

2ej 870125

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES ESQUIZOFRENICOS HOSPITALIZADOS

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

BETSABE AGUIRRE DE LA CRUZ

GUADALAJARA, JAL. 1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

CAPITULO I

" INTRODUCCION GENERAL "

I.1 Introducci3n general	1
I.2 Establecimiento de objetivos	3
I.3 Defini3n de t3rminos clave	3
I.4 Estudios realizados	4
I.5 Limitaciones del estudio	9
I.6 Naturaleza y orden de presentaci3n	10

CAPITULO II

" LA ESQUIZOFRENIA: CONCEPTOS GENERALES "

II.1 Antecedentes hist3ricos	12
II.2 Sintomatolog3a	13
II.2.1 Aspectos b3sicos	13
II.2.2 Sintomas	14
II.3 Factores etiol3gicos	18
III.1 Teor3as gen3ticas	19
III.2 Teor3as bioqu3micas	20
III.3 Teor3as psicosociales	22
II.4 Clasificaci3n de la esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM-III R	25

CAPITULO III

" LA ESQUIZOFRENIA COMO UN PROBLEMA ACTUAL "

III.1 Epidemiolog3a	30
III.2 Necesidades del paciente esquizofr3nico en remisi3n hospitalaria	31
III.3 Consecuencias sociofamiliares del paciente esquizofr3nico ..	32

CAPITULO IV

" LA EVALUACION Y EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO EN MEXICO "

IV.1 El estado actual del tratamiento del paciente esquizofrénico en México	34
IV.1.1 Modelo Médico-Psiquiátrico	34
IV.1.2 Modelo Social-Psiquiátrico	37
IV.1.3 Modelo Psicológico-Psicoterapéutico	41
IV.2 Programas de atención a nivel preventivo-rehabilitación	42
IV.3 El paciente esquizofrénico y su reintegración familiar y social	45

CAPITULO V

" PSICOTERAPIA DE GRUPO Y ESQUIZOFRENIA "

V.1 Psicoterapia de grupo	48
V.2 Desarrollo histórico de la psicoterapia de grupo	50
V.3 Clasificación de psicoterapia de grupo	54
V.3.1 El psicoanálisis de grupo y la terapéutica de grupo de orientación psicoanalítica	54
V.3.2 La terapéutica de grupo transaccional	56
V.3.3 La terapéutica de grupo conductista	57
V.3.4 La terapéutica Gestáltica de grupo	58
V.3.5 La psicoterapia centrada en el grupo	60
V.3.6 Psicodrama	
V.3.7 La terapia de grupo Cognitiva-Conductual	62
V.3.8 Grupos de encuentro	64
V.4 Psicoterapia de grupo en la esquizofrenia	65

CAPITULO VI

" METODOLOGIA "

VI.1 Metodología	69
------------------------	----

VI.1.1 Características del grupo	72
VI.1.2 Objetivos del programa	72
VI.1.3 Areas de trabajo que se estimulan en el programa	72
VI.1.4 Desarrollo del programa	72
VI.1.5 Programa de psicoterapia de grupo para pacientes esquizofrénicos hospitalizados	76

CAPITULO VII

" CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS "

VII.1 Conclusiones y sugerencias	112
VII.2 Comentarios personales	114
VII.3 Sugerencias	117

BIBLIOGRAFIA.....	119
-------------------	-----

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por haberme permitido
lograr una meta más en mi vida.

A MIS PADRES:

Bernardo y Reyna con el cariño
y respeto que merecen, por todo
el apoyo que me han dado para
lograr mis aspiraciones.

A MI DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Luis Enrique Rivero
con respeto y gran admiración.

A TI MARTHA VELASCO:

Por tu amistad y por tu gran
ayuda.

A MIS AMIGAS:

Rayo, Elba, Gaby, Lorena
Eugenia y Angélica; por
su presencia.

A MI ESCUELA:

Por todos los conocimientos a que
tuve acceso y por todos los momentos
felices que en ella viví.

A LAS FAMILIAS ZAYAS Y AMERIZ:

Con todo cariño.

A MIS COMPAÑEROS:

Por la amistad que me brindaron durante
toda la carrera.
Y a todas aquellas personas que con una
palabra y su tiempo, colaboraron a este
estudio.

CAPITULO I

CAPITULO I

" INTRODUCCION "

1.1 Introducción General

La esquizofrenia es la enfermedad mental más frecuente, es uno de los trastornos mentales graves más extensamente estudiado pero menos comprendido; es considerada como el problema número uno de la salud mental y actualmente es el objeto directo de una investigación concentrada a través de todo el mundo.

A pesar de los grandes progresos en el tratamiento, continúa -- siendo la enfermedad mental que proporciona mayor número de ingresos a los hospitales psiquiátricos. Las estadísticas no reflejan todo el alcance y magnitud del problema esquizofrénico; estas estadísticas registran solamente los casos más destacados, generalmente sólo se fijan en enfermos lo bastante graves como para haber merecido el ingreso en algún sanatorio. Aún así, los casos de esquizofrenia constituyen ya más -- de la cuarta parte del número total de cuantos ingresan a los sanatorios mentales.

La esquizofrenia es un trastorno omnipresente, en el sentido de que se presenta en todo tiempo y en todas las culturas. A través del -- tiempo se le ha dado varios nombres, desde idiotez adquirida o accidental y demencia precoz en el pasado, hasta el que hoy conocemos como esquizofrenia, pero siempre se le ha considerado como una enfermedad.

Los síntomas de la esquizofrenia han interesado a los médicos y a filósofos durante miles de años; desde que se le consideraba como una enfermedad producida por los demonios, hasta hoy donde todavía continua mos sin conocer su etiología, pero es evidente que intervienen en ella más de un factor causal.

Se han propuesto numerosas teorías sobre el origen de la esquizofrenia. Todo se ha intentado; desde los factores hereditarios y estrictamente anatómicos y bioquímicos, hasta los psicológicos y ambientales. Actualmente una teoría práctica sostiene que esta enfermedad es -- una reacción de una adaptación defectuosa ante situaciones difíciles de la vida. Estas producen en su víctima un estado de angustia aplastante, y la víctima no encuentra mejor medio para superar su angustia que refugiarse en un sistema de defensas narcisistas drásticas.

Hasta ahora y a pesar de las constantes investigaciones de científicos competentes no parecen tener suficiente base experimental las -- varias teorías, tan generalmente admitidas en años pasados, según las -- cuales estas enfermedades son producto de la herencia, de ciertos trastornos de glándulas endócrinas, de factores tóxicos, etc. no se quiere decir con esto que no influyan en la enfermedad, pero hoy por hoy hemos de atribuir un papel importante a la psicodinámica del desarrollo de la personalidad. Por lo que la psicoterapia, ya sea individual o grupal, es fundamental en el tratamiento del paciente esquizofrénico.

Cierto número de investigaciones bien diseñadas señalan que la combinación de tratamiento farmacológico con psicoterapia grupal logra el mayor grado de mejoría en la adaptación social del paciente.

Otra razón importante para difundir el tema de la psicoterapia grupal, es que mientras más pronto se inicie una psicoterapia de este -- tipo con el paciente esquizofrénico, más probabilidades tenemos de evitar brotes subsecuentes o recaídas.

Como regla general el esquizofrénico presenta un proceso de deterioro tanto psicológico como físico, este proceso se ve aumentado por la falta de contacto humano real y la pérdida de la esperanza; aquí la posibilidad de entablar contacto con él es invaluable, ya que el paciente sistemáticamente evita la posibilidad de relacionarse, y así se va adentrando cada vez más en su mundo autista lleno de símbolos y viven -- apartadas de la realidad. El psicoterapeuta tendrá pues como función --

comprender sus simbolismos y entablar con él una relación humana para - posteriormente intentar restablecerlo, aunque sólo sea parcialmente en un mundo más real. No cabe duda de que la psicoterapia grupal es de --- gran ayuda para el paciente esquizofrénico; ya que hay casos en los que la única posibilidad de relación y contacto que tiene el paciente es -- con su terapeuta y con sus compañeros de grupo. Por tal motivo adquiere mayor importancia el conocimiento de los procesos terapéuticos que son aplicables a la esquizofrenia.

Finalmente cabe mencionar que el tratamiento que reciba un pa-- ciente dependerá de los conocimientos y práctica del terapeuta, por lo que al elaborar esta tesis se pretende presentar un programa de psicote-- rapia grupal como modelo de ayuda para lograr una rehabilitación y una reintegración familiar y social, tomando en cuenta que el tratamiento - debe ser integral; ya que hablamos de una enfermedad bio-psico-social.

I.2 Establecimiento de objetivos

El presente trabajo intenta cubrir el siguiente objetivo:

* Diseñar un programa de psicoterapia grupal para pacientes es-- quizofrénicos hospitalizados para lograr su reintegración familiar y so-- cial, basándose en el modelo de Jerrold Kemp, utilizando técnicas de te-- rapia Gestalt, de psicodrama, dinámicas vivenciales, técnicas de tera-- pia cognitiva-conductual, ejercicios de psicomotricidad, juego, música y danza.

Se espera sea utilizado por psicólogos clínicos en institucio-- nes psiquiátricas.

I.3 Definición de términos clave

Esquizofrenia:

Trastorno mental de carácter psicótico caracterizado por tras-- tornos del pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. El trastorno del pensamiento se manifiesta por una distorsión de la realidad, espe-- cialmente por medio de ideas delirantes y alucinaciones, acompaña-- das de una fragmentación de las asociaciones que da lugar a un lenguaje incohe

rente. El trastorno del estado de ánimo se manifiesta por respuestas -- afectivas inadecuadas. El trastorno de conducta se manifiesta por ambivalencia, aislamiento apático y actividades extrañas. Conocido anteriormente como demencia precoz; el término esquizofrenia fue introducido -- por Eugen Bleuer. Las causas de la esquizofrenia siguen siendo desconocidas. (13).

Terapia: _

Rama de la ciencia médica que se ocupa del tratamiento o aplicación de remedios para curar, aliviar o evitar las enfermedades. (32).

Psicoterapia:

Forma de tratamiento de las enfermedades psíquicas y trastornos de conducta en la cual una persona con la formación necesaria establece un contacto profesional con el paciente e intenta, por medio de la comunicación terapéutica definida, tanto verbal como no verbal, aliviar el trastorno emocional, intervenir o modificar las pautas de conducta mala adaptativa y fomentar el crecimiento y desarrollo de la personalidad. (13).

Psicoterapia de grupo:

Tipo de tratamiento que incluye a dos o más pacientes, que participan conjuntamente en presencia de uno o más terapeutas, que facilitan la interacción tanto emocional como racional para dar lugar a modificaciones en la conducta inadaptativa de los miembros. (13).

Programa:

Sucesión de indicaciones para la solución de problemas de una misma clase. (12).

I. 4 Estudios realizados

La terapéutica de grupo ha resultado de creciente valor en la esquizofrenia. Se han realizado diversos estudios que confirman la eficiencia de dicha terapia; sea cual fuere el método psicoterapéutico em-

pleado se ha comprobado que la psicoterapia grupal produce cambios positivos en los pacientes.

Los siguientes estudios muestran los resultados de la aplicación de este tipo de tratamiento en la Esquizofrenia.

Gurri y Chasen realizaron un estudio sobre el tratamiento de un grupo, con especial referencia al programa del hospital de Boston, aplicado a 86 esquizofrénicos. Afirman que el sistema fue muy útil en diversos aspectos cualitativos. (6).

Mann y Semrad estudiaron dos tipos de terapéutica de grupo; el analítico y el didáctico. Formaron doce grupos, con un total de 165 pacientes, la mitad de los cuales eran esquizofrénicos; la duración de la hospitalización era de más de tres años. Los grupos celebraban tres reuniones de una hora por semana, la orientación inicial era la de estimular la libre expresión, proponiendo el objetivo de ayudarse cada uno a sí mismo y los unos a los otros. El terapeuta participaba más como miembro del grupo que como líder, sólo hacía algunas observaciones en momentos oportunos para descubrir, exponer e interpretar sentimientos. En opinión de los autores, el máximo de componentes en cada grupo es de 15 los pacientes deben quedar en libertad de escoger su asiento y colocarse a su gusto. Mann y Semrad, distinguen en la psicoterapia de grupo cuatro fases: la primera consiste en exteriorización y se caracteriza por manifestaciones de hostilidad contra el hospital, lo que favorece la identificación y la unidad del grupo. En la segunda fase se expresa el material psicótico cargado de ansiedad y algunos componentes del grupo intentan explicar sus síntomas. En la tercera fase tienen lugar los procesos de introspección, críticas mutuas y análisis de los problemas emocionales. En la fase final, los participantes examinan sus planes. En opinión de los autores, la terapéutica de grupo es de gran ayuda para mejorar las relaciones interpersonales, estimular la catarsis y capacitar al paciente para obtener mejores perspectivas respecto a sus problemas. También observaron que mejora la conducta en la sala. (6).

Gosline estudió un programa seguido en el hospital del estado - de Utica, con un total de 1900 pacientes-hora y 700 reuniones de nueve grupos. Había una reunión de una hora cada semana y los grupos estaban formados por ocho a doce pacientes, de edad comprendida entre los 15 y 72 años. Se excluyó a los pacientes muy perturbados y a los que sufrían afecciones orgánicas. Gosline cree que el terapeuta tiene como papel -- ser el centro de identificación, así como dar apoyo al paciente. Recomienda una actitud autoritaria y represiva, ni demasiado agresiva ni de masiado permisiva. Los temas que elegían los grupos para su discusión -- se disponían en el siguiente orden: motivos de ingreso al hospital, -- quejas respecto al tratamiento, el estigma de la sociedad mental en la sociedad, problemas de adaptación familiar, presentación y discusión de la obra creadora de los pacientes, síntomas individuales; el material -- sexual venía muy al final. Gosline afirma que mejoraron más de la mitad de los pacientes, no obstante, es difícil valorar esta terapéutica, -- porque en la mayoría de los pacientes se aplicaron otros métodos tera-- péuticos, como Shock, tratamiento por el trabajo, psicoterapia indivi-- dual, etc. (6).

Klapman elaboró un programa de psicoterapia grupal, donde inclu yó el psicodrama, lecciones y toda clase de métodos didácticos. Conside ra al grupo como una clase en la que se objetivizan los problemas y cu- yos resultados son la estimulación intelectual y la extroversión. Exami nó a los componentes con el inventario de adaptación de Bell y el test de Rorschach, y repitió el examen después de tres meses de programa, ha llando constantemente una marcada mejoría. Klapman sostiene que la tera péutica de grupo favorece una vida más normal del paciente en su propio medio, además proporciona a los pacientes catarsis y una reducción de - las tensiones. (6).

Abrahams estudió la terapéutica de grupos en una sala de seguri dad de pacientes de raza negra, diecinueve de los cuales eran esquizo-- frénicos agresivo-destruictivos. Abrahams se proponía aumentar en los - pacientes el conocimiento de la interacción entre ellos. Considera que

el papel del terapeuta es el de observador participante. Empezó las sesiones discutiendo cuestiones generales referentes a la sala. Después - de la hostilidad inicial, hubo un intenso esfuerzo por parte de los pacientes para ser aceptados y reconocidos por el médico y por los demás pacientes más adelante los miembros del grupo se relacionaban unos con otros con comprensión y respeto. Mejoró la conducta cooperadora y disminuyó marcadamente la agresividad entre los pacientes. (6).

Beukenkamp refiere algunas observaciones de terapéutica de grupo en hombres esquizofrénicos del hospital del estado de Rockland, con un período de hospitalización relativamente breve. Empleó sesiones individuales para explicar el proyecto de grupo, lo que movió a los pacientes a solicitar su participación en el mismo. Las verbalizaciones, sueños y productos de la creación del paciente se utilizaron en forma analíticamente orientada. El paciente vuelve a experimentar los problemas familiares; empieza a reconocer las proyecciones y deformaciones en los otros miembros del grupo y es ayudado a ver las propias. El paciente se hace capaz de ver el núcleo de su mala adaptación, más que los traumas producidos por el ambiente, reconoce las actitudes interiorizadas. Estos pacientes dieron un rendimiento superior al anterior a su ingreso al hospital. (6).

Graeber y otros refieren sus observaciones en un servicio de enfermos mentales agudos de un hospital de veteranos. Se proponían determinar la practicabilidad de emplear el grupo para reducir la conducta agresiva en los pacientes. Un total de cincuenta pacientes, en su mayor parte esquizofrénicos, se dividieron en nueve grupos, que celebraban una reunión por semana. La asistencia era voluntaria. Durante las sesiones casi no hubo ninguna violencia. Las quejas contra la administración del hospital se hicieron cada vez más realistas. Las relaciones entre los miembros del grupo se extendieron después a otros pacientes. Los temas eran muy variados. Los autores observaron en los pacientes aumento de la sociabilidad y disminución de la violencia. (6).

Harrow formó un grupo de psicodrama con pacientes esquizofrénicos. Afirma que la capacidad para desempeñar un papel es esencial para una comunicación efectiva y para el desarrollo del Yo social. En opinión de Harrow el psicodrama puede aumentar la capacidad de comunicación del esquizofrénico. Participaron en su grupo de psicodrama 30 pacientes esquizofrénicos del sexo masculino que se reunieron 25 veces en dos meses. Se aplicaron el Rorschach y el MAPS (consiste en hacer historias con dibujos) y se hizo desempeñar a todos los pacientes antes y -- después de las sesiones, un papel psicodramático. Según Harrow, las técnicas de psicodrama influyen sobre la conducta social, la capacidad de entablar relaciones sociales. Observó mejoría en las relaciones interpersonales, en el contacto con la realidad y un aumento en la respuesta emocional. (6).

Rudnyar empleó métodos de sonido y movimiento como complementos del psicodrama, se les expuso a la influencia de instrumentos de percusión, que resultaron tener mucha influencia siendo excelentes como medio para animar a los pacientes. (6).

Funk y otros formaron un grupo de experimentación de 10 esquizofrénicos que llevaban bastante tiempo de hospitalización. La comparación consistió en evaluar su conducta en la sala. El plan terapéutico comprendía: terapéutica correctora, con actividades de grupo, contacto social, actividades motoras, juegos; música con dos reuniones por semana; terapéutica ocupacional; tratamiento medicamentoso; terapéutica de grupos, con dos sesiones diarias para aumentar la comunicación social y el sentido de la realidad; y el electroshock. El examen de los resultados demostró que se había producido una mejoría definida. (6).

Naumburg publicó un libro sobre el arte esquizofrénico. Las producciones esquizofrénicas típicas, se caracterizaban por la expresión plástica y las formas disgregadas y distorsionadas. Con bastante frecuencia recuerdos de la infancia y experiencias traumáticas reprimidas se expresaban pictóricamente mucho tiempo antes que los pacientes empe-

zaran a hablar de ello. La actividad artística constituye un medio auxiliar para el desarrollo de las relaciones interpersonales. Al aumentar la producción espontánea, la verbalización se hizo más libre. La mayor integración de las pacientes se manifestó claramente en la desaparición o el decrecimiento de las características esquizofrénicas de disgregación, deformación de la realidad, regresión y uso de experiencias simbólicas. (6)

Wenger expone sus observaciones sobre el valor de la música como medio terapéutico. Empleó individualmente y en forma grupal música -vocal e instrumental, muchos de los pacientes expresaron su interés por alguna forma de actividad musical. Quince esquizofrénicos crónicos asistieron durante un año a una sesión semanal de discos, sin ninguna otra terapéutica durante mucho tiempo. Después de seis meses de programa el 50 por ciento de ellos pudieron ser trasladados a salas de pacientes -menos graves. El programa terapéutico sirvió para que los pacientes mejoraran su contacto con la realidad, aumentar la cohesión de grupo y actuó directamente a nivel talámico mejorando el estado de ánimo de los -pacientes. (6)

E. Rosen ha publicado un estudio muy completo sobre la influencia de la danza como medio terapéutico en los psicóticos. En su opinión la danza sirve como expresión física para la liberación de la tensión y para la socialización como forma de comunicación. En sus programas terapéuticos empleó la música moderna. La autora concluyó que la danza es -útil como medio para entrar en contacto con muchos pacientes incapaces de establecer relaciones interpersonales. (6)

1.5 Limitaciones del estudio

El presente estudio se limita a presentar un programa de psicoterapia grupal para ser llevado a cabo con pacientes mexicanos, que se encuentren hospitalizados, que hayan sido previamente diagnosticados como esquizofrénicos de acuerdo a los criterios del DSM - III R; excluyen

do a los esquizofrénicos crónicos y a los pacientes muy perturbados o a aquellos que pudieran interferir desfavorablemente en los demás miembros del grupo.

Otra limitante es que el programa no será valorado; es decir, no se comprobará objetivamente su eficiencia ni eficacia como método psicoterapéutico.

1.6 Naturaleza y orden de presentación

Después de haber establecido los objetivos de la presente investigación y una introducción general; se da un breve resumen de la naturaleza y orden de presentación de los siguientes capítulos.

CAPITULO II

Este capítulo comprende conceptos generales de la esquizofrenia se hace mención de los antecedentes históricos, de la sintomatología y de la etiología de la esquizofrenia, también se presentan los criterios para su diagnóstico; todo ello con el fin de dar una noción general de lo que es la esquizofrenia.

CAPITULO III

Este capítulo muestra el problema que constituye la esquizofrenia, ya que se hace mención de la epidemiología, de las necesidades del paciente esquizofrénico en remisión hospitalaria y de los problemas que éste ocasiona a la familia y a la sociedad.

CAPITULO IV

En este capítulo se presenta el tratamiento de la esquizofrenia en México, tanto psiquiátrico como psicológico y social.

CAPITULO V

Este capítulo trata de la psicoterapia de grupo, de sus antecedentes históricos, de su clasificación y de la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia.

CAPITULO VI

En este capítulo se hace mención de la metodología y se presenta el programa de psicoterapia grupal para pacientes esquizofrénicos -- hospitalizados con las indicaciones necesarias para su empleo.

CAPITULO VII

Se presentan las conclusiones y comentarios personales, así como las sugerencias para futuras investigaciones.

CAPITULO II

CAPITULO II

LA ESQUIZOFRENIA: CONCEPTOS GENERALES

I I. 2 Antecedentes históricos

Los esquizofrénicos han sorprendido sobre todo por su rareza, - por sus extravagancias, y por la progresiva evolución de sus trastornos hacia un estado de embotamiento, de entorpecimiento y de incoherencia. Desde hace mucho tiempo estos enfermos han llamado la atención de los clínicos durante miles de años. Hace tanto tiempo como en el 1400 a. de J.C. un fragmentó hindú del libro AyurVeda describía una enfermedad producida por los demonios, en la cual la persona que la sufre es "glotón, sucio, anda desnudo, ha perdido su memoria y se mueve de un lado a otro de manera difícil". (13).

En el siglo I d. de J.C. el médico Aretco de Capadocia notó la diferencia esencial entre los pacientes que padecían del término tradicional de Manía y aquéllos a los que describió como "estúpidos, ausentes y musitantes". Aretco también observó el deterioro de las facultades mentales y de la personalidad en algunos de estos pacientes, que -- bien podían haber sido esquizofrénicos. De tales pacientes escribe Aretco:

Caen en tal grado de degradación que, hurdados en una fatuosidad absoluta, se olvidan de sí mismos y pasan el resto de sus vidas como bestias brutas y los hábitos de sus cuerpos pierden toda -- dignidad humana. (13).

Sorano, en el siglo II d. de J.C., describe delirios de grandeza en pacientes que "creen ser Dioses". Este autor dio descripciones de los estados estuporosos.

En esa época primitiva los intentos de tratamiento eran escasos incontables esquizofrénicos fueron juzgados y condenados por poseidos -

por el demonio y fueron quemados en la hoguera o condenados y confinados por la sociedad en jaulas en condiciones increíbles. Durante ese período el esquizofrénico fue separado del público, y fue inaccesible a los científicos para su estudio. (13).

De 1890 a 1907, E. Kraepelin, en las ediciones de su "Tratado de las enfermedades mentales, donde se esforzaba en describir las entidades nosográficas de manera precisa, reunió los casos de esquizofrenia con el nombre de "Demencia precoz". Para él, ésta consistía en una especie de locura, caracterizada por su progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico y por los trastornos de afectividad. ---- (16).

El término del diagnóstico de esquizofrenia fue introducido en 1908 por el gran psiquiatra suizo, Eugen Bleuler. Se deriva de dos palabras griegas ("esquizo o esquizein", que quiere decir dividir, y "fren" que quiere decir mente); lo que significa "mente dividida" o "personalidad dividida". (17).

Con el término de esquizofrenia, Bleuler designó un grupo de -- psicosis que unas veces siguen un proceso crónico y otros intermitente, que pueden detenerse o retroceder en cualquier fase, pero que no admiten la plena recuperación. (8).

II.2 Sintomatología

II.2.1 Aspectos básicos

Bleuler señaló la presencia en la esquizofrenia de "síntomas -- fundamentales y accesorios". Los primeros constituyen elementos característicos en el trastorno y no se encuentran presentes como tales, en ninguna otra entidad clínica. Los segundos complican el cuadro fundamental, pero no lo caracterizan. Entre los síntomas fundamentales incluyó los disturbios de la asociación y de la afectividad y la ambivalencia -- en el área de las funciones "simples", y el autismo en el área de las --

funciones "complejas". En cuanto a los síntomas accesorios, no siempre están presentes en un momento dado de la enfermedad y hasta pueden no aparecer nunca. No son específicos de la esquizofrenia, pero son fáciles de reconocer, son los causantes de las dificultades sociales del paciente. Entre ellos predominan las alucinaciones auditivas, generalmente persecutorias, las alucinaciones cenestésicas, gustativas y olfatorias, los delirios de persecución, de grandeza, eróticas e hipochondríacas; pueden presentarse trastornos de la memoria, de la imagen corporal del lenguaje, síntomas somáticos y catatónicos. (30).

II. 2.2 Síntomas

Trastornos perceptivos

Debido a la variabilidad impredecible de las experiencias esquizofrénicas, las cualidades gestálticas del mundo visual se rompen. Ve a menudo los objetos y a las personas cambiar de dimensiones, de contornos y de brillo, de un momento a otro.

Las experiencias sensoriales o percepciones sin estímulo externo correspondiente son síntomas frecuentes de la esquizofrenia. Son muy frecuentes las alucinaciones auditivas, la audición de voces. Las alucinaciones visuales se dan con menor frecuencia pero no son raras; las cuales se dan casi siempre en combinación con alucinaciones en una de las otras modalidades sensoriales.

Las alucinaciones pueden absorber toda la atención del paciente o gran parte de ella, y pueden motivar su conducta en grado considerable. Cuando atiende a sus voces puede ser indiferente a su ambiente, puede reaccionar con risas, miedo o terror y puede sostener conversaciones con las voces.

Trastornos cognitivos

Ideas delirantes. Las ideas delirantes son ideas erróneas que no es posible corregir por medio del razonamiento, no forman parte del

ambiente cultural del paciente. Las ideas delirantes más frecuentes son las de persecución. Muchos esquizofrénicos tienen ideas delirantes elaboradas de que sus mentes son controladas por telepatía o hipnosis.

Trastornos del pensamiento

El esquizofrénico piensa y razona en sus propios términos autistas de acuerdo con sus propias reglas lógicas, puede considerar que dos cosas son idénticas sólo porque tienen algunas propiedades idénticas. - Sus procesos mentales no conducen a conclusiones basadas en la realidad no es capaz de generalizar y su capacidad de asociación se encuentra debilitada. Otro síntoma del esquizofrénico es el bloqueo del curso del pensamiento y a veces de toda actividad psíquica.

Trastornos verbales

Simbolismo y concreción excesiva. Un factor común simultáneo a la preocupación del esquizofrénico por las fuerzas invisibles, la brujería, la religión, es su tendencia a lo abstracto y lo simbólico.

Incoherencia. Para el esquizofrénico, el lenguaje es sobre todo un medio de autoexpresión más que de comunicación.

Neologismos. Ocasionalmente, el esquizofrénico crea una expresión totalmente nueva, un neologismo, cuando tiene que expresar un concepto para el cual no existe ninguna palabra habitual.

Mutismo. Esta inhibición funcional del lenguaje dura a veces -- horas o días, y a veces años, en los esquizofrénicos crónicos de tipo -- catatónicos. Muchos esquizofrénicos tienden a ser monosilábicos y responden a las preguntas lo más breve posible.

Ecolalia. Ocasionalmente los pacientes esquizofrénicos presentan ecolalia, repitiendo en sus respuestas del entrevistador muchas de las mismas palabras que ha utilizado éste.

Verbigeración. Este raro síntoma se observa casi exclusivamente en esquizofrénicos crónicos. Consiste en la repetición sin sentido de las mismas palabras o frases; a veces puede durar días.

Lenguaje enfático. Algunos esquizofrénicos hacen esfuerzos por mantener sus relaciones sociales. Pero a veces traducen su rigidez y artificialidad en todas las relaciones interpersonales por un lenguaje enfático y grotescamente extraño.

Trastornos de conducta

Los cambios en la conducta de un esquizofrénico pueden ser de naturaleza cuantitativa o cualitativa. Como ejemplo de cambio cuantitativo, el paciente presenta habitualmente una disminución general de energía, espontaneidad e iniciativa, aunque en los estados agudos puede presentar una excitación tal que amenace la propia seguridad y la de las personas que le rodean. Desde el punto de vista cualitativo, la conducta del esquizofrénico es habitualmente poco coordinada, imprevisible excéntrica o inapropiada.

Manierismos. Los manierismos en el lenguaje hablado y los ademanes repetitivos son típicos de muchos esquizofrénicos. Tal ocurre con la gestulación, que a veces es difícilmente detectable y otras llega a un grado grotesco.

Estados estuporosos. Estos estados se dan en la esquizofrenia catatónica. Los modernos métodos de tratamiento físico permiten a los psiquiatras interrumpir los estupores, habitualmente en pocos días, por lo que es raro encontrar pacientes que permanezcan inmóviles durante semanas o meses, sin responder a casi ningún estímulo. También es rara hoy la catalepsia o flexibilidad cérica, la cual consiste en el mantenimiento de una posición impuesta por todas las partes móviles del cuerpo. Una vez colocados en una posición, la conservan durante mucho tiempo, a veces horas, aunque la posición sea incómoda para el paciente. Muchos esquizofrénicos crónicos presentan una notable falta de espontaneidad y

se mueven sólo raramente o cuando se les pide que hagan determinada cosa. Sin embargo, un paciente que casi no denota ninguna respuesta a su ambiente es capaz de percibir lo que está ocurriendo a su alrededor. -- Los pacientes que se han recuperado de este estupor refieren más tarde que, aún cuando se daban cuenta de cuanto ocurría a su alrededor, eran incapaces de dar las respuestas que querían.

Ecopraxia. La ecopraxia es la imitación de movimientos y ademanes de una persona a la que está observando el esquizofrénico. Este signo motor es análogo al síntoma verbal de la ecolalia.

Obediencia automática. Un paciente catatónico obedece a veces, como un robot y sin vacilación, la mayoría de las órdenes simples que le dan.

Negativismo. Un paciente no coopera en ocasiones sin ninguna razón aparente. No parece fatigado, deprimido, suspicaz o enfadado; es capaz de realizar movimientos físicos; pero no lleva a cabo ni siquiera aquellas cosas más elementales que se le pide, a veces, hace incluso lo contrario.

Conducta estereotipada. Esta conducta se observa a veces en esquizofrénicos crónicos. Puede presentarse como pautas repetitivas de movimiento o deambulación; a veces dando vueltas al mismo círculo día tras día. O bien puede tratarse de la realización repetitiva de ademanes extraños. Es posible evitar y corregir la conducta estereotipada -- por medio de atención personal y terapias sociales.

Apariencia y modales deteriorados. Los pacientes esquizofrénicos tienden a descuidar su apariencia. Sus esfuerzos por vestirse y asearse son mínimos. Denotan de muchos modos su falta de consideración por la presencia y los sentimientos de los demás.

Trastornos afectivos

Disminución de las respuestas emocionales. Muchos esquizofrénicos

cos parecen indiferentes o a veces totalmente apáticos. Otros con un embotamiento emocional menos grave, manifiestan cierta superficialidad emocional o cierta falta de profundidad en sus sentimientos.

Respuestas inadecuadas. Una reacción emocional típica del esquizofrénico es una respuesta incongruente o inadecuada a las situaciones vitales. Un paciente esquizofrénico puede hablar de la muerte de su hijo con una amplia sonrisa. Sin embargo el esquizofrénico que manifiesta una reacción inadecuada no experimenta necesariamente la emoción particular que traduce su conducta.

Emociones anómalas. La esquizofrenia no sólo altera las reacciones emocionales a los estímulos externos, sino que también puede inducir emociones y estados de ánimo extraños que en condiciones normales se experimentan rara vez o nunca. Los estados de exaltación con sentimientos de omnipotencia, los éxtasis religiosos. Estas experiencias emocionales se dan con frecuencia en las fases agudas de los brotes.

Síntomas somáticos. No existen manifestaciones somáticas específicas de la esquizofrenia. No obstante, en las primeras fases de la enfermedad, los pacientes se quejan a menudo de una multitud de síntomas como cefaleas, dolores reumáticos en los hombros, tensión en la espalda debilidad e indigestión. Un paciente que padece un brote esquizofrénico agudo presenta casi siempre la tríada autónoma de pupilas dilatadas, -- palmas sudorosas y taquicardia moderada. (13).

11.3 Factores Etiológicos

Tenemos que enfrentarnos al hecho de que existen numerosas teorías que nos hablan sobre la etiología de la esquizofrenia, pero sin embargo los datos que se tienen son insuficientes para decidir que una sea la teoría es la correcta, lo que nos lleva a pensar que la esquizofrenia puede ser una enfermedad multifactorial; por lo que es importante conocer las principales teorías que explican su posible causa.

II.3.1 Teorías genéticas

Después de más de medio siglo de investigación sobre la genética de la esquizofrenia se han obtenido suficientes pruebas reproducibles que dejan muy pocas dudas acerca de que el problema tiene una predisposición que se hereda.

El interés en el factor genético de la esquizofrenia surgió con los extensos estudios estadísticos de Franz Kallmann. Descubrió que si el trastorno se presentaba en un gemelo monocigótico, también se observaba en el otro gemelo en 85% de sus pacientes. John D. Rainer, hizo una revisión reciente de los diversos estudios de la esquizofrenia. A partir del trabajo de Kallmann se han originado diversos estudios de familias, gemelos, hijos adoptivos y niños con riesgo elevado. En la actualidad se sabe que, con el hecho de la predisposición genética, las dudas que no se han resuelto son las del tipo de herencia de dicha predisposición, sus efectos sobre la constitución biológica y su expresión durante el desarrollo e interacción con el ambiente. A partir de una gran variedad de estudios en familias se ha descubierto que el riesgo que tienen los hijos de esquizofrénicos de padecer el problema se aproxima al 15% más que para los individuos de la población en general.

De múltiples estudios hechos en gemelos se puede concluir que:

a) el índice de concordancia de los gemelos monocigóticos para la esquizofrenia es de tres a seis veces más elevada que para los gemelos dicigóticos; b) el índice de concordancia para los gemelos monocigóticos disminuye cuando se considera que el sujeto problema sufre menos trastornos de desorganización; y c) entre las parejas discordantes, el gemelo esquizofrénico ha tenido, a partir del nacimiento, un desarrollo psicológico o físico menos adecuado que el de su hermano gemelo. (20).

Heston y Denny (1968) estudiaron el curso de la vida de 47 niños hijos de madre esquizofrénica, y nacidos entre los años de 1915 y 1945 en un hospital psiquiátrico de Oregon. Los niños fueron retirados de sus madres a las dos semanas de edad. La historia de los padres no -

mostraba ninguna anomalía. La mitad de estos niños fueron criados -- en hospicios con subsecuente adopción en la mayoría de los casos. El -- resto fueron criados con familiares de los padres. Se estudió al mismo tiempo, un grupo control de cincuenta niños de hospicios, cuya madre no era esquizofrénica y que, posteriormente fue dividido en proporciones -- iguales en niños con cuidados institucionales y cuidados familiares y -- hogares sustitutos. Cada niño fue estudiado en forma muy completa, fueron entrevistados y se les practicaron pruebas psicológicas. El grupo -- formado por los hijos de madres esquizofrénicas demostró tener mayor -- patología mental, mayor frecuencia de la esquizofrenia, de retardo mental, de personalidades sociopáticas, neuróticas e internamientos en cár cel o instituciones psiquiátricas. (13).

Las teorías actuales afirman que la esquizofrenia es una enfermedad específica, heredada, debida a un gen único mutante, heredado, -- que es recesivo o dominante o intermedio. Se supone además que el genotipo se caracteriza por un error metabólico no descubierto que conduce a la esquizofrenia. Las teorías genéticas explican la variedad o inest bilidad de los subtipos clínicos de esquizofrenia, postulando que existe un gen específico para la esquizofrenia y que otros genes modifican el fenotipo, o también puede suponerse que los subtipos son ajenos a la influencia genética. Por otra parte algunos investigadores consideran -- que la esquizofrenia no es una enfermedad única, sino que consta de varias enfermedades o subtipos causados por genes diferentes (10).

II.3.2 Teorías bioquímicas

Durante varios años ha permanecido en pie la hipótesis de la -- posibilidad de la producción endógena en seres humanos de sustancias -- psicomiméticas, las cuales causarían la aparición de los síntomas psicó ticos de la esquizofrenia.

Una serie de estudios realizados para explorar el papel de las indolaminas metiladas ha producido varios hallazgos sugestivos, pero -- ninguna conclusión definitiva. Se ha demostrado que la dimetilriptami-

na (DMT) actúa como una sustancia psicominética activa al ser administrada a voluntarios. Un estudio reciente informa la presencia de un aumento de la DMT en la excreción urinaria de pacientes esquizofrénicos.

Otra hipótesis duradera para la explicación de los mecanismos bioquímicos responsables de los síntomas psicóticos de la esquizofrenia postula que existe una hiperactividad de ciertos sistemas dopaminérgicos centrales. De acuerdo con esto, el bloqueo dopaminérgico sería fundamental para producir una mejoría de los síntomas psicóticos por medios farmacológicos. Sin embargo hay hallazgos contradictorios.

Otros estudios han demostrado una disminución de la monoaminooxidasa en las plaquetas de ciertos esquizofrénicos y más frecuentemente en esquizofrénicos paranoides.

En observaciones pos-mortem, se han registrado varios hallazgos importantes en el sistema límbico de los esquizofrénicos, tales como aumento de la dopamina, disminución de la descarboxilasa del ácido nucleico y disminución de la acetiltransferasa. Todo lo cual hace pensar en una multiplicidad de anomalías bioquímicas presentes en la esquizofrenia, pero hasta ahora no se ha podido precisar con claridad la posible relación entre dichas anomalías y la medicación previa recibida por los pacientes. (30).

La mayoría de las drogas alucinógenas del tipo LSD son derivados metilados de los neurotransmisores centrales, y estas drogas alucinógenas pueden provocar en las personas normales psicosis aguda de tipo esquizofrénico. (10).

Varios estudios recientes, realizados con el uso de la tomografía axial computarizada, han demostrado la presencia de un aumento significativo del tamaño de los ventrículos en pacientes esquizofrénicos, así como también asimetrías entre los dos hemisferios cerebrales. Se ha podido demostrar que ni la duración de la hospitalización ni la longitud del período bajo tratamiento farmacológico se correlacionan con el

aumento del tamaño de los ventrículos. (30).

II.3.3 Teorías Psicosociales

La importancia del ambiente en que ha vivido el esquizofrénico debe ser estudiada desde dos puntos de vista diferentes: 1o. Los que se relacionan con el origen de la enfermedad, con la psicodinamia del desarrollo de la personalidad, y 2o. los que relacionan el ambiente como -- factor de importancia en el curso de la enfermedad.

Numerosos estudios se han realizado tratando de demostrar que -- la esquizofrenia es causada por la falta de satisfacción emocional del niño o por los traumas emocionales de éste. Los estudios mencionan que los factores ambientales predisponen al sujeto a graves trastornos de la personalidad. El contacto diario con padres neuróticos y excéntricos hace que el sujeto se desadapte por la lucha sin éxito en contra de las tendencias ambientales y por sus dificultades internas. Como resultado, desarrolla actitudes e identificaciones que distorsionan el desarrollo de la personalidad.

Las causas de la esquizofrenia deben ser buscadas en las experiencias interpersonales de la niñez y en las experiencias ambientales de los años posteriores.

Bateson realizó un estudio basándose en la teoría de la comunicación de Russell. Desde el punto de vista estrictamente clínico, la -- falta de comunicación es la esencia de la esquizofrenia; por lo tanto en esta hipótesis se supone que la falta de un patrón aprendido en la -- infancia, con ausencia de comunicación, podría ser la causa de la es-- quizofrenia.. Bateson formuló la teoría del "doble ciego", que supone -- que uno de los factores que favorecen el desarrollo de la esquizofrenia es la exposición, durante la infancia, de una comunicación excesiva --- "doble ciego" de los padres con el enfermo. Según Bateson, el pensamiento racional y la conducta, dependen de la capacidad "aprendida", de distinguir claramente el significado de la situación; de filtrar lo importante de lo no importante. Si el ambiente paterno-materno es confuso, -- cambiante, desorientador, es decir "doble ciego" para el niño, la comu-

nicación se lleva a cabo en esa forma. El niño nunca "aprende" a ordenar su pensamiento y su conducta, y por lo tanto la esquizofrenia es el resultado. Los sentimientos ambivalentes de los padres pueden ser comunicados al hijo, el cual es sorprendido en una posición de desesperanza que haga lo que haga será castigado y por lo tanto, el único camino que le queda es no hacer nada, comportarse en una forma ambigua, indiferente, semejante a la del enfermo que padece esquizofrenia simple. Por lo tanto, los trastornos característicos del pensamiento, afectivos y de conducta, son aprendidos por el niño al vivir en un ambiente con demandas de "doble ciego". Esta teoría pone de manifiesto la importancia de la comunicación padres e hijos. Hasta el momento no existe ninguna prueba de que la teoría de Bateson sea la causa de la esquizofrenia, aunque no sería difícil que el ambiente modulara en alguna forma el desarrollo de la enfermedad. (10).

Lidz y sus colaboradores han estudiado también las familias de los pacientes esquizofrénicos y han señalado un alto grado de inestabilidad en las mismas. Grandes porcentajes de esquizofrénicos provenían de hogares en que uno de los progenitores se había perdido tempranamente en la vida, ya sea por defunción o por divorcio. En los casos en que ambos progenitores habían permanecido en el hogar, el matrimonio se caracterizaba por desacuerdo grave, y muchos de los progenitores eran psicóticos, neuróticos o sociópatas. Así pues un alto porcentaje de casos de esquizofrénicos, la historia familiar de la educación del niño se consideraba como deficiente o francamente extravagante.

Los mismos investigadores han publicado estudios de 17 familias de esquizofrénicos y descrito patrones típicos de acción recíproca. Dos patrones notables que han observado son los del cisma marital y del sesgo marital. El primero describe la situación que cada uno de los progenitores está absorvido en sus propios problemas y ni uno ni otro está en condiciones de crear un conjunto de funciones para sí que sean recíprocas de las funciones del otro. Cada uno trata de inducir al otro a vivir de acuerdo con "sus" expectativas y fracasan totalmente ambos -

en cuanto a prestarse un mutuo apoyo. Las amenazas de separación y divorcio son corrientes. En los matrimonios caracterizados por semejante "cisma", los niños estuvieron sujetos a una competición en la que los progenitores "robajaban" cada uno el valor del otro y cada uno de ellos solicitaba para sí la lealtad del niño. En forma típica era el padre el que perdía en esa lucha familiar por el poder y se convertía en un intruso, que en ocasiones trataba de afirmar su dominio con una tiranía que era burlada por alianzas familiares de nueva formación. Los casos del "sesgo marital" se caracterizaban por una alianza entre un cónyuge dependiente (tal vez masoquista) y el otro, que era fuerte y dominante. En estos matrimonios se encontraban pocos vínculos emocionales con las familias paternas. La psicopatología del cónyuge dominante llenaba el hogar y creaba un medio anormal. Sin embargo, la aceptación del cónyuge sumiso les daba entender a los niños que no era realmente anormal.

La experiencia con los patrones de familia trastornados condujo a Lidz y Flecl (1965) a considerar la esquizofrenia como una enfermedad de "deficiencia". Creían que las necesidades de desarrollo del niño permanecían fundamentalmente insatisfechas en dichas familias y que dichas deficiencias predisponían para la esquizofrenia. Como resultado de las necesidades de atención insatisfechas, el niño no llega a hacerse independiente o a sentirse seguro de sus límites personales. En segundo lugar, las familias no ayudan al niño a dirigir sus impulsos hacia áreas libres de conflicto, de modo que pueda adquirir las funciones sociales apropiadas a la edad y al sexo para facilitar su acción recíproca con las personas de fuera de la familia. Finalmente dichas familias son deficientes en la transmisión comunicativa y en otras técnicas fundamentales de la educación del niño. (33).

Wynne y Synger (1963), trataron de demostrar con un estudio cuidadoso y controlado, que el tipo de trastornos del pensamiento, son funciones del modelo de conducta de la familia, y particularmente, de la forma de enfocar la atención y la comunicación. En sus investigaciones, pudieron demostrar que las familias de los esquizofrénicos tienden a --

formar modelos de comunicación y de organización del pensamiento, similares a los trastornos de este tipo encontrados en los enfermos. Ellos concluyen diciendo que es probable que exista una interacción entre los factores genéticos, que predisponen a este tipo de trastornos y los factores aprendidos que exacerban dicha predisposición. Siendo el niño doblemente desafortunado, ya que por un lado nace con ciertas alteraciones genéticas, y por otro, es criado en un ambiente en el que los medios de comunicación son, en forma constante, vagamente cambiados, sin modulación apropiada y no claramente definidos, esto es, amorfos y fragmentados. Este ambiente resulta de una falta de programación, lo que --provoca una debilidad de dicho ambiente y acelera el derrumbamiento psicológico. (10)..

II.4 Clasificación de la Esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM-III R

Según la clasificación del DSM-III R (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Revisado). la esquizofrenia comprende cinco tipos diferentes que son: 1) Tipo catatónico; 2) Tipo desorganizado; 3) Tipo paranoide; 4) Tipo indiferenciado; y 5) Tipo residual.

Los tipos se definen por el perfil del cuadro clínico. Algunos son menos estables que otros y las implicaciones del pronóstico y tratamiento son variables. El diagnóstico de cada tipo en particular deberá basarse en la evaluación del cuadro clínico predominante en el momento preciso de la valoración clínica.

Criterios para el diagnóstico de la Esquizofrenia

- A. Presencia de los síntomas psicóticos característicos en la fase activa: o 1), 2) o 3) durante una semana como mínimo (a menos que los síntomas hayan sido tratados satisfactoriamente):
- 1) Dos de los siguientes síntomas:
 - a) ideas delirantes;
 - b) alucinaciones predominantes
 - c) incoherencia o notable pérdida de la capacidad asociativa;

- d) conducta catatónica;
 - e) afectividad embotada o claramente inapropiada;
- 2) Ideas delirantes extrañas
- 3) Alucinaciones predominantes

- B. Durante el curso de la alteración, la vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están notablemente por debajo del nivel previo al inicio de la alteración.
- C. Se ha descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos; por ejemplo, comprobando si a lo largo de la fase activa de la alteración ha habido un síndrome depresivo mayor o un síndrome maniaco.
- D. Signos continuos de la alteración durante seis meses como mínimo. El período de seis meses debe incluir una fase activa (de una semana como mínimo, o menos si los síntomas han sido tratados satisfactoriamente) durante la cual se han presentado síntomas psicóticos característicos de la esquizofrenia (síntomas del criterio A), con o sin fase prodrómica o residual, tal como se especifica más adelante.

Fase prodrómica: Claro deterioro de la actividad antes de la fase activa no debido a una alteración del estado del ánimo ni a un trastorno por uso de sustancias psicoactivas y que, como mínimo, comprende dos de los síntomas señalados más abajo.

Fase Residual: A continuación de la fase activa persisten, como mínimo, dos de los síntomas señalados más abajo, no debidos a alteración del estado del ánimo o a un trastorno por uso de sustancias psicoactivas.

Síntomas prodrómicos o residuales:

- 1) aislamiento o retraimiento social;
- 2) notable deterioro en actividades de asalariado, estudiante o --

ama de casa;

- 3) conducta peculiar llamativa;
- 4) notable deterioro en el aseo o higiene personal;
- 5) afectividad embotada o inapropiada;
- 6) lenguaje disgregado, vago, sobreelaborado, detallado o pobreza -- del lenguaje, o del contenido del lenguaje;
- 7) ideación extraña o pensamiento mágico, no consistente con las normas de su medio cultural; por ejemplo, superstición, clarividencia, telepatía, "sexto sentido", otros pueden sentir sus propios sentimientos, ideas sobrevaloradas, autoreferenciales;
- 8) Experiencias perceptivas inhabituales; por ejemplo, ilusiones repetidas, sentir la presencia de una fuerza o persona ausente;
- 9) notable falta de iniciativa, interés o energía.

E. No puede demostrarse que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración.

F. Si hay una historia de trastorno autista, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se aplica si hay ideas delirantes o alucinaciones.

Clasificación del curso: El curso de la alteración se registra con cinco dígitos:

1. Subcrónico. El tiempo desde el inicio de la alteración es menor de dos años pero ha de ser de seis meses como mínimo. Durante este tiempo el sujeto empieza a mostrar más o menos continuamente signos de la alteración.
2. Crónico. Lo mismo que el anterior, pero con una duración de más de dos años.
3. Subcrónico con exacerbación aguda. Reparición de los síntomas psicóticos predominantes en el sujeto con un curso subcrónico que se encuentra en la fase residual de la alteración.
4. Crónico con exacerbación aguda. Reparición de los síntomas

psicóticos predominantes en el sujeto con un curso crónico que se encuentra en la fase residual de la alteración.

5. En remisión. Deberá aplicarse en el caso de sujetos con historia de esquizofrenia y que en la actualidad no presenta signos de la alteración.

0. No especificado.

Criterios para el diagnóstico del tipo catatónico

Tipo de esquizofrenia en el que predominan algunos de los siguientes síntomas:

1) estupor catatónico (notable descenso de la reactividad al ambiente y/o reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad) o mutismo.

2) negativismo catatónico (resistencia sin motivo aparente, a las instrucciones o intentos de ser movilizado);

3) rigidez catatónica (mantenimiento de una postura rígida a pesar de los esfuerzos por modificarla);

4) excitación catatónica (excitación de la actividad motora sin propósito aparente y no influida por los estímulos externos);

5) actividad catatónica (adquisición voluntaria de posturas o actitudes inapropiadas o extrañas).

Criterios para el diagnóstico del tipo desorganizado

Tipo de esquizofrenia en el cual se cumplen los siguientes criterios:

A. Incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, o conducta muy desorganizada.

B. Afectividad aplanada o claramente inapropiada.

C. No cumple con los criterios para el tipo catatónico.

Criterios para el diagnóstico del tipo paranoide

Tipo de esquizofrenia caracterizado por:

A. Preocupación sobre una o más ideas delirantes sistematizadas o frecuentes alucinaciones auditivas relacionadas con un tema único.

B. Ninguno de los síntomas siguientes: incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, afectividad aplanada o muy inapropiada conducta catatónica, conducta muy desorganizada.

Especificar de tipo estable, si los criterios A y B se han cumplido durante las fases activas anteriores y presentes del trastorno.

Criterios para el diagnóstico del tipo indiferenciado

Tipo de esquizofrenia en el que hay:

A. Ideas delirantes predominantes, alucinaciones, incoherencia o conducta muy desorganizada.

B. No cumple los criterios para el tipo paranoide, catatónico o desorganizado.

Criterios para el diagnóstico del tipo residual

Tipo de esquizofrenia en el que hay:

A. Ausencia de ideas delirantes predominantes, alucinaciones, incoherencia, o conducta muy desorganizada.

B. Pruebas continuas de alteración, tal como se indica por dos o más síntomas residuales señalados en el criterio D de la esquizofrenia. (3).

CAPITULO III

CAPITULO III

" LA ESQUIZOFRENIA

COMO UN PROBLEMA ACTUAL "

III.1 Epidemiología

Existen más de dos millones de casos nuevos de esquizofrenia cada año en todo el mundo y la población total de esquizofrenia mundial se acerca a los 10 millones. (13)

Según datos aportados por el Instituto Mexicano de Psiquiatría - entre el 1 y el 2% de la población nacional padecen algún tipo de psicosis.

En todas las culturas en las cuales los trastornos mentales han sido objeto de estudios completos se han identificado psicosis esquizofrénicas. Las fuerzas culturales modifican solamente la fenomenología -- clínica de tales reacciones en cuanto al contenido del material delusorio y alucinatorio.

El trastorno esquizofrénico ocurre generalmente en personas jóvenes de ambos sexos; el mayor número de admisiones a hospitales psiquiátricos se presenta entre los 20 y 40 años, encontrándose el máximo en el intervalo entre los 25 y 34 años. (20)

La mayoría de los estudios muestran que hay tasas más altas de esquizofrenia en solteros que en casados. Se explicaría este hecho por razones de selección, en el sentido de que las personas con características esquizofrénicas tendrían menos probabilidades de contraer matrimonio que las normales. Las tasas más elevadas de esquizofrenia en los estratos sociales bajos de la población ha sido un hallazgo frecuente en varios estudios epidemiológicos. Una explicación, de acuerdo con investigaciones recientes, es que un proceso de selección obliga a los esquizofrénicos

nicos a buscar niveles progresivamente más bajos de adaptación. Aunque algunos estudios favorecen la hipótesis de una mayor incidencia y prevalencia de esquizofrenia en grupos inmigrantes, no es posible formular conclusiones generales. (30).

III.2 Necesidades del paciente esquizofrénico en remisión hospitalaria

Para un manejo adecuado de psicoterapia grupal es fundamental que se conozcan las necesidades psicológicas del paciente esquizofrénico en remisión hospitalaria. El paciente padece trastornos en diversas áreas de la función psicológica. Existe un amplio acuerdo entre diversos autores en cuanto a aliviar la ansiedad inmediata, la necesidad de ayudarle al paciente a tolerar las reacciones emocionales y los síntomas relacionados, a tener confianza en sí mismo y a conocer sus limitaciones e insuficiencias. (6).

El paciente esquizofrénico generalmente se siente ansioso por el hecho de estar hospitalizado ya que es muy frecuente que no reconozca estar enfermo; por lo que es primordial crear conciencia de enfermedad mental.

Es importante que el terapeuta tenga una orientación social, -- puesto que el trastorno esencial de la esquizofrenia es una desadaptación social que lleva a protegerse de un mundo amenazante, mediante el retraimiento. El paciente esquizofrénico atraviesa por una fase de falta de contacto, durante la cual los sentimientos del paciente son incomprendibles para sí mismo. La experiencia emocional subjetiva del paciente se encuentra disminuida, aplanada o embotada. Todo esto se transmite en las relaciones interpersonales del paciente ya que experimenta dificultad para expresarse y comunicarse emocionalmente, lo que aumenta a su vez el aislamiento. El esquizofrénico tiene pocos amigos y no confía en la gente, su autoestima y la apreciación de su capacidad para salir adelante están también afectadas; por lo que se debe estimular el interés del paciente y volver a encaminarlo hacia cosas que están fuera de él, a separar sus emociones del material subjetivo, a involucrarle -

hábitos sociales sanos y a retirarlo de su aislamiento.

El esquizofrénico presenta con mucha frecuencia conductas hostiles; por lo que la psicoterapia debe también estar encaminada a ayudar al paciente a lograr un mejor control de sus impulsos. (22).

III.3 Consecuencias sociofamiliares del paciente esquizofrénico

El paciente esquizofrénico constituye un problema grave para su familia y para la sociedad o la comunidad con la que se encuentra vinculado o relacionado.

En nuestro medio, la reacción común de la familia, ante una enfermedad mental como es el lazo de la esquizofrenia, es de angustia ante los síntomas irracionales del paciente o de sus conductas normales, que aparentemente podrían ser controlados por el paciente. Todo esto motiva asombro, desconcierto y el temor de consecuencias que lógicamente para los familiares no son previsibles. La conducta del esquizofrénico obliga al grupo familiar a utilizar conjeturas, fantasías, y en general fabricaciones empíricas para explicar la causa de la enfermedad mental. Frecuentemente la mente acude a experiencias primitivas o mágicas, atribuyéndolas a maleficios, brujerías o sugerencias de parte de algunas -- personas que se han valido de diversas situaciones y actos para llevar al paciente a la "locura". Esta es una muestra evidente del poco conocimiento que se tiene de la enfermedad mental; por lo que es primordial dar una orientación a la familia sobre este aspecto.

Aún en las familias científicamente informadas, ocurren reacciones similares de ansiedad, desconcierto y vergüenza social.

Maryellen Walsh, en su libro "Esquizofrenia", presenta un estudio realizado con familias de esquizofrénicos, donde menciona algunas -- de las consecuencias emocionales más frecuentes entre los miembros de -- dichas familias, como son: la depresión, el miedo, ansiedad acerca del tratamiento, sentimientos de culpa, agresividad, frustración y dificul-

tad para aceptar la enfermedad (31).

El esquizofrénico ocasiona consecuencias a la sociedad con la que se encuentra relacionado, en la medida que pueda adaptarse a las pautas o normas sociales, culturales, éticas, religiosas, y a los reglamentos cívicos que imponen las autoridades sobre distintos actos.

La enfermedad mental, por sus propias características es transgresor de estas normas, actúa arbitrariamente, obedece o desobedece libremente; se violenta contra los individuos o los grupos; actúan sin guiarse por algún orden social. Su conducta patológica, finalmente puede constituir una amenaza social en menor o mayor grado. De esta peligrosidad abierta o potencial, aparece la necesidad de aislar al paciente, sustrayéndolo de su comunidad, de su familia y recluyéndolo en un hospital psiquiátrico; para su estudio técnico y tratamiento más adecuado. (10)

CAPITULO IV

CAPITULO IV

" LA EVALUACION Y EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO EN MEXICO "

IV.1 Estado actual del tratamiento del paciente esquizofrénico en México

El tratamiento de la esquizofrenia en México es efectivo debido a que es integral e interdisciplinario; es decir, está a cargo de un --- equipo formado generalmente por un psiquiatra, un psicólogo clínico y - por una trabajadora social. En las instituciones psiquiátricas el equipo interdisciplinario tiene como meta lograr la reintegración familiar y -- social del paciente, así como evitar en lo posible, recaídas o reingre-- sos al hospital.

Como se ha mencionado anteriormente, las causas de la esquizofre nia no son bien conocidas y no existe todavía ninguna cura universalmente efectiva y duradera para todos los pacientes, pero con un tratamiento adecuado y continuo, los enfermos agudos remiten con extraordinaria rapi dez, aunque no se pueda evitar que queden por lo general ciertos resi--- duos o vulnerabilidad, por lo que se insiste en que el paciente lleve un tratamiento post-hospitalario, ya sea a través de la consulta externa o _ del programa de hospital de día.

El éxito del tratamiento de la esquizofrenia dependerá, además - de iniciar el tratamiento lo más temprano posible, de utilizar los tres _ modelos fundamentales de tratamiento, que son: 1) Modelo Médico-Psiquiá-- trico, 2) Modelo Social- Psiquiátrico, y 3) Modelo Psicológico- Psicote-- rapéutico.

IV.1.1 Modelo Médico-Psiquiátrico

El tratamiento Médico-Psiquiátrico va encaminado inicialmente al manejo del cuadro psicótico del paciente. Lo ideal es que el tratamiento

de la esquizofrenia empieza antes de que se manifiesten los síntomas evidentes del trastorno mental. La atención del Psiquiatra se brinda desde el momento en que el paciente llega al hospital:

* Período de admisión: Se inicia un exámen inicial donde el Psiquiatra toma la decisión de si el paciente debe ser tratado en la consulta externa o ingresar al hospital. Si ha habido alteraciones en la conducta e indicadores de que éstas pongan en peligro la aceptación social subsecuente, está indicado el ingreso inmediato para el tratamiento hospitalario. También es aconsejable cierto tipo de atención hospitalaria cuando el sujeto vive en un hogar en el que la actitud de la familia es de crítica, dominante o rechazante. Una vez aceptado el paciente se realiza una historia clínica completa y se traslada al paciente a su área correspondiente.

* Tratamiento Farmacológico: El primer intento terapéutico será mejorar la angustia y la sintomatología psicótica. Ahora el psiquiatra cuenta con una gran variedad de neurolépticos potentes que puede prescribir. Entre los grupos de fenotiacinas, tioxantenos y butifironas, hay una gran variedad de compuestos análogos. De estos grupos de medicamentos, que se encuentran para ser administrados por vía bucal o en la forma de preparaciones de acción prolongada por vía intramuscular, es importante descubrir el agente que será apropiado para determinado paciente en particular. La selección inicial de un neuroléptico deberá basarse en el estado del paciente cuando se le vea por primera vez, en las molestias principales como inquietud e insomnio, indicaciones de suspicacia, impulsividad o agitación, o tendencias suicidas o de agresión violenta hacia los demás. Los neurolépticos de baja potencia es más probable que ocasionen efectos indeseables centrales, autonómicos y periféricos, además del síndrome de Parkinson, que los medicamentos de gran potencia como el -- haloperidol, flufenacina, tioxiano y trifluoperacina. Para el esquizo--frénico con trastornos leves, el medicamento de elección es la clorpromacina. Si el paciente está en una situación aguda cuando se le ve por primera vez, el tratamiento de elección a menudo es la neuroleptización rápida con haloperidol por vía intramuscular o intravenosa. Este método

está indicado para aquellos que exhiben conducta agitada cuando ingresan al hospital. En otros pacientes menos alterados se puede lograr la neuroleptización rápida con medicamentos bucales. Las fenotiacinas están indicadas para todos los tipos de esquizofrenia. Su principal utilidad es en el tratamiento de los pacientes que muestran tensión, hiperactividad psicomotora, agitación, impulsividad, crisis de agresividad, destrucción y reacciones antagónicas y paranoides. Su administración al sujeto en su fase aguda con frecuencia produce la desaparición de alucinaciones e ideas delirantes en las primeras semanas de tratamiento. La trifluoperacina es de especial ayuda para el esquizofrénico aislado, -- apático, deprimido. La tioridacina (Melleril) es tan eficaz como otras fenotiacinas, pero es menos posible que produzca efectos indeseables. El biperiden (Akinetón) es la droga de elección para el control de los síntomas secundarios provocados por los antipsicóticos. (20)

Psicoterapia: Además de aliviar la angustia del paciente esquizofrénico, el psiquiatra estará encargado del esquema terapéutico que -- brinde la oportunidad de creación de una personalidad más estable y --- adaptable con el transcurrir del tiempo. El terapeuta pondrá especial -- atención a las debilidades de la identidad y función del Yo que caracteriza al sujeto esquizofrénico, y procurará averiguar, a través del com -- cimiento progresivo de la maduración del sujeto, si dichos defectos se deben a una falta de experiencias socializantes o son consecuencias del aislamiento y retiro como resultado del conflicto psicológico. Será necesario al planear el tratamiento a largo plazo, el ambiente social dia -- rio del paciente esquizofrénico así como sus necesidades de psicoterapia especializada individual y de grupo, y valorar la extensión y calidad de la red social del sujeto. Se tomarán medidas para fortalecer el Yo a través de la reestructuración del ambiente, de tal modo que el esquizofrénico entre en contacto con otras personas cuya relación interpersonal le proporcione un terreno en el cual logre crear confianza, seguridad y cierta autonomía personal. El ambiente terapéutico debe ser estimulante para el aspecto físico, de tal manera que proporcione una conciencia y percepción graduales del propio cuerpo y funciones, y en el --

cual se pueda establecer un concepto realista y satisfactorio del cuerpo y sus acciones. Es necesario que el psiquiatra vea al paciente en citas regulares, ya que la constancia en la relación es el principal factor para establecer y mantener el enlace terapéutico. El psiquiatra ayudará al paciente a decidir si debe continuar trabajando o asistiendo a la escuela o limitar sus esfuerzos en otras actividades. Se le advertirá sobre los efectos tóxicos de los fármacos que utilice. También se le mencionará el peligro de usar cualquiera de los alucinógenos y el alcohol. (20)

Terapias somáticas: El tratamiento electroconvulsivo está indicado en la esquizofrenia, sin embargo nunca ha sido muy eficaz en los casos crónicos y ha sido sustituido en gran medida por los fármacos neurolepticos. La TEC puede hacer desaparecer los síntomas esquizofrénicos agudos con tres o cuatro tratamientos, porque la terminación después de la desaparición de los síntomas conduce casi invariablemente a una recada al cabo de unas semanas. De los distintos tipos de esquizofrenia, la esquizofrenia catatónica es la que responde mejor a este tipo de tratamiento. Los tratamientos con insulina y la lobotomía frontal han sido reemplazados en gran medida por las fenotiacinas. (13).

Alta psiquiátrica: El psiquiatra es quien decide el alta del paciente cuando la psicosis esquizofrénica ha remitido. El médico establece un plan de tratamiento para su manejo ambulatorio o consulta externa

IV.1.2 Modelo Social-Psiquiátrico

Las actividades que desempeña el trabajador social psiquiátrico no varía en México en relación con otros países. La participación del trabajador social en el campo de la psiquiatría está determinado por su grado de capacidad personal y por los objetivos de la institución en la cual trabaja.

Para comprender la labor que desempeña el trabajador social con

el paciente esquizofrénico en los hospitales psiquiátricos, se hará un análisis de sus posibles actividades, tomando en cuenta que la organización interna de los hospitales varía notablemente; pues en algunos hospitales el trabajador social se hace cargo del paciente desde su período de admisión, en otros no interviene en este procedimiento, por ser el psiquiatra quien asume esta responsabilidad.

* Período de admisión : Durante el transcurso de las pláticas individuales se aclaran conceptos ayudando al paciente para que acepte su hospitalización. Para calmar la ansiedad del paciente el trabajador procura aclarar las dudas del paciente, tratando de ofrecerle seguridad y encausando favorablemente sus sentimientos de temor y hostilidad. También se canaliza al paciente a los diferentes servicios psiquiátricos y psicológicos; asegura la autorización de los familiares, cuando ésta sea necesaria para aplicar al paciente determinado tipo de tratamiento, como en el caso de la terapia electroconvulsiva.

* Estudio Social del caso : El hacer la historia o estudio social del paciente es casi la principal responsabilidad del trabajador social. El estudio social es el elemento de mayor importancia en el proceso de comprensión del paciente y su enfermedad. En la elaboración del diagnóstico psiquiátrico, no siempre es necesario tener una narración larga y complicada de la historia de vida del paciente, pues la función diagnóstica de la historia del caso es sólo uno de sus aspectos. Antes de poder formular un pronóstico resulta necesario tener un conocimiento de la forma en que comenzó y progresó la enfermedad. El tratamiento en psiquiatría no se relaciona únicamente con el paciente; tiene que ver con el paciente en su ambiente total que incluye a su familia, su hogar, su trabajo y todas las demás áreas que afectan su bienestar psicológico. Es de suma importancia que el trabajador social conozca sobre la vida del paciente: qué tan bien comprenden los familiares la situación; qué tanto han participado ellos en el desarrollo de la enfermedad; qué tipo de apoyo son capaces de proporcionar al paciente antes y después del tratamiento. El estudio social debe ordenarse y seguir un patrón, el orden

en el cual se discuten los diferentes tópicos con el paciente, están determinados principalmente con el camino que tome la conversación. Los datos del estudio deben ser recolectables en el momento más conveniente y ser ordenados posteriormente de una manera que haga más disponible la información. Normalmente se hace necesario tener varias entrevistas con el paciente a fin de completar el esquema de estudio.

El trabajador realiza tres niveles diferentes de estudios sociales, la aplicación de cada uno de ellos se determina de acuerdo a las necesidades del paciente y de los integrantes del equipo interdisciplinario. A continuación se explicará el contenido de los tres niveles:

A) Estudio social nivel I: Se deben desarrollar los siguientes datos en forma autobiográfica: ficha personal, descripción de las características personales del paciente, información familiar, si el paciente es casado se incluye área conyugal, observaciones y conclusiones.

B) Estudio social nivel II: Incluye ficha personal, información familiar, área solicitada por el equipo; observaciones y conclusiones.

C) Estudio Social nivel III: Abarca los siguientes aspectos: ficha personal, antecedentes personales, desarrollo de la infancia, desarrollo de la adolescencia, descripción actual de las características sociales del paciente, información familiar, ambiente escolar, área escolar, área laboral y área conyugal.

* Período de hospitalización: El tratamiento o terapéutica psicosocial se efectúa durante la hospitalización preferentemente. En la terapéutica de grupo el trabajador social toma una participación activa. El trato directo con el paciente esquizofrénico es de vital importancia para desarrollar en éste confianza, estímulo y seguridad.

La terapia de grupo recibe diferentes nombres según el tipo de procedimientos empleados; las más adecuadas a utilizar por el trabajador social con los pacientes esquizofrénicos son la terapia ocupacional y recreativa; las actividades proporcionan un alivio de la tensión,-

y la ansiedad. La terapéutica ocupacional puede aumentar el interés en - mantenerse ocupado, se utilizan objetivos encaminados a restaurar la pro pia confianza y dar un sentido más maduro de responsabilidad.

La terapéutica ocupacional debe pretender en un principio que el paciente tome contacto con la realidad, evitando su retraimiento hacia - la fantasía y mejorando su forma física, mediante un ejercicio regular. El principal desafío que se plantea el trabajador social es la indiferen cia que muestra el paciente. ES difícil establecer contacto debido a la in accesibilidad de éste, resulta mejor no esperar una respuesta inmedia ta, sino dejar al paciente en libertad de responder si es que lo desea; los intentos manifiestos para producir una respuesta pueden conducir a - un mayor aislamiento del enfermo.

En algunos casos es realmente difícil comunicarse con el pacien- te, pero si se muestra interés y preocupación por el paciente es posible llegar poco a poco a un entendimiento aunque no sea de tipo verbal.

La determinación cuidadosa de todas las actividades y los contac tos sociales, así como la comprobación de sus efectos en el enfermo son con diciones necesarias para asegurarse de la mejoría del paciente, sin - imponer situaciones forzadas que puedan provocar aislamiento.

El trabajador social debe dedicar una atención especial a las ac tividades cotidianas de grupo que estimulen su interés tales como juegos sencillos, dinámicas grupales, etc. También es bueno fomentar el cuidado en el aspecto personal, lo cual dará al paciente confianza en sí mismo y le hará tomar más conciencia de su efecto sobre los demás.

Los esquizofrénicos tienden a vivir más en la fantasía que en la realidad, por lo que las actividades culturales como el arte, la música, el teatro y los trabajos literarios mantienen su interés.

* Alta Psiquiátrica: Muchos pacientes psiquiátricos al ser dados de alta del hospital, recaen en su enfermedad porque no se consideran - los conflictos inherentes a su reincorporación al medio familiar, que no

puede estar preparado para recibirlo.

El trabajador social psiquiátrico tiene la responsabilidad de -- preparar a la familia y comunicar al psiquiatra todas las observaciones_ pertinentes que considere de importancia para el alta del paciente.(21)

IV.1.3 Modelo Psicológico-Psicoterapéutico

El psicólogo clínico en las instituciones psiquiátricas realiza_ las siguientes actividades:

* Visitas individuales: Las visitas individuales al paciente --- están encaminadas a la ventilación de conflictos emocionales, el fomento de la autocrítica, crear conciencia de enfermedad mental y motivar al pa_ ciente para que asista a la terapia de grupo.

* Evaluación Psicológica: Los estudios psicológicos son realiza- dos por el psicólogo, los cuales son de gran ayuda para orientar el ma- nejo psicoterapéutico del enfermo ya que aportan elementos importantes - de la psicodinámica del paciente.

Para realizar los estudios psicológicos se realiza una entrevista- para previa con el paciente para conocer un poco más acerca de su proble- mática.

Los estudios psicológicos desarrollan los siguientes puntos: Fi- cha personal, observaciones durante la evaluación, estructura de la per- sonalidad, manejo de impulsos, manejo de afectos, psicodinámica, mecanis- mos de defensa, rasgos patológicos e impresión diagnóstica.

El psicólogo realiza tres niveles de estudios psicológicos, la - aplicación de cada uno de ellos se lleva a cabo de acuerdo a las necesi- dades del equipo interdisciplinario.

A) Estudio psicológico nivel I: se aplica las pruebas psicológi- cas Bender y Machover.

B) Estudio psicológico nivel II: Se aplica Bender, Machover y - Zulliger.

C) Estudio psicológico nivel III: Se aplica Bender, Machover y Rorschach, en este estudio se pueden incluir las pruebas T.A.T. y WAIS si son solicitadas para un estudio más completo.

Psicoterapia de grupo: El psicólogo está a cargo de los grupos psicoterapéuticos para pacientes esquizofrénicos. El programa de psicoterapia de grupo es el motivo del presente trabajo de investigación, -- por lo que este punto se describe ampliamente en el capítulo V.

IV.2 Programas de atención a nivel preventivo-rehabilitación

Las instrucciones psiquiátricas en México cuentan con programas de rehabilitación dirigidos a pacientes esquizofrénicos; los cuales con templan en forma íntegra aspectos tales como: los psicomotores, psicológicos, sociales y físicos.

Los programas de atención a nivel preventivo-rehabilitación tienen como meta mejorar la sintomatología y funcionamiento psicosocial -- del paciente durante su estancia en el hospital, así como en su funcionamiento post-hospitalario para la prevención de recaídas.

Programa dirigido a pacientes psicóticos hospitalizados: El objetivo del programa consiste en que los pacientes desempeñen satisfactoriamente sus roles ocupacionales tanto en el hospital como en la comunidad. El programa comprende las siguientes áreas de tratamiento: 1) autocuidado, 2) control de síntomas y medicamentos, 3) habilidades sociales, 4) orientación ocupacional, 5) orientación familiar y 6) actividades recreativas y deportes.

Los pacientes participan en sesiones de grupo durante cuatros semanas de tratamiento aproximadamente. El tratamiento está organizado en actividades coordinadas de acuerdo a las áreas mencionadas, implementadas por el equipo de tratamiento conformado por psiquiatras, psicólogos

trabajadora social y enfermeras. (29)

Consulta Externa: Los pacientes esquizofrénicos continúan su -- tratamiento post-hospitalario a través del programa de consulta externa el cual está a cargo de un médico psiquiatra; quien ve al paciente en - citas regulares. A través del servicio de consulta externa también se - lleva un mejor control del tratamiento farmacológico del paciente y ayu - da a prevenir brotes subsecuentes.

Hospital de día: Las funciones del hospital de día se orientan hacia tres modalidades de atención: como alternativa a los cuidados en régimen de internamiento; como transmisión de los cuidados en régimen de internamiento a la inserción completa en la comunidad; y como alterna - tiva a los cuidados en régimen externo. Todo esto, es llevado a cabo por un equipo interdisciplinario formado por una trabajadora social, un psiquiatra y un psicólogo. El promedio de estancia en el programa es de aproximadamente un año durante el cual el paciente asiste a actividades terapéuticas alrededor de dos a tres meses al término de los cuales, de acuerdo a su evolución, se le dá o no de baja de dichas actividades pa - ra continuar tan sólo con un control a través del programa de consulta externa.

El programa de hospital de día es de carácter activo, dentro de un ambiente de comunidad terapéutica, es decir, en un sistema donde -- los propios pacientes participan activamente no sólo en tratamientos, - sino también en la organización del trabajo a realizar.

Las actividades interdisciplinarias del hospital de día tienen como objetivos primordiales:

- Desarrollar en el paciente al máximo posible la socialización y la rehabilitación de sus funciones mentales.
- Orientar e implicar activamente en el tratamiento a la fami -- lia.
- Fomentar la salud mental a nivel comunitario.

Dichos objetivos se persiguen a través de las siguientes actividades:

- Terapia ocupacional: Que tiene como finalidad promover en el paciente el desarrollo de destrezas y habilidades que le permitan ubicarse en la sociedad como personas productivas. El trabajo asignado es de acuerdo a los límites de la capacidad del paciente. Las actividades de trabajo tienen en las primeras etapas del proceso rehabilitario, mayor significación adaptativa para lograr que en las fases finales se -- refuerce el aspecto productivo. Las labores que se realizan son artesanías y fabricación de artículos manufacturados que puedan ser vendidos fácilmente a diversos comercios o al mismo instituto hospitalario.

- Psicoterapia de grupo: La psicoterapia de grupo ofrece la --- oportunidad para que se manifiesten los impulsos instintivos lo cual se acelera gracias al efecto de los estímulos de los demás. La realidad social siempre está presente en forma de ideas, valores y patrones interpersonales. la orientación de realidad estimula al paciente en persona, tiempo y espacio, compensando en alguna forma los efectos neuropsicológicos.

Al paciente se le recuerda frecuentemente quién es, donde está, qué está sucediendo en el medio ambiente ese día, con el objeto de reducir la confusión, desorientación y pérdida de memoria. El programa rehabilitatorio incluye actividades deportivas que favorecen una mejor coordinación psicofísica y maduración cognoscitiva, afectiva que garantizan la cohesión del grupo.

Las actividades musicales son muy importantes por los efectos - que producen: reducir la tensión, la hostilidad y la fatiga; y por su - influencia sobre el estado de ánimo.

En la fase bio-energética se trabaja con actividades corporales toma de conciencia de las tensiones, expresión corporal de las emociones y se realizan ejercicios de contacto físico y ejercicios que actúan a través del relajamiento, sobre la agresividad, la angustia y el miedo

La lectura comentada actúa sobre los procesos cognoscitivos del paciente reforzando su atención, concentración, memoria y capacidad de abstracción y síntesis. Las actividades culturales recreativas tienen - por objeto el contacto del paciente con su comunidad y el manejo de su propia sensibilidad lo que les permite expresar sentimientos y abrirse - hacia nuevas formas de recreación que fomenten su salud mental.

El juego ejercita las funciones mentales, fomenta la cohesión - de grupo y la convivencia entre los pacientes. Los juegos que se utilizan son juegos de asociación, memoria, dinámicas, etc.

- Psicoterapia individual: Además de la terapia grupal, se trabaja con terapia individual, se elaboran programas especiales de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente.

- Tratamiento farmacológico: Se establece el tratamiento farmacológico, bien sea de manera ambulatoria o a través de la consulta externa o del programa de hospital de día.

IV.3 El paciente esquizofrénico y su reintegración familiar y social

Es sumamente importante decidir el destino ulterior del paciente la ser dado de alta del hospital. Hay que considerar de qué manera - el paciente se reintegrará a su familia y a la sociedad. Muy frecuentemente los factores ambientales hostiles han tenido un carácter patógeno que actuaron decisivamente en la descompensación del esquizofrénico y - la aparición del brote. Si el enfermo se reintegra al mismo ambiente pa - tógeno, sus posibilidades de recaídas aumenta. En otros casos el esqui - zofrénico es incapaz de volver a su profesión anterior y sus defectos - le impiden buscar uno nuevo; lo que lo puede llevar a la apatía y al de - saliento. Todos estos aspectos deben ser previstos y manejados por el - terapeuta durante su estancia hospitalaria.

Quizá lo más importante para cualquier tipo de psicoterapia de

esquizofrénicos es el hecho de que la familia del paciente forma parte del contexto terapéutico, la influencia de la familia sobre este tipo de pacientes tiene especial importancia a causa de la escasa o nula experiencia en el trato con personas ajenas al núcleo familiar. (15)

No se trata de "colocar" fuera del hospital a esquizofrénicos-- "inofensivos", sino en especial, de aplicar una medida terapéutica a to dos aquellos que se pueden beneficiar con ella. El esquizofrénico huye de la realidad y se refugia en el autismo; una estancia prolongada en el hospital es poco indicada para él. Se adapta al medio hospitalario y se inmoviliza. La ubicación familiar combate eficazmente esta tendencia. Sin enviar bruscamente al enfermo a la vida corriente, le da la posibilidad de adaptarse , en un medio adecuado, a una vida restringida, pero mucho más aproximada a la vida normal que en el hospital.

Es necesario que el paciente se reintegre a su familia para que después pueda reintegrarse a la sociedad. (23)

La familia del enfermo debe ser entrevistada con cierta frecuencia para lograr su cooperación. Esto es definitivo, ya que en muchas -- ocasiones, por ignorar las manifestaciones de las psicosis, los familia res no comprenden los trastornos de personalidad y conducta del enfermo y con mucha frecuencia reaccionan en forma hostil o de rechazo hacia el paciente. Esta actitud puede exacerbar los trastornos emocionales del -- enfermo. Es necesario, por lo tanto, informar y hacerle ver a la familia que el paciente sufre de una psicosis grave y que la única forma de mejorarlo es contando con su cooperación; es necesario informar ampliamente a la familia y discutir y plantear el tratamiento con ella. La fa milia debe ayudar a planear las actividades del enfermo y procurar, por todos los medios posibles, lograr establecer su estabilidad emocional, -- dándole su apoyo. (10)

Debe prestar atención a la naturaleza provocadora de los con--- flictos de las relaciones familiares, a las técnicas de comunicación -- defectuosas, a los papeles ambiguos en las actitudes de los padres res-

pecto al tratamiento del paciente.

Eventualmente, el paciente debe hacerse consciente de que él y su familia pueden existir separadamente; y debe aprender a tratar con ellos como personas reales con limitaciones y virtudes en lugar de actuar según sus fantasías. (13)

CAPITULO V

CAPITULO V

"PSICOTERAPIA DE GRUPO Y ESQUIZOFRENIA"

V.1 Psicoterapia de grupo

Una meta esencial en toda psicoterapia es la de motivar el --- "cambio" en los pacientes, tomando en cuenta que deben ser ellos mismos_ los que den ese cambio. Los pasos que conducen a tal cambio pueden ser_ denominados aprendizaje, aunque este término puede ser mal interpretado. El aprendizaje sugiere un proceso intelectual y esto no es lo que se --- desea primordialmente, lo que se pretende es un aprendizaje vital, el -- cual presupone un cambio de actitud que comprende a toda la persona.(18)

La psicoterapia de grupo también tiene como meta una creciente_ socialización, el mejoramiento de la percepción de la realidad, el apoyo al Yo mediante relaciones interpersonales e identidad de grupo y el fo-- mento de la expresión de sí mismo, mantiene los progresos obtenidos me-- diante la terapéutica individual, se desarrollan actitudes más realistas y disminuye la tendencia al deterioro, le ayuda al paciente a tolerar -- las reacciones emocionales y los síntomas relacionados, a obtener con--- fianza en sí mismo y a conocer sus limitaciones e insuficiencias. (6)

La combinación de asociarse el individuo a otros igualmente -- trastornados, de sentirse estimulado a explorar sus sentimientos personal los abiertamente, produce varias consecuencias importantes:

1) Proporciona a las personas una oportunidad de observar que - tienen problemas en común con otras; esto reduce el sentimiento de ina-- adaptación en el que han vivido durante algún tiempo.

2) Las personas pueden mejorar su autoconcepto ayudándose unas_ a otras. El hecho de exponer las debilidades personales y ver que son --

aceptadas por el grupo hace que le resulte más fácil al individuo aceptar dichas debilidades también él.

3) Los cambios que tienen lugar en la terapéutica grupal pueden ser más duraderos de los de la terapéutica individual, puesto que las -- normas de grupo tienen probabilidad de internalizarse.

4) Los pacientes se ven obligados a enfrentarse al mundo real - en grupo, al tratar hechos reales que tengan sentido para todos los miembros del grupo, el escenario del grupo es un factor continuo de realidad que sirve como un estímulo y produce las conductas hacia las cuales va - dirigido el tratamiento.

5) El paciente se familiariza con nuevas formas de sufrimiento_ y nuevas formas de resolución de problemas representadas por las personas reales que están en el mismo lugar que él.

6) La terapia de grupo es una experiencia socio-psicológica que puede fortalecer la confianza y reducir la angustia del paciente.

Los inconvenientes de la terapéutica de grupo son:

1) Puede resultar difícil hablar francamente acerca de las cues tiones personales íntimas en una habitación llena de extraños.

2) Los miembros del grupo pueden ser perjudiciales uno con respecto al otro en formas difíciles de controlar. (33)

En un grupo terapéutico cada miembro puede sacar a relucir sus_ afectos ambivalentes hacia la autoridad y sus compañeros. En sus revelaciones mediante sus comunicaciones verbales y no verbales dentro del gru po, el sujeto tiene el apoyo permisivo del terapeuta y de sus compañeros para mostrarse a sí mismo. La terapia de grupo requiere que sus miembros se preocupen de la tarea común al grupo, que es la disfunción mental, -- pero al mismo tiempo tolera que sus miembros tengan sentimientos y comportamientos desviados al resto. (20)

Algunos de los miembros del grupo experimentan nuevas experiencias emocionales dentro y a través de las transacciones del grupo, con lo que logran una mejor comprensión de las reacciones personales e interpersonales, de esta manera los pacientes mejoran su habilidad para disfrutar sus relaciones interpersonales con otros lo cual mejora su autoconcepto. (6)

En ocasiones los miembros del grupo se ayudan mutuamente a superar crisis personales y algunos de los participantes están a disposición de los demás para ayudas de tipo práctico en una variedad de circunstancias. (18)

La terapia de grupo llevada a cabo con pacientes hospitalizados ofrece una oportunidad para manifestar, experimentar y discutir acerca de los problemas socio-psicológicos previstos por el paciente a su regreso al hogar o la comunidad. (2)

V.2 Desarrollo histórico de la psicoterapia de grupo

La psicoterapia de grupo ha evolucionado poco a poco como medio de tratamiento, sobre todo desde los principios del siglo XX. Parte de este desarrollo se debió a una cuestión puramente práctica. Como el número de pacientes que posiblemente pueden ser ayudados por la terapia es muy grande y como se dispone de un número pequeño de terapeutas, la terapia de grupo, en la que un solo terapeuta puede tratar a muchos pacientes al mismo tiempo, tiene evidentemente mucho valor social. (14)

Sin embargo, la historia "formal" de la psicoterapia de grupo tiene como inicio las investigaciones del Dr. J.H. Pratt con pacientes tuberculosos, rechazados por la población en general y con una afección que los unía, formaban un grupo, decidió tratarlos en grupo a fin de acelerar su recuperación.

El método que empleó Pratt es conocido como método de clase, el cual consistía en reunir a los pacientes en grupos e impartir una conferencia acerca de su padecimiento y daba a los pacientes indicaciones que

éstos debían seguir. Pratt se basaba en que los factores emocionales --- desempeñaban un papel importante en la recuperación de los enfermos, -- aceptando la afirmación de Dejerine, en el sentido de que la psicoterapia dependía de la influencia benéfica de una persona sobre otra. El éxito de este método se debía a mecanismos tales como la sugestión, el deseo de merecer la aprobación de médico, el darse cuenta que otros tenían problemas semejantes a los propios, y a los valores sociales que se reportan por el hecho de estar en grupo.

En 1921, Lazell utilizó el método de clase con pacientes psicóticos en el hospital de St. Elizabeth, en Washington. Su método consistía básicamente en conferencias habiendo poca interacción entre sus pacientes. Consideraba que los pacientes se beneficiaban por sentir que -- compartían su enfermedad y que la figura del médico se hacía menos amenazante al tratar a los pacientes en grupo. (9)

Marsh, psiquiatra y ministro, utilizó en 1909, el método de clase se en su tratamiento de psicóticos, agregando al mismo una orientación religiosa, impartía conferencias en lenguaje simple, y después de las -- mismas se iniciaba la práctica y discusión sobre el tema. Su idea sobre la eficacia de la terapia de grupo se basaba en que "la masa había hecho que el individuo enfermara y la masa lo curaría ". (9)

Hasta aquí el trabajo realizado con grupos, tanto con afec-- ciones scmáticas como psiquiátricas, tiene un carácter didáctico, inspiracional y represivo. El trabajo en esta fase inicial de la psicoterapia de grupo se basaba en ideas sobre el funcionamiento de los grupos, tales como cohesión, imitación, sugestión e idealización; que se dirigían al logro de los fines terapéuticos, funcionando éstos grupos bajo el liderazgo del médico quien mostraba un genuino interés en la recuperación de sus pacientes. Se tenía en cuenta también, el propósito de disminuir el sentimiento de aislamiento de los pacientes.

Al final de la década de 1920, Burrow, psicoanalista entrenado,

por Freud y Jung, realizó lo que se puede considerar como esfuerzos pioneros en la aplicación de conceptos psicoanalíticos en el trabajo con -- grupos. Acuñó el término de " análisis de grupo", aplicando él mismo el primer tipo de análisis conductual conducido en grupo. Para Burrow los problemas individuales eran síntomas de los problemas sociales, pensaba que el psicoanálisis había restado importancia a la sociedad en su papel de productora de patología y veía al grupo como un vínculo entre el individuo y la sociedad, con potenciales terapéuticas. Burrow le resta importancia a los recuerdos del pasado y trabaja con sus grupos esencialmente con la situación presente. Considera además los correlatos fisiológicos de la conducta, analizando las expresiones somáticas del estrés , -- utilizando diversos ejercicios para la concientización de los mismos.

Wender y Schilder, terapeutas americanos, empezaron su trabajo con grupos en los primeros años de la década de 1930 y aunque conservaban ciertos patrones didácticos. Integraron en su trabajo conceptos psicoanalíticos.

Wender, combinaba las sesiones individuales con las de grupo, - observando que en el grupo se daban menos resistencias, mayor espontaneidad, y se desarrollaba la transferencia no sólo hacia el terapeuta, sino también hacia los otros integrantes del grupo.

En 1932, Schilder, al trabajar en el hospital psiquiátrico de Bellevue, en Nueva York, empezó a experimentar en el trabajo terapéutico con grupos de pacientes del departamento de consulta externa del hospital. La técnica de Schilder tiene rasgos didácticos y directivos, pues empezaba las sesiones con discusiones estructuradas y hacía que los pacientes llenaran cuestionarios ; sin embargo Schilder dió gran importancia a las relaciones e interacciones de los miembros del grupo. Dió gran importancia a la adquisición del Insight, entendiéndolo por éste la capacidad de aceptar las estructuras del mundo real y de comportarse de acuerdo con dicha realidad. Mediante el análisis en el grupo y la adquisición del insight, el paciente se libera de prejuicios e ideas erróneas sobre

si y sobre los demás, logrando actuar de acuerdo con la realidad.

También en la década de 1930, Slavson aplicó ideas psicoanalíticas en su trabajo con grupos; creó " la actividad terapéutica de grupo " para trabajar con niños, ya que pensaba que se podía lograr un cambio social, viendo el origen de sus problemas emocionales de los niños en las relaciones familiares. Para los niños, estos grupos representarían familias más sanas que permitirían la expresión de sus conflictos familiares reales, lo que los llevaría a encontrar soluciones más realistas a sus problemas. Slavson extendió más tarde su trabajo a la psicoterapia de grupo con adultos, dice que el terapeuta debe conocer al paciente, su patología y su dinámica y analizarlas individualmente en la situación terapéutica de grupo. (9)

Moreno introdujo en Estados Unidos sus métodos particulares; el psicodrama y el sociograma. Moreno dice que el hombre es, por naturaleza espontáneo y creador, y el no poder utilizar estos dones naturales hace que se enferme; afirma que los grupos con las técnicas psicodramáticas pueden ayudar al individuo a recobrar la espontaneidad, teniendo efectos terapéuticos. Moreno se adjudica haber acuñado el término "psicoterapia de grupo" en 1931, fue el primero en acuñar el término "acting-out" para describir la actuación de los pacientes en el psicodrama. También fue el primero en emplear métodos de grupo desde 1911.

En los primeros años de la década de 1930, Wolf empezó a interesarse en el trabajo de grupos al participar en una sesión psicodramática con Moreno. En 1938 propuso a diez de sus pacientes en psicoanálisis comenzar un grupo terapéutico; esta actividad en grupo les daba la oportunidad de compartir sus problemas comunes. Una de las contribuciones de Wolf es la "sesión alterna"; la cual es una sesión a la que asisten todos los miembros del grupo sin el terapeuta, dando la oportunidad a los pacientes de ventilar sus sentimientos hacia el terapeuta. Wolf dió el nombre de psicoanálisis de grupo a su método, afirmando que las técnicas psicoanalíticas son perfectamente utilizables en grupo.

La Segunda Guerra Mundial impulsó el trabajo con grupos y la -- elaboración de diversas teorías en cuanto a características y funciona-- miento de los mismos; además, impulsó a algunos profesionistas interesa-- dos en el grupo a continuar su labor clínica y de investigación después -- de la guerra.

Foulkes fue el primero en utilizar la psicoterapia de grupo en -- Inglaterra, diseñó un programa psicoterapéutico grupal en el hospital de Maudsley, en Londres. Ideó el concepto de red multipersonal de intera--- cción, que es el conjunto de relaciones que los pacientes establecen en -- su grupo natural; y afirmó que esta red tendría influencia sobre la vida y psicopatología del paciente.

Foulkes insiste en que se debe buscar la uniformidad en el méto -- do terapéutico de grupo. Según este autor, la psicoterapia de grupo debe tener las siguientes características:

1. La reunión de siete u ocho pacientes durante 90 minutos: el -- terapeuta y los pacientes deben formarse en círculo.
2. La comunicación debe ocurrir en forma espontánea.
3. Toda comunicación es importante para el proceso de curación -- y forma parte del campo de interacción del grupo.
4. Se requiere que todos los miembros del grupo participen acti -- vamente. (9)

A través del desarrollo histórico de la psicoterapia de grupo, -- se puede percibir que, desde sus inicios, aquéllos que han trabajado con grupos psicoterapéuticos, se han visto alentados al observar que se lo-- gran las metas psicoterapéuticas.

V.3 Clasificación en terapia de grupo

En la actualidad existe una diversidad de técnicas terapéuticas -- de grupo; se describirán por consiguiente diversos métodos de terapia --

grupales clasificados según sus marcos teóricos.

V.3.1 El psicoanálisis de grupo y la terapéutica de grupo de orientación psicoanalítica

El psicoanálisis de grupo fue desarrollado por Alexander Wolf y se basa en la teoría psicoanalítica en la que se considera que el grupo hace revivir conflictos familiares.

Los principales factores en el proceso de psicoterapia de grupo según Wender, son los siguientes: 1) Intelectualización o autocrítica; 2) Transferencia de un paciente a otro; 3) Catarsis; 4) Interacción de grupo, que incluye fenómenos tales como la identificación con el grupo y el compartir las experiencias comunes con los demás. (13)

El objetivo de las sesiones es proporcionar al individuo algún conocimiento acerca de la dinámica de la personalidad y de los mecanismos de adaptación.

Para conseguir el tratamiento a fondo es necesario que cada paciente vuelva a vivir los acontecimientos traumáticos de sus primeros años con todos los sentimientos experimentados en aquel momento y con todas las distorsiones y fantasías que los acompañan. El medio ambiente del grupo está libre, por supuesto, de la amenaza que caracteriza la experiencia del paciente en sus primeros años. El volver a vivir los hechos pasados tiene lugar en presencia de actitudes maduras proporcionadas por el terapeuta y los demás participantes. Uno de los requisitos esenciales en la psicoterapia analítica de grupo es que todos los pacientes participen libre y espontáneamente. A medida que uno de los pacientes habla y promueve en sus compañeros de grupo ideas o sentimientos, cada uno ha de sentirse libre para expresar sus ideas y sentimientos a su vez; esta libertad hace que el paciente verbalice los recuerdos que se hallan a la base de sus problemas; por lo que la intuición se hace posible en sus formas de defensa y reacción. (33)

V.3.2 La terapéutica de grupo transaccional

El análisis transaccional (AT) fue iniciado por Eric Berne, - se centra en las interacciones "aquí y ahora" entre los miembros del grupo.

El AT destaca los diversos aspectos de la personalidad de cada individuo y examina aquéllo que se considera constituir la posición característica de la persona en la vida. Esto se hace mediante la observación de la transacción, esto es, de la unidad básica de las relaciones sociales. En el AT, el proceso terapéutico comprende examinar la transacción en la que una persona hace algo a otra y ésta a su vez hace algo en respuesta.

Berne sacó la conclusión de que las personas están hechas de tres realidades psicológicas distintas: de un padre, de un adulto y de un niño; entonces un individuo en algún momento dado, en un grupo social exhibirá un estado del Yo paternal, adulto o infantil, y que las personas pueden pasar de un estado del Yo a otro con diferentes grados de facilidad.

El padre en cada uno de nosotros, consta de advertencias y las normas que le son pasadas al niño por sus progenitores, así como también comprende las prohibiciones y las expresiones de disgusto y vergüenza -- que los padres instruyen al niño. Otra parte del padre comprende el placer y el orgullo propios que los progenitores transmiten cuando el niño se ha portado bien.

El niño significa la forma de reaccionar como se hubiera hecho cuando se era niño. Cada persona lleva en su interior fijaciones de sus primeros años que son activadas en ciertas circunstancias. El niño comprende la espontaneidad y la curiosidad.

El adulto es aquélla parte de toda persona que combina lo que se ha aprendido de sus progenitores, lo que ha experimentado como niño y aquéllo que ha aprendido él mismo en la vida. La función más significati

va del adulto consiste en una actitud crítica acerca de estas tres fuentes de información y en rechazar aquello que el padre enseñó y aquello que siente el niño en él, si no concuerda con aquello que puede ver objetivamente sin prejuicios.

Los grupos AT se centran en enseñar a los participantes cómo -- afectan a los demás y cómo son vistos ellos mismos por los demás participantes del grupo. El hecho de pertenecer a un grupo permite a los pacientes compararse uno con otro. Además las personas han de vivir con otras personas fuera del tratamiento, de modo que el grupo parece constituir una situación apropiada para empezar a resolver problemas. (7)

V.3.3 La terapéutica de grupo conductista

La terapéutica de orientación behavioral fue desarrollada por -- Joseph Wolpe, cuenta con las técnicas de condicionamiento basadas en -- los principios de Skinner. Los principios behaviorales se aplican para modelar la conducta en el medio ambiente real en el que funciona el paciente.

El método conductista requiere de un alto grado de control sobre la vida del paciente. Un buen ejemplo del enfoque behavioral en el método de grupo lo constituye la "economía de fichas" de Ayllon y Azrin (1968), quienes han demostrado que los síntomas de los pacientes gravemente perturbados podían modificarse utilizando los principios del -- aprendizaje operante de Skinner.

Ayllon y Azrin trataron de desarrollar un programa que pudiera utilizarse en la situación del hospital. Lo hicieron desarrollando un plan para decidir cuáles respuestas han de modificarse, definir el -- reforzador de la conducta deseada, establecer una serie de experimentos y verificar la eficacia de su programa.

Las respuestas escogidas para la modificación fueron aquellas que los experimentadores consideraban necesarias o útiles para los participantes y cuya ejecución pudiera medirse objetivamente. Se definieron

seis clases de refuerzos: aislamiento, oportunidad de dejar la sala, interacción social con el personal, asistencia a servicios religiosos, --- oportunidades recreativas y oportunidad de comprar artículos. Debido a --- que el refuerzo inmediato de la conducta se consideraba como muy impor--- tante, Ayllon y Azrin utilizaron un reforzador condicionado como puente_ entre la respuesta descada y el refuerzo básico. El refuerzo condiciona--- do consistía en fichas de metal que podían utilizarse como pago para --- cualquier refuerzo básico que el paciente deseara. Este estudio demues--- tra cómo puede obtenerse conducta significativa del paciente mediante el empleo sistemático de refuerzo. Se ha comprobado que la economía de fi--- chas es eficaz para combatir el institucionalismo, para aumentar la ini--- ciativa, la responsabilidad y la interacción social y para obtener el --- control de la conducta del paciente en manos de éste. (33)

V.3.4 Terapéutica Gestáltica de grupo

La terapéutica gestáltica de grupo fue desarrollada a partir de las teorías de Frederick Perls. Está influenciada por la orientación existen--- cialista en psicoanálisis. Enfatiza el aquí y el ahora y la confronta--- ción en la psicoterapia.

La terapia Gestáltica hace énfasis en el proceso del "darse --- cuenta", de tomar conciencia , de estar alerta; este proceso es conside--- rado como el agente curativo más importante.

En la terapia Gestáltica el enfoque recae en los sentimientos - del paciente y en su expresión en la situación presente. Las comunica--- ciones deben hacerse usando el tiempo presente de los verbos, evitando_ remontarse al pasado. (28)

El "continuum de concientización" , que se define como el real--- mente experimentar, sentir y confrontarse con algo hasta asimilarlo por_ completo, es uno de los objetivos de la terapia gestáltica. Perls dice - que tendemos a saltar de una cosa a otra, de un sentimiento a otro, no - experimentando ni sintiendo de lleno, y la terapia Gestáltica pretende_

evitando lo anterior, lograr que el individuo entre en contacto con sus sentimientos.

Además de usar el tiempo presente de los verbos, en las sesiones se habla siempre en primera persona y las comunicaciones son directas. Hablar en primera persona hace que el individuo asuma la responsabilidad por sus actos, sentimientos y palabras. Dirigirse a otra persona de manera directa permite una verdadera confrontación, lográndose una concientización de lo que nosotros despertamos en los demás y lo que éstos despiertan en nosotros. (28)

La evasión se trata de evitar por medio de la confrontación y técnicas tales como "quedarse con ello": si el paciente experimenta un sentimiento desagradable, el terapeuta le indica quedarse con ese sentimiento, experimentándolo en el "aquí y el ahora" de la situación, logran así el "continuum de concientización".

Se da gran énfasis también a despertar los sentidos, empleando técnicas no verbales, basándose en la premisa de que el pensar y el hablar nos apartan del sentir.

Perls afirma que se debe dar más importancia al proceso del "cómo" que al del "porqué". Si preguntamos "cómo" nos ayuda a entender lo que está sucediendo ahora, nos ayuda a entender nuestro funcionamiento y nos orienta. El "porqué" nos lleva a la racionalización, a la explicación pero nunca al verdadero entendimiento.

Naranjo dice que los lineamientos de la terapia Gestáltica son los siguientes:

1. Vivir en el ahora, ocupándose más bien del presente que del pasado o del futuro.
2. Vivir en el aquí, manejando más bien lo que está presente -- que lo que está ausente.
3. Dejar de imaginar, o sea, experimentar lo real.

4. Dejar de pensar innecesariamente: más bien probar y ver.
5. Expresar en vez de manipular, explicar, justificar o enjuiciar.
6. Ceder al dolor y a lo no placentero, así como al placer. No restringir la concientización.
7. No aceptar ningún deberías.
8. Aceptar completa responsabilidad por los propios actos, sentimientos y pensamientos.
9. Ser como uno es. (4)

V.3.5 La psicoterapia centrada en el grupo

La psicoterapia centrada en el grupo se originó con Carl Rogers se basa en la expresión sin crítica de los sentimientos de los miembros del grupo.

Hobbs menciona que la situación de grupo pone de manifiesto lo importante que son las relaciones interpersonales y ofrece una oportunidad de descubrir maneras más satisfactorias de relacionarse con la gente el individuo se pone en contacto íntimo con otras personas para que poco a poco vaya tomando una mayor conciencia de aquéllos aspectos de sí mismo que son importantes para su relación con los demás. (14)

La psicoterapia centrada en el grupo logra que cada individuo aprenda en una forma nueva y más madura, lo que significa dar y recibir apoyo emocional y comprensión. Es deseable que la persona encuentre en el grupo apoyo y confianza en su capacidad para ser responsable de su propia vida y se busca que haga sus propias elecciones con la confianza que le ayudará a lograr una plena autorrealización.

Según Hobbs, los mejores grupos son los que constan de seis miembros, además del terapeuta. Por regla general los grupos se reúnen dos veces por semana. Uno de los principales criterios de elección es si la persona determina por sí misma ingresar o no al grupo.

El terapeuta de grupo no tiene ningún material determinado para la discusión de grupo. El grupo está en libertad de discutir cualquier problema que juzgue de interés para los miembros del grupo. El terapeuta tampoco interpreta activamente el material, como sucede en otras terapias de grupo; su participación primordial está en aceptar los sentimientos de los miembros del grupo, en reflejar él mismo estos sentimientos, en aclarar las actitudes y sentimientos que afloran en el grupo, y afianzar su contenido. Se ha visto que ésto último es de una eficacia muy particular en la terapia de grupo. (27)

V.3.6 Psicodrama

El psicodrama es una forma de psicoterapia de grupo que comprende una representación estructurada, dirigida y dramatizada de los problemas personales y emocionales del paciente. Este método ha sido estructurado por J.L. Moreno.

Se representan diversas escenas tomadas de la vida pasada o escenas que tarde o temprano van a ocurrir en el futuro, y se pide a los pacientes que representen papeles específicos dentro de dicho drama. Además, también participan en dicha producción otras personas entrenadas, a quienes se les suele llamar "egos auxiliares". De esta manera, a los actores se les anima para que actúen el papel de alguna personalidad importante en su propia vida para que de esta manera logre algún conocimiento de las reacciones de otros hacia él. Los otros pacientes hacen las voces de público y también participan en las sesiones.

La escenografía para el psicodrama, es en la mayoría de los casos un salón donde se construye un foro especial con tres niveles diferentes. También se hace una designación especial del director del drama y de los egos auxiliares.

El valor principal de este método parece estar en que los participantes ejecutan efectivamente una escena dramática y de esta manera ejecutan de manera específica sus propios problemas. Se insiste en el

principio de la espontaneidad, y en que la escena dramática se asemeje - lo más posible a la vida real. A la representación psicodramática suele seguir una discusión sobre el tema. (33)

El psicodrama incluye procedimientos como la catarsis, la abrea- ción, la asociación libre en la actuación y peleas entre personas. El --- objetivo no sólo es el insight sino también la espontaneidad, la percep- ción total de respuestas no saludables, una percepción más exacta de la realidad, el compromiso con otras personas y el aprendizaje a través de la experiencia, (13)

V.3.7 La terapéutica de grupo Cognitiva-Conductual

La terapia Cognitiva-Conductual, desarrollada por Aaron Beck, - es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para distintas alteraciones psiquiátricas; por ejemplo la depresión, la ansiedad, las fobias, los problemas relacionados con el -- dolor, etc. Se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la con- ducta de un individuo están determinadas en gran medida por el modo que tiene cada individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan - en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anterio- res.

Las técnicas terapéuticas están encaminadas a identificar y mo- dificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias -- que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver sus pro- pios problemas y situaciones que anteriormente consideraba insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeu- ta ayudará al paciente a pensar y actuar en forma más realista y adapta- tiva.

El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a - prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos - del paciente. El método consiste en enseñar al paciente a:

- 1) Controlar los pensamientos automáticos negativos
- 2) Identificar la relación entre cognición, afecto y conducta
- 3) Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorcionados
- 4) Sustituir este tipo de cogniciones por interpretaciones más realistas
- 5) Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que predisponen al individuo a distorsionar sus experiencias.

Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes no sólo para modificar la conducta, sino también para eliminar cogniciones asociadas a conductas específicas.

La terapia cognitiva se encuentra en continua actividad e interacciona intencionalmente con el paciente. El terapeuta debe valerse de una cierta inventiva para estimular al paciente a participar activamente en las distintas operaciones terapéuticas, además de ayudarlo previamente a organizar su personalidad y su conducta.

A diferencia de la terapia psicoanalítica, se centra en problemas "aquí y ahora"; el objetivo principal es revisar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión y entre las sesiones; no interpreta factores inconscientes, ni explora la época de la infancia a menos que pueda clarificar algunos hechos actuales.

La terapia de grupo cognitiva-conductual ayuda a sus miembros no sólo a mejorar su estado de ánimo; sino también les enseña cosas prácticas que ellos puedan utilizar en su vida diaria.

Las sesiones de grupo son útiles porque ellas:

- * Proporcionan tiempo para compartir sentimientos, intereses y preocupaciones por otros miembros del grupo;
- * Proveen apoyo de otras personas en el grupo; y
- * Permiten el darse cuenta de que no están solos en tener problemas y pasar por tiempos difíciles en su vida. (5)

V.3.8 Grupos de encuentro

El término de "grupo de encuentro" ha sido introducido relativamente en fecha reciente. Se utiliza algunas veces como sinónimo del grupo T, el desarrollo del término "grupo de encuentro" es básicamente un resultado directo de los grupos T.

Burton define el término de grupo de encuentro como "Una diversidad de métodos enderezados a desarrollar la sensibilidad, a reforzar la percepción y a ampliar el ámbito de la autoconciencia". Existen algunas diferencias entre el grupo de encuentro y el grupo T; el objetivo -- del grupo T consiste en desarrollar una mejor comprensión de sí mismo -- por el individuo y el efecto de uno sobre sus semejantes, los grupos de encuentro estimulan inclusive una comprensión más profunda de los procesos intelectuales del individuo, tanto psicológicos como físicos. (9)

Los objetivos de los grupos de encuentro son los siguientes:

- a) permitir al individuo obtener una mayor calidad de su percepción del mundo que le rodea;
- b) proporcionarle un espacio de expresión en el cual el individuo se sienta libre y sea espontáneo;
- c) el proporcionar en el individuo la necesidad de manejar sus afirmaciones y negaciones como juicios enérgicos y comprometidos con todo su entorno;
- d) el mostrarle el significado de la participación en su misma construcción individual, así como el impacto en la construcción de lo grupal (social);
- e) enseñarle a reconocer los elementos que se dan en la dinámica de grupo, como fuerzas que ayudan o limitan el desenvolvimiento social del individuo, permitirle vivenciar la presencia de un nosotros lo cual se manifiesta en el grupo. (1)

Los grupos de encuentro se valen de una gran variedad de técnicas, entre ellas están las gestálticas, psicodramáticas, bioenergéticas,

dinámicas vivenciales, también utiliza el Yoga, la meditación. No importa qué técnica de "crecimiento" se utilice, mientras se logre el objetivo que es "ayudar al individuo a crecer" . (9)

V.4 Psicoterapia de grupo en la esquizofrenia

La esquizofrenia incluye un grupo de alteraciones que afectan - el pensamiento, el afecto y la conducta, que pueden manifestar los síntomas secundarios de alucinaciones, ilusiones y delirios. El esquizofrénico generalmente posee una historia de deprivación emocional grave y puede tener un control deficiente de sus impulsos y hallarse en un estado crónico de ansiedad y agitación. El miedo de la pérdida de comprobación de la realidad puede estar siempre presente.

La mayoría de los esquizofrénicos no confían en los otros, lo que les conduce a una existencia aislada y socialmente retraída.

La existencia de grupo puede proporcionar al paciente esquizofrénico una atmósfera terapéutica que mantiene la orientación realista y lo estimula a relacionarse con los otros para combatir sus sentimientos de miedo y desconfianza. Se trata de que la situación de grupo sea de apoyo social ya que para muchos pacientes esquizofrénicos el grupo constituye la única experiencia de socialización en su vida tan solitaria. - (6)

La psicoterapia de grupo ayuda al paciente esquizofrénico a lograr una mayor madurez y flexibilidad en las relaciones interpersonales, así como a mejorar el contacto con la realidad, ya que al estar en contacto con otras personas de su ambiente éstas actúan como puente que le une a la realidad. También le puede ayudar al paciente a reducir la tensión por el hecho de estar hospitalizado. (2)

Los esquizofrénicos son emocionalmente más frágiles, con mayor tendencia a los cambios de humor, a los sentimientos ambivalentes y a la pérdida de empatía con otros, esto hace que surjan sentimientos hostiles

por parte de los otros miembros del grupo, lo cual hace difícil el tratamiento en grupo, pero un manejo adecuado del terapeuta puede superar este tipo de dificultad. (13)

Eissler propone algunas ideas sobre el programa institucional para los pacientes esquizofrénicos agudos, señalando que el fin de la fase aguda puede depender del tratamiento del terapeuta, procurando que el ambiente del paciente no varíe y que sea atendido por el mismo terapeuta. (6)

Stotsky sostiene que para lograr mejorías en los pacientes esquizofrénicos estos deben asistir voluntariamente a la terapia grupal y recomienda utilizar técnicas distintas a las estrictamente verbales. (6)

Canter destaca la utilidad de la psicoterapia de grupo en los pacientes esquizofrénicos en lo que se refiere a hacer más rápida en el paciente la comprensión de las deformaciones perceptivas y ayudarlo a superar las dificultades en la comunicación, puesto que no debe olvidarse que los esquizofrénicos poseen la capacidad de comunicarse entre sí. También el terapeuta aprende a comunicarse mejor con el paciente. En opinión de Canter la terapéutica de grupo favorece la adaptación social del paciente y lo ayuda a superar el aislamiento. Al compartir los pacientes entre sí sus experiencias, disminuyen las tensiones. El tratamiento de grupo facilita la transición del hospital a la sociedad. (6)

Kline y Davis han señalado que el éxito mayor en la esquizofrenia se produce cuando se combina el tratamiento farmacológico con la psicoterapia de grupo.

La siguiente tabla nos da una cierta guía de lo que cabe esperar de la psicoterapia grupal en la esquizofrenia: (13)

Indicaciones	La esquizofrenia latente es la más - susceptible de tratamiento, pero pueden incluirse todas las esquizofrenias.
Composición	Los pacientes esquizofrénicos deben ser tratados en grupos homogéneos.
Liderazgo	El líder debe ser activo y directivo; puede aparecer hostilidad potencial y real a causa de la ambivalencia esquizofrénica.
Socialización	El grupo puede proporcionar la única experiencia de socialización para la mayoría de los pacientes; ofrece una gratificación más directa de las necesidades emocionales; se estimula el contacto social fuera del grupo.
Dependencia	Los miembros muestran una gran dependencia del líder, se deben estimular las interacciones entre los compañeros.
Cohesión	La cohesión es difícil de conseguir, los miembros son más susceptibles a la aprobación del terapeuta que a la del grupo.
Estándares	Los estándares del grupo necesitan -

de la confirmación repetida del líder; los pacientes esquizofrénicos no se adhieren a ellos consistentemente.

Comunicación

La comunicación es inhibida, con pocos intercambios de experiencias; -- las identificaciones entre sus miembros se lleva a cabo con dificultad; los pacientes tienden a sentirse solos.

Expresión de impulsos y afectos

El grupo tiende a actuaciones agresivas y sexuales. La expresión del afecto debe ser modelada.

Paciente problema

El monopolizador del grupo es habitual y dirigido difícilmente por los demás miembros; las ideas de suicidio son habituales; los pacientes generalmente se retraen ante las crisis y el líder debe ejercer el control.

Objetivos

El objetivo es aligerar algunos síntomas específicos y mejorar el funcionamiento en una o más áreas.

CAPITULO VI

CAPITULO VI

METODOLOGIA

VI.1 Metodología

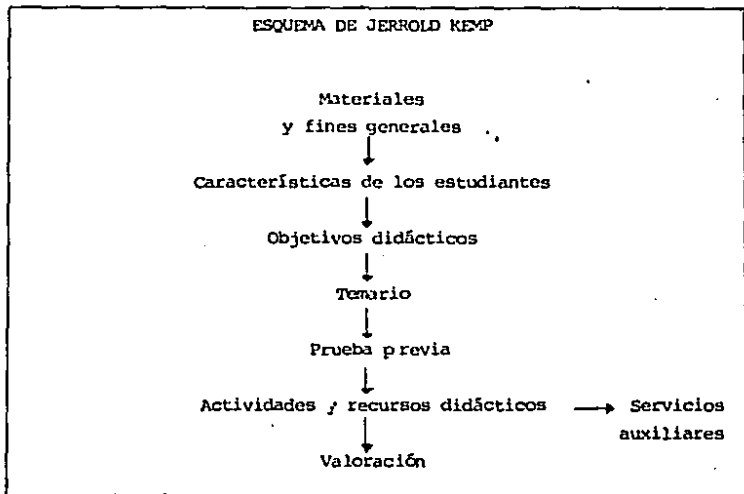
El programa de psicoterapia de grupo para pacientes esquizofrénico hospitalizados, fue diseñado en base al plan de diseño instruccional de Jerrold E. Kemp; denominamos diseño instruccional al enfoque y - procedimientos para la elaboración de dicho programa.

El plan de diseño instruccional consta de ocho etapas:

1. Se hace una lista de los temas, determinando el objetivo general de cada uno.
2. Se enumeran las características importantes del grupo estudiantil para cual va a diseñarse la instrucción..
3. Se especifican los objetivos docentes que se deben obtener en función de los resultados prácticos mensurables por parte del estudiante.
4. Se hace una lista de los temas que sirven a cada objetivo.
5. Se desarrollan pruebas preliminares para determinar la preparación - del estudiante y su nivel actual de conocimientos sobre el tema.
6. Se seleccionan actividades docentes y de aprendizaje, así como los - recursos instruccionales necesarios que deberán tratar los aspectos del tema para realizar los objetivos.
7. Se coordinan los elementos necesarios de presupuesto, personal, servicios, equipo y programas de tiempo para llevar a cabo el plan instruccional.
8. Se valora el grado de aprendizaje del estudiante en función de la --

realización de los objetivos, con vistas a revisar y rectificar las fases del plan que requieran mejora.

En el diagrama que se presenta se ilustra la relación de cada una de las etapas con las demás:



ADAPTACION DEL MODELO DE JERROLD KEMP A ESTE TRABAJO:

1. **Objetivo del programa:** Se determina el propósito o el objetivo general del programa.
2. **Características del grupo:** Aquí se describen las características importantes para el cual fue diseñado el programa.

3. **Objetivos particulares :** Se especifican los objetivos particulares - que se desean alcanzar; en lugar de los objetivos docentes, se especifican los objetivos psicoterapéuticos dado que se trata de un programa de psicoterapia.
4. **Áreas de trabajo:** Se hace una lista de las áreas de trabajo que ayudan a alcanzar cada objetivo particular. El programa se divide en seis áreas de trabajo ; tomando en cuenta las necesidades del paciente esquizofrénico donde se observa un pobre autoconcepto, dificultades en su capacidad para socializar, en sus relaciones interpersonales, la pobre capacidad para verbalizar sus sentimientos y para mantener en control sus impulsos, así como también existe una pobre conciencia de enfermedad mental. Las sesiones terapéuticas están encaminadas a mejorar estos aspectos; por lo que las áreas de trabajo engloban dichas necesidades del paciente.
5. **Prueba previa:** Consiste en la evaluación diagnóstica hecha por el -- psiquiatra, quien remite al psicólogo clínico los pacientes esquizofrénicos excluyendo a los de tipo crónico.
6. **Técnicas psicoterapéuticas:** Se especifican las técnicas psicoterapéuticas que se utilizan para llevar a cabo el programa.
7. **Servicios auxiliares:** Se especifican los elementos necesarios de personal, materiales y horarios, para llevar a cabo el programa.
8. **Valoración:** Este punto se omite para la elaboración de este trabajo.

VI.1.1 Características del grupo

El grupo de psicoterapia puede ser mixto y abierto; permitiendo la admisión de nuevos miembros. Se recomienda formar grupos de cuatro - personas como mínimo y doce personas como máximo; para que cada uno de los pacientes tenga la oportunidad de participar en el tiempo establecido que es de una hora de duración. Porque si es un grupo numeroso se hace difícil prestar atención a cada miembro, si es muy pequeño tienden a

producir largos silencios en la discusión,

En el grupo sólo se deben incluir pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM-III R, excluyendo a los de tipo crónico y a los pacientes muy perturbados que no puedan --- adaptarse a las reglas del grupo. No es determinante la edad ni el nivel socioeconómico, aunque sería más útil que fuera lo más homogéneo -- posible.

Nota: Favor de leer sugerencias (pág. 117) antes de aplicar - el programa.

VI.1.2 Objetivo del programa

Que el psicólogo clínico ayude al paciente esquizofrénico (excluyendo al crónico) a disminuir su deterioro afectivo y social; utilizando técnicas de terapia Gestalt, de psicodrama, dinámicas vivenciales técnicas de terapia Cognitiva-Conductual, ejercicios de psicomotricidad Juego, música y danza.

VI.1.3 Areas de trabajo que se estimulan en el programa

- I. Conciencia de enfermedad mental
- II. Autoconcepto-Autoestima
- III. Manejo de afectos
- IV. Manejo de impulsos
- V. Relaciones interpersonales
- VI. Socialización

VI.1.4 Desarrollo del programa

Se propone: seguir los siguientes pasos para el desarrollo del programa:

1. Reunir a los pacientes en el salón de terapia; explicando el horario y las reglas del grupo.
Reglas del grupo:
 - a) No se permite fumar durante la etapa física de calentamiento.
 - b) No están permitidas las expresiones físicas tales como agresiones o conductas de tipo sexual.

- c) Respeto: Todos tienen la oportunidad de hablar, procurando no interrumpir a los demás.
2. Etapa física de calentamiento: Se realizan ejercicios físicos sencillos de manera lenta, haciendo hincapié en sentir los movimientos, buscando que los pacientes se den cuenta que tienen voluntad de moverse.
- Los objetivos de esta etapa son:
- a) Relajación del cuerpo;
 - b) Reconocimiento corporal y conciencia de movimientos;
 - c) Reconocimiento de su ambiente.
3. Etapa de presentación: El terapeuta debe presentarse, pidiendo después a los pacientes que hagan lo mismo; permitiendo a los pacientes que digan lo que quieran sobre sí mismos.
4. Etapa de actividad terapéutica: Esta etapa es la más importante ya que se busca la expresión de sentimientos, la ubicación en el aquí y el ahora, se estimula a los pacientes a verbalizar sentimientos confusos mediante el contacto consigno mismos. Esta etapa comprende ejercicios de terapia expresiva, los cuales están dirigidos a los pacientes con dificultad de verbalización. Se realizan ejercicios diferentes buscando estimular la capacidad empática y fomentar la socialización.

Se realizan ejercicios de expresión gráfica, dado que las técnicas directivas y no verbales son recomendables para los pacientes esquizofrénicos a quienes con mucha frecuencia se les dificulta la verbalización. Los ejercicios psicodramáticos se deben utilizar según se requiera. Los ejercicios de psicomotricidad se pueden llevar a cabo una vez por semana lo cual estimula al paciente tanto para su integración grupal, como para lograr una mejor autoconciencia corporal y una mayor espontaneidad en la expresión de sentimientos y en la participación durante las sesiones.

Las técnicas que se deben utilizar para llevar a cabo esta etapa son las siguientes:

Técnicas de Terapia Gestalt: (Consultar capítulo V.3.4) Los -- principales recursos técnicos son la representación de roles, volver -- asertiva la pregunta, diálogo de partes de sí mismo en pugna, exagera-- ción de síntomas o conductas, promoción de la sensibilidad, del contac-- to humano, de la sinceridad, de lo que está experimentado uno en cada - momento respecto del otro o de sí mismo.

Técnicas de psicodrama: (Consultar capítulo V.3.6) Los recursos más usados de esta técnica con: a) el doble, en el que el Yo auxiliar - se ubica al lado del protagonista, tratando de adoptar al máximo la ac-- titud de éste último y de expresar todo aquello que el no percibe o evi-- ta explicar; b) la inversión de roles, en el que se intercambia un rol jugado por el protagonista con el de su interlocutor; c) el soliloquio, que consiste en decir en voz alta lo que se está pensando; d) espejo, en el que el Yo auxiliar limita al protagonista en todos sus movimientos y expresiones; e) la autopresentación; en la que el protagonista repre-- senta los personajes y situaciones de su vida cotidiana.

Técnica de terapia Cognitivo-Conductual: (Consultar capítulo -- V.3.7) Las técnicas cognitivas son las siguientes: a) identificación de pensamientos automáticos: el terapeuta ayuda al paciente a identificar-- las cogniciones inadecuadas y distorsionadas como por ejemplo los pen-- samientos de "todo o nada", el tomar ejemplos de algo negativo como si todo fuera a resultar mal, el descontar lo positivo, etiquetarse a sí - mismo negativamente, culpándose, etc. b) técnicas de retribución: se em-- plean cuando el paciente atribuye en forma poco realista las consecuen-- cias negativas de una deficiencia personal, se le ayuda a que atribuya la responsabilidad a quien realmente corresponda; c) búsqueda de solu-- ciones alternativas: esta técnica se refiere a la investigación de --- otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente; d) Ro le Playing (juego de roles), implica la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente o de ambos y la interacción social en el papel asignado, puede emplearse para mostrar al paciente un punto de vis-- ta alternativo o para explicarle los factores que intervienen con la ex

presión adecuada de sus emociones.

Las técnicas conductuales más utilizadas son las siguientes: a) programación de actividades; consiste en planificar el tiempo para impedir que el paciente permanezca en su estado de inmovilidad. b) Técnicas de dominio y agrado: se asignan tareas que el paciente domine o le agraden. (5)

Dinámicas Vivenciales: Estas técnicas son generalmente utilizadas por los grupos de encuentro (Consultar Capítulo V.3.8) Las dinámicas vivenciales consisten en actividades planeadas que involucran la participación de todos los miembros de un grupo, su principal función son el fomento de la socialización y de la cohesión de grupo. Existe una gran variedad de dinámicas vivenciales por lo que sería imposible enumerarlas en este punto. Las dinámicas vivenciales que se utilizan para llevar a cabo el programa son explicables en los ejercicios donde se requieran.

Ejercicios de psicomotricidad: Comprenden ejercicios físicos -- rítmicos, los cuales son métodos de canalización de energía ayudando sobre todo a pacientes muy retraídos; esta actividad somática puede ayudar a configurar la imagen del cuerpo y a que se produzca una nueva orientación de sí mismo.

**VI.1.5 Programa de Psicoterapia de Grupo para pacientes
esquizofrénicos hospitalizados.**

I. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL

Objetivo particular:

- Se pretende que el paciente adquiera conciencia de enfermedad mental con 3 sesiones y 2 ejercicios diferentes.

Ejercicio 1a: "Motivo de hospitalización"

Objetivo del ejercicio:

- Al final del ejercicio el psicólogo clínico se cerciorará de que el paciente haya identificado el motivo de su hospitalización.

Recursos materiales:

- Un salón amplio e iluminado

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Verbalización directiva hacia la autoconciencia

Instrucciones Específicas:

- Ninguna

Desarrollo:

- Cada uno de los pacientes expresará ante el grupo el motivo de su internamiento hospitalario.
- Es común que el paciente refiera no estar enfermo o no necesitar estar hospitalizado, por lo que el terapeuta debe preguntar acerca de los cambios que ha habido en su persona.
- Al final del ejercicio se pide a cada paciente que exprese cómo se se sintió al hablar de su enfermedad.

Ejercicio Ib : " Adquiriendo conciencia de enfermedad mental

Objetivo del ejercicio:

- Al final del ejercicio el psicólogo clínico se cerciorará de que el paciente haya identificado algunos de sus síntomas de enfermedad mental.

Recursos materiales:

- Un salón amplio e iluminado
- Pizarrón y gises
- Hojas y lápices

Número de sesiones: 2

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de terapia Gestalt
- Verbalización directiva hacia la autoconciencia

Instrucciones específicas:

- El terapeuta puede comenzar la sesión hablando sobre la importancia de conocer los síntomas de enfermedad mental, pidiendo al grupo que aporte vivencias personales.
- Explicar los síntomas de enfermedad mental en un lenguaje sencillo de manera que sea comprensible para todos.

Desarrollo:

- El terapeuta alentará a los pacientes a participar escribiendo en el pizarrón uno o más síntomas que consideren forman parte de cualquier enfermedad mental, ya sea que los presenten o no.
- El terapeuta y el cooterapeuta también participan tratando de que se incluyan en la lista los síntomas principales de la esquizofrenia.
- Se entregan hojas a todos para que escriban los síntomas de enfermedad que presentan o que presentaron en alguna ocasión.
- Cada paciente menciona sus síntomas de enfermedad ante el grupo para que logre identificarse con los demás miembros del grupo al observar que existen personas con problemas similares.
- Se pide a cada paciente que exprese cómo se sintió al hablar de su enfermedad.

II. AUTOESTIMA-AUTOCONCIENCIA

Objetivo Particular:

Se pretende que el paciente mejore su autoconcepto y por consiguiente - su autoestima durante 5 sesiones con ejercicios diferentes.

Ejercicio IIA: ¿Quién soy?

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a que empiece a hacer conciencia de sí mismo.

Recursos materiales:

- Un salón amplio e iluminado
- Papel y lápiz

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Técnicas directivas para fomentar la autoconciencia

Instrucciones específicas:

- El terapeuta procurará que el paciente hable de sí mismo sin desviarse hacia otros temas.

Desarrollo:

- Se dará a cada miembro del grupo el cuestionario adjunto para que terminen las frases incompletas.
- Cuando todos hayan terminado se les pide que expresen libremente - frente al grupo lo que anotaron y cómo se sintieron al hacerlo.

CUESTIONARIO

- 1 Mi personaje favorito es...
- 2 Si pudiera tener un deseo sería...
- 3 Me siento feliz cuando...
- 4 Me siento muy triste cuando...
- 5 Me enoja cuando...
- 6 Un pensamiento habitual que tengo es...
- 7 Algo que quiero pero que me da miedo pedir es...
- 8 Si fuera niño...
- 9 Lo mejor de ser yo es...

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 10 Detesto...
- 11 Necesito...
- 12 Deseo...
- 13 Físicamente soy...

Ejercicio Iib: " Cualidades y defectos "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a que reconozca sus cualidades y defectos.

Recursos materiales:

- Un salón amplio e iluminado con mesas
- Papel y lápices
- Pizarrón y gises

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Técnicas directivas para fomentar la autoconciencia

Instrucciones específicas:

- Escribir en el pizarrón lo siguiente:
 - * Mis cualidades son ...
 - * Mis defectos son ...

Desarrollo:

- Proporcionar hojas y lápices a cada miembro del grupo
- Pedir a los pacientes que escriban como mínimo tres cualidades y -- tres defectos.
- Indicar que no se incluyan cualidades ni defectos físicos
- Una vez que todos han terminado se les pide que formen un círculo - para comentar lo que escribieron.
- Pedir a cada miembro del grupo que exprese cómo se sintió al darse cuenta de que otras personas tienen cualidades y defectos similares a los suyos.

Ejercicio IIc: " Doble personalidad "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a darse cuenta de la naturaleza cambiante de la autoestima.

Recursos materiales:

- Un salón amplio e iluminado con mesas
- Hojas y lápices

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de terapia cognitiva-conductual

Instrucciones específicas:

- Explicar a los participantes lo fluctuante de la autoestima, algunas veces dramáticamente dentro de cada persona y a menudo durante el curso del mismo día. Mencionar que el ejercicio es para identificar estas experiencias y obtener control sobre ellas.

Desarrollo:

- Se indica a los pacientes que dividan una hoja en dos con una línea vertical, y escriban en el lado izquierdo ¿ Cómo me siento, pienso_ y actúo cuando estoy bien conmigo mismo?. En el lado derecho ¿ Cómo me siento, pienso y actúo cuando estoy mal conmigo mismo?
- Se les pide a los pacientes que observen estos dos estados como par te de ellos mismos.
- Se le pide al grupo que formen un círculo para que verbalicen lo -- que escribieron tratando de identificar el tipo de situaciones, experiencias , personas o eventos que afectan para elevar o disminuir la autoestima.

Ejercicio IID: "cambiando fallas y limitaciones"

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico promoverá en el paciente la autoaceptación de que todos tenemos fallas y limitaciones.

Recursos materiales

- Un salón amplio e iluminado
- Hojas y lápices

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de psicodrama

Instrucciones específicas:

- Ninguna

Desarrollo:

- Pedir a los participantes que escriban con letra de molde, en forma de lista y anónimamente, tres fallas o limitaciones, incapacidades_ o defectos más graves.
- Recoger las hojas, revolverlas y nuevamente volver a distribuir las.
- Cada paciente leerá las fallas escritas en las hojas como si fueran las suyas, las actuará explicándolas y exagerándolas, señalando los problemas que le causan y lo que cree que puede hacer para corregir las.
- Hacer ver a los pacientes que sus fallas no son tan terribles y que son compartidas por otros en el grupo.
- Comentar la experiencia en grupo.

Ejercicio II: " Lista de autoconceptos"

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a mejorar el autoconcepto y la autoestima.

Recursos materiales:

- Un salón amplio e iluminado con mesas
- Pizarrón y gises
- Hojas y lápices

Número de sesiones: 2

Técnicas utilizadas:

- Técnicas directivas para fomentar la autoconciencia

Instrucciones específicas:

- Se recomienda que al terminar el ejercicio se lea la declaración de autoestima de Virginia Satir.

Desarrollo:

- En el pizarrón se escribirá lo siguiente:

Soy una persona:

Inteligente	Tonta
Optimista	Pesimista
Flexible	Rígida
Relajada	Tensa
Cariñosa	Fría
Agradable	Desagradable
Alegre	Aburrida
Segura	Insegura
Importante	Insignificante
Activa	Pasiva
Independiente	Dependiente
Extrovertida	Introvertida

- Repartir hojas a los pacientes. Cada uno la dividirá en dos y escribirá del lado izquierdo los autoconceptos positivos y del lado derecho los autoconceptos negativos que crea tener.

- Comentar ante el grupo los siguientes puntos:
 - * ¿ Me fue difícil realizar el ejercicio?
 - * ¿ Qué puedo hacer para cambiar los autoconceptos negativos por -- otros más positivos?
 - * ¿ Cómo me siento al hablar sobre mí mismo frente al grupo ?

MI DECLARACION DE AUTOESTIMA

Virginia Satir

En todo el mundo no existe nadie igual, exactamente igual a mí. Hay personas que tienen aspectos míos, pero de ninguna forma el mismo conjunto mío, por consiguiente, todo lo que sale de mí es auténticamente mío, porque yo solo lo elegí.

Todo lo mío me pertenece, mi cuerpo y todo lo que hace: mi mente con todos sus pensamientos e ideas; mis ojos, incluyendo todo lo que ven; mis sentimientos, cualquiera que sean; ira, alegría, frustración, amor, decepción, emoción; mi voz fuerte o suave, y todas mis acciones sean -- para otros o para mí.

Soy dueño de mis fantasías, mis sueños, mis esperanzas, mis temores.

Son mis triunfos y mis éxitos, todos mis fracasos y errores, puesto que todo lo mío me pertenece, puedo llegar a conocerme íntimamente. Al hacerlo, puedo llegar a quererme y sentir amistad hacia todas mis partes.

Puedo oír, ver, sentir, decir, pensar, hacer. Tengo los medios para sobrevivir, para acercarme a los demás, para ser productivo, y para lograr darle sentido y orden al mundo de personas y cosas que me rodean.

Me pertenezco, yo soy yo y estoy bien.

III. MANEJO DE AFECTOS

Objetivo Particular:

- Se pretende que el paciente logre un mejor control emocional durante 9 sesiones con ejercicios diferentes.

Ejercicio IIIa: "Los cinco sentidos"

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico facilitará en el paciente la expresión de sus sentimientos.

Recursos materiales:

- Un salón amplio que permita el trabajo en subgrupos
- De preferencia es conveniente entregarles a los participantes una hoja impresa
- Hojas de rotafolio
- Lápices y plumones

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de terapia Gestalt
- Dinámicas vivenciales

Instrucciones específicas:

- Es conveniente que el instructor haga un preámbulo donde se destaque que la expresión de sentimientos para el conocimiento interpersonal. La evocación de experiencias gratas en forma sencilla para que esta manifestación emocional se realice.

Desarrollo:

- Se solicita a los pacientes que en una hoja impresa del ejercicio o en una hoja blanca, según el caso, anoten tres preferencias para cada uno de los sentidos perceptuales.
- Es importante hacerles hincapié a los participantes que expresen, con imaginación, lo que esté más próximo a sentir, inclinándose -- por la espontaneidad.
- Se pasa a formar subgrupos de cuatro o cinco personas para tratar de ponerse de acuerdo en un posible listado de gustos en conjunto.
- Se les entrega una hoja de rotafolio, un plumón por equipo, para -

- que anoten las conclusiones. Se proporcionan 10 minutos para eso.
- En equipo se analizan las hojas donde están las conclusiones de -- equipo, en función a las semejanzas y elementos comunes.
 - Se trata de llegar a conclusiones.

Los cinco sentidos

ME GUSTA ESPECIALMENTE:

VER:

1. _____
2. _____
3. _____

DIR:

1. _____
2. _____
3. _____

PALADEAR

1. _____
2. _____
3. _____

OLER:

1. _____
2. _____
3. _____

TOCAR:

1. _____
2. _____
3. _____

Ejercicio IIIb: " Identificación de sentimientos "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a que sea consciente de su estado de ánimo, estimulándolo a verbalizar sus sentimientos.

Recursos materiales:

- Un salón amplio e iluminado
- Pizarrón y gises

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de psicoterapia Gestalt

Instrucciones específicas:

- Ninguna

Desarrollo:

- Se pide a los miembros del grupo que se sienten cómodamente, que relajen su cuerpo y que pongan mucha atención en sus sensaciones corporales y en sus sentimientos.
- En forma espontánea cada miembro del grupo pasará al pizarrón a escribir su nombre y cómo se siente en ese momento.
- Enseguida que terminen todos se va a analizar lo siguiente:
 - * QUE les hace sentir de ese modo , y
 - * COMO se dan cuenta de ello
- El terapeuta pregunta alternadamente para que todos participen.

Ejercicio IIIc: " Identificando emociones "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a mejorar su capacidad --- para expresar sus propias emociones y a identificar las de los demás.

Recursos materiales:

- Salón amplio e iluminado
- Hojas con dibujos de caras con distintas expresiones

Número de sesiones: 2

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de psicodrama

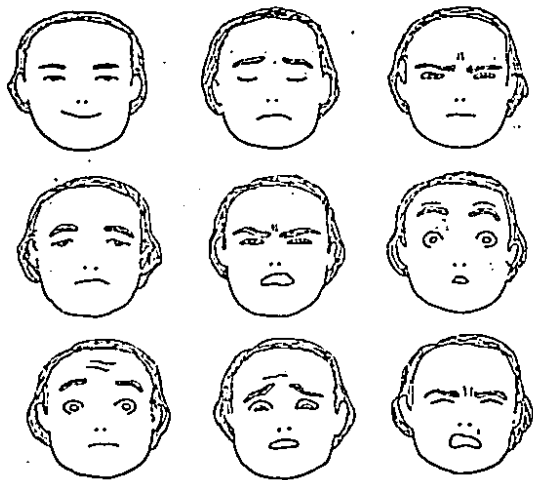
Instrucciones específicas:

- Ninguna

Desarrollo:

- Se forman equipos de cuatro a cinco personas, según sea el tamaño del grupo.
- Se les entrega una hoja con dibujos de caras con difenete expresión cada una de ellas y se les pide que identifiquen las emociones que expresan los dibujos. Colocarlas en el sitio que corresponda.

Miedo	Alegría
Tristeza	Reflexión
Asombro	Cólera
Sorpres	Insatisfacción
- Una vez que todos hayan terminado se pasa a formar un círculo para que cada equipo aporte sus respuestas.
- Después de esto, el terapeuta pedirá a los pacientes que pasen al centro uno por uno a expresar un sentimiento a través de gestos y conductas, sin palabras, para que los demás miembros del grupo lo identifiquen.
- Se comenta la experiencia en grupo cuestionando a los pacientes cómo se sintieron durante la realización del ejercicio.



Ejercicio IIIId: " Pensamiento vs. Sentimiento "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a que conozca la manera en que sus pensamientos influyen sobre sus sentimientos.

Recursos materiales:

- Salón amplio e iluminado

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de terapia cognitiva-conductual

Instrucciones específicas:

- Conocer la teoría de la terapia cognitiva-conductual
- Explicar en forma clara y sencilla la interrelación del sentimiento el pensamiento y la acción.

Desarrollo:

- El terapeuta pide a los pacientes que evoquen la más grande alegría que hayan tenido. Dar unos minutos para que piensen en ello.
- Después de esto se pasa a una exploración exhaustiva de los sentimientos que se presentan en los pacientes.
- Cada paciente verbalizará sus sentimientos
- Una vez que todos han participado, el terapeuta pide a los pacientes que recuerden el más grande dolor que hayan tenido.
- Se pedirá a los pacientes que expresen su sentimiento.
- Se trata de llegar a conclusiones comentando la experiencia y enfatizando la forma en que nuestros pensamientos influyen sobre nuestros sentimientos y cómo nuestros sentimientos influyen sobre nuestros sentimientos.
- Se debe alentar a los pacientes a cambiar sus pensamientos negativos por otros más positivos.

Ejercicio III.e: "Expresión de sentimientos en silla vacía"

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a expresar sus sentimientos.

Recursos materiales:

- Salón amplio e iluminado
- Cuestionario impreso

Número de sesiones: 2

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de psicodrama

Instrucciones específicas:

- El terapeuta debe conocer la técnica de silla vacía

Desarrollo:

- Entregar el cuestionario impreso a cada uno de los participantes.
- Se dan unos minutos para que los pacientes reflexionen sobre ello.
- El terapeuta debe pedir que en forma libre pase un paciente a sentarse en una de las sillas colocadas en el centro y que imagine -- que en la silla de enfrente se encuentra esa persona con la que -- quisiera hablar. Se estimula al paciente para que exprese sus sentimientos hablando en segunda persona, ej. Tú me haces sentir...
- La participación es voluntaria, si un paciente no desea realizar -- el ejercicio se respeta su decisión.
- Se pasa a comentar en grupo la experiencia.

CUESTIONARIO

- * Piensa en alguien a quien tú no puedas expresarle lo que sientes por él/ella.
- * ¿ Quién es ?
- * Describe la forma de ser de esa persona para contigo
- * ¿ Cuál es el sentimiento que no te atreves a expresarle ?
- * ¿ Cómo te das cuenta de tu sentimiento ?
- * ¿ Qué mejorará cuando logres expresárselo ?
- * ¿ Cómo se lo vas a expresar ?
- * ¿ Cómo te sientes al saber que puedes expresarlo ?

Ejercicio IIIf: " Dar y recibir aprecio "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico estimulará al paciente para que exprese sus -- sentimientos hacia los demás.

Recursos materiales:

- Un salón amplio iluminado

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de terapia Gestalt

Instrucciones específicas:

- Ninguna

Desarrollo:

- Pedir al grupo que se formen grupos de seis a ocho personas y que se sienten en círculos, dejando suficiente espacio en el centro para que una persona se sienta con comodidad.
- Se les indica que deben expresar qué es lo que les gusta de los otros integrantes del grupo y que tomen conciencia de cómo se sienten mientras dan y reciben este tipo de mensajes, que se den cuenta particularmente de sus sensaciones físicas.
- Una persona por vez se sentará en el centro y en tanto permanezca en el centro debe guardar silencio.
- Cada persona del equipo debe decirle tres o cuatro cosas que aprecia de la persona sentada en el centro, hablándole directamente.
- Cada miembro del grupo debe pasar al centro para recibir los mensajes de aprecio.
- Se comenta la experiencia en grupo. El terapeuta puede preguntar a cada miembro lo siguiente:
 - * ¿ Es sencillo y placentero para tí expresar tu agrado o te sientes incómodo?
 - * ¿ Puedes aceptar y disfrutar lo que otros te dicen o tiendes a rechazar estos mensajes de aprecio.

Ejercicio IIg: "No puedo-No quiero "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico logrará que el paciente se dé cuenta de que el "no puedo " implica muchas veces algo que es posible, pero que rehúsa a hacer, y el "no quiero " afirma la responsabilidad de las -- decisiones y las acciones.

Recursos materiales:

- Salón amplio e iluminado
- Hojas y lápices
- Pizarrón y gises

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de terapia Gestalt

Instrucciones específicas

- Ninguna

Desarrollo:

- Podir a los participantes que en una hoja escriban 10 frase que -- empiecen con " No puedo...", que se refieran a su vida familiar, de trabajo, vida social, etc. Y que las compartan con el grupo.
- Después de cinco minutos se pide a los participantes que releen las mismas frases, remplazando en "no puedo" por "no quiero".
- A todos los miembros del grupo se les pide que piensen qué experi-- mentaron en ese cambio.
- Compartir la experiencia e ir anotando en el pizarrón las diversas_ aportaciones.

Ejercicio IIIh: " Dibujo interior "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico alentará al paciente para que exprese sus sentimientos en forma gráfica.

Recursos materiales:

- Un salón amplio e iluminado
- Mesas y sillas
- Hojas y lápices de colores

Numero de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de terapia Gestalt

Instrucciones específicas:

- Ninguna

Desarrollo:

- Se proporcionan hojas blancas a todos los miembros del grupo y se ponen a su alcance lápices de colores
- Se pide a los miembros del grupo que cierren sus ojos y que tomen contacto con su cuerpo y con las sensaciones que realmente detecten que se den cuenta de cómo se sienten interiormente y que traten de expresar por medio de un dibujo ese sentimiento, las imágenes pueden ser formas abstractas o cosas reconocibles, pero que de algún modo los represente tal y como son realmente.
- Se les indica que abran sus ojos y que hagan el dibujo que exprese sus sentimientos, utilizando los colores que deseen.
- Una vez que todos han terminado se les pide que sostengan los dibujos de manera que los demás miembros del grupo puedan verlos, y que describan sus dibujos ante el grupo; mencionando cómo se sintieron al realizarlo.

IV. MANEJO DE IMPULSOS

Objetivo Particular:

- Se pretende que el paciente logre una mejor regulación y control de sus impulsos durante 4 sesiones y 2 ejercicios diferentes.

Ejercicio IV a: " ¿Cómo expreso mi agresividad? "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a que conozca formas de expresar su agresividad de una manera más positiva.

Recursos materiales:

- Un salón amplio e iluminado
- Pizarrón y gises

Número de sesiones: 2

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de terapia Gestalt
- Técnicas de psicodrama

Instrucciones específicas:

- El terapeuta puede iniciar el ejercicio definiendo en forma clara y sencilla lo que se entiende por agresividad, pidiendo aportaciones al grupo.

Desarrollo:

- Escribir en el pizarrón lo siguiente:
 - * Cuando me enojo...
 - * ¿Cómo me doy cuenta de ello?
 - * ¿Cómo puedo expresar mi agresividad en forma más positiva?
- Cada miembro del grupo participará comentando los puntos escritos en el pizarrón.
- El terapeuta puede sugerir formas de expresar la agresividad de manera más positiva.
- Pedir al grupo que seleccione de las aportaciones de todos, tres sugerencias para el manejo adecuado de la agresividad, que consideren son las mejores.
- Realizar ejercicio de silla vacía con los pacientes que deseen expresar sentimientos hostiles y se les pide que verbalicen cómo se

sintieron al realizar el ejercicio.

- Comentar en grupo la experiencia.

Ejercicio IVb: " ¿ Asertivo o Agresivo ?

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico hará consciente en el paciente el manejo de su agresividad

Recurso materiales:

- Salón amplio e iluminado
- Cartulina y plumones

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de terapia cognitiva-conductual

Instrucciones específicas:

- El terapeuta explicará de una manera sencilla los términos Asertivo Pasivo y agresivo, pidiendo ejemplos.

Desarrollo:

- Presentar al grupo una cartulina que contiene el manejo positivo y negativo de la agresividad.
- Dar 10 minutos para que los pacientes piensen y analicen lo siguiente:
 - * ¿Cuál es en general el manejo que hago de mi agresividad ?
 - ¿ Asertivo?
 - ¿ Pasivo ? o
 - ¿ Agresivo ?
- Cada miembro del grupo verbalizará acerca del manejo de su agresividad,
- Compartir experiencias entre los participantes.

Manejo negativo

Autodevaluación
Tristeza
Depresión
Culpa
Remordimientos
Apatía
Enfermedades
Explicaciones y
 disculpas
Resentimientos
Autodestrucción
Suicidio

Hacia adentro

A
G
R
E
S
I
V
I
D
A
D

Destruir objetos
Gritar
Insultar
Pegar
Levantar falsos
Sobreproteger
Asesinar

Hacia afuera

Baja autoestima= no asertividad

Manejo positivo

Autovaloración
Autoaceptación
Autoperdón
Uso de la razón
Ser consciente de mí
 mismo
Me hago responsable
 de mis sentimientos
Me hago responsable
 de mi realidad
Me hago responsable
 de mi conducta

Hacia adentro

Hacia afuera

Pido lo que necesito
Digo lo que no me gusta
Digo lo que siento
Deportes
Gimnasia
Otras actividades

Alta autoestima= asertividad

V. RELACIONES INTERPERSONALES

Objetivo Particular:

- Se pretende que el paciente mejore su capacidad para relacionarse con los demás durante 5 sesiones y 4 ejercicios diferentes.

Ejercicio Va: " Relaciones Humanas "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a que conozca lo necesario para un manejo adecuado en las relaciones humanas.

Recursos materiales:

- Salón amplio e iluminado

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas;

- Técnicas directivas.

Desarrollo:

- Colocarse sentados en círculo. Presentarse uno por uno. Decir además del nombre el estado civil y el lugar de donde proviene.
- Comentar acerca de los factores que en el momento actual hacen más necesaria y difíciles las relaciones humanas, ¿qué circunstancias y elementos en la terapia de grupo favorecen las buenas relaciones humanas?, ¿qué podemos hacer al respecto ?
- Reflexionar sobre "Lo que puedo hacer Yo para relacionarme mejor con los demás ".
- Comentar en grupo la experiencia.

Ejercicio Vb: " Presentación cruzada en primera persona "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico promoverá en el paciente el conocimiento interpersonal de una manera cordial y relajante.

Recursos materiales:

- Salón amplio e iluminado
- Tarjetas de catoncillo tamaño media carta o en su lugar hojas blancas.
- Pizarrón y gises
- Lápices suficientes para todos los participantes.

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Dinámicas vivenciales

Instrucciones específicas:

- El terapeuta anuncia una presentación de todos los miembros del grupo
- Toma una tarjeta y la dobla por la mitad a lo largo de la misma.
- Es importante que estos movimientos los realice lo más abierto posible para que todo el grupo los observe.
- Acto seguido, pide a los participantes que escriban por las dos caras de la tarjeta ya doblada, el nombre por el cual les gusta ser llamados, lo más grande y claro posible.
- Efectuado esto, se les indica cómo se harán las presentaciones.

Desarrollo:

- Cada persona busca a un compañero que debe ser aquel con el que se sienta más distante en ese momento, o el terapeuta estructura las parejas.
- Al que decida tomar primero la palabra se le denominará " A "; a la otra persona se le denominará " B "
- Durante cinco minutos, " A " platica de sí mismo tanto como pueda, procurando hablar de aspectos personales, pues de lo que se trata es de conocer a la persona. " B " no puede contestar ni preguntar nada, solamente debe escuchar.
- Se sigue el mismo proceso, pero ahora " A " escucha y " B " habla durante cinco minutos.

- Consumidos los 10 minutos, el terapeuta plantea que se presentarán individualmente a través de lo que pudo haber captado de su compañero. De tal manera que " A " desempeñará en primera persona (Yo) el papel de " B ", sin que este pueda intervenir para nada, así mismo " B " jugará el rol de " A " .
- Cada pareja intercambia sus respectivos gafetes y regresa con sus nuevos nombres a la mesa de trabajo.
- El terapeuta pide que se inicie la presentación , cuidando que se observe la espontaneidad de los pacientes.
- Concluida cada presentación personal se puede dar oportunidad al -- grupo para elaborar preguntas de carácter personal.
- Al finalizar, el terapeuta proporcionará tiempo para una reflexión sobre qué sintieron al representar y ser representado y a qué conclusiones se puede llegar.

Ejercicio Vc: " Mi familia "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a que analice la manera de relacionarse con los demás miembros de su familia y estimulará al paciente para que reflexione sobre cómo mejorar la forma de relacionarse con los mismos.

Recursos materiales:

- Papel y crayolas
- Pizarrón y gises

Número de sesiones: 2

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de terapia expresiva

Instrucciones específicas:

- El terapeuta debe explicar en forma clara los roles familiares: asertivo, pasivo, agresivo, afectuoso o indiferente.

Desarrollo:

- Se pide a cada uno de los pacientes que dibujen a su familia central (padres, hermanos, etc.) y que se dibujen ellos mismos dentro de ella.
- Enseguida se escribe en el pizarrón cómo se va a catalogar y a analizar la relación que existe entre los miembros. Se les indica que en su dibujo coloquen el signo o la línea que corresponde a su relación:
 - * Personas positivas en mi familia +
 - * Personas que me desagradan: -
 - * ¿ Con quién me comunico mejor y le tengo más confianza? ----
 - * ¿ Con quién me siento más distanciado ? vvvvv
 - * ¿ Qué papel juego dentro de mi familia? asertivo, pasivo, agresivo o indiferente.
- Cada miembro del grupo presenta su dibujo ante todos explicando -- sus relaciones familiares.
- Reflexionar sobre lo que puedo hacer " Yo " para mejorar la forma de relacionarme con los miembros de mi familia.

Ejercicio Vd: " Facultades "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico se cerciorará de que el paciente haya reconocido los puntos fuertes que tenga en el campo de las relaciones interpersonales.

Recursos materiales:

- Salón amplio e iluminado

Número de sesiones: 1

Técnicas psicoterapéuticas:

- Técnicas de terapia Gestalt

Instrucciones específicas:

- El terapeuta puede explicar que un punto fuerte puede ser cualquier cualidad, habilidad, conocimiento o rasgo de carácter positivo para comunicarse con otros, por ejemplo la claridad, la fluidez, la habilidad para convencer, energía, tolerancia, y habilidad para escuchar.

Desarrollo:

- El terapeuta debe invitar a un voluntario a que inicie la ronda: -- durante un minuto completo participará al grupo todos los puntos fuertes que se le hayan ocurrido respecto a sí mismo. Aquí se debe de hablar únicamente de lo positivo.
- Después otros miembros del grupo le dirán los puntos fuertes que piensan que él tiene y que no mencionó.
- Los demás hacen lo mismo.
- Expresar en grupo, los sentimientos que se presentaron durante la realización del ejercicio.

VI SOCIALIZACION

Objetivo particular:

- Se pretende mejorar en el paciente su capacidad para socializar -- durante seis sesiones y ejercicios diferentes.

Ejercicio VIa: " Fiesta de presentación "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a desarrollar su capaci-- dad para socializar.

Recursos materiales:

- Un salón amplio e iluminado
- Hojas y lápices
- Alfileres
- Gravadora y Cassettes

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Técnicas de terapia Gestalt
- Dinámicas vivenciales

Instrucciones específicas:

- Realizar el ejercicio con música

Desarrollo:

- Cada uno de los pacientes escribirá en un cuarto de hoja su nombre y una característica personal.

Ej. ERNESTO

SOY UNA PERSONA SENSIBLE

- Cada miembro del grupo se prenderá con un alfiler su hoja de pre-- sentación.
- Durante 15 minutos todos los participantes deben moverse al ritmo_ de la música para que tengan encuentros con el mayor número de pa-- cientes posibles, de manera que puedan leer las hojas de presenta-- ción de los demás miembros del grupo.
- Se les indica que se reúnan con tres de las personas que más les - hayan interesado en los encuentros previos.
- Se comenta la experiencia pidiendo a cada uno de los participantes que expresen cómo se sintieron durante el ejercicio.

Ejercicio VIIb: " Charadas "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a mejorar su capacidad para socializar a través del juego.

Recursos materiales:

- Salón amplio e iluminado

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- El juego
- Dinámicas vivenciales

Instrucciones específicas:

- El terapeuta explicará el ejercicio y pedirá que se formen subgrupos.
- Dará a dos de los subgrupos una frase escrita en cartulina, la cual deberá transmitirse con señas a los otros grupos.
- Únicamente se pueden utilizar ruidos o gestos para transmitirse la frase. No se permite hablar.
- Un grupo ejercerá como observador, sin posibilidad de participar en la adivinanza, juzgará el manejo de la información de los otros.
- El grupo tiene que adivinar la frase, puede formular preguntas al actor, siempre que éstas se contesten "SI" o "NO" de manera mímica
- Los dos equipos competidores tendrán un turno para competir y otro para adivinar.

Desarrollo:

- Se forman tres subgrupos
- Se entregan las tarjetas con las frases
- Se indica el inicio del juego
- Al finalizar los dos turnos de cada equipo se pide a los observadores que expongan sus comentarios.

Ejercicio VI: " Días de la semana "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a mejorar la capacidad para socializar a través de un ejercicio de competencia.

Recursos materiales:

- Un salón amplio con mesas
- Cuatro sobres cuyo contenido será:

- 1 er. Sobre: 12 letras N
32 letras E
en color rojo
- 2 do. Sobre 24 letras S
12 letras M
12 letras A
en color amarillo
- 3 er. Sobre 12 letras R
8 letras L
8 letras U
4 letras T
en color verde
- 4 to. Sobre 4 letras C
16 letras O
4 letras J
8 letras V
4 letras B
8 letras D
4 letras G
en color azul

Nota: las tarjetas en que irá cada letra puede ser de 6 X 10 cms.

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Dinámicas vivenciales

Instrucciones específicas:

Es necesario que el terapeuta maneje los envíos de recados arbitraria

mente, incluso siguiendo las instrucciones de los equipos.

Desarrollo:

- Terminada una discusión previa sobre las instrucciones, el terapeuta divide al grupo en cuatro equipos, de tal manera que se coloca a cada equipo en una esquina del salón.
- Se les indica que tienen que llegar a formar con las diferentes tarjetas los siete días de la semana. La única condición es que no podrán hablar de grupo a grupo. Tendrán que enviar recados con el terapeuta con el fin de ceder, pedir o intercambiar las tarjetas.
- Se pide a cada uno de los miembros que exprese cómo se sintieron -- trabajando en equipo.

Ejercicio VI: " Perfiles plurales "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a mejorar su capacidad --- para socializar a través de una actividad realizada en equipos.

Recursos materiales

- Salón amplio e iluminado con mesas
- Plumones de colores
- Hojas blancas y hojas de rotafolio

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas:

- Dinámicas vivenciales.

Instrucciones específicas:

- Cuidar la inducción entusiasta de los participantes

Desarrollo:

- Pedir a los miembros del grupo que formen parejas
- Se les informa que realizarán un dibujo cuyo contenido será el mismo para todas las parejas, a saber: el sol, la luna, un árbol y un perfil de hombre o mujer observando la escena.
- Se les pide que lleven a cabo la tarea en silencio, que usen el --- plumón al mismo tiempo siguiendo los trazos de las figuras juntos, sin soltarlo; la selección de colores también tendrá que ser una -- negociación sin palabras.
- Se les dan 20 minutos para esta etapa.
- Terminada la expresión pictórica se les solicita que escriban ¿ Qué es lo que está pensando el perfil humano?
- Se dan 10 minutos para esta etapa.
- Terminada la narración se pasa a agrupar las parejas, de tres a cuatro y se les entrega una hoja de rotafolio y un marcador para que contesten las siguientes preguntas:
 - * ¿ Fue difícil realizar el ejercicio?
 - * ¿ Qué tanto conocimiento interpersonal les proporciona el ejercicio?
- Se les dan 10 minutos para contestar esta etapa.
- Se comenta la experiencia y se dan cinco minutos para que platiquen entre sí en forma libre.

Ejercicio VI: " Psicomotricidad "

Objetivo del ejercicio:

- El psicólogo clínico ayudará al paciente a mejorar su capacidad --- para socializar a través del empleo de la música, la danza y de ejercicios de psicomotricidad.

Recursos materiales:

- Salón amplio e iluminado
- Grabadora y Cassettes

Número de sesiones: 1

Técnicas utilizadas

- Ejercicios de psicomotricidad
- La música y la danza

Instrucciones específicas:

- Se recomienda realizar el ejercicio una vez por semana

Desarrollo:

- Se dan al grupo las siguientes instrucciones:
 - * Cuando se de una palmada todos caminarán hacia al frente
 - * Cuando se den dos; caminarán hacia atrás
 - * Cuando se den tres; caminarán hacia los lados
- Después de esto, se pedirá a los pacientes que lleven el ritmo de la música:
 - * Con sus manos y brazos solamente
 - * Con sus piernas
 - * Con los hombros y después con todo el cuerpo.
- Se les pide que lleven el ritmo con un compañero, se les indica que pueden acdar libremente por el salón.
- Se les indica que realicen movimientos rígidos y sueltos alternadamente.
- Los pacientes que deseen bailar pueden hacerlo, el terapeuta tam--- bién debe participar.
- Formar un círculo con las sillas y comentar la experiencia.

CAPITULO VII

" CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS "

VII.1 Conclusiones

En la actualidad la psicoterapia de grupo va adquiriendo cada vez mayor importancia como parte del tratamiento integral de la esquizofrenia, ya que se ha comprobado que se logran mejores resultados cuando se combina el tratamiento farmacológico con la psicoterapia individual y grupal.

Diversos autores han realizado estudios donde se comprueban los efectos de la psicoterapia grupal sobre los pacientes esquizofrénicos; todos ellos coinciden en que el grupo terapéutico ayuda al paciente a mejorar su capacidad para socializar, a lograr una mayor madurez y flexibilidad en las relaciones interpersonales, a mejorar su contacto con la realidad, a lograr un mejor control emocional y una mejor regulación de los impulsos. Sin embargo en los estudios publicados no se diferencia ni se describe claramente el tipo específico de terapéutica que se empleó, por lo que era necesario elaborar un programa con objetivos planteados de acuerdo a las necesidades del paciente esquizofrénico, donde se explicaran claramente las técnicas terapéuticas utilizadas.

El fin de esta investigación fue diseñar un programa de psicoterapia grupal para pacientes esquizofrénicos hospitalizados, donde se explican los pasos a seguir para el desarrollo del mismo; especificándose también los objetivos de cada uno de los ejercicios, las técnicas psicoterapéuticas, los recursos materiales y las instrucciones específicas para llevar a cabo cada una de las sesiones terapéuticas, siendo un total de 26 ya que la media de hospitalización del paciente es de tres a cuatro semanas. Todo ello con el fin de brindar al psicólogo clínico un modelo terapéutico grupal para lograr la reintegración familiar y social del paciente al ser dado de alta.

Para la realización del programa se han tomado en cuenta las -- necesidades del paciente esquizofrénico, donde se observa un pobre auto concepto, dificultades en sus relaciones interpersonales, la pobre capacidad para verbalizar sus sentimientos y para mantener en control sus -- impulsos, así como también existe una pobre conciencia de enfermedad -- mental; por lo que las sesiones terapéuticas están encaminadas a mejorar estos aspectos, de este modo el programa de terapia está dividido _ en seis áreas de trabajo las cuales engloban dichas necesidades del paciente: I Conciencia de enfermedad mental, II Autoconcepto y autoestima III Manejo de afectos, IV Manejo de impulsos, V Relaciones interpersonales y VI Socialización. Cada área de trabajo comprende ejercicios diferentes para ser llevados a cabo durante las sesiones terapéuticas.

El programa de psicoterapia de grupo es de carácter ecléctico, _ ya que no se basa en un tipo específico de terapia, sino que combina -- técnicas de diversos modelos de psicoterapia. Aunque en la mayoría de _ las sesiones se utilizan técnicas de terapia Gestalt; ya que éstas son _ funcionales con el paciente esquizofrénico debido a que dichas técnicas hacen hincapié en la identificación y expresión de sentimientos, lo --- cual es de gran ayuda para el paciente, a quien se le dificulta la comprensión de los mismos. Además de las técnicas de terapia Gestalt, tam-- bién se utilizan técnicas de psicodrama, técnicas de terapia cognitiva conductual, dinámicas vivenciales, la música y la danza para un mejor - logro de los objetivos del programa.

Es importante señalar que que las causas de la esquizofrenia no se conocen todavía, diversas teorías nos dicen que se debe a causas bio lógicas o genéticas, bioquímicas, psicodinámicas, etc, pero muchos autores se inclinan a pensar de que se trata de una enfermedad multifactorial por lo que su tratamiento debe ser integral por lo que el programa de psicoterapia de grupo no se puede llevar a cabo como modelo único de tratamiento, es indispensable que se combine con el tratamiento farmacológico.

VII.2 Comentarios personales

En este punto hablaré acerca de mis vivencias personales al llevar a cabo el programa de psicoterapia grupal, el cual realicé basándome en mi experiencia de dos años en el manejo de este tipo de pacientes

El grupo terapéutico, dentro de la institución psiquiátrica forma parte del tratamiento integral del paciente esquizofrénico. La terapia es intensiva, ya que se realiza cinco veces por semana con una hora de duración por sesión.

El grupo terapéutico es coordinado por un terapeuta y por un -- coterapeuta; la coterapia ofrece muchas ventajas, por ejemplo, dos perspectivas enfocadas a un mismo problema, ya que un terapeuta puede sumergirse mucho en una situación, mientras que el otro puede observar el -- conjunto total; por lo que la ayuda del coterapeuta es indispensable en el manejo de los grupos esquizofrénicos.

Tenemos una hora fija y una aula fija, y nosotros como terapeutas somos estables. Los pacientes perciben con claridad cuando alguien falta por enfermedad o vacaciones; lo cual si no lo verbalizan en grupo vemos que lo llegan a manifestar de alguna otra manera, en muchos casos en forma inapropiada, ya sea a través de actitudes hostiles o rechazantes o por medio de críticas directas al terapeuta. Es importante considerar que cualquier cambio en el curso de las sesiones es notado por -- los pacientes quienes hacen reclamaciones al respecto, un ejemplo es -- suspender la etapa de ejercicios físicos, ya que cuando esto ha llegado a suceder, los pacientes piden que se realicen. Todo esto muestra lo -- importante que es para el paciente encontrar orden y firmeza, que exista estabilidad en el horario, y secuencia en el programa, ya que esto -- le ayuda a encontrar seguridad.

Tenemos ciertas limitaciones para llevar a cabo un orden psicoterapéutico más estable, ya que los grupos son abiertos, es decir, permiten el ingreso a nuevos miembros, quienes remplazan a los pacientes --

que han sido dados de alta.

Es importante señalar, de acuerdo a nuestras observaciones, que el terapeuta de esquizofrénicos debe ser firme y autoritario, pero a la vez debe ser cálido, con estabilidad en sus consignas y orden preciso - ya que de esta manera se obtienen mejores resultados.

Hemos ingresado al grupo pacientes negativistas o alucinados o hasta poco o nada socializados y hemos visto que en muchas ocasiones -- sesan esas actitudes alucinatorias durante la sesión de terapia, aunque su participación verbal es baja, notamos que prestan atención, escuchan y cooperan en las sesiones donde se emplean técnicas no verbales.

Al explicarles las reglas del grupo, la mayoría acatan nuestros lineamientos, y gustan de participar en forma espontánea, se da la libertad al grupo para que se decida si se permitirá fumar en la sesión o no, lo cual hace que el paciente sienta que se da importancia a sus opi niones.

Es evidente que las sesiones terapéuticas que los pacientes pre fieren son los ejercicios de socialización, los que realizamos un día - fijo a la semana por lo que un día antes varios miembros del grupo nos lo recuerdan. Observamos que los pacientes son más espontáneos durante y después de los ejercicios de socialización, al final de los cuales se interroga a los pacientes sobre su estado de ánimo y la mayoría general mente refiere sentirse "alegre" o "mejor que antes".

La conducta del paciente en las sesiones varía desde una pasivi dad y mudez, hasta la agresión verbal, la cual puede ser controlada por un adecuado manejo psicoterapéutico.

Con frecuencia al ingresar un paciente al grupo hace uso de sus síntomas y defensas para evitar la comunicación por lo que es recomendable que nosotros como terapeutas traduzcamos constantemente la conducta del paciente en palabras. También se pueden hacer comentarios sobre la

escasa conducta verbal del paciente.

Los pacientes nuevos en el grupo, no tienen interés en compar--tir sus pensamientos, sentimientos, su participación es superficial; --pero a medida que observan a sus compañeros hablar sobre estos aspectos ellos también lo hacen. Así poco a poco ellos también van participando, a medida que se sienten más confiados hablan de sus voces, de sus visio--nes, del transcurso de su enfermedad, de sus quejas al hospital, lo ---cual fomenta la cohesión de grupo.

El denominador común entre los pacientes es su deseo por salir_ del hospital, en muchos casos al quejarse de su estancia hospitalaria,_ se llegan a dar cuenta de hay pacientes en el grupo que tienen más tiem_ po y que no se quejan tanto, lo cual ayuda a tener mejores juicios de -realidad y mayor tolerancia a la frustración. El deseo del paciente de_ salir del hospital disminuye a medida que comprende y supera su deseo -de evitar la ansiedad causada por el tratamiento. Con frecuencia se --percibe angustia, ira y agresión en los pacientes, y el sentimiento se--cundario que se advierte es la tristeza debido al estar separados de --sus familiares.

En muchos casos nuestros pacientes poseen escasos recursos in--ternos y sociofamiliares, ya que por su edad, sus dificultades de adap--tación o por dejar el tratamiento farmacológico, les lleva a una croni--cidad en su cuadro, y así, a pesar de sus limitaciones de plantean me--tas y objetivos al salir de alta y al verbalizarlo y exponerlo a sus -compañeros les brinda seguridad, apoyo y confianza.

En mi opinión personal el trabajar continuamente con estos pa--cientes, el observar poco a poco su gusto por socializar, comunicarse _ con otros, encontrar amigos entre sus compañeros, ya que se piden direc--ciones, en fin todo ello ha sido una experiencia y una satisfacción en_ mi trabajo con esquizofrénicos.

VII.3 Sugerencias

- * Resulta indispensable para el logro de los objetivos de todo el programa que el paciente esté hospitalizado el tiempo necesario para completarlo.
- * Los pacientes no deben ser tratados por diferentes terapeutas, el terapeuta y el coterapeuta deben ser siempre los mismos.
- * Antes de ingresar al paciente a la terapia de grupo, se sugiere que se le entreviste en forma individual; informándole que dicha terapia forma parte de su tratamiento y que la asistencia al grupo es voluntaria. SE recomienda que el terapeuta explique al paciente que el grupo le proporciona a sus miembros la oportunidad para hablar de sus sentimientos, para que con el tiempo puedan comprender sus propias pautas de conducta, se le informa al paciente que no tiene que sentirse obligado a revelar algo que quiera mantener en secreto pero que la comunicación libre puede ayudarle a comprender sus problemas.
- * El terapeuta debe estar fácilmente disponible para discusiones en privado de los problemas del paciente que no pudiera verbalizarlos en grupo.
- * El terapeuta nunca debe forzar a ningún paciente a participar, si éste no lo desea.
- * El programa de psicoterapia no debe utilizarse como forma única de tratamiento, sino que debe ser llevado a cabo en combinación con la terapia individual y farmacológica, ya que esta última es indispensable en el tratamiento de la esquizofrenia.
- * El programa consta de 26 sesiones terapéuticas diferentes que están relacionadas entre sí, pero no es necesario que se siga el orden establecido , se pueden hacer variaciones.

- * Realizar los ejercicios de psicomotricidad con música, ya que esto mejora el estado de ánimo de los pacientes.
- * Complementar el programa de psicoterapia grupal con terapias ocupacionales y actividades deportivas llevadas a cabo con la supervisión de personal especializado, con el fin de fomentar el desarrollo de la capacidad de socialización.
- * No sujetarse al número de sesiones terapéuticas establecidas para cada ejercicio, si es necesario debe o puede repetirse la sesión, - lo cual se deja a criterio del terapeuta.
- * Ampliar el programa con ejercicios que tengan objetivos similares _ para darle variedad y para que no resulten repetitivas para los pacientes cuya estancia hospitalaria sea mayor a las cinco semanas .
- * Debido a que con frecuencia el paciente esquizofrénico presenta problemas de atención y memoria, es necesario reforzar continuamente - los objetivos de la terapia con la repetición de las sesiones realizadas anteriormente.
- * Llevar a cabo un seguimiento clínico con cada paciente utilizando - una escala para su valoración, se sugiere el PANS (Escala de síntomas positivas y negativos para la esquizofrenia).
- * Para los pacientes esquizofrénicos es recomendable que el material_ de terapia sea lo más concreto y gráfico posible, lo ideal es que - se escriban en un pizarrón los puntos a tratar, ya que es frecuente que los pacientes se salgan del tema.
- * Se sugiere, para futuras investigaciones, que se valore o compruebe la eficiencia del programa de psicoterapia a través del empleo de - pruebas psicológicas.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- (1) ACEVEDO IBAÑEZ, Alejandro. Aprender Jugando (60 dinámicas vivenciales), Tomos I y II
México, Acevedo y asociados, 5a. Edición, 1985
- (2) ALEXANDER L. Treatment of Mental Disorder
New York, Warner Books, 1976
- (3) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-III R. Manual Diagnóstico y Estadístico
España, Editorial Masson, 1989
- (4) BAUMGARDER, Patricia & Perls, Fritz. Terapia Gestalt
México, Editorial Concepto, 1982
- (5) BECK, Aaron T. Dr. Terapia Cognitiva de la Depresión
Editorial Merck Sharp & Dohme Internacional, 1976
- (6) BELLAK, L. Esquizofrenia (Revisión del Síndrome)
Barcelona, Editorial Herder, 1962
- (7) BERNE, Eric. Juegos en que participamos
México, Editorial Diana, 17a. Impresión, 1986, pp. 198
- (8) BRACELAND, Francisco & Stack Michel. Psiquiatría Moderna
Madrid, Editorial Gredas, 1967
- (9) CAPPON, Jorge. El Movimiento de Encuentro en Psicoterapia de Grupo. México, Editorial Trillas, 1978
- (10) CASO, Agustín. Fundamentos de Psiquiatría
México, Editorial Limusa, 1140 pp., 1982
- (11) DONELL, Pacho O. Psicoterapia Grupal
Buenos Aires, Amorrortu, 300 pp. 1974

- (12) DORSH, Friedrich. Diccionario de Psicología
España, Editorial Herder, 4a. Edición. 1070 pp. 1981
- (13) FREEDMAN, Alfred M., et. al. Tratado de Psiquiatría
España, Editorial Salvad, 1985
- (14) GARFIELD, Sol. Psicología Clínica
México, Editorial el Manual Moderno, 463 pp. 1974
- (15) HALLEY, Jay. Estrategias en Psicoterapia
Barcelona, Editorial Toray, S.A. 246 pp. 1971
- (16) HENRRIEY. Tratado de Psiquiatría
Barcelona, Editorial Toray-Massor, S.A., 1978
- (17) HOFLING. Tratado de Psiquiatría
México, Editorial Interamericana, 2a. Edición, 1961
- (18) KADIS, Asya I. et. al. Manual de Psicoterapia de grupo
México, Fondo de Cultura Económica, 212 pp. 1982
- (19) KEMP, Jerrold E. Planeamiento Didáctico. (Plan de Desarrollo
para Unidades y Cursos)
- (20) KOLB, Lawrence & Keith, Brodie. Psiquiatría Clínica
México, Editorial Interamericana, 850 pp., 1985
- (21) LOYA, Beltrán, Concepción. La labor del trabajador social en
las instituciones psiquiátricas. Tesis profesional que pa
ra obtener el título de Licenciado en Trabajo Social.
U.A.G., 1989
- (22) MACKINNON, Roger A. & Michels, Robert. Psiquiatría Clínica
Aplicada, México, Editorial Interamericana, 432 pp
1983
- (23) MINROWSKI, E. La Esquizofrenia (Psicopatología de los esquizoi
des y los esquizofrénicos)
Buenos Aires, Editorial Paidós, 218 pp. 1980

- (24) NUÑEZ, Daniel. El hospital de día, una necesidad del paciente psiquiátrico hoy
Zapopan, Jal., VII Reunión del Capítulo Jalisco de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, 1989
- (25) RODRIGUEZ Estrada, Mauro. Autoestima
México, Editorial El Manual Moderno, 2a. Ed. 1988
- (26) RODRIGUEZ Estrada, Mauro. Relaciones Interpersonales
México, Editorial El Manual Moderno, 2a. Ed. 1988
- (27) ROGERS, Carl. Psicoterapia Centrada en el Cliente
Buenos Aires, Editorial Paidós, 459 pp., 1981
- (28) STEVENS, John. El Darse Cuenta
Buenos Aires, Editorial Cuatro Vientos, 262 pp. 1978
- (29) VALENCIA, C. M. Una alternativa al tratamiento del paciente psicótico hospitalizado
Guadalajara, Jal., X Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, 1987
- (30) VIDAL Alarcón, Psiquiatría
Buenos Aires, Editorial Panamericana, 1986
- (31) WALSH, Maryellen. Shizophrenia
New York, Warner Books, 1986
- (32) WARREN, Howard C. Diccionario de Psicología
México, Fondo de Cultura Económica, 1982
- (33) ZAX, Melvin & Cowen Emory L. Psicopatología
México, Interamericana, 2a. Ed. 452 pp., 1979