

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA

**DISMINUCIÓN DEL TIEMPO EN EL TRATAMIENTO
CLÍNICO DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO CON
LA PRESENCIA DE PERROS COMO APOYO
EN LA TERAPIA: ESTUDIO DE 3 CASOS**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MEDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA

P R E S E N T A :

SABRINA LISSETE HERNÁNDEZ MANCILLA

ASESORES: MVZ LUIS FELIPE RODARTE COVARRUBIAS

PSIC. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

MÉXICO, D.F.

2004



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

DEDICATORIA

My Love In The Dark Heart Of The Night
My Lonely Soul Only Filled With Fear
I Have Lost The Path Lying Under The Black Rose
This Beauty Always Comes With Dark Thoughts
The Darkness In My Heart And Soul
The Scarecrow Flying The Amethyst Sky
Between Me And The Purple Sea
And He Said So Sincere Words
And Those Words Scented My Soul
Every Single Verse Can Only Be Born
Of The Greatest Of Pains And Wishes
An Endless Nightmare, To The End Of Times
Dark Nightwish Cover Us All Forever- S,TH.

Con todo mi amor:

A mi madre

Blanca Elena, por darme la vida y por tu gran esfuerzo en mi formación y educación. Por tu cariño, tu apoyo y ayuda, y por tu gran fortaleza que siempre he admirado.

A mi hermana

Brenda, por tu cariño y el apoyo que me has brindado, y por compartir momentos de diversión extrema. (T3).

A mi amiga-mamá

Maru, por tu apoyo, tu ayuda y cariño en todo lo que he necesitado, y por escucharme siempre.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Sabrina Lissete
Hernández Mancilla

FECHA: 2 - Diciembre - 2009

FIRMA: Sabrina

A mis bebés:

Canela, porque tu participación en ésta tesis fué crucial, y porque tu cariño y compañía me han ayudado a seguir.

Shannon, por tu participación determinante en ésta tesis, por tu cariño y comprensión que me han hecho seguir adelante.

Yuné, tu cariño y presencia que me han ayudado, igual que a tus hermanas.

Especialmente ésta tesis fué realizada en memoria de mis bebés:

Caprice, siempre estuviste para mí, apoyándome en todo momento, mi pachoncita especial, siempre estarás en mi corazón y en mi mente, mi alaska malamute especial.

Choppie, por cuidarme siempre y fomentar mi amor por los animales, en especial por los perros, y por motivarme a estudiar ésta maravillosa carrera, mi intrépido collie.

Dios las y los bendiga por siempre.



Y a todos los animalitos en todo el universo, especialmente los perritos; que el ser humano comprenda que no importa si los animales son capaces de pensar o de entendernos, lo importante es que son capaces de sentir.

Los animales son seres vivos; sienten, sufren y se alegran igual que nosotros. Aparentemente, nosotros hemos evolucionado más, pero la esencia de la vida es la misma: todos provenimos de una célula. Cada ser vivo tiene una función. La función de los animales es ayudar al humano a mejorar su calidad de vida. A cambio, debemos agradecerles su ayuda incondicional, y proporcionarles lo necesario para una vida sin sufrimiento.

Ésta investigación fue realizada por un pensamiento que ha prevalecido en mi mente a través de los años: los perros, como compañía, pueden ayudar a una persona a sentirse mejor anímicamente. Yo misma soy la prueba tangible de ello; en los momentos más difíciles de mi existencia, al tener a mi lado a mis inseparables perritos, he podido sobrellevar ésta vida llena de obstáculos hacia la felicidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos los miembros de jurado y mis asesores por sus invaluable aportaciones, su colaboración profesional, su apoyo e interés:

MVZ Alberto Tejeda Perea, por su paciencia, consejos y por compartir su sabiduría.

MVZ Anne Ma. Del Pilar Sisto Burt, por su cordialidad y por compartir su sabiduría.

MVZ Luis Fernando de Juan Guzmán, por su paciencia y por compartir sus conocimientos.

MVZ Isidro Castro Mendoza, por su sabiduría y por su tiempo.

Un agradecimiento especial al **MVZ Luis Felipe Rodarte Covarrubias**, por su guía, ayuda, apoyo, tiempo, paciencia y dedicación durante la elaboración de ésta tesis.

Un agradecimiento enorme a la **Psic. Blanca Elena Mancilla Gómez**, por su inmensa sabiduría y apoyo en toda la base psicológica de ésta investigación, y por compartir su conocimiento sobre su maravillosa profesión.

A mi amiga **Zandra**, por tu ayuda médica, por tu apoyo y la inigualable amistad que nos ha unido por tantos años.

A mi amiga **Itzel**, por tu apoyo, por tu amistad, y por compartir tantas buenas vivencias a través de los años.

A mis amigos y compañeros de carrera, por su invaluable amistad:

Francisco, por tu apoyo durante tanto tiempo, por tu cariño, y por compartir grandes vivencias juntos.

Héctor, por tu apoyo, tu confianza y tu amistad incomparable a cada momento.

Alberto, por tu amistad y apoyo en los mejores momentos de nuestra carrera.

Orlando, por tu amistad y apoyo en todo éste tiempo.

Omar, por tu gran amistad desde nuestro inicio en ésta maravillosa carrera, y por compartir tantos momentos inolvidables.

Raúl, por tu apoyo, tu cariño, tu compañía, tu ayuda incondicional y por la felicidad que me has dado. Ich Liebe Dich.

Am Ende der Wahrheit
Am Ende des Lichts
Am Ende der Liebe
Am Ende - da stehst Du
(Im Herzen wird es leerer - ein Teil geht nun von mir)
Gemeinsam. T.W.

A los pacientes que amablemente participaron y cooperaron para la realización de ésta investigación, gracias.

A la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**, porque desde siempre quise formar parte de ella, y ahora gracias a ella éste logro es posible.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES.....	4
Psicoterapia Asistida por Animales.....	7
GENERALIDADES SOBRE ESQUIZOFRENIA.....	9
Tipos de Esquizofrenia.....	11
HIPÓTESIS.....	14
OBJETIVOS.....	14
MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
1. Localización.....	15
2. Pacientes.....	15
3. Animales.....	16
4. Obtención de datos.....	17
5. Análisis estadístico.....	18
RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN.....	26
LITERATURA CITADA.....	36
ANEXOS	
Anexo 1. Etograma de interacciones entre paciente y perro.....	39
Anexo 2. Cuestionario de Percepción.....	67
Anexo 3. Valores Normales en el adulto de las constantes fisiológicas.....	70

Anexo 4. Clave de perfiles del MMPI-2.....	71
Anexo 5. Informe psicológico final de cada paciente.....	72
CUADROS	
Cuadro 1. Latencia de las interacciones en la secuencia inicial entre paciente y perro.....	40
Cuadro 2. Frecuencia por hora de las interacciones activas y pasivas, así como las no interacciones, presentadas durante las sesiones del tratamiento, del paciente hacia el perro.....	41
Cuadro 3. Frecuencia por hora de las interacciones activas y pasivas, así como las no interacciones, presentadas durante las sesiones del tratamiento, del perro hacia el paciente.....	42
Cuadro 4. Proporción de tiempo del comportamiento de interacción del paciente hacia el perro.....	43
Cuadro 5. Proporción de tiempo del comportamiento de interacción del perro hacia el paciente.....	44
Cuadro 6. Promedio y desviación estándar de constantes fisiológicas de los pacientes que tuvieron el apoyo de un perro durante la terapia.....	45
FIGURAS	46
FOTOGRAFÍAS	99

RESUMEN

HERNÁNDEZ MANCILLA SABRINA LISSETE. Disminución del tiempo en el tratamiento clínico del paciente esquizofrénico con la presencia de perros como apoyo en la terapia: estudio de 3 casos. (bajo la dirección de: MVZ Luis Felipe Rodarte Covarrubias y Psic. Blanca Elena Mancilla Gómez).

La esquizofrenia es un trastorno de la personalidad, una psicosis aguda (ideas delirantes y alucinaciones manifiestas) que causa alteración en los procesos ideacionales y varias manifestaciones de tipo afectivo y conductual. Es posible que la introducción de un perro dentro de las sesiones de terapia como apoyo ayude a disminuir la duración del tratamiento. Éste estudio se llevó a cabo en 3 casos de pacientes adultos diagnosticados con esquizofrenia, a los cuales se les incluyó un perro dentro de la terapia a partir de la segunda sesión. Se les aplicó un cuestionario de percepción, la prueba psicológica MMPI-2 y una entrevista. En función de los resultados del cuestionario se le asignó a cada paciente el perro indicado. Cada caso se dividió en 2 etapas, la primera del inicio a la mitad, y la segunda de la mitad al final del tratamiento. Se obtuvo un video de todas las sesiones de cada uno de los pacientes en donde se compararon entre etapas las interacciones activas (IA), interacciones pasivas (IP) y no interacción (NI), entre paciente y perro. También se comparó la latencia, frecuencia y proporción de las interacciones entre etapas. Además se tomaron las constantes fisiológicas de los pacientes al inicio y final de cada sesión comparándolo a través del tiempo. Se observó en la segunda aplicación del MMPI-2 que hubo disminución de signos y síntomas relacionados con la esquizofrenia. En el caso 3 hubo una diferencia ($P < 0.05$) en la latencia de la secuencia inicial de interacciones. En el caso 2 y 3 se incrementó la IA y disminuyó la NI ($P < 0.05$). Los tres casos presentaron una disminución de frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria ($P < 0.05$). El caso 1 presentó una disminución en presión sistólica y temperatura ($P < 0.05$), y el caso 3 en temperatura ($P < 0.05$). La presencia de los perros como apoyo dentro de las sesiones puede reducir el tiempo de la terapia, ayudar a los pacientes a sentirse más relajados, seguros, y a establecer un lazo social, lo que es un éxito terapéutico dentro del tratamiento de la esquizofrenia.

INTRODUCCIÓN

Desde el origen de la humanidad, las relaciones de los hombres con los animales han tenido siempre un sentido que ha ido más allá de la simple relación alimenticia, de utilidad para el progreso o para las guerras ⁽¹⁾.

Los seres humanos y los animales han desarrollado intercambio y comunicación en más áreas de las que normalmente alcanzamos a ver. Los animales muestran una notable sensibilidad a las necesidades y la condición de determinadas personas en particular, como ser escuchados, establecer lazos sociales, expresión afectiva, lograr relajación, y disminuir sentimientos de soledad. Los animales, y en particular los perros, son sumamente perceptivos de las necesidades de las personas. Basándose en esto, los antiguos griegos creían que los perros podían sanar enfermedades y los tenían como "coterapeutas" en sus templos de curación ⁽²⁾.

Dentro de la historia de la humanidad existen antecedentes de animales como apoyo a la terapia, pero el trabajo con animales domésticos, como base científica, tiene sus comienzos en el año 1792, en Inglaterra, donde el médico William Tuke, empleó perros para mejorar las condiciones de vida de los pacientes internados en manicomios, las cuales eran bastante deplorables ⁽²⁾. Para el siglo XIX en 1867, en Alemania, se utilizaron perros para el tratamiento de pacientes epilépticos. Ya en el siglo XX, en 1944, la Cruz Roja, en Nueva York, utilizó perros en la rehabilitación de excombatientes de la Segunda Guerra Mundial ⁽²⁾.

Posteriormente Boris Levinson en 1953, descubrió accidentalmente los beneficios de la Terapia Asistida con Perros. Él le daba terapia a un niño con autismo, y el perro del doctor Levinson, "Jingles", estaba presente, y observó que el niño acariciaba al perro y demostraba comunicación y afecto hacia "Jingles". El doctor Levinson observaba sin intervenir. Cuando terminó la sesión, el niño pidió que "Jingles" estuviera en la siguiente sesión, y poco a poco el afecto que el niño tenía por "Jingles" recayó en el

doctor Levinson, lo que logró que hubiera comunicación entre el niño y el doctor Levinson, haciendo más rápida la recuperación ⁽³⁾.

En otro caso, Sigmund Freud tenía como asistente en sus terapias a una perra Chow Chow, que no era un simple adorno, sino que era parte del proceso de la cura con animales de compañía, como él lo llamaba. Esta perrita se sentaba tranquilamente a los pies del diván durante la sesión psicoanalítica, y por momentos tomaba intervención en la terapia, ya que Freud dejaba que deambulara por el consultorio, y el paciente era libre de interactuar con ella si así lo deseaba ⁽²⁾.

La medicina actual no reconoce del todo que los animales puedan tener un poder curativo, o han demostrado un interés limitado, pero han podido incluirlos en la práctica de abordaje terapéutico a través de los programas de animales de compañía en función terapéutica a cargo de voluntarios ⁽⁴⁾.

Los animales de servicio, se describen como cualquier animal que se entrene individualmente para trabajar o llevar a cabo tareas para el beneficio de personas con alguna discapacidad, sea ésta física o mental. Dentro de los animales de servicio se encuentran los animales de asistencia y los animales de terapia. Los animales de asistencia ayudan a la persona a realizar tareas específicas, como: guiar a una persona en la calle, alertar sobre sonidos, tirar de una silla de ruedas, recoger objetos, o posicionarse para ayudar a la persona a cambiarse de una silla de ruedas a una cama, y viven con la persona que necesita de su ayuda. Éste tipo de animales son útiles en enfermedades como ceguera, sordera, esclerosis múltiple, paraplejia, cuadraplejia, distrofia de Duchenne, distrofia de Becker, distrofia de la cintura, ataxia de Friedreich, ataxia de Charlevoix-Saguenay y miopatía mitocondrial⁽⁵⁾.

Los perros de terapia no llevan un entrenamiento estricto como los animales de asistencia, y generalmente son llevados al lugar donde se encuentra el paciente, como hospitales y centros de rehabilitación, y ayudan como apoyo a la terapia durante un tiempo determinado ⁽⁵⁾.

Actualmente a nivel mundial existen programas donde se utilizan perros con pacientes internados o ambulatorios, en éstos casos los perros aumentan los niveles de autoestima y promueven la relajación, lo cual colabora en la recuperación de los pacientes ^(2,6). Además, provocan en los pacientes condiciones básicas de coherencia, empatía y mirada incondicionalmente positiva, las cuales son condiciones necesarias de cualquier perro que apoye una terapia ⁽⁷⁾.

En la psicoterapia se aprovecha la necesidad de contacto y la relación social que tienen algunas especies animales. Paralelamente con esto, se han documentado científicamente los beneficios de la interacción del ser humano y los animales que se conocían empíricamente a lo largo de miles de años. Dentro de este contexto, comienzan a aparecer en varios países, diversos grupos de personas, profesionales o no profesionales, dedicadas a la terapia asistida con perros, caballos y delfines.

TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES

Como su nombre lo indica, es la ejecución de un tipo de terapia utilizando animales como herramienta, catalizador o coadyuvante terapéutico. De una forma más simplificada, se define como Terapia Asistida con Animales (TAA) a aquella terapia en la que para beneficio de la salud física, mental y emocional del humano, se asiste al paciente con la compañía de un animal ⁽⁸⁾.

El término Terapia Asistida por Animales se aplica a programas de tratamiento formales, asignándole un animal determinado a un paciente específico, y el especialista médico y el manejador del animal conciben juntos un plan para alcanzar metas precisas, y desarrollan cómo alcanzar esas metas para lograr la mejoría del paciente ⁽⁹⁾.

El propósito principal de la terapia asistida con animales, es proveer al paciente de una mejor calidad en los cuidados no médicos a través de un vínculo humano-animal ⁽¹⁰⁾.

Las visitas que hacen personas acompañadas por animales a enfermos o ancianos, tienen una influencia reconfortante en los mismos, pues tienen como característica sacar al paciente del aislamiento y la soledad, aunque sea por unos instantes ⁽²⁾.

Los animales más utilizados para este tipo de terapias son: perros, gatos y equinos, pero la definición de terapia asistida por animales no excluye la utilización de otras especies animales.

Para hablar de TAA se debe tener en cuenta que ésta tiene:

- Objetivos terapéuticos específicos.
- Método científico de registro de las observaciones (del paciente y de la interacción que éste tiene con el animal de apoyo).
- Es realizada por profesionales del área en la que se trabaja, junto con la asistencia de un Médico Veterinario Zootecnista, un entrenador y el dueño del perro.

La TAA tiene un campo de aplicación bastante amplio, ya que puede ayudar a personas con diferentes tipos de trastornos (clasificación universal en psicología para trastornos mentales, DSM-IV) ⁽¹¹⁾:

- | | |
|--|---|
| • Retraso Mental | F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada |
| • Trastornos de Aprendizaje | F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado |
| • Trastorno de las Habilidades Motoras | F82 Trastornos del desarrollo de la coordinación |
| • Trastornos de la Comunicación | F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado |

- Trastornos Generalizados del Desarrollo **F84.0** Trastorno autista
- Demencia **F00.xx** Demencia tipo Alzheimer
- Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos **F20.xx** Esquizofrenia
- Trastornos Bipolares **F30.x** Trastorno bipolar I, episodio maniaco único
- Trastornos de Ansiedad **F.41.1** Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastornos de la Conducta Alimentaria **F50.0** Anorexia nerviosa
F50.2 Bulimia nerviosa
- Trastornos Relacionados con Sustancias **F10.2x** Dependencia del alcohol
F10.1 Abuso de alcohol
F12.2x Dependencia de Cannabis
F12.1 Abuso de Cannabis
F14.2x Dependencia de cocaína
F14.1 Abuso de cocaína

La TAA también es útil en otro tipo de problemas:

- Rehabilitación física por accidentes
- Enfermedades
 - Cáncer
 - Presión Sanguínea Alta
 - VIH
- En Centros de Readaptación Social como apoyo a la reintegración social del preso.

Psicoterapia Asistida por Animales

Consiste fundamentalmente en usar la presencia y las dotes terapéuticas como la tolerancia, sociabilidad, promovedor de huellas mnémicas (recuerdos grabados en la mente) de ciertos animales que actúan bajo la supervisión del psicoterapeuta, con el fin de mejorar aspectos de la conducta y también aspectos emocionales del ser humano ⁽¹²⁾. Los animales que se han utilizado para trabajar como apoyo en la terapia son: perros, gatos, animales de granja como cerdos, ovejas, cabras, conejos, equinos, delfines, aves y peces ^(1,12).

Dentro de éstas especies, el perro, debido a sus características sociales, físicas y mentales, como anatomía, temperamento, tamaño, inteligencia, incondicionalidad hacia las personas, la confianza que inspira, su facilidad para aprender, manejabilidad, y por el cariño que brinda entre otras cosas, es ideal para trabajar como apoyo en la terapia ⁽¹³⁾.

Para que un perro pueda trabajar como apoyo en la terapia, no es necesario que sea de raza pura; se debe hacer primero una selección para determinar si tiene las aptitudes necesarias, ya que cada perro tiene su propio temperamento, por lo tanto debemos seleccionar el ejemplar adecuado para cada caso, asegurándose su inclusión en el grupo de trabajo ⁽¹²⁾. Para lograr esto, el perro debe cumplir con los requisitos que se necesitan para desarrollar las actividades comprendidas en la terapia asistida por animales. Debemos asegurarnos que el trabajar como apoyo en la terapia, no dañará al animal, y asegurarnos de que la terapia será una actividad placentera. Es entonces aquí donde nos encontramos con un primer requisito, el animal debe ser muy dinámico; y que la cuota de ejercicio diaria sea satisfecha ⁽¹³⁾.

Para seleccionar un perro para terapia asistida, se deben tomar en cuenta criterios médicos, de temperamento y de comportamiento. Una parte importante en el desarrollo es haber completado un periodo de socialización para evitar problemas de agresividad y de otro tipo, y permitir

el contacto con personas y otros perros. También se les debe poner en situaciones diferentes para acostumbrarlos al ruido, distracciones y movimientos de personas. Los perros deben recibir un adiestramiento de obediencia básica que debe ser a través del juego para evitar el estrés excesivo ⁽¹⁴⁾.

El Médico Veterinario también realiza una prueba clínica que comprende examen de visión, audición, sensibilidad al dolor y un examen médico general, donde se revisa que el perro no tenga ninguna enfermedad hereditaria, crónica o incurable que pueda intervenir con los resultados de la terapia asistida. También, el Médico Veterinario debe vigilar la dieta de un perro que trabaja como apoyo en la terapia y recetar la mejor elección para el tipo de perro, tamaño, edad, condiciones y tipo de apoyo que brinda ⁽¹²⁾. Desde la primera revisión, el Médico Veterinario debe tener un control estricto en la salud del animal, ya que se debe tener en cuenta que se trabaja bajo condiciones de higiene minuciosamente controladas, tanto en los perros como en las instalaciones y material que se utiliza. Que los perros lleven un estricto control clínico veterinario, es un requisito indispensable para que un perro pueda trabajar como apoyo en la terapia ⁽¹³⁾.

GENERALIDADES SOBRE ESQUIZOFRENIA

Se designa con el nombre de Esquizofrenia a un grupo de cuadros patológicos extremadamente variados. Es un trastorno de la personalidad, donde sus "herramientas" como la memoria, la inteligencia y la conciencia de la persona afectada, nunca se hallan alterados de modo primario ⁽¹⁵⁾. La esquizofrenia es una psicosis aguda (ideas delirantes y alucinaciones manifiestas) que causa alteración en los procesos ideacionales y varias manifestaciones de tipo afectivo y conductual ⁽¹⁶⁾.

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares, tanto positivos como negativos, que han estado presentes significativamente durante un periodo de un mes y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses ⁽¹¹⁾. Los síntomas positivos son un exceso o distorsión de las funciones normales, como:

- Distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes, todo lo exageran).
- Percepción (alucinaciones).
- Lenguaje y comunicación (lenguaje desorganizado, hablan incoherentemente).
- Organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico).

Mientras que los síntomas negativos reflejan la disminución o pérdida de las funciones normales:

- Restricciones de la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo, no tienen nunca ninguna expresión en el rostro y hablan con el mismo tono siempre y en bajo nivel, se ven "serios todo el tiempo").

- Restricciones de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (dislalia, hablan con lentitud, tardan en expresar verbalmente una idea).
- Alogia (pensamiento con contenido pobre).
- Restricciones del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia, desinterés).

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial (creen que los demás hablan de ellos), el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica (de disfrutar las cosas de la vida), la voluntad, la motivación y la atención (11).

Tipos de Esquizofrenia

Los tipos de esquizofrenia que existen, y su clasificación universal de acuerdo al DSM IV son:

F20.0x Tipo paranoide [295.3x]

F20.1x Tipo desorganizado [295.1x]

F20.2x Tipo catatónico [295.2x]

F20.3x Tipo indiferenciado [295.9x]

F20.5x Tipo residual [295.6x]

F20.0x Tipo paranoide 295.3x

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también pueden presentarse ideas delirantes con otra temática (p. ej. celos, religiosidad o somatización). Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

F20.1x Tipo desorganizado 295.1x

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (p.ej. ducharse, vestirse o preparar la comida). No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

F20.2x Tipo catatónico 295.2x

La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir movilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérica) o estupor. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influenciada por estímulos externos. El negativismo extremo se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den.

F20.3x Tipo indiferenciado 295.9x

La característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen el Criterio A de esquizofrenia (1.Ideas delirantes; 2.Alucinaciones; 3.Lenguaje desorganizado; 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado; 5.Síntomas negativos), pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

F20.5x Tipo residual 295.6x

Es cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (p. ej. ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados). Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos (p. ej. afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (p. ej. comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras). Si existen ideas delirantes y alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte.

Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia, el diagnóstico implica el reconocimiento de un conjunto de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social ⁽¹¹⁾.

Los sentimientos previos sobre los animales de compañía, que incluyen las actitudes hacia los animales desarrolladas desde la infancia, las experiencias con sus animales de compañía y otro tipo de animales, el nivel de apego que se tuvo a sus animales de compañía en la infancia, la actitud actual hacia los animales, la forma en que la persona percibe y valora a un animal de compañía, son indicadores potenciales para saber si la TAA es la mejor opción para un paciente.

Justificación

La Medicina Veterinaria y Zootecnia tiene un papel muy importante al brindar las mejores condiciones físicas y de salud a los animales que trabajan durante la psicoterapia para ayudar a los pacientes con trastornos mentales, además de vigilar la integridad y la salud, en éste caso del perro, durante su apoyo en la terapia.

HIPÓTESIS

El apoyo de un perro en el tratamiento clínico del paciente esquizofrénico con gusto por los perros disminuye la duración del tratamiento en comparación con la terapia tradicional.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar que la terapia asistida por perros tiene efectos positivos en el paciente con esquizofrenia, que tiene gusto por los perros, en menor tiempo que la terapia tradicional.

Objetivos Específicos

- 1.- Establecer que la duración del tiempo en el tratamiento del paciente esquizofrénico con gusto por los perros es menor con la presencia de un perro que sin la presencia de un perro.
- 2.- Se determinará que la inclusión de un perro dentro de las sesiones de terapia contribuye a la disminución de signos y síntomas de pacientes con esquizofrenia (como estereotipias, trastornos del afecto, alucinaciones, aplanamiento afectivo, pensamiento autista, pensamiento ambivalente, incoherencia, lenguaje desorganizado, descuido personal, desaseo, bloqueo de área vocacional, laboral y escolar, aislamiento, agresividad, y que el paciente presente un aumento de autoestima), y acelera el proceso de recuperación.
- 3.- Identificar las constantes fisiológicas de los pacientes antes y después de cada sesión.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Localización

La investigación se realizó en un Consultorio Psicológico Privado, ubicado en Coyoacán, México, D.F. El consultorio tiene las siguientes características: mide 4 x 4 m², con una puerta, una ventana, un sofá, un sillón, una mesa para teléfono, y mesa para tomar las constantes fisiológicas.

2. Pacientes

Se seleccionaron a 3 pacientes participantes que tuvieron la inclusión de un perro como apoyo a la terapia, por medio de una entrevista realizada por la Psicóloga, donde se les evaluó el estado o nivel de esquizofrenia por medio de la prueba psicológica Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2, MMPI-2⁽¹⁷⁾, y la aceptación hacia los perros en conjunto con el MVZ. El MMPI-2 es una prueba creada por Hathaway y Mckinley, de la Universidad de Minnesota, que está adaptada a la población mexicana y está validada y confiabilizada, por lo tanto está estandarizada ⁽¹⁸⁾.

Los pacientes esquizofrénicos pueden llegar a ser muy violentos y peligrosos, por lo que el psicoterapeuta determinó con el MMPI-2 el tipo de esquizofrenia que sufre el paciente, para determinar si el paciente es peligroso o no, tanto para el psicoterapeuta como para el perro que trabajó como apoyo en la terapia. Al resultar no peligroso el paciente, el siguiente paso fué aplicar un cuestionario basado en el presentado por Garrity *et al*, pero modificado, al diseñarse más preguntas para mayor marco de referencia ⁽¹⁹⁾. El cuestionario se modificó para obtener mayor conocimiento sobre el paciente y su aceptación hacia los animales, su vínculo con sus animales de compañía, qué tipo de perros le gustan, qué tipo de temperamento le gusta al paciente que tengan los perros, y así se

decidió qué tipo de perro fué el más adecuado para cada paciente. (Ver Anexo 2 y fotografías 1-6).

La efectividad del cuestionario se basa inicialmente en el hecho de que al preguntarle al paciente sobre el tipo de perro que desea que participe en la terapia no se es impositivo con él, y por lo tanto no se repite el patrón reactivo del que viene el paciente: amenazador e intrusivo. Desde éste punto empieza la intervención, dándole un rol al paciente, brindándole respeto y tomándolo en cuenta. Asimismo, las experiencias pasadas de un individuo con animales son un indicador de las relaciones futuras potenciales con animales de terapia. Si las experiencias vividas con animales de compañía y otro tipo de animales han sido positivas, entonces la probabilidad de que se pueda incorporar a un animal como apoyo terapéutico para un paciente es más alta ⁽⁶⁾.

3. Animales

Para los propósitos de ésta investigación se utilizaron dos perros (*Canis familiaris*) hembras: la primera es una perra Pastor Alemán de 2 años de edad, "Shannon", y la segunda es una perra cruce de Maltés de 11 años de edad, "Canela", ambas con calendario de vacunación actualizado, calendario de desparasitación al día, y en buen estado de salud. Las dos hembras viven en el mismo domicilio, y llevan una buena convivencia.

Durante el desarrollo de la investigación se vigiló la salud, la integridad y la seguridad de las dos perras.

La Perra Pastor Alemán tiene un entrenamiento básico, responde a los comandos "sit", "down", "hand", "stay", "here", "come", "no". La perra cruce de Maltés responde a los comandos "ven", "súbete", "bájate", "échate", "siéntate", "no". Las dos perras fueron entrenadas con el método de refuerzo positivo.

La perra cruza de Maltés ya tiene experiencia trabajando como apoyo en la terapia, en el mismo consultorio psicológico y con la misma Psicoterapeuta, ya que ha entrado a sesión con diferentes pacientes.

En base a los resultados de la aplicación del cuestionario a cada paciente, se determinó con cuál paciente entra cada perro. Sólo entró un perro con cada paciente y siempre fué el mismo perro para cada paciente.

4. Obtención de datos

Se realizó, en los pacientes que tuvieron un perro de apoyo durante la terapia, la medición de las siguientes constantes fisiológicas: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y presión arterial; en la primera sesión se midieron sin la participación del perro y en el resto de las sesiones se midieron con la participación del perro. Todos los parámetros se midieron antes de cada sesión y al final de la misma.

Se aplicó el MMPI-2 por medio del método Test-Posttest (aplicar la misma prueba antes y después del tratamiento) ^(20,21), donde se evalúan las variables: ansiedad, paranoia, agresividad, problemas familiares, dificultad en el trabajo, autoestima y depresión, entre otras ⁽¹⁸⁾.

01 X 02

Test → Tratamiento → Posttest

Para determinar los parámetros de comportamientos de interacción entre el paciente y el perro, se realizó un etograma. Cada sesión se filmó en video, colocando la cámara frente al paciente. Se realizó un muestreo conductual con registro instantáneo, a partir del video, para obtener la latencia, frecuencia y duración de las interacciones entre el paciente y el perro que trabajó como apoyo a la terapia ⁽²²⁾.

A partir del muestreo conductual, se registró la presencia de interacciones entre el paciente y el perro. Asimismo, se realizó un muestreo focal del perro donde se puede ver la interacción que hubo entre el perro y el paciente. Para analizar la información obtenida se obtuvieron las

interacciones que se presentaron entre el perro y el paciente desde la primera y hasta la última sesión, y se separaron en tres categorías: interacciones activas, interacciones pasivas y no interacción. (Ver Anexo 1).

El estudio se dividió en dos etapas por paciente, con la finalidad de evaluar el cambio a través del tiempo. La primera etapa fue del inicio del tratamiento a la mitad, y la segunda de la mitad al final del tratamiento. El número de sesiones en el tratamiento de cada paciente dependió de los recursos intelectuales y sociales del mismo.

Se contó con el permiso del paciente para la grabación de cada sesión.

5. Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con la ayuda del programa de cómputo STATISTICA ©. Se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, que asume que si el valor de "D" es significativo ($P < 0.05$), la hipótesis sobre la distribución normal debe ser rechazada.

Se realizó un análisis descriptivo de las interacciones activas y pasivas entre el paciente y el perro de apoyo durante la terapia.

Se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar por separado entre las etapas del tratamiento.

Se utilizó la prueba de Martin Whitney para comparar por separado entre pacientes.

Se realizó la prueba *t* de Student ⁽²³⁾ para identificar si hubo algún cambio en las constantes fisiológicas de los pacientes que tuvieron el perro de apoyo dentro de la terapia.

Para efectos del análisis estadístico, se utilizaron los totales por categoría.

RESULTADOS

El diagnóstico psicológico emitido para los pacientes fue el siguiente:

Caso 1

Nombre	Marcos
Sexo	Masculino
Edad	41 años
Escolaridad	1° de secundaria
Ocupación	Herrero
Estado civil	Soltero

Dx: F20.5x ESQUIZOFRENIA DE TIPO RESIDUAL 295.60 (DSM IV)

Caso 2

Nombre	Liliana
Sexo	Femenino
Edad	37 años
Escolaridad	Secundaria y Diplomado en Programación
Ocupación	Ama de casa
Estado civil	Casada

Dx: F20.1x ESQUIZOFRENIA TIPO DESORGANIZADO 295.10 (DSM IV)

Caso 3

Nombre	Laura
Sexo	Femenino
Edad	33 años
Escolaridad	Lic. en Mercadotecnia
Ocupación	Hogar hace año y medio
Estado civil	Unión libre, sin hijos

Dx: F20.0x ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE 295.30 (DSM IV)

Asignación del perro de apoyo a la Terapia

A partir del cuestionario aplicado a los pacientes, se tomó la decisión de asignarle a cada paciente el perro según sus preferencias, quedando de la siguiente manera:

Marcos mencionó que le gustan los perros grandes, toscos y juguetones.

Liliana mencionó que le gustan los perros grandes.

Laura mencionó que le gustan los perros chicos y tranquilos.

- Caso 1: Marcos (paciente masculino 1) tuvo como perro de apoyo a "Shannon" (perro 1).
- Caso 2: Liliana (paciente femenino 1) tuvo como perro de apoyo a "Shannon" (perro 1).
- Caso 3: Laura (paciente femenino 2) tuvo como perro de apoyo a "Canela" (perro 2).

Cambio en las interacciones a través del tiempo

Para el caso 1, se dividió de la siguiente manera: Etapa 1: de la sesión 1 a la 2; etapa 2: de la sesión 3 a la 5.

Para el caso 2, se dividió de la siguiente manera: Etapa 1: de la sesión 1 a la 5; etapa 2: de la sesión 6 a la 10.

Para el caso 3, se dividió de la siguiente manera: Etapa 1: de la sesión 1 a la 9; etapa 2: de la sesión 10 a la 19.

Caso 1:

En el paciente 1, la proporción de tiempo dedicado a no interactuar (NI), interacciones activas (IA), e interacciones pasivas (IP) se mantuvieron sin cambio a lo largo de la terapia ($P > 0.05$).

En el perro 1, la proporción de tiempo dedicado a no interactuar (NI), interacciones activas (IA), e interacciones pasivas (IP) se mantuvieron sin cambio a lo largo de la terapia ($P > 0.05$).

Caso 2:

En el paciente 2, se encontró diferencia estadística entre la proporción de tiempo dedicado a no interactuar (NI) e interacciones activas (IA) ($P < 0.05$), mientras que las interacciones pasivas (IP) se mantuvieron sin cambio a lo largo de la terapia ($P > 0.05$).

En el perro 1, se encontró diferencia estadística entre la proporción de tiempo dedicado a no interactuar (NI) e interacciones activas (IA) ($P < 0.05$), mientras que las interacciones pasivas (IP) se mantuvieron sin cambio a lo largo de la terapia ($P > 0.05$).

Caso 3:

En el paciente 3, se encontró una diferencia estadística entre la proporción de tiempo dedicado a no interactuar (NI) e interacciones activas (IA) ($P < 0.01$), mientras que las interacciones pasivas (IP) se mantuvieron sin cambio a lo largo de la terapia ($P > 0.05$).

En el perro 2, se encontró diferencia estadística entre la proporción de tiempo dedicado a no interactuar (NI) e interacciones activas (IA) ($P < 0.05$), mientras que las interacciones pasivas (IP) se mantuvieron sin cambio a lo largo de la terapia ($P > 0.05$).

Latencia de las interacciones en la secuencia inicial entre paciente y perro

La latencia de las interacciones en la secuencia inicial entre paciente y perro, se presentó de la siguiente forma:

Los comportamientos Vpe, Vpa, PeAc, H y C, se presentaron en promedio en el caso 1 de 0.34, 0.68, 0.53, 0.55, 0.73, en el caso 2 de 0.66, 0.80, 6.66, 8.64, 1.69, y en el caso 3 de 0.45, 0.38, 0.56, 0.52 y 0.43 centésimas de segundos respectivamente.

El paciente 1 tardó menos tiempo en presentar el comportamiento Vpe ($P < 0.05$) en relación a los pacientes 2 y 3. Así mismo, tardó menos tiempo en presentar el comportamiento H ($P < 0.05$) con respecto al paciente 2.

Entre los pacientes 1 y 2 hay diferencia significativa ($P < 0.05$) en los comportamientos Vpe y H.

Entre los pacientes 1 y 3 hay diferencia significativa ($P < 0.05$) en el comportamiento Vpe.

El paciente 2 tardó más tiempo que el paciente 3 ($P < 0.01$) en los comportamientos Vpa, PeAc, H y C.

Entre los pacientes 2 y 3 hay diferencia significativa ($P < 0.01$) en los comportamientos Vpa, PeAc, H y C.

A través del tiempo se observó que en los pacientes 1 y 2 no se presentó diferencia significativa ($P < 0.05$) en los comportamientos incluidos en la secuencia de inicio de la sesión psicológica. Mientras que en el paciente 3 en Vpe y Vpa presentó una diferencia significativa de ($P < 0.05$), y en PeAc y H presentó una diferencia significativa de ($P < 0.01$). (Ver Cuadro 1).

Frecuencia por hora de las interacciones activas y pasivas, así como las no interacciones, presentadas durante las sesiones del tratamiento, del paciente hacia el perro y del perro hacia el paciente

Caso 1. Interacción de Paciente 1 a Perro1:

La f/hr de interacciones activas del paciente hacia el perro fué de 23.80, de interacciones pasivas de 39.80 y de no interacción de 29.

Caso 2. Interacción de Paciente 2 a Perro1:

La f/hr de interacciones activas del paciente hacia el perro fué de 15.60, de interacciones pasivas de 45.30 y de no interacción de 22.60.

Caso 3. Interacción de Paciente 3 a Perro 2:

La f/hr de interacciones activas del paciente hacia el perro fué de 10.53, de interacciones pasivas de 26.53 y de no interacción de 2.89.

Caso 1. Interacción de Perro 1 a Paciente 1:

La f/hr de interacciones activas del perro hacia el paciente fué de 16.40, de interacciones pasivas de 14.60 y de no interacción de 20.20.

Caso 2. Interacción de Perro 1 a Paciente 2:

La f/hr de interacciones activas del perro hacia el paciente fué de 10.60, de interacciones pasivas de 11.90 y de no interacción de 16.50.

Caso 3. Interacción de Perro 2 a Paciente 3:

La f/hr de interacciones activas del perro hacia el paciente fué de 6.84, de interacciones pasivas de 8.53 y de no interacción de 0.95. (Ver Cuadro 2, 3 y Figuras 1-6).

Proporción de tiempo del comportamiento de interacción del paciente con el perro

Caso 1. Interacción de Paciente 1 a Perro1:

Las interacciones activas del paciente al perro se presentaron con una proporción de 9%, las interacciones pasivas de 9% y la no interacción de 82%.

Caso 2. Interacción de Paciente 2 a Perro1:

Las interacciones activas del paciente al perro se presentaron con una proporción de 11%, las interacciones pasivas de 8% y la no interacción de 81%.

Caso 3. Interacción de Paciente 3 a Perro2:

Las interacciones activas del paciente al perro se presentaron con una proporción de 81%, las interacciones pasivas de 1% y la no interacción de 18%.

Caso 1. Interacción de Perro 1 a Paciente 1:

Las interacciones activas del perro al paciente se presentaron con una proporción de 23%, las interacciones pasivas de 1% y la no interacción de 76%.

Caso 2. Interacción de Perro 1 a Paciente 2:

Las interacciones activas del perro al paciente se presentaron con una proporción de 25%, las interacciones pasivas de 0% y la no interacción de 74%.

Caso 3. Interacción de Perro 2 a Paciente 3:

Las interacciones activas del perro al paciente se presentaron con una proporción de 85%, las interacciones pasivas de 0% y la no interacción de 15%. (Ver Cuadros 4 y 5).

Promedio y Desviación Estándar de Constantes Fisiológicas (Frecuencia Cardíaca [FC], Frecuencia Respiratoria [FR], Presión Sistólica [PS], Presión Diastólica [PD] y Temperatura [T°]) de los pacientes que tuvieron el apoyo de un perro durante la terapia

Además de los logros revisados en las pruebas de éste trabajo, se observó, al tomar las constantes fisiológicas de los pacientes que tuvieron el apoyo de un perro dentro de la terapia, que hubo una disminución en la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión sanguínea y un aumento en la temperatura. (Ver figuras 7-21 y anexo 3). Los resultados de la prueba *t* de Student muestran que hay diferencias significativas ($P < 0.05$) entre las primeras tomas de constantes fisiológicas y las últimas tomas. (Ver Cuadro 6).

En el caso 1, hay diferencia significativa ($P < 0.001$) en frecuencia cardíaca, presión sistólica y temperatura, y hay diferencia significativa ($P < 0.05$) en frecuencia respiratoria.

En el caso 2, hay diferencia significativa ($P < 0.001$) en frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

En el caso 3, hay diferencia significativa ($P < 0.001$) en frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

DISCUSIÓN

En éste estudio se aplicó un cuestionario al inicio de las sesiones para obtener una historia de las experiencias previas de los pacientes con animales, como sugieren Marr *et al.* en investigaciones de terapia asistida con animales, para determinar si el paciente aceptará la presencia de un perro dentro de la terapia y pronosticar la posible reacción que tendrá al interactuar con el perro en las sesiones⁽²⁴⁾. Es importante establecer una empatía entre el paciente y el posible animal a utilizar dentro de la terapia para evitar una reacción negativa por parte del paciente. También se sugiere que en investigaciones futuras los cuestionarios de terapia asistida por animales, deben incluir preguntas sobre alergias a animales para tener un mayor control sobre la salud del paciente⁽²⁵⁾.

Sigmund Freud tenía como asistente en sus terapias a una perra Chow Chow que intervenía en la terapia al dejarla caminar por el consultorio, y el paciente era libre de interactuar con ella⁽²⁾; Freud reporta beneficios en el paciente, pero no hay mayor información al respecto, por lo que es importante establecer una comparación entre pacientes, con el mismo perfil y diagnóstico, que lleven terapia con y sin perro de apoyo, como se hizo en ésta investigación, donde se observó que los efectos positivos se dieron en menor tiempo que en la terapia tradicional; se hizo una comparación de casos entre los 3 pacientes con esquizofrenia que llevaron terapia asistida por perros, con 3 pacientes con esquizofrenia sin terapia asistida por perros, mediante los informes finales del Psicólogo, donde se analizó en cuánto tiempo se obtuvieron los efectos positivos en los pacientes con terapia asistida por perros y en los pacientes sin la terapia asistida por perros.

El tipo de terapia que se aplicó a los seis pacientes fue terapia de "insight"⁽²⁶⁾ con metas reeducativas y reconstructivas, y el tratamiento fue aplicado por la misma Psicóloga en los seis casos.

Comparación de casos

Los logros terapéuticos son individuales de cada paciente, son específicos dependiendo de sus necesidades, pero los signos y síntomas característicos de la esquizofrenia medidos con el MMPI-2 se pueden comparar directamente; para ésto se revisó el expediente de un paciente con el mismo diagnóstico y de características similares, como edad, escolaridad y capacidad intelectual. (Ver Anexos 4 y 5).

Caso 1 y Caso 1A

Marcos y Efraín tienen capacidades intelectuales similares, escolaridad similar, y tienen el mismo diagnóstico, F20.5x ESQUIZOFRENIA DE TIPO RESIDUAL 295.60 (DSM IV); ambos llevaron terapia de "insight", donde Marcos llevó terapia asistida con perro y Efraín llevó la terapia sin la asistencia de un perro.

Ambos pacientes presentaron disminución de niveles de ansiedad, de estrés, lograron expresión afectiva, tuvieron mayor comunicación, lograron lazos sociales, disminuyeron los sentimientos de rechazo, soledad, angustia y depresión, desaparecieron ideas delirantes y alucinaciones, pero en el paciente 1, que tuvo el apoyo del perro en la terapia, se obtuvieron en menor tiempo que en el paciente que no tuvo un perro de apoyo; ya que se logró que el paciente 1 se expresara afectiva y cognoscitivamente; mejoró su higiene personal, se promovió la confianza del paciente hacia la psicoterapeuta y se logró que respondiera las preguntas en menor tiempo que en el paciente sin perro de apoyo.

Ambos pacientes alcanzaron sus logros terapéuticos, la diferencia es el tiempo en que los obtuvieron; el primer logro de Marcos fue disminución de niveles de ansiedad, que se dió aproximadamente en la sesión 5, y Efraín tuvo su primer logro, que fue disminución de niveles de ansiedad, aproximadamente en la sesión 16.

Caso 2 y Caso 2A

Liliana y Mónica tienen capacidades intelectuales similares, escolaridad similar, y tienen el mismo diagnóstico, F20.1x ESQUIZOFRENIA TIPO DESORGANIZADO 295.10 (DSM IV); ambas llevaron terapia de "insight", donde Liliana llevó terapia asistida con perro y Mónica llevó la terapia sin la asistencia de un perro.

Ambas pacientes presentaron disminución de niveles de ansiedad, de estrés, lograron expresión afectiva, tuvieron mayor comunicación, lograron lazos sociales, disminuyeron los sentimientos de rechazo, soledad, angustia y depresión, desaparecieron ideas delirantes y las alucinaciones visuales y auditivas, pero en el paciente 2, que tuvo el apoyo del perro en la terapia, se obtuvieron en menor tiempo que en el paciente que no tuvo el perro de apoyo, ya que se logró que la paciente 2 pudiera relajarse y sentirse más segura, se logró que hablara más en las sesiones, que pudiera poner límites a su hijo y se favoreció que estableciera un lazo social.

Ambas pacientes obtuvieron sus logros terapéuticos, la diferencia es el tiempo en que los consiguieron; Liliana tuvo su primer logro, que fue disminución de niveles de ansiedad, aproximadamente en la sesión 7, y Mónica tuvo su primer logro, que fue disminución de niveles de ansiedad, (por lo que dejó de autoagredirse), aproximadamente en la sesión 24.

Caso 3 y Caso 3A

Laura y Pastora tienen capacidades intelectuales similares, escolaridad similar, y tienen el mismo diagnóstico, F20.0x ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE 295.30 (DSM IV); ambas llevaron terapia de "insight", donde Laura llevó terapia asistida con perro y Pastora llevó la terapia sin la asistencia de un perro.

Ambas pacientes presentaron disminución de niveles de ansiedad, de estrés, lograron expresión afectiva, tuvieron mayor comunicación, lograron lazos sociales, disminuyeron los sentimientos de rechazo, soledad, angustia y depresión, desaparecieron ideas delirantes y alucinaciones, pero en la paciente 3, que tuvo el apoyo del perro en la terapia, se obtuvieron en menor tiempo que en la paciente que no tuvo un perro de apoyo, ya que la paciente 3 logró estar más tranquila, se sintió agradada, gratificada y aceptada, se promovieron recuerdos gratos de tipo afectivo. Aprendió a no interpretar lo que los otros piensan de ella, aprendió a tener mayor coordinación (hablar y acariciar al mismo tiempo). Hizo conciencia de que tiene derecho a ser escuchada y tener un espacio propio y límites. Se logró que mantuviera sus huellas mnémicas aún en ausencia del objeto amado (perro): al pensar en el perro, en ausencia de éste, disminuyen sentimientos de rechazo, depresivos, de soledad, de angustia y de abandono.

Ambas pacientes obtuvieron sus logros terapéuticos, la diferencia es el tiempo en que los consiguieron; Laura tuvo su primer logro, que fue disminución de niveles de ansiedad, aproximadamente en la sesión 4, y Pastora tuvo su primer logro, que fue disminución niveles de ansiedad, aproximadamente en la sesión 22.

Laura también pidió asesoría médico veterinaria y de cómo tratar a sus perros, y mejoraron las relaciones con ellos, y mejoró el comportamiento de ellos.

Los comportamientos medidos de los pacientes indican que los tres disfrutaron de la presencia de los perros dentro de la terapia, ya que los acariciaban, los observaban y les hablaban, comportamientos también observados por Nielsen y Delude en un hogar para personas que fueron pacientes psiquiátricos⁽²⁷⁾. Un comportamiento similar fue reportado por Webb y Drummond donde en un parque marino se preguntó a los participantes si habían disfrutado el nadar con delfines, y todos los individuos reportaron sentirse mejor después de estar con los delfines y

que habían disfrutado la experiencia ⁽²⁸⁾. En ésta investigación, el acercamiento positivo se corroboró en la última sesión al preguntarle directamente a los pacientes qué pensaban de la presencia del perro dentro de las sesiones y si les agradó o no la experiencia y qué les agradaba más.

En función de los recursos intelectuales y sociales de los pacientes, es probable que se presente mayor interés en los animales que participan en la terapia, esto lo observaron Nielsen y Delude, donde un paciente presentó mayor interés en los animales que participaron en la investigación ⁽²⁷⁾. De la misma forma, en éste estudio el paciente 3 presentó mayor interés por la perra que entraba a sus sesiones, y es el paciente con mayores recursos intelectuales y sociales.

Las perras que participaron en ésta investigación fueron una Pastor Alemán de 2 años que es enérgica e inquieta, y una cruce de Maltés que es tranquila, perras similares en temperamento a las utilizadas por Folse *et al.*, donde la asignación de las perras a los pacientes fue indistinto, contrario a ésta investigación donde se asignó la perra según las preferencias del paciente, característica que Folse *et al.* sugieren en su investigación, para conocer qué es lo que necesita y quiere el paciente⁽²⁵⁾.

El estudio de Folse *et al.* tuvo una duración de 4 sesiones, por lo que sugiere que las investigaciones de éste tipo deben explorar los efectos de la terapia asistida por animales en conjunción con la intervención terapéutica durante un tiempo mayor, al mismo tiempo que se monitorea el proceso de la terapia ⁽²⁵⁾. Esto sí se llevó a cabo en éste estudio, ya que se manejó en uno de los pacientes 19 sesiones de tratamiento.

Los tres pacientes presentaron en el "posttest" del MMPI-2 un aumento en su autoestima, lo que apoya los hallazgos reportados por Folse *et al.* sobre los animales en la psicoterapéutica actual que ayudan a los pacientes a resolver conflictos internos, sentimientos negativos y a mejorar los niveles de autoestima ⁽²⁵⁾.

En las sesiones, se observó que al inicio del tratamiento, los pacientes presentaron poca interacción con el perro, de igual manera el perro presenta poca interacción hacia el paciente, y al avanzar el tratamiento, aumentaron las interacciones del paciente hacia el perro, y también aumentaron las interacciones del perro hacia el paciente. Ésto es un indicador de que el paciente socializó cada vez más con el perro, y es el inicio de un logro terapéutico, ya que el esquizofrénico vive en aislamiento social, y con la presencia del perro se rompe el aislamiento social y el paciente también comienza a socializar con las personas a su alrededor. Se observó que la presencia del perro provocó en los pacientes expresión facial, lo que nos indica que un signo característico de la esquizofrenia, el aplanamiento afectivo, disminuyó en el paciente.

Allen observó en un estudio donde participaron 48 corredores de bolsa, que a la mitad de los individuos a la que se les proporcionó un perro o gato proveniente de un refugio de animales, presentó menor aumento de frecuencia cardíaca y presión arterial al estar en situaciones provocadoras de estrés, ya que las mediciones permanecieron significativamente más estables que en la otra mitad ⁽²⁹⁾. En otro estudio, un grupo de mujeres en presencia de un perro, al realizar tareas mentales, presentó menor presión sistólica, menor presión diastólica y pulso más bajo que en otros dos grupos, uno con presencia de un amigo y otro a solas ⁽³⁰⁾. En éste estudio se observó que los 3 pacientes presentaron una disminución en la frecuencia cardíaca y respiratoria.

Batson *et al.* utilizaron la prueba de *t* de Student para evaluar la efectividad de la presencia de un perro como apoyo a la terapia en indicadores fisiológicos de estrés en adultos con la enfermedad de Alzheimer, tales como frecuencia cardíaca y presión sanguínea, que disminuyeron notablemente cuando el perro estaba presente⁽¹²⁾. En éste estudio se aplicó la prueba de *t* de Student para determinar diferencias significativas entre las primeras y últimas tomas de las constantes fisiológicas.

La perra 1, que apoyó al paciente 1, favoreció que éste se expresara afectiva y cognoscitivamente, ya que el esquizofrénico no responde a las preguntas directas que se hacen en la terapia, pero a través del perro contesta en tercera persona, lo que hace proclive que se bajen las defensas y aflore el contenido del paciente. El paciente manifestó en una sesión, que al acariciar al perro se eliminó su enojo, observando que el tono afectivo del paciente cambiaba en dirección positiva, cuando se acercaba y tocaba al perro.

En el caso 2, el perro favoreció que la paciente se relajara, y que hablara más en las sesiones al dirigirse a la perra. También favoreció la expresión afectiva al tener contacto con el perro y dar la caricia. El perro fomentó que la paciente aprendiera a poner límites a su hijo, al decir "no" para evitar el acercamiento exagerado del perro. El perro también ayudó a la paciente a establecer un lazo social, al despedirse del perro al final de las sesiones en forma verbal y con la mano.

En el caso 3, el perro favoreció, al demandar la caricia, que la paciente tuviera mayor coordinación al lograr hablar y dar caricia simultáneamente; posteriormente ayudó a que se tranquilizara. La perra 2 fomentó que disminuyeran en la paciente los sentimientos de rechazo y angustia al no ser intrusiva con ella y respetar su espacio vital. De igual manera, la paciente comprendió que el interpretar a los demás es un error de ella, al pensar que el perro la rechazaba, pero al mismo tiempo observar que el perro pedía su caricia, racionalizó que no era rechazada y dejó de interpretar a los demás.

Se plantea que la terapia asistida por animales sea en la modalidad de visitas a hospitales o residencias para pacientes con algún trastorno, o en la modalidad de apoyo dentro de la terapia, ya que se ha observado que al vivir los animales dentro de las residencias donde se da el tratamiento a los pacientes, no existe el cuidado suficiente y el bienestar de los animales no está asegurado. Nielsen y Delude reportan que en una residencia para pacientes psiquiátricos, se introdujeron animales como

terapeutas adjuntos para vivir ahí; los residentes mostraron gran interés por los animales y rápidamente desarrollaron lazos sociales con ellos; al final de la investigación los residentes planearon agrandar el área de estancia de los animales, pero los residentes no mantuvieron el nivel de interés y los animales tuvieron que ser removidos de la residencia ⁽²⁷⁾. Jennings menciona que en una clínica de reposo de Arizona se tenía un perro de terapia; por la irresponsabilidad y poco cuidado del personal de la clínica, el perro escapó y murió al ser atropellado, por lo que Jennings también plantea la modalidad de terapia asistida por medio de visitas para asegurar la integridad de los animales utilizados como apoyo en la terapia ⁽³¹⁾. De igual manera se sugiere que en la terapia asistida por animales se usen animales de refugios como lo hizo Allen, que en su investigación utilizó animales que provenían de refugios ⁽²⁹⁾, después de un examen clínico realizado por un médico veterinario, haber asegurado que estaban socializados y darles un entrenamiento básico.

La evaluación y el informe de los resultados en forma científica es fundamental en la terapia asistida por animales; existe mucha información sobre los efectos positivos en el ser humano debido a la presencia y el contacto con animales en diferentes padecimientos, pero el problema principal es que los hallazgos se informan de forma anecdotal; sin embargo, a finales de los 80's se inició el uso de evaluaciones sistemáticas e investigación científica para justificar los programas y los procedimientos utilizados, y así tener validez científica a nivel mundial ⁽¹²⁾.

La terapia asistida con animales es una alternativa a la terapia tradicional, actualmente está difundida en países como Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania, y en España está teniendo cada día más fuerza. También hay países donde se está iniciando la práctica como Argentina, Venezuela, Cuba, Colombia y Chile. En México también está iniciando la práctica, hay pocos lugares donde se practica la equinoterapia o la delfinoterapia, por lo que hay que hacer mayor difusión sobre ésta terapia alternativa y los beneficios que se han reportado, así como continuar investigando y reportando científicamente los resultados ^(12,27).

Uno de los fundamentos de la terapia de "insight" es que el paciente vaya alcanzando logros terapéuticos, para llegar al control de la enfermedad; por lo que es importante el tiempo en que éstos se presentan. Los logros que alcance el paciente esquizofrénico son individuales, dependen del tipo de esquizofrenia, de los signos y síntomas que presente y de sus necesidades específicas para llegar a tener una percepción más cercana a la realidad externa (entorno). Los cambios observados en los tres pacientes que tuvieron el apoyo de un perro, se relacionan con la frecuencia y proporción de tiempo de las interacciones, hubo mayor socialización, por lo que se alcanzaron más logros terapéuticos en menor tiempo que en los pacientes sin la presencia del perro de apoyo, debido a que el esquizofrénico, en aislamiento social, interactúa con el perro y confía en el entorno en forma más rápida que solamente con el terapeuta, socializa con el perro y empieza a interactuar con las personas que lo rodean.

Se sugiere que el perro, como apoyo en la terapia, ayudó a los pacientes a sentirse más tranquilos; para esto se necesita que tenga confianza y seguridad en su alrededor, y al estar el perro presente dentro de las sesiones, la confianza se presentó más rápidamente que sin la presencia del perro, ya que el esquizofrénico no acepta fácilmente la ayuda del humano pero sí la ayuda del perro porque éste no es crítico con el paciente. Los pacientes, al sentirse más seguros, presentaron disminución de niveles de ansiedad y estrés; lo cual se observó en la disminución de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión sanguínea y un aumento en la temperatura. Al estar relajado, el paciente logra comunicarse con el terapeuta, y se facilita que hable sobre lo que siente y lo que necesita, así el proceso terapéutico se acelera; también favorece que el paciente logre un lazo social afectivo al interactuar con el perro y mostrar interés en él, por lo que disminuyen la depresión y los sentimientos de soledad del paciente. También se sugiere que el contacto que presenta el paciente con los animales dentro de la terapia lo ayuda a desarrollar habilidades, sean físicas o mentales, y es un apoyo a la terapia que al parecer no presenta efectos colaterales.

Al principio el perro y el paciente establecen una comunicación que es por medio de interacciones, y si hay aceptación de ambas partes, las interacciones aumentan en intensidad y duración; el perro, al buscar la caricia del paciente, manda una señal de aceptación, y el paciente, al sentirse aceptado, percibe comprensión y apoyo, siente que puede brindarle lo mismo al perro, se siente útil y aumenta su sentido de responsabilidad y su autoestima, lo que favorece que sienta más confianza y seguridad en el entorno y así al psicoterapeuta se le facilita que en menos tiempo se puedan hacer las preguntas que convienen al proceso terapéutico del paciente, para poder obtener información necesaria para que el psicoterapeuta pueda hacer las interpretaciones que le permitan saber el mecanismo que lo enfermó y así revertirlo, y lograr que el paciente presente una conducta más adaptativa.

La terapia tradicional, como tratamiento para pacientes con esquizofrenia es efectiva, pero ésta es larga; en éste trabajo en particular y en éstos pacientes, se observó que con la ayuda de un perro como apoyo en la terapia, en el tratamiento de pacientes que tienen gusto por los perros, la obtención de logros se dió en menor tiempo y ayudó al paciente a crear un vínculo afectivo, lo que lo ayuda a mantener los beneficios de la terapia al recrear mentalmente los sentimientos de tranquilidad y seguridad que el perro le brindaba, por lo que se sugiere que la presencia del perro dentro de las sesiones de terapia ayuda a que el proceso terapéutico se lleve a cabo en un tiempo menor que sin la presencia de un perro.

LITERATURA CITADA

1. Salama I. Terapia Asistida Con Animales. [Citado 26 de junio 2003] [42 pantallas] Disponible en URL:<http://www.isabelsalama.com>
2. Szwarcman E. Abordaje Terapéutico a Través de la Zooterapia, Estimulación Terapéutica a Través de Perros con Chicos con Todo Tipo de Discapacidades Motrices y Psicológicas. [Citado 26 Junio 2003] [38 pantallas] Disponible en URL: <http://www.cosasdeperros.com.ar/zooterapia.html>
3. Mallon GP. A Generous Spirit: The Work and Life of Boris Levinson. *Anthrozoös* 1994;2:224-231.
4. Odendaal JSJ. Animal-Assited Therapy –Magic or Medicine? *Journal of Psychosomatic Research* 2000;49:275-280.
5. Bell D. Basic Information About Service Dogs [Citado 24 de agosto 2004] [32 pantallas] Disponible en URL: <http://www.deltasociety.org/nsdc/sdbasic.htm#other>
6. Wilson CC. A Conceptual Framework for Human-Animal Interaction Research: The Challenge Revisited. *Anthrozoös* 1994;1:4-24.
7. Rowan AN, Beck AM. The Health Benefits of Human-Animal Interaction. *Anthrozoös* 1994;7:85-89.
8. Michaan-B L. Terapia Asistida con Animales. *Enlace, Cuadernos de Psiquiatría* 2001;10:8-10.
9. Blackman D. What is Animal Assisted Therapy? [Citado 26 de junio 2003] [26 pantallas] Disponible en URL:<http://www.dog-play.com/therapy.html>
10. Khan MA, Farrag N. Animal-Assisted Activity and Infection Control Implications in a Healthcare Setting. *Journal of Hospital Infection* 2000;46:4-11.

11. Pichot P. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª ed. Barcelona: Masson, 1995, 13-22, 279-281.
12. Fine AH. Handbook on Animal-Assisted Therapy, Theoretical Foundations and Guidelines for Practice. 1st. ed. United States of America: Academic Press, 1999.
13. Labarthe E, Pons M. ¿Qué Clase de Animales se Utilizan? [Citado 26 de junio 2003] [56 pantallas] Disponible en URL: <http://www.zooterapia-campana.com.ar/dequasetrata.htm>
14. Tejeda A. Comportamiento del Perro. Apuntes de Etología Aplicada. Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UNAM, 2003.
15. Spoerri T. Compendio de Psiquiatría, con Fundamentos de Psicología Médica. 3ª. ed. Barcelona: Toray, 1975:95-96.
16. Martin B. Psicología Anormal, Enfoques Científicos y Clínicos. 2ª ed. México: Interamericana, 1985:564.
17. Hathaway SR, Mckinley JC. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota - 2. 1ª ed. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V. en coedición con Universidad Nacional Autónoma de México, 1995.
18. Rivera O. Interpretación Clínica y Psicodinámica del M.M.P.I. 1ª ed. México: Diana, 1987, 11-14.
19. Garrity TF, Stallones L, Marx MB, Johnson TP. Pet Ownership And Attachment As Supportive Factors In The Health Of The Elderly. Anthrozoös, 1989;1:35-44.
20. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.
21. Kerlinger F. Investigación del Comportamiento, Técnicas y Metodología. 2ª ed. México: Interamericana, 1984.
22. Martin P, Bateson P. La Medición del Comportamiento. 1ª. ed. España: Alianza Editorial, 1991:69-93.

23. Lehner PN. Handbook of Ethological Methods. 2nd ed. United Kingdom: Cambridge University Press, 1996:380-384,427-431.
24. Marr CA, French L, Thompson D, Drum L, Greening G, Mormon J, Henderson I, Hughes CW. Animal-Assisted Therapy in Psiquiatric Rehabilitation. Anthrozoös 2000;13:1-46.
25. Folse EB, Minder CC, Aycock MJ, Santana RT. Animal-Assisted Therapy and Depression in Adult College Students. Anthrozoös 1994;7:3.
26. Mancilla BE. Historia y Diferentes Tipos de Psicoterapia. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología, UNAM. 2002; 39-51.
27. Nielsen JA, Delude LA. Pets as Adjunct Therapists in a Residence for Former Psychiatric Patients. Anthrozoös 1994;7:1.
28. Webb NL, Drummond PD. The Effect of Swimming with Dolphins on Human Well-Being and Anxiety. Anthrozoös 2001;14:2.
29. Allen K. Are Pets a Healthy Pleasure? The Influence of Pets on Blood Pressure. Current Directions in Psychological Science 2003;6:236-239.
30. Allen K, Blascovich J, Tomaka J, Kelsey R. Presence of Human Friends and Pet Dogs as Moderators of Autonomic Responses to Stress in Women. Journal of Personality and Social Psychology 1991;61:582-589.
31. Jennings NC. Resident Dogs in Nursing Homes. [Citado 26 de junio 2003] [26 pantallas] Disponible en URL:<http://www.oog-play.com/resident.html>
32. Fraser AF, Broom DM. Farm Animal Behavior and Welfare. 3^a ed. Londres:Bailliere Tindall, 1990:387.
33. Nettina SM. Enfermería Práctica de Lippincott. Volumen I. 9^a. ed. EUA: Interamericana-Mc. Graw – Hill, 2002:21.

Anexo 1. Etograma de interacciones entre paciente y perro¹

Interacciones Activas (IP):

Contacto Físico (**CF**): perra se sienta junto al paciente o se echa junto al paciente.

Paciente acaricia cabeza de perra (**CCa**): paciente mueve una mano (sea la derecha o la izquierda) sobre la cabeza del perro.

Caricia en lomo (**CL**): paciente pasa su mano (sea derecha o izquierda) sobre el lomo de la perra.

Paciente da caricia en pecho (**Cpec**): paciente mueve mano de arriba a abajo sobre pecho de perra.

Caricia en muslo (**CMu**): paciente pasa mano varias veces sobre muslo (sea izquierdo o derecho) de perra, mientras ésta está echada junto al paciente.

Caricia en cola (**CCo**): paciente pasa mano varias veces sobre cola de perra, mientras ésta está sentada junto al paciente.

Perra recibe caricia (**C**): la suma de todos los tipos de caricia que recibe el perro del paciente.

Perra pide caricia a paciente con la pata (**CP**): perra levanta una pata delantera (sea la derecha o la izquierda) y la pone sobre el brazo del paciente y la jala hacia ella.

Interacciones Pasivas (IP):

Paciente le habla a perra (**PaHPe**): paciente llama atención del perro de cualquier forma.

Vista a perra (**VPe**): paciente dirige su vista hacia la perra, la observa.

Paciente le sonrío a perra (**So**): paciente mira a perra y le sonrío.

Vista de perra a paciente (**Vpa**): perra dirige su vista a paciente.

Movimiento de cola (**Mc**): perra mueve cola, sin importar la posición, como respuesta a alguna acción del paciente hacia el perro.

No interacción (NI):

No interacción (**NI**): no hay interacción entre paciente y perro.

¹Etograma: Una descripción detallada de conductas características de una especie en particular ⁽³²⁾.

Cuadro 1. Latencia de las interacciones en la secuencia inicial entre paciente y perro

Paciente	Vpe	Vpa	PeAc	H	C
1	0.34	0.68	0.53	0.55	0.73
2	0.66	0.80	6.66	8.64	1.69
3	0.45	0.38	0.56	0.52	0.43

Cuadro 2. Frecuencia por hora de las interacciones activas y pasivas, así como las no interacciones, presentadas durante las sesiones del tratamiento, del paciente hacia el perro

	IA	IP	NI
De Paciente 1 a Perro 1	23.80	39.80	29.00
De Paciente 2 a Perro 1	15.60	45.30	22.60
De Paciente 3 a Perro 2	10.53	26.53	2.89

Cuadro 3. Frecuencia por hora de las interacciones activas y pasivas, así como las no interacciones, presentadas durante las sesiones del tratamiento, del perro hacia el paciente

	IA	IP	NI
De Perro 1 a Paciente 1	16.40	14.60	20.20
De Perro 1 a Paciente 2	10.60	11.90	16.50
De Perro 2 a Paciente 3	6.84	8.53	0.95

Cuadro 4. Proporción de tiempo del comportamiento de interacción del paciente hacia el perro

	IA	IP	NI
De Paciente 1 a Perro 1	0.09	0.09	0.82
De Paciente 2 a Perro 1	0.11	0.08	0.81
De Paciente 3 a Perro 2	0.81	0.01	0.18

Cuadro 5. Proporción de tiempo del comportamiento de interacción del perro hacia el paciente

	IA	IP	NI
De Perro 1 a Paciente 1	0.23	0.01	0.76
De Perro 1 a Paciente 2	0.25	0.00	0.74
De Perro 2 a Paciente 3	0.85	0.00	0.15

Cuadro 6. Promedio y Desviación Estándar de Constantes Fisiológicas (Frecuencia Cardíaca [FC], Frecuencia Respiratoria [FR], Presión Sistólica [PS], Presión Diastólica [PD] y Temperatura [T°]) de los pacientes que tuvieron el apoyo de un perro durante la terapia

Caso 1						
	Promedio inicial	Promedio final	Valor de t	P	n	Diferencia
FC lpm	84.57 ± 7.87	78.57 ± 7.52	7.34	<.001	7	-6
FR rpm	22.71 ± 6.29	20.43 ± 5.77	2.56	<.05	7	-2.28
PS mmHg	104.14 ± 3.24	71.71 ± 4.61	49.93	<.001	7	-32.43
PD mmHg	124.14 ± 4.85	116.57 ± 11.37	1.62	>.05	7	-7.57
T° C	36.07 ± 0.29	36.43 ± 0.24	-7.43	<.001	7	0.36
Caso 2						
	Promedio inicial	Promedio final	Valor de t	P	n	Diferencia
FC lpm	78.18 ± 9.01	67.18 ± 5.91	6.13	<.001	11	-11
FR rpm	26.55 ± 6.99	18.73 ± 5.08	4.94	<.001	11	-7.82
PS mmHg	72.64 ± 8.72	72 ± 7.11	0.31	>.05	11	-0.64
PD mmHg	112.27 ± 16.93	110.6 ± 5.95	0.77	>.05	11	-1.67
T° C	35.89 ± 0.50	36.14 ± 0.41	-1.62	>.05	11	0.25
Caso 3						
	Promedio inicial	Promedio final	Valor de t	P	n	Diferencia
FC lpm	71.70 ± 9.26	60.95 ± 5.40	4.81	<.001	20	-10.75
FR rpm	24.60 ± 4.73	16.40 ± 4.66	6.76	<.001	20	-8.2
PS mmHg	71.65 ± 11.48	69.55 ± 11.27	0.58	>.05	20	-2.1
PD mmHg	105.40 ± 7.90	103.65 ± 10.51	0.6	>.05	20	-1.75
T° C	35.52 ± 0.40	35.83 ± 0.32	-4.52	<.001	20	0.31

Figura 1. Frecuencia de Interacciones del Paciente 1 (Marcos) hacia el Perro 1 (Shannon).

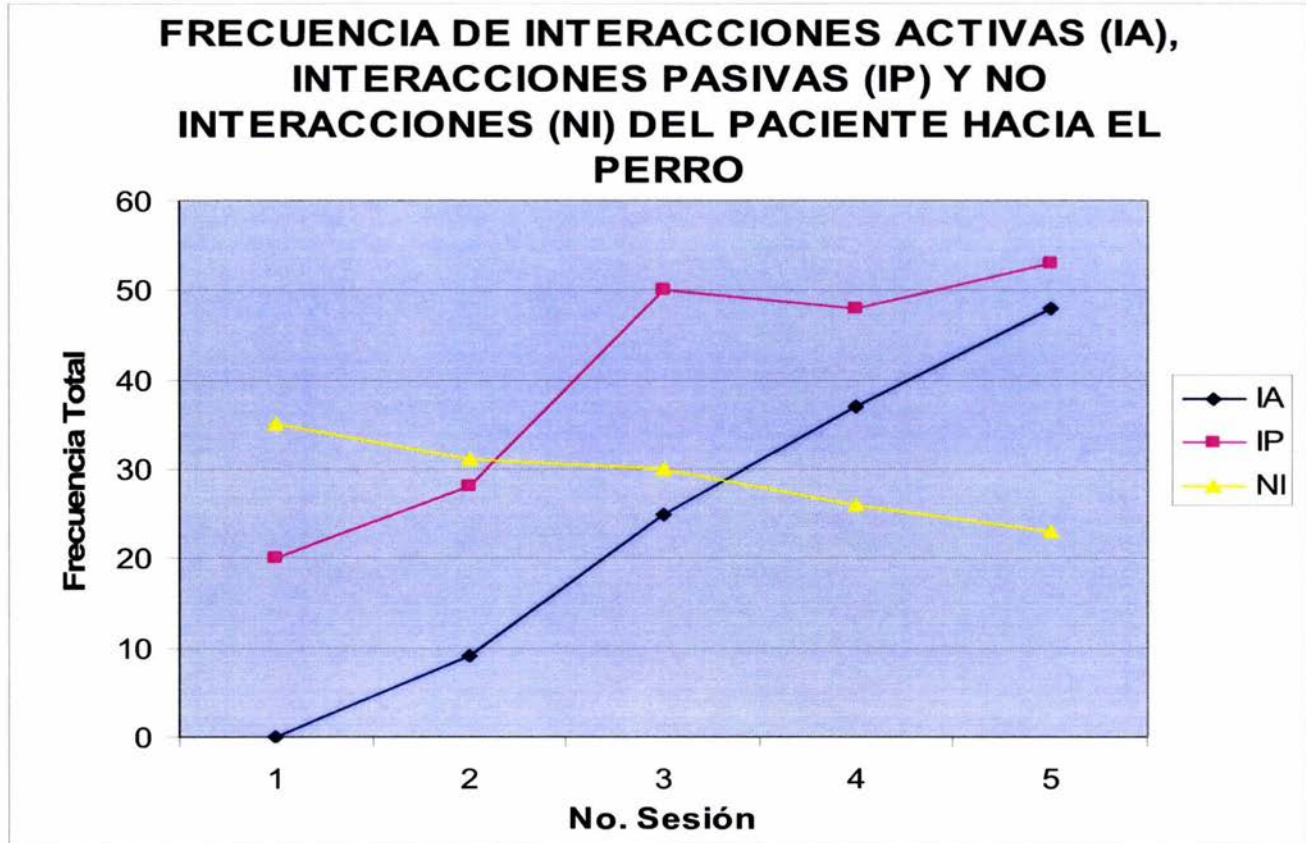


Figura 2. Frecuencia de Interacciones del Perro 1 (Shannon) hacia el Paciente 1 (Marcos).

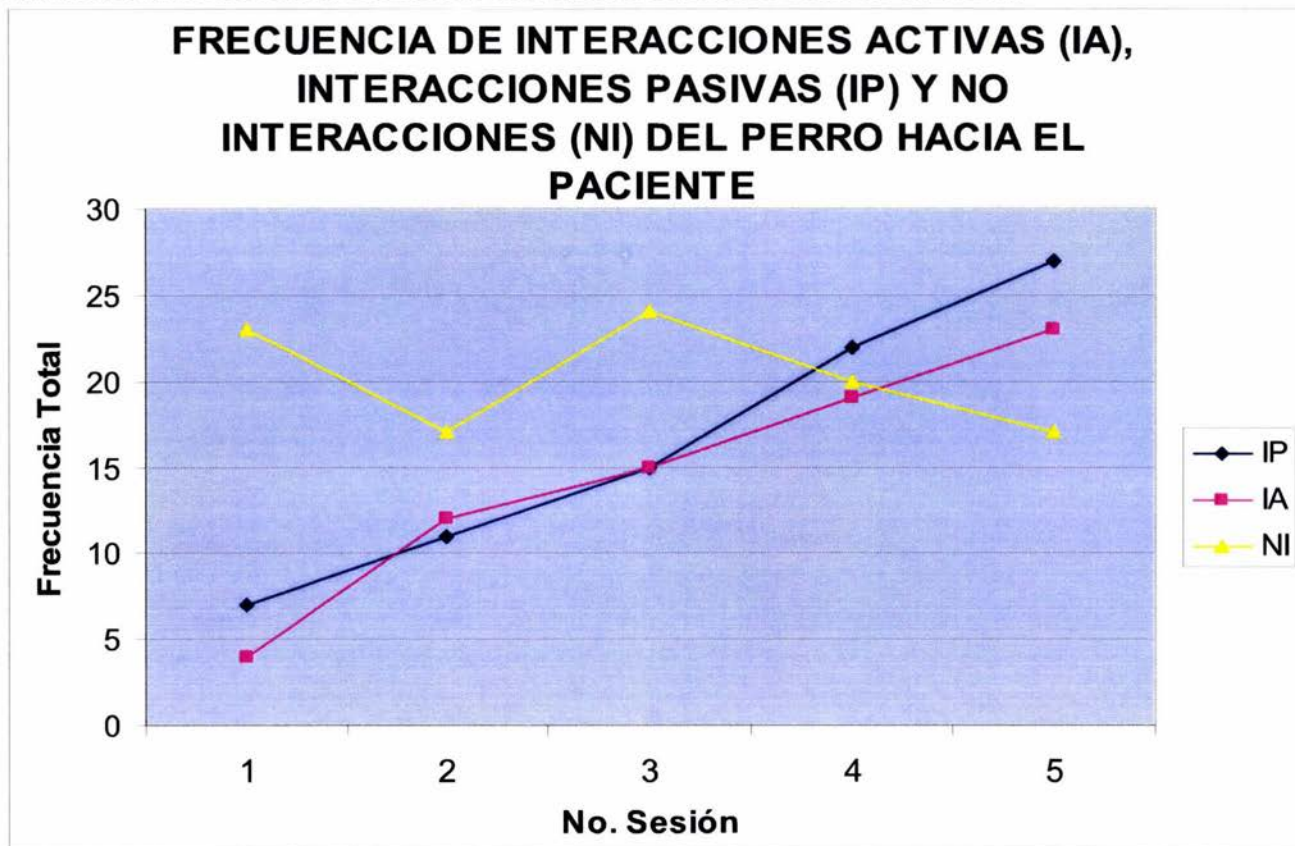


Figura 3. Frecuencia de Interacciones del Paciente 2 (Liliana) hacia el Perro 1 (Shannon).

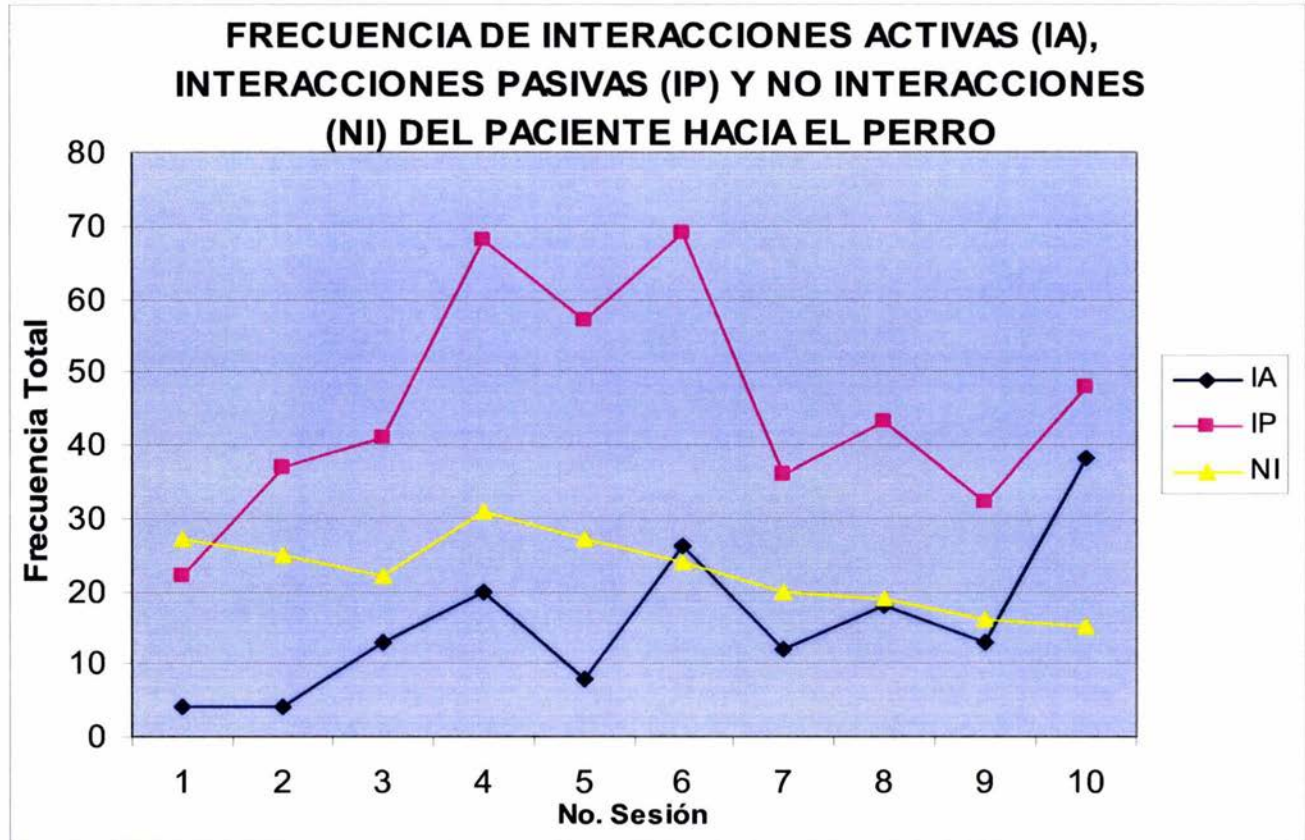


Figura 4. Frecuencia de Interacciones del Perro 1 (Shannon) hacia el Paciente 2 (Liliana).

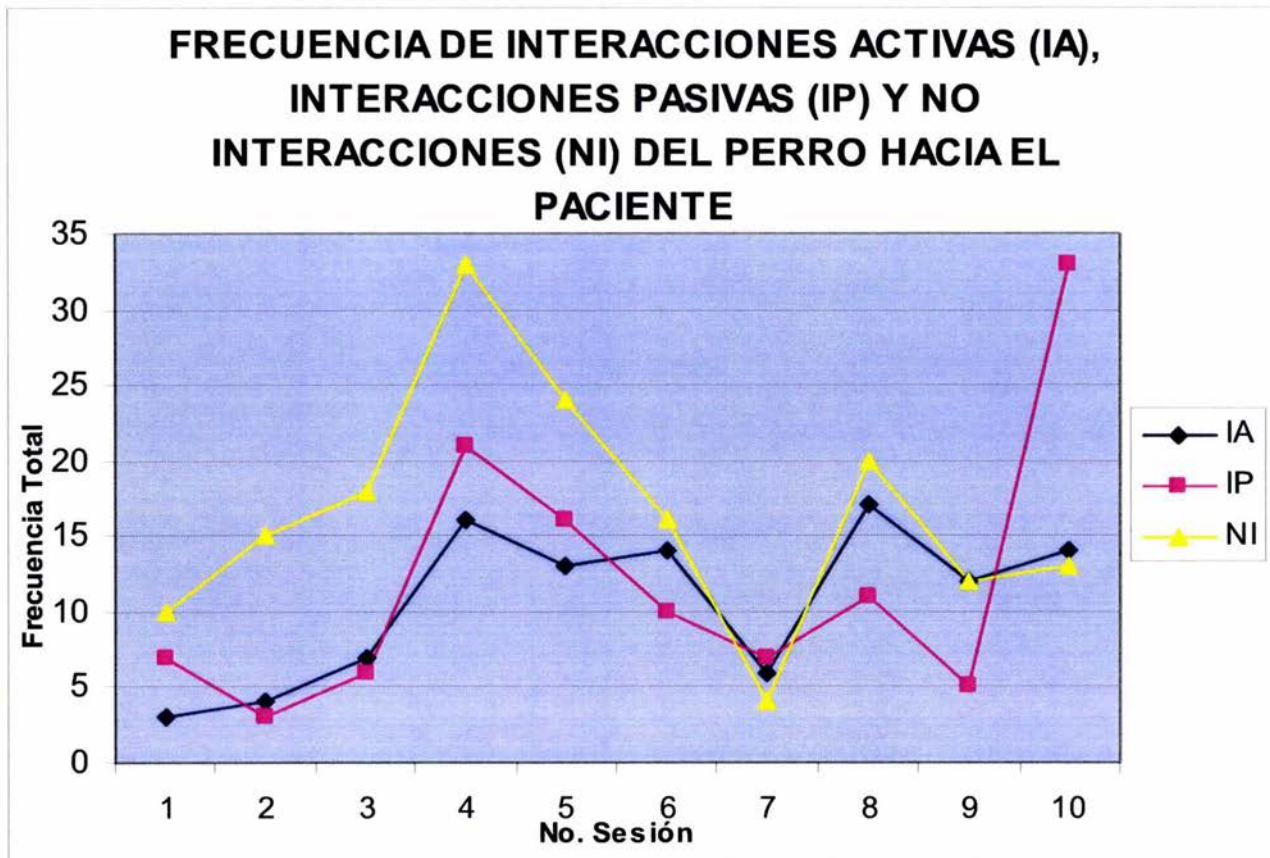


Figura 5. Frecuencia de Interacciones del Paciente 3 (Laura) hacia el Perro 2 (Canela).

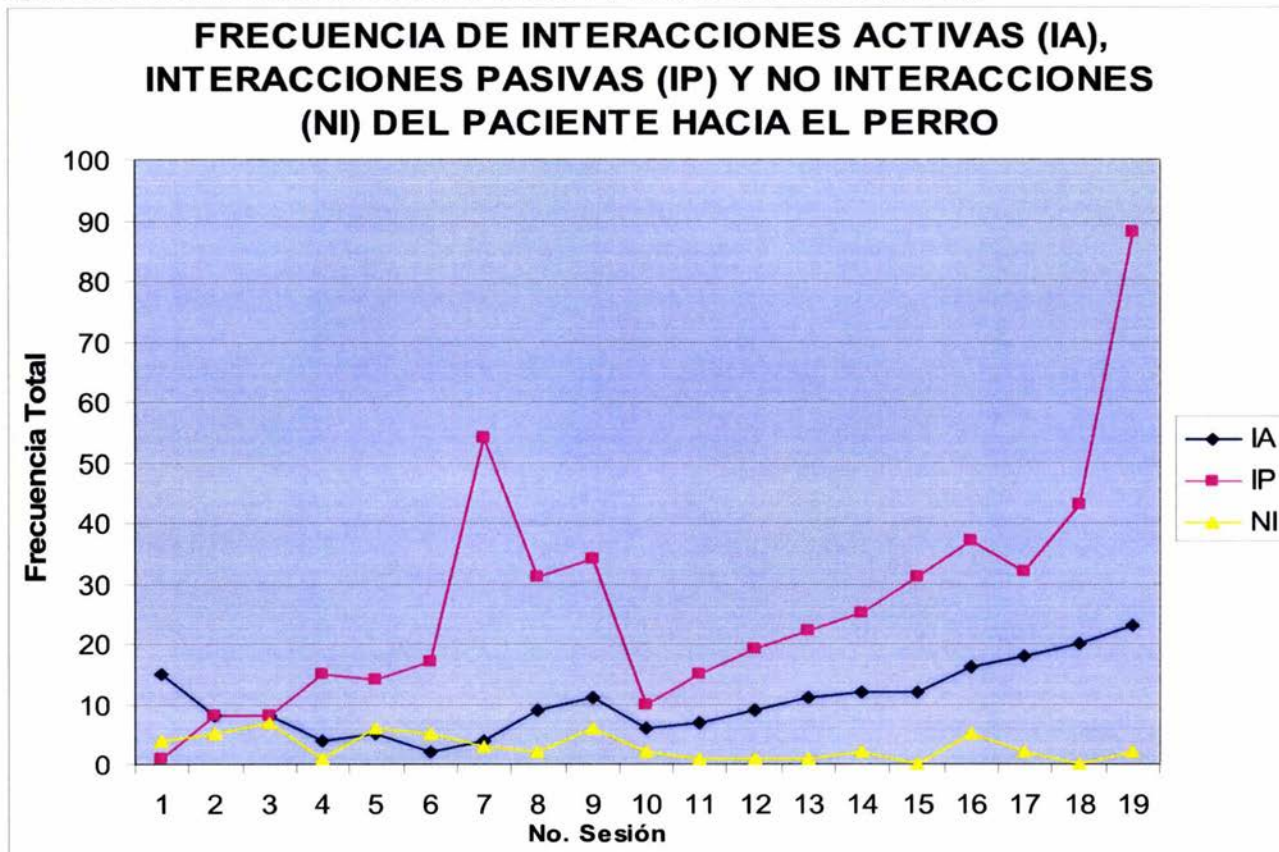


Figura 6. Frecuencia de Interacciones del Perro 3 (Canela) hacia el Paciente 2 (Laura).

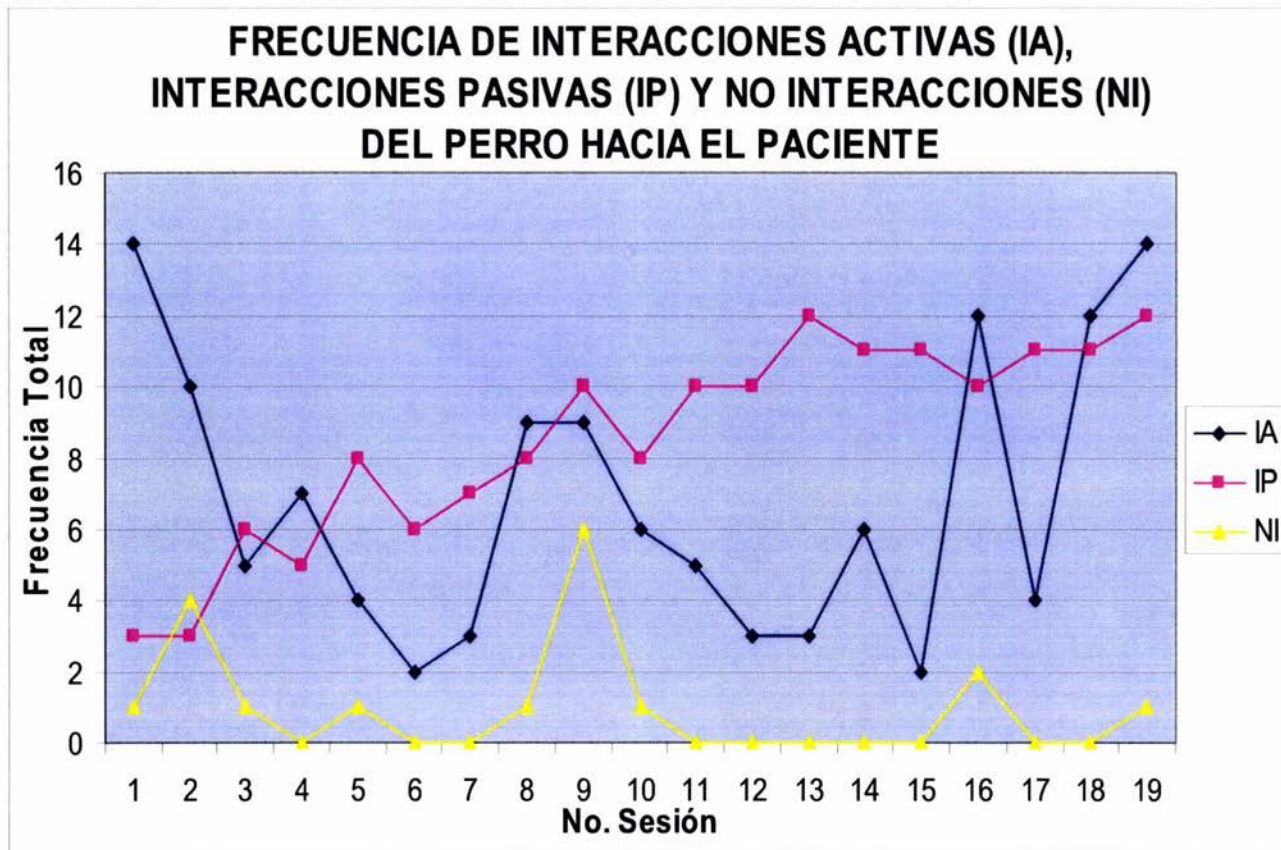


Figura 7. Frecuencia Cardiaca del caso 1 (Marcos)

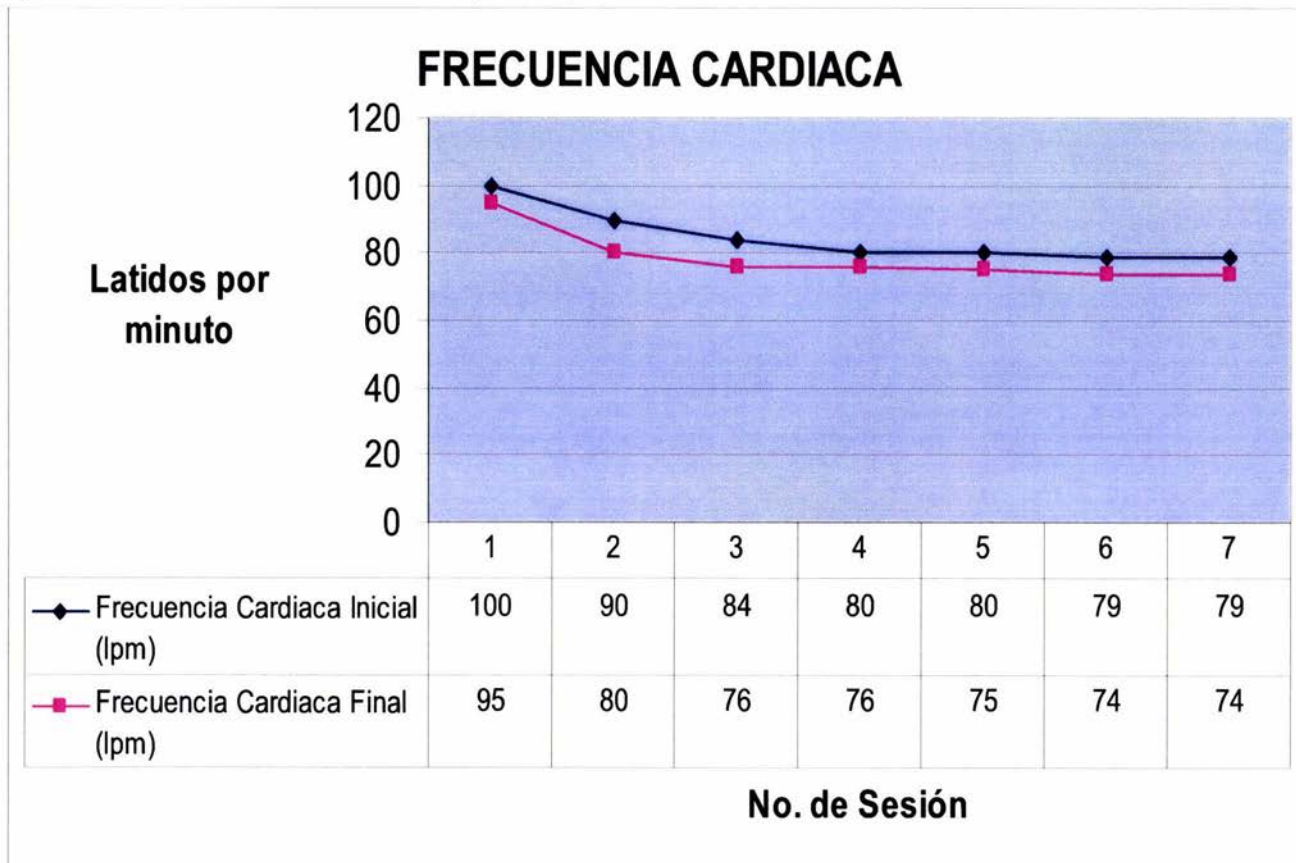


Figura 8. Frecuencia Respiratoria del caso 1 (Marcos)

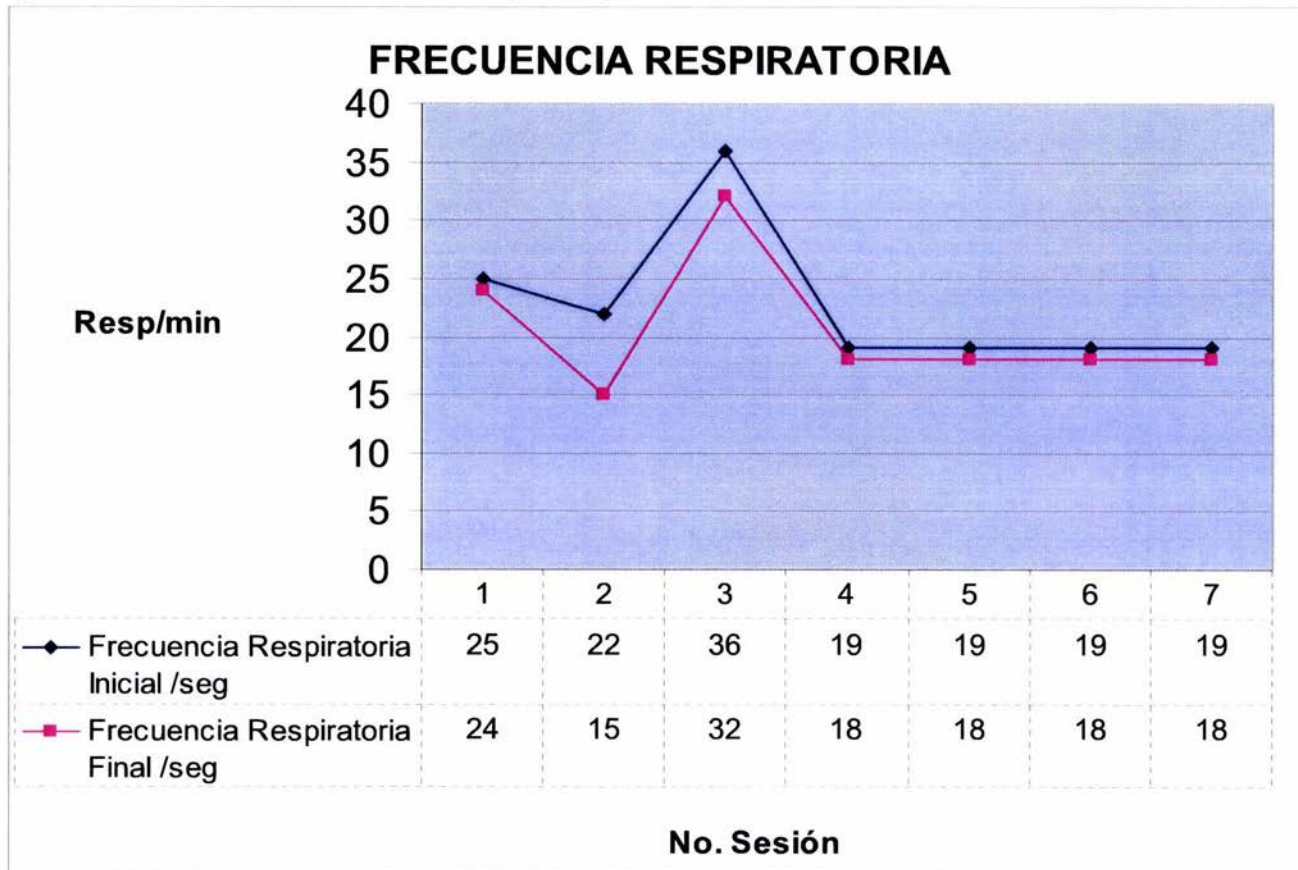


Figura 9. Presión Sistólica del caso 1 (Marcos)

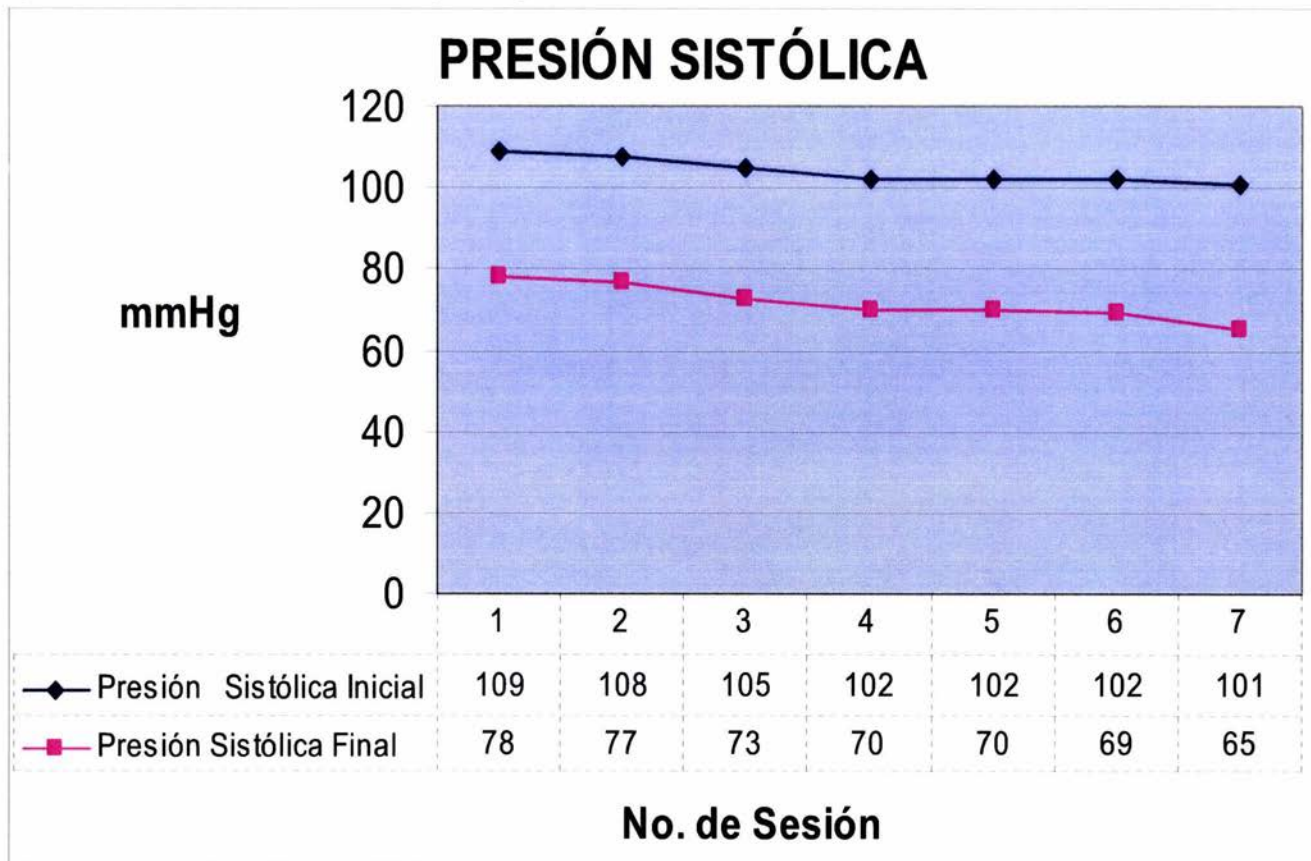


Figura 10. Presión Diastólica del caso 1 (Marcos)

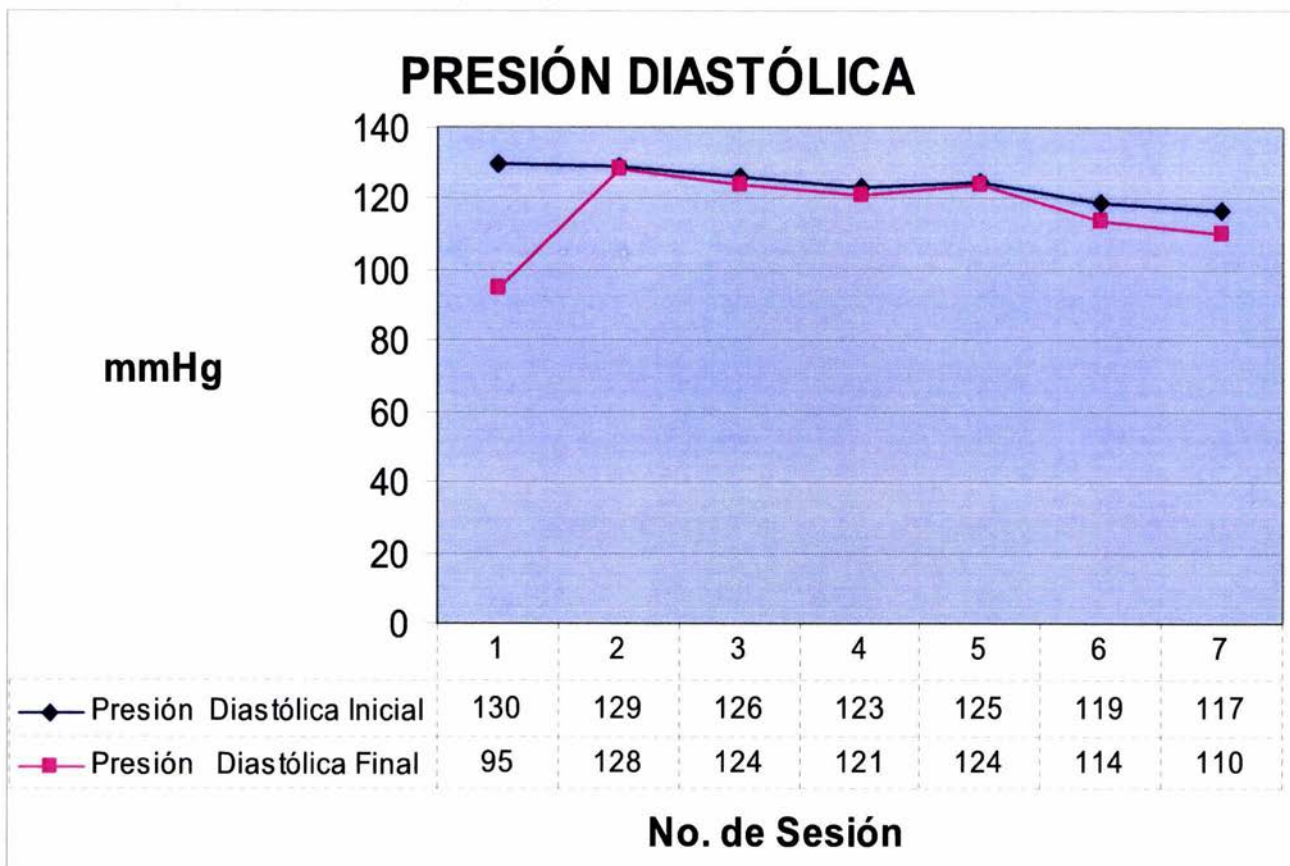


Figura 11. Temperatura del caso 1 (Marcos)

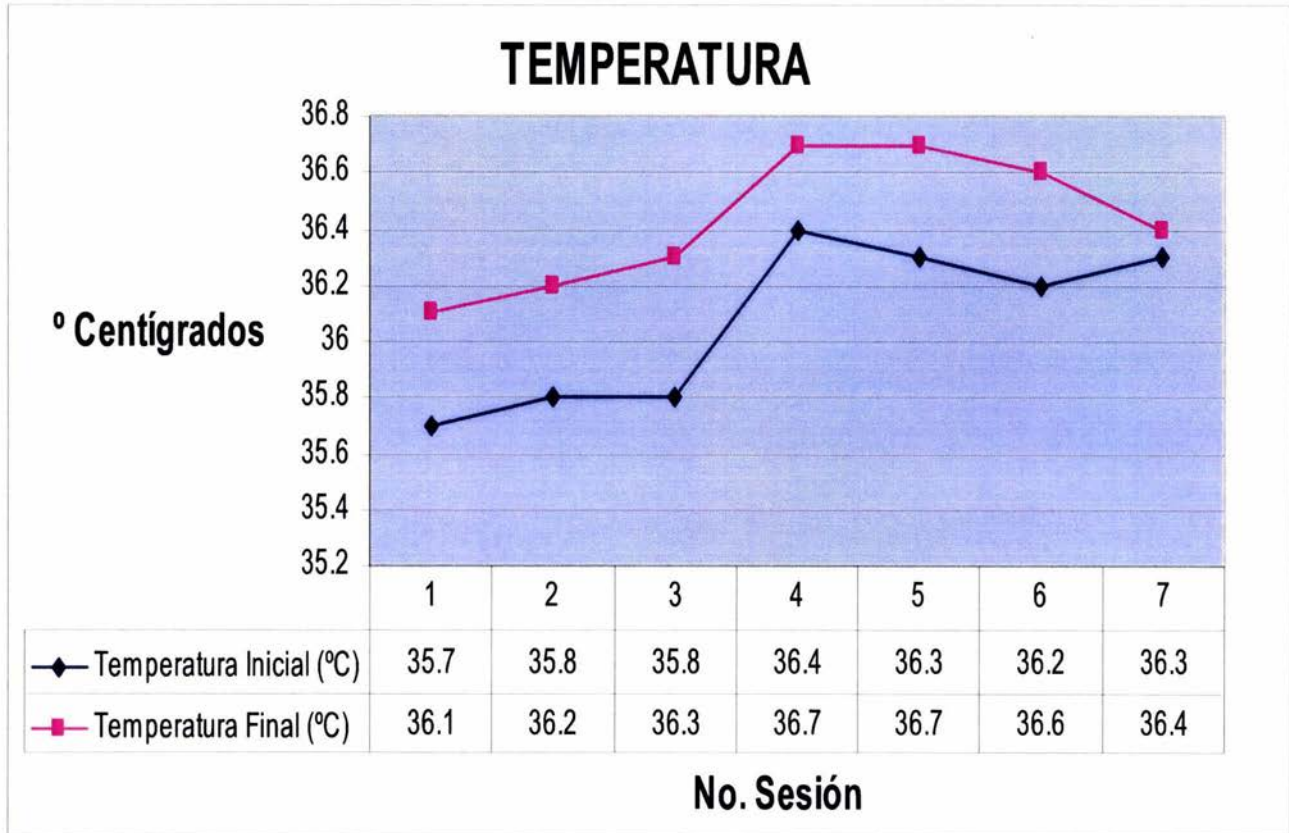


Figura 12. Frecuencia Cardiaca del caso 2 (Liliana)

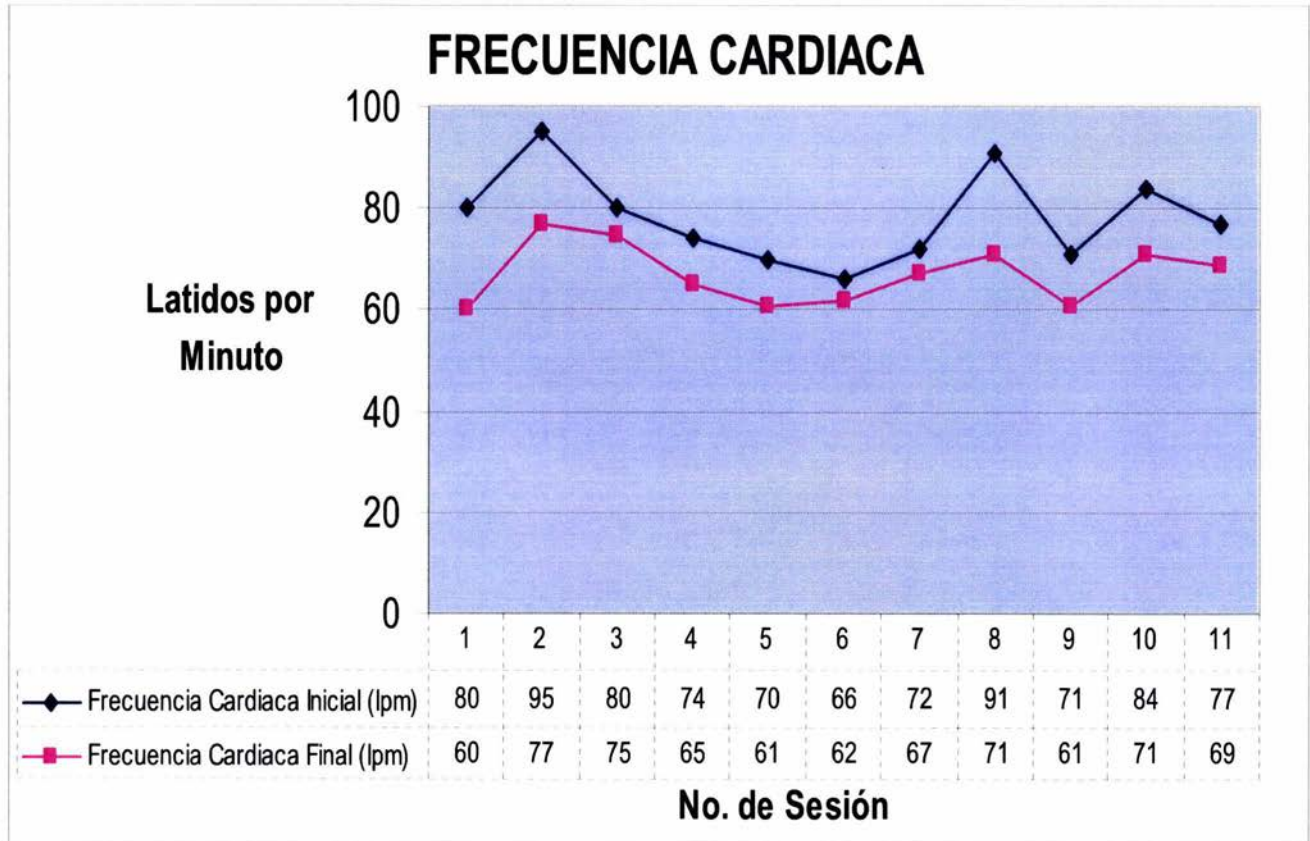


Figura 13. Frecuencia Respiratoria del caso 2 (Liliana)

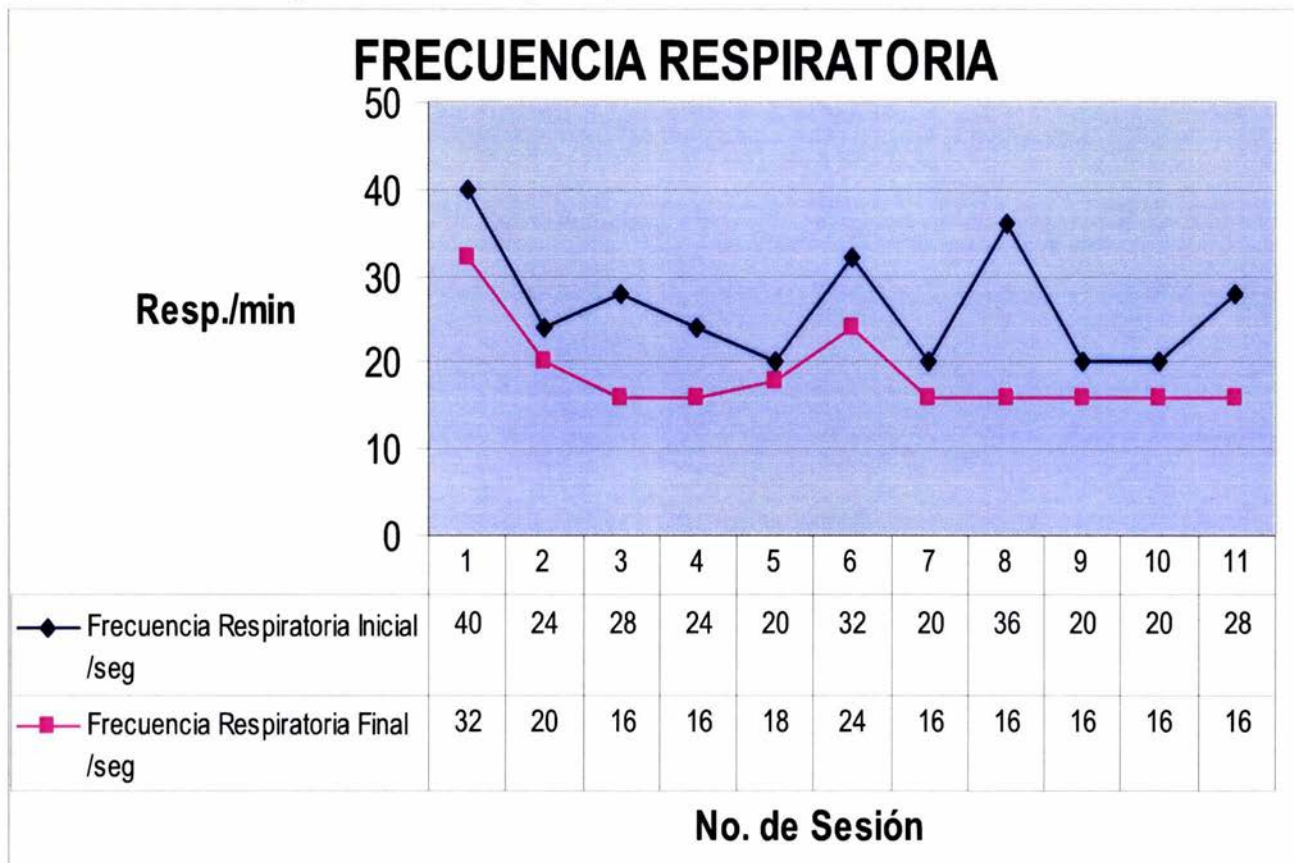


Figura 14. Presión Sistólica del caso 2 (Liliana)

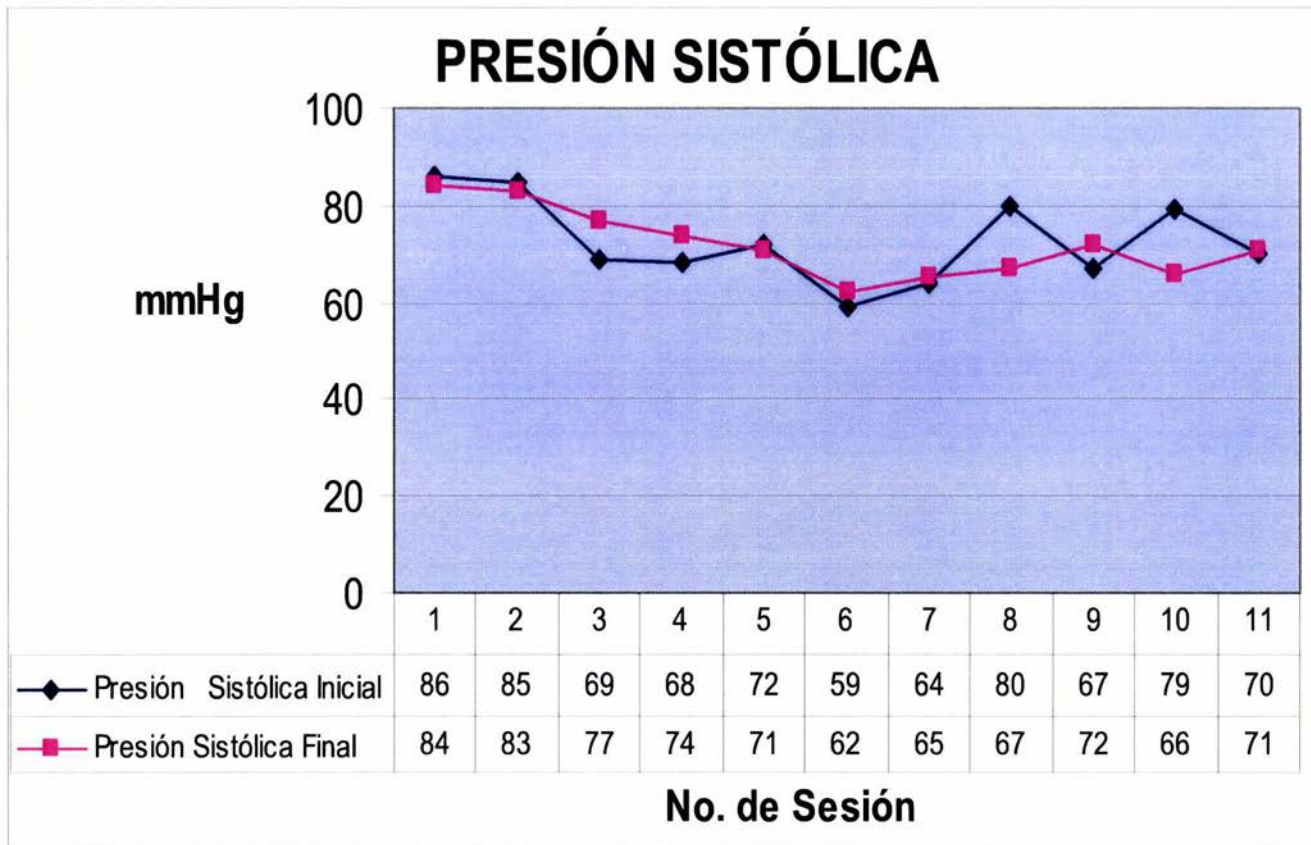


Figura 15. Presión Diastólica del caso 2 (Liliana)

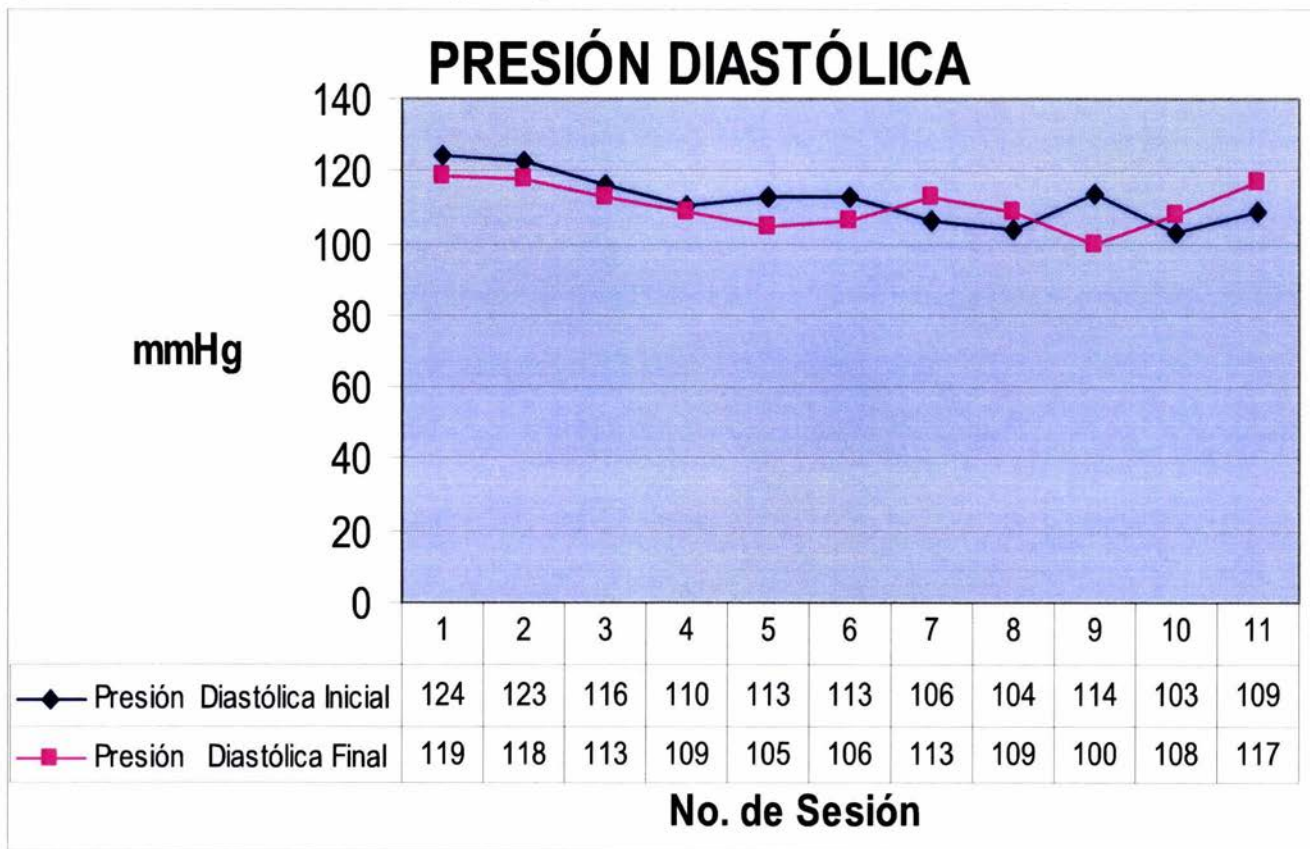


Figura 16. Temperatura del caso 2 (Liliana)

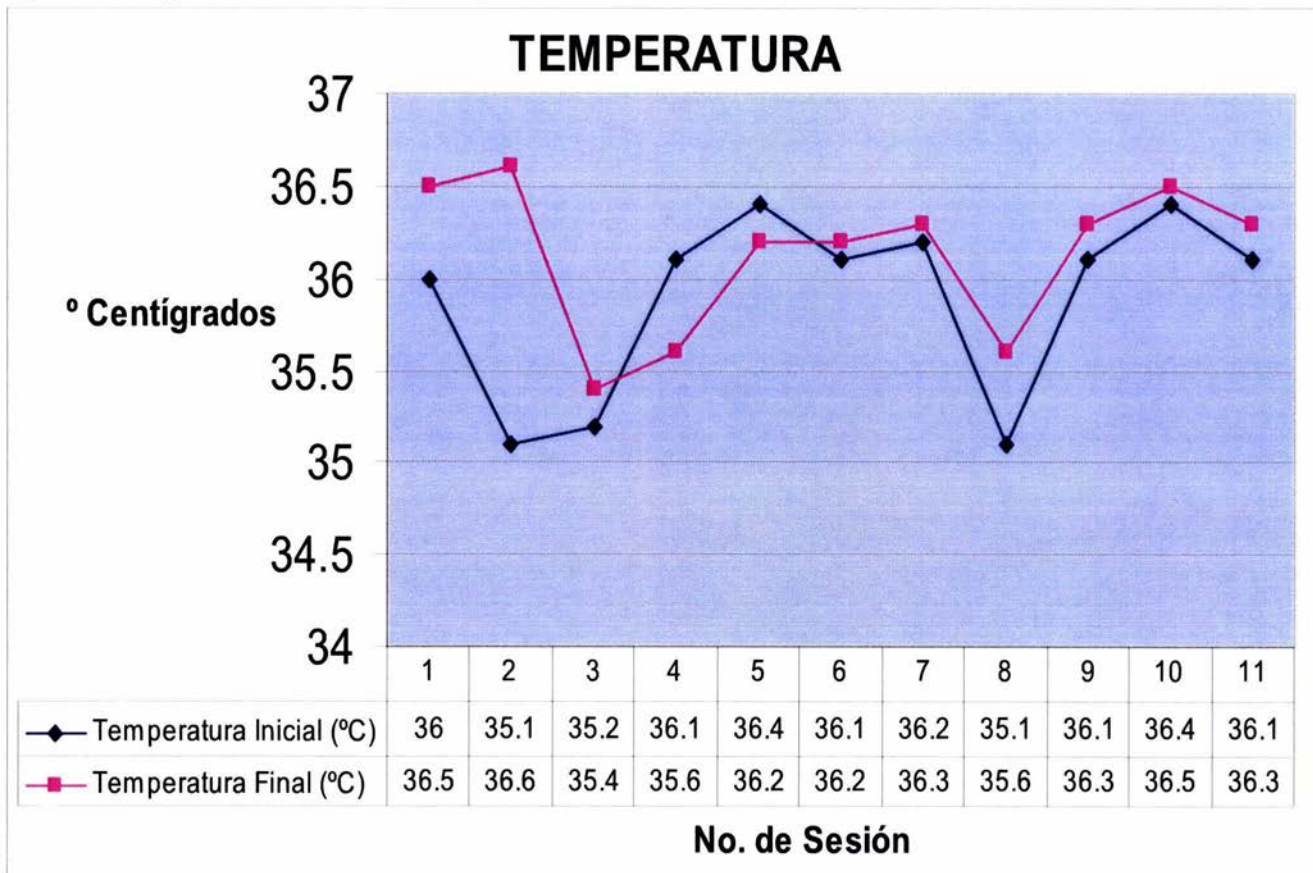


Figura 17. Frecuencia Cardiaca del caso 3 (Laura)

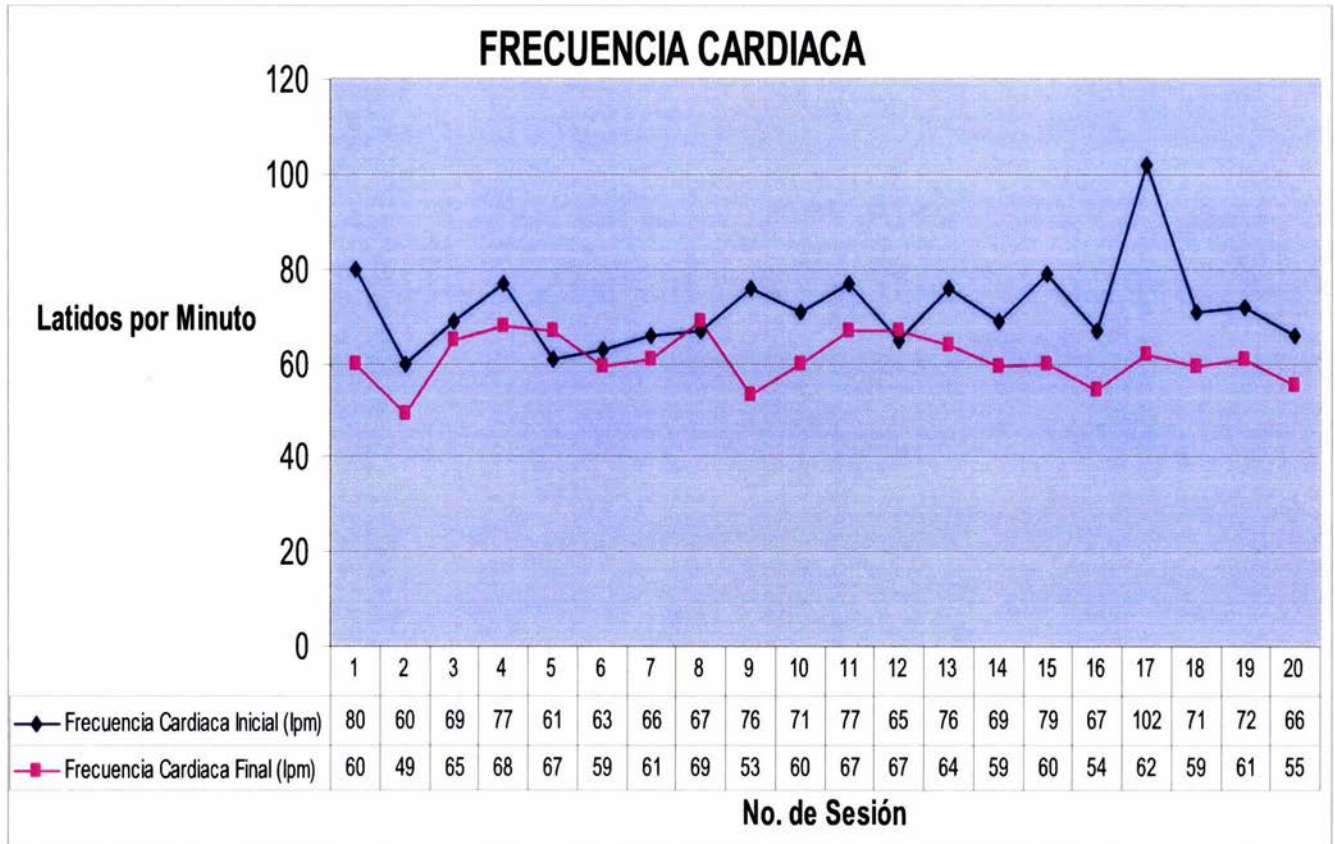


Figura 18. Frecuencia Respiratoria del caso 3 (Laura)

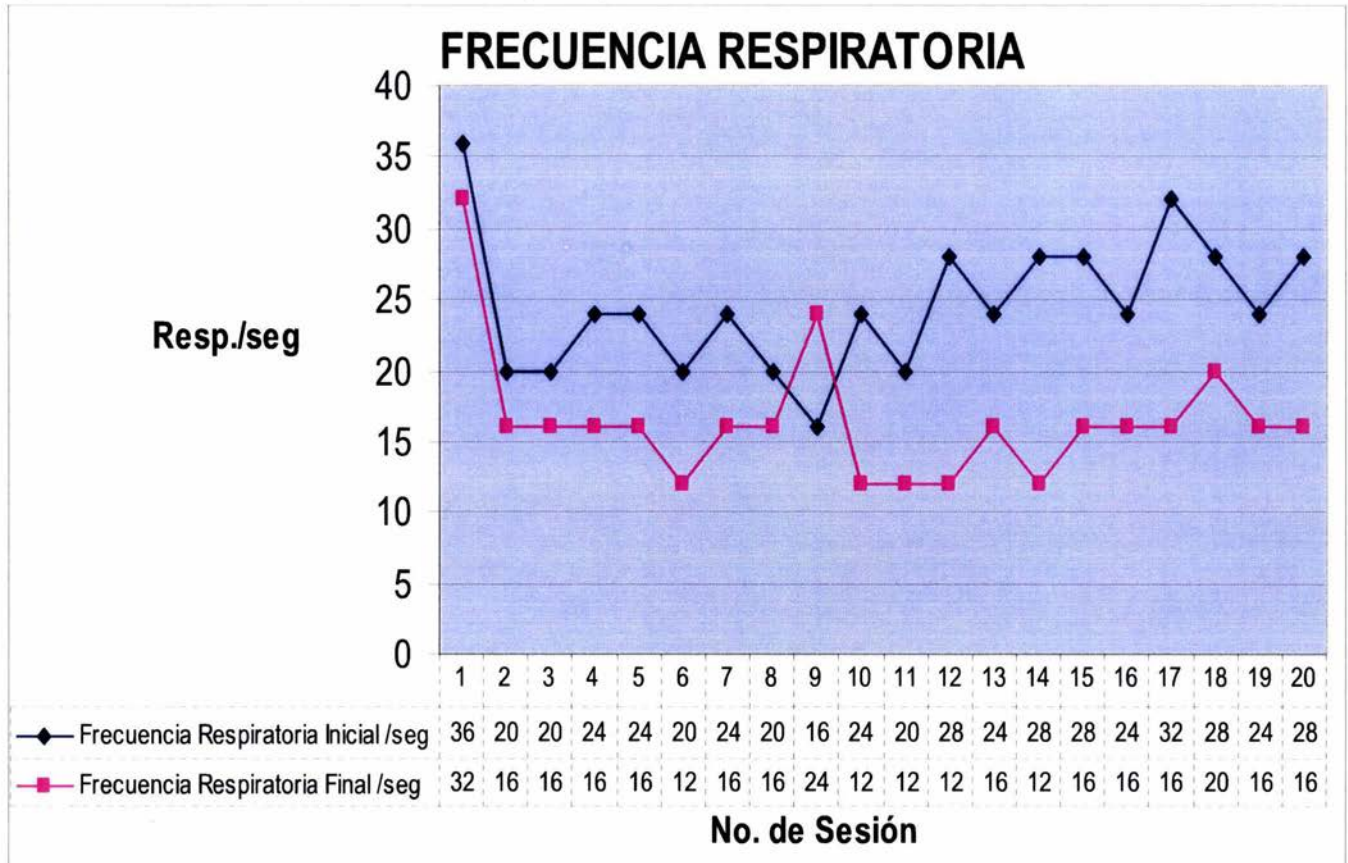


Figura 19. Presión Sistólica del caso 3 (Laura)

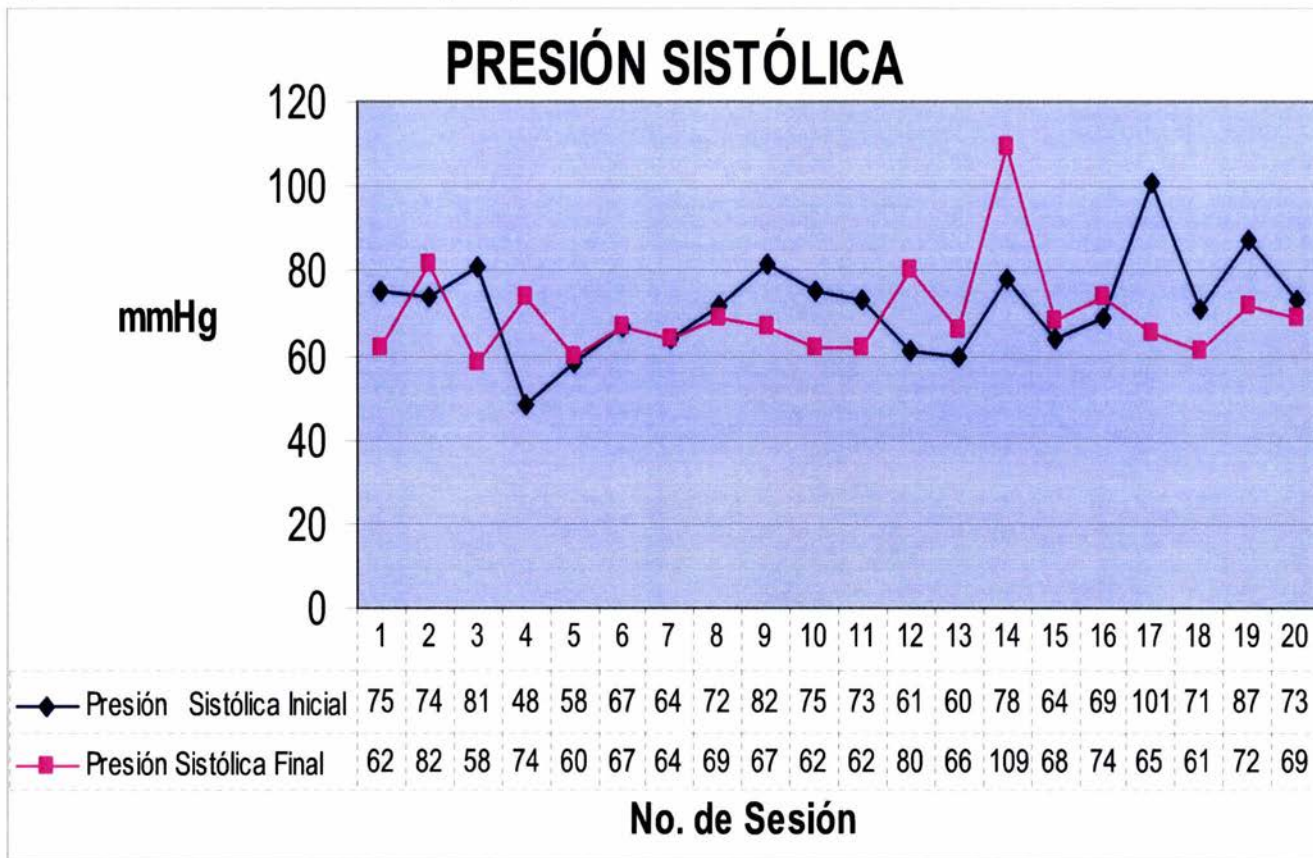


Figura 20. Presión Diastólica del caso 3 (Laura)

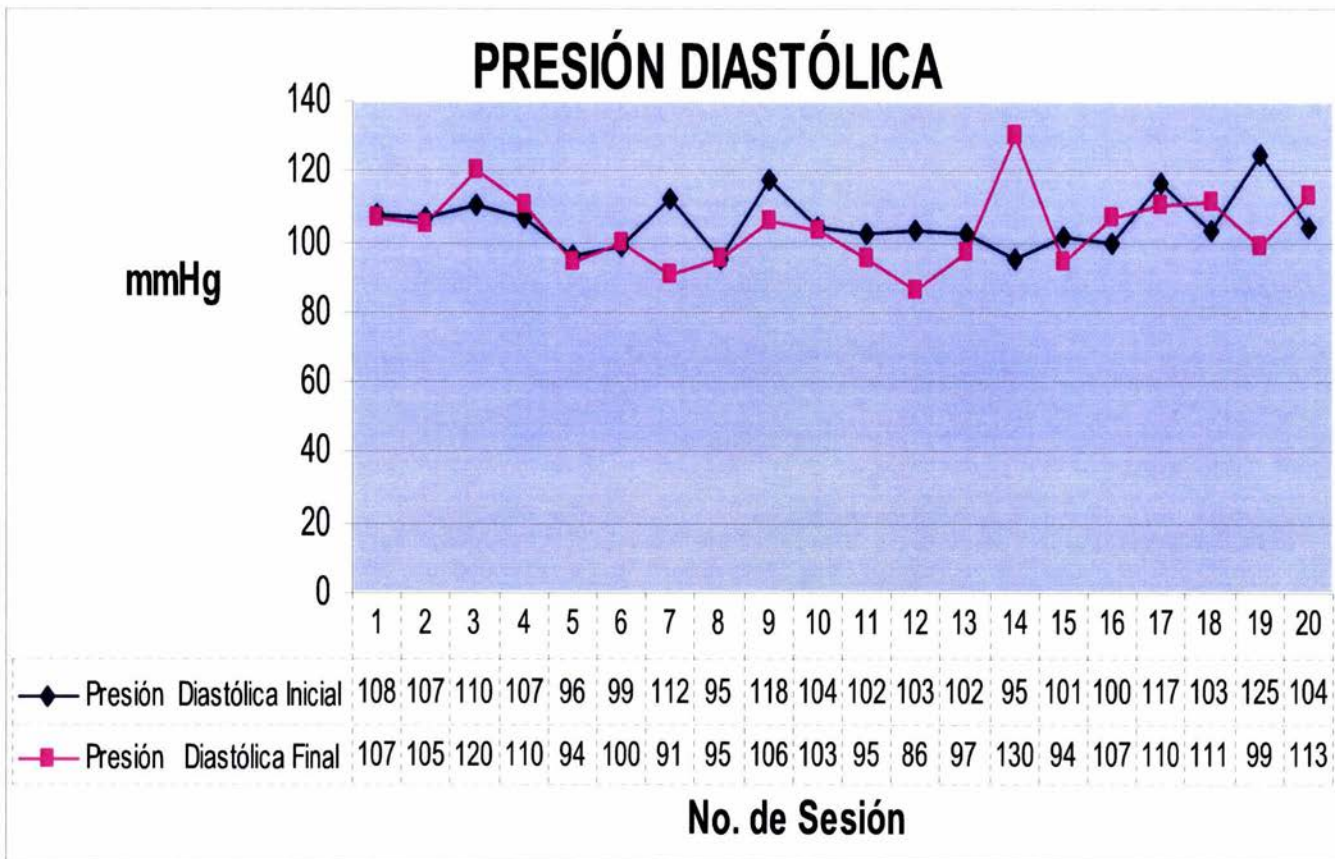
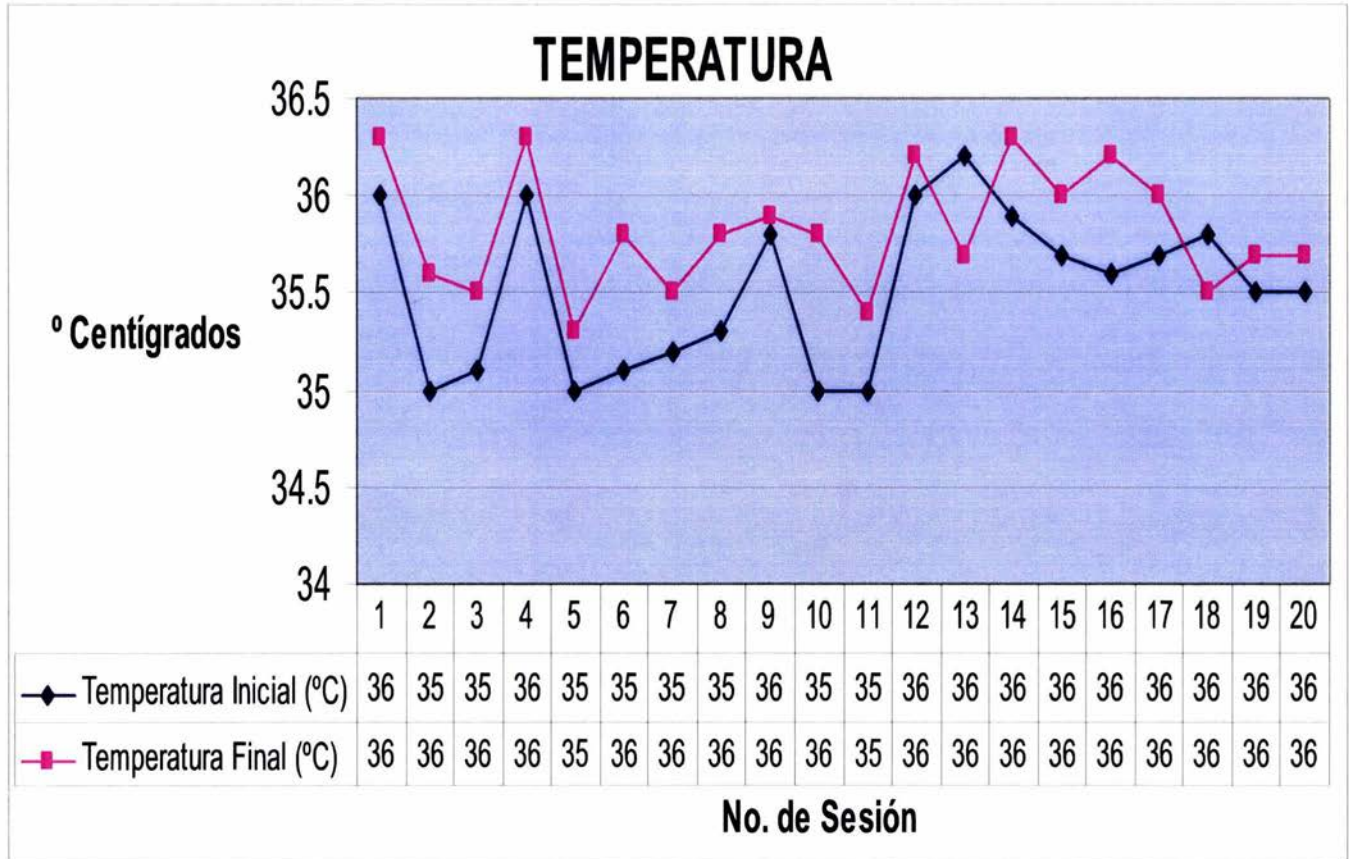
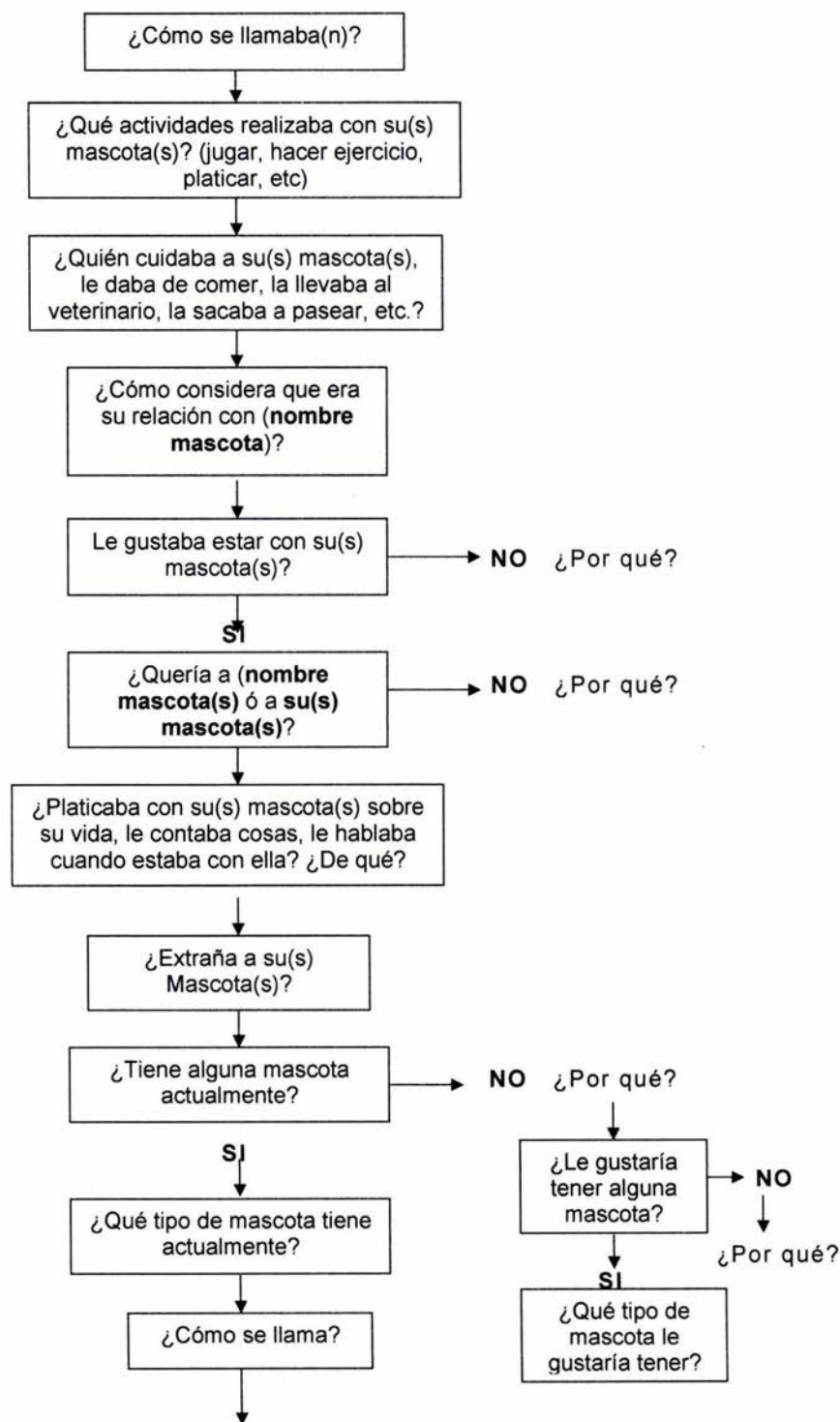


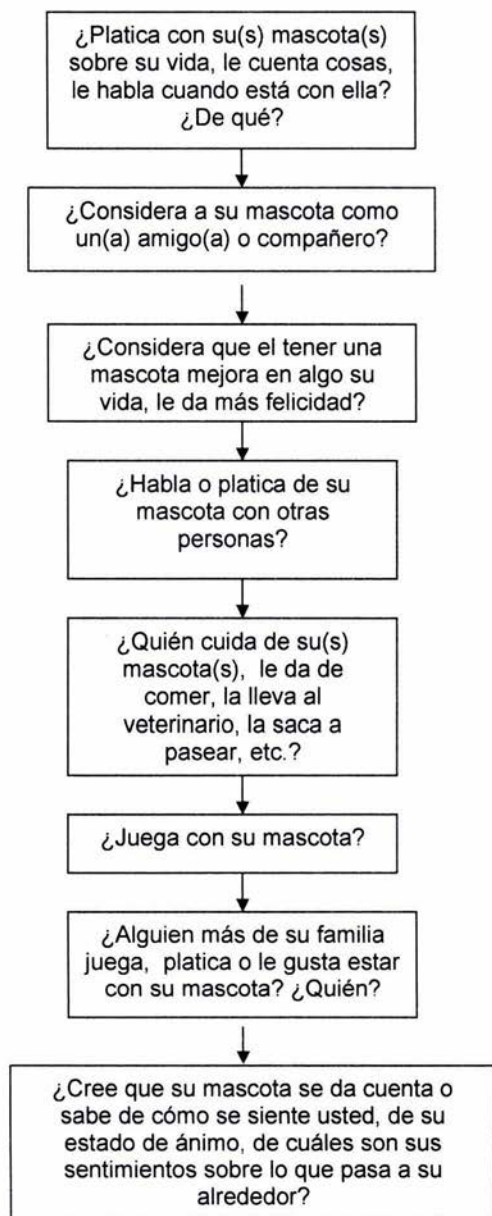
Figura 21. Temperatura del caso 3 (Laura)



Anexo 2. CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN







Anexo 3. Valores Normales en el adulto de las constantes fisiológicas
(33)

FRECUENCIA CARDIACA	60 a 80 latidos por minuto
FRECUENCIA RESPIRATORIA	16 a 20 respiraciones por minuto
PRESIÓN SISTÓLICA	95 a 140 mm Hg
PRESIÓN DIASTÓLICA	60 a 90 mm Hg
TEMPERATURA AXILAR	36°C, rango entre 35.8 °C a 36.7°C

Anexo 4. Clave de perfiles del MMPI-2

En la prueba psicológica Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota - 2 (MMPI-2) se miden los siguientes perfiles ⁽²⁶⁾:

Perfil básico, Clínicas:

1. Hipocondriasis
 2. Depresión
 3. Histeria
 4. Desviación Psicopática
 5. Intereses Masculinos y Femeninos
 6. Paranoia
 7. Psicastenia
 8. Esquizofrenia
 9. Manía
 - 0 Intraversión/ Extraversión
- LFK → Escalas de validez

Perfil de Escalas de contenido:

- ANS → Ansiedad
MIE → Miedo
OBS → Obsesividad
DEP → Depresión
SAU → Preocupación por la salud
DEL → Conductas sintomáticas internas
- ENJ }
CIN } Tendencias agresivas externas
PAS }
- PTA → Personalidad tipo A
BAE → Autonegatividad
ISO → Incomodidad social
FAM → Problemas familiares
DTR → Dificultad en el trabajo
RTR → Rechazo al tratamiento
- } Problemas Generales

Perfil de Escalas Suplementarias:

- A → Ansiedad
R → Represión
Fyo → Fuerza del Yo
A-MAC → Escala de McAndrews (Adicción)
HR → Hostilidad Reprimida
Do → Dominancia
Rs → Responsabilidad Social
Dpr → Dificultades Profesionales
GM → Género Masculino
GF → Género Femenino
EPK → Estrés Postraumático
EPS → Estrés Postraumático

Anexo 5. Informe psicológico final de cada paciente

INFORME PSICOLÓGICO No. 1

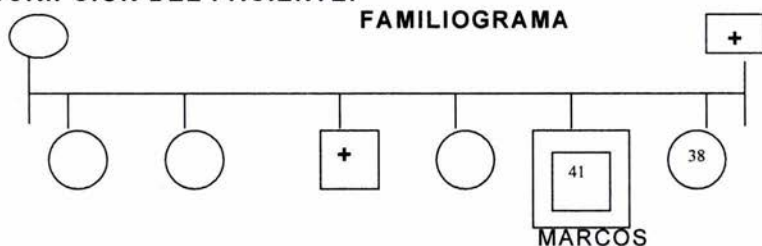
NOMBRE	Marcos
SEXO	Masculino
EDAD	41 años
ESCOLARIDAD	1° de secundaria
OCUPACIÓN	Herrero
ESTADO CIVIL	Soltero
FUENTE DE INFORMACIÓN	Paciente y hermana menor
INTERNAMIENTO	En el año 2000, durante 10 días
MOTIVO DE INTERNAMIENTO	Alucinaciones visuales y auditivas, conducta agresiva y violenta
FECHA DE ESTUDIO	23 de Agosto 2003

MOTIVO DE CONSULTA: Proyecto de investigación: Propuesta de perro de apoyo en el tratamiento de la esquizofrenia

INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS DE EVALUACIÓN APLICADOS:

- ENTREVISTA
- MMPI-2

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:



Marcos tiene una edad cronológica igual a la que aparenta. Fue cooperador durante las sesiones y en la aplicación del instrumento psicológico. Se observó ansioso, verborreico, con pensamiento fragmentado, con un volumen de voz muy alto (agitología), sin embargo se dificulta entenderle las palabras, es decir tiene una dicción poco clara (dislalia), también presenta alogia (pensamiento con contenido pobre).

Se observa confuso respecto a la fecha de su internamiento en el psiquiátrico. Su presentación es desaliñada, sucia, con fuerte olor a transpiración.

Se puede observar que el paciente tiene limitaciones intelectuales, en las que se encuentran comprometidas las capacidades de comprensión, de juicio y curso de pensamiento, ya que presenta tangencialidad, incongruencia, incoherencia, también se observa trastorno en el contenido del pensamiento, con ideas delirantes o sobreestimadas respecto al factor

económico, que las hermanas le hacen las cosas para molestarlo, a que le deben todo a él.

1ra APLICACIÓN DEL MINNESOTA (Test):

Perfil Básico:

6'' 8 + 9 - 15 0 2 3 4 / 7 : F' L + K /

Perfil de Escalas de Contenido:

Del FAM ISO SAU DEP ENJ OBS CIN BAE RTR PTA DTR MIE PAS ANS

Perfil de Escalas Suplementarias:

R HR Do Fyo EPS GF Dpr GM EPK A Rs A-MAC

Interpretación

Marcos acepta que tiene problemas de tipo psiquiátrico pero se preocupa por dar una buena imagen de sí mismo, por lo que es capaz de decir mentiras, por lo tanto de negar situaciones y síntomas que él considere que lo comprometen, por ejemplo la ansiedad, aunque ésta queda evidenciada con la agitolalia.

El paciente presenta poca capacidad de "insight", probablemente por el uso de mecanismos defensivos como la represión y regresión, lo que explica la pérdida de control de impulsos agresivos al fallar la represión. También utiliza la racionalización, aunque de mala calidad ya que no le resulta adaptativo.

El examinado manifestó pensamiento con ideas delirantes fragmentadas, pobremente estructuradas, de referencia y persecutorias, mostrándose desconfiado, muy susceptible a la opinión ajena, con la idea fija de trato injusto hacia él, lo que lo lleva a una alienación emocional con conductas sintomáticas internas como la tensión constante, dificultad para dormir, preocupaciones, problemas de concentración, lo que promueve que se desorganice, notándose en sus actividades diarias (por ejemplo su inadecuada organización en el tiempo).

Con base a lo anterior se puede inferir, y es muy probable que Marcos sí haya presentado alucinaciones visuales y auditivas aunque él lo niegue conscientemente.

Otra forma de comprobar el uso de la negación, de los síntomas que lo caracterizan, a través del instrumento psicológico, es que Marcos bajó las escalas que indican tendencias agresivas externas, problemas familiares y dificultades en el trabajo, sin embargo la familia afirma que sí hay serios problemas con él dentro del núcleo familiar y en los trabajos que tiene porque debe dinero, no entrega a tiempo lo prometido, se gasta el dinero que le adelantan, etc.; también nos confirma la falla de la prueba de realidad, es decir, la confusión que tiene entre sus fantasías y la realidad externa, porque para el paciente solo son válidas sus demandas internas, por lo tanto solo oye su discurso; esta situación se agrava porque Marcos prefiere estar solo, no se integra a ningún grupo y esto impide las

posibilidades de hacer un consenso y poder diferenciar y rectificar su discurso, su pensamiento e incluso su conducta.

Dx: F20.5x ESQUIZOFRENIA DE TIPO RESIDUAL 295.60 (DSM IV)

EVALUACION MULTIAXIAL:

Eje I Esquizofrenia
Eje II Trastorno esquizoide de la personalidad
Eje III Ninguna enfermedad médica
Eje IV Problemas psicosociales y ambientales: Fallecimiento de hermano, sobreprotección, conflictos con hermanas
Eje V Evaluación de la actividad global, con escala de 0 a 100, en 40 serio deterioro en las áreas laborales y familiares.

PRONÓSTICO: Desfavorable porque el paciente carece de recursos intelectuales, habilidades sociales y apoyo de redes sociales, además de las ganancias secundarias que logra con su cuadro. Sin embargo puede lograr un desempeño laboral aceptable.

SUGERENCIA DE TRATAMIENTO:

- Continuar con su tratamiento individual para contención
- Sesiones de orientación con la familia para el buen manejo del paciente para no promover el núcleo patológico

INFORME DEL TRATAMIENTO

2ª APLICACIÓN DEL MINNESOTA ("Posttest"):

Perfil Básico:

8 1 3 + 2 4 9 6 7 5 0 / FLK /

Perfil de Escalas de Contenido:

SAU DEP ISO FAM BAE PAS ANS DEL ENJ CIN MIE OBS RTR DTR PTA

Perfil de Escalas Suplementarias:

Fyo A Rs R Do EPS GM EPK A-MAC Dpr GF HR

LOGROS TERAPÉUTICOS

Aunque queda claro que Marcos no va a dejar de ser esquizofrénico.

- Bajó niveles de ansiedad
- Mejoró su higiene personal
- Disminuyó la agitolalia, incluso ya hubo silencios
- Equilibró el tono emocional
- Cambió la opinión y comprendió que las razones de su internamiento, no eran por venganza o mala fe de las hermanas, sino que fue por protección y beneficio para él
- Se promovió un pensamiento con ideas para resolver de forma diferente los problemas
- Se promovió intentos de reflexión

PARTICIPACIÓN DEL PERRO DE APOYO "SHANNON"

El perro de apoyo favoreció que el paciente se expresara afectiva y cognoscitivamente, ya que es característico de este tipo de pacientes el no responder a las preguntas directas que se hacen en la terapia, pero a través de "Shannon" se logró hacer las preguntas, porque hablando, explicando las características del perro, de sus necesidades y el cómo se debe tratar al animal, habla de sí mismo, de sus carencias afectivas y de esta manera se le pueden hacer preguntas hablando del tercero, de "Shannon", y no de él, lo que hace proclive el que se bajen las defensas y aflore el contenido del paciente.

Otra forma de participación de la co-terapeuta "Shannon" fue: Marcos afirmó que el tocar al perro de apoyo en una sesión, lo relajó y le quitó el enojo que traía; se observó que el tono afectivo del paciente cambiaba en dirección positiva, cuando se acercaba y tocaba a "Shannon".

Los pacientes como Marcos se les dificulta la terapia porque no saben responder a demandas externas y solo contestan las preguntas que ellos mismos plantean, igual que abordan el tema que ellos quieren, pero la presencia de "Shannon" favoreció el poder hacer las preguntas que convienen al proceso terapéutico del paciente, de esta manera se puede obtener información necesaria para más adelante hacer las interpretaciones que nos permitan saber el mecanismo que lo enfermó y así revertirlo y lograr que el paciente presente una conducta más adaptativa.

TIEMPO DE DURACIÓN DE LA TERAPIA: 7 SESIONES, DE 60 MINUTOS CADA UNA. ALTA EN SEPTIEMBRE DE 2003.

INFORME PSICOLÓGICO No. 2

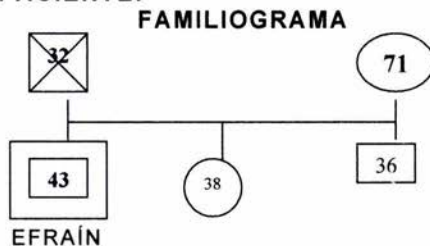
NOMBRE	Efraín
SEXO	Masculino
EDAD	43 años
ESCOLARIDAD	Secundaria incompleta
OCUPACIÓN	Mensajero
EDO. CIVIL	Soltero
REFERIDO POR	Hospital General de Xoco
FUENTE DE INFORMACIÓN	Familia y paciente
FECHA DE ESTUDIO	Diciembre 1998

MOTIVO DE CONSULTA: Evaluación psicológica por presentar conducta llamativa desde hace varios meses, por ejemplo, afirma que una tía muerta se pone a su lado cuando él está haciendo un trabajo en casa, también afirma que tiene percepción extrasensorial porque él presiente lo que va a suceder en el futuro y también dice que en ocasiones Dios le habla. La familia reportó que Efraín fue diagnosticado como esquizofrénico cuando él cumplió 40 años.

INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS DE EVALUACIÓN APLICADOS:

- ENTREVISTA
- MMPI – 2

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:



Efraín es producto de Gesta I Para I con edad aparente igual a la cronológica. Quedó huérfano de padre cuando el examinado tenía 8 años de edad y la madre se hizo cargo de la familia.

CONDUCTA: Efraín presenta afecto aplanado, un lenguaje pobre y no es capaz de realizar en su totalidad, las cosas que le son encomendadas. En su trabajo como mensajero cumple lo suficiente, sin embargo últimamente presenta problemas que interfieren en la interacción con sus compañeros y jefes porque insiste en decirles qué les va a pasar porque él lo presiente; le dieron permiso en el trabajo para que se tratara. Durante la secundaria tuvo una crisis, por lo cual lo suspendieron de la escuela, la crisis consistió en: empezó a alucinar, no se le entendía lo que decía porque las palabras estaban en desorden, también presentó ideas delirantes de persecución, amenazadoras.

DINAMICA FAMILIAR: El padre de Efraín trató a los hijos en forma severa, era muy serio, la madre del examinado reporta que casi nunca se reía y

quería que los hijos le adivinaran el pensamiento, lo que nos habla de una comunicación deformada, no funcional. La relación entre los hermanos era fría, distante, en la familia se dirigían poco entre ellos. La madre reporta que los hijos que se fueron a vivir por su lado eran los mejores y se quedó el peor, porque es muy difícil comunicarse con él. El examinado reporta que no entiende a su mamá porque le dice una cosa y hace otra, esto significa que la familia establece doble vínculo.

PERSONALIDAD

1ra APLICACIÓN DEL MINNESOTA (Test):

Perfil Básico:

8 9" 6 4 2 0' 3 1 7 5 F L K:

Perfil de Escalas de Contenido:

DEL ANS DEP ENJ BAE FAM ISO DTR RTR SAU MIE CIN PTA PAS OBS

Perfil de Escalas Suplementarias:

R A Fyo HR Do A-MAC Rs Dpr EPK GM EPS GF

Interpretación:

El examinado se mostró defensivo de una manera infantil, ante la situación de prueba, sin embargo los resultados son válidos; Efraín acepta que tiene problemas de tipo psiquiátrico, aunque trató de dar buena impresión, lo que indica que tiene un estilo propio para responder al protocolo, con mentiras, esto puede deberse a que Efraín está un poco confundido.

El examinado se muestra desorganizado, desorientado, con creencias raras, incluso puede presentar alucinaciones, ideas delirantes y aunque hay pobreza de juicio el desorden no es muy grave.

Efraín presenta aceleración motora y sobrevaloración del Yo y carece de sensibilidad ante las demandas de los demás. El examinado es hipersensible a la opinión ajena y tiende, mediante la racionalización, a culpar a los demás de lo que le sucede a él, de sus limitaciones. Se observaron problemas familiares, conducta impulsiva, resentimiento contra su entorno.

En ocasiones el examinado se muestra desesperanzado, pesimista, sin autoafirmación social, se comporta tímido socialmente y siente que es pecador imperdonable. Efraín reconoce que sus pensamientos son extraños y peculiares, su comportamiento es ansioso, se muestra preocupado y manifiesta miedo de perder el juicio. Tiene poca capacidad de tolerancia a la frustración, es impaciente, terco y puede llegar a dañar a personas u objetos.

La autoconcepción de Efraín es pobre y negativa, su autoestima es baja con sentimientos de inseguridad e inutilidad, con autodesconfianza y se le dificulta aceptar cumplidos y enfatiza que lo agobian sus "defectos".

El examinado utiliza el mecanismo defensivo de la represión por lo que puede portarse convencional pero posteriormente el mecanismo le funciona como olla de vapor porque le falla y aflora todo lo reprimido y se observa una pérdida de control de impulsos. También puede portarse dominante.

Dx F20.5x ESQUIZOFRENIA TIPO RESIDUAL 295.60 (DSM IV)

EVALUACION MULTIAIXIAL:

EJE I Ideas delirantes y alucinaciones auditivas
EJE II Trastorno esquizoide de la personalidad
EJE III Ninguna
EJE IV Problemas en el grupo primario de apoyo, la familia, ambiente social, laboral
EJE V 49% donde el 100% es adaptación óptima

PRONÓSTICO: Desfavorable, el examinado carece de red social y familiar de apoyo

SUGERENCIA DE TRATAMIENTO:

- Farmacoterapia
- Terapia de "insight" con metas reeducativas y reconstructivas
- Sesiones de orientación con la familia para contener las reacciones de Efraín

INFORME DEL TRATAMIENTO

2ª APLICACIÓN DEL MINNESOTA ("Posttest"):

Perfil Básico:

8 + 6 2 9 - 4 3 1 7/ 5: FL / K:

Perfil de Escalas de Contenido:

ANS FAM ISO DEP ENJ DEL BAE DTR SAU MIE RTR CIN PTA PAS OBS

Perfil de Escalas Suplementarias:

Fyo R Rs EPK A HR Do GM GF EPS A-MAC Dpr

LOGROS TERAPÉUTICOS

- Bajaron los niveles de ansiedad
- Disminuyó desorganización
- Desaparecieron ideas delirantes y alucinaciones
- Se reincorporó a su trabajo, hace más de año y medio
- Mejoraron sus relaciones interpersonales
- Las relaciones familiares están más relajadas
- Disminuyó la tensión
- Se promovió "insight"
- Aumentó la responsabilidad de sus acciones
- Comprende mejor la conducta paterna, se reconcilió
- Es capaz de expresar sus emociones de una manera socialmente aceptada
- Aprendió a hacer prueba de realidad
- Mejoró el control de impulsos
- Es empático ante las necesidades ajenas
- Desapareció la hipersensibilidad
- Los pensamientos extraños disminuyeron lo suficiente, como para permitirle ser funcional en su medio ambiente
- Desapareció la conducta excéntrica
- Aumentó capacidad de tolerancia a la frustración
- Es más accesible, negociador, disminuyó terquedad

TIEMPO DE DURACIÓN DE LA TERAPIA, 4 AÑOS 7 MESES. UNA SESIÓN POR SEMANA. ALTA EN JULIO 2003.

INFORME PSICOLÓGICO No. 3

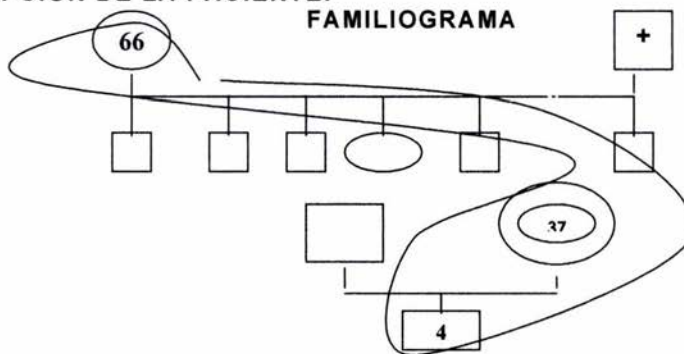
NOMBRE	Liliana
SEXO	Femenino
EDAD	37 años
ESCOLARIDAD	Secundaria y Diplomado en Programación
OCUPACIÓN	Ama de casa
EDO. CIVIL	Casada
REFERIDO POR	CAPEP (Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar)
FUENTE DE INFORMACIÓN	Psic. Norma Madrid (CAPEP) y Paciente
FECHA DE ESTUDIO	19 de septiembre de 2003

MOTIVO DE CONSULTA: La envía CAPEP porque el hijo de Liliana tiene problemas de conducta en la escuela y suponen que la madre es responsable directa de este problema ya que alucina auditiva y visualmente.

INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS DE EVALUACIÓN APLICADOS:

- ENTREVISTA
- MMPI - 2

DESCRIPCIÓN DE LA PACIENTE:



La paciente se presenta puntual, en estado de desaliño, se observa los siguientes síntomas: dificultad para hablar (dislalia y disartria), con clara alogia (pobreza de pensamiento), casi nula fluidez verbal, responde con monosílabos "sí", "no", "no sé".

Liliana presenta estereotipia en pies (movimientos repetitivos ociosos, sin dirección, estando sentada); también presenta anhedonia (incapacidad para sentir placer en sus actividades). Se observa que la entrevistada carece de la capacidad de comprensión, pobre vocabulario, sin capacidad de conceptualización y con inteligencia limitada.

La paciente reporta que padece insomnio, hipersomnias, temblores de manos, alucinaciones, y delirios fragmentados, de referencia, en relación a sus compañeros y vecinos.

CONDUCTA: En el trabajo fue inestable, duraba poco tiempo en cada uno, se salía porque alucinaba y deliraba debido al estrés laboral. Liliana manifiesta que acostumbra ponerse en posición fetal para pensar (sin embargo se observa que la paciente no tiene productividad del pensamiento y ella lo ratificó verbalmente en las sesiones subsecuentes), probablemente es una conducta regresiva a la necesidad del arrullo materno.

En la fase activa del trastorno mental presentó: somatización, rigidez muscular, no se puede mover, oye voces que la insultan y critican, ve sombras, presenta risas fuera de contexto (afecto inapropiado), porque está hablando de un tema doloroso por ejemplo de que el marido no quiere vivir con ella porque no sabe hablar.

Liliana se plantea expectativas muy lejanas además de no contar con la infraestructura personal ni económica suficiente para lograr estas metas, (fallas en la prueba de realidad y autopercepción), por ejemplo: tener coche y no sabe manejar, no tiene dinero para comprarlo, comprar un departamento y las condiciones son las mismas.

Ante demandas externas o del medio ambiente, Liliana presenta náuseas, vómitos y duerme muchas horas durante el día, no le dan ganas de hacer sus quehaceres (abulia).

DINÁMICA FAMILIAR: Liliana viene de una familia donde el estilo de crianza es de doble mensaje, por ejemplo: la madre quiere que trabaje para que aporte dinero, sin embargo cuando lo intenta le dice que mejor no trabaje. Cada uno de los integrantes de la familia son aislados y cuando Liliana interactúa con la familia política (cuñadas, esposas de los hermanos), tienen fricciones que la ponen peor respecto al trastorno mental. El padre de Liliana fue alcohólico, infiel con problemas económicos y la paciente elige una pareja semejante a su padre.

LA FAMILIA NUCLEAR: Se puede observar que Liliana establece relación de pareja muy diferente a la concepción de pareja que se tiene ya que están casados pero viven separados y no están distanciados es decir, no están peleados, incluso se ven cada 3 meses más o menos y tienen relaciones sexuales; el esposo de Liliana es el que se comunica con ella para estos encuentros. También se observa que tiene problemas para poner límites al hijo, incluso para cubrir las demandas de éste, por ejemplo: llevarlo a pasear o jugar con él.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: La paciente perdió un porcentaje importante de la audición hace 17 años, debido al sarampión, está en tratamiento psiquiátrico por padecer esquizofrenia.

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

1ra APLICACIÓN DEL MINNESOTA (Test):

Perfil Básico:

8471' 92+ 603 – 5/F'L - # K

Perfil de Escalas de Contenido:

DEL PAS DEP BAE DTR SAU RTR FAM CIN ANS ENJ PTA OBS ISO MIE

Perfil de Escalas Suplementarias:

EPK Dpr EPS A A-MAC HR GM Rs R GF Fyo Do

Interpretación

Liliana es una persona impulsiva, irreflexiva (ejemplo: puede llegar a comportarse en forma promiscua), con gran carga de ansiedad, la cual la desestabiliza y hace proclive la aparición de alucinaciones visuales y auditivas y las ideas delirantes fragmentadas, de referencia, esta situación se presenta con más frecuencia en actividades donde hay exigencias externas como el trabajo, ya que Liliana solo sabe responder a demandas internas debido a su inmadurez emocional y conductas regresivas.

La paciente utiliza mecanismos defensivos primitivos como la negación, y la somatización por lo que su control de la ansiedad es precario ya que solo logra posponer y acumular la aparición de la ansiedad y los conflictos que la provocan no son solucionados. Las quejas físicas que presenta Liliana le sirven como contención ya que es la única estrategia de enfrentamiento que ha encontrado para mantenerse contactada con la realidad.

La examinada tiene pobre autoconcepto, baja autoestima, sentimientos de inutilidad e inseguridad, estas características de personalidad son reforzadas por la familia ya que son de doble mensaje (ejemplo: la madre le pide que trabaje y sin embargo no la deja salir a la calle porque le puede pasar algo malo o la ocupa todo el tiempo aseando la casa).

Liliana presenta aplanamiento afectivo y si no se la guía, su comportamiento es desorganizado, con risas fuera de contexto (afecto inadecuado); asimismo presenta trastornos en la voluntad (por ejemplo quiere hacer algo y no puede porque "le da flojera"), a esto se le agrega la baja de energía debido al aplanamiento afectivo y a que la energía que tiene se la dedica a los pensamientos obsesivos y a tratar de no alucinar o delirar, estas condiciones de vida favorecen que Liliana presente problemas en el área de la atención y esto dificulta el que tome en cuenta el medio ambiente para solucionar sus problemas y recurre a pensamiento mágico, lo que nos indica que el trastorno mental que padece Liliana es muy regresivo ya que su comportamiento es de acuerdo a las características de una persona en fase pre-verbal de aquí que se exprese más por medio de gestos, actitudes y del cuerpo y no desarrolle las habilidades verbales y esto provoca problemas en el área de la comunicación.

Dx: F20.1x ESQUIZOFRENIA TIPO DESORGANIZADO 295.10 (DSM IV)

EVALUACIÓN MULTIAIXIAL:

- EJE I Alucinaciones, ideas delirantes fragmentadas.
- EJE II Trastorno esquizoide de la personalidad.
- EJE III Sordera parcial (utiliza aparato).
- EJE IV Problemas psicosociales y ambientales, laborales, económicos.
- EJE V Adaptación en 49% en una escala de 0 – 100 donde 100 es la adaptación óptima.

PRONÓSTICO: Malo. La paciente no tiene recursos intelectuales, ni sociales; solo cuenta con su obediencia para ingerir fármacos.

SUGERENCIA DE TRATAMIENTO:

- Terapia reeducativa, dirigida hacia conductas específicas
- Sesiones de orientación con la madre porque es con quien vive
- Canalizar con psiquiatra para prescripción de fármacos

INFORME DEL TRATAMIENTO

2ª APLICACIÓN DEL MINNESOTA (“Posttest”):

Perfil Básico:

8 7 – 4 1 3 9 6/ 2 0 3: # 5 F – K L/

Perfil de Escalas de Contenido:

DTR BAE RTR CIN DEL PAS FAM PTA ENJ OBS ISO MIE DEP SAU ANS

Perfil de Escalas Suplementarias:

HR GF EPS DPR EPK R GM Fyo A-MAC A Do Rs

LOGROS TERAPÉUTICOS

Liliana continuará con el trastorno mental de esquizofrenia, sin embargo se modificaron algunas cosas que resultan benéficas para la paciente.

- Bajó niveles de ansiedad
- Se relajó
- Adquirió más tranquilidad,
- Desapareció el insomnio (el sueño no era reparador, aunque había hipersomnia, además de no poder dormirse)
- Desaparecieron las alucinaciones visuales y auditivas
- Dejó de somatizar, desaparecieron náuseas y vómitos pero adquirió mejor estrategia de enfrentamiento para mantenerse contactada con la realidad, el consenso
- Desapareció la hipersomnia
- Se siente con más ánimo
- Desapareció la abulia (por lo tanto hay mejor control voluntario)
- Empezó a ahorrar dinero
- Tiene más conciencia respecto a la responsabilidad con su rol materno

- Conciencia de su participación en los problemas económicos ("flojera", abulia)
- Todo lo anterior promueve estructura para reconocer problema e identificar la conducta apropiada para solucionarlo tomando en cuenta las demandas del medio ambiente externo.

PARTICIPACIÓN DEL PERRO DE APOYO "SHANNON"

- Favoreció que la paciente se relajara.
- Liliana informó que la presencia de "Shannon" la hacía sentirse más segura.
- El perro de apoyo favoreció que Liliana hablara más en las sesiones, porque se dirigía a "Shannon"; en esquizofrénicos se dificulta la comunicación con el humano, pero con el perro se le facilita.
- También favoreció que expresara algo afectivo porque había contacto directo con el animal, lo acariciaba.
- Favoreció que Liliana aprendiera a poner límites porque se le indicó que dijera "NO" cuando "Shannon" se le acercaba a la cara, además de que la paciente pudo observar directamente cómo poner el límite, porque la Psicoterapeuta se dirigía a "Shannon" diciéndole "no seas abusiva "Shannon", " no, "Shannon" eso no se hace" y así Liliana observó cómo se deben poner límites.
- Todo lo anterior favorece que Liliana mueva la energía libidinal y de esta manera el estado de ánimo mejora y hace proclive la desaparición de la abulia
- Favoreció que la paciente estableciera un lazo social, ya que siempre que terminaba la sesión, "Shannon" acompañaba a Liliana hasta la puerta, caminando junto a ella y la paciente se despedía del perro de apoyo y la acariciaba en la cabeza, "Shannon" bajaba las escaleras junto con la paciente, al llegar a la puerta que da a la calle el animalito se subía las escaleras y una vez estando hasta arriba se asomaba por el barandal y la paciente se esperaba a que se asomara desde arriba y le decía adiós a "Shannon" verbalmente y con la mano. **Lograr lazo social en la esquizofrenia es todo un éxito terapéutico.**

TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 11 SESIONES DE 60 MINUTOS CADA UNA. ALTA EN NOVIEMBRE 2003.

Se continuará con seguimiento del caso a través de la Psic. Madrid, para mantener los cambios logrados.

INFORME PSICOLÓGICO No. 4

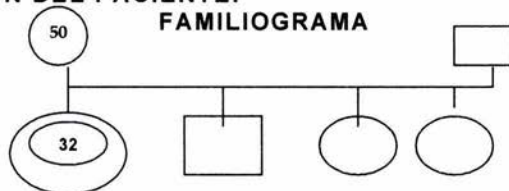
NOMBRE	Mónica
SEXO	Femenino
EDAD	32 años
ESCOLARIDAD	Secundaria, dominio de 3 idiomas: inglés, francés e italiano
OCUPACIÓN	Hogar
ESTADO CIVIL	Soltera
FUENTE DE INFORMACIÓN	Madre, hermanos y paciente
SIN INTERNAMIENTO	Enclaustrada en casa durante más de 5 años
REFERIDO POR	Solicitud de la madre y hermana penúltima
FECHA DE ESTUDIO	1998

MOTIVO DE CONSULTA: Evaluación psicológica porque ha presentado alucinaciones, delirios, conducta rara.

INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS DE EVALUACIÓN APLICADOS:

- ENTREVISTA
- MMPI - 2

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:



Mónica es producto de Gesta I Para I de un total de 4 embarazos, con una edad aparente menor a la cronológica por su estatura pequeña, complexión delgada y estilo de vestir infantil. Es cooperadora, con fluidez verbal aunque se fija en un tema: las cosas de marca.

CONDUCTA: Reporta la madre que Mónica desde niña fue aislada, introvertida con dificultad para relacionarse incluso con sus hermanos. Durante el tiempo que cursó la secundaria se empezó a manifestar de una manera franca el comportamiento raro como el golpearse a sí misma, llorar a gritos, vestirse en forma excéntrica; se exacerbaban las burlas de sus compañeros. Empezó la dificultad para comunicarse con ella dentro del núcleo familiar, incluso la apodaron "la extraterrestre".

La paciente presenta conductas de perseveración es decir, no se puede separar del estímulo por ejemplo si ve una película que se esté repitiendo en la televisión la sigue viendo todas las veces que la repitan, en el mismo día, y si intentan evitarlo amenaza con aventarse por la ventana y grita "como loca", es demandante. Mónica presenta conducta acumulativa de tal manera que guarda recibos debajo de su colchón y discos L.P. sin abrir el empaque lo que ocasiona que ya no pueda dormir porque el colchón se cae

de su base, esto provoca que no deje dormir porque anda deambulando por toda la casa haciendo ruido, buscando dónde dormir, enciende la t.v., etc.

DINÁMICA FAMILIAR: La paciente proviene de una familia disfuncional, donde el padre tiene la autoridad absoluta y para corregir utiliza métodos inadecuados, insultos, humillación, golpes y cuando lo hace, saca sangre a los hijos. La madre presenta muchas características de tipo histérico: es seductora, incluso con el hijo varón, manipuladora, vanal, infantil, dependiente, sin "insight", con relación hostil con el esposo, con la paciente se relaciona solo para expresarle su lástima, con la penúltima hija evita hablar porque "es imposible comunicarse con ella". La madre utiliza a Mónica para victimizarse.

Entre los hermanos la relación es agresiva ya que constantemente se pelean los 3 por el dinero, por los coches o por la ropa. Cabe aclarar que la paciente proviene de una familia con excelente posición económica, sin embargo reporta la familia que el padre les niega todo a las mujeres, al hijo varón le da todo lo que pide; el padre, con estudios universitarios, rechaza abiertamente a Mónica y dice que es producto de una maldición porque por su culpa lo casaron. El jefe de esta familia es muy creyente de la brujería, incluso la practica en su casa y esto le da mucho miedo a la paciente.

Entre los miembros de la familia el comportamiento es frío, distante, rencoroso, donde se ejerce una autoridad irracional, impositiva, de doble mensaje porque la madre dice "te quiero" y critica cruelmente a Mónica y cuando ésta le habla la madre inmediatamente busca pretexto para alejarse porque "me duele verla así".

Mónica y su familia dicen que habla 3 idiomas, nunca se pudo comprobar porque se negó a hablar en otro idioma que no fuera el español; estas clases las recibió por separado y se las impartió un maestro de la embajada correspondiente y fueron gratis.

Respecto al área sexual nunca ha tenido novio y ni siquiera puede hablar de la menstruación porque es "pecado y es un castigo".

En la historia escolar, Mónica sufrió burlas, rechazos, cursó sus grados con mucho esfuerzo. Tiene inteligencia suficiente para los estudios sin embargo no le rinde este recurso ya que no sabe hacer uso de ese intelecto, su dotación natural es pobre y se vuelve más deficiente por falta de estimulación, por lo tanto no sabe aplicar una solución práctica a ninguna situación y a esto se le agrega que no tiene vivencias, no tiene donde capacitar el intelecto, ni donde aprender diferentes modelos de conducta y nuevas alternativas. No se relacionaba con sus compañeros, ni maestros, en el recreo se iba a un rincón (así lo reportaban los maestros a la madre), se le dificultó las actividades de educación física.

Cuando Mónica alucina y delira, el padre la golpea para que "no sea pendeja" y no se porte así" y termina encerrándola en su cuarto, con llave.

La madre y las hermanas no hacen nada por evitarlo, cada una de las mujeres se va a encerrar. El hermano apoya al padre y dice que hace lo correcto porque "Mónica se equivocó de planeta y es una vergüenza".

Como antecedente familiar, el hijo varón fue internado en el psiquiátrico con una quiebra psicótica ya que estaba alucinando y delirando ideas persecutorias contra la madre, y de grandeza. Intentó ahorcar a la hermana menor y golpeó a la madre. Ya lleva 2 internamientos con el mismo cuadro. A este hijo sí se le internó porque la quiebra la tuvo fuera de su casa, en el trabajo.

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

1ra APLICACIÓN DEL MINNESOTA (Test):

Perfil Básico:

8 2 4" 1 7 6 3' 9 0 5 + F L K"

Perfil de Escalas de Contenido:

DEL DEP BAE SAU FAM ANS ENJ PAS RTR OBS DTR ISO MIE CIN PTA

Perfil de Escalas Suplementarias:

A HR R EPK EPS GM A-MAC GF Fyo Do Dpr Rs

Interpretación

La examinada se manifiesta como aislada, con pensamiento autista, pensamiento delirante con contenido persecutorio pero pobremente estructurado. La paciente presenta ideas fijas de preocupación por el dinero, por las cosas de marca, esto le provoca problemas en las relaciones interpersonales dentro de la familia porque es perseverante en el mismo tema (terquedad).

Mónica es muy ansiosa y su conducta se desorganiza ante la culpa y presenta autoagresiones porque utiliza el mecanismo defensivo de vuelta contra sí misma y el mecanismo primitivo de la regresión por eso la pérdida de control de impulsos, el llanto, los gritos, la incapacidad para definir lo que siente, lo que piensa y expresarlo.

Mónica tiene una percepción muy particular del mundo, que es su entorno, la familia, principalmente sus figuras parentales, los vive fríos, amenazadores, distantes, rechazantes, punitivos, poco afectivos, de doble mensaje lo que la confunde y se le dificulta para diferenciar entre lo bueno y lo malo por lo tanto se relaciona con objetos parciales por la escisión. Como el entorno de la paciente es muy reducido y además pobre, le ha provocado un empobrecimiento psíquico que hace proclive una fragilidad yoica mayor, esta situación conduce al deterioro de las funciones yoicas y se ve afectada la prueba de realidad, el dominio del medio ambiente, y la capacidad de juicio.

La paciente tiene necesidades afectivas insatisfechas y debido a las circunstancias no aprendió a hacer sus demandas o buscar un satisfactor

afectivo, para lo cual tuvo pocas opciones porque su medio ambiente es muy reducido, solo la familia, con frecuencia presenta afecto inadecuado.

Dx: F20.1x ESQUIZOFRENIA TIPO DESORGANIZADO 295.10 (DSM IV)

EVALUACION MULTIAIXIAL:

- EJE I Alucinaciones, delirios.
- EJE II Trastorno esquizoide de la personalidad.
- EJE III No hay enfermedad médica.
- EJE IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo: abuso físico del padre, conflictos con el hermano; relativos a la enseñanza: problemas con compañeros.
- EJE V Problemas psicosociales y ambientales 50%, en una escala del 0 – 100, donde 100 es la adaptación óptima.

PRONÓSTICO: Malo porque el padre se niega a la farmacoterapia y porque la paciente no tiene recursos de ningún tipo. Sin embargo se puede intentar aprovechando las áreas libre de conflicto: la intelectual y la física.

SUGERENCIA DE TRATAMIENTO:

- Farmacoterapia
- Psicoterapia de "insight" con metas reeducativas, con los siguientes objetivos:
 - Disminuir ansiedad
 - Fortalecer el Yo
 - Cubrir necesidades afectivas
 - Capacitarla para que se estructure
 - Socializarla
- Sesiones con la familia como apoyo

INFORME DEL TRATAMIENTO

2ª APLICACIÓN DEL MINNESOTA ("Posttest"):

Perfil Básico:

8 3 4+ 2 7 1- 9 5 0 6/ K F L/

Perfil de Escalas de Contenido:

SAU DEL BAE FAM DEP ANS OBS ENJ CIN DTR ISO MIE PAS RTR PTA

Perfil de Escalas Suplementarias:

Fyo Do HR A R EPK Rs EPS GF Dpr A-MAC GM

El tratamiento se llevó a cabo en el domicilio de la paciente.

Partiendo de la premisa que Mónica careció de figura materna que le sirviera como faro guiador hacia el mundo externo, la terapia se dividió en dos fases:

La primera fase tuvo como objetivo hacer el rol de madre cálida, cercana, afectiva, que la acepta, comprensiva que atendía demandas de la paciente-hija y permitía su expresión sin ser criticada, ni anulada, ni descalificada. También se intentó promover sentimientos de seguridad y el uso de sus recursos intelectuales, se trató de ser madre que dialoga con la

hija mientras la peina, la arregla, se prueba los zapatos etc. Esta fase se llevó alrededor de un año con sesiones de 60 minutos cada semana.

La segunda fase del tratamiento se dirigió hacia el trabajo psicoterapéutico propiamente, durante más o menos 3 años, con sesiones de 60 minutos cada ocho días.

LOGROS TERAPÉUTICOS

- Disminuyó considerablemente las autoagresiones
- Disminuyó los niveles de angustia, por lo tanto la desorganización
- Disminuyó los sentimientos de culpa
- Aumentó sentimientos de seguridad
- Se socializó (incluso fue a fiestas; aprendió a ir al centro comercial y comprar 2 o 3 objetos.
- Se promovió la comprensión de su situación familiar
- Se relacionó mejor con los hermanos
- Se logró que Mónica dejara de vagar por la casa en las noches
- Se modificó su forma de vestir, ahora más de acuerdo con su edad

CON LA FAMILIA: Asistieron a las sesiones la madre, los 3 hermanos en algunas sesiones; la mayoría de las veces fue solo la madre y el hermano varón y la hermana penúltima. El padre asistió únicamente en una ocasión, sin embargo siempre cubrió el costo de las sesiones.

- La familia comprendió el trastorno mental de Mónica
- Cooperó como apoyo social, ya no sentían vergüenza de la paciente
- Cooperó para llevarla a las fiestas que asistían
- Se eliminó la estigmatización de la paciente (no apodarla)
- Cooperó la madre, incluso el padre en dejarla salir al centro comercial (para este objetivo se tuvo el apoyo del chofer, quien enseñó a Mónica el camino a pie y en camión para ir y venir al centro comercial)
- El padre dejó de golpear a la paciente

TIEMPO DE DURACIÓN DE LA TERAPIA, 4 AÑOS, UNA SESIÓN POR SEMANA. ALTA EN DICIEMBRE 2002.

INFORME PSICOLÓGICO No. 5

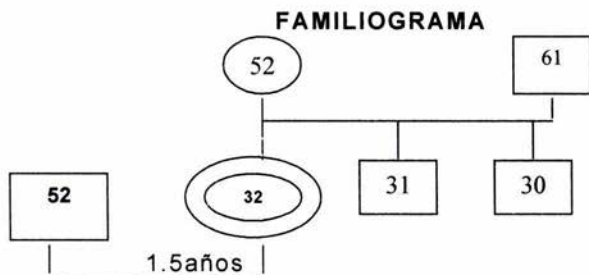
NOMBRE	Laura
SEXO	Femenino
EDAD	33 años
ESCOLARIDAD	Lic. en Mercadotecnia
OCUPACIÓN	Hogar hace año y medio
ESTADO CIVIL	Unión libre, sin hijos
REFERIDO POR	Hilda (amistad)
FUENTE DE INFORMACIÓN	Paciente y amiga
MOTIVO DE ESTUDIO	Proyecto de investigación "Propuesta de perro de apoyo en el tratamiento psicológico de la esquizofrenia en población mexicana"
FECHA DE ESTUDIO	19 de septiembre de 2003

MOTIVO DE CONSULTA: Laura es enviada, además de solicitar la ayuda terapéutica directamente, debido a que presenta poca tolerancia a la frustración, mal humor, irritabilidad, alucinaciones visuales y auditivas, grita groserías (coprolalia), desde hace un año no le gusta convivir con la gente porque se siente muy criticada porque está gorda (alteración de la percepción) y por su comportamiento agresivo, violento, fuera de lugar; las críticas solo las oye ella y los demás, aunque están presentes, no las escuchan; presenta insomnio, estrés, fallas en el control de impulsos, ha tenido varios fracasos en la búsqueda de trabajo, es rechazada por las calificaciones bajas que obtiene en los exámenes que se aplican a los candidatos, esto la hace sentirse muy mal y regresa a su casa a encerrarse y no habla con nadie.

INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS DE EVALUACIÓN APLICADOS:

- ENTREVISTA
- MMPI - 2

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:



Laura se presentó 15 minutos tarde en las siguientes condiciones: maquillada en exceso y en forma grotesca, con muy mala coordinación manual en el delineador y rimel, (probablemente por las descargas de ansiedad), su marcha es irregular (se va en "S") y no es efecto colateral,

ya que no toma fármacos. Se puede observar que se sienta como niña, con los pies "chuecos", Laura se caracterizó por llegar tarde las primeras 4 sesiones, a partir de la 5° fue muy puntual.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: Hace 3 meses Laura tuvo una crisis en la que presentó el siguiente cuadro: se puso violenta, se sintió muy estresada, alucinó visualmente; se le envió (por medio de su amiga Hilda), a un psiquiatra con el cual Laura no logró establecer un rapport, se pelearon y el Dr. se negó a darle fármacos para eliminar las alucinaciones y tranquilizarla. Laura se sintió insultada porque el psiquiatra le dijo que estaba a un grado de ser alcohólica.

CONDUCTA: La personalidad premórbida y actual de Laura se caracterizó por ser y comportarse en forma irritable, agresiva, violenta, "a todo mundo le digo su precio", en las reuniones sociales a las que asistía terminaba en pleito con algún invitado(a), Laura ha sido susceptible a la opinión ajena, esta situación se agrava con las alucinaciones visuales y auditivas, en las primeras ve los microbios en los platos, ve sombras que pasan, oye voces que la critican, que la insultan "mediocre" "golfa", "loca", etc.

DINÁMICA FAMILIAR: Laura proviene de un ambiente familiar con figuras de autoridad inconstantes, (porque durante su niñez fue criada por 3 tías en ocasiones y en otras por los padres), agresivo, violento, donde los padres fueron punitivos, insultadores, críticos, comparadores y en estas comparaciones invariablemente perdió Laura, el padre la llamaba "golfa" por llegar tarde; esta situación continúa hasta la fecha, aunque vive fuera de la casa paterna, por vía telefónica continúan los pleitos.

Laura lleva una relación agresiva con los hermanos, se pelean con frecuencia, se insultan, no se siente apoyada por sus padres. Los padres de Laura establecieron doble vínculo con la paciente, es decir le decían que puede hacer las cosas y el mismo padre le dice "no vas a hacer nada porque eres mediocre".

La paciente tiene una relación de pareja muy conflictiva, en la que incluso se insultan, además de ser hipercríticos mutuamente.

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

1ra APLICACIÓN DEL MINNESOTA (Test):

Perfil Básico:

68* 794' 2+ 0- 13/ 5#F**LK#

Perfil de Escalas de Contenido:

DEP DTR FAM ANS ENJ DEL RTR OBS PTA SAU BAE MIE PAS ISO CIN

Perfil de Escalas Suplementarias:

EPK EPS A Dpr Do A-MAC GF R HR Rs GM Fyo

Interpretación

La examinada se mostró muy desconfiada, susceptible a la opinión ajena, se siente criticada, lo que le causa ansiedad que la desorganiza y esto impide que pueda realizar prueba de realidad apropiada, por el contrario, presenta ideas delirantes de referencia bien estructurada, alucinaciones auditivas lo que promueve que reaccione agrediendo a su entorno y provoca ser rechazada y se aísla.

Lo descrito ocasiona que Laura se frustre con sus relaciones interpersonales y como tiene poca capacidad de tolerancia a la frustración se aísla y empeora la situación porque se empobrece psicológicamente. Laura presenta necesidad de aceptación insatisfecha, por esta razón se somete para ser aceptada pero pasado un tiempo se siente mal, se siente abusada por los demás y reacciona con pérdida de control de impulsos, de este patrón reactivo surge su sensación de que tiene experiencias traumáticas por lo que su pasado y presente es una constelación de recuerdos dolorosos: relaciones → necesidad de aceptación → sometimiento → rebeldía → pérdida de control de impulsos → pérdida de las relaciones objetales; puede observarse que sus "recuerdos" básicos son de pérdidas, lo que ocasionan alteración en el estado de ánimo caracterizándose por la depresión.

Este patrón reactivo de la paciente le ocasiona frecuentes problemas en el área laboral y familiar es decir en todas sus interacciones. Este desgaste psicológico de Laura la hace susceptible a cualquier negativa, reaccionando con violencia y percibiendo su entorno persecutorio y amenazador, ante esto utiliza mecanismos de defensa como la proyección, racionalización, somatización, introyección, escisión y cuando siente muy estresante la situación se pone regresiva.

La examinada tiene baja autoestima de aquí que fácilmente se someta y utilice la represión, por un tiempo, en sus anhelos personales, para dar gusto a los demás.

Afortunadamente Laura cuenta con recursos intelectuales para lograr cambios, además de su interés y cooperación hacia estos cambios.

Dx: F20.0x ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE 295.30 (DSM IV)

EVALUACION MULTIAXIAL:

- EJE I Ideas delirantes y alucinaciones auditivas y visuales de tipo persecutorio.
- EJE II Trastorno esquizoide de la personalidad.
- EJE III Ninguno.
- EJE IV Problemas con el grupo primario de apoyo: familiar, problemas relativos al ambiente social, laboral. Nivel de estrés alto.
- EJE V Evaluación de la actividad global: 47% en una escala donde 100 es el grado óptimo de adaptación en sus actividades.

PRONÓSTICO: Bueno, favorable, porque Laura cuenta con recursos intelectuales, académicos y está motivada para el cambio

SUGERENCIA DE TRATAMIENTO:

- Farmacoterapia (de ser posible)
- Terapia de "insight" con metas reconstructivas
- Promover organización y/oica

2ª APLICACIÓN DEL MINNESOTA ("Posttest"):

Perfil Básico:

8 6 0 – 7 9 3 1 4/ 2 5 : F K L -

Perfil de Escalas de Contenido:

ANS FAM OBS ISO CIN DEP PTA SAU BAE ENJ MIE DTR PAS RTR DEL

Perfil de Escalas Suplementarias:

A Dpr Fyo GF EPK EPS R GM A-MAC RS Do HR

LOGROS TERAPÉUTICOS

Laura es una paciente que cuenta con muchos recursos para lograr cambios importantes en su personalidad y en comportamiento:

- Se promovió "insight"
- Se siente más tranquila, relajada
- Disminuyó estrés
- Mejoró autoconcepto
- Mejoró autopercepción en su imagen corporal, es más real
- Aumentó autoestima
- Aprendió autorrespeto
- Cambió estrategia de enfrentamiento: acumular resentimiento por la de manifestarse en su momento en forma adulta
- Su apariencia ya no es grotesca, se ve bien arreglada
- Se eliminó el insomnio → sueño reparador
- Surgen sentimientos de autoconfianza → ya no se mimetiza con lo negativo para ser aceptada
- Mejoraron relaciones interpersonales, ya no son tormentosas, ni conflictivas
- Aprendió a utilizar mejor su energía → da la importancia justa a diferentes situaciones, pensamientos y acciones
- Elimina hipersensibilidad, ya no se siente criticada
- Aprendió a hacer prueba de realidad
- Concientiza el error de interpretar la conducta y pensamientos de los demás. Ahora pregunta directamente
- Respeta y acepta las diferencias de los demás
- Aprendió a ser prudente, actuar con juicio: no hablar de cosas intraindividuales fuera de sesión terapéutica
- Disminuyó su actitud demandante → son menos las regresiones, los berrinches, pensamiento mágico
- Aprendió a poner límites → delimitar su espacio físico y psicológico
- Aprendió a no compararse con otros → el parámetro de cambio es ella misma

- Aprendió a no escudarse en el tercero en escena → reconoce sus problemas y cómo participa (ya no proyecta, promoción de "insight")
- Rescató sus figuras parentales → mejoraron las relaciones con ambos padres
- Modificó su concepción de hombre → mejora su relación de pareja
- Aprendió a no seguir el guión negativo que le daban (padres, hermanos, pareja, amistades) → inicia su construcción de individuo
- Disminuyó la envidia hacia las mujeres de su generación → menos agresiva
- Adquirió control de impulsos, su recurso es pasarlo por el tamiz del análisis
- Aprendió el uso de su capacidad de autoanálisis como recurso para el cambio
- Aprendió que cuenta con el recurso de escuchar a su entorno
- Delimitación de roles → no ser intrusiva
- Disminuyó dependencia
- Adquirió recursos para tener ingresos económicos
- Disminuyó la conducta de riesgo → mejoró autoprotección en la calle
- Aprendió a ser puntual → organización
- Elaboró un proyecto de vida de acuerdo a sus recursos y realidad externa
- Ya no es "cachadora" de diagnósticos: depresión, loca, obsesiva, etc
- Aprendió a tomar decisiones pensadas, razonadas
- Eliminó somatización (diarrea, vómitos)
- Conceptualizaciones más apegadas a la realidad externa → de padres, pareja, amistad.
- Otro beneficio terapéutico para Laura fue, que entendió mejor a sus perros por los consejos proporcionados por la veterinaria Sabrina Hernández, en relación a la conducta de sus perros.

PARTICIPACIÓN DEL PERRO DE APOYO "CANELA"

- A la paciente le gustó la actitud respetuosa de la co-terapeuta "Canela" porque no la interrumpió → sintió que tiene derecho a ser escuchada (Laura) y tener un espacio
- La paciente mencionó que el acariciar a la "Canela" le producía tranquilidad, se sentía agradada, gratificada, aceptada
- "Canela" promovió a la paciente recuerdos gratos de tipo afectivo
- La presencia y actitud del perro de apoyo "Canela" favoreció que se lograra contextualizar el error que Laura comete: interpretar al otro: dijo que "Canela" se retiró porque la estaba rechazando, se le comprobó que no era así porque "Canela" pidió la caricia de Laura cuando a sugerencia de la terapeuta humana la dejó de acariciar, esta interpretación la hizo Laura porque "Canela" se alejó un poco de ella.
- De lo anterior se aprovechó para también contextualizar que: afecto y aceptación no es permanecer como muérganos (pegados sin diferenciarse)

- La presencia del perro de apoyo también se aprovechó para que Laura hiciera conciencia de que cada individuo tiene derecho a su espacio y límites (no ser intrusiva)
- La presencia de "Canela" hizo proclive que Laura lograra el "insight" acerca de sus reacciones fuera de lugar, (risitas fuera de tiempo, agresiones), por las interpretaciones que hace de la conducta y pensamiento de los demás
- Por lo anterior "Canela" favoreció que Laura lograra la comprensión y contexto de sus relaciones interpersonales, por eso mejoraron → ser respetuosa
- Laura verbalizó que con "Canela" aprendió a coordinarse mejor en lo verbal y motor: hablar y acariciar a la "Canela" simultáneamente, antes de las sesiones no podía hacerlo
- "Canela" favoreció que Laura disminuyera sus sentimientos ambivalentes porque con las interacciones que tuvo con el perro de apoyo le quedó claro lo que caracteriza un vínculo afectivo sano: respeto, límites, aceptación, roles y funciones definidas, calidez, como el perro siempre va a ser franco, no entiende de diplomacia, promovió que Laura entendiera que el otro tiene derecho a manifestarse y tener momentos de por ejemplo mal humor o no estar receptivo en este momento, sin embargo sigue existiendo el vínculo, que la distancia entre uno y otro no es igual a falta de amor o rechazo
- Entendiendo lo anterior Laura ya no se coloca en un dilema por momentos: odio o amor, sino que aprendió a relacionarse con objeto total → se elimina la escisión.
- "Canela" promovió que Laura mantuviera sus huellas mnémicas aún en ausencia del objeto amado ("Canela"): le trajo un regalo de navidad a "Canela", nos indica que pensó en la perrita estando lejos de ella → permanencia de objeto → disminuye sentimiento de rechazo, depresivos, de soledad, de angustia, de abandono
- Lo anterior hace proclive que Laura adquiera fortaleza yoica lo que le permite una estructura psicológica sólida para enfrentarse adecuadamente a situaciones conflictivas cotidianas

TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 20 SESIONES, DE 60 MINUTOS CADA UNA. ALTA EN DICIEMBRE 2003.

INFORME PSICOLÓGICO No. 6

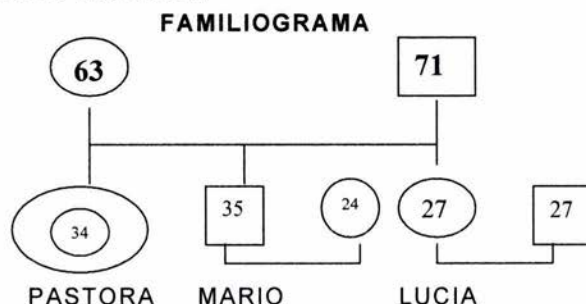
NOMBRE	Pastora
SEXO	Femenino
EDAD	34 años
ESCOLARIDAD	Licenciatura en Filosofía y Letras
OCUPACIÓN	Académica
EDO. CIVIL	Soltera
REFERIDO POR	Médico Familiar
FUENTE DE INFORMACIÓN	Paciente y familia
FECHA DE ESTUDIO	Junio 1999

MOTIVO DE CONSULTA: Pastora es enviada a evaluación psicológica porque empezó a presentar conducta de excesiva desconfianza que impedía relacionarse con ella e iniciaron problemas en el trabajo.

INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS DE EVALUACIÓN APLICADOS:

- Entrevista
- MMPI - 2

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:



La examinada se presentó aliñada, puntual, alerta y desconfiada a las preguntas. En la entrevistada se mostró cooperadora, parca en sus respuestas. Pastora es producto de Gesta I Para I de un total de 3 embarazos, con edad aparente igual a la cronológica.

CONDUCTA: La familia reportó que la examinada en los últimos 7 meses, ha exacerbado su desconfianza e inventa cosas que no existen, por ejemplo, afirma que su mamá le está poniendo veneno en el café. Asimismo se reportó que la examinada siempre ha sido muy desconfiada y que se ha sentido diferente y superior a los demás pero que últimamente ya no se puede convivir con ella porque no se le puede decir algo porque reacciona en forma muy agresiva y "nos dice que nuestro comportamiento son pruebas de que estamos confabulando contra ella".

En el trabajo tuvo problemas y la despidieron, por eso se le llevó al doctor, porque cuando los alumnos hablaban entre ellos, afirmaba que estaban confabulando contra ella e incluso levantó acta administrativa contra varios alumnos.

Pastora afirma que le ponchan las llantas de su coche a propósito, lo que no es cierto, tanto en su casa como en la escuela y reporta que ella es bastante inteligente como para ganarles y defenderse antes de que hagan sus maldades. La familia reportó que es muy exigente que "no tiene llenadero de nada", se refieren a que pide amor, dinero, atención y reclama que nunca se lo han dado.

DINÁMICA FAMILIAR: Los hermanos de la examinada están casados desde hace 4 años, viven cada quien en su casa. Pastora vive con los padres desde que nació. La relación con sus hermanos, cuando vivían bajo el mismo techo, era casi nula, no interactuaba con ellos, solo lo necesario y las relaciones eran cordiales. Entre Pastora y sus padres la comunicación es indirecta y contradictoria, con autoridad irracional, impositiva y en desacuerdo padre y madre.

Cada uno de los padres se sienten que son muy queridos por Pastora y ambos se desmienten, es decir la madre siente que su hija la quiere más a ella que a su padre y éste cree que es a él a quien más quiere la hija.

La disciplina durante la crianza fue rígida, con reglas enmascaradas ya que los padres no informaban qué esperaban de los hijos y los humillaban e insultaban cuando no cubrían sus expectativas.

Respecto al área sexual Pastora ha tenido novios con duración de más o menos 2 años, sin embargo termina decepcionada de ellos porque resultan "malos hombres, infieles, mentirosos" que no la merecen.

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

1ra APLICACIÓN DEL MINNESOTA (Test):

Perfil Básico:

8 6 9" 7 2 0' 3 1 4 5/ FKL'

Perfil de Escalas de Contenido:

DEL BAE DEP RTR FAM ANS ENJ ISO MIE PAS PTA OBS SAU DTR CIN

Perfil de Escalas Suplementarias:

A Fyo HR Rs R Dpr EPK A-MAC EPS GM Do GF

Interpretación:

La examinada manifestó conductas y experiencias extrañas, así como una susceptibilidad extrema a la opinión ajena. Su conducta es francamente psicótica, con pensamientos extraños, alucinaciones, con pobreza de juicio, ideas delirantes de referencia, y persecutorias, sus respuestas ante los demás es exagerada.

Pastora no tiene capacidad de "insight" ya que no se responsabiliza de las consecuencias de su conducta. Presenta ambición exagerada y aspiraciones elevadas, sin embargo debido a su condición mental, los planes no son realizables, ya que sus intereses se encuentran en un amplio rango.

La riqueza interna queda manifiesta en las alucinaciones e ideas delirantes porque no la puede canalizar de una manera socialmente aceptada.

La examinada mostró un debilitamiento sobre el control de sus pensamientos y acciones y esto le ocasiona que se eleven los niveles de angustia e incluso puede desorganizarse cuando esto sucede ya que el Yo no puede controlar esta angustia y se torna indeciso, inseguro, con sentimientos de inferioridad y temor al fracaso, racionaliza y responsabiliza a los demás de sus errores. Esto se agrava por su rigidez y actitud hipercrítica. Pastora se mostró infeliz, pesimista, paradójicamente a sus ambiciones, con preocupaciones que entorpecen sus acciones, con desconfianza en sus capacidades porque siente que no funcionará.

Pastora tiene necesidades afectivas insatisfechas lo que hace proclive que carezca de autoafirmación social, por lo que ante situaciones sociales su comportamiento es inadecuado, exagerado, fuera de contexto. La examinada manifestó que se siente especial y que tiene una misión en la tierra. Se mostró preocupada por el futuro. Considera que está mal pero siente que nadie puede ayudarla porque no se siente comprendida.

A Pastora se le dificulta discutir sus problemas y prefiere que todo siga igual porque el cambio lo considera imposible, por lo tanto es mejor no hacer caso a las crisis. A su familia la califica como enferma, a sus padres los vivió poco afectivos y siente que fue tratada sin amor, con rechazo y según ella, no le dieron lo que necesitaba porque sus padres eran fríos y distantes.

Dx. F20.0x ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE 295.30 (DSM IV)

EVALUACIÓN MULTIAIXIAL:

EJE I	Alucinaciones, ideas delirantes bien estructuradas
EJE II	Trastorno esquizoide de la personalidad
EJE III	Infección en la vagina → tratamiento médico
EJE IV	Problemas en el grupo primario de apoyo, familiar, psicosociales, laborales
EJE V	43% donde el 100% es la adaptación óptima

PRONÓSTICO: Desfavorable, porque se le dificulta el uso de sus recursos intelectuales

SUGERENCIA DE TRATAMIENTO:

- Farmacoterapia
- Terapia de "insight" con metas reeducativas y reconstructivas
- Sesiones de orientación con la familia para no promover el núcleo patológico de la paciente.

2ª APLICACIÓN DEL MINNESOTA ("Posttest"):

Perfil Básico:

8 6 9 3 7 — 2 0 5 4 1/ FLK

Perfil de Escalas de Contenido:

DEP FAM DEL BAE ANS ISO ENJ RTR OBS MIE PAS PTA SAU DTR CIN

Perfil de Escalas Suplementarias:

Dpr A Fyo EPK GM GF HR R Rs EPS Do A-MAC

LOGROS TERAPÉUTICOS

- Se promovió "insight"
- Disminuyó niveles de ansiedad
- La energía se canalizó de manera socialmente aceptada
- Se socializó
- Se estructuró su pensamiento, desaparecieron ideas delirantes
- Desaparecieron alucinaciones
- Se reincorporó al trabajo desde hace un año
- Disminuyeron, considerablemente, los problemas familiares
- Aumentó conducta asertiva (contextualizada)
- Mejoró su prueba de realidad, por lo tanto disminuyó la conducta de desconfianza
- Disminuyó lo suficiente, su conducta demandante
- Acepta que los cambios son posibles y reportó que se gusta más así, con los cambios
- Sus metas (ambiciones), son planteadas de acuerdo a la realidad, es decir son realizables
- Mejoró su organización yoica
- Se promovió que utilizara mejor sus recursos intelectuales
- Es capaz de tomar decisiones pensadas, razonadas
- Se siente con mayor seguridad
- Elaboró proyecto de vida

TIEMPO DE DURACIÓN DE LA TERAPIA, 4 AÑOS, 5 MESES; UNA SESIÓN POR SEMANA. ALTA EN JULIO 2003.



Fotografía 1. Caso 1 en interacción con perro 1, se observa interacción activa (caricia en pecho, Cpec)



Fotografía 2. Caso 1 en interacción con perro 1, se observa interacción activa (caricia en lomo, CL) e interacción pasiva (Vista de paciente a perro, Vpe)



Fotografía 3. Caso 2 en interacción con perro 1, se observa interacción activa (caricia en lomo, CL)



Fotografía 4. Caso 2 en interacción con perro 1, se observa interacción pasiva (Vista de paciente a perro, Vpe) e interacción activa (caricia en lomo, CL)



Fotografía 5. Caso 3 en interacción con perro 2, se observa interacción activa (caricia en lomo, CL)



Fotografía 6. Caso 3 en interacción con perro 2, se observa interacción activa (caricia en cabeza, Cca)