



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**DINAMICAS DE GRUPO. UNA ALTERNATIVA
EN EL COMPLEMENTO DEL TRATAMIENTO
DE PACIENTES PSIQUIATRICOS
HOSPITALIZADOS**

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
CARMEN LUNA BAEZA

Directora de Tesis: Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo

México, D. F.

1993





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

I N D I C E

INTRODUCCION.	V
RESUMEN.	IX

PRIMERA PARTE

MARCO TEORICO

CAPITULO I	EL GRUPO EN EL AMBIENTE TERAPEUTICO INSTITUCIONAL.	
1.1	Etimología y Definición de Grupo	1
1.2	Antecedentes en Psicoterapia de Grupo	7
1.3	Dinámica de Grupo	17
CAPITULO II	LA ENFERMEDAD MENTAL	
2.1	Antecedentes Históricos del Concepto de Enfermedad Mental	29
2.2	Definición y Clasificación de Enfermedad	41
2.3	Generalidades y Características de la Psicosis.	48
CAPITULO III	INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS	
3.1	Objetivos y Funciones del Hospital Psiquiátrico	54

CAPITULO IV	ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	64
-------------	-------------------------------	----

SEGUNDA PARTE

CAPITULO V	METODOLOGIA	
------------	-------------	--

5.1	Planteamiento del Problema	83
5.2	Hipótesis: Alterna y Nula	86
5.3	Variables	89
5.4	Instrumentos de Medición	89
5.5	Selección de la Muestra	93
5.6	Procedimiento de la Investigación	94

CAPITULO VI	RESULTADOS Y CONCLUSIONES	
-------------	---------------------------	--

6.1	Descripción de los Resultados	103
6.2	Discusión y Conclusiones	137
6.3	Limitaciones y Sugerencias	143

ANEXOS:

Factores (contenido y medición)	145
Cuestionarios	157 y 161
Hoja de Respuestas	160
Hoja de Registro de Observaciones	165

BIBLIOGRAFIA.	167
---------------	-----

INTRODUCCION.

El enfermo mental no está ajeno a nuestra vida cotidiana, como psicólogos y profesionistas de la salud mental es el núcleo central de nuestra actividad laboral, como sujeto de tratamiento o de investigación. Como cualquier persona forma parte de la sociedad, aunque no siempre esté integrado a ella, a veces lo encontramos relegado de la familia y considerado motivo de vergüenza para ésta, en ocasiones lo encontramos en una institución psiquiátrica y, en no pocos casos, conviviendo en el seno familiar sobre todo cuando él o su familia considera innecesario el tratamiento.

La asistencia psiquiátrica al enfermo mental es y ha sido siempre compleja y problemática. Por sus frecuentes altas y reingresos hospitalarios, su precaria situación existencial y la amenaza de continuas crisis, nos lleva a la búsqueda de alternativas que sirvan de apoyo al tratamiento médico y es así como las Dinámicas de Grupo se han considerado como complemento en el tratamiento del paciente psiquiátrico hospitalizado, y su objetivo es lograr en el paciente una cierta conciencia de enfermedad mental y una mejor adaptación al ambiente institucional.

Para realizar la investigación, fue necesario hacer una revisión de la etimología, orígenes y definición de grupo, antecedentes de psicoterapia de grupo, orígenes de

la dinámica de grupo, antecedentes históricos, definición y clasificación de enfermedad mental, generalidades y características de la psicosis e instituciones psiquiátricas, así como el desarrollo de trabajos de grupo que se han llevado a cabo con este tipo de pacientes. Cabe mencionar que los trabajos de investigación en México, son contados, existe poco material, observamos que aunque se realizan diferentes programas de rehabilitación del enfermo mental, no se le ha dado importancia a la necesidad de llevar un control sobre el desarrollo, aplicabilidad, efectividad y resultados de los tratamientos.

Para llevar a cabo esta investigación, se recurrió a la dinámica grupal con un enfoque breve, directivo y de juego. Se trabajó con pacientes psiquiátricos hospitalizados del sexo femenino, con edades entre 18 y 50 años, alfabetizadas y en remisión de crisis. Con el propósito de verificar su aplicación y que no quede tan solo como un planteamiento teórico se programó la integración de dos grupos de pacientes: uno experimental y otro control.

Los instrumentos de medición utilizados fueron: el Inventario de las Concepciones del Rol del Paciente Psiquiátrico de Levinson y Gallagher (1964, 1971); el Cuestionario de Locus de Control Interno-Externo de Rotter

(1965) y el Cuestionario de Conciencia de Enfermedad Mental del Dr. Juan C. Betta (1977). Dichos Instrumentos fueron aplicados antes y después de la dinámica grupal al grupo experimental (11 pacientes). Los mismos cuestionarios fueron aplicados a la muestra control (11 pacientes).

Posteriormente se efectuó un análisis comparativo entre el grupo experimental (al que se le aplicó el programa de dinámicas y el tratamiento farmacológico usual de la institución) y el grupo control (el que solo recibió el tratamiento usual de la institución). De esta manera se aprecia y valora el beneficio que pueda aportar el programa de dinámicas de grupo, a los pacientes psiquiátricos en el ambiente institucional.

Los resultados muestran que no hubo diferencias significativas respecto a locus de control de externo a interno; en las concepciones del rol del paciente psiquiátrico, no se encontraron diferencias significativas, sin embargo en algunos de los 12 factores se nota una tendencia a mejorar la imagen, sentimientos y actitudes hacia el medio hospitalario. En conciencia de enfermedad mental sí se encontraron diferencias significativas, ya que se logró el efecto esperado en el grupo experimental después de las dinámicas de grupo.

Como se observa del tema, el programa de dinámicas de

grupo se propone como apoyo al enfermo mental durante su estancia hospitalaria. Se trata de un programa básico, que en mucho ayudará al enfermo y, además, permitirá un mejor conocimiento de éste y sus necesidades para lograr que el tratamiento sea lo más idónea a la realidad del paciente.

RESUMEN.

Se trabajó con una muestra de 22 pacientes psiquiátricos hospitalizados distribuidos en dos grupos: experimental y control, (11 pacientes en cada uno) del sexo femenino, entre 18 y 50 años de edad, todas las pacientes leen y escriben. A ambos grupos se les aplicó 3 cuestionarios antes y después de las dinámicas: el cuestionario de Locus de Control Interno-Externo, de Rotter (1965), el Inventario de las Concepciones del Rol del Paciente Psiquiátrico de Levinson y Gallagher (1964, 1971) y el Cuestionario de Conciencia de Enfermedad Mental del Dr. Juan C. Betta (1977).

Para posibilitar una mejor integración y mayor atención el grupo experimental se subdividió en dos, con éstos se llevaron a cabo 6 sesiones de dinámica grupal, 3 veces por semana, en un horario de 7:30 a 8:30 A.M. Las sesiones se realizaron en el 7o. Piso, Sección Mujeres del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Antes de cada dinámica, se pasaba a los dormitorios para avisar a las pacientes del inicio de la sesión algunas ya estaban listas y dispuestas, a otras había que despertarlas. Cada una llevaba su silla al cubículo y colocaban en círculo. En la primera sesión se les dio la bienvenida y las gracias por asistir, en ésta se les explicó el procedimiento a seguir y en que consistían las

dinámicas, cuyo objetivo era complementar el tratamiento farmacológico que seguían. En esta sesión, las pacientes se mostraron recelosas y a la expectativa, la mayoría expresaba no saber porqué estaban ahí, otras decían que sus familiares las llevaron porque ahí estarían seguras, algunas otras mostraban su enojo: el contenido más expresado durante la dinámica era el deseo por salir del hospital.

En las siguientes sesiones las pacientes se fueron integrando, se veían menos ansiosas, más participativas e interesadas por conocer las causas de los malestares secundarios al medicamento, hacían preguntas a sus compañeras, hablaban de sus sentimientos de abandono, su preocupación por los hijos; algunas pacientes nos preguntaban si podían invitar a sus compañeras de dormitorio, las pacientes "sentían" que se les estaba brindando una atención que antes no tenían. En las últimas sesiones se mostraban más confiadas, hablaban de sus temores, voces, visiones, y sobre todo expresaban sus quejas de la atención hospitalaria que recibían.

Al finalizar el ciclo de las dinámicas de grupo, se les pidió acudieran a contestar los cuestionarios y que con esto dábamos por terminado el programa agradeciéndoles su colaboración.

PRIMERA PARTE

CAPITULO I

MARCO TEORICO

Para una mejor comprensión del tema propuesto en el presente trabajo, nos avocamos primeramente a destacar los aspectos conceptuales de grupo, su etimología, los aportes de los diferentes autores, así como sus diversos enfoques.

Incluimos asimismo los orígenes, las áreas de influencia, las técnicas que conforman "la dinámica de grupos", con el propósito de disponer de un marco teórico y conceptual apropiado, que permita su uso en el posterior desarrollo del tema.

Por otro lado es importante destacar que este campo ha sido someramente investigado en su uso psiquiátrico. Su escasa aplicación en esta área ha buscado desarrollar programas de apoyo para el tratamiento. Tanto en el área diagnóstica a través de cuestionarios y tests psicométricos, como en el área de tratamiento con programas de resocialización. La mayor parte de estos trabajos tienen corta duración (sólo el tiempo que llevó la investigación), sin que haya habido esfuerzos por realizar un seguimiento del tratamiento y sus repercusiones.

1.1 ETIMOLOGIA.

El concepto de grupo proviene del idioma italiano *gropo* o *gruppo*. Palabra técnica empleada en las bellas artes, que se usaba para señalar a varios individuos, pintados o esculpidos, componentes de un tema. En Francia,

la primera aparición del término se encuentra en la traducción que hizo R. de Piles, del De Arte graphica de Du Fresnoy; y fue hasta mediados del Siglo XVIII que con este concepto se designaba a una reunión de personas.

Simultáneamente también aparecen en alemán y en inglés vocablos similares: Grupp en alemán y Group en inglés.

Al parecer y en sus orígenes el sentido que se le dio al concepto gruppo era nudo, antes de conceptualizársele como reunión, conjunto. Los expertos lo relacionan con el antiguo provenzal grop=nudo, y suponen que deriva del germano occidental Kruppa igual a mesa redonda. Groupe o croupe (grupa) se originaron en la idea de círculo.

Etimológicamente pues el concepto de gruppo, nos indica dos vertientes que nos conducen a los conceptos de nudo y círculo. La palabra nudo con el tiempo se reproduce en grupo, hasta extinguirse en él como grado de cohesión entre los miembros. En cuanto al concepto de círculo, se distinguió como una reunión de personas. (Anzieu; Jacques 1971).

DEFINICION DE GRUPO.

El concepto de grupo ha sido de gran interés para los expertos, al tratar de definirlo o conceptualizarlo, pues es un término de relevancia en la psicología clínica,

educativa, industrial y social. Algunos estudiosos del tema, han propuesto diversas definiciones encontrándose en éstas algunos puntos de contacto, que permiten su uso en diferentes áreas de especialidad.

Para definir a un grupo se debe considerar su tamaño, duración, objetivos, actividades y estructura interna.

La definición aportada por Brodbeck (1958) es "la suma de individuos situados en ciertas relaciones descriptivas (es decir, observables) entre sí" y la usa para identificar a una amplia clase de entidades sociales, que comúnmente llamamos grupos. Desde luego, los tipos de relaciones ejemplificadas dependerán del tipo de grupo o lo determinarán, sea una familia, un auditorio, un comité, un sindicato de trabajadores o una multitud. De esta definición, se pueden distinguir los elementos que caracterizan al concepto. El primer elemento caracterizador es el hecho de que está integrado por un número de personas. Las personas que señala este autor como integrantes del concepto grupo, no es una colección arbitraria de gente, como es el caso del conjunto de personas que se reúnen ocasionalmente para abordar un transporte público. El concepto de grupo propuesto por Brodbeck, requiere para que merezca esta conceptualización el hecho de que el conjunto de personas estén reunidas de un modo definido.

Las personas que comparten ciertos rasgos, permiten en algunos casos su clasificación, porque el pertenecer al mismo grupo social, implica la existencia de interrelaciones concretas y dinámicas entre las personas. Así por ejemplo el grupo formado por el padre, la madre y el niño forman un grupo natural con interrelaciones bien concretas y dinámicas entre ellos mismos, pero no es el caso del niño respecto a otros niños, el esposo a otros hombres o la mujer a otras mujeres. (mencionado por Cartwright y Zander 1980).

Por otra parte también se ha definido el concepto grupo, como el conjunto de individuos cuyas relaciones mutuas hacen a éstos interdependientes en algún grado significativo. Siguiendo esta definición, la interdependencia es lo que caracteriza a los integrantes del grupo. Los grupos pueden variar según su naturaleza y el grado de interdependencia que existe entre sus miembros.

. Desde la sociología, grupo se refiere al número de personas que interactúan entre sí según patrones establecidos. De esta definición lo importante es la frecuencia de interacción, así como que las personas interactuantes se definan a sí mismas como miembros.

La aportación de Homans (1950), es que el grupo está definido por un cierto número de personas que se comunican a menudo entre sí, durante un período de tiempo y que son

lo bastante pocos para que cada persona pueda comunicarse con todos los demás, no indirectamente, ni mediante intermediarios, sino cara a cara. (mencionado por Cirigliano y Villaverde 1966).

En tanto la proposición de Newcomb (1951), es la idea de que lo que distingue a un grupo es el hecho de que sus miembros compartan normas respecto a algo. (mencionado por Cartwright y Zander 1980).

Por su parte Shaw, M. (1986), define al grupo como la reunión de dos o más personas que interactúan mutuamente de modo tal que cada persona influye en todos los demás y es influenciada por ellos.

Ahora bien, la tradición psicoanalítica se ha ocupado más de los aspectos intrapsíquicos de los grupos, promoviendo un tipo diferente de interdependencia. Así Scheindlinger (1952), siguiendo esta orientación, señala que: dos o más personas constituyen el grupo psicológico, si escogen los mismos ideales para identificarse entre sí. (mencionado por Cartwright y Zander 1980).

Desde el punto de vista de Redl (1951), la formación de grupos se presenta cuando varios individuos utilizan los mismos objetos como medios de liberar conflictos internos, a través de nexos comunes con el líder que puedan provocar lazos afectivos entre sus integrantes. (mencionado por

Cartwright y Zander 1980).

La definición que hace Pichon-Riviere es que "El grupo es un conjunto restringido de personas ligadas entre sí por constantes de tiempo o espacio y articulados por su mutua representación interna, que se propone en forma explícita o implícita una tarea que constituye su finalidad. (mencionado por Pavlovsky 1986).

Desde su postura Freud (1922-1945), manifiesta que un conjunto de individuos se convierte en grupo al identificarse con el líder, quien representa una combinación de sus ideales yoicos proyectados. (mencionado por M. Kissen 1979).

La importancia de la aportación de Bion (1947-1948), es el esfuerzo encauzado al estudio e investigación de los procesos de grupo. El menciona que en cada grupo existen dos niveles: Cuando el grupo se conduce basado en la realidad se refiere a él como grupo de trabajo, en el cual los esfuerzos se dirigen hacia la realización de una tarea y sus miembros cooperan para efectuar la misma, de manera racional. Por otro lado, cuando el grupo cuya relación con la realidad es casi nula y cuyo comportamiento tiene características regresivas. El autor se refiere a este grupo de supuestos básicos como creencias emocionales comunes a todos los miembros, las que los llevan a compartir determinado tipo de fantasías y deseos

inconscientes que expresan necesidades básicas del grupo como un todo, y que forman los supuestos básicos de dependencia: el grupo depende y se apoya en el líder, al que idealiza. Este líder debe ser omnipotente; de lucha y fuga: el grupo se siente amenazado por un perseguidor, lo cual lo lleva a agredir y defenderse buscando un líder con características de caudillo. El líder de este grupo debe ser invencible e inalcanzable; y el supuesto básico de emparejamiento: el grupo centraliza el liderazgo en una pareja creándose emociones de expectativas. En este grupo reina una atmósfera de optimismo, el líder debe ser maravilloso, pero sin haber nacido.

Las diferencias entre los dos niveles del grupo, son bastante evidentes, este último no se proyecta hacia una realidad externa sino hacia fantasías internas que se desahogan impulsiva e indiscriminadamente. No aprenden de la experiencia, ni se adaptan, sino que se resisten al cambio. (mencionado por M. Kissen 1979).

Consideramos importante señalar que todos los grupos viven estos momentos o supuestos y que como sujetos todos formamos parte de un grupo. Los pacientes psiquiátricos no escapan de esta realidad.

1.2 ANTECEDENTES DE PSICOTERAPIA DE GRUPO.

A partir de la observación de nuevos problemas, en el

área de la salud, se han innovado técnicas para tratar de describir, analizar y en su caso definir, las situaciones que en ellas se plantean; esto ha permitido que se aporten conocimientos, todos ellos encaminados a una mejor comprensión de los padecimientos, y en consecuencia, mejores resultados en el tratamiento aplicado a los pacientes.

La psicoterapia de grupo se remonta a los orígenes de la humanidad y a través de la historia, nos damos cuenta de su aplicación y funcionamiento en diversos grupos, en los que se ha percibido su utilidad para fines diversos. Así se ha utilizado por dirigentes espirituales, políticos, militares y con finalidades terapéuticas.

Una meta esencial en toda psicoterapia de grupo es la de motivar el cambio en los pacientes, tomando en cuenta que deben ser ellos mismos los que den ese cambio. En la psicoterapia de grupo se desarrollan actitudes más realistas, le ayuda al paciente a tolerar las reacciones emocionales y los síntomas relacionados a obtener más confianza en sí mismo y a conocer sus limitaciones e insuficiencias.

Los comienzos de la terapéutica de grupo, se atribuyen no a un psiquiatra sino a un internista, Joseph Harry Pratt, quien a principios de este siglo, funda la clínica de Control del Pensamiento en el Hospital de Massachusetts.

En 1905, Joseph Harry Pratt, inicia investigaciones con pacientes tuberculosos, los agrupa para ayudarse entre sí, con el fin de acelerar su recuperación empleando "El Método de Clase", que consistía en brindar conferencias acerca de su enfermedad así como medidas higiénicas para su restablecimiento. Pratt, pensó que con la aplicación de la psicoterapia de grupo a los pacientes con problemas de afección y de rechazo similares, podría obtener resultados positivos.

En 1930, aplicó el mismo método en el tratamiento de pacientes psiquiátricos. (mencionado por J. Cappon 1978).

A Marsh, L.C., se le considera pionero de la Psiquiatría Social por la importancia que daba al entrenamiento del hospital para lograr la rehabilitación de los pacientes. En 1909, utilizó el "Método de Clase" agregando al mismo una orientación religiosa con pacientes psicóticos. Su idea sobre la eficacia de la terapia de grupo radicaba en que "la masa había hecho que el individuo enfermara y la masa lo curaría". (mencionado por J. Cappon 1978).

Igualmente, Lazell, en 1921, utilizó "El Método de Clase" con pacientes psicóticos del Hospital St. Elizabeth, en Washington. Consideraba que los pacientes al compartir su enfermedad y problemas con otros de similar condición se

beneficiaban y percibirían al médico menos amenazante al tratar a los pacientes en grupo. (mencionado por J. Cappon 1978).

El trabajo realizado con grupos, tanto con afecciones somáticas como psiquiátricas tienen un carácter didáctico, inspiracional y represivo. El trabajo en esta fase inicial de psicoterapia de grupo se basaba en ideas sobre el funcionamiento de los grupos, bajo el liderazgo del médico quien mostraba genuino interés en la recuperación y el propósito de disminuir el sentimiento de aislamiento de sus pacientes.

Los terapeutas americanos Wender y Schilder, empezaron su trabajo con grupos y aunque conservaban ciertos patrones didácticos, integraron en su trabajo conceptos psicoanalíticos.

En 1930, Wender, como Director de un Hospital en Nueva York, establece un programa, en éste el paciente colabora en el funcionamiento de la institución. Se le considera como uno de los iniciadores de la Psiquiatría Social y la comunidad terapéutica. Combinaba las sesiones individuales con las de grupo; observó en el grupo menos resistencias, mayor espontaneidad y el desarrollo de la transferencia no sólo era hacia el terapeuta, sino hacia los demás integrantes del grupo. (mencionado por J. Cappon 1978).

Así Schilder, en 1932, en el Hospital Psiquiátrico Bellevue en Nueva York, inició su trabajo terapéutico con grupos de pacientes de consulta externa. 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 dio gran importancia a las relaciones e interacciones de los miembros del grupo y a la adquisición del insight, entendiendo por éste la capacidad de aceptar estructuras del mundo real y de comportarse de acuerdo con dicha realidad. También defendió la complementación de la terapia individual y en grupo, tratando él mismo a sus pacientes en ambas modalidades. (mencionado por J. Cappon 1978).

La influencia de Slavson (1930), en psicoterapia de grupo ha sido muy importante por sus esfuerzos en lograr el desarrollo y reconocimiento de esta disciplina como profesión, y por integrar una organización profesional que permitiera el intercambio de información entre los profesionistas en este campo. Creó la actividad terapéutica de grupo para trabajar el origen de los problemas emocionales de los niños en las relaciones familiares y más tarde extendió su trabajo a la psicoterapia de grupo con adultos. Para este autor, es elemental que el terapeuta conozca a cada paciente, su patología y dinámica para ser analizada individualmente en la situación terapéutica del grupo. (mencionado por J. Cappon 1978).

En el año de 1923, Moreno, J. L., dió a conocer en Estados Unidos el psicodrama y el sociodrama. Este autor dice que el hombre es, por naturaleza, espontáneo y creativo, y el no poder utilizar estos dones naturales hace que se enferme. Afirma que el actuar los problemas y conflictos va más allá de la simple verbalización de los mismos, y ésto es lo que lo lleva a la liberación de sus fuerzas creativas. (mencionado por J. Cappon 1978).

Con su técnica "psicocine", Miguel A. Materazzi, Médico Psiquiatra y Psicoterapeuta, en 1975, propone una combinación psicoterapéutica, con el teatro, psicología, psicopatología, filosofía, sociología y cine. Esta es una dinámica aplicada para reconocer, reflejar e interpretar las fuerzas psicológicas que operan en las situaciones grupales de pacientes psicóticos.

La terapia institucional, no pretende una cura radical de los síntomas, sino de establecer las condiciones para que el paciente esté en posibilidad de recuperar un lugar responsable y autónomo dentro de su comunidad, así como la superación de los conflictos para que se le atenúe la problemática al inducirlo a la transacción. Tampoco se opone a la adaptación, sino que denuncia la finalidad de asilo de ésta última, ya que al enfermo solo se le considerará como adaptado o readaptado cuando pueda romper con la institución, en forma sencilla, en la que haya reaprendido a vivir, lo que le permitirá desenvolverse

fuera de la institución. (Jacques, Chagaud 1978).

Consideramos que no se puede hablar de uniformidad en la terapia institucional, ya que intervienen en ella diversos factores, como pueden ser: el tamaño de las instituciones, la diferencia de recursos económicos y de apoyo, el nivel socioeconómico del paciente, las tendencias profesionales del personal especializado, etcétera. Por lo tanto es necesario contar con una visión global de la práctica institucionalizada.

Desde 1975, la terapia de grupo (Kanas, N. 1986), es objeto de un gran interés para que pueda ser utilizada en unidades de hospitalización de corta estancia. Se mencionan algunas investigaciones de autores dedicados a la terapia de grupo, y que aportan valiosos conocimientos a través de su experiencia profesional.

La implantación de programas es recomendada por Sabin (1978), porque éstos incrementan la eficacia terapéutica del tratamiento y expresa que ésta debe realizarse a nivel grupal.

Un estudio realizado por Wing y Brown (1970) en tres hospitales, demostraron el impacto que un simple programa de estimulación social puede tener al reducir el nivel de pobreza clínica (apatía y aislamiento social) en un programa de pacientes esquizofrénicos.

En una revisión reciente, Wing y Brown (1970), se encontró que la terapia de grupo es un tratamiento efectivo para los esquizofrénicos en unidades de hospitalización. De nueve estudios sobre terapia breve, cinco reportaron que recibir terapia de grupo fue más efectivo que no recibirla, los restantes no encontraron diferencias.

A través del desarrollo histórico de la psicoterapia de grupo se puede reconocer que desde sus inicios, aquellos que han trabajado con grupos psicoterapéuticos, se han visto motivados al observar que se logran las metas psicoterapéuticas.

CLASIFICACION DE LA PSICOTERAPIA.

Según el objetivo global y la modalidad del tratamiento, en instituciones psiquiátras las terapias más utilizadas de acuerdo a Bellak (1965), Kaplan (1971) son:

- 1) Breve.- Forma de psicoterapia que pretende producir un cambio en un tiempo limitado, consistente de 10 a 15 sesiones aproximadamente.

- 2) Apoyo.- Ofrece apoyo por parte de una figura de autoridad durante un periodo de enfermedad, turbación o de descompensación temporal. Tiene

como finalidad restablecer o fortalecer las capacidades de defensa e integración que se han alterado.

3) Expresiva.-

Se basa en que se debe estar motivado para lograr una mayor expresividad afectiva, como objeto intrínsecamente valioso.

4) Ventilatoria.-

Es la expresión abierta de los pensamientos y secretos más íntimos. Permite la mejoría de sentimientos de culpa y ansiedad. Proporciona al grupo información importante sobre los pensamientos, fantasías y problemas del paciente.

TIPOS DE GRUPOS PSICOTERAPEUTICOS.

Pueden ser: CERRADOS O ABIERTOS.

CERRADOS:

- a) De afiliación constante.- No se permite a los miembros abandonar el grupo a voluntad.

b) De participación familiar.- Los miembros abandonan el grupo uno por uno cuando están listos, separándose de él como si fueran sus familias nucleares.

c) Ocasionalmente abiertos.- En ellos se pueden integrar o transferir miembros de acuerdo a sus necesidades.

Se considera que estos tres grupos cerrados son particularmente eficaces en el tratamiento de grupos homogéneos.

ABIERTOS:

Teóricamente, tales grupos pueden perdurar indefinidamente, ya que los miembros que completan su tratamiento dejan el grupo, y éstos son reemplazados con nuevos compañeros. (mencionado por González Núñez, J.J. 1978).

La duración de las sesiones, por lo regular, son de una hora a hora y media y de una a tres veces por semana.

El número de miembros no debe ser menor de 4, ni mayor de 10. Lo óptimo es de 6 a 8 sujetos. (Portuondo, J. 1985).

1.3 DINAMICA DE GRUPO.

Es innegable el interés en el estudio de la conducta global de los grupos, los cambios que se generan entre la relación de sus integrantes y la necesidad de formular leyes, principios y técnicas para el mejor funcionamiento de éstos.

Por lo tanto, los que han de trabajar con grupos usando el medio ambiente humano, pueden hacerlo de un modo científico, conociendo las leyes a que obedece la acción grupal y las técnicas adecuadas para alcanzar los objetivos propuestos.

DEFINICION DE DINAMICA DE GRUPO.

Los autores Cartwright y Zander (1980), definen dinámica de grupo, como "un campo de investigación dedicado a incrementar los conocimientos sobre la naturaleza de los grupos, las leyes de su desarrollo y sus interrelaciones con individuos, y otros grupos".

Por su parte, Cirigliano y Villaverde (1966), definen dinámica de grupo, como las fuerzas que actúan en cada grupo a lo largo de su existencia y que lo hacen comportarse en la forma como se comporta. Estas fuerzas constituyen el aspecto dinámico del grupo, como son: el movimiento, la acción, el cambio, la interacción, la

transformación, la reacción, etcétera, y éstas se distinguen de los aspectos relativamente estáticos, tales como: el ambiente físico, el nombre, la finalidad, la constitución. (mencionado por Carlos Zarzar Charur, 1988).

Para Kurt Lewin (1977), dinámica de grupo, se refiere a las fuerzas desplegadas por el grupo, las cuales ejercen una influencia tanto hacia adentro como hacia afuera del mismo. (mencionado por Carlos Zarzar Charur, 1988).

El primero en utilizar la expresión dinámica de grupo, para designar ciertos fenómenos que se originan en la vida de un grupo, fue el Psicólogo alemán Kurt Lewin, de la Escuela de Berlín, emigrado a Estados Unidos en 1934, quien aportó sus ideas a la investigación y teoría de ésta. (mencionado por Cartwright y Zander 1980).

De gran influencia ha sido Kurt Lewin con sus valiosas aportaciones, al establecer en 1945, la primera organización que investiga exclusivamente la dinámica de grupo. Dentro de ellas destaca la corriente Dinamista (Lewiniana), que propone el propósito de la dinámica en psicología tanto como en física, ésta consiste en abordar la conducta del individuo o de un grupo en su "campo", o "espacio de vida", "tal como es para ellos", tomando en cuenta sus objetivos, sus acciones, sus recursos, normas, etcétera. En el seno del grupo se desarrolla un sistema de "tensiones", ora positivas, ora negativas, que corresponden

al juego de los deseos y las defensas; así la conducta del grupo consistirá en un conjunto de acciones tendientes a resolver esas tensiones y a restablecer un equilibrio más o menos estable. (mencionado por J. Maisonneuve 1968).

Para este autor, era evidente su preocupación por aprender la dinámica básica de la vida en grupo a través de un conocimiento empírico, que pudiera aplicarse a diversos tipos de grupo como son: la vida familiar, grupos de trabajo, salones de clase, unidades militares y la comunidad. Lewin atribuía parte de la problemática para entender la naturaleza de la dinámica de grupo a problemas específicos tales como: el liderazgo, el status, la comunicación, las normas sociales, la atmósfera de grupo y las relaciones intergrupo. (mencionado por Carwright y Zander 1980).

Este mismo autor dice que la palabra griega "Dynamis" señala la existencia, choque, asimilación y una constante combinación de fuerzas que se desencadenan en un grupo en un "punto de convergencia" de la interacción de varias personas. (mencionado por Carlos Zarzar Charur, 1988).

Ahora bien, la dinámica de grupo no fue creación de una sola persona, sino de varios expertos inmersos en este tema, los que unieron sus esfuerzos y conocimientos para lograr técnicas y métodos que les permitiera el estudio y funcionamiento de los grupos a través de un trabajo

sistemático y empírico.

Las teorías sobre dinámica de grupo, han intentado formular relaciones regidas por leyes entre fenómenos. Dada la elaboración de tales teorías, se han hecho trabajos de investigación que arrojan los siguientes resultados: existe en los grupos resistencia al cambio, influencia de las presiones sociales, cohesión, lucha por el poder, atracción e interdependencia.

Es importante señalar que el término de dinámica de grupo nos llevó a pensar: primero, que los procesos de grupo pueden ser vistos como sujetos de estudio, esto es, centrar la atención sobre los problemas y la vida en grupo; segundo, en entender la dinámica como una técnica que permite el trabajo grupal con procedimientos estructurados con base a experiencias ya probadas y que en la mayoría de los casos sirven para el logro de los objetivos que se pretenden y tercero, llegar al resultado de la interacción de los elementos y fuerzas que intervienen en un momento dado y que determina la dirección y fuerza que influyen en la dinámica de grupo.

ORIGENES DE LA DINAMICA DE GRUPO.

Es a mediados de los años 30's que se dieron las condiciones óptimas para lograr un avance en las investigaciones empíricas en grupo, siendo la sociedad

norteamericana quien propició este movimiento intelectual.

Fue así que Newcomb (1935-1937), demostró que las actitudes de los individuos están fuertemente arraigadas a los grupos a los que pertenecen, y que la influencia de un grupo sobre las actitudes del individuo depende de la naturaleza de la relación entre el individuo y el grupo, y que los grupos evalúan a sus miembros, al menos parcialmente, según su conformidad con las normas del grupo. (mencionado por Cartwright y Zander, 1980).

Por su parte, Sherif (1936), acepta la existencia de costumbres, tradiciones, estándares, reglas, valores, modas y otros criterios de conducta (que resumió con el nombre de norma social). Además hizo la propuesta de analizar las normas sociales simultáneamente en dos formas: a) como producto de la interacción social y b) como estímulo social que gravita sobre determinado individuo que pertenezca a un grupo con estas normas. (mencionado por Cartwright y Zander, 1980).

En 1937, W.H.White investiga sobre la estructura, cultura y funcionamiento de las pandillas en la calle Norton y del Club de la Comunidad Italiana y aporta 3 resultados: a) dramatiza y describe minuciosamente el gran significado de los grupos en la vida de los individuos y funcionamiento de sistemas sociales más amplios, b) dio ímpetu a la interpretación de las propiedades y procesos de

grupo, según las interacciones entre individuos y c) generó diversas hipótesis sobre las relaciones entre variables tales como iniciación de la interacción, liderazgo, status, obligaciones mutuas y cohesión de grupo. La investigación de mayor influencia en el emergente estudio de la dinámica de grupo, fue la realizada por Lewin, Lippit y White, (1937-1940). Esta investigación se hizo en el Iowa Child Welfare Research Station, previó una teoría general de grupos. Fundamentalmente estudió la influencia de "atmósfera de grupo" o "estilos de liderazgo" que fueron inducidos en forma experimental sobre los grupos como un todo y sobre miembros individuales. (mencionado por Cartwright y Zander, 1980).

AREAS QUE DESARROLLARON.

1.- En lo Terapéutico: La teoría psicoanalítica ha sido de influencia central, aunque no exclusiva, en el desarrollo del enfoque profesional de trabajo psicoterapéutico con grupos.

2.- En lo Social: Por tener la responsabilidad de buen funcionamiento de grupos recreativos, clubes, campos, así como equipos deportivos. Los trabajadores de grupo se dieron cuenta de que su técnica para manejar grupos producían importantes efectos en los procesos de grupo, en las conductas, actitudes y personalidades de quienes participaban en esos grupos.

3.- En la Administración: En esta área se incluyen profesiones específicas como la administración de empresas públicas, de hospitales y educativas. Aunque sus actividades sean diferentes, comparten la necesidad de planeación para coordinar la conducta de los miembros que integran la plantilla de trabajo. Las investigaciones hechas en este campo, produjo cambios en la forma de pensar sobre los problemas industriales, ya que tanto los superiores como los trabajadores necesitan de ayuda para mejorar las relaciones del grupo.

4.- En la Educación: Ocurre en el primer cuarto de este siglo, un gran cambio en el área educativa pública de los Estados Unidos. No sólo se propusieron transmitir los conocimientos educativos a los niños, sino que había que prepararlos para una convivencia adecuada con la sociedad a la cual pertenecían. Esta profesión educativa, a finales de los años treinta, tenía ya un cúmulo de conocimientos sobre la vida en grupo, esta experiencia permitió crear una estrecha relación de trabajo entre los especialistas de dinámica de grupo, educadores y escuela de educación. (mencionado por Cartwright 1980).

En la dinámica de grupo se señala que el grupo puede tener varios tipos de efectos, entre ellos se mencionan:

Efecto Terapéutico (o de ayuda). En todo grupo se brinda la posibilidad de desarrollar capacidades, de superar problemas personales, por el solo hecho de compartir experiencias con otros, cuando se presentan en el grupo las condiciones idóneas para ello.

Efecto Psicoterapéutico. Con el trabajo de psicoanálisis de grupo.

Efecto Educativo. Cuando los grupos se emplean con el fin expreso de aprender (Cirigliano y Villaverde, 1987).

La dinámica de grupo requiere las siguientes características en un grupo.

1).- Una asociación definible de 2 o más personas identificables por nombre o tipo.

2).- Conciencia de grupo, los miembros se consideran como grupo, tienen una identificación de unos con otros.

3).- Un sentido de participación con los mismos propósitos; los miembros tienen las mismas metas.

4).- Dependencia recíproca en la satisfacción de necesidades; los miembros se ayudan mutuamente para el logro de sus propósitos.

5).- Acción recíproca; los miembros se comunican unos con otros.

6).- Habilidad para actuar en forma unitaria; el grupo se comporta como un organismo unitario. (Ciriglione y Villaverde, 1987).

La técnica de dinámica de grupo, es un eslabón que une al grupo con sus metas. Para lograr los mejores resultados en la aplicación de técnicas grupales, es necesario tener en cuenta: Cuál es el momento propicio para aplicarlas, los alcances y limitaciones con que nos enfrentamos, así como tener un conocimiento del grupo con el que se va a trabajar, es decir, conocer a sus integrantes, sus expectativas y necesidades. Esto nos permite planear el método más eficaz para modificar la dinámica del grupo en función de los objetivos que se pretenden. (Carlos Zarzar Charur, 1988).

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, se aplican diversas técnicas de terapia, sin que exista, a la fecha una información pormenorizada de sus resultados.

A partir del mes de mayo de 1992, se implantó en el 7o. piso, con pacientes del sexo femenino, un programa denominado "Dispositivos Grupales". Estos dispositivos están coordinados por el psiquiatra y psicólogo adscritos al piso, los grupos son abiertos y se incluye a pacientes que puedan verbalizar aunque estén delirantes, las sesiones son 3 veces por semana con una duración de 45 minutos. El objetivo es crear conciencia de enfermedad mental y apego

al tratamiento farmacológico, y para ello, se utiliza como herramienta básica la técnica de dinámica de grupo, que permite una mayor interrelación entre pacientes y coordinadores. El resultado de este programa ha sido una mejor resocialización, y en algunas de las pacientes se obtuvo conciencia de enfermedad y apego al tratamiento farmacológico. Asimismo detectaron dificultades con los programas, como es la falta de coordinación de los médicos tratantes con los coordinadores de los grupos, que provoca una falta de continuidad en los trabajos.

En el Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez, también se ha implantado la técnica de dinámica de grupo. Este programa está a cargo de la psicóloga, los grupos están integrados por 8 pacientes, en sesiones diarias con una duración de una hora. El resultado de un grupo que completó el ciclo del programa, se puede considerar positivo, de los 8 participantes, 4 fueron dados de alta, dos de éstos han disminuído la ingesta de droga y otro más se encuentra trabajando. Igualmente se menciona dificultad para la continuidad del programa, por la falta de coordinación entre médicos y coordinadores.

TECNICAS GRUPALES.

Comunicación: Se utiliza para facilitar el conocimiento, integración e identificación del grupo.

- Sensibilización:** Propicia el entendimiento de sí mismo, el ser sensitivo a otros, ser capaz de escuchar, de comunicarse, aprender a dar y recibir ayuda.
- Juego:** Se utiliza como medio de expresión entre paciente y terapeuta. Son eficaces en ciertos encuadres especiales en el nivel institucional.
- Dramatización:** Alienta la participación de los miembros del grupo liberándolos de inhibiciones, ayudándoles a expresar y proyectar sus sentimientos, actitudes y creencias.
- Retroalimentación:** Permite la retroalimentación de manera estructurada y la calidad de participación.

Al comparar la psicoterapia de grupo con dinámicas de grupo, Jerome Frank (1953) señala "se les considera como puntos a lo largo de un continuo más que como esencialmente distintos. Ambos constituyen situación de aprendizaje en los que la meta es la de efectuar cambios en los individuos que participan en ellos". (mencionado por Kissen, M., 1979).

Principalmente para Durkin(1964), esta diferenciación entre dinámica de grupo y psicoterapia de grupo, es

simplemente arbitraria, ya que en ambas se experimentan vivencias terapéuticas y aspectos dinámicos que representan una fuente esencial de logro para sus miembros. (mencionado por Kissen, M., 1979).

De lo expuesto en este capítulo, podemos señalar que los trabajos realizados con pacientes a nivel grupal se han obtenido más y mejores resultados que al hacerlo en forma individual. Las experiencias de los especialistas aportan elementos que nos permiten manejar con fluidez el concepto de grupo, y fundamentalmente facilita su comprensión.

En el área clínica se aportan datos que señalan que el trabajo en grupo ha proporcionado frutos positivos, a pesar de que inicialmente el trabajo grupal fue enfocado primordialmente a las áreas educativas, social y administrativa.

En el trabajo grupal institucional, es relevante su desarrollo, por el interés con que se ha venido trabajando lo que ha permitido algunos avances con diferentes enfoques terapéuticos.

simplemente arbitraria, ya que en ambas se experimentan vivencias terapéuticas y aspectos dinámicos que representan una fuente esencial de logro para sus miembros. (mencionado por Kissen, M., 1979).

De lo expuesto en este capítulo, podemos señalar que los trabajos realizados con pacientes a nivel grupal se han obtenido más y mejores resultados que al hacerlo en forma individual. Las experiencias de los especialistas aportan elementos que nos permiten manejar con fluidez el concepto de grupo, y fundamentalmente facilita su comprensión.

En el área clínica se aportan datos que señalan que el trabajo en grupo ha proporcionado frutos positivos, a pesar de que inicialmente el trabajo grupal fue enfocado primordialmente a las áreas educativas, social y administrativa.

En el trabajo grupal institucional, es relevante su desarrollo, por el interés con que se ha venido trabajando lo que ha permitido algunos avances con diferentes enfoques terapéuticos.

CAPITULO II

LA ENFERMEDAD MENTAL

2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL.

Para estudiar y tratar de entender la enfermedad mental, es necesario remitirse al pasado de los pueblos, a su historia y de esta manera indagar el concepto y evolución del término de "enfermedad mental", sabiendo que toda explicación dependerá del grado de desarrollo cultural de cada uno de ellos.

En este trabajo se expone someramente las ideas que se han tenido en diferentes periodos acerca de la enfermedad mental así como de los modos en que se trató de explicarla, mostrando sus causas y señalando los efectos que produce en las personas que la padecen.

La historia permite recuperar datos del pasado, analizar las formas de tratamiento y los resultados obtenidos, así como el hallazgo de evidencia de los esfuerzos por dar explicación a este padecimiento; también ofrece información del avance observado en algunas épocas, el estancamiento en otras, y del reconocimiento que a la fecha se ha logrado.

EDAD PRIMITIVA.

Es condición humana tratar de explicar los hechos que el hombre advierte a su alrededor. Una de las primeras

explicaciones en torno a la enfermedad mental, se distingue por el sentido que se asigna a su origen: la influencia de fuerzas que actúan fuera del cuerpo, a las que se consideraba sobrenaturales: tales como el espíritu del mal, brujas, demonios, dioses, magos. Estos recursos demonológicos eran particularmente importantes cuando se trataba de comprender que había enfermedades que influenciaban a la conducta. (Kolb, L.C. 1978).

El hombre primitivo, consideraba que el enfermo estaba poseído por un espíritu maligno o demonio, el cual se había introducido en su cuerpo y lo obligaba a realizar actos extravagantes o peligrosos. Sus escasos conocimientos le impedían advertir que aquellos seres estuvieran enfermos. Lo importante en aquel tiempo, era ahuyentar, expulsar al espíritu perverso que había tomado posesión del individuo y para el logro de esta finalidad cualquier medio era adecuado: el ensordecedor estruendo de tambores y otros recursos tales como recurrir a chamanes y brujos.

En esa época primitiva los intentos de tratamiento eran escasos, innumerables enfermos mentales fueron juzgados y condenados por estar poseídos por el demonio. Condenados y confinados por la sociedad en condiciones increíbles. Durante ese período el enfermo fue separado del público e inaccesible a los científicos para su estudio. (Freeman, 1985).

ETAPA HISTORICA.

En esta etapa, el hombre había desarrollado sus recursos y medios para comunicarse en forma gráfica. Por su escritura, deducimos que los antiguos Chinos, Hebreos, Caldeos, Asirios y Egipcios también asignaban a la enfermedad mental un sentido mágico y animista atribuyendo dichas perturbaciones a los demonios.

En papiro Ebers (1550, A.C.), se mencionan ciertos trastornos mentales relacionados con espíritus malignos. Conceptos semejantes se encuentran en el Talmud y Antiguo Testamento.

Estas conceptualizaciones enraizaron profundamente, y durante siglos se trató a los enfermos de manera cruel e inhumana, hacinándolos, encadenándolos en pocilgas infestas y aplicándoles sangrías e inclusive purgándolos para mantenerlos "tranquilos". Como se les consideraba seres malditos de los que se había apoderado el demonio se les llamaba "poseídos, endemoniados o hechizados". (Velázquez, J. 1978).

CIVILIZACION GRIEGA.

Como todo conocimiento humano, los conceptos acerca de los trastornos mentales han pasado por diferentes niveles de desarrollo, como se observa en los antiguos escritos de

Egipto, India, China, Grecia y Roma. Desde el año 860 A.C., los sacerdotes griegos complementaban los encantamientos y lo exorcismos para el enfermo mental con recomendaciones de benevolencia y sugerencias de que se emplearan en actividades físicas y recreativas. Es así que en este período se introduce una novedad en el tratamiento para lograr una mejoría en el enfermo.

Con el avance cultural de los griegos se inicia una etapa diferente, que permite una mayor comprensión de la naturaleza y de las experiencias personales. Fue precisamente el uso del razonamiento científico lo que permitió a Hipócrates (460-470 A.C.) y a sus discípulos hacer observaciones clínicas e inferir a partir de ellas conceptos que no solo trascienden al pensamiento demonológico, sino que superan a las ambiciosas teorías generales. Hipócrates trascendió el concepto que había en torno a las enfermedades mentales al afirmar que éstas son del cerebro, para ello se basó en hechos precisos. El fue "... quien clasificó a las enfermedades mentales en manía, melancolía y frenitis. Sus descripciones de las enfermedades indican que ya se conocía, además de la epilepsia y la histeria, la psicosis postparto y los síndromes cerebrales agudos (estados delirantes) que aparecen en las enfermedades infecciosas después de una hemorragia". (Kolb, L.C. 1976).

Otra aportación valiosa fue hecha por Platón (429-347 A.C.), quien concibe la existencia de un alma tripartita, compuesta de una parte racional, una parte libidinal y una parte espirituada. También propuso la idea de que para explicar la conducta de cada individuo, podría escribirse una biografía psicológica que comenzara en sus primeros años y siguiera con las relaciones personales que tuvo con los miembros de su familia y educadores. (Kaplan, 1975).

No menos importante es la contribución de Aristóteles (384-322 A.C.), uno de los sabios filosóficos más grande de la Grecia Clásica, trata de aclarar el significado y nombre de lo psicológico para lo cual escribe el primer gran tratado de Psicología. El introdujo el término psique o alma en el sentido de que era el principio de la vida o principio animador. Su concepto del alma no tenía significación religiosa. Igualmente afirma que el alma es una unidad, es libre "que la mente era una tábula rasa algo así como una hoja en blanco sobre la que se quedaban marcadas todas las experiencias. (Boring E. 1978).

Sin duda alguna el punto más relevante de la observación se alcanza en el período grecorromano con Galeno (130-200 D.C.), quien con el enfoque científico, estudió la anatomía y la fisiología del sistema nervioso y postuló que la existencia de síntomas no indicaba necesariamente que el órgano o la parte del cuerpo que

expresaba dichos síntomas fuera la parte alterada. Galeno postula también la teoría del alma racional, que dividió en una parte externa y otra interna. Con su muerte al declinar el imperio romano, se inició una etapa regresiva, aceptando los conceptos demonológicos y las explicaciones espiritistas, así como los exorcismos. (Kolb, L.C. 1976)

EDAD MEDIA.

En este período, la psicología no es conocida con este nombre sino que lo significaban como el estudio del alma o el estudio del organismo animado, compuesto por alma y cuerpo. El alma era concebida como la sustancia espiritual e inmortal capaz de entender, querer y sentir, dando forma sustancial al cuerpo humano y esencial al hombre; al espíritu se le conceptuaba como un ser inmaterial y dotado de razón.

En esta época el hombre fue comprendido en dos campos distintos e irreductibles: el de las operaciones del espíritu y los del cuerpo. El estudio de la mente correspondió al clérigo y filósofo especulativo y el médico se limitó al estudio de las operaciones corporales. Esta concepción provocó la división entre la psicología y la medicina, en consecuencia la psicología se desvió a especulaciones metafísicas y la medicina al estudio del organismo desprovisto de aquello que da la unidad, la mente. Esto tuvo repercusiones graves, particularmente en

la psicopatología, la cual se vio invadida durante varios siglos por explicaciones demonológicas. Durante la primera parte de la edad media el tratamiento más utilizado fue la oración, el exorcismo, el uso de reliquias y amuletos. (Kolb, L.C. 1976).

EL RENACIMIENTO.

Durante la primera parte del Siglo XVI, esos conceptos demonológicos tan arraigados que habían obstaculizado el progreso tanto de la psicología como de la medicina, fueron analizados por varios hombres sobresalientes, entre ellos Paracelso (1495-1541), quien afirmó que las enfermedades mentales pueden tener causas psicológicas, rechazando las teorías demonológicas. Estaba convencido de que la luna u otros astros ejercen sobre el cerebro y los cuerpos humanos una influencia sobrenatural. De él proviene el término "lunático" para referirse a los enfermos mentales.

Un gran exponente de la perspectiva médica, John Meyer (1515-1588), estudió el problema de la brujería y en 1573 publicó un libro en el cual exponía que un número trascendente de torturados y quemados a causa de la brujería eran dementes. Destacó también por ser uno de los primeros médicos en interesarse en el estudio de los desórdenes mentales. Es señalado como el primer psiquiatra que combatió las creencias imperantes de su época, condenando a los que acusaban de brujería a las mujeres.

Muy valiosa fue su opinión en el sentido de que era posible encontrar la causa de la presencia de los fenómenos mentales si se obtiene una información precisa del que la sufre; además trató con éxito a algunas pacientes acusadas de brujería, sentándose con ellas y platicando sobre el padecimiento que presentaban. (Kolb, L.C. 1976).

En esta época del renacimiento, diversos filósofos advirtieron la posibilidad de deslindar los campos de la religión, la ciencia y la filosofía. Por lo que respecta a la psicología, se estableció la tendencia de encaminarla para su conversión en una ciencia empírica, basada en hechos y elaborada a partir de ellos. Por esta novedosa concepción, se empezó a excluir del campo de la psicología problemas relativos al alma. Francis Bacon declaró que el estudio del alma humana por su sustancia, origen e inmortalidad pertenece a la teología por lo que es ésta y no la psicología, donde debe estudiarse estos problemas. (Kolb, L.C.1976).

Los empiristas tuvieron un gran acierto al definir a la psicología como una ciencia autónoma cuyo objeto de conocimiento fueron los fenómenos psíquicos, mentales o de conciencia, señalar sus relaciones y las leyes que los rigen. En esta época los problemas de la vida fueron más importantes que los de la eternidad, por lo que el método científico reemplazó a la autoridad de revelación divina.

Con estas ideas las tendencias demonológicas perdieron fuerza y en consecuencia, los enfermos empezaron a ser vistos como tales, retirados de los monasterios o prisiones y tratados en establecimientos especiales para ellos, pues "durante varios siglos las autoridades no prestaron atención alguna a los enfermos psíquicos, abandonando todo cuidado a los monasterios y a la población.." (Sluchevski, L. 1963).

Es así que en Valencia España, en 1409, se funda el primer asilo para enfermos mentales, otro asilo famoso por sus condiciones deplorables y por exhibir a los enfermos con fines de lucro, fue el de Santa María de Bethlehem. Los pacientes eran mantenidos en celdas oscuras, atados con cadenas, alimentados con desperdicios y provistos de un montón de paja para dormir. A los que se encontraban agitados eran sometidos a dietas de hambre, aislamientos y baños de agua fría. A los vigilantes se les armaba con látigos y acudían solamente para apaciguar a los inquietos. (Kaplan, 1975).

ETAPA MODERNA.

Fue entonces que en el año de 1792, Philippe Pinel (1745-1826), ordenó la eliminación de las cadenas y otras torturas con las que se controlaba la conducta de los enfermos. Su deseo de innovación lo condujo a la conclusión de que se trataba de enfermos que merecían las mismas

oportunidades y consideraciones que cualquier otro paciente. Se convencio de que tratándolos con bondad serían más fáciles de manejar que si se les tratara como criminales o bestias peligrosas. Gracias a sus ideas, a los pacientes se les permitió circular por los patios, se les dio mejor alimentación y trato.

Años después, se intentaron diversas descripciones y clasificaciones de las perturbaciones mentales, esta etapa taxonómica y descriptiva tuvo su mejor representante en Emil Kraepelin (1856-1926), quien elaboró una clasificación de las enfermedades mentales, aceptada universalmente y que aún constituye la base de la mayor parte de las clasificaciones en uso. También se preocupó por encontrar causas orgánicas específicas de los padecimientos mentales, y fue quien dio a la psiquiatría la primera descripción de lo que eran para él entidades de la enfermedad mental. Su esfuerzo para clasificar los conglomerados de la conducta en síntomas identificables representa uno de los pasos más importantes en el estudio del origen de la conducta anormal. Así opinaron sobre esto Sarason y Ganser en 1968, este sistema representó la primera clasificación coherente de las enfermedades y tiene el privilegio de figurar entre los más antiguos modelos médicos de la conducta anormal. "desde el punto de vista de Kraepelin, para administrar el tratamiento adecuado había que describir y clasificar con la mayor precisión determinado grupo de síntomas". Sus

aportaciones contribuyeron a la explicación del ser humano. "el estudio de dos fenómenos supuestamente no relacionados entre sí: la histeria y el hipnotismo fue el punto de partida del desarrollo de la teoría psicogenética de las enfermedades mentales". (Price, R. 1981).

A James Braid (1795-1860), se debe la descripción y explicación del mesmerismo al cual denominó hipnotismo. Y es el médico rural francés L. Lieabult (1823-1904), quien usa ampliamente el hipnotismo en sus pacientes, y su trabajo representa el primer uso directo de las fuerzas psicológicas en la práctica de la medicina, para aliviar el sufrimiento de los enfermos. Fue él quien enseñó la técnica a Jean Martin Charcot; quien a pesar de sus dudas respecto al concepto de que las fuerzas psicológicas podían provocar la histeria, impulsó el estudio de éste y otros trastornos y afirmaba que los fenómenos del hipnotismo eran manifestaciones de anormalidad y que el estado hipnótico solo ocurría en individuos histéricos. (Kolb, L.C. 1976).

El profesor de medicina clínica en Nancy, Hippolyte-Marie Bernheim (1840-1919), dispó las ideas acerca de los poderes hipnóticos especiales y las influencias magnéticas y demostró que los pacientes también eran susceptibles de sugestión en estado de vigilia y anticipó la teoría de que la histeria era de origen mental y probablemente fue el primero en aplicar el término psiconeurosis a la histeria y otros estados similares.

También Pierre Janet (1859-1947), reconoció que las ideas fijas y el conflicto interior ante la realidad en los casos de histeria, eran de naturaleza neurótica e insistió se tratarán por medios psicológicos.

De gran importancia han sido las aportaciones de Freud para explicar los fenómenos mentales, entre otras, sostuvo que la histeria era curable y que para que tal cosa ocurriera era necesario que el enfermo recordara la situación patogénica inicial mediante el trance hipnótico. Encontró que algunos pacientes no podían ser hipnotizados, para lo cual utilizó el método de "asociación libre", esta técnica resultó de mayor eficacia para la recuperación de memorias olvidadas, lo cual lo condujo a la teoría de la represión y dedujo que las tendencias reprimidas eran de naturaleza sexual., cuyos orígenes se remontaban a la infancia del sujeto. El énfasis que puso sobre la personalidad como un proceso que se desarrolla paso a paso, nos ha dado un medio de entender mejor las manifestaciones de personalidad misma. (Kolb, L.C. 1976).

ETAPA CONTEMPORANEA.

A Wilhem Wundt (1832-1920), se le considera como el fundador de la psicología científica. "Estableció en Leipzig, Alemania, en 1879, el primer laboratorio dedicado exclusivamente a la investigación de problemas psicológicos" (Geldard, F.A. 1977).

El enfoque psicobiológico se le atribuye a Adolph Meyer (1866-1950), señalando que las fuerzas biológicas, psicológicas y sociales contribuyen a que la personalidad crezca y se determine y enfatizó la importancia de los progenitores durante los primeros años de una persona, su influencia en el desarrollo de la personalidad del niño y concibió los trastornos mentales como formas progresivas de hábitos, semejándose en estas consideraciones a lo dicho por Freud. (Kolb, L.C. 1976).

El investigador H.S. Sullivan (1949), profundizó en el análisis específico de los intercambios comunicativos que hay entre el lactante en desarrollo y sus padres, considerando que dichos intercambios son el medio de hacer específica la evolución dinámica de la conducta humana. (Kolb, L.C. 1976).

Se observa que el concepto de enfermedad mental fue cambiando conforme transcurrieron las diferentes etapas del conocimiento humano con un mismo fin, conocer y atender la conducta anormal.

2.2 DEFINICION Y CLASIFICACION DE ENFERMEDAD MENTAL.

A continuación se mencionan algunas definiciones de enfermedad mental propuestas por diversos autores."

"El trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o patrón psicológico o conductual clínicamente

significativo que aparece en el individuo y que se encuentra asociado de forma típica en un síntoma perturbador o deterioro en una o más áreas principales de funcionamiento". (DSM III, 1983).

Para Bernard (1980), el concepto de enfermedad mental es: "especie bastante singular de enfermedad, capaz de alterar al hombre en su psiquismo, es decir en su "humanidad" o, si se quiere en su coexistencia con los demás y en la construcción de su mundo".

"Se clasifica, diagnostica y trata por medios biológicos, psicológicos o por ambos a la persona que ya no puede gobernar su propia vida o pone en peligro su ambiente". (Wolf, W. 1982).

"Anomalías en el funcionamiento de la personalidad, que afectan ya sea la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con los demás, así como su capacidad para adaptarse a la vida en sociedad". (Kolb, L.C. 1983).

"La enfermedad funcional o psicológica, no se aprecia lesión orgánica, pero las funciones del sistema nervioso están perturbadas así como el estado emocional de la persona". (Velázquez, J.M. 1978).

Por su parte Laing (1967), afirma que la "locura" es en realidad la crisis de una escisión anterior entre el

verdadero yo interno del sujeto y su externo falso. Otra de sus afirmaciones es: la "locura es un repentino desnudarse del yo externo, quedando así al descubierto las preocupaciones, deformaciones o temores de su verdadero yo interno. Se desconoce entonces la inestable disociación entre ambos y se manifiesta totalmente el terror y la ira que habían permanecido latentes. (mencionado por Price, R. 1981).

Desde el punto de vista de la medicina, las enfermedades mentales se caracterizan por ser reacciones o síndromes (conjunto de signos y síntomas que aparecen siempre juntos independientemente de la causa que los produce), pueden estar determinados o asociados a factores conocidos o desconocidos en cuyo caso se dice simplemente que se desconoce la causa. Los factores causales de la enfermedad mental irrumpen sobre la personalidad interna y sobre los distintos estratos de la personalidad haciéndose más conspicua o notable su influencia nociva sobre uno u otro de los estratos de la personalidad. (Carmona, 1971).

"Desórdenes de la conducta causados aparentemente por un mal ajuste en las relaciones sociales, en el cual no es demostrable lesión anatómica, ni anormalidad fisiológica o bioquímica. (Carmona, 1971).

"La locura a fin de cuentas, no es totalmente ajena a la vida normal, por el contrario, cada uno de nosotros, en

una primera infancia tiene fantasías tan "fuera de este mundo" como las quimeras de cualquier psicótico", y todos nosotros volvemos a entrar de vez en cuando en un ilógico, a través de nuestros sueños. (Crawcroft, A. 1971).

De acuerdo a diferentes autores, existen diversas clasificaciones de enfermedad mental, sin embargo nos apegamos a la clasificación tomada del DSM III, ya que es la que se maneja en el hospital psiquiátrico, donde se realizó la investigación.

La clasificación de las enfermedades mentales nos permite manejar fácilmente las características específicas de las alteraciones psiquiátricas.

CLASIFICACION Y CARACTERISTICAS.

PSICOSIS: La función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o por mantener un adecuado contacto con la realidad.

SE CLASIFICAN EN:

ORGANICAS O SINDROME CEREBRALES: Se distinguen dos tipos:

AGUDO o DELIRIUM: Estado de obnubilación de conciencia, es decir, una reducción de la capacidad de identificar el entorno. El inicio es relativamente rápido y de duración breve.

CRONICO o DEMENCIA: Pérdida de las capacidades intelectuales hasta el punto de interferir el funcionamiento social y laboral.

FUNCIONALES:

PSICOSIS AFECTIVA:

PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA: Hay dos tipos o fases bien definidas:

FASE MANIACA o HIPERACTIVA: Se caracteriza por estado de alborozo, excitación desproporcionada con las circunstancias que vive el paciente y que varía desde la elevación de estado de ánimo, hasta excitación violenta casi incontrolable. Son frecuentes, la agresión, la ira, la fuga de ideas, la distraibilidad, la alteración de grandeza.

FASE DEPRESIVA: El ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares.

DEPRESION MAYOR o DEPRESION PSICOTICA: Reacción depresiva excesiva, debido a un conflicto interno o a un acontecimiento identificable.

PARANOIA: Psicosis crónica poco frecuente, en la cual se ha desarrollado un sistema delirante lógicamente sin alucinaciones concomitantes y sin el tipo esquizofrénico de personalidad desordenado. Las ideas de grandeza son (el paranoico profeta o inventor), de persecución o de anormalidad somática generalmente.

ESQUIZOFRENIA: Es la más frecuente, se inicia en la adolescencia, se rompe el contacto con la realidad y con lo que le rodea.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: El cuadro clínico es dominado por ideas relativamente estables que pueden estar acompañadas por alucinaciones, con frecuencia las ideas delirantes son de persecución, celos, misión mesiánica o cambio corporal.

ESQUIZOFRENIA ESQUIZO-AFECTIVA: Episodio de enfermedad afectiva en la que domina una preocupación por las ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo, no estando presentes durante mucho tiempo los síntomas psicóticos.

ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA. Empieza generalmente entre los 15 y 25 años de edad. Los cambios afectivos son prominentes, la ideas delirantes y alucinaciones son efímeras, fugaces y fragmentarias. El ánimo es superficial e inadecuado, tendencia a permanecer solitario y el comportamiento parece vacío de propósitos y de sentimientos.

ESQUIZOFRENIA CATATONICA: Presenta como característica prominente y esencial los trastornos psicómotores que a menudo alternan entre extremos como la hiperquinesis y el estupor o la obediencia automática y el negativismo. Puede mantener actitudes forzadas durante períodos largos, la excitación marcada suele ser un signo notable de esta afección. Pueden presentarse síntomas concomitantes depresivos o hipomaniacos.

NEUROSIS: Es un trastorno mental sobre base orgánica demostrable, el paciente tiene una introspección considerable y una apreciación de la realidad no alterada.

TRASTORNO DEL PATRON DE LA PERSONALIDAD: Son reconocibles generalmente en la adolescencia o incluso más temprano, continúa a lo largo de toda la vida adulta, aunque a menudo se hacen menos patentes en la edad intermedia o avanzada.

TRASTORNOS PSICOSOMATICOS: Los problemas emocionales y psicológicos se manifiestan ligados a factores o conflictos psicológicos.

La clasificación y descripción de la enfermedad mental, es un factor importante en la interpretación de la enfermedad, tanto para diseñar el tratamiento como para las medidas de prevención.

2.3 GENERALIDADES Y CARACTERISTICAS DE PSICOSIS.

De acuerdo a los datos aportados por IMP, entre el 1 y 2.6% de la población nacional padece algún tipo de psicosis

La psicosis ocurre en ambos sexos, el mayor número de admisiones en hospitales psiquiátricos se presenta entre los 20 y 40 años, encontrándose el máximo en el intervalo de los 25 a 34 años. (Kolb, Brodie 1985).

Con la aparición del término psicosis en el Siglo XIX, se inició una evolución que introdujo a las enfermedades mentales a un dominio autónomo y con un objeto de conocimiento preciso. A la enfermedad mental se le diferenció de las enfermedades del cerebro o de los nervios, así como de las enfermedades del cuerpo. También se le diferenció de lo que la tradición filosófica consideró como enfermedad del alma, tales como el error y el pecado.

La psicosis es una enfermedad de todo el organismo, y sobre todo del cerebro que se manifiesta en la incapacidad del individuo para reflejar e influir sobre el mundo que lo rodea. (Sluchevski, 1960).

Psicosis implica una distorsión del ambiente que resulta de procesos anormales del pensamiento, la percepción y la reacción emocional. La distorsión es de un

grado tal que el paciente es considerado incapaz de cuidarse en forma adecuada y puede representar un peligro para él y para los demás. (Rotter, J. 1965).

En la psicosis se pierde la capacidad de distinguir entre los estímulos externos y los internos, la afectividad del paciente es indicadora del alejamiento y falta de interés en el mundo objetivo externo. En su psicosis permite que otros cuiden de él, pero al mismo tiempo se entrega en su imaginación a una gran actividad, la cual interpreta como real y útil. (Bosselman, B. 1967).

Para Frazier (1973), la psicosis se inicia en el transcurso de cierta crisis, es decir cuando a raíz de cierta experiencia, se perturba el equilibrio que hasta entonces ha prevalecido, y cuando los métodos habituales de defensa del yo han dejado de ser suficientes.

Por su parte Hinse y Shatzky, señalan que la psicosis es por lo general un tipo de trastorno mental grave en el sentido en que todas las formas de adaptación (sociales, intelectuales, profesionales y religiosas) quedan rotas. En otras palabras, la psicosis se produce cuando la desorganización de la personalidad es muy importante. (mencionado por Materazzi, M.A. 1975).

Davidson dice que prácticamente es lo mismo que enajenación; teóricamente, es un trastorno mental grave de

cualquier clase. (mencionado por Materazzi, M.A. 1975).

Siguiendo a Mayer, Bellings afirma: la psicosis se caracteriza por ser trastorno de integración psíquica de la personalidad total. En realidad, se trata de reacciones demoleedoras que, en general, desintegran la personalidad organizada socialmente, hasta el punto de torcer la dirección de la conducta individual, a tal grado que puede ocasionar consecuencias graves, tanto para el paciente, como para los demás y requerir, por lo tanto, que áquel sea asistido y tratado incluso contra su voluntad. La psicosis tiene como base el hecho de que el organismo reacciona a los conflictos mediante la regresión, se produce un conflicto básico entre el ello (un impulso instintivo) y el mundo externo. (mencionado por Materazzi, M.A. 1975).

Materazzi, M.A. (1975), señala que en el desarrollo de la psicosis pueden observarse dos pasos: el apartamiento de la realidad y los intentos de recuperar la realidad perdida. Lo que produce el resultado patológico en la psicosis es la pérdida de la realidad.

Harry S. Sullivan (1947), por su parte menciona que la psicosis tiene lugar cuando los aspectos reprimidos de la personalidad afloran a la conciencia, Estos aspectos son ajenos al yo y contrarios a los procesos sociales convencionales, o bien, suscitan una sensación de aversión

o vergüenza. En consecuencia, su manifestación desata una reacción catatónica extremadamente regresiva. En este estado, el paciente se aparta de la realidad y pasa a ésta totalmente preocupado por la fantasía en una lucha cósmica que habitualmente se compone de una intensa rabia, una inmovilidad estuporosa o una combinación de ambas. (Kaplan, 1975).

En tanto Freud (1954), afirmó que la psicosis se caracterizaba por la incapacidad del paciente por mostrar un interés emocional normal por otras personas y cosas. Llegó a la conclusión de que las ideas delirantes, las alucinaciones, y ciertas formas de conducta desorganizada representaban esfuerzos rudimentarios por parte del paciente para restaurar sus perdidos sentimientos por los objetos. (Kaplan, 1975).

Para la Organización Mundial de la Salud (1978), la psicosis es un trastorno mental en el cual el menoscabo de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o para mantener un adecuado contacto con la realidad. No es un término exacto ni definido, excluye el retraso mental.

En una aproximación teórica a la psicosis, Francois Rustang (1980), plantea al psicótico como un sujeto que no

piensa, y aún menos se piensa,; es' pensado, es puro destino, no es sujeto. Si llegase a tener un pensamiento propio, este pensamiento sería sometido de inmediato a un acto de expropiación o de desaprobación. Expropiación y no represión, porque el psicótico no puede tener otros pensamientos que los que otros han colocado en él. (mencionado por Resnik, s. 1982).

A. Adler (1875-1961), señala que la psicosis se debe a la combinación de factores psicológicos y somáticos. Subrayó también la importancia de la comprensión de la lógica privada del psicótico y de reconocer su coherencia en la fantasía grandiosa o depresiva, a pesar de una falta de sentido común. Aunque el neurótico puede sufrir una sensación de fracaso, real o imaginario, el psicótico no reconoce ésto ni acepta el criterio fundamental de la validez social. Al contrario sus fantasías compensan esta sensación de desesperación absoluta de nunca alcanzar importancia en el mundo real. (Kaplan, 1984).

"Intensidad de la perturbación funcional y de capacidad para hacer frente a las exigencias cotidianas de la vida". (DSM III, 1978).

Los problemas que presentan las instituciones psiquiátricas disminuyen a medida que los hospitales se interesen más por sus funciones terapéuticas y de rehabilitación, reduciendo el enquistamiento con respecto a

la comunidad exterior y buscando nuevas formas de fomentar la dignidad de los pacientes. Rotter, (1965), considera que una nueva concepción del hospital mental se está desarrollando y que va encaminada a considerar al hospital como un ambiente terapéutico, donde el paciente participe en su propio tratamiento y pueda desarrollar nuevas actitudes y concepciones de sí mismo.

Si consideramos al hospital psiquiátrico como un contexto organizado para la condición del paciente, éste de acuerdo a Levinson y Gallagher (1971), deberá cumplir con las siguientes funciones:

1a.- La función más positiva es la de inducir cambios psicológicos en los pacientes,

2a.- Un segundo grupo de funciones sería el carácter comunal del hospital, es decir el desarrollo de una comunidad terapéutica en la cual todos los aspectos de la vida comunal contribuyan a la dignidad personal y satisfaga las necesidades terapéuticas de los pacientes y

3a.- La función de reclusión debe mantener al paciente legalmente confinado hasta que se le considere sano para devolverlo a la vida civil.

CAPITULO III

INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS

3.1 OBJETIVOS Y FUNCIONES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO EN MEXICO.

La necesidad de contar con algún lugar para la atención del enfermo mental, se presenta como una obligación de la sociedad.

Para el tratamiento de un enfermo mental se necesita la colaboración de un grupo de disciplinas, del apoyo de diferentes recursos materiales y humanos, que hagan posible una atención positiva del paciente. El tratamiento del enfermo mental en México, es integral e interdisciplinario. 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 reingresos al hospital.

Así, en el Siglo XVI, en nuestro País se funda el primer establecimiento para la atención de enfermos mentales, a iniciativa de Bernardino Alvarez, hombre caritativo, que hace a un lado su posición económica para dedicarse al cuidado de los enfermos y promueve la construcción de los hospitales Santa Cruz, en Oaxtepec, Morelos; Hospital de Belem en Perote, Veracruz; San Roque en Puebla, Puebla; San Roque en Jalapa, Veracruz; San Martín en Acapulco, Guerrero, y otros en Guadalajara, Jalisco, como el antiguo Hospital de Belem que a partir de

1860 contó con 2 anexos psiquiátricos, uno para varones y otro para mujeres, en el mismo año, en el Hospital Civil de Monterrey, se organizó un departamento para enfermos mentales atendido por las Hermanas Josefinas. (Secretaría de Salubridad y Asistencia 1964-1970).

Posteriormente, José Sáyago y su esposa, ambos con gran espíritu filantrópico, instalan en su domicilio a varias enfermas mentales que vagaban por la ciudad. De esto se entera el entonces Arzobispo de México Don Francisco Aguilar y Seijas, quien les facilita de manera provisional, una casa vieja frente a la iglesia de San Pedro y San Pablo, con capacidad para 60 mujeres, en donde la familia Sáyago pudo continuar con su labor humanitaria. Ahí permanecen hasta que la congregación del Divino Salvador, en el año de 1700, compra un inmueble denominándolo Hospital del Divino Salvador para enfermos mentales, conocido posteriormente como Hospital de La Canoa.

De esta manera, México fue el primero en el establecimiento de Centros Psiquiátricos, ya que fue hasta el Siglo XVII que otros Países de América empiezan a hacerlo.

El primero de septiembre de 1910, 344 años después de la existencia del Manicomio de San Hipólito y 210 años del Manicomio de La Canoa, con motivo de la celebración de las fiestas del centenario de nuestra independencia, se

inaugura el Manicomio General, conocido comúnmente por el Hospital de La Castañeda, ya que fue construido en los terrenos de la antigua hacienda la Castañeda. A este manicomio fueron trasladados los enfermos mentales de ambos sexos instalándolos en pabellones aislados, quedando los antiguos hospitales llenos de tradiciones y leyendas. El primer director del hospital La Castañeda fue el Doctor José Meza Gutiérrez (1820-1941), quien dio importancia a la terapia física, balneoterapia y medicamentos sedativos, al transcurrir del tiempo se utilizaron las terapias de choque, posteriormente se emplearon psicolépticos y tranquilizantes. (Fajardo, G. 1980).

La Castañeda se construyó pensando en la necesidad de contar con mejores condiciones científicas, de higiene y tratamiento. Se contempló para un cupo de 1000 pacientes, pero con la política de no rechazar a ningún enfermo, llegó a alojar hasta 3500 enfermos.

Con el triunfo de la Revolución Mexicana, empezó una nueva época para el Hospital La Castañeda, que fue el centro de reconocidos psiquiatras.

Con este desarrollo se modificaron conceptos de la psiquiatría, al desecharse el tratamiento carcelario que se daba a los pacientes y de esta manera, rejas, candados y el control violento, ceden su lugar a los tratamientos de puertas abiertas, a las terapias ocupacionales, recreativas

y productivas, que buscan la rehabilitación de los enfermos.

Por el año de 1944, se institucionalizaron los Hospitales-Granja, como el fundado en León, Guanajuato. Dado el éxito alcanzado por éste se crearon 60 más, con el patrocinio de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y la participación de los gobiernos estatales.

El avance en el estudio y tratamiento de los enfermos mentales, evidenció lo obsoleto de las terapias en aquel entonces aplicadas, por lo que se propuso la desaparición de estos antiguos hospitales y la creación de otros más modernos, entre ellos el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" para enfermos mentales agudos, el Hospital "Dr. Samuel Ramírez Moreno", en Tlahuac, D.F., el Hospital "Dr. Adolfo M. Nieto" en Tepexpan, Edo. de México, el Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza" en la exhacienda de San Miguel Eyecalco, Edo. de Hidalgo, y el Hospital "Rafael Serrano" en la exhacienda El Botón en Puebla, Puebla. Asimismo, en 1967 se construye el Instituto Nacional de Neurología, que cuenta con los recursos idóneos para la atención de enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos, psiquiátricos y de investigación (Fajardo, G. 1980).

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ".

Nos referimos a los objetivos y funciones en particular del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", ya que en esta Institución se llevó a cabo la presente investigación.

El objetivo prioritario de este hospital es proporcionar atención médica a enfermos mentales, sin condiciones de sexo o nivel socioeconómico.

El hospital observa las siguientes funciones básicas:

- 1.- Prevención de las enfermedades mentales.
- 2.- Diagnóstico y tratamiento de las mismas.
- 3.- Rehabilitación de los enfermos.
- 4.- Enseñanza, e
- 5.- Investigación.

1.- Las actividades de prevención está encaminada a poner a disposición de la población elementos suficientes para la prevención y detección temprana de algunos padecimientos mentales. Existe en la institución personal capacitado para atender extramuros esta función, para ello cuenta con un grupo de trabajo interdisciplinario integrado por médicos psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.

2.- El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales es una de las funciones más relevantes del hospital, y se realiza en 3 áreas de atención médica: consulta externa, urgencias y hospitalización.

En la consulta externa se atiende a los enfermos que no requieren hospitalización y que pueden recibir el tratamiento en su casa.

Aproximadamente se proporcionan 17 000 consultas anuales, las causas más frecuentes son las neurosis depresivas, de ansiedad, de hipocondrías, esquizofrenia paranoide, epilepsia generalizada, adicción etílica y adicción a drogas.

El servicio en el área de urgencias se proporciona a aquellas personas que necesitan atención médica psiquiátrica inmediata. Este servicio se presta ininterrumpidamente, las 24 horas de los 365 días al año. Se proporciona un total de 11,784 consultas en promedio.

En lo concerniente al área de hospitalización este espacio médico está destinado a la atención de aquellos pacientes que por su patología no es recomendable la convivencia en la comunidad; en el seno familiar o laboral y que para su tratamiento se requiere de su hospitalización.

Se estima que las causas de egresos dependen en un 53% por la mejoría observada, 10% por curación, 10% por alta voluntaria, 10% por traslado, 15% por fuga y 2% por defunción.

En el hospital se cuenta con servicio de unidades de atención médica que coadyuvan al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades e incluye: laboratorio clínico, unidad de radiología, de electroencefalografía, oftalmología, otorrinolaringología, cardiología, bucodentomaxilar, central de esterilización y equipo, almacén de sangre, medicina interna y la unidad quirúrgica con dos salas de operaciones.

El tratamiento terapéutico farmacológico es el más usual en este hospital, los fármacos más utilizados son los neurolépticos (carbamazepina, haloperidol) se emplean para reducir la excitabilidad neuronal; los antipsicóticos (clorpromazina, reserpina) produce la desaparición de alucinaciones e ideas delirantes; los antidepresivos (imipramina, tofranil) se utiliza en pacientes deprimidos, aislados y apáticos, el akinetón se administra para el control de los síntomas secundarios provocados por los antipsicóticos.

Otra alternativa terapéutica usada es el tratamiento electroconvulsivo (TEC) que es utilizado en pacientes

depresivos, y a los resistentes al tratamiento farmacológico.

3.- La rehabilitación del enfermo mental, se lleva a cabo con diversos procedimientos, la terapia ocupacional: a través de trabajos de carpintería, costura, tejido, cincelado, ebanistería. Con ello se pretende que el paciente tome contacto con la realidad, y que tenga confianza en sí mismo; actividades recreativas: música, teatro, lectura, deportes, estas actividades mantienen el interés del paciente y evitan su aislamiento; asamblea de pacientes: se da oportunidad al paciente de expresar sus quejas y demandas.

Con el propósito de evitar recaídas y además con la intención de reintegrar a los pacientes al seno social y laboral, la institución cuenta con el servicio de "Hospital Parcial o de Día", que consiste en la atención del paciente después de su egreso durante 6 meses. A este servicio acuden los pacientes de lunes a viernes, de las 8:00 a las 14:00 horas para recibir terapia ocupacional y medicamentosa. El programa del "Hospital de Día" es de carácter activo, dentro de una comunidad terapéutica, participando no solo en su tratamiento sino en la organización del trabajo a realizar. Cada uno de los pacientes tienen una responsabilidad, como recoger los utensilios que ocupan, servir café, tener en orden la sala,

organizar eventos deportivos, de esta manera se pretende promover en el paciente sus destrezas y habilidades que le permiten ubicarse en la sociedad como personas productivas. El trabajo asignado es de acuerdo a los límites y capacidad del paciente.

Recientemente se cuenta con otro servicio hospitalario denominado "Programa de fin de Semana", que consiste en la atención integral del enfermo mental sin estar hospitalizado y con el propósito de establecer una relación hospital-paciente-familia, y de esta manera, reincorporar paulatinamente al enfermo a su ambiente cotidiano, sustituyendo días-cama por horas-tratamiento. Este apoyo profesional se proporciona los días sábados buscando con ello mantenerlo en contacto con su comunidad para su mejor funcionamiento individual, familiar y laboral. Este nuevo servicio representa una instancia de tratamiento y rehabilitación, dentro del hospital psiquiátrico reforzando a través de acciones terapéuticas específicas el tratamiento farmacológico tradicional. El horario de este programa es de 9:00 a 14:00 horas. El espacio físico es para un máximo de 30 personas. (Boletín Informativo, H.P.F.B.A. 1992).

4.- La enseñanza en el hospital, es también actividad prioritaria, ya que se le puede considerar hospital-escuela, porque imparte la especialidad de Psiquiatría. El

programa se desarrolla durante 3 años, a través de una residencia eminentemente práctica. Aproximadamente el 80% de los psiquiatras en México se han formado en esta Institución. Es el campo clínico más solicitado por las universidades y escuelas de la Secretaría Pública.

5.- La investigación, se realiza bajo el control y vigilancia del personal médico especializado, y de acuerdo a los programas autorizados por la Dirección General de Salud Mental. (Secretaría de Salubridad 1974).

En nuestro País el tratamiento del enfermo mental, en instituciones psiquiátricas ha sido abordado en forma integral, ya que se contemplan los diversos problemas que afronta el enfermo, para ello se cuenta con equipos interdisciplinarios unidos en el esfuerzo para lograr su rehabilitación y pueda ser reintegrado a su medio familiar, social y laboral.

CAPITULO IV

ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

Múltiples investigaciones dan cuenta sobre los resultados del tratamiento médico (farmacológico que reciben los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Sin embargo, son escasos los estudios que se abocan a analizar necesidades, expectativas y estados de ánimo por los que atraviesan durante su hospitalización.

Ha sido a partir de mediados del presente siglo que se han realizado intentos consistentes para proveer un mejor tratamiento, buscando alternativas al crítico problema del internamiento institucional.

La presente revisión bibliográfica, nos permite conocer algunos modelos utilizados para tratar de rescatar al enfermo psiquiátrico.

Klapman (1951), elaboró un programa de psicoterapia grupal, donde incluyó psicodrama y toda clase de métodos didácticos. Considera al grupo como una clase en la que se objetivizan los problemas. Klapman sostiene que la terapéutica de grupo favorece una vida más normal al paciente en su propio medio, además le proporciona catarsis y una reducción de las tensiones (mencionado por Bellak, 1962).

Beaukenkamp (1951), refiere algunas observaciones de terapéutica de grupo en pacientes esquizofrénicos del hospital del Estado de Rockland, con un período de

hospitalización relativamente breve. El empleó sesiones individuales para explicar el proyecto de grupo, lo que movió a los pacientes a solicitar su participación. 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 para ver las propias. El paciente se hace capaz de ver el núcleo de su mala adaptación, más que los traumatismos producidos por el ambiente, reconoce las actitudes interiorizadas. Estos pacientes mostraron un rendimiento superior al anterior a su ingreso al hospital (mencionado por Bellak, 1962).

Groeber (1954), y otros refieren sus observaciones en un servicio de enfermos mentales agudos en un hospital de veteranos. Se proponían determinar la efectividad de emplear al grupo para reducir la conducta agresiva en los pacientes. Participaron un total de cincuenta pacientes, en su mayor parte esquizofrénicos y celebraban una reunión por semana con asistencia voluntaria. Durante las sesiones casi no hubo 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. (mencionado por Bellak, 1962).

Abrahams (1948), estudió la terapéutica de grupos en una sala de seguridad de pacientes de raza negra, 19 de los cuales eran esquizofrénicos agresivo-destructivos. 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. Dio inicio a 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, posteriormente los miembros del grupo se relacionaban unos con otros con comprensión y respeto. Los resultados muestran mejoría en la conducta cooperadora y disminución marcada de la agresividad entre los pacientes. (mencionado por Bellak, 1962).

Un estudio realizado por Boe, Gocka y Kogan (1966), compara dos grupos de pacientes esquizofrénicos. El grupo experimental además de seguir el tratamiento usual del hospital, participó durante 6 semanas en psicoterapia de grupo con un enfoque centrado en el paciente. El grupo control recibió únicamente el servicio usual del hospital. Se encontró en ambos grupos una disminución del 32% de recaídas. Los pacientes del grupo control mostraron mejoría en contacto social, mientras los pacientes experimentales expresaron sentir mayor seguridad, ser más positivos y más tolerantes con la gente.

En una investigación Corder, Corder y Hendricks (1971), con pacientes mujeres de 28 años de edad como promedio, hospitalizadas por primera vez y con dos meses de internamiento. Buscaron probar la efectividad de dos tipos de tratamiento: a) psicoterapia de grupo y b) psicoterapia de grupo combinada con un tratamiento de interacción social en diada, el cual consistió en propiciar que cada paciente pasara 30 minutos diarios discutiendo sus problemas personales con otra paciente, con ésta interactuaba formándose de esta forma una diada terapéutica. Las sesiones de grupo se realizaban 2 veces por semana y el tratamiento tuvo una duración de 3 meses. Las sesiones de los dos grupos fueron filmadas, al comparar sus resultados se encontró que las pacientes del grupo experimental, manifestaron un mayor contacto con la realidad, más intimidad y mayor involucración social que las pacientes del grupo control.

Maxmen, J.S. (1978), presenta un modelo educativo para pacientes hospitalizados. La meta primordial de este modelo de terapia de grupo es ayudar a los pacientes a pensar y responder de manera efectiva a las consecuencias de su enfermedad. Otro de los objetivos principales es sensibilizar e impulsar al paciente para que asista al grupo y sea capaz de ayudar a otros. En este tipo de grupos se da al paciente la oportunidad de actuar terapéuticamente, dándoles una esperanza, sentido de

pertenencia al grupo, se les demuestra la universalidad de sus problemas y fomenta conductas altruistas. Estos son los factores que los pacientes internos sienten como más útiles para su rehabilitación.

Meltzer, W.W. (1982), discute los problemas que se presentan cuando se trabaja con un grupo de pacientes psicóticos hospitalizados; desde los criterios de selección en grupos abiertos, la manera como influyen las conductas bizarras de los miembros en el grupo. También se discute la función que tiene el silencio y la verbalización dentro de la dinámica.

Poey, K. (1985), en una revisión de la literatura referida a las terapias de grupo breve encuentra que Papened, 1970; Sloane, Staples, Cristol, Yokston y Whipple, 1975, mencionan que existe una clara indicación acerca de que pueden y han ocurrido cambios terapéuticos en las áreas específicas en las que se centran estas terapias de grupo breves. Budman, Randall y Denby, 1986, en estudios realizados con esta técnica obtuvieron cambios positivos y significativos. Los pacientes observaron un crecimiento en sus funciones interpersonales y se encontraron mucho menos sintomáticos. La mayoría de los miembros del grupo lograron un mejor entendimiento de sí mismos y una mayor seguridad en sus relaciones interpersonales. Los mismos autores mencionan que este tipo de terapia requiere de un esfuerzo

mucho mayor, técnicas más específicas y un plan más especializado que el que se requiere en una terapia individual.

Allgeyer, 1973; Ahumada, Abiaso, Baiguera y Gallo 1974; consideran que existen cuatro tipos de grupos breves. 1.- Grupo de crisis, el cual está diseñado para centrarse exclusivamente en resolver los problemas que originan esa crisis; 2.- Grupo de maratón, que utiliza técnicas más específicas y de una manera intensiva; 3.- Grupo de pacientes con esquizofrenia internados en un hospital psiquiátrico, centrados en la resolución de problemas graves y en la toma de decisiones. Con estos grupos no se utiliza el "insight" (introspección) ni la exploración psicodinámica, esto se debe en parte a que son pacientes que están por un mes o menos en el hospital y 4.- Grupo centrado en un tema, aquí se trata de concentrarse en un tema, tal como la afirmación de la autoestima. (mencionados por Poey, K. 1985).

Kanas, N. (1986), en su artículo "Terapia de Grupo para pacientes esquizofrénicos hospitalizados de corta duración", menciona la revisión que Yalom hace de las características de estas unidades hospitalarias, así como la modificación practicada a las terapias de grupo tradicionales. Yalom considera que la estancia breve del paciente en el hospital interfiere en el desarrollo de

factores curativos porque se ve limitado el número de sesiones del grupo a las que el paciente puede acudir; muchos de los pacientes son egresados tan pronto como la crisis es resuelta, lo que dificulta la terapia de grupo complicándose aún más cuando se trata de pacientes psicóticos que están alucinados o aislados.

En este mismo artículo Kanas, (1986), señala la eficacia de la terapia de grupo para esquizofrénicos hospitalizados y menciona que en una revisión reciente sobre estudios controlados, se encontró que para el 67% de los 33 pacientes hospitalizados estudiados era más efectivo recibir terapia de grupo que no recibirla. La terapia interaccional fue significativamente mejor que la terapia de introspección. No existió una tendencia significativa que apoyara el hecho de que la terapia de largo plazo fuera mejor que la intermedia o la breve. En esta revisión, breve se refiere a grupos que realizaron 17 o menos sesiones, lo cual generalmente corresponde al período de estancia del paciente de 6 semanas o menos. De nueve estudios realizados sobre terapia breve, en cinco se considera que recibir terapia de grupo es más efectivo que no recibirla, tres no encontraron diferencias y en uno se observó que los esquizofrénicos que participaron en los grupos empeoraron. En este último estudio se utilizó la terapia de insight con un grupo heterogéneo en diagnóstico. A pesar de este resultado, la revisión demuestra que la terapia de grupo en

unidades de hospitalización breve es a menudo benéfica para pacientes esquizofrénicos, particularmente cuando se utiliza una aproximación orientada a la interacción.

Kahn, E.M. (1986), cita los comentarios de M.A.Barr, M. Leszcs y R.C. Erickson, estos autores argumentan pros y contras de la efectividad de las terapias con grupos homogéneos y heterogéneos en un ambiente hospitalario. Los resultados considerados incluyen los mecanismos de acción en el tratamiento del grupo, las características, las técnicas terapéuticas y la clasificación de esquemas para asignar a los pacientes a los grupos y a los tratamientos. Se mencionan los resultados en un estudio realizado en el Hospital Durham County General (North Carolina), para mostrar que es posible desarrollar un esquema matemático para asignar pacientes a grupos focalizados con un 89% de armonía con criterio clínico. Los autores hacen sugerencias para que los tratamientos sean más eficaces en grupos de pacientes hospitalizados, buscando que éstos se involucren en sus tratamientos y para que las tensiones producidas durante el proceso terapéutico sean cuidadosamente balanceadas con el apoyo del terapeuta. Estos tratamientos deberán ser elaborados para enfatizar los problemas que los pacientes tengan en común.

Judith y Erick Coche (1986), exponen un exitoso plan de terapia de grupo con pacientes severamente dañados y con

dificultad para relacionarse grupalmente. Describen los problemas y ventajas de grupos con características y "border line" involucrados en grupos de esquizofrénicos. Ellos mencionan cuatro pasos en el entrenamiento de pacientes para ayudarlos a resolver problemas: Presentación del problema; Aclaración del Problema; Idea turbulenta y Evaluación. Estos investigadores concluyeron que el mayor impedimento al conducir grupos de psicoterapia con pacientes hospitalizados es la poca duración de su estancia en el hospital.

Badia, E.D. (1989), describe la utilidad de la Teoría General de Sistemas y conceptos de grupo como entidades para entender la dinámicas del medio ambiente terapéutico de los pacientes en una unidad psiquiátrica. Con esta información el terapeuta puede hacer intervenciones a nivel individual y grupal, lo que ayudará a los enfermos a entender y hacerse cargo de su propia patología. Otro beneficio de este proceso es que se desarrollará una comunidad en la unidad psiquiátrica la cual permitirá a los pacientes ayudarse unos a otros a restablecerse.

Una de las técnicas utilizadas por Villazana, S. (1990), en el Hospital Santa Cruz County Health Services Agency, consiste en desarrollar un trabajo grupal con metas específicas, por ejemplo, la expresión de los aspectos sobre la imaginación y los símbolos individuales, que de

otra manera nunca hubieran sido comunicados. Otro ejemplo: hablar sobre la medicación de los psicotr6picos y sus efectos colaterales, y de los pro y contra de tomarlos. Villasana recomienda ampliamente y expone los excelentes resultados que ha observado.

En los estudios realizados por Small, Messina y Small, J.C. (1964), Small, J.C. Hayden (1966), se observa la correlaci6n entre el cambio positivo de actitud a lo largo de la hospitalizaci6n, con una respuesta m6s favorable al tratamiento con la utilizaci6n 6ptima de terapias continuas.

Por su parte Bandura (1969), concluye que los esquizofr6nicos pueden ser tratados con mayor efectividad en situaciones grupales que a nivel individual. Esta conclusi6n est6 apoyada por el hecho de que la terapia de grupo, que ha sido ampliamente utilizada en pacientes psic6ticos provee al paciente de un ambiente adecuado, mediante el cual puede reintegrarse a la realidad y desarrollar una mayor actividad en su desempe1o de roles y relaciones interpersonales.

La recomendaci6n de Sabin (1978), es la de "tomar una actitud optimista, en la implementaci6n de un programa, ya que 6ste incrementa la eficacia terap6utica del tratamiento y expresa que debe hacerse a nivel grupal".

A continuación se mencionan algunas investigaciones relacionadas con psicopatología y control externo.

Beck (1967), encontró que el paciente depresivo es particularmente sensitivo a cualquier obstáculo que no le permita alcanzar sus metas. Su respuesta cognitiva a un problema o dificultad es una idea de "soy un fracasado", este sentimiento de fracaso está relacionado a control externo, ya que las personas de control interno, manifiestan estar menos perturbados a no lograr sus metas.

Shybut (1968), señala que los pacientes psiquiátricos severamente desequilibrados en base a desórdenes de pensamiento, de comportamiento, trastornos afectivos y socialmente desajustados, responden más a control externo, que los pacientes moderadamente desequilibrados y personas normales.

Harrow y Ferrante (1969), examinaron la relación entre locus de control y tipos de desórdenes a través de una muestra de pacientes psiquiátricos. Los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos tuvieron un puntaje más alto en dirección externa que los otros pacientes no esquizofrénicos.

En otros estudios hechos por Phares 1968, Ritchie y Davis 1968, señalan que el esquizofrénico no hace correcto juicio del tiempo, en consecuencia tiene una incapacidad

para diferir la gratificación, y esta incapacidad para diferir la gratificación es más común en personas de control externo.

Loltman y Wolfe (1972), reportaron que en el proceso esquizofrénico los pacientes son poco competentes, desorganizados y desviados en contraste con los pacientes diagnosticados con esquizofrenia reactiva que son competentes hasta que se les presenta la crisis. Los pacientes esquizofrénicos responden más a control externo que los pacientes con esquizofrenia reactiva.

Tomando en cuenta los antecedentes bibliográficos citados, se revisaron algunos trabajos realizados en México en los cuales se aborda el tema del enfermo mental en Instituciones Psiquiátricas.

Elizondo, H.A. y García, C.B. (1974), plantearon la necesidad de establecer dentro del hospital un ambiente propicio que facilite la labor terapéutica del especialista, para que los cambios logrados no se pierdan por falta de planificación del ambiente, así como el funcionamiento de un programa de rehabilitación individual para superar los déficits conductuales del paciente. En su estudio presentan el caso de una paciente al que se le programaron actividades por espacio de dos semanas con horario completo en el área laboral, recreativa y familiar, éstas consistían en realizar operaciones matemáticas con

medidas monetarias y de peso, ejercicio físico, lectura, cine y juegos de salón, conductas de autocuidado: vestirse, peinarse, aseo completo, comer en la mesa y control de esfínteres. El objetivo planteado no se alcanzó debido a que el paciente fue dado de alta a petición de su familia. Para la programación del ambiente hospitalario se trabajó con un grupo de pacientes del sexo masculino con edades de 17 a 20 años, al que se le estableció actividades por espacio de cinco semanas con horario completo en las áreas: laboral, recreativa y familiar, las siguientes tareas consistían en: aseo personal completo, lectura, terapia ocupacional, terapia recreativa, actividad libre o junta de pacientes. En este programa sólo se obtuvieron datos de las dos primeras semanas, las tres siguientes se dedicaron al programa individual de rehabilitación. Los datos no muestran incremento considerable de conductas adecuadas de la primera a la segunda semana.

El establecimiento de un programa de cuidado y evaluación no pudo cubrirse por falta de recursos humanos, principalmente.

De la Peña, R.M.A. (1975), implanta un programa motivacional, para tratar de cambiar conductas de apatía, falta de interés o de motivación en pacientes adolescentes de un pabellón del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. El grupo estuvo integrado por 20 pacientes, del

sexo masculino y con edades de 13 a 17 años, con diagnósticos de psicosis, neurosis de carácter y farmacodependencia. Se estableció un programa de reforzamiento social. El programa consistió en establecer un programa de rutina dentro del pabellón, con horario específico de las conductas de higiene personal, comportamiento social y verbalización adecuada, aseo del pabellón, asistencia y participación en las actividades culturales y recreativas. Hubo adelantos significativos en la higiene personal del paciente, en el área social se hace énfasis en el reforzamiento social presentado en grupo (atención de compañeros, el reconocimiento de su respuesta adecuada por miembros del grupo, el elogio en público) contribuyeron a incrementar la tasa de respuesta verbal en pacientes con retraso en el desarrollo o en cuadros psicóticos importantes. A su vez se detectaron problemas de control para llevar a cabo el programa por la heterogeneidad del grupo en sus hábitos, y que de alguna manera interfirieron en la relación experimentados-participantes.

El trabajo de investigación llevado a cabo por Benavides, T.J. (1975), utiliza la terapia del ambiente, que consiste en hacer que la mayoría de los factores del medio ambiente controlables favorezcan el tratamiento y rehabilitación del enfermo mental. Pretende a través de esta terapia reestructurar al paciente en su realidad,

tiempo, espacio y persona. Se forman dos grupos de pacientes neuróticos y psicóticos del Hospital Floresta. Uno de los grupos denominado "Grupo Largo", trabaja 3 veces por semana, con duración de una hora. Hablan de diversos temas: de cómo se sienten en el pabellón, de su relación con los otros pacientes y el personal, de sus quejas y proposiciones. En el grupo denominado "Grupo Corto", se subdividió en 3 grupos: de recién ingreso, estancia media y de próxima alta. Al grupo de recién ingreso, se le informaba de las actividades que se realizaban, horarios y se obtenía información sobre el motivo de su internamiento y problemas. En el grupo de estancia media, se promovía básicamente la interacción entre los pacientes para obtener y observar las sesiones terapéuticas. El grupo de pacientes próximos a ser dados de alta, exponían generalmente conflictos y temores ante esta nueva situación, se buscaba entre ellos mismos una solución práctica a sus conflictos. No se contó con una evaluación objetiva "rigurosamente científica", por lo tanto los resultados obtenidos se limitan a ser descriptivos y cualitativos. Puede decirse que el ambiente logrado tanto desde el punto de vista físico como del psicológico cambió por completo el concepto de paciente, del tratamiento y del personal. Se modificó la comunicación, el sentido comunitario, cooperación en el pabellón, el cuidado de su limpieza y su buena apariencia. Las relaciones interpersonales mejoraron ampliamente entre

los pacientes y el personal. La responsabilidad de los pacientes en su curación fue uno de los puntos que se modificó sustancialmente.

En la investigación realizada por Rendón, M.Y. (1977), pretende por primera vez aplicar la Psicoterapia Breve de Esclarecimiento junto con el tratamiento médico a una paciente del Hospital Dr. Rafael Lavista, con el propósito de evitar reingresos y adaptarla a la sociedad. La paciente cuenta con 48 años de edad y tiene un diagnóstico de neurosis con fuertes matices depresivos y ansiosas. Se programaron 2 sesiones por semana con duración de 45 minutos. Después de 10 sesiones, la paciente sale los fines de semana y comenta sentirse bien en su casa, hay mejor comunicación con su hija, se preocupa por su salud visitando al neurólogo y ginecólogo, se detecta menos rigidez, más pertenencia a las actividades terapéuticas de la institución, juega nuevos roles con los pacientes. Los estados de ánimo ya no fluctúan tanto de la manía a la depresión. La paciente se da de alta sin consultar al terapeuta, pero hasta ahora no se ha reportado ningún reingreso, solo visitas periódicas para obtener medicamentos.

El Programa de Tratamiento Psicosocial seguido en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, realizado por Valencia, R. (1984), buscaba que los pacientes

desempeñaran satisfactoriamente sus roles sociales, familiares y ocupacionales, tanto en el hospital como en la comunidad. El programa comprendió las siguientes áreas de tratamiento: autocuidado, control de síntomas y medicamentos, habilidades sociales, orientación ocupacional, orientación familiar, actividades recreativas y deportes. La duración del programa fue de 4 semanas. Se formaron 2 grupos: experimental y control. La estructura del programa incluye tres etapas: canalización, tratamiento y seguimiento. La evaluación de los pacientes se realizó en tres instancias: en el ingreso, cuando se les dio de alta y en el seguimiento, que tuvo una duración de 6 meses. Los pacientes del grupo experimental obtuvieron mayores mejorías que los pacientes del grupo control, tanto en sintomatología como en funcionamiento psicosocial, mientras se encontraban hospitalizados, y cuando fueron dados de alta y reinstalados en su comunidad. De la misma forma, los pacientes experimentales tuvieron un nivel menor de recaídas, 6 meses después de que salieron del hospital. Otro dato que proporciona la investigación, es el que los pacientes del grupo control, presentan un mayor grado de angustia a su egreso del hospital, que los pacientes del grupo experimental.

Moreno, M.M. (1988), investiga que tan loable puede resultar la aplicación de un test de expresión pictórica en pacientes psicóticos, cuando la sintomatología es tan

florida y se dificulta la aplicación de métodos tradicionales para la evaluación diagnóstica. Se aplicó el test mencionado con tema libre a un grupo de 35 pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico San Rafael, con sintomatología de psicosis funcional y de edad mínima de 15 años. Se utilizaron: lápices, crayolas, marcadores, plumones, tizas, carboncillos, acuarelas, pinceles, recipiente de agua y cartulina blanca. La consigna fue: "pinte usted algo, puede elegir el material que guste". No hubo límite de tiempo para desarrollar el trabajo. Al finalizar se sugirió poner título. Se trabajó de martes a viernes de 10:00 a 12:30 y de 4:00 a 6:30 horas. Se observaron los siguientes resultados: la elección del material fue racional; se detectó un manejo expansivo agresivo al 100% de pacientes cursando un cuadro de psicosis maniaco depresivo y un 75% en el caso de pacientes con psicosis paranoide. Se encontró en los maniaco depresivos un tamaño microscópico, espacio restrictivo, congruencia en la secuencia, presión hipotónica, transparencia y síntesis defectuosa. En los maniacos fase maniaca: incongruencia en la secuencia expresada por cambios bruscos en la dirección de trazos, presión hipertónica, transparencia, síntesis defectuosa y abundancia de detalles. En los esquizofrénicos paranoides y afectivos: tamaño macrográfico, expansivo del espacio, congruencia en la secuencia. La actitud cooperadora fue del

75% al 100%, esto demuestra accesibilidad espontánea en la mayoría de los pacientes, por lo que resulta un vehículo introductorio de la evaluación diagnóstica, y un recurso para el establecimiento de un adecuado rapport, así como la apertura para una posterior relación psicoterapéutica.

Derivado del análisis de esta revisión de antecedentes, se advierte la trascendencia en los diferentes tratamientos a nivel grupal en pacientes hospitalizados. Los hallazgos reportados en estos estudios evidencian la conveniencia e importancia de poner en práctica las técnicas especializadas cuyos resultados positivos han ayudado a la rehabilitación del enfermo mental.

Los antecedentes revisados muestran que existe una gran variedad de modelos o programas de tratamiento realizados con pacientes psiquiátricos hospitalizados, por lo que podemos resaltar que todo lo que se ha trabajado hasta ahora, siempre ha sido con la intención de ofrecer un mejor trato y servicio a los enfermos. Así, es notable y alentador los avances que se han generado en el tratamiento y cuidado del enfermo mental en nuestro país, sin embargo aún existen deficiencias que impiden una recuperación que permita al paciente reintegrarse cabalmente a su núcleo familiar y social. Es por estas deficiencias que se intenta encontrar alternativas para el tratamiento hospitalario del enfermo mental.

Una de ellas es el desarrollo de programas que se constituyan en espacios en los que el paciente pueda expresar abiertamente dudas, sentimientos e inquietudes. Esta situación es la que nos llevó a pensar en las dinámicas de grupo como alternativa para complementar el tratamiento, lo que contribuiría a lograr una mejor adaptación del paciente a la institución para facilitar su manejo ya que las dinámicas posibilitan la comunicación y socialización durante el internamiento y quizá permitan mejorar las relaciones familiares y sociales del paciente.

Se ha observado que a las personas que sufren alguna desviación o enfermedad mental, se les aparta del medio en

que se desarrollan, como un recurso para garantizar su "seguridad" o la de quienes le rodean; y en algunos otros, también frecuentes, para evitar la vergüenza ante los demás por el significado social de este tipo de problemas.

Cada día la sociedad se ha preocupado por dar un trato más digno y por proporcionar los medios más adecuados para que dichos pacientes logren una mayor adaptación a su entorno.

A lo largo de la historia y como fruto de esta inquietud, se han implementado diversas técnicas terapéuticas; en la actualidad algunas de ellas inapropiadas y otras obsoletas. El desarrollo y aplicación de alternativas ha permitido que la imagen social del enfermo mental se haya modificado, observándose en su atención un gran progreso: desde las cadenas de la Castañeda hasta la fundación de hospitales con infraestructura y personal altamente capacitado para la aplicación de tratamientos a nivel interno y externo.

En nuestro País se han fundado instituciones de salud especializadas con una diversidad de servicios para prestar atención profesional a niños, adolescentes y adultos, en las diversas etapas por las que atraviesa la enfermedad mental, dichas instituciones cuentan con servicio de consulta externa, hospitalización continua y hospitalización parcial.

Dentro del sector salud existen hospitales en toda la República que cuentan con personal especializado y con los recursos para la observación, tratamiento y rehabilitación de estos pacientes.

No obstante, la experiencia personal nos ha permitido constatar que independientemente de los esfuerzos realizados la comunicación con estos pacientes es en ocasiones pobre o poco positiva, debido entre otras causas al excesivo número de casos, insuficiencia de recursos y en otros a la patología subyacente; por ello nos planteamos la posibilidad de integrar grupos de pacientes para propiciar la aceptación de enfermedad mental y fomentar una mayor relación entre ellos a partir del conocimiento de su padecimiento y el personal especializado que los atiende.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO V

METODOLOGIA

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Considerando que uno de las obligaciones a las que se enfrenta el campo de la Psicología Clínica, es el tratamiento de pacientes psiquiátricos institucionales, se planteó como problema principal, diseñar e implantar un programa de Dinámicas de Grupo como complemento en el tratamiento farmacológico que se sigue en el cuidado de este tipo de pacientes.

Ello cobra relevancia porque desde el momento en que el paciente psiquiátrico ingresa a la institución, se le etiqueta y margina de la sociedad, teniendo que asumir un rol particular que empieza por completo sometimiento a las reglas y órdenes del hospital, lo que provoca en él sentimientos que van desde el abandono, la angustia, la humillación, hasta el enojo, situación que contribuye a generar actitudes hostiles y de rechazo hacia el ambiente hospitalario.

Con esta avalancha de vivencias, al enfermo no le es fácil aceptar su padecimiento mental, porque es algo que le asusta y tampoco logra entender lo que le pasa, además puede avergonzarse porque siente el rechazo tan característico de nuestra sociedad a esta clase de enfermos. Como lo mencionan Levinson y Gallagher (1964) "La sola idea de enfermedad mental crea una extrema incomodidad a la mayoría de la gente, y hay una ignorancia e

indiferencia muy extendidas, que equivalen al rechazo con respecto a sus síntomas, causas y tratamiento".

Por lo tanto el paciente rehusa considerarse un enfermo mental y atribuye su padecimiento a situaciones ajenas a él, culpando a los demás de lo que le pasa en un intento de ignorarse y responsabilizarse de sí mismo como tal.

"Es común en nuestra cultura, vivenciar situaciones cuyas causas atribuimos ya sea a personas, eventos, o bien al destino, situándolos fuera de nuestro control, es decir que en muchas ocasiones nos sentimos ajenos al hecho de ser nosotros mismos los constructores de nuestro éxito o fracaso". (Lefcourt 1976).

Los pacientes psiquiátricos no son capaces de alcanzar o mantener un tolerable nivel de confianza para influir en otros que puedan escucharlo, entenderlo, respetarlo, no teniendo esta confianza se ve forzado a ser sometido, anulado y al rol de indefenso. La sensación de indefenso está asociado a control externo.

Mientras algunas áreas de inseguridad perduren, es una buena razón para creer que una orientación hacia control externo y funcionamiento personal anormal está relacionado. (Lefcourt 1976).

La pregunta a la que pretendemos dar respuesta con este trabajo es: ¿ Un programa de dinámicas de grupo, servirá como complemento del tratamiento farmacológico del paciente psiquiátrico hospitalizado?

Por lo tanto se plantean las siguientes hipótesis.

5.2 HIPOTESIS.

HA1. Habrá un cambio en el locus de control externo a interno,

HA2. Habrá un cambio en la concepción y actitudes hacia el medio hospitalario,

HA3. Tendrán conciencia de enfermedad,
Los pacientes psiquiátricos hospitalizados que participen en el programa de dinámicas de grupo.

Ho1. No habrá cambio en el locus de control de externo a interno,

Ho2. No habrá cambio en la concepción y actitudes hacia el medio hospitalario,

Ho3. No tendrán conciencia de enfermedad,
Los pacientes psiquiátricos hospitalizados que participen en el programa de dinámicas de grupo.

5.3 VARIABLES.

- VI. En esta investigación la Variable Independiente es el Programa de Dinámicas de Grupo.
- VD1. El cambio en el locus de control externo a interno.
- VD2. El cambio en la concepción y actitudes de las pacientes hacia el medio hospitalario.
- VD3. La modificación de conciencia de enfermedad de las pacientes.

5.4 INSTRUMENTOS DE MEDICION.

- VD1. El Cuestionario Locus de Control Interno-Externo.

El instrumento fue elaborado por Julien B. Rotter (1965), para investigar diferencialmente como ciertos eventos importantes en la sociedad afectan a las personas, consta de 23 reactivos originales y 6 reactivos más, adaptados de los 60 reactivos de la Escala de James, cada reactivo está constituido por 2 opciones, A o B. Una que expresa una creencia de control interno y otra una creencia de control externo. Es una prueba de elección forzada, la calificación va dirigida a medir control externo del individuo; a mayor calificación, mayor control externo.

Rotter (1965), afirma que las acciones de una persona predicen con base a sus valores, sus expectativas y la situación en que se encuentran a sí mismos. Ingalls (1982),

define al control interno como la explicación que da el individuo de lo que sucede atribuyéndolo a sus propias acciones. Por el contrario, el control externo es la convicción que tiene la persona de asignar a causas externas como determinantes de lo que le pasa a él. Para Lefcourt (1974), es evidente que un vínculo indirecto por lo menos, puede ser asociado entre locus de control externo y la incidencia en patología.

VD2.El Inventario de las Concepciones del Rol del Paciente Psiquiátrico.

El instrumento utilizado en esta investigación, fue elaborado por Levinson y Gallagher (1964,1971). Se elaboró con el fin de evaluar la situación de los pacientes psiquiátricos hospitalizados, la percepción que el paciente se ha formado acerca de su condición como enfermo mental, los problemas por los que tiene que atravesar y la forma de enfrentarlos durante su internamiento. El inventario y la hoja de respuestas utilizadas fueron modificados y adaptados por Claudette Dudet para facilitar su aplicación y calificación en su trabajo de tesis titulada "El Rol del Paciente Psiquiátrico Hospitalizado. Un estudio psicosocial a partir de la propia experiencia del Paciente" (1986). El objetivo de la investigación fue estudiar el encuentro del paciente psiquiátrico con la institución y su estancia en ella, desde el punto de vista del paciente mismo. El

cuestionario consta de 43 reactivos, distribuidos en 12 factores.

- Factor I: Relación Médico Paciente.
- Factor II: Necesidad de Controles Externos, Institucionales.
- Factor III: El Rol del Enfermo y el Ambiente Institucional.
- Factor IV: Visión de otros Pacientes.
- Factor V: Visión sobre el Tratamiento y la Salud Mental.
- Factor VI: Visión sobre el Tratamiento Psicológico.
- Factor VII: El Rol del Psiquiatra y el enfermo Institucional.
- Factor VIII: El Rol del Paciente Psiquiátrico.
- Factor IX: Visión de la Enfermedad Mental y la Institución.
- Factor X: Visión del Hospital.
- Factor XI: Concepción de Salud-Enfermedad Mental.
- Factor XII: Relación Enfermero-Paciente.

La calificación original del cuestionario plantea una respuesta en una escala del 1 al 7. Lickert (1978), comprobó que es más confiable el rango de calificación del 1 al 5 que del 1 al 7, por lo que cambiamos la calificación, quedando de la siguiente forma:

- 1 Punto para Totalmente en desacuerdo.
- 2 Puntos para Poco en Desacuerdo.
- 3 Puntos para No Sé.

4 Puntos para Poco de Acuerdo.

5 Puntos para Totalmente de Acuerdo.

VD3. Conciencia de Enfermedad Mental

Se utilizó el cuestionario del Dr. Juan C. Betta (1977), para saber si el sujeto se considera o no enfermo. El cuestionario consta de 4 preguntas que son:

¿Está usted enfermo? Si contesta afirmativamente, interesa saber si tiene conciencia de enfermedad mental, puesto que puede considerarse enfermo de otra cosa.

¿De que está enfermo? En caso de que no se considere enfermo, si se trata de un individuo lúcido con conocimiento de que está internado en un hospital de alienados, se le dirá

¿Si no está usted enfermo, en calidad de qué está usted? De acuerdo con lo que el sujeto manifieste, es importante preguntar

¿Sabe usted qué sujetos acuden a este hospital?

Terminado el cuestionario tendremos en nuestro poder datos concretos relativos a conciencia de enfermedad mental del paciente.

Diseño Experimental.

Se trata de una investigación experimental con 2

réplicas de un diseño pretest-postest con grupo control, una de ellas con 5 sujetos por grupo y la otra con 6 sujetos por grupo.

5.5 SELECCION DE LA MUESTRA

Criterios de Selección:

Para determinar la muestra de pacientes que participaron en el programa de Dinámicas de Grupo, se utilizaron los siguientes criterios.

Para el Grupo Experimental:

Se seleccionaron 11 pacientes psiquiátricos hospitalizados, de entre un grupo de pacientes del sexo femenino, cuyas edades fluctuaban entre 18 y 50 años, encontradas en estado de remisión de la sintomatología, que no mostraron crisis delirantes o alucinatorias, que estuvieran bajo tratamiento farmacológico y que supieran leer y escribir.

Los criterios de selección de la muestra en cuanto edad, se deben a las características propias de la población del hospital, ya que la mayoría de las pacientes tienen entre 18 y 65 años, la condición sexo femenino se debe a que la investigación se llevó a cabo en la sección de mujeres. El criterio sobre estado mental y alfabetización del paciente al momento del programa de

Dinámicas de Grupo y la aplicación de los cuestionarios, se debió a la capacidad requerida para que las pacientes puedan ser entrevistadas y responder.

Lugar de la Investigación.

El lugar donde se llevó a cabo la investigación fue el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, de la Secretaría de Salud, Séptimo Piso, Sección Mujeres. Situado al sur de la Ciudad, Zona de Hospitales.

El estudio fue realizado durante los meses de noviembre de 1991 al mes de abril de 1992.

En este hospital se proporciona atención a personas mayores de 18 años, ambos sexos. Se atienden a pacientes con trastornos mentales en etapas agudas, con programas de hospitalización que va de una semana a 6 meses dependiendo de la gravedad de la sintomatología. El tratamiento pretende ayudar al paciente a salir de su crisis aguda del padecimiento y a su vez controlarlo con fármacos y terapias principalmente.

5.6 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION.

Para el desarrollo de la investigación se solicitó la anuencia de las autoridades de la institución, después de ello se analizó las características de la población para la selección de la muestra para llevar a cabo el Programa de Dinámicas de Grupo.

La selección de la muestra del primer grupo experimental se realizó observando directamente a las internas, consultando los expedientes y realizando una entrevista de aproximadamente 15 minutos.

La revisión de los expedientes permitió obtener datos acerca de edad, escolaridad y patología, la observación directa contribuyó a detectar a los pacientes que se encontraban en etapa de remisión de crisis, por último la entrevista que se practicó fue con el fin de acercarse a las pacientes para proporcionar información acerca del programa de dinámicas y preguntar si les interesaba participar en éste, se les informó que el programa estaba compuesto por 6 sesiones, a realizar en forma grupal 3 veces a la semana de 7:30 a 8:30 A.M., en el cubículo de Terapia del mismo piso, se les dijo que debían asistir bañadas, peinadas y después de hacer su cama; también se les mencionó que antes de iniciar y al finalizar el Programa de Dinámicas, se les harían algunas preguntas. Haciéndoles la aclaración de que el resultado obtenido era información únicamente para el Departamento de Psicología.

Para la selección del grupo control se siguió el mismo mecanismo, con la diferencia de que en la entrevista sólo se les preguntó si estaban dispuestas a contestar unos cuestionarios.

Al tener conformados el primer grupo experimental y

control, se pidió la colaboración de los médicos tratantes de las pacientes para que no dieran de alta a éstas hasta que terminara el programa y después de la aplicación de los cuestionarios.

Al terminar el tratamiento con el primer grupo experimental y la aplicación de los cuestionarios (grupo experimental y control), se procedió de igual forma para seleccionar al segundo grupo, tanto experimental y de control.

En resumen se trabajó de manera independiente con 2 grupos experimental, compuesto por 5 pacientes el primero y 6 el segundo, durante 6 sesiones realizadas 3 veces por semana, de una hora de duración cada dinámica.

Las sesiones de grupo, se realizaron en un cubículo del 7o. piso, sección mujeres, en el área de hospitalización, de medidas 4x4, con mobiliario compuesto por una mesa y sillas, utilizando el siguiente material: cartulinas, tijeras, pegamento, lápices, sacapuntas, folders, revistas y una hoja con 5 preguntas.

Al iniciar la primera sesión, se dijo a cada uno de los grupos experimental, que estas dinámicas eran un espacio para hablar de ellas mismas, para escuchar a sus compañeras y ser escuchadas.

Teniendo en cuenta las características de las pacientes participantes, se buscó que las dinámicas fueran sencillas, breves y directivas, tratando de promover cambios concretos que les permitiera integrarse al ambiente hospitalario y tener conciencia de enfermedad mental para aceptar y responsabilizarse de su tratamiento.

A continuación se describen brevemente las dinámicas:

Primera Dinámica: Descubre a tu amigo.

Objetivo: Integración y reconocimiento del grupo. Se pretende generar la confianza entre los elementos del grupo que permita establecer un puente de comunicación entre todas nosotras.

Ejercicio: Se utilizó el ejercicio denominado "La Telaraña".

Materiales: Una madeja de estambre.

Desarrollo: Se le dio a una de las pacientes una madeja de estambre y se le preguntó a cual de sus compañeras quiere conocer, al indicar a quien de éstas, se queda con la punta y pasa la madeja a su compañera quien se presenta diciendo sus datos y el motivo de su internamiento, a su vez esta paciente le pasa la madeja a la compañera que quiera conocer y así

sucesivamente hasta que todas han participado en el ejercicio. Al finalizar éste se les pregunta qué recuerdan del discurso de cada una de sus compañeras. Al salir se les reitera que programa consta de 6 sesiones y que las esperamos a la próxima sesión.

Segunda Dinámica: ¿Que hago aquí?

Objetivo: Tratar de entender porqué está hospitalizada.

Se tratará de concientizar al paciente del motivo por el cual se encuentra en ese lugar, porqué es atendido por personal especializado.

Ejercicio: En esta sesión se trabajó con el ejercicio de la "Dramatización".

Desarrollo: Dos de las participantes actúan, una como paciente que lleva algún tiempo hospitalizada, y otra como recién llegada, las demás integrantes observan. Al finalizar el ejercicio, comentan que les aportó esta experiencia.

Tercera Dinámica: El grupo hospitalario y yo.

Objetivo: Conocer su lugar en el grupo hospitalario.

El propósito es que el paciente conozca el rol que juega como elemento integrador del grupo ¿que espera del grupo? y que puede aportar al grupo.

Ejercicio: En esta sesión se utilizó un cuestionario compuesto por 6 reactivos.

Material: Cuestionarios y lápices.

Desarrollo: Se les dio a cada una de las integrantes del grupo el cuestionario para que lo contestaran en forma individual y lo más apegado a sus sentimientos. Las preguntas fueron:

¿Como se siente usted en el grupo?

¿Que espera usted del grupo?

¿Que espera el grupo de usted?

¿Como siente a las instructoras?

En el grupo siento miedo de:

Me doy cuenta que el grupo me ve como una persona:

Al finalizar se revisan y comentan las respuestas de cada una.

Cuarta Dinámica: Sentimientos de agrado y desagrado.

Objetivo: Permitir la expresión de sentimientos. Se pretende que el paciente sea capaz de expresar libremente sus sentimientos y

emociones, ya sean éstos de agrado, desagrado, afecto o agresión en forma adecuada.

- Ejercicio:** Se utilizó la "Verbalización".
- Desarrollo:** Se pidió a cada una de las participantes mencionara lo que más le agrada o desagrada de sus compañeras. Al finalizar se les preguntó que fue lo que se les facilitó expresar mejor, si los sentimientos de agrado o desagrado.

Quinta Dinámica: Metas a futuro.

- Objetivo:** Motivar al paciente para lograr metas posibles.
- Se pretende que el paciente contemple la posibilidad de un futuro mejor, con el deseo de superar el problema de enfermedad haciéndose responsable de sí mismo.
- Material:** Se utilizó el ejercicio "Collage".
- Material:** Cartulina, tijeras, revistas, pegamento, lápices.
- Desarrollo:** Las pacientes trabajaron alrededor de la mesa, se les pidió que imaginaran lo que desean hacer cuando salgan del hospital y que estos deseos estuvieran apegados a

su realidad, conocimientos y habilidades, para hacerlo el material dispuesto sobre la mesa les ayudará a ilustrar lo que desean. Al terminar cada una explica lo que plasmó en su collage.

Sexta Dinámica: Lluvia de ideas.

Objetivo: Poner en común las ideas o conocimientos que cada una de las participantes aportó. El propósito es que cada una de las pacientes exprese como sintió cada uno de los ejercicios, que les dejó esta experiencia.

Ejercicio: Se utilizó el ejercicio de "Retroalimentación".

Desarrollo: Se pidió a cada paciente que recordara cada ejercicio en que participó, cuales le gustaron más, cuales menos, como se sintió en el grupo, que experiencia le aportó.

Al finalizar esta última sesión, agradecemos su colaboración y les recordamos contestar los cuestionarios para lo cual se les fue llamando al cubículo de Psicología.

Participamos como coordinadoras del Programa de Dinámicas de Grupo, la Psicóloga adscrita al 7o. piso,

Sección Mujeres, y yo como Pasante de Psicología. Ambas con las mismas funciones: dar instrucciones, observación directa y registro de la participación, disposición, evolución e interacción de cada paciente durante las sesiones.

Cuando una de las coordinadoras daba instrucciones, la otra se encargaba de observar y registrar las intervenciones de cada una de las pacientes, con el objeto de detectar cambios concretos, que permitieran la búsqueda de alternativas de vida, la integración al medio hospitalario en forma adecuada y la aceptación de su enfermedad mental.

Análisis Estadístico.

Para la comprensión de los datos obtenidos a través de la investigación, se realizó:

Una prueba T para muestras independientes, comparando las medias obtenidas entre el grupo experimental y el grupo control.

Una prueba T para muestras correlacionadas, comparando las medias obtenidas entre el pretest-postest y

La Prueba de MacNemar para la significación de los cambios en un diseño de pretest-postest.

CAPITULO VI

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

6.1 DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS.

Los resultados en la presente investigación se obtuvieron a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS), (NIE, YENKINGS, 1985).

El primer procedimiento seguido fue un análisis de frecuencias para describir la distribución de cada una de las escalas medidas. A través del "Cuestionario de Locus de Control Interno-Externo de Rotter" (1966). Esta escala califica: a mayor puntaje obtenido, mayor control externo del individuo; el "Inventario del Rol del Paciente Psiquiátrico Hospitalizado" de Levinson y Gallagher (1964,1971), dividido en 12 factores, cada uno de ellos con un número diferente de reactivos y con puntuaciones desde: 5= totalmente de acuerdo, 4= poco de acuerdo, 3= no sé, 2= poco en desacuerdo y 1= totalmente en desacuerdo y el cuestionario de "Conciencia de Enfermedad Mental" del Manual de Psiquiatría del Doctor Juan C. Betta (1970), este cuestionario consta de 4 preguntas que nos permiten detectar si el paciente tiene o no conciencia de enfermedad mental.

La descripción de los resultados se hará tanto para el grupo experimental y control en la situación de pretest y postest, donde el efecto de interacción deberá ser significativo a favor del grupo experimental en el postest.

GRUPO EXPERIMENTAL.

Tabla 1. Distribución de la Puntuación en la Escala de Rotter

LOCUS DE CONTROL

Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
6	.2	18.2	5	1	9.1
7	1	9.1	7	2	18.2
8	2	18.2	8	2	18.2
9	2	18.2	9	2	18.2
10	1	9.1	10	2	18.2
11	1	9.1	12	1	9.1
12	1	9.1	13	1	9.1
13	1	9.1			
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 9.0			\bar{X} 8.9	
	σ 2.32			σ 2.30	

En la escala del Cuestionario de Locus de Control Interno-Externo, se encontró un rango de calificación de 6 a 13 para el pretest y de 5 a 13 para el postest. La media obtenida en el pretest es de 9.0 y de 8.9 para el postest. El promedio esperado en esta variable es de 11.5. Con estos resultados se observa que los pacientes tienden al control externo. El efecto de interacción no produjo un cambio significativo.

En cada uno de los 12 Factores del Inventario del Rol del Paciente Psiquiátrico hospitalizado se encuentra:

Tabla 2. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor I

FACTOR I					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
11	1	9.1	14	1	9.1
18	1	9.1	21	2	18.2
20	1	9.1	22	1	9.1
21	2	18.2	23	3	27.3
23	4	36.4	25	4	36.4
25	2	18.2			
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 21.18			\bar{X} 22.45	
	σ 3.97			σ 3.20	

Factor I. Relación Médico-Paciente. Un rango de calificación para el pretest de 11 a 25 y para el postest de 14 a 25. Una media de 21.18 en el pretest y 22.45 en el postest. El promedio esperado en este factor es de 15.0. Con estos resultados, se observa en el pretest que hay cierta relación del paciente con el médico, confianza hacia el tratamiento y una visión convencional del hospital. En el postest, se reafirma este tipo de relación con un ligero aumento de la media. El cambio por el efecto de interacción no es significativo.

Tabla 3. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor II

FACTOR II					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
3	1	9.1	14	1	9.1
5	1	9.1	4	1	9.1
6	1	9.1	6	1	9.1
7	1	9.1	7	2	18.2
9	2	18.2	8	1	9.1
10	2	18.2	9	1	9.1
11	1	9.1	9	3	27.3
12	1	9.1			
13	1	9.1			
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 8.63			\bar{X} 7.27	
	σ 3.07			σ 3.06	

Factor II. Necesidad de Controles Externos, Institucionales. El rango de calificación es de 3 a 13 en el pretest y de 14 a 9 en el postest. La media obtenida en el pretest es de 8.63 y de 7.27 en el postest. El promedio esperado para este factor es de 9.0. Los resultados obtenidos en el pretest, indican que el encierro y la custodia son innecesarios, visualizan el hospital como cárcel, en el postest, se observa un mínimo cambio. El cambio por efecto de la interacción no es significativo.

Tabla 4. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor III

FACTOR III					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
11	1	9.1	12	1	9.1
14	1	9.1	18	3	27.3
17	2	18.2	19	1	9.1
18	1	9.1	20	1	9.1
22	2	18.2	22	4	36.4
23	1	9.1	23	1	9.1
25	2	18.2			
26	1	9.1			
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 20.00			\bar{X} 19.63	
	σ 4.91			σ 3.17	

Factor III. El Rol del Psiquiatra y el Ambiente Institucional. Se obtuvo un rango de calificación de 11 a 26 para el pretest y de 12 a 23 para el postest. La media alcanzada en el pretest es de 20.0 y de 19.63 en el postest. El promedio esperado para este factor es de 18.0. Los resultados en el pretest muestran que el ambiente hospitalario les es hostil, exigente y de encierro, en el postest con un ligerísimo cambio, se mantiene esta imagen, sin que el cambio por el efecto, de la interacción sea significativo.

Tabla 5. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor IV

FACTOR IV					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
5	1	9.1	5	1	9.1
10	1	9.1	10	1	9.1
12	2	18.2	12	2	18.2
13	1	9.1	13	1	9.1
14	2	18.2	14	2	18.2
15	4	36.4	15	4	36.4
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 12.54			\bar{X} 12.72	
	σ 2.65			σ 3.03	

Factor IV. Visión de otros Pacientes. Se obtiene un rango de calificación de 5 a 15 en el pretest y postest. La media para el pretest es de 12.54 y de 12.72 para el postest. El promedio esperado para este factor es de 9.0 En los resultados del pretest se observa que el rol del paciente es visualizado como la aceptación pasiva de las normas del hospital, hay dependencia y conformismo hacia el tratamiento y son poco cooperativas con las demás pacientes, en el postest, esta imagen se conserva. No se produjo cambio por efecto de la interacción

Tabla 6. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor V

FACTOR V					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
1	1	9.1	1	1	9.1
6	1	9.1	6	1	9.1
14	1	9.1	13	1	9.1
17	3	27.3	14	1	9.1
19	1	9.1	17	3	27.3
20	3	27.3	19	1	9.1
			20	3	27.3
Total	11	100.00	Total	11	100.0
		\bar{X} 13.63			\bar{X} 14.09
		σ 4.36			σ 6.20

Factor V. Visión sobre el Tratamiento y la Salud Mental. El rango de calificación para el pretest y postest es de 1 a 20. La media es de 13.63 para el pretest y de 14.09 para el postest. El promedio esperado para este factor es de 12.0. Los resultados en el pretest muestran que tienen una relación convencional y de dependencia hacia la institución y quehacer médico, la salud mental es un aspecto individual, el desahogo y la distracción son medidas para recuperarse, pero los fármacos son el tratamiento efectivo, en el postest hay un ligero aumento que reafirma esta postura. El cambio por el efecto de la interacción no es significativo.

Tabla 7. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor VI

FACTOR VI					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
4	1	9.1	0	1	9.1
7	2	18.2	4	1	9.1
9	3	27.3	6	1	9.1
10	5	45.5	7	1	9.1
			8	1	9.1
			9	2	18.2
			10	4	36.4
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X}	8.63		\bar{X}	7.54
	σ	1.91		σ	3.17

Factor VI. Visión sobre el Tratamiento Psicológico. El rango de calificación alcanzado en el pretest es de 4 a 10 y en el postest de 0 a 10. La media en el pretest es de 8.63 y de 7.54 en el postest. El promedio esperado para este factor es de 6.0 Los resultados en el pretest indican la aceptación de técnicas psicológicas para el tratamiento y factores psicológicos como parte del trastorno, en el postest disminuye mínimamente la aceptación de estos criterios. El cambio por efecto de la interacción no es significativo.

Tabla 8. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor VII.

FACTOR VII					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
6	1	9.1	12	1	9.1
9	1	9.1	13	1	9.1
10	1	9.1	15	1	9.1
12	2	18.2	16	5	45.5
13	1	9.1	19	2	18.2
14	2	18.2	22	1	9.1
16	1	9.1			
19	1	9.1			
20	1	9.1			
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 13.18			\bar{X} 22.81	
	σ 4.14			σ 22.40	

Factor VII. El Rol del Psiquiatra y el Ambiente Institucional. El rango de calificación para el pretest es de 6 a 20 y de 12 a 22 para el postest. La media obtenida es de 13.18 en el pretest y de 22.81 en el postest. El promedio esperado para este factor es de 12.0. Con estos resultados en el pretest se observa que el paciente visualiza al psiquiatra y a la institución como el medio para curarse, el ambiente hospitalario es terapéutico y gratificador y hay relación con el psiquiatra, en el postest se reafirma más esta imagen. El cambio por efecto de la interacción no es significativo.

Tabla 9. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor VIII

FACTOR VIII

Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
8	1	9.1	4	1	9.1
9	1	9.1	5	2	18.2
10	2	18.2	7	2	18.2
11	2	18.2	8	2	18.2
12	2	18.2	11	1	9.1
14	1	9.1	12	1	9.1
17	1	9.1	16	1	9.1
18	1	9.1	18	1	9.1
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 12.00			\bar{X} 14.90	
	σ 3.16			σ 22.20	

Factor VIII. El Rol del Paciente Psiquiátrico. El rango de calificación es de 8 a 18 en el pretest y de 4 a 18 en el postest. La media alcanzada para el pretest es de 12.0 y de 14.90 para el postest. El promedio esperado para este factor es de 12.0. Los resultados del pretest indican una marcada tendencia a percibir en forma rígida sus problemas, se automarginan, rechazo al hospital y aceptan pasivamente su rol, en el postest se advierte un ligero aumento que confirma esta postura. El cambio por el efecto de la interacción no es significativo.

Tabla 10. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor IX

FACTOR IX					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
7	3	9.1	5	1	9.1
8	1	9.1	7	2	18.2
10	2	18.2	8	1	9.1
11	2	18.2	9	1	9.1
12	1	9.1	10	1	9.1
13	2	18.2	11	4	36.4
			15	1	9.1
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X}	9.90		\bar{X}	6.0
	σ	2.34		σ	2.40

Factor IX. Visión de la Enfermedad Mental y la Institución. Se encuentra un rango de calificación de 7 a 13 en el pretest y de 5 a 15 en el postest. La media obtenida es de 9.90 para el pretest y de 6.0 para el postest. El promedio esperado en este factor es de 9.0. Los resultados en el pretest muestran una tendencia pesimista sobre la recuperación en este tipo de pacientes, la enfermedad mental es algo personal que desvirtúa a la gente y la margina, el hospital no cubre sus expectativas y necesidades, en el postest hay un cambio evidente, la perspectiva sobre la recuperación y bienestar de los pacientes es alentadora, el hospital ofrece las condiciones necesarias para su restablecimiento, la enfermedad mental puede curarse y no es exclusiva de algunas gentes. El cambio por efecto de la interacción no es significativo.

Tabla 11. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor X

FACTOR X					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
2	1	9.1	2	1	9.1
4	1	9.1	4	2	18.2
5	1	9.1	5	1	9.1
6	4	36.4	6	4	36.4
7	1	9.1	7	1	9.1
9	1	9.1	10	2	18.2
10	2	18.2			
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X}	6.45		\bar{X}	6.00
	σ	2.46		σ	2.40

Factor X. Visión del Hospital. El rango de calificación para el pretest y postest es de 2 a 10. La media obtenida es de 6.45 en el pretest y de 6.0 en el postest. El promedio esperado para este factor es de 6.0. Los resultados en el pretest indican cierto rechazo al hospital y al rol del paciente psiquiátrico, tendencia a percatarse de los aspectos negativos e ignorar aquellos de los que puede obtener un beneficio, en el postest disminuye levemente esta tendencia. El cambio por el efecto de la interacción no es significativo.

Tabla 12. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor XI

FACTOR XI					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
5	1	9.1	1	1	9.1
8	1	9.1	7	1	9.1
12	1	9.1	12	1	9.1
13	1	9.1	13	2	18.2
14	1	9.1	14	1	9.1
15	2	18.2	15	2	18.2
16	1	9.1	16	1	9.1
17	1	9.1	19	1	9.1
18	1	9.1	20	1	9.1
20	1	9.1			
Total	11	100.00	Total	11	100.0
	\bar{X} 13.09			\bar{X} 13.18	
	σ 4.34			σ 5.32	

Factor XI. Concepción de la Salud-Enfermedad Mental. Se obtuvo un rango de calificación de 5 a 20 en el pretest y de 1 a 20 en el postest. La media para el pretest es de 13.09 y de 13.18 para el postest. El promedio esperado para este factor es de 12.0. Los resultados obtenidos en el pretest y postest son muy similares, indican que el proceso de salud-enfermedad mental es temporal y puede ocurrirle a cualquier persona (como cualquier enfermedad), que requiere de tratamiento para curarse, y que tanto la institución psiquiátrica como el paciente deben colaborar para su recuperación. El efecto de interacción no produce cambio significativo.

Tabla 13. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor XII

FACTOR XII					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
3	1	9.1	4	1	9.1
7	2	18.2	7	1	9.1
8	1	9.1	9	1	9.1
9	1	9.1	11	4	36.4
10	1	9.1	12	2	18.2
11	3	27.3	13	1	9.1
12	1	9.1	14	1	9.1
15	1	9.1			
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X}	9.45		\bar{X}	10.45
	σ	3.17		σ	2.84

Factor XII. Relación Enfermero-Paciente. El rango de calificación para el pretest es de 3 a 15 y de 4 a 14 para el postest. La media obtenida para el pretest es de 9.45 y de 10.45 para el postest. El promedio esperado en este factor es de 9.0. Los resultados en el pretest muestran que los pacientes piensan que el enfermero debe vigilarlos, darles el medicamento indicado y hacer cumplir las reglas. En el Postest con un leve aumento, se reafirma esta postura, sin que el cambio por el efecto de la interacción sea significativo.

Tabla 14. Distribución de la Puntuación del Cuestionario de Conciencia de Enfermedad

Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
1	3	27.3	1	7	63.6
2	8	72.7	2	4	36.4
Total	11	100.0	Total	11	100.0

En Conciencia de Enfermedad Mental, se observó que en el pretest el 72.7 % no tenía conciencia de enfermedad, sin embargo en el postest indica que el 63.6%, ahora ya tiene conciencia de enfermedad. El cambio por efecto de la interacción es significativo.

GRUPO CONTROL.

Tabla 15. Distribución de la Puntuación en la Escala de Rotter

LOCUS DE CONTROL

Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
7	1	9.1	7	2	18.2
8	3	27.3	8	2	18.2
9	4	36.4	10	1	9.1
10	1	9.1	11	1	9.1
11	1	9.1	12	2	18.2
12	1	9.1	13	3	27.3
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X}	9.09		\bar{X}	10.36
	σ	1.44		σ	2.46

En la Escala de Locus de Control Interno-Externo, el rango de calificación para el pretest es de 7 a 12 y para el postest es de 7 a 13. La media en el pretest es de 9.09 y de 10.36 en el postest. El promedio esperado en esta variable es de 11.5. Los resultados en el pretest muestran una tendencia hacia el control externo, en el postest hay un ligero aumento hacia lo externo.

En cada uno de los 12 factores del Inventario del Rol del Paciente Psiquiátrico Hospitalizado se encuentra:

Tabla 16. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor I Grupo Control

FACTOR I					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
9	1	9.1	16	3	27.3
17	2	18.2	17	1	9.1
19	2	18.2	22	4	36.4
20	1	9.1	25	1	9.1
22	3	27.3			
Total	11	100.0	Total	11	100.0
		\bar{X} 19.90			\bar{X} 20.54
		σ 4.70			σ 3.56

Factor I. Relación Médico-Paciente. Un rango de calificación de 9 a 22 en el pretest y de 16 a 25 en el postest. La media obtenida es de 19.90 para el pretest y de 20.54 para el postest. El promedio esperado en este factor es de 15.0. Los resultados en el pretest indican que hay relación con los médicos, confianza hacia el tratamiento, dependencia institucional y visión convencional del hospital, en el postest se reafirma esta imagen.

Tabla 17. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor II Grupo Control

Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
6	1	9.1	5	1	9.1
7	2	18.2	6	1	9.1
8	1	9.1	7	2	18.2
9	2	18.2	8	1	9.1
10	2	18.2	10	3	27.3
14	1	9.1	11	1	9.1
15	2	18.2	12	1	9.1
			14	1	9.1
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 10.00			\bar{X} 9.09	
	σ 3.25			σ 2.73	

Factor II. Necesidad de Controles Externos Institucionales.
 El rango de calificación en el pretest es de 6 a 15 y de 5 a 14 en el postest. La media obtenida es de 10.00 para el pretest y de 9.09 para el postest. El promedio esperado en este factor es de 9.0. Los resultados en el pretest muestran una marcada tendencia a la necesidad de estar bajo custodia por la incapacidad de controlar su problemática, así como de la aprobación y control de otras personas, en el postest no se observa cambio.

Tabla 18. Distribución de la Puntuación de
la Concepción del Rol del Paciente
Psiquiátrico en el Factor III
Grupo Control

FACTOR III					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
10	1	9.1	14	1	9.1
17	2	18.2	15	1	9.1
19	1	9.1	16	1	9.1
20	4	36.4	17	1	9.1
22	2	18.2	19	2	18.2
23	1	9.1	22	1	9.1
			23	1	9.1
			24	1	9.1
			25	1	9.1
			29	1	9.1
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 19.09			\bar{X} 20.27	
	σ 3.56			σ 4.71	

Factor III. El Rol del Enfermo y el Ambiente Institucional. El rango de calificación en el pretest es de 10 a 23 y en el postest de 14 a 29. La media es de 19.09 para el pretest y de 20.27 para el postest. El promedio esperado en este factor es de 18.0. Los resultados en el pretest indican una tendencia hostil al ambiente hospitalario, ya que lo perciben exigente y de encierro. En el postest se reafirma esta postura.

Tabla 19. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor IV Grupo Control

FACTOR IV					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
5	1	9.1	9	2	18.2
7	1	9.1	11	2	18.2
8	1	9.1	12	1	9.1
9	1	9.1	13	2	18.2
11	3	27.3	14	3	27.3
12	1	9.1	15	1	9.1
14	2	18.2			
15	1	9.1			
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 12.72			\bar{X} 12.27	
	σ 3.03			σ 2.05	

Factor IV. Visión de los otros Pacientes. El rango de calificación es de 5 a 15 en el pretest y de 9 a 15 en el postest. La media es de 12.72 para el pretest y de 12.27 para el postest. El promedio esperado en este factor es de 9.0. Los resultados en el pretest indican una aceptación pasiva de las normas del hospital, dependencia y conformismo hacia el tratamiento y poco cooperativas con las demás pacientes, en el postest se conserva esta postura.

Tabla 20. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor V Grupo Control

Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
7	1	9.1	8	2	18.2
8	1	9.1	9	1	9.1
9	1	9.1	12	1	9.1
12	1	9.1	13	1	9.1
13	3	27.3	15	1	9.1
16	2	18.2	16	1	9.1
19	2	18.2	17	2	18.2
			19	1	9.1
			20	1	9.1
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 13.18			\bar{X} 14.00	
	σ 4.09			σ 4.31	

Factor V. Visión sobre el Tratamiento y la Salud Mental. El rango de calificación para el pretest es de 7 a 19 y de 8 a 20 para el postest. La media obtenida es de 13.18 en el pretest y de 14.0 en el postest. El promedio esperado en este factor es de 12.0. Los resultados en el pretest indican una relación convencional y de dependencia hacia la institución y el quehacer médico. La salud mental es un aspecto individual, el desahogo y la distracción son medidas para recuperarse, pero los fármacos son el tratamiento efectivo, en el postest se mantiene esta posición.

Tabla 21. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor VI Grupo Control

FACTOR VI					
Pretest			Posttest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
2	1	9.1	4	1	9.1
6	1	9.1	7	1	9.1
7	1	9.1	8	3	27.3
8	2	18.2	9	1	9.1
9	2	18.2	10	5	45.5
10	4	36.4			
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 8.09			\bar{X} 8.54	
	σ 2.42			σ 1.86	

Factor VI. Visión sobre el Tratamiento Psicológico. El rango de calificación para el pretest es de 2 a 10 y para el posttest es de 4 a 10. La media obtenida es de 8.09 en el pretest y de 8.54 en el posttest. El promedio esperado en este factor es de 6.0. Los resultados tanto en el pretest como en el posttest, es de aceptación de las técnicas psicológicas para su tratamiento y los factores psicológicos como parte del trastorno.

Tabla 22. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor VII
Grupo Control

Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
10	1	9.1	10	1	9.1
11	1	9.1	11	1	9.1
12	1	9.1	12	1	9.1
14	1	9.1	13	1	9.1
15	1	9.1	15	1	9.1
16	2	18.2	16	1	9.1
17	2	18.2	17	2	18.2
19	1	9.1	18	1	9.1
20	1	9.1	19	1	9.1
			20	1	9.1
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 15.18			\bar{X} 15.27	
	σ 3.18			σ 3.34	

Factor VII. El Rol del Psiquiatra y el Ambiente Institucional. El rango de calificación obtenido en el pretest y postest es de 10 a 20. La media para el pretest es de 15.18 y de 15.27 para el postest. El promedio esperado en este factor es de 12.0. Los resultados en el pretest y postest indican que el psiquiatra y la institución son el medio para curarse, el ambiente hospitalario terapéutico es gratificador y existe relación con el psiquiatra.

Tabla 23. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor VIII Grupo Control

FACTOR VIII					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
5	1	9.1	9	1	9.1
10	2	18.2	10	1	9.1
11	2	18.2	11	1	9.1
12	2	18.2	12	2	18.2
13	1	9.1	14	1	9.1
14	1	9.1	15	2	18.2
18	1	9.1	17	1	9.1
20	1	9.1	18	1	9.1
			20	1	9.1
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 12.34			\bar{X} 13.90	
	σ 4.03			σ 3.47	

Factor VIII. El Rol del Paciente Psiquiátrico. El rango de calificación para el pretest es de 5 a 20 y para el postest de 9 a 20. La media es de 12.34 en el pretest y de 13.90 en el postest. El promedio esperado en este factor es de 12.0. Se observa en los resultados del pretest una tendencia a visualizar de forma rígida los problemas que le acontecen, una automarginación, rechazo al hospital y aceptación pasiva de su rol, en el postest aumenta mínimamente a conservar esta postura.

Tabla 24. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor IX Grupo Control

FACTOR VIII					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
7	2	18.2	7	1	9.1
8	1	9.1	8	3	27.3
10	2	18.2	9	1	9.1
11	2	18.2	11	1	9.1
12	2	18.2	12	3	27.3
13	2	18.2	13	2	18.2
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 10.36			\bar{X} 10.27	
	σ 2.20			σ 2.28	

Factor IX. Visión de la Enfermedad Mental y la Institución. El rango de calificación en el pretest y postest es de 7 a 13. La media obtenida es de 10.36 para el pretest y de 10.27 en el postest. El promedio esperado en este factor es de 9.0. Se observa en los resultados del pretest y postest una tendencia pesimista sobre la recuperación en este tipo de padecimiento, la enfermedad es algo personal que desvirtúa a la gente y la margina, el hospital no cubre sus expectativas y necesidades.

Tabla 25. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor X Grupo Control

FACTOR X					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
2	4	9.1	4	1	9.1
5	1	9.1	5	1	9.1
6	3	27.3	6	3	27.3
7	2	18.2	7	1	9.1
8	2	18.2	8	2	18.2
9	1	9.1	9	2	18.2
10	1	9.1	10	1	9.1
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 6.72			\bar{X} 7.09	
	σ 2.14			σ 1.86	

Factor X. Visión del Hospital. El rango de calificación para el pretest es de 2 a 10 y de 4 a 10 para el postest. La media es de 6.72 en el pretest y de 7.09 en el postest. El promedio esperado en este factor es de 6.0. Los resultados en el pretest indican una ligera tendencia de rechazo al hospital y al rol de paciente psiquiátrico, pesimismo sobre el tratamiento y recuperación, se percata solo de aspectos negativos y no de aquellos de los que puede obtener un beneficio, en el postest persiste esta postura.

Tabla 26. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor XI
Grupo Control

FACTOR XI					
Pretest			Postest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
5	1	9.1	9	1	9.1
15	1	9.1	12	1	9.1
16	3	27.3	13	1	9.1
17	1	9.1	14	1	9.1
18	2	18.2	15	1	9.1
19	1	9.1	16	2	18.2
20	2	18.2	17	2	18.2
			20	2	18.2
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 16.36			\bar{X} 15.36	
	σ 4.13			σ 3.29	

Factor XI. Concepción de Salud-Enfermedad Mental. El rango de calificación para el pretest es de 5 a 20 y de 9 a 20 para el postest. La media es de 16.36 en el pretest y de 15.36 en el postest. El promedio esperado en este factor es de 12.0. Los resultados en el pretest indican que el proceso de enfermedad mental (como cualquier otra enfermedad), es temporal y puede ocurrirle a cualquier persona, tanto la institución psiquiátrica como el paciente deben colaborar en el tratamiento, en el postest esta concepción tiende a disminuir mínimamente.

Tabla 27. Distribución de la Puntuación de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico en el Factor XII Grupo Control

FACTOR XII

Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
7	1	9.1	3	1	9.1
8	3	27.3	7	1	9.1
10	1	18.2	8	2	18.2
11	1	9.1	9	1	9.1
13	2	18.2	10	1	9.1
14	1	9.1	11	2	18.2
15	2	18.2	14	1	9.1
			15	2	18.2
Total	11	100.0	Total	11	100.0
	\bar{X} 11.09			\bar{X} 10.09	
	σ 3.04			σ 3.67	

Factor XII. Relación Enfermero-Paciente. El rango de calificación en el pretest es de 7 a 15 y en el postest de 3 a 15. La media obtenida es de 11.09 para el pretest y de 10.09 para el postest. El promedio esperado en este factor es de 9.0. Los resultados del pretest muestran que el paciente piensa que el enfermero debe vigilarlos, darles el medicamento indicado y hacer cumplir las reglas, en el postest esta postura tiende a mejorar ligeramente.

**Tabla 28. Distribución de la Puntuación del
Cuestionario de Conciencia de Enfermedad
Grupo Control**

Pretest			Posttest		
Valor	Frecuencia	%	Valor	Frecuencia	%
1	4	36.4	1	1	9.1
2	7	63.6	2	10	90.9
Total	11	100.0	Total	11	100.0

En Conciencia de Enfermedad Mental, se encontró que dentro del Grupo Control no hubo diferencia en esta variable.

Se utilizó la Prueba T, para comparar la diferencia entre medias de los Grupos Experimental y Control de las Variables de Locus de Control Interno-Externo y los 12 Factores de la Concepción del Rol del Paciente Psiquiátrico, al primero de los cuales se le incluyó en una situación de estudio.

Tabla 29.

P R E T E S T

Escala	Experimental	Control	Valor T	Probabilidad
Locus I-E	9.0	9.09	- .11	.91
Factor I	21.18	19.90	.69	.50
Factor II	8.63	10.00	-1.01	.32
Factor III	20.0	19.09	.50	.62
Factor IV	12.54	10.63	1.54	.14
Factor V	13.63	13.18	.25	.80
Factor VI	8.63	9.09	.59	.56
Factor VII	13.18	15.18	-1.27	.22
Factor VIII	12.0	12.36	-.24	.81
Factor IX	9.90	10.36	-.47	.64
Factor X	6.45	6.72	-.28	.78
Factor XI	13.90	16.36	-.36	.19
Factor XII	9.45	11.09	-1.23	.23

En las medias obtenidas en el Pretest de los Grupos Experimental y Control, no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 30.

P O S T E S T

Escala	Experimental	Control	Valor T	Probabilidad
Locus I-E	8.90	10.36	-1.43	.16
Factor I	22.45	20.54	1.32	.20
Factor II	7.27	9.09	-1.47	.15
Factor III	19.63	20.27	-.37	.71
Factor IV	12.72	12.27	.41	.68
Factor V	14.90	14.0	.40	.69
Factor VI	7.54	8.54	-.90	.38
Factor VII	22.81	15.27	1.10	.29
Factor VIII	14.90	13.90	.15	.88
Factor IX	12.81	10.27	.65	.53
Factor X	6.0	7.09	-1.19	.25
Factor XI	13.18	15.36	-1.16	.26
Factor XII	10.45	10.09	.16	.79

En las medias obtenidas en el Postest de los Grupos Experimental y Control, no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 31.

GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL				
Escala	Pretest	Postest	Valor T	Probabilidad
Locus I-E	9.04	9.63	-1.02	.32
Factor I	20.54	21.50	-1.09	.28
Factor II	9.31	8.18	1.4	.15
Factor III	19.54	19.95	-.43	.67
Factor IV	11.59	12.50	-1.22	.23
Factor V	13.40	14.45	-.82	.41
Factor VI	8.36	8.4	.47	.64
Factor VII	14.18	19.04	-1.50	.14
Factor VIII	12.18	14.40	-.67	.51
Factor IX	10.13	11.54	-.86	.51
Factor X	6.59	6.54	.08	.93
Factor XI	15.13	14.27	.71	.48
Factor XII	10.27	10.27	.00	1.00

Al comparar la diferencia entre medias del Pretest y Postest de los Grupos Experimental y Control, no se encontraron diferencias significativas.

La Prueba de MacNemar, se utilizó porque permite observar si existen cambios en las respuestas dadas antes y después de la situación de estudio con las diversas técnicas aplicadas.

Tabla 32.

		CONCIENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL	
		DESPUES	
		NO	SI
ANTES	SI	3	4
	NO	11	4

(MacNemar= 1.0 P= .05)

En lo que respecta a Conciencia de Enfermedad Mental, si se encontraron diferencias significativas, encontrando que las pacientes del Grupo Experimental, tienen mayor Conciencia de Enfermedad Mental.

En base a los resultados obtenidos, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental que participó en el programa de dinámicas y el grupo control que no participó, en lo que se refiere a locus de control externo a interno no se logró el cambio esperado, por lo que se rechaza la HA1, y se acepta la Ho1; en la concepción del rol del paciente psiquiátrico, tampoco se dió el cambio esperado, por lo que se rechaza la HA2, y se acepta la Ho2. Respecto a conciencia de enfermedad mental, si se encontraron diferencias significativas, ya que se logró mayor conciencia de enfermedad mental, por lo que se acepta la HA3, y se rechaza la Ho3.

Por lo tanto se puede comentar que el número de sesiones de dinámicas de grupo, no fueron suficientes para lograr los cambios esperados en el control de externo a interno y en la concepción del rol del paciente psiquiátrico hospitalizado, por lo que se recomienda para futuras investigaciones, se implemente el programa con una continuidad preestablecida y por mayor espacio de tiempo.

6.2 DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Como resultado de la investigación realizada y los hallazgos de otros investigadores como Rotter (1965), Levinson y Gallagher (1964,1971), se puede confirmar que pacientes como las que fueron sujeto de estudio, generalmente atribuyen su enfermedad a situaciones ajenas a ellas, culpan a los demás de su padecimiento, presentan incapacidad para adaptarse a las condiciones hospitalarias y limitaciones para expresar sus sentimientos, demuestran escasa aptitud para llevar una vida de relación y tienen una pobre conciencia de enfermedad mental.

Consideramos que con el apoyo del modelo terapéutico denominado "Dinámicas de Grupo", como complemento del tratamiento farmacológico prescrito, se podría contribuir al restablecimiento de las pacientes participantes a partir de que éstas tuvieran un cambio que favoreciera su proceso de recuperación buscando con ello que a su egreso pudieran reintegrarse a su vida cotidiana con mejores pronósticos que las pacientes que solo hubieran seguido el tratamiento habitual, la práctica de este modelo involucra los procesos que aparecen en la vida de los grupos, cuyos elementos son interdependientes y se comportan como un ente colectivo que implica un propósito y una vivencia comunes. Para realizar el estudio, se conformaron dos grupos de pacientes: uno denominado experimental y otro control, con similares

características en edad, sexo, padecimiento, forma de tratamiento y escolaridad.

Los resultados obtenidos demuestran que ambos grupos (experimental y control) mostraban tendencia a control externo (esto es, que tenían la certeza de que lo que les acontecía era ajeno a sus propias conductas), dichos resultados coinciden con los de los estudios realizados por Harrow y Ferrante (1969), Shybut (1968) y Loltman y Wolf (1972) quienes afirman que existe correlación entre el locus de control externo y psicopatología. Respecto al cambio de control de externo a interno en el grupo que participó en la experiencia y después de 6 dinámicas, encontramos que no hubo tal, sin embargo se observó que el grupo control tiende a aumentar su control externo. Estos resultados no son desalentadores, y aunque no se encontró literatura que refiriera estudios que apoyaran nuestro trabajo, consideramos que un número mayor de sesiones podría contribuir a lograr ese cambio. Por lo tanto sugerimos que para posteriores investigaciones, se aumenten el número de dinámicas grupales para este tipo de pacientes.

Otro de los aspectos que fueron estudiados son las concepciones del rol del paciente psiquiátrico, los datos no demuestran diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control, después del tratamiento las pacientes de ambos grupos mantienen cierta incapacidad

para adaptarse al medio hospitalario, para controlar sus impulsos, todas consideraron que el tratamiento farmacológico es efectivo para su tratamiento.

No obstante estos resultados, diversos autores como Corder, Corder y Hendricks (1971); Boe, Gocka y Kogan (1966); Messina y Small, J.C. (1964); Small, J.C. Haiden (1966) y Bandura (1969) entre otros, señalan que se obtienen mejores resultados con este tipo de pacientes, cuando se combina el tratamiento farmacológico y el trabajo grupal, éste último provee de un ambiente adecuado, el cual les permite mantener mayor contacto con la realidad, desarrollar un cambio positivo de actitudes en el desempeño de sus roles y establecer relaciones interpersonales durante la hospitalización, asimismo contribuye a desplegar una respuesta más favorable al tratamiento. Aunque los resultados de nuestro estudio y después de 6 sesiones de dinámicas no se observó el cambio esperado, probablemente se debió a algunas variables que intervinieron y que no fueron controladas; el número de las sesiones no fueron suficientes, o los cuestionarios no son adecuados por extensos, para ser contestados por este tipo de pacientes.

Es importante resaltar que en los Factores I, II, III, VII y IX, hubo una mínima tendencia a cambiar o reafirmar positivamente la imagen que se tenía en cada uno de ellos. Durante el desarrollo del proceso grupal las pacientes

mostraron creciente interés por asistir e integrarse al grupo, expresando sus inquietudes, temores, enojos y conductas demandantes de atención al personal encargado del piso, esto fue posible gracias al trabajo desarrollado durante el programa, creemos que haya influido para esta situación el sentirse objeto de atención tanto por parte de las coordinadoras del tratamiento grupal, como de sus propias compañeras. El saber que no estaban solas y que compartían experiencias, sufrimientos y miedos con las demás que de otra forma no hubiera podido ser expresado tan abiertamente, puesto que no contaban con tiempo y espacio para hacerlo.

Con respecto a conciencia de enfermedad mental, se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y grupo control.

Para los autores Betta, C. (1977); Focault, M. (1990); Othmer, C. (1989), los pacientes psiquiátricos, por lo general no tienen conciencia de enfermedad. La conciencia que el enfermo puede tener de su enfermedad es muy original, porque la ubica fuera del alcance de la conciencia enferma, en un esfuerzo por contenerla y no reconocerse en ella, dándole el sentido de un proceso accidental y orgánico. Además muestra una completa negación de sus problemas psicológicos o desórdenes psiquiátricos y su queja más frecuente es "mi esposa o esposo me trajo", "yo no sé porqué estoy aquí".

No obstante, en el estudio realizado, las pacientes que recibieron el tratamiento con dinámica grupal mostró una modificación en conciencia de enfermedad mental.

Este es un hallazgo alentador para el tratamiento psiquiátrico, creemos por las conductas observadas que las dinámicas grupales son de utilidad como complemento para el tratamiento de pacientes hospitalizados, pues si bien cuantitativamente no encontramos datos que refuerzan esta recomendación, los cambios cualitativos que observamos si los apoyan.

Lo más destacado de esta investigación, es que se logró crear conciencia de enfermedad mental, con tan sólo 6 sesiones, el resultado anima a continuar el desarrollo de investigaciones sobre el tema.

Es importante mencionar que de las 11 pacientes que participaron en el programa, hasta el mes de marzo de 1993, sólo una tuvo recaídas y ameritó ser hospitalizada. Normalmente el hospital reporta un alto índice de reingresos con este tipo de pacientes, puesto que al egresar del medio hospitalario no sigue el tratamiento farmacológico que le permitirá adaptarse a su vida diaria.

Con base a lo anterior, consideramos que un programa de dinámicas, mejor estructurado en cuanto a tiempo, número de sesiones y con objetivos bien definidos será de gran

utilidad para el tratamiento de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Proponemos que el primer objetivo esté referido a crear conciencia de enfermedad mental, su logro permitirá alcanzar otros; un segundo objetivo, ayudar a que el paciente tenga apego y se responsabilice de su medicamento para que de esta manera se disminuya en lo posible los frecuentes reingresos al hospital, y para fortalecer los resultados, recomendamos que se amplie el programa ofreciendo a los pacientes, espacio para fomentar la cercanía con los demás y el medio adecuado donde practique los cambios propuestos, a partir de conservar su identidad y dignidad humana.

6.3 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Hablar de limitaciones en una investigación, es abrirse a la autocrítica, a través del análisis del trabajo realizado, podemos observar las omisiones y fallas de éste, también proporciona la oportunidad para plantear recomendaciones y sugerencias para que aspectos no considerados sean tomados en cuenta en nuevas investigaciones.

Limitaciones.

Consideramos como limitaciones:

La ausencia de un estrecho control de las variables que intervienen en los resultados tales como:

El poco tiempo para llevar a cabo el programa de dinámicas.

No disponer de un cubículo con condiciones para que no lleguen las voces de las enfermeras llamando a las pacientes a tomar su medicamento; o para que la sesión no se vea interrumpida por otras pacientes que quieren saber que está pasando en el cubículo y porque ellas no pueden estar ahí.

La falta de adaptación a una población mayor que la utilizada en la presente y anterior investigación (Un estudio psicosocial a partir de la propia experiencia del paciente), sobre el Inventario de las Concepciones del

Rol del Paciente Psiquiátrico y del Cuestionario de Locus de Control Interno-Externo en nuestro País con pacientes psiquiátricos.

Sugerencias.

Para lograr los objetivos propuestos en esta investigación se sugiere:

Se planeen programas de tratamiento de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

Los pacientes estén hospitalizados el tiempo necesario para terminar los programas.

Se entreviste individualmente al paciente y se le informe acerca de las dinámicas de grupo como parte de su tratamiento.

El programa de dinámicas de grupo se utilice simultáneamente con el tratamiento farmacológico.

Se valore continuamente la efectividad de las dinámicas.

Una vez probada la efectividad de las dinámicas se implemente como parte de los programas institucionales.

A N E X O S

FACTOR I. Relación Médico-Paciente.

- 5.- Quisiera saber qué es lo que tengo que hacer para salir de este hospital.
- 9.- Un buen enfermero es el que siempre está alegre y de buen humor con los pacientes.
- 14.- Para que un paciente sepa como sigue de salud, debe guiarse por lo que le dice su doctor.
- 18.- Su doctor espera mucho de usted.
- 42.- Su doctor es muy bueno y amable.

Un puntaje alto: indica que hay relación con los médicos, confianza hacia el tratamiento. Dependencia institucional y visión convencional del hospital.

Un puntaje bajo: indica que el paciente no se relaciona con los médicos, disgusto hacia el hospital. Guarda autonomía respecto a la institución

FACTOR II. Necesidad de controles externos, institucionales

- 19.- Aquí, los pacientes se sienten insultados si se olvida saludarlos.
- 29.- Lo que más necesita usted, es que la gente sea estricta con usted y le evite que se meta en problemas
- 34.- Frecuentemente hace cosas que sabe que no debería hacer, pero no puede evitarlo.

Un puntaje alto: indica la necesidad de estar bajo custodia por la incapacidad de controlar su problemática. Necesidad de control y aprobación de otras personas.

Un puntaje bajo. indica que la custodia y el encierro son innecesarios, visión del hospital como cárcel, mecanismos de autocontrol. Baja necesidad de recompensa y aprobación externa.

FACTOR III. El Rol del enfermo y el ambiente institucional

- 13.- Los enfermos se pasan el tiempo ocupándose de algunos pacientes que les caen bien.
- 23.- La obligación principal de enfermeros y ayudantes, es la de cuidar que los pacientes mantengan el orden.
- 28.- Si una persona tiene problemas, vivir entre enfermos mentales, le hará sentirse más mal.
- 33.- Se siente más a gusto en el hospital cuando conoce exactamente las reglas y lo que supone que debe hacer en cada momento.
- 35.- Le molesta ver a los enfermeros sentados y platicando, cuando deberían estar atendiendo el piso.
- 39.- Le molesta la manera en que los enfermeros le observan y vigilan lo que hace.

Puntaje alto: el ambiente hospitalario es hostil, exigente, de encierro y explotación, de beneficio para el hospital.

Puntaje bajo: el ambiente hospitalario es agradable, beneficioso para el tratamiento. El rol del enfermo es visto como el de alguien que está ahí para ayudar a los enfermos. El paciente se mira como cualesquiera de los otros pacientes que está ahí para recibir tratamiento.

FACTOR IV. Visión de los otros pacientes

- 8.- Si un paciente cumple con sus obligaciones aquí se curará.
- 16.- Cuando ve a su doctor siente que debe causarle una buena impresión.
- 37.- Aquí hay muchos pacientes que siempre quieren salirse con la suya con todo lo que pueden.

Puntaje alto: el rol del paciente es visualizado como la aceptación pasiva a las normas del hospital. Dependencia y conformismo hacia el tratamiento. Poco cooperativo con los demás pacientes.

Puntaje bajo: el rol es visualizado de manera menos dependiente, en el que el paciente debe ser más activo para su propia recuperación, no solamente en base al criterio institucional y al tratamiento prescrito. Cooperación con los demás pacientes.

FACTOR V. Visión sobre el tratamiento y la salud mental

- 2.- Los hospitales psiquiátricos son lugares que sirven para que los enfermos puedan desahogarse.
- 6.- Los únicos tratamientos buenos que los pacientes reciben en este lugar son las pastillas, las inyecciones y los electroshocks.
- 32.- Si un paciente está alegre y no se queja de las cosas es que está sano de nuevo.
- 41.- Una persona mentalmente sana es aquella a la que todos quieren y aprecian.

Puntaje alto: relación convencional y de dependencia hacia la institución y al quehacer médico. La salud mental es un aspecto individual, en el que los parámetros tradicionales, entre otros amor y alegría, son fundamentales. El desahogo y la distracción son medidas para recuperarse, pero los fármacos son el tratamiento efectivo.

Puntaje bajo: rechazo al ambiente hospitalario tradicional. Autonomía respecto a la institución. Interés por participar en el tratamiento y que éste sea más que la pura ingestión de pastillas. La salud mental es algo más que estar alegres y amar, está más relacionada con la autosatisfacción y el bienestar personal.

FACTOR VI. Visión sobre el tratamiento psicológico

- 31.- Desearía usted que su doctor le diera más consejos y orientación.
- 36.- Un buen doctor se esfuerza mucho por descubrir las cosas que el paciente no quiere decir.

Puntaje alto: aceptación de técnicas psicológicas para su tratamiento. Aceptación de factores psicológicos como parte del trastorno.

Puntaje bajo: rechazo a cualquier técnica psicológica. Negación del transcurso psicológico de su padecimiento.

FACTOR VII. El rol del psiquiatra y el ambiente institucional

- 5.- Le interesa mucho a su doctor.
- 12.- La mayoría de los doctores de aquí ayudan rápido a los pacientes y los animan.
- 27.- Su doctor se preocupa mucho por usted.
- 40.- Este hospital es como una cárcel, que sirve para mantener encerrada a la gente.

Puntaje alto: visión del psiquiatra y de la institución como el medio para curarse. Ambiente hospitalario terapéutico y gratificador. Relación psiquiatra-paciente.

Puntaje bajo: rechazo a la institución, falta de ambiente terapéutico; ambiente de custodia. Desinterés de los psiquiatras por el tratamiento y bienestar de sus pacientes.

FACTOR VIII. El rol del paciente psiquiátrico

- 4.- La mayoría de los pacientes quieren estar solos.
- 26.- La mejor manera en que los pacientes pueden ayudarse entre sí, es no hablar una sola palabra sobre sus problemas personales.
- 38.- La mayor parte del trabajo que los pacientes hacen aquí, ayuda más al hospital que a los pacientes mismos
- 43.- Una persona mentalmente sana es la que guarda para sí sus sentimientos y emociones.

Puntaje alto: visión rígida de los problemas que le acontecen, automarginan y rechazo al hospital. Aceptación pasiva del rol. Dependencia institucional, lo cual implica que su tratamiento está en manos de la institución, como en cualquier otro tipo de padecimiento. El médico da las instrucciones y el paciente tiene que acatarlas. El tratamiento psicológico no es importante, tampoco su participación activa en el tratamiento global.

Puntaje bajo: flexibilidad hacia sus propios problemas, intenta integrarse al ambiente institucional, sin por ello depender en todo de la institución. Aceptación activa del rol: su padecimiento es como el de cualesquiera de los otros pacientes. La convivencia con otros pacientes puede serle útil. Tanto el tratamiento médico como el psicológico son de relevancia, y también su participación para recuperarse.

FACTOR IX. Visión de la enfermedad mental
y la institución

- 15.- Cuando un paciente está enfermo, es muy difícil para él, vivir con pacientes tan diferentes.
- 24.- Los talleres de terapia ocupacional, los deportes y esas cosas, son maneras de no aburrirse aquí, pero ayudan muy poco a que el paciente se cure.
- 25.- Cualquier paciente que ande hablando por todas partes de sus problemas personales, debe estar muy enfermo.

Puntaje alto: visión pesimista sobre la recuperación en este tipo de padecimientos. La enfermedad mental es algo personal que desvirtúa a la gente y la margina. El hospital no es lo que esperaba, no cubre sus expectativas y necesidades.

Puntaje bajo: perspectiva alentadora sobre la recuperación y el bienestar de los pacientes. El hospital ofrece las condiciones necesarias para que el paciente se restablezca. La enfermedad mental puede ser curada, y no es exclusiva de algunas gentes.

FACTOR X. Visión del hospital

- 22.- Muchos pacientes fingen que les gusta este lugar, pero en realidad lo odian.
- 30.- Este hospital puede ayudar a algunos pacientes, pero algunos se van sin ninguna mejoría.

Puntaje alto: rechazo al hospital y al rol de paciente psiquiátrico. Visión pesimista sobre el tratamiento y la recuperación. Solamente se percata de los aspectos negativos de la institución, sin mirar aquellos de los que pueda obtener algún beneficio.

Puntaje bajo: aceptación del hospital y del rol de paciente psiquiátrico. Visión alentadora sobre la recuperación del enfermo mental y sobre los beneficios que se pueden obtener del hospital

FACTOR XI. Concepción de salud-enfermedad mental

- 7.- Aquí hay dos clases de pacientes: las personas normales que han sufrido un ataque de nervios y la gente realmente loca.
- 10.- Muchos de los pacientes podrían salir rápido de aquí si quisieran.
- 11.- El día que salga de este hospital sabré que estoy bien
- 17.- Para llegar a sentirme bien, tendré que sentir que he cambiado mucho dentro de mí.

Puntaje alto: el proceso salud-enfermedad-mental es algo que a cualquier persona le puede ocurrir, es un proceso mental (como cualquier otra enfermedad) que requiere tratamiento para curarse. Son problemas que se juntan y hacen que la persona se sienta mal. Tanto la institución psiquiátrica como el paciente tienen que colaborar en el tratamiento.

Puntaje Bajo: el proceso-salud enfermedad mental es visto como un proceso que afecta a las personas en diversos grados. A pesar del tratamiento, difícilmente se curan las personas, sobre todo las más enfermas. Son problemas incurables y personales.

FACTOR XII. Relación enfermero-paciente

- 1.- Un buen enfermero trata igual a todos los pacientes.
- 20.- Si un paciente se sentía mal antes y ahora se siente mejor, no tiene caso preguntarle porque se sentía mal antes.
- 21.- Si un enfermero hace chistes y bromas con los pacientes le perderán el respeto.

Puntaje alto: el enfermero debe vigilar a los pacientes, darles el tratamiento y hacer cumplir las reglas.

Puntaje bajo: el enfermero debe ayudar a que el paciente se sienta bien, colaborar en su tratamiento y brindarle las atenciones que el paciente requiera.

CUESTIONARIO DE LAS CONCEPCIONES DEL ROL DEL
PACIENTE PSIQUIATRICO HOSPITALIZADO

- 1.- Un buen enfermero trata igual a todos los pacientes.
- 2.- Los hospitales psiquiátricos son lugares que sirven para que los enfermos puedan desahogarse.
- 3.- Le interesa mucho a su doctor.
- 4.- La mayoría de los pacientes quieren estar solos.
- 5.- Quisiera saber que es lo que tiene que hacer para salir de este hospital.
- 6.- Los únicos tratamientos buenos que los pacientes reciben en este lugar son las pastillas, las inyecciones y el (electroshock).
- 7.- Aquí hay dos clases de pacientes: las personas normales que han sufrido un ataque de nervios y la gente realmente loca.
- 8.- Si un paciente cumple con sus obligaciones aquí, se curará.
- 9.- Un buen enfermero es el que está siempre alegre y de buen humor con todos los pacientes.
- 10.- Muchos de los pacientes podrían salir rápido de aquí, si quisieran.
- 11.- El día que salga de este hospital, sabrá que está bien
- 12.- La mayoría de los doctores de aquí, ayudan a los pacientes y los animan.
- 13.- Los enfermeros se pasan el tiempo ocupándose de algunos pacientes que les caen bien.
- 14.- Para que un paciente sepa como sigue de salud, debe guiarse por lo que le dice su doctor.
- 15.- Cuando un paciente está enfermo, es muy difícil para él, vivir con pacientes tan diferentes.
- 16.- Cuando ve a su doctor siente que debe causarle buena impresión.
- 17.- Para llegar a sentirse bien, tendrá que sentir que ha cambiado mucho dentro de usted.

continuación...

- 18.- Su doctor espera demasiado de usted.
- 19.- Aquí los pacientes se sienten insultados si se olvida saludarlos.
- 20.- Si un paciente se sentía mal antes y ahora se siente mejor, no tiene caso preguntarle porqué se sentía mal antes.
- 21.- Si un enfermero hace chistes y bromas con los pacientes le perderán el respeto.
- 22.- Muchos pacientes dicen que les gusta este lugar, pero en realidad lo odian.
- 23.- La obligación principal de enfermeros y ayudantes, es la de cuidar que los pacientes mantengan el orden.
- 24.- Los talleres de terapia ocupacional, los deportes y esas cosas, son maneras de no aburrirse aquí, pero ayudan muy poco a que los enfermos se curen.
- 25.- Cualquier paciente que ande hablando por todas partes de sus problemas personales, debe estar muy enfermo.
- 26.- La mejor manera en que los pacientes pueden ayudarse entre sí, es no hablar una sola palabra de sus problemas personales.
- 27.- Su doctor se preocupa mucho por su problemas.
- 28.- Si una persona tiene problemas, vivir entre enfermos mentales, le hará sentirse más mal.
- 29.- Lo que más necesita es que la gente sea estricta con usted y le evite que se meta en problemas.
- 30.- Este hospital puede ayudar a algunos pacientes, pero algunos se van sin ninguna mejoría.
- 31.- Desearía usted que su doctor le diera más consejos y orientación.
- 32.- Si un paciente está alegre y no se queja de las cosas es que está sano de nuevo.
- 33.- Se siente más a gusto en el hospital cuando conoce exactamente las reglas y lo que supone que debe hacer en cada momento.

continuación...

- 34.- Frecuentemente hace cosas que sabe que no debería hacer, pero no puede evitarlo.
- 35.- Le molesta ver a los enfermeros sentados y platicando, cuando deberían estar atendiendo a los enfermos.
- 36.- Un buen doctor se esfuerza mucho por descubrir las cosas que el paciente no quiere decir.
- 37.- Aquí hay muchos pacientes que siempre quieren salirse con la suya, con todo lo que pueden.
- 38.- La mayor parte del trabajo que los pacientes hacen aquí ayuda más al hospital, que a los pacientes mismos.
- 39.- Le molesta la manera en que los enfermeros le observan y vigilan lo que hace.
- 40.- Este hospital es como una cárcel que sirve para mantener encerrada a la gente.
- 41.- Una persona mentalmente sana es aquella a la que todos quieren y aprecian.
- 42.- Su doctor es muy bueno y amable.
- 43.- Una persona mentalmente sana es la que guarda para sí sus sentimientos y emociones.

CUESTIONARIO DE LAS CONCEPCIONES DEL ROL DEL
PACIENTE PSIQUIATRICO HOSPITALIZADO
(HOJA DE RESPUESTAS)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1.- (1) (2) (3) (4) (5) | 22.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 2.- (1) (2) (3) (4) (5) | 23.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 3.- (1) (2) (3) (4) (5) | 24.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 4.- (1) (2) (3) (4) (5) | 25.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 5.- (1) (2) (3) (4) (5) | 26.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 6.- (1) (2) (3) (4) (5) | 27.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 7.- (1) (2) (3) (4) (5) | 28.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 8.- (1) (2) (3) (4) (5) | 29.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 9.- (1) (2) (3) (4) (5) | 30.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 10.- (1) (2) (3) (4) (5) | 31.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 11.- (1) (2) (3) (4) (5) | 32.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 12.- (1) (2) (3) (4) (5) | 33.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 13.- (1) (2) (3) (4) (5) | 34.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 14.- (1) (2) (3) (4) (5) | 35.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 15.- (1) (2) (3) (4) (5) | 36.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 16.- (1) (2) (3) (4) (5) | 37.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 17.- (1) (2) (3) (4) (5) | 38.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 18.- (1) (2) (3) (4) (5) | 39.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 19.- (1) (2) (3) (4) (5) | 40.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 20.- (1) (2) (3) (4) (5) | 41.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| 21.- (1) (2) (3) (4) (5) | 42.- (1) (2) (3) (4) (5) |
| | 43.- (1) (2) (3) (4) (5) |

CUESTIONARIO LOCUS DE CONTROL INTERNO-EXTERNO
DE ROTTER.

Seleccione la alternativa que usted crea que es verdad.

Yo creo firmemente que:

- 1.- a) Los niños tienen problemas porque sus padres los castigan frecuentemente.
 - b) El problema con la mayoría de los niños en la actualidad, es que los padres son demasiado blandos con ellos.
- E
- 2.- a) Muchas de las cosas tristes en la vida de las personas se deben, en parte, a su mala suerte.
 - b) Los infortunios de la gente son el resultado de los errores que cometen.
- E
- 3.- a) Una de las principales razones por las que tenemos guerras, se debe a que la gente no se interesa lo suficiente en cuestiones políticas.
 - b) Siempre habrá guerras, no importa lo mucho que la gente se esfuerce por tratar de impedir las.
- E
- 4.- a) Con el tiempo las personas obtienen el respeto que se merecen.
 - b) Desafortunadamente, la valía de un individuo a menudo, no es reconocida, sin importar cuanto se esfuerce.
- E
- 5.- a) La idea de que el maestro es injusto no tiene sentido.
 - b) La mayoría de los estudiantes no se esfuerzan lo suficiente para obtener una buena calificación, sino que la obtiene por accidente.
- E
- 6.- a) Sin oportunidades, no se puede llegar a ser un buen líder.
 - b) La gente capaz que no llega a convertirse en líder, es porque no saben aprovechar las oportunidades que se les presentan.
- E
- 7.- a) No importa lo que hagas, no conseguirás agradar a la gente.
 - b) La gente que no consigue agradar a otros, es que no sabe llevarse bien con sus semejantes.
- E
- 8.- a) El factor hereditario juega un papel muy importante en la personalidad de cada uno.
 - b) Las experiencias de la vida determinan como es cada uno.

continuación...

- E 9.- a) Frecuentemente me doy cuenta de que lo que ha de pasar, pasa.
 b) Es mejor tomar mis propias decisiones, que confiar en el destino.
- 10.- a) Un estudiante bien preparado, rara vez un examen le parece injusto.
 E b) Muchas veces las preguntas de un examen, no se relacionan con el material del curso, por lo que estudiar resulta verdaderamente inútil.
- 11.- a) El éxito es resultado de un gran esfuerzo, la suerte tiene poco o nada que ver con ésto.
 E b) Tener un buen trabajo depende principalmente de estar en el lugar y momento precisos.
- 12.- a) El ciudadano promedio puede influir en las decisiones del gobierno.
 E b) El mundo es dirigido por la gente con poder, no hay mucho que pueda hacer una persona común y corriente.
- 13.- a) Cuando planeo algo estoy seguro de llevarlo a cabo.
 E b) No siempre es bueno planear a largo plazo, porque muchas cosas no resultan ya que influye la mala o buena suerte.
- 14.- a) Existen algunas gentes que simplemente no son buenas.
 b) Siempre hay algo de bueno en toda la gente.
- 15.- a) En mi caso lograr lo que quiero no tiene que ver con la suerte.
 E b) Muchas veces lo que hay que hacer para tomar una decisión es echar un volado.
- E 16.- a) Frecuentemente para alcanzar un puesto de jefe, solo se necesita suerte.
 b) Lograr que la gente haga lo correcto, depende de habilidad, la suerte tiene poco o nada que ver con ello.
- E 17.- a) Desde que el mundo es mundo, la mayoría de nosotros hemos sido víctimas de fuerzas que no podemos entender ni controlar.
 b) Tomar parte en forma activa dentro de los asuntos políticos y sociales, la gente puede controlar los sucesos mundiales.

continuación...

- E 18.- a) La mayoría de las personas no se dan cuenta del grado en que sus vidas son controladas por sucesos accidentales.
b) Realmente no existe tal cosa llamada suerte.
- 19.- a) Uno siempre debe estar dispuesto a admitir sus errores.
b) Definitivamente es mejor cubrir sus propios errores.
- E 20.- a) Es difícil saber si realmente le agradas o no a una persona.
b) Se tienen amigos cuando se es una persona amable.
- E 21.- a) A largo plazo hay un balance entre las cosas malas y buenas que nos suceden.
b) La mayoría de las desgracias son el resultado de la ignorancia, la pereza, la falta de habilidad, o de las tres.
- 22.- a) Algunas veces no entiendo como los maestros logran llegar a los puestos que ocupan.
E b) Hay una correlación directa entre el esfuerzo para estudiar y la calificación que se obtiene.
- E 23.- a) Con esfuerzo se puede erradicar la corrupción política.
b) Resulta difícil para la gente promedio tener mucho control sobre las cosas que los políticos hacen desde sus cargos.
- 24.- a) Un buen líder espera que la gente tome sus propias decisiones.
b) Un buen líder le aclara a cada quien cual es su trabajo.
- E 25.- a) Muchas veces siento que puedo influir sobre las cosas que me pasan.
b) Se me hace imposible creer que la suerte juega un papel importante en mi vida.
- 26.- a) La gente se siente solitaria porque no intenta ser amistosa.
E b) No tiene mucho caso esforzarse tanto para agradar a la gente; si le gustas, le gustas.
- 27.- a) En la escuela preparatoria se le da mucho énfasis al atletismo,
b) Los deportes son excelentes para fortalecer el carácter.

continuación...

- 28.- a) Lo que me pasa es mi propia responsabilidad.
E b) Algunas veces siento que no tengo bastante control sobre el curso que está tomando mi vida
- 29.- a) Casi nunca puedo entender porqué los políticos se comportan como lo hacen.
E b) Las personas son responsables por el mal gobierno, tanto a nivel nacional como local.

HOJA DE REGISTRO DE OBSERVACIONES
DURANTE LAS DINAMICAS DE GRUPO

1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	6a.
-----	-----	-----	-----	-----	-----

INTERES

Asiste a las sesiones

Muestra poco interés

Muestra bastante interés

ATENCION

No percibe lo que pasa

Se distrae fácilmente

A veces pierde la atención

Siempre atenta a lo que pasa

PARTICIPACION

Hace observaciones voluntarias

No participa voluntariamente

No participa

COMPRESION

Comprende ocasionalmente

Siempre comprende

Incapacidad para comprender

BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, I.A. Aprender Jugando, Tomo I y II. Editorial Acevedo y Asociados. p. 13, 16, 23, 1984
- Almond, R; Kenston, R. & Baltox, S. The Value System of Milieu Therapy Unit, Arch. Gen. Psychiatric, Vol. 19, Nov. 1968.
- Anzieu D; Jacques, I. M. Dinámica de los Pequeños Grupos, Edit. Buenos Aires. p.9, 10. 1976.
- Badia, E.D. Group as a whole concepts and the therapeutic milieu on the inpatient psychiatric unit. special issue: The group as a whole. Metropolitan Hosp. Mental Health Unit, Parkview, Div. Philadelphia, Pa., US. Group; Fal-Win Vol 13 (3-4) 165-172, 1989.
- Bandura, A. Principles of Behavior Modification, New York. Rinehart & Winston, 1969.
- Bellak, L. Esquizofrenia. Edit. Herder, Barcelona. p 399-401, 1962.
- Benavides T., Jossete. Enfoque de la Terapia Ambiental en un Hospital Psiquiátrico. Tesis Lic. en Psicología, UNAM. 1975.
- Bernard, Ey. Tratado de Psiquiatría. Edit. Masson, México. 1980.
- Betta, J. C. Manual de Psiquiatría, Edit. Albatros, Buenos Aires. p.50, 1977.
- Bion, W.R. Experiencias en Grupo. Edit. Paidós, México. 1990.
- Boe, E; Gocka, E.F; Kogan,W.S. The effect of group psychotherapeutic of interpersonal perceptions of psychiatric patients. Multivariate Behavioral Research 1: 177-178, 1966.
- Boring, E.G. Historia de la Psicología Experimental. Edit. Trillas. México. p 182-183, 1978.
- Bosselman, B. Neurosis y Psicosis. Edit. La Prensa Mexicana. p 97-98, 1967.
- Bustillos, G. y Vargas, Laura Técnicas Participativas para la Educación Popular. Edit. IMDEC.

- Campbell, Donald Diseños Experimentales y cuasi Experimentales en la Investigación Social, 1966.
- Cappon, J. El Movimiento de encuentro en Psicoterapia de Grupo. Edit. Trillas. p. 13,14,16,17,19. 1984.
- Carmona, R.E. La Enfermedad Mental en México. Tesis Lic. en Psicología. UNAM. 1971.
- Cartwright y Zander Dinámica de Grupo. Investigación y Teoría Edit. Trillas. México, 1980.
- Cirigliano, G. y Villaverde Dinámicas de Grupo y Educación. Edit. El Ateneo. p. 18,42,68, 1987.
- Coche, Judith; Coche, Erick Psychotherapy: The severely disturbed patient in hospital. Hahnemann U. Carrier Foundation Letter; Feb No 113 6p, 1986.
- Corder, B.F; Corder, R.F; Hendricks, A. An experimental study of the effect of paired patient in the group therapy process. International Journal of group psychotherapy. 21: 310-318, 1971.
- Chagaud, Jacques Introducción a la Psicoterapia Institucional. Edit. Paidós. 1978.
- Cheyayber y Kuri Técnicas para el Aprendizaje Grupal. Centro de Investigaciones y Servicios Educativos. UNAM. 1983.
- Crawcroft, A. La Locura. Edit. Alianza. Madrid. p. 9, 1971.
- De la Fuente, R. Psicología Médica. Edit. Fondo de Cultura Económica. México. 1963.
- De la Peña, Rode Diseño Motivacional para el Pabellón de Adolescentes de una Institución Psiquiátrica en México. Tesis Lic. en Psicología. UNAM. 1975.
- Dudet Lions, Claudette El Rol del Paciente Psiquiátrico Hospitalizado; Un estudio psicosocial a partir de la propia experiencia del paciente. Tesis Lic. en Psicología. UNAM 1986.
- Elizondo Huerta, Establecimiento de los objetivos y estrategias para implementarlos en un sistema institucional, aplicado para la

- rehabilitación del enfermo mental hospitalizado. Tesis Lic. en Psicología. UNAM. 1975.
- Fajardo Ortiz, G. Breve Historia de los Hospitales de la Ciudad de México. Sociedad Mexicana de la Historia y Filosofía de la Medicina. Talleres de Litográfica Rendón. México. 1980.
- Frazier, S.H.; Carr, A.C. Introducción de la Psicoterapia. Edit. Ateneo. p. 134, 1973.
- Freedman, A.M; Kaplan, H.L; Sadock, B.J. Tratado de Psiquiatría. Edit. Salvat. p. 251,285, 1979.
- Faucoult, M. Enfermedad Mental y Personalidad. Edit. Paidós Mexicana, S.A. 1990.
- Geldard, F.H. Fundamentos de Psicología. Edit. Trillas México. p. 23, 1977.
- Gili, E; Pachó El Juego. Técnicas Lúdicas en Psicoterapia Grupal de Adultos. Edit. Gedisa. p. 101, 1979.
- González Núñez, José de Jesús Dinámicas de Grupo. Técnicas y Tácticas. Edit. Concepto. p. 60,78,1978.
- H. Cabildo. Panorama Epidemiológico de los desórdenes psiquiátricos de la República Mexicana en SPM época V, vol XIII No. 1 enero-febrero p. 56, 64, 1971.
- Ingalls, P.R. Retraso Mental. La Nueva Perspectiva. Edit. Manual Moderno. 1982.
- Kahn, E.M. Discussion: Inpatient Group Psychotherapy Which type of group is best. U.Pittsburg School of Medicine, Western Psychiatric Inst. & Clinic Group. Sp Vol 10(1) 27-33 1986.
- Kanas, N. Short term group therapy for schizophrenic inpatients. Psychiatry Anuals, 16 (12) 695-698, 1986.
- Kaplan, F; Sadock, B. Compendio de Psiquiatría. Edit. Salvat. 1987.
- Kerlinger, Fred. Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. 1975.

- Kissen, M. Dinámicas de Grupo y Psicoanálisis de Grupo. Edit. Lumisa. p. 87,147,216,249. 1979.
- Kolb, L.C. Psiquiatría Clínica Moderna. Edit. La Prensa Mexicana. p.1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,13, 1976.
- Kolb, L;
Brodie K. Psiquiatría Clínica. Edit. Interamericana 1985.
- La Planche, Diccionario de Psicoanálisis. Edit. Labor, S.A. p. 318,325,333,334, 1987.
- Levinson y Gallagher Sociología del Enfermo Mental. Amorrortu Editores. p. 35, 38, 49, 90, 1964, 1971.
- Maissonneuve, J. La Dinámica de los Grupos. Edit. Nueva Visión, Buenos Aires. p. 17, 1968.
- Materazzi, M.A. Psicoterapia Grupal en la Psicosis Psicocine. Edit. Paidós. p. 29, 30, 36, 1975.
- Maxmen, J.S. An Educative Model por Inpatient Group Therapy. New York State. Psychiatry Inst. New York. International Journal of group psychiatric Psy; July Vol 28(3) 321-338, 1978.
- Meltzer, S.W. American Journal of Psychoanalysis; Win Vol 42(4) 357-362, 1982.
- Mora Carrillo, E. Dinámica de Grupos y Capacitación con Juegos Vivenciales. Vol. 2. Edit. F.H. México. p 338, 1980.
- Murillo, M.
Margarita. El Paciente Psicótico a través de su experiencia pictórica. La expresión pictórica como técnica proyectiva para el diagnóstico diferencial en pacientes hospitalizados con psicosis funcional. Tesis Lic. en Psicología. UNAM. 1988.
- Othmer, C. La Entrevista Psiquiátrica de Acuerdo al DSM III R. American Psychiatric Press, 1989.
- O.M.S. Organización Mundial de la Salud, Glosario y Guía para su clasificación según la 9a. Revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades. Ginebra. 1973.

- Pavlovsky, E. Lo Grupal. Compilación y Selección, Edit. Búsqueda. Buenos Aires. P 185, 1986.
- Pichot, Pierre. Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. DSM III. Edit. Masson, S.A. p. 388, 1984.
- Poey, K. Guidelines for the practice of brief dynamic group therapy. U Massachusetts Mental Health Service, Amherst, International Journal of Group Psychotherapy, Jul Vol 35(3) 331-354, 1985.
- Portuondo, J. Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. Breve Historia de la Psicoterapia de Grupo. Biblioteca Nueva Almagro, Madrid. p. 11, 12, 13, 1985.
- Price, R. Conducta Anormal, Nueva Editorial Interamericana, México. p. 63, 64, 160, 1981.
- Rendón Maus, Yolanda. Psicoterapia Breve en una Institución Psiquiátrica. Tesis Lic. en Psicología. UNAM. 1977.
- Resnik, S. Persona y Psicosis. Edit. Paidós, Buenos Aires. p. 23, 1982.
- Rioch, Margaret. Las Investigaciones de W. Bion acerca de los Grupos. Comité sobre relaciones de grupo. Escuela de Psicoanálisis en Washington.
- Rotter, J. Psicología Clínica. Edit. Rabasa, México p. 79, 1965.
- Rustang, F. Un Funesto Destino. Premio Editora. p. 139 1980.
- Sabin, J. E. Research Findings on Chronic Mental Illness: A model for continuing case in the health maintenance organization. Comprehensive Psychiatry Vol 19(19): 83-96, Jan-Feb 1978.
- S.S.A. Dirección General de Salud Mental, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Manual de Procedimientos. México, D.F. abril, 1980. Servicio de Hospital Parcial. Programa de fin de semana. Boletín Informativo. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. 1992.

- Shaw, M. Psicología de la Conducta de los Pequeños Grupos. Edit. Herder, S.A. Barcelona p. 16, 1967.
- Sidney, S. Estadística no Paramétrica. Edit. Trillas 1990.
- Sluchevski, I.F. Psiquiatría. Editorial Tratados Manuales Grijalvo, México. p 16, 1960, p.22, 1963.
- Valencia, C.M. Un Programa de Tratamiento Psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. Tesis Doctorado. UNAM. 1984.
- Velázquez, J.J. Curso Elemental de Psicología. Cia. Gral. de Ediciones, México, p. 4, 81, 1978.
- Villasana, S. Técnicas en Psicoterapia en Sta. Cruz County Health Services Agency. California. Primer Congreso Internacional de Psicología y Salud. Nov. 1990
- Wing, J.K. Social Treatment of Chronic Schizophrenia: A comparative survey three mental hospitals in institutionalis and Schizophrenia: Cambridge University Press. 847-861, 1970.
- Brown, G. W.
- Wolf, W. Introducción a la Psicopatología. Edit. Fondo de Cultura Económico. México, p. 14, 1982.
- Zarzar, Ch. Grupos de Aprendizaje. Edit. Nueva Imagen, México. p. 13, 72, 73, 1988.
- Carlos