - una ofensa a la persona de su mamá" y en menos cabo de su honor, por lo cual lo agredió . A raiz de este hecho empezó a tener conflictos con la justicia. Es de-- cir el paciente tiene situaciones problemáticas con sus parientes y aún con la justicia. Esta tensión Psíquica, le ha ayudado a desarrollar síntomas tales como: Dolor abdominal, hematemésis causadas por gastritis o Ulcus

péptico. Tiene resentimientos contra la mayoría de las personas.

Así piensa que el personal de Enfermería está en contra de él. A pesar de lo anterior al considerar al paciente con - empátía, mostrándonos confiables e interesados por su - enfermedad y su persona, haciendo énfasis, que hay gentes que le han dado cariño como su madre y un amigo que el refiere de quien guarda buenos recuerdos, y su actual novia.

Efectuándole un planteamiento de su vida, dedicarse al trabajo (el paciente es tapicero) y posteriormente formar un hogar, donde encuentre comprensión y afecto.

El paciente ha evolucionado, mejorando sus relaciones con las personas que lo tratan, se muestra más animado y proyecta dedicarse a su trabajo.

Caso clínico de M.A.R.H.: Hospital General-Mternidad Piso 7° R.M. 00531-68.

M. A.R.H., de 34 años de edad, originaria y residente

en esta capital, de oficios domésticos, unida. admitida el 18 de Noviembre de 1968. Motivo de Ingreso: Ruptura prematura de membranas. Membranas rotas: el 17 de Noviembre de 1968. P.P.1° de Dic. 68.

Datos Prenatales: U.R.25 de febrero de 1968. G:2 P: 1 A.B.O.

Exámen físico: Estado general bueno, Peso: 142 lbs. Edemas: No. corazón: Nl. Pulmones: Nl. Utero: 33 cm. Circunferencia abdominal: 96 cm.

Diagnóstico: Embarazo a término.

Feto vivo.

Membranas rotas

El 19 de noviembre de 1968, tuvo un P.E.S. en O.I.I.A., placenta y membranas completas, E.M.L. D. en pared vaginal lateral derecha hay un papiloma. Hemorragia vaginal: 500 cc. Evaluación Cardiológica Soplo sistólico en foco mitral y sistólico en foco aórtico, en una enferma que ha padecido de Fiebre Reumática. Diagnóstico:

a) Fiebre Reumática posiblemente activa.

b) Valvulopatía doble con lesión mitral.

Tratamiento: 1.) Penicilina Procaína 800.000 U. L.M. por 8 días. y luego Benzetacil L.A. 1.200.000 U.

2.) Lanicor: 1 tableta P.O. cada 24 horas.

3.) Ergotrate: 1 Tableta P.O. T.I.D.

4.) Asa: 0.64 gr. P.O. Cada 6 hrs. P.R.N.

5.) Meprobamato: 1 tableta P.O.T.I.D.

(Datos tomados de la Historia Clínica).

Evaluación Psiquiátrica:

De M.A.R.H. 23 de Nov. de 1968.

No hay evidencia de organicidad, pero su facies es muy rígida. Superficialmente parece como si el negar la maternidad fuera más bien producto de una manía neurótica, pero su actitud frente a las vivencias pasadas y su animada insistencia en irse, hacen suponer un proceso psicótico (Esquizofrenia). Con pseudo-obser

vaciones y desconfianza paranoide. Una enfermera in
forma de ilusiones o alucinaciones auditivas (creyó --
que era su madre en la calle y tenia insomnio). Creo
que hay que obtener información bilateral para inves--
tigar su funcionamiento previo. Y asegurarse que la fa
milia comprende el trastorno mental y se le ayude a -
buscar tratamiento si su conducta es inadecuada.
La pciente relata que ella "se siente bien".

Atto.

Dr. Octavio Aguilar.

Comentario del Caso Clínico de: M.A.R.H.

Paciente cuyo hogar no está integrado, el padre de sus hijos no permanece con ella, tiene un índice cultural relativamente bajo. El advenimiento de un nuevo hijo aunque manifiesta que lo recibe con alegría, se percibe ausencia de una emoción franca de ella. Inclusive refiere que no tiene problemas con su familia, pero indudablemente, su hijito no será aceptado con todo el

agrado. El personal de Enfermería informa que la pa--
ciente presenta dudas sobre la identidad de su hijo, en
cuanto a su pertenencia y sexo. El diagnóstico psiquiá
trico fué de Esquizofrenia, por su actitud rígida, ambi-
valencia emocional y posibles alucinaciones auditivas.
Puede ser que la paciente, sólo desarrolle esta reacción
esquizofrénica en el medio hospitalario, y en su casa -
no tenga trastornos importantes de su personalidad.
Sin embargo, se indicó al Servicio Social su vigilancia
por si necesita posteriormente tratamiento psiquiátrico.

Caso Clínico de E.A.A.: Paciente de 24 años de edad,
originaria de la Aldea Las Olivas, (San Pedro Pinula, -
Jalapa), de oficios domésticos, soltera, alfabeta, pro
testante.

M. de G.: Dolor precordial opresivo de más de aproxi-
madamente 5 meses de evolución.

Antecedentes: Ataques convulsivos, los cuales parece

son activados por tensiones emocionales.

Historia: Refiere la paciente que hace aproximadamente 5 meses principió con dolor precordial tipo opresivo, constante, el cual se exacerba con el ejercicio, y se calma con el reposo. El dolor en ocasiones, se acompaña de disnea al efectuar la marcha, y se irradia al hombro y brazo izquierdo. También refiere cefalea frontal. Revisión por sistemas:

Respiratorio: Tos seca, dificultad para respirar al efectuar ejercicio. Urinario: ardor a la micción. Cardiovascular: Palpitaciones y Taquicardia. Exámen físico: Edema de los párpados. Cardiovascular normal. Respiratorio: Nl. Neurológico: Hiperrreflexia.

Impresión Clínica:

1.) Angor Péctoris

2.) Amebiasis

Laboratorio: Parásitos: Ameba Histolítica y Tricocéfalos. Orocultivo: Neumococo, Aerobacter Aeroge--

nes. Prueba de Hipertensión: Del frío hiperreactiva. Prueba de la Histamina: Negativa. Fenolsulfontaleina Normal. Torax: Normal. Pielograma: Normal.

Datos tomados de la Historia Clínica).

Evaluación Psiquiátrica:

La paciente aparenta su edad cronológica, está lúcida, bien orientada, su memoria es normal, razonamiento y juicio normales, las respuestas son adecuadas, capacidad intelectual dentro de los límites del promedio normal, no se observan movimientos a-- normales, ni contenidos psicóticos del pensamiento. Aunque confiesa que planeaba casarse con un muchacho rubio que la cortejaba, y quien fue enviado lejos para evitar la boda, niega que halla estado ilusionada por él.

El dolor precordial con irradiación braquial tiene todas las características clínicas y fenomenológicas de la reacción de conversión y pienso que desapare

cerá paulatinamente.

Además tiene parasitos intestinales que es necesario tratar.

Atentamente,

Dr. Octavio Aguilar

Comentario del Caso Clínico de: E.A.A.

Paciente oriunda de nuestro medio rural, con una nutrición moderadamente hipoproteíca, en cuyo am--- biente ecológico es muy frecuente la Parasitosis In-- testinal.

La paciente tiene 24 años, es decir fisiológica-- mente es apta para la fecundación, su vida psiquica se orienta en el sentido "romántico" pues tuvo un novio , con el cual se profesaban cariño, pero su casamiento fue frustrado a instancia de su posible suegro. Este conflicto, hace que su psiquismo responda con la producción de síntomas somáticos: Dolor precor-- dial, etc., para llamar la atención y obtener afecto,

el cual no le fué brindado, en su proyectado enlace -- conyugal. Y esto dá origen a una reacción de Conversión Histérica.

La paciente es animada al mostrarle amistad y hacerle sentir la esperanza de un futuro matrimonio.

Caso Clínico de: R.V.C.: H.C. # 23368-68. 3a. M. de H. Hospital General.

Paciente de 17 años de edad, originario de Puerto Barrios y residente en esta Capital, de ocupación Panificador, soltero, de religión protestante. Historia: De un año de evolución, ha presentado dolor en la región cervical, y en las manos, el cual con el ejercicio y tam-- bién dolor en las articulaciones de los pies (especialmente de los dedos de los pies). De la misma evolución ha observado, engrosamiento de las regiones, metatarso falángicas proximales. Lo cual le ha imposibilitado la presión de objetos pesados.

Hay dolor en las articulaciones de la muñeca con limi-

tación de los movimientos.

Examen físico: Estados General: Regular, desnutrido moderadamente, voz poco perceptible. Pulso: 60x' - Respiraciones: 18x' Presión Arterial: 120/70. T.36. 8.- Exámen de la región enferma: Miembros superiores: Manos, Edema de las articulaciones Metatarso-Falángicas, y de las extremidades proximales de los Metacarpianos, hay limitación de los movimientos por dolor. Ligera atrofia de los inteóseos. Practicamente están tomados los dedos. También hay - limitación de los movimientos de la flexión y extensión, y aducción y a la abducción, manos frías y - sudorosas. Cuello: Limitación de los moviemientos Columna Vertebral: Limitación de los movimientos de la región dorso-lumbar.

Tobillo: limitación de los movimientos. Diagnóstico Clínico Provisional: a) Desnutrición crónica del a-- dulto. b) Artritis reumatoidea júvenil. (Enfermedad

de Still). c) Anemia Secundaria. Laboratorio: Hematología: Nl. Latex Globulina: XX. Antiestreptolisina: Positiva 250 U. Proteína "C" reactiva: Neg.: Tratamiento: Indocid: 250 mlg. P. O.T.I. D. (Datos tomados de la Historia Clínica).

Examen Psiqiátrico: 6 de Dic. de 1968.

Ref. V.C.R.: Fecha de Nacimiento 3 de Dic. de 1951. L. de N. Puerto Barrios. Izabal. Hospital General, historia clínica # 23368-68. 3a. M.H.

El paciente es ambulatorio, marcha con desgano, y -- hasta para hablar es indolente. Cuando se da cuenta de mis dificultades para comprender lo que me dice - se sonrié con maliciosa satifacción. Esto sucede --- constantemente durante la entrevista. Huésped repetidas veces de varios hospitales, se queja de no haber salido curado de otras dolencias- de ninguna de ellas. Esta es la tercera vez que pasa la temporada Navideña y su cumpleaños en un Hospital. Sabe que

se celebra bien y que se reciben aguinaldos y golosinas. El padre, antiguo muellero de la U.F.C.O. y alcohólico inveterado, logró recibir jugosa indemnización (Q.7,000.oo) cuando fué despedido hace 4 años. Con este dinero pusieron panaderia en la el paciente diz que ayuda a amasar. El negocio fué arrendado hace 4 meses cuando el padre (que aún no se ha movilizado hacia esta). Y el paciente decidieron que iban a hospitalizarse. El primero para ser operado de una antigua hernia inguinal y el paciente para curarse x de sus molestias artículares ("no importa cuanto tiempo tenga que estar en el hospital").

Por toda descripción dice que la madre "no es tan enojada", pero sí infiere que ella es la jefe del hogar, hasta por el mismo hecho de ser la esposa de un alcohólico.

En una sola entrevista no se puede poner de manifiesto la Welt ans Chauung-- ni los mecanismos que

condicionan su conducta, pero desde ya (Ut retro), se observa su hostilidad y su resistencia pasiva a todo lo que representa autoridad. Dentro de la constelación de sus influencias familiares y por la dependencia simbólica que la compañia precitada fomentó ("maternaje institucional" O.A.), es difícil orientar la terapéutica comprensiva de este paciente. La ayuda del Servicio Social, para plantear la colocación del mismo, cuanta con relativos medios económicos (Vide Supra). Y tiene hermano casado en Guatemala, para su tratamiento como paciente de consulta externa:

Atentamente,

Dr. Octavio Aguilar.

Según mis investigaciones la inmensa mayoría de las esposas de alcohólicos, son emprendedoras, responsables, "Heróicas y abnegadas". dominantes e hipermaternales. (O.A.).

Comentario del Caso Clínico de: R.V.C.:

Es un paciente jóven, de 17 años de edad, de conformación corporal Asténica, que corresponde al tipo Esquizotímico de la clasificación de Kretschmer, y al tipo - Ectomórfico de la tipología de Sheldon. Su voz es poco perceptible; y expresa "que no le agrada hacer amistad con todas las personas". Inclusive respecto a los síntomas artículares, refiere que al estar sometido al tratamiento, no ha presentado mejoría.

Su semiología artícular es compatible con una artritis reumatoidea juvenil (Enfermedad de Still). Cuya etiología en este caso puede incluír un substrato psicógeno.

En una entrevista posterior nos refiere que su enfermedad, no ha mejorado, auqneu se nota un estado de ánimo tranquilo o aún indiferente. (Belle Indifference).

El paciente puede ser tratado con Análgésicos en Consulta Externa.

SUMARIO:

Este trabajo de tesis, hace un bosquejo histórico de la Psicología Médica; incluye conceptos psicológicos -- normales (Biotipológicos).

Hace un breve estudio Psicopatológico de la Psicosis en general. Concluye la parte teórico con un resumen psiquiátrico de las psicosis esquizofrénicas (según Bleuler).

En la casúística se utiliza el material clínico del departamento de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas, por medio de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica.

Efectué comentarios a ciertos casos clínicos evaluados personalmente.

Adjunto un cuadro sinóptico, donde analizo los síntomas de enfermos mentales, entre los cuales algunos de ellos pueden disgnósticarse como psicóticos. (Es-

quizofrénicos).

Los objetivos de la presente tesis, es ampliar - nuestro conocimiento del enfermo mental en nuestro medio hospitalario Guatemalense y brindarle mejor atención psiquiátrica.-

CL.	SINTOMAS BASICOS:								SINTOMAS SECUND.				
	TR AF		TR PEN			TR PER							
	CA	AM	I	IN	AP	A	D	DS	DO	FC	HB	ID	AL
A	X	X		X	X		X	X				X	?
B	X	X		X				X			X	X	
C	X		X	X		X	X	X	X		X	X	X
D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
E	X	X			X			X			X		
F	X	X		X			X			X			X
G	X	X		X	X		X	X	X	X	X		
H		X		X		X	X					X	
I	X	X		X		X		X				X	
J		X		X			X					X	X
K		X				X			X		X		

CL: Casos Clínicos:

TR AF: Trastornos de la Afectividad

TR PEN: Trastornos del Pensamiento

TR PER: Trastornos de la personalidad

CA. Contacto Alterado

AM. Ambivalencia

I: Incoherencia

IN: Interceptación

AP Aceleración del Pensamiento

A: Autismo

D: Despersonalización

DS: Desrealización

DO: Doble Orientación

FC: Fenómenos Catatónicos

HB: Hebefrenia

ID: Ideas Delirantes

AL: Alucinaciones.

CONCLUSIONES:

1.- Al elaborar el presente trabajo, encontramos pacientes con reacciones psicopatológicas varias de ellas, inclusive, verdaderas psicosis.

2.- El examen psiquiátrico de los pacientes demostró que sin éste, no puede haber posibilidad de tratamiento adecuado, o se corre el riesgo de instituír terapéutica inecesaria.

3.- Aunque se reconoce la alta incidencia de la enfermedad mental, sola o asociada a enfermedad "Somática", la conducta clínica generalizada, no siempre incluye el exámen psiquiátrico del paciente y deja incompleto su tratamiento.

4.- El estudio psiquiátrico de los pacientes de un Hospital General, abre mejores perspectivas, para la comprensión integral y tratamiento adecuado de los enfermos mentales.

BIBLIOGRAFIA

1.- Belak L., Esquizofrenia, Barcelona, 1962, Editorial Herder, pp. 175-184.

2.- Bleuler, E. Tratado de Psiquiatria. Madrid, Espasa Calpe, 1967. pp. 484-485

3.- De la Fuente Muñoz, R. Psicología Médica, Madrid, Fondo de Cultura Económica. 1968. pp. 227-237.

4.- Freud S., Obras completas. México, Editorial -- Istaccihualt, 1951. pp. 53-126.

5.- Kreshmer. Psicología Médica. Editorial Leyenda, S.A., 1945, pp. 237-286.

6.- Goth A. Farmacología Médica, Editorial Interamericana, S.A., 1966. pp. 193-210.

7.- Molina, Miguel F., Informe Médico Legal. Revista "Juventud Médica. 65 (16): pp 17-14 -16, Abril de 1965.

8.- Nelson, Waldo. Tratado de Pediatría. Barcelona. Salvat, 1965. pp. 83-112.

9.- School - D Problemas actuales de la Psiquiátria. Barcelona. Editorial Herder, 1959. pp. -- 250/300.

10- Silboorg y Henry. Historia de la Psicología Médica. Buenos Aires, Colección Saber, -- 1945. pp. 577-680.

BR. RONALD ANTONIO ALARCON M.

DR. OCTAVIO AGUILAR
Asesor.

DR. ENRIQUE MORALES CH.
Revisor

DR. ENRIQUE MORALES CHINCHILLA
Director del Departamento de Psiquiatría.

DR. FRANCISCO VILLAGRAN M.
Secretario

Vo. Bo.

DR. JULIO DE LEON M.
Decano.