

11241  
11241

2 y 23

TESINA PARA LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA  
DEL CURSO LIBRE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO.

GRUPO DE TAREA ESTRUCTURADO PARA  
ENFERMOS MENTALES AMBULATORIOS

AUTOR  
DR. ALBERTO LACHICA FLORES  
*Dr. Alberto Lachica Flores*

ASESOR DE LA TESINA  
DR. JOSE GUADALUPE MERCADO VERDIN



AREA DE INVESTIGACION CLINICA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ

*Vo. Bo.*  
*Alm.*  
*20. II - 89*

*[Handwritten signature]*



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**0.0 INDICE**

**01 INTRODUCCION**

**02 JUSTIFICACION**

**03 ANTECEDENTES**

**04 DESCRIPCION DEL TRABAJO**

**05 OBJETIVOS**

**06 DESCRIPCION Y DISCUSION DE CONCEPTOS TEORICOS Y TECNICOS DEL GRUPO DE TAREA ESTRUCTURADO**

**07 FORMACION DEL GRUPO**

**08 DESCRIPCION DE LOS PACIENTES**

**09 TECNICA USADA EN EL MANEJO DEL GRUPO DE TAREA ESTRUCTURADO**

**10 FUNCIONES DEL TERAPEUTA**

**11 MATERIAL Y METODO**

**12 RESULTADOS**

**13 ABANDONOS DEL GRUPO**

**14 RECAIDAS**

**15 LOGRO DE OBJETIVOS**

**16 CONCLUSIONES Y COMENTARIOS**

**17 BIBLIOGRAFIA**

## **01. INTRODUCCION**

En el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez se tratan pacientes psicóticos agudos, en su mayoría. No obstante que el promedio de estancia hospitalaria de cada paciente es aproximadamente de 25 días, la experiencia clínica muestra que la frecuencia de reingresos es muy alta.

Una de las razones de mayor peso que puede ser responsable de los reingresos, es que los aspectos sociales y psicológicos son determinantes primordiales, al igual que los aspectos biológicos, en la génesis y desarrollo de enfermedad mental, circunstancia que hasta ahora por las características propias de la institución no habían sido implementadas del todo.

Desde 1910, con la creación del antiguo manicomio de "La Castañeda", la atención psiquiátrica en México, aunque meramente custodial, se orientó preponderantemente con una tendencia unidimensional biológica. Sin embargo, existían otras perspectivas: fenomenológica, psicológica, social, etc., mismas que se encontraban en gran medida desvinculadas entre sí.

A finales de los años 50 y principios de los 60, se gestó un importante cambio con la llegada e investigación de los medicamentos neurolépticos al país, estudiados, entre otros lugares, en el pabellón piloto del manicomio. No obstante la notable mejoría de los enfermos y la reducción en el tiempo de remisión en los cuadros psicóticos, ya desde entonces se percibía que estas aproximaciones tan particularizadas eran insuficientes para la rehabilitación de los pacientes.

A mediados de 1967 se inaugura el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", donde se continúan este tipo de tratamientos y, con la intención de mejorar la asistencia se formaron equipos multidisciplinarios que incluían las áreas de trabajo social, psicología, etc. Algunos de los primeros intentos específicos para integrar las diferentes disciplinas se llevaron a cabo en el 5° piso del hospital, dirigido desde 1970 por el Dr. Raúl Ortiz Jiménez y colaboradores, quien había pertenecido al grupo de trabajo del pabellón piloto antes mencionado. Dichos intentos consistieron en trabajos de investigación, principalmente epidemiológicos (morbilidad psiquiátrica hospitalaria, enfoque tetroxial de las esquizofrenias), de talleres y seminarios clínicos (seminarios psicoanalíticos, revisión de historia y expediente clínico), implementación de técnicas de entrevista psiquiátrica (video-grabaciones) y, desde el inicio del piso la planeación de una comunidad terapéutica para pacientes agudos en remisión o crónicos.

Considerando que la comunidad terapéutica puede ayudar a resolver los problemas inherentes a la resociabilización de los pacientes y por consiguiente disminuyendo la rehospitalización. Así como favoreciendo la reintegración del individuo a una vida familiar y laboral más adecuada.

La técnica de comunidad terapéutica surgió en la época posterior a la 2a guerra mundial, cuando fué postulada y llamada así por Main, en 1946 y desarrollada posteriormente en Inglaterra por Maxwell Jones.

Las condiciones actuales del hospital, así como las posibilidades de cambio que se están dando en el mismo permiten en gran medida culminar la serie de planes y perspectivas postuladas en la trayectoria del 5° piso, con la formación funcional y objetiva de un verdadero servicio interdisciplinario de atención integral para pacientes psiquiátricos. Para alcanzar dicha meta se planteó un trabajo integral e interdisciplinario para la atención de los pacientes psicóticos agudos y en remisión con los siguientes objetivos:

Brindar atención integral (biológica, psicológica y social), interdisciplinaria y continua al paciente psicótico agudo para su tratamiento promoviendo su integración a la vida familiar, social y laboral.

Establecer un modelo de asistencia que permita disminuir el costo de estancia hospitalaria del paciente, sin menoscabo de la excelencia terapéutica que se le brinde al mismo.

Proporcionar el tratamiento adecuado a los pacientes psicóticos agudos.

Evaluar y seleccionar a los pacientes en remisión para darles atención de rehabilitación, en la modalidad de comunidad terapéutica.

Fomentar la eficiente adaptación del paciente psicótico agudo en remisión a su medio ambiente.

Continuar el seguimiento y tratamiento de los pacientes externados en consultas individuales, en grupo y familiares.

El trabajo se inicia en enero de 1987, contando con un grupo interdisciplinario formado por, psicología, trabajo social, enfermería, intendencia, residentes de primero, segundo y tercer años de la especialidad en psiquiatría.

El trabajo consistió básicamente en:

Entrevistas interdisciplinarias de primera vez a pacientes en remisión de su cuadro psicótico agudo, para valoración de rehabilitación en la modalidad de comunidad terapéutica.

Realización de entrevistas interdisciplinarias subsiguientes de dos como mínimo por semana, a cada uno de los 48 pacientes hospitalizados en el 5º piso.

Realización diagnóstica de la estructura y organización familiar, a por lo menos al 50% del los pacientes hospitalizados con diagnóstico de psicosis aguda.

Prescripción de tratamiento psicofarmacológico a los pacientes internados.

Con los pacientes dados de alta se organizó la consulta externa dentro del espacio del 5º piso, dicha consulta se dió a pacientes en forma individual, pacientes con sus familias y pacientes en grupo.

El interés primordial de mi tesis fué con el paciente externo, con el que se había trabajado durante su internamiento; particularmente mi trabajo se centró en la formación de grupos de pacientes psicóticos, los que acudieron durante un periodo de un año y medio una vez por semana a la consulta externa, siendo este el objetivo principal de mi trabajo de investigación.

## 02.JUSTIFICACION

El trabajo realizado con los pacientes en el 5º piso con el grupo interdisciplinario, había dado buenos resultados en cuanto a los diagnósticos, tratamiento, y pronta recuperación.

Los pacientes en remisión del cuadro psicótico se integraron al trabajo de comunidad terapéutica en el que el equipo interdisciplinario tenía una estrecha relación participando en las actividades sobre todo del desayuno, la terapia, el manejo del aseo e higiene, además de las actividades clínicas. Durante la estancia en el piso se trabajó además, con asambleas de pacientes una vez por semana, también se trabajó con las familias de los pacientes, con algunas solo entrevistas con el fin de completar el estudio integral del paciente y con algunas otras con el fin de ayudar a la rehabilitación y reintegración del paciente a su medio familiar, de este último grupo algunas familias continuaron siendo vistas después del externamiento.

El estudio de cada paciente y la relación tan estrecha que cada miembro del equipo fué creando con cada uno de ellos nos llevó a la necesidad de preguntarnos que iba a pasar con los pacientes al momento de regresar a su medio en donde evidentemente las condiciones de vida en muy pocos casos habían cambiado y en donde además si al paciente no se le daba un espacio, para continuar con la rehabilitación las posibilidades de recaídas iban a ser inminentes, así que se planeó que los mismos terapeutas continuaran con el manejo de los pacientes en la consulta externa, esto se pudo hacer sin ningún problema cuando los pacientes que se veían en la consulta eran un número lo suficientemente pequeño como para que la atención fuera directa continua y de buena calidad pero cuando este número empezó a crecer, la atención corría el riesgo de empezar a ser deficiente, así que nos planteamos la alternativa de empezar a ver a los pacientes en grupo, la experiencia descrita con el trabajo de pacientes psicóticos en grupo es más o menos amplia y la sugerencia en general es que se trabaje con grupos homogéneos bien seleccionados, sin embargo nuestros primeros grupos eran bien seleccionados en cuanto al diagnóstico pero muy heterogéneos así que decidimos intentar la experiencia con dos grupos escogidos al azar y con diferentes Dx, de estos se hace la descripción más detallada en otro capítulo.

En cuanto a los antecedentes del trabajo con grupos de pacientes psicóticos la recopilación bibliográfica fué la siguiente:

### 03.ANTECEDENTES

El tratamiento de enfermos mentales agrupados data desde hace varios siglos, aunque con parámetros de un histrionismo acorde con los tiempos en que se vivía (Palacios, 1975, P28). Ya Celio Aureliano en el año 123 A.C. narra un viejo desacuerdo entre Asclepiodes de Bitina y Sorano de Efeso. El primero y sus seguidores prescribían para los pacientes mentales un trato algo especial, con música dórica, hamacas que les proporcionaba un agradable vaivén, alcohol a libre demanda y amapola si padecían de insomnio; los baños curativos eran importantes, registrando doscientos tipos distintos; y todo lo anterior se acompañaba de la satisfacción irrestricta de sus apetitos sexuales. Pero si alguno se tornaba agitado, sin miramientos, se le encerraba en un cuarto oscuro, sujeto a frios grilletes y era tranquilizado con el látigo.

Los grupos de pacientes esquizofrénicos se implementaron inicialmente en pacientes hospitalizados. Más tarde, esta modalidad de tratamiento se aplicó en pacientes ambulatorios, pretendiendo mejorar con menos gasto de tiempo y costo, a un gran volumen de pacientes, sin perder de vista sus particulares necesidades de readaptación social. Los resultados de estas experiencias han sido reportadas ampliamente en las últimas décadas. Sin embargo, existen controversias y dudas de su real aplicabilidad debido a los múltiples y variados abordajes teóricos-técnicos (Parloff y Dies, 1977; Masher y Keith, 1980).

Von Bertalanffy por su parte, sentó las bases que permiten explicar el grupo como un sistema. "Surgen dos polos teóricos, uno que enfoca al individuo dentro del grupo y otro considera al grupo como un todo (p33-70). En la década de los años cincuenta, predominan los modelos de las teorías psicoanalíticas y los de la psicodinámica del grupo, apareciendo a su vez una serie de artículos en que se especifican variables independientes de investigación de los grupos: definición del liderazgo, tamaño y formación del grupo, comparaciones entre grupo e individuos y variables culturales (Strodtbeck, 1954, Spitz, 1984). En América Latina en tanto, aparecieron publicaciones originales sobre el tema, las de Grinberg, Langer, Rodrigues en Argentina y Zimmerman en el Brasil. Feder realizó por primera vez en México, psicoterapia dinámica de grupo con pacientes psiquiátricos hospitalizados (Palacios, 1975). El doctor Paz en Buenos Aires, investigó las características de la dinámica transferencial, así como las posibilidades terapéuticas de su enfoque interpretativo para modificar los síntomas de pacientes esquizofrénicos en grupo (Grinberg, 1959).



Durante los años sesenta, caracterizados por continuos movimientos sociales y políticos, la Psicoterapia grupal se diversifica en diferentes modalidades terapéuticas: grupos de encuentro, moratón, grupos expresivos, ejercicios grupales diversos (Yalom, 1975,p.354). En tanto, los recientes y revolucionarios tratamientos psico-farmacológicos experimentados en las décadas anteriores, iniciados por Denicker y Delay, dieron lugar a nuevas expectativas en el manejo sintomático de los pacientes psicóticos. Los enfermos mentales anteriormente tratados con choque insulínico o terapia electroconvulsiva, que habían permanecido agrupados por largos períodos en las instituciones psiquiátricas fueron devueltos a la sociedad y los psiquiatras que antaño pasaban largas horas analizando delirios ahora los envolvían en neurolepticos. Se inicia así la desinstitucionalización psiquiátrica cuyas consecuencias más palpables se presentan hasta nuestros días.

Maznick, Olarte y Rosen (1978), siguieron por nueve años a 76 pacientes crónicos, manejándolos en lo que ellos llamaron grupos de café. Estos autores trabajan con los pacientes una vez por semana en un ambiente estructurado, con sesiones coordinadas por un terapeuta psiquiatra y un coterapeuta no médico, enfermeros, trabajadores sociales o consejeros; los grupos constaban de diez a quince pacientes. Describieron la siguiente técnica de manejo: durante la primera media hora se hablaba de temas diversos como conductas, problemas económicos y sociales, participando todo el grupo; el resto de la sesión era ocupada para que cada paciente hablase de sus problemas específicos, todo esto en un ambiente acogedor con café y donas, esto ayudaba a mejorar la sociabilidad de los pacientes. Los autores mencionados reportaron buenos resultados con este método como disminución de recaídas y rehospitalización, además de una mayor aceptación del medicamento.

Fenny Dinanburg (1981), retomaron las ideas de Lazell, formando los llamados grupos didácticos. Reunieron grupos homogéneos de pacientes esquizofrénicos, manejando dos sesiones de una hora de duración por semana por dos meses, en el transcurso de las cuales, la primera media hora el lider del grupo, un médico, explicaba a los pacientes las diversas teorías sobre la enfermedad, tipos de medicamentos y sus efectos colaterales, diagnóstico y pronósticos; en el resto de la sesión se hacía una mesa redonda para discusión de los temas expuestos. Todo esto con la finalidad de que el paciente tomase su responsabilidad sobre si mismo y su enfermedad. Al finalizar el tratamiento, el grupo era citado una vez al mes para observar su evolución. Esto nos recuerda el contexto en el que trabajaba Parit (1905). Al respecto Fenn y Dinanburg argüían que como otra, la tuberculosis del pasado siglo, la esquizofrenia en el presente, tienen similitudes;

a) no se conoce un tratamiento curativo, pero si medidas paliativas; b) el tratamiento requiere de la cooperación del paciente y sus familiares; c) existe un constante boicoteo por ambas partes; d) significa un estigma social para el paciente ; e) son pacientes que en ocasiones requieren internamiento y están predispuestos a recaídas y f) se presentan efectos crónicos deteriorantes.

En 1981 Volkman y colaboradores publicaron un estudio sobre pacientes con enfermedad bipolar y su tratamiento en grupos homogéneos, los cuales constan de ocho a doce pacientes, en fase eufímica y su selección por medio de criterios precisos . Hasta entonces los pacientes bipolares eran considerados malos candidatos para cualquier tipo de psicoterapia, debido a superficialidad y dificultades para establecer una verdadera intimidad ; incluso habían sido considerados como uno de las peores calamidades de la terapia de psicóticos en grupo, por su abandono y destructividad (Yalom, 1975). Volkman y Bacon a través del proceso de crecimiento helicoidal del grupo, reportaron resultados favorables en: a) toma de litio; b) disminución de recaídas y reinternamientos; c) cohesión grupal y d) genuina preocupación por los demás. Para ello el terapeuta necesita interpretar en forma constante todo aquello que suene a superficialidad e intelectualización, así como estar pendiente de las transferencias negativas y la rivalidad con él.

Los estudios de Kanas y colaboradores (1980,1983,1984,1985) nos han mostrado mayores ventajas en la utilización de grupos homogéneos de pacientes esquizofrénicos dentro y fuera del hospital. El rol bien definido, la promoción del acercamiento y contacto entre los pacientes, la exteriorización de las emociones y las metas precisas constituyen las mejores tácticas del tratamiento.

Otros investigadores (Erikson, 1981; Pekala y colaboradores, 1985; Kapur y colaboradores, 1986) han descrito varias estrategias y técnicas , así como investigaciones sobre las mismas para la psicoterapia con grupos de pacientes esquizofrénicos internados. Debemos considerar en pero que los grupos de pacientes internados son radicalmente diferentes de los grupos de pacientes esquizofrénicos externos. (Kapur y colaboradores, 1986). El terapeuta que trabaja con grupos de pacientes esquizofrénicos externos, tiene metas distintas, a largo plazo y el foco está en la rehabilitación social (Johanson, 1986).

#### **04. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO**

El presente trabajo propone la implementación de lo que he denominado Grupo de Tarea Estructurado (GTE). Semejante a los Grupos de apoyo para resolver problemas (Supporting Group of Solving Problems, SGSP), descritos para pacientes esquizofrénicos hospitalizados por Pekala y colaboradores (1985).

La modalidad en mi trabajo es que el grupo está constituido no solamente por pacientes esquizofrénicos sino también, por pacientes psicóticos con otros diagnósticos.

También en este trabajo defino que es un grupo de tarea estructurado, clarificando sus propósitos, metas, naturaleza y composición particulares.

Hago una descripción de cada paciente, y posteriormente a través de viñetas clínicas la descripción de algunas sesiones que faciliten la comprensión de lo que fue el trabajo con el grupo.

Finalmente en las conclusiones, analizo los logros de los objetivos del trabajo del grupo.

#### **05. OBJETIVOS**

**Objetivo General.**

Esta investigación es de tipo descriptivo, por lo tanto uno de los objetivos es la observación del curso natural de un grupo de Tarea Estructurado, de pacientes psicóticos exhospitalizados.

**Objetivos Específicos.**

- 1.- Formación de un grupo de pacientes exhospitalizados del 5º piso del Hospital Fray Bernardino Alvarez.
- 2.- El grupo se hizo, siguiendo los lineamientos que se propone con los grupos de tarea estructurada.
- 3.- El grupo de pacientes se reunió semanalmente para tratar:
  - a) Toma de medicamento.
  - b) Relaciones interpersonales.
  - c) trabajo.
  - d) Independencia.
  - e) Evitación de recaídas.

## **06. DESCRIPCIÓN Y DISCUSIÓN DE CONCEPTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS DEL GRUPO DE TAREA ESTRUCTURADO**

a) **Definición de grupo terapéutico:** es una forma de tratamiento para personas emocionalmente enfermas que han sido cuidadosamente seleccionadas y agrupadas por la guía de un terapeuta, cuyo propósito es la ayuda mutua. En ella el terapeuta, por medio de varias maniobras técnicas y constructos teóricos, utiliza las intervenciones de los miembros del grupo para conseguir un cambio (Sadock, 1980).

b) **Aportes teóricos para el grupo de tarea.** En el manejo de los grupos de tarea se utilizan algunos de los conceptos y técnicas originadas en la teoría psicoanalítica, la psicología gestáltica y principalmente la psicología social (Mailhiot, 1973).

La Psicología social, entendida en su sentido más estricto, consiste en observar, identificar, definir e interpretar las conductas sociales o los comportamientos en el grupo. Esta disciplina recibió importantes contribuciones de Lewin con el desarrollo de sus conceptos teóricos de campo y dinámica del grupo. Lewin consideró que la estabilidad o inestabilidad del medio familiar determina la estabilidad o inestabilidad del individuo; esto es, el medio familiar forma un sólo campo de fuerzas y según los tabúes, las prohibiciones y los mitos que prevalezcan en el grupo del individuo que pertenece a él dispondrá de un espacio más o menos amplio de libre movimiento. El origen del conflicto no está en pertenecer a diversos grupos, sino más bien en la incertidumbre sobre la pertenencia propia a un grupo determinado. El campo social se define como una totalidad dinámica (conjuntos de elementos interdependientes), constituida por entidades sociales coexistentes más no necesariamente integradas entre sí.

El campo social es también una gestalt, es decir un todo irreducible a los grupos que en él coexisten y a los individuos que engloba; es a partir de este concepto que Lewin elabora sus hipótesis sobre la dinámica de grupo. Para la mayoría de los teóricos contemporáneos la dinámica de grupo se ha convertido en la psicología de los microgrupos o pequeños grupos. Lewin dividía a estos en dos tipos distinguiendo el psicogrupo definido como un grupo de formación; un grupo estructurado, orientado y polarizado en función de los miembros que constituyen el grupo estructurado y orientado en función de la ejecución y cumplimiento de una tarea.

c) Definición del Grupo de tarea estructurado. Para los propósitos de este trabajo, grupo de tarea es definido como una forma de incorporar desarrollos teóricos y técnicos para la atención de pacientes esquizofrénicos crónicos con un enfoque preciso de las siguientes características: criterios de inclusión y exclusión; rol del terapeuta y técnicas de manejo definidas; metas de tratamiento claras; encuadre claramente delimitado en cuanto a frecuencia y duración de las sesiones. La tarea del líder en el GTE se enfoca a la terapia social. Esta se entiende como un método de "solución de problemas psicossociales diseñado como respuesta a las necesidades interpersonales, personales sociales y de rehabilitación de los pacientes y sus familias" (Hogarty, 1974,p 609).

## **07.FORMACION DEL GRUPO**

La marcha favorable de cualquier grupo indudablemente se inicia desde su formación, que debe ser cuidadosamente preparada con la idea de que el beneficio sea mutuo, tanto para el paciente como para el grupo en cuestión.

Nuestro grupo se formó sin una selección rigurosa de los pacientes, propositivamente se integró un grupo heterogéneo, sin embargo tomamos en cuenta lo propuesto por (Foulker, 1963) recomienda que el terapeuta evalúe los siguientes parámetros para el ingreso del paciente en un grupo particular: a) índice de reacción a la angustia; b) identificación y empatía con otros; c) fortaleza del yo y d) conexión de los sistemas de defensa de los pacientes.

Antes de que se diera de alta a los pacientes se realizaron tres reuniones, en las cuales se explicó ampliamente a los pacientes:

- 1) La necesidad de que continuaran su tratamiento en la consulta externa.
- 2) La formación de un grupo de tarea estructurado, en el que participarían algunos de los pacientes.
- 3) Se explicó detalladamente los objetivos.
- 4) Se seleccionó a los participantes, a estos se les explicó la duración aproximada del trabajo, las reglas dentro del grupo y se les dió la posibilidad de que el que no quisiera participar podía ser visto en la consulta en forma individual.

El número inicial de pacientes que conformaron el grupo fue de 10, uno de los participantes abandonó el grupo a la cuarta sesión, otro a los 6 meses y un tercero al año.

## **08.DESCRIPCION DE LOS PACIENTES**

**Antonio de 23 años.**

**Soltero.**

**Originario de Salina Cruz, Oaxaca.**

**Residente en Tepeji del Río.**

**Ocupación ninguna.**

**Fecha de ingreso 23 de septiembre de 1987.**

**Primer internamiento en el hospital Psiquiátrico**

**Diagnostico Farmacodependencia Multiple, crónica, asociado a Daño orgánico cerebral y conducta sociopática.**

**Alberto de 33 años.**

**Soltero.**

**Originario del Distrito Federal.**

**Residente del Distrito Federal.**

**Ocupación pasante de la carrera de contaduría.**

**Fecha de primer ingreso 19 de Julio de 1987.**

**Primer internamiento en hospital Psiquiátrico.**

**Fecha del segundo internamiento.**

**23 de febrero de 1988.**

**Segundo internamiento en hospital Psiquiátrico.**

**Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide.**

**Hugo de 18 años.**

**Soltero.**

**Originario de San Fco. Del Río Gto.**

**Residente del Distrito Federal.**

**Ocupación Estudiante.**

**Fecha de ingreso. 9 de Septiembre de 1987.**

**Primer ingreso en hospital Psiquiátrico.**

**Diagnóstico.Psicosis Afectiva , PMD, Unipolar. En Fase maniaca.**

**Genaro de 18 años.**

**Soltero.**

**Originario del Distrito Federal.**

**Residente del Distrito Federal.**

**Ocupación Estudiante.**

**Fecha de Ingreso 14 de mayo de 1987.**

**Genaro había tenido múltiples internamientos en el hospital Psiquiátrico infantil, siendo este su primer internamiento en el Fray Bernardino Alvarez.**

**Diagnóstico. Epilepsia Bitemporal Asociado a Daño orgánico cerebral.**

Víctor de 23 años.

Soltero.

Originario de Apatzingan, Michoacán.

Residente del Distrito Federal.

Ocupación ninguna.

Fecha de Ingreso 12 de Junio de 1987.

Victor tiene dos internamientos previos en el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, en 1980 y 1983.

Diagnóstico. Epilepsia con equivalente psicomotor comicial temporal izquierdo asociado a daño orgánico cerebral fronto temporal bilateral.

Agustín. 53 años.

Soltero.

Originario del Distrito Federal.

Residente del Distrito Federal.

Ocupacion ninguna.

Fecha de ingreso. 25 de julio de 1987.

Agustín tiene un internamiento previo a los 19 años en el Manicomio General La Castañeda.

Diagnóstico: Esquizofrenia indiferenciada crónica, Estado Esquizofrénico Residual.

José de 28 años.

Soltero.

Originario del Distrito Federal.

Residente del Distrito Federal.

Ocupación ninguna.

Fecha de Ingreso. 26 de Octubre de 1987.

No tiene ningún otro internamiento en hospital Psiquiátrico.

Diagnóstico. Trastorno límite de la personalidad.

Carlos 37 años.

Soltero.

Originario del Distrito Federal.

Residente del Distrito Federal.

Ocupación. comerciante.

Fecha de ingreso 2 de Octubre de 1987.

Carlos tiene varios internamientos en este hospital Psiquiátrico.

Diagnóstico. Esquizofrenia Paranoide.

Luis Alberto. 18 años.  
Soltero.  
Originario de Ixmiquilpan Hidalgo.  
Residente. Ixmiquilpan Hidalgo.  
Ocupación. Estudiante.  
Fecha de Ingreso 15 de Septiembre de 1987.  
Luis no tiene ningún internamiento previo.  
Diagnóstico. Esquizofrenia Indiferenciada.

Pedro. 29 años.  
Casado.  
Originario del Distrito Federal.  
Residente del Distrito Federal.  
Ocupación Técnico en refrigeración.  
Fecha de ingreso 28 de Septiembre de 1987.  
Sin ningún internamiento previo.  
Diagnóstico. Esquizofrenia Paranoide.

## **09. TECNICA USADA EN EL MANEJO DEL GRUPO DE TAREA ESTRUCTURADO**

En un principio trabajamos con el GTE, El Dr. Ricardo Martín y yo alternando los papeles de terapeuta y coterapeuta, el Dr Martín por razones de fuerza mayor dejó de participar en el grupo a los 11 meses de haberse iniciado el proyecto, por esta causa y faltando 6 meses para la terminación del mismo decidimos que yo continuara el trabajo sin la ayuda de un nuevo terapeuta.

Se definió que las sesiones tuvieran una duración de una hora, en un día fijo, los primeros 11 meses el lugar de reunión fué la cámara de Gesell del 5º piso a las 11 de la mañana los días jueves. Esto también hubo que modificarlo, ya que por razones administrativas, se nos designó un consultorio en la consulta externa del hospital los días miércoles a las 12 horas, este cambio también se comentó con el grupo sin que aparentemente esto tuviera repercusión significativa en el grupo, el cual se mostró comprensivo y colaborador.

La sesión de trabajo la dividimos en tres partes: La pretarea, que consistió en la reunión de los terapeutas previo a la entrada de los pacientes para acordar el papel de terapeuta y coterapeuta, y recordar los puntos que habían quedado pendientes en la sesión anterior. El segundo momento era la sesión con los pacientes, y finalmente una postarea también únicamente con los terapeutas para hacer una evaluación de la sesión. En algunas entrevistas los pacientes fueron observados através de la cámara de Gesell, así que la pre y la postarea se hacía también con los observadores.



En cuanto a la sesión se refiere, la primera etapa es el Planteamiento de problemas. La sesión se inicia por el terapeuta, el tiempo se divide de manera tal que, en forma más o menos equitativa, cada paciente tenga la posibilidad de plantear algún problema que le inquiete. Mediante un escrutinio interno del grupo se decide que paciente inicia la segunda etapa: Definición del problema individual. Cada paciente empieza diciendo como está en relación a: a) la toma de medicamento, b) el trabajo, c) las relaciones interpersonales, al tocar estos tres puntos surge siempre algún problema que el paciente plantea al grupo. Esto da pie a la tercera etapa. Generación de posibles soluciones. Apoyándose en vivencias pasadas, enfrentamiento a problemas similares u observaciones de la conducta del exponente, que dan luz sobre la causa o causas de las dificultades planteadas, el grupo genera posibles soluciones.

En la cuarta etapa: La solución del problema, se alcanza un consenso grupal para la posible solución del problema y esto es mostrado al paciente en cuestión.

Uno a uno los pacientes exponen sus problemas y son sometidos al método antes descrito; en dado caso que alguno de los pacientes no alcanzara la oportunidad por limitaciones de tiempo, iniciará la próxima sesión. Al final se deja espacio para hablar de el pago de honorarios, así como de otros temas reelevantes.

Con el fin de ilustrar lo anterior se expone una viñeta clínica de una sesión clínica.

Se han presentado puntualmente al lugar de reunión, Agutín, Genaro, Hugo, José, Carlos, Víctor, faltan Alberto, Luis, y Antonio.

Al momento de entrar y colocarse cada uno en su asiento (mismo que sin haber sido asignado cada uno reconoce), entra Alberto, se inicia la sesión, el terapeuta pregunta; ¿quién quiere iniciar?, empezando José a decir que no está tomando medicamento, no está trabajando y además tuvo un problema en su casa; en este momento entra Antonio, sonriente, muy desaliñado y hablando sobre su dificultad para llegar temprano. El cooterapeuta pide a Antonio se siente y aguarde su turno para comentar el problema, pero Antonio parece muy inquieto así que el grupo decide que Antonio sea el siguiente en exponer, así Antonio de una forma muy desordenada dice que viene de muy lejos, que casi no llega a la cita, que su madre lo espera afuera, que durante la semana a empezado a oír voces, no identifica lo que le dicen, el terapeuta continúa con el resto de los pacientes quienes comentan brevemente como va la toma de medicamento, como están sus relaciones interpersonales, y sobre el trabajo, hasta el momento únicamente Víctor está trabajando. En esta sesión todos opinan que se hable del problema de Antonio, así que ninguno con excepción de José ha mencionado problema, así que se continúa con Antonio, (para entonces el grupo empieza a estar inquieto), el terapeuta pregunta que

pasa con la toma del medicamento a lo que Antonio responde que no lo ha tomado por que se le terminó y no lo compró ya que su mamá no ha salido a trabajar y no hay dinero, además de que él piensa que no necesita la medicina, entonces algunos del grupo se ríen y José le dice, "si maestro por eso estas alucinando, y lo que te va a pasar es que te van a internar", entonces el terapeuta pregunta a José; ¿crees que si toma el medicamento va a estar mejor? y José responde: "pues si no mejor por lo menos no tan tocado" entonces Carlos, interviene y dice; "pues haber si tu te vas tomando la pastilla, por que parece que a ti también te esta haciendo falta", luego José pide nuevamente la palabra diciendo que si él tomaba la carbamazepina podía controlar su enojo. Genaro contesta: "creo que a ti te pasa lo que me pasaba a mi y yo también tomo esa medicina, entonces el terapeuta aclara; sí, parece que a ambos les cuesta trabajo controlarse en ciertas situaciones, la diferencia es que a ti José solo ciertas situaciones familiares son las que te enfurecen, ¿es así? "sí, creo que sí, pero no se que me pasa" de todas formas, dice Hugo, "si a Genaro lo calma la medicina y a ti te lo recetaron, deberias de tomarla." El tiempo se terminó y en este momento se pide al grupo de su opinión en relación a Antonio, a lo que cada uno y de una manera muy particular sugieren a Antonio tomar el medicamento, y que además trabaje para comprarlo por que al parecer el principal problema es que se obtiene a su mamá que es la que le compra y le da el medicamento.

En esta viñeta se puede ver como através de mencionar puntos muy específicos como la toma del medicamento, las relaciones interpersonales y el trabajo, se pudo identificar en Antonio la necesidad de el control farmacológico. En José empieza a visualizarse la dificultad en cuanto a sus relaciones familiares y además su dificultad para aceptar la ayuda através del medicamento. Esta sesión fué particularmente importante por que uno de los miembros se presentó iniciando un brote psicótico, el grupo insistió mucho en la toma del medicamento para evitar el reinternamiento, pero además ayudó para que José que casualmente había empezado a tratar de violar reglas, reforzara en el grupo la necesidad de en algunos casos estar con medicamento. En una viñeta posterior se habla de el caso de Hugo quien actualmente toma litio y esta en control a pesar de que la familia intenta que Hugo regrese al hospital.

## 10. FUNCIONES DEL TERAPEUTA

El tratar a un enfermo mental implica una labor ardua, el manejo de un grupo de ellos parece una tarea colosal y extenuante, más aún si no se poseen las cualidades y conocimientos necesarios para tal desempeño.

Sin embargo el terapeuta puede asumir las funciones siguientes que facilitan su tarea:

a) proveer de estructura al grupo, el terapeuta como "ingeniero social" (Whitaker y Liberman, 1964) dará solidez y cimentación a la estructura grupal, mediante constructos teóricos prácticos. Estos incluyen el rol del terapeuta, proporcionar las reglas y procedimientos del grupo; proveer la información necesaria para que estas se lleven a cabo, lo que implica educar a los pacientes en los mismos y manejo de los factores sociotemporales (Yalom, 1975). El terapeuta evitará los cambios en el encuadre, por ejemplo, honorarios, sitio de reunión, ingreso de pacientes sin previo aviso, ausencia o salida de algún terapeuta sin explicación. En este momento cabe señalar que en nuestra experiencia el grupo respondió afortunadamente, favorablemente, aunque no se siguió esta regla al pie de la letra. La ruptura del encuadre es un craso error en detrimento del paciente (Dlarte 1981). Al respecto Bleger (1967) consideró lo siguiente: "Siempre me resultó sorprendente y apasionante en el análisis de pacientes psicóticos el hecho de que coexistiera una aparente y absoluta negación del analista junto a una exagerada susceptibilidad a la infracción, por nimia que esta fuera, del encuadre" (p.198). La experiencia estructurada del grupo provee estructura al fraccionado self del paciente (Ariete, 1976).

b) Definir , sintetizar y mantener el foco.

Definir es poner en forma clara y precisa el discurso dado por el paciente o el grupo en general. Sintetizar consiste en presentar en forma sucinta "la esencia de las discusiones, o del material llevado por un paciente" (Pekala y colaboradores, 1985). Para mantener el foco, el terapeuta atrae la atención de los pacientes, constante y reiteradamente para que interactuen, puede preguntar por algún tópico paciente por paciente en el sentido de las manecillas del reloj.

c) Aclarar la comunicación.

Para ello los terapeutas deben considerar el axioma metacomunicacional postulado por Watzlawick (1976): "No es posible no comunicarse" (p. 51).

Al implementar esto en el grupo se procede en dos pasos (Geller, 1963):

a) al aclarar el significado comunicacional del símbolo presentado en forma verbal o no verbal por determinado paciente. El terapeuta utiliza al grupo como un catalizador, es notorio como la ansiedad disminuye cuando el terapeuta lo contrario si falla;

b) cuestionar al paciente, el por qué emplea determinados símbolos para expresar tal o cual sentimiento, pensamiento o idea. El llevar correctamente estos pasos provoca una buena comunicación, franca comunión y estructura al resto del grupo.

Para ejemplificar lo anterior presento un fragmento de una sesión en grupo:

Agustín de 53 años, con una esquizofrenia residual crónica, es un individuo que invariablemente entraba en el lugar de las sesiones, se colocaba en su sitio y colocaba la mirada en el piso, sus respuestas se reducian a monosílabos en la mayoría de las veces, (sí, no, esta bien, esta mal,) lo más que llegó a decir en las últimas sesiones fué: "Estoy tomando medicamento, uno en la mañana, uno al medio día, uno por la noche; el sábado fui a la colonia Barco a comer con mi hermano y su familia", en una ocasión se había hablado de la higiene y el cuidado personal y la importancia de esto para poder conseguir trabajo. Ese día Agustín como era costumbre, vestía pantalón de gabardina, zapatos sin bolear y sin agujetas, un sueter gris viejo y roído y una camisa en veces limpia en veces no tan limpia pero siempre arrugada, nadie se refirió a Agustín en particular, el además no hizo ningún comentario, pero a la sesión siguiente, Agustín se presentó con zapatos nuevos bien peinado y rasurado, camisa planchada; el terapeuta al finalizar la sesión en la que ya no se había tocado el tema del alivio, hizo notar al grupo la apariencia de Agustín, el grupo fue muy expresivo en cuanto a sus comentarios afectuosos y de reconocimiento al cambio del paciente, el terapeuta además agregó que esa era la forma en la que Agustín estaba comunicando al grupo su participación en las sesiones. A partir de este momento, la actitud de Agustín aunque uraña y difícil mejoró y de hecho empezó a hablar un poco más sobre lo que hacía los fines de semana, además que desde ese momento Agustín a conservado un mejor alivio personal.

e) Restructurar; El terapeuta buscará darle un marco diferente al significado del síntoma en su relación con los demás (Watzlawick, Weakland, Fish, 1974).f) Connotación positiva. Es una variante de lo anterior, donde se acentúa el aspecto positivo de un síntoma o lo por que se altera el significado de este en la relación (Palazzoli y colaboradores, 1978).

El terapeuta al utilizar la reestructuración y connotación positiva del síntoma, aumenta la autoestima del paciente y le permite ver tanto el síntoma como sus problemas de relación de una forma menos dolorosa.

En la siguiente secuencia de una sesión ilustro en forma práctica la implementación de todo lo anterior descrito.

Esta es una de las sesiones de los últimos meses, han acudido a ella los ocho pacientes que regularmente han asistido, casi todos llegaron a tiempo y como siempre se inició preguntando quien quiere empezar. Hugo toma la palabra y dice "me pasó algo muy desagradable el viernes pasado con mi familia, en cuanto al litio quiero preguntar cuando tengo que hacer mi control de litemia, y con respecto al trabajo las cosas en la fábrica no están del todo bien por el problema que les quiero contar, (Hugo ha empezado a trabajar en una fábrica maquiladora, que es del padre), continúa cada paciente, exponiendo algo de lo que en ese momento les preocupa, Genaro pregunta por que hugo tiene que hacer control periódico de su litemia, al terminar la "ronda" nuevamente se pregunta al grupo por quien se empieza, el concenso general es que empiece Hugo, "Antes de comenzar, a contar lo que pasó con mi familia quiero contestarte Genaro según nos dijo Lachica (Hugo cuando se refiere a mi me nombra por mi apellido) lo que tomo tiene niveles terapéuticos, o sea que si no tomo lo que debo no hace efecto el medicamento, además si me paso me puede dañar los riñones, ¿es así Lachica? (a lo que yo respondo afirmativamente), entonces (continúa Hugo) quiero saber ¿cuando me tengo que hacer el examen y además si siempre tengo que tomar el litio?" en ese momento yo pregunto si alguien quiere responder, y Víctor comenta "yo no se cada cuando te haces tu examen pero creo que todos tenemos que tomar medicina para siempre" yo tomo la palabra, "no todos tienen que tomar medicamento ni tampoco todos lo tienen que tomar por siempre, en el caso tuyo Víctor tienes que tomar el tegretol por muchos años pues tienes una lesión en tu cerebro que sin el medicamento te da problema," si, el responde, " me pongo como loco" nuevamente tomo la palabra " en cuanto a ti Hugo, el litio es un medicamento que previene nuevas crisis por lo que es importante que tu lo tomes constantemente y además que controles los niveles periodicamente" . Bueno, continúa diciendo Hugo, " el problema que tuve es que el viernes pasaron mis papas a recogerme a la fábrica, cuando salí mi hermano menor estaba en mi asiento y mi papá me mando a la parte de atrás, yo le dije que no, que mi asiento estaba adelante y que mi hermano era el que tenía que acercarse a un lado, entonces mi papá insistió que no, y yo no me subí a la camioneta y le dije que me iba en taxi, entonces mi papá dijo: Hugo, ya te estás poniendo mal otra vez, yo me sentí muy mal , y pensé; si me subo va a decir que es por lo que me dijo y si no, capaz y me internan otra vez, así que decidí no subir y me fui en el pesero, claro ahí hice mi berrinche pero es que ahora yo no me puedo enojar ,

“Intervengo para decirle ” quieres decir que en ese momento te sentiste mal por que tu tenías derecho a tu asiento, y no tuviste posibilidades de negociarlo, además de que parece ser que tampoco tenías derecho a enojarte,” “ si así es ” y que hiciste después pregunta José, “ ah, allí está lo peor ” cuando llegué a mi casa yo me esperaba lo peor pero no, todo como si no hubiera pasado nada, cuando entre le dije a mi mamá que tenía una fiesta, y ella me dijo sí pero no regreses tarde, me metí al baño y en ese momento ella les dijo a mis hermanos no contradigan a Hugo por que se está poniendo mal, yo me sentí con mucho más coraje y no sabía que hacer me dieron ganas de irme a la fiesta y no regresar hasta el otro día, también me dieron ganas de salir del baño y gritarles, pero pensé, eso es peor mejor no voy a decir nada y voy a regresar temprano para que se den cuenta de que me puedo enojar y eso no quiere decir que estoy enfermo, y sí, así le hice y ya no pasó más” José toma la palabra y dice “ Uto, mano yo allí les rompo lo que tengo enfrente y me, largo, “entonces intervengo ” sí pepe parece que así es como tu respondes ante situaciones similares, y ¿que es lo que sucede?, contesta el, “ no pues siempre me va de la chingada, pero es que no es justo por que siempre lo van a ver a uno... bueno a mi siempre me ven como el enfermo, como el malo, ” interviene Hugo, “pues si pepe por eso yo no les contesté, si me da coraje pero tienen que entender que yo no estoy enfermo aunque tenga que tomar medicina siempre”. El tiempo se está terminando, entonces pido al grupo den su opinión en cuanto a lo que pasó con Hugo, en general el comentario fue diciendo lo bien que había respondido Hugo, lo que yo también reafirmé, dando una connotación positiva en relación a una manera de poderse ir “quitando la etiqueta de enfermos”.

g) Atención del manejo psicofarmacológico y estado físico de los pacientes.

El psicofármaco tiene para el enfermo mental el mismo valor que la medicación para una enfermedad física. El terapeuta debe de ser un experto en su manejo.

La medicación forma parte del encuadre y no solo actúa sobre los síntomas psicóticos del paciente, sino también previene recaídas y reinternamientos. El terapeuta debe estar atento e informar a los pacientes el por qué y para que de los fármacos utilizados, así como cualquier cambio en la presentación comercial de los mismos.

El buen funcionamiento de un grupo puede ser valorado por la aparición de un fenómeno que Olarte (1981) denominó “filosofía de la píldora” . Este consiste en que los mismos pacientes solicitan el medicamento al terapeuta o incluso sugieren a sus compañeros la ingesta de tal o cual medicamento, exponiéndoles las ventajas o desventajas al utilizarlo.

## **11. MATERIAL Y METODO.**

En un primer momento se empezó a trabajar con los pacientes internados en el piso en las llamadas asambleas de pacientes, en dichas reuniones se trataban temas relacionados a las dificultades que los pacientes y el personal tenían en las actividades de piso, también se hablaba de la administración de medicamentos, de la terapia fuera y dentro del piso, de los ingresos y de los egresos.

Simultáneamente se trabajó con las familias de los pacientes, primordialmente para involucrar a la familia en el tratamiento y rehabilitación de su paciente.

Posteriormente se planteó a un grupo de pacientes próximos a ser dados de alta, la posibilidad de participar en un Grupo de Tarea estructurado, explicando a estos los objetivos y metas del mismo.

El grupo fue seleccionado al azar, los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

- a) pacientes internados en el 5º piso durante la experiencia del trabajo en "comunidad terapéutica"
- b) del sexo masculino (esto fué por que en el piso no se habían internado mujeres).
- c) de cualquier edad.
- d) con uno o varios internamientos en el hospital o en algún otro hospital psiquiátrico.
- e) en remisión psicótica
- f) bajo tratamiento psicofarmacológico.
- g) pacientes con los que se hubiese trabajado directamente y a los que se les hubiese completado el estudio, biológico, psicológico y social.
- h) sin deficiencia mental severa.
- i) sin mutilaciones o enfermedad física grave.
- j) residentes del Distrito Federal, o con posibilidades de permanecer en el Distrito Federal, durante el trabajo con el grupo.

Los Terapeutas conocían el historial clínico de cada paciente y tenían un grado de entrenamiento psiquiátrico similar.

Se evaluaron asistencia al grupo, recaídas, reinternamientos abandono del fármaco y del grupo.

## 12.RESULTADOS

El trabajo con el grupo tuvo una duración de 15 meses del 15 de noviembre de 1987 al 15 de febrero de 1988. El número inicial de pacientes fué de 10 con los siguientes diagnósticos:

Esquizofrenia indiferenciada 1;

Esquizofrenia indiferenciada crónica 1;

Esquizofrenia paranoide 3,

Farmacodependencia múltiple con daño cerebral y conducta sociopática 1;

Psicosis afectiva, PMD unipolar 1;

Epilepsia asociada a daño orgánico cerebral 2 y,

Trastorno límite de la personalidad 1.

## 13.ABANDONOS DEL GRUPO

Pedro asistió únicamente en 4 ocasiones al grupo, el motivo por el cual abandonó la terapia fue porque la familia le suspendió el medicamento presentando un brote psicótico por el cual fué reinternado. La familia pidió su alta voluntaria a los 15 días de este segundo reinternamiento y no se supo más del paciente.

Luis los primeros meses fué constante en su asistencia pero a partir del cuarto mes el padre decidió que Luis regresara a Ixmiquilpan a integrarse al negocio familiar por lo que el grupo llegó al acuerdo que Luis asistiera cada 15 días. Durante los 2 primeros meses Luis acudió puntualmente a las citas para ausentarse posteriormente 2 meses más, regresando para informar al grupo que había abandonado el medicamento y que se encontraba en muy buenas condiciones: a continuación ilustro un fragmento de esta sesión.

Se presentan al grupo 9 de los participantes incluyendo a Luis quien se había ausentado por 2 meses. Con gran sorpresa el grupo recibió al paciente que había estado ausente. Iniciamos como era costumbre los comentarios de cada paciente o las dificultades en cuanto a toma de medicamento, relaciones interpersonales, trabajo o algún problema extra que quisieran comentar cuando finalmente tocó su turno a Luis el menciona "dejé el medicamento, estoy trabajando en la tienda de mis padres haciendo dulces, y quiero hablar de por que ya no me presenté en el grupo". Como era lógico el grupo estaba ansioso de saber las razones del abandono de Luis así que se decidió empezar por este. "Bueno, quiero decirles que como decidí dejar el medicamento tenía que probar como me sentía sin venir a la terapia, la verdad es que muy bien, el único problema es que regresé con los testigos de Jehová y eso me está causando mucho



problema por que según ellos no debo tener relaciones sexuales antes de casarme y estoy saliendo con una muchacha con la que me quiero casar pero ella quiere que antes tengamos relaciones sexuales, pero no puedo traicionar a mi familia ya que todos son testigos de Jehová y por lo tanto yo también mientras viva con mis padres tengo que pertenecer a esta religión". El grupo hace varios comentarios en relación a lo expuesto por Luis y concluye que el no está bien y que no debe abandonar ni el grupo ni el tratamiento por que si no, no es posible ayudarlo. Intencionadamente el terapeuta pregunta, desde cuando sale con la supuesta novia el dice; bueno en realidad solo hemos salido una vez, uno de los pacientes pregunta "¿como es que con una sola vez, ya se quieren acostar y casar?" el dice: bueno es algo que yo se, pero ¿quien te lo dijo?, bueno es algo que yo se; en este momento otro de los pacientes dice "estas mal, deberias de regresar al grupo" Luis dice que si que, el grupo acuerda que es necesario que Luis regrese y esta de acuerdo en que se reincorpore.

La próxima reunión el grupo se entera que Luis nuevamente fué internado, a partir de este segundo reinternamiento Luis no regresó al grupo.

Carlos había venido teniendo dificultades en su relación con uno de los integrantes del grupo (José). En una de las sesiones se ausentó uno de los terapeutas y justamente en esta se suscitó un enfrentamiento bastante violento entre Carlos y José, aparentemente el problema se resolvió pero Carlos no regresó a las siguientes sesiones, habiendo tenido unicamente 7 meses en la participación del grupo. Dos meses después se presentó con uno de los terapeutas pidiendo ser visto en forma individual por lo que se canalizó a la consulta externa.

Antonio acudió puntualmente a todas sus citas durante 10 meses al cabo de los cuales tuvo que regresar a Tepeji del Río por lo cual pidió al grupo se le autorizara asistir cada 15 días lo cual cumplió durante 3 meses abandonando sin razón alguna el grupo un mes antes de terminar.

#### **14.RECAIDAS.**

Alberto a los 5 meses de haberse iniciado el grupo y estando en control con neurolépticos pasaron varias sesiones en donde el no mencionó problema con la toma del mismo. En una ocasión Alberto se presentó con signos de impregnación muy marcados y el grupo preguntó que estaba pasando a lo que Alberto respondió que su padre había decidido aumentar la dosis de los mismos. Nuevamente se le preguntó por que no era el quien se administrara los medicamentos a lo que respondió que su padre no lo permitía, el terapeuta recomendó a Alberto pedir una cita en la que asistieran el y sus familiares misma a la cual Alberto no asistió ausentandose también a las reuniones del grupo. Al cabo de un mes Alberto fué reinternado en el hospital, regresando al grupo durante dos sesiones antes de ser externado. Al salir del hospital Alberto retomó la terapia grupal y durante varias sesiones se insistió en responsabilizar a Alberto de su medicación alcanzando este objetivo junto con su puntual asistencia al grupo.

#### **15.LOGRO DE OBJETIVOS**

##### **a)Toma del medicamento**

En un inicio el total de los pacientes presentaba como principal preocupación el cuando se iba a dejar de tomar medicina, através de las sesiones el grupo se dejó de hacer esta pregunta para pasar a hablar de las dosis, del control de niveles sanguíneos, y aunque continuaba la preocupación de cuanto tiempo se tomaría medicamento había la conciencia de la importancia de el fármaco en cuanto al control de la enfermedad. El cada caso más se alcanzó el objetivo que era conocer el medicamento controlarlo, y hacer conciencia de su importancia en cuanto a tratamiento y control. Hugo, que toma litio, tiene un control de las dosis y de los niveles séricos del mismo, Agustín, que siendo un paciente esquizofrénico crónico con un grave deterioro, ahora conoce perfectamente su medicamento el mismo se lo suministra, y conoce exactamente la dosis.

El caso de Alberto también esquizofrénico, el padre controlaba el medicamento y en una ocasión llevo a Alberto a una recaída, se logró que el paciente también se hiciera cargo de la medicación. En el caso de Víctor y Genaro quien toman anticomisial, se redujo la dosis interviniendo en esta

16  
Lr

decisión la opinión del grupo, estando actualmente con la dosis mínima efectiva, José en quien clínicamente estaba indicado carbamacepina y que en otras ocasiones este medicamento le había ayudado a su mejor control de impulsos, en un inicio, se negó a tomarlo, al final de trabajo con el grupo el mismo había decidido tomarlo e incluso empezó con dosis mínimas y con el tiempo encontró en nivel adecuado refiriendo el mismo, que el medicamento era una parte importante en su mejoría, sin dejar de reconocer que en el su forma de ser no tenía una relación directa con algún problema biológico, Antonio que en un momento presentó una crisis, por el abandono del medicamento y en el que la madre había dejado la responsabilidad no solo de la administración sino de la compra hubo un cambio y en un momento el se hizo cargo de la administración.

#### b) Trabajo

Al momento de ser dados de alta ninguno de los pacientes se reintegró a sus actividades.

Carlos que tenía una larga historia de enfermedad y algunos internamientos tenía como antecedente importante el que al inicio de su enfermedad el trabajaba vendiendo pescados fuera de las escuelas, es en esas circunstancias en las que el empieza a tener alteraciones básicamente sensoriales y trastornos del pensamiento, (oía voces, pensaba que le querían hacer daño) además de trastornos del afecto, y otros trastornos menores, el mismo en aquel entonces decide acudir al hospital a pedir ayuda aquí empieza su tratamiento y primer internamiento, a partir de entonces cada vez que salía de una crisis no pasaba tiempo en integrarse a su actividad laboral, también ahora con el grupo fue el primero en trabajar, sus ingresos apenas le alcanzaban para la comida y un pequeño extra que daba a su madre, Carlos abandono al grupo y tiempo después también abandono el trabajo, pero no se supo si más adelante lo retomó ya aunque fue canalizado a la consulta externa del hospital, no se pudo hacer seguimiento.

Agustín, el paciente de más edad en el grupo y también el más deteriorado, nunca había trabajado, cuando el grupo trataba este asunto, Agustín nunca respondió, en una sesión se le preguntó directamente y el respondió que había preguntado a su hermano, el cual nunca le consiguió un trabajo, sin embargo el grupo empezó a considerar trabajo las actividades que Agustín realizaba cotidianamente, lavar su ropa, elaborar sus alimentos, asear su casa, tres meses antes de terminar, en la época de navidad Agustín en una ocasión comentó al grupo que estaba haciendo adornos navideños, mismos que en la sesión siguiente llevó al grupo junto con bolsas de colación que los compañeros le compraron haciendo la sugerencia de que era una buena forma de que Agustín tuviera un ingreso, al regresar de las vacaciones de diciembre Agustín no volvió a mencionar lo de su trabajo.

Víctor a los dos meses de iniciado el grupo empezó a trabajar como ayudante de albañil con el padre, con quien en algunas ocasiones ya había trabajado pero siempre por temporadas cortas ya que la relación con el no era buena, durante el tiempo que duró el grupo Víctor, no dejó nunca de trabajar con el padre y tampoco nunca refirió problemas laborales, además de que con el sueldo pagaba su medicamento y sus alimentos.

Antonio, a los tres meses de su egreso, consiguió un trabajo como pintor, el cual realizó con éxito recibiendo un pago por dicho trabajo, pero nunca más trabajo, con el el grupo insistió mucho en que parte de su recuperación era el que trabajara, el pretexto que Antonio argumentaba era el que se sentía muy cansado con el medicamento y esto le impedía laborar. Este argumento fué perdiendo peso sobre todo después de la primer recaída, ya que el grupo insistía en que mientras el no consiguiera dinero para tener el medicamento difícilmente se podía independizar, finalmente con el cambio de ciudad Antonio comenta que ahora si ya instalado en su pueblo va a buscar trabajo, como pintor o cargador, esto lo plantea la última sesión en la que se presentó. El ve como necesidad conseguir dinero además de para pagar sus gastos para poder seguir asistiendo al grupo.

Alberto, el terminó la carrera de contador estaba realizando su tesis cuando enfermó, el no se planteaba la posibilidad de trabajo, en las entrevistas familiares que se tuvieron durante el internamiento, los padres decían que Alberto prácticamente no salía de su recámara lo que el confirmó durante los primeros meses frente al grupo, pero más adelante el fué hablando de como empezó a tener más actividades en su casa, barrer el patio, alimentar a los animales, hacer mandados. Después de su reinternamiento hubo un cambio substancial, Alberto empezó a plantear al grupo su necesidad de retomar su carrera, lo que el grupo alentó, pasaron varias sesiones en las que Alberto hablaba de proyectos y el grupo empezó a insistir en que debería de buscar primero un trabajo que le diera algún ingreso, fué entonces que Alberto empezó a llegar con el periódico del aviso oportuno y una guía roji diciendo al grupo que ya estaba buscando trabajo pero que no había, en alguna ocasión uno de los pacientes hizo notar que Alberto era muy descuidado en su arreglo personal, (la camisa sin botones los zapatos sucios, despeinado y sin rasurar), y que así difícilmente encontraría trabajo, esto provoco un cambio en el, empezó a tener un mayor cuidado en su arreglo aunque nunca logró, el éxito total, sin embargo en las últimas sesiones Alberto empezó hablar de las entrevistas que ya había empezado a tener.

Genaro, el había dejado el segundo año de la preparatoria sin terminar, enfermó antes de concluirlo y por consiguiente su rendimiento escolar había sido malo y además con problemas de conducta que lo habían dejado prácticamente sin la posibilidad de regresar al plantel en donde estudiaba.

El primer logro del grupo es que Genaro regresó al plantel y pudo arreglar sus papeles, reingresando al curso, su desempeño no fue bueno y antes de terminar nuevamente abandona la escuela. Parte de su dificultad escolar coincide con la muerte de su padre lo que provoca en Genaro un cuadro depresivo y angustia por no saber que va a suceder económicamente en su casa, cuando Genaro decide abandonar la escuela el grupo insiste en que tiene que continuar trabajando sobre todo por que en su casa necesitan dinero, Genaro plantea que además quiere estudiar, lo que el grupo apoya siempre y cuando este además trabaje, seis meses antes de terminar la experiencia con el grupo el paciente entra a una escuela técnica y consigue un trabajo como vendedor ambulante, a partir de entonces su rendimiento escolar es excelente y a cada sesión llega con la ropa que vende mismo que coloca entre algunos de los compañeros del grupo y personal del hospital.

José, al término su preparatoria, siempre tuvo un regular rendimiento escolar y con dificultades por mala conducta, en una sola ocasión y por una temporada relativamente corta trabajó en un puesto de gobierno, del cual fué corrido. Varios intentos hubo por parte de la familia para que trabajara pero nunca tubo éxito. Durante el trabajo con el grupo José planteó la necesidad de obtener ingresos para mejorar su situación en relación a la dependencia con los padres, cabe decir que José proviene de una familia acomodada y que hasta ese momento nunca se había visto carente de las necesidades básicas e incluso los padres proporcionaban dinero suficiente para diversiones. El grupo fué muy crítico en cuanto a la situación privilegiada de José y la actitud pasiva de este. Más o menos a los 6 meses de iniciado el grupo José entró a trabajar a la compañía del hermano mayor vendiendo persianas. Los tres primeros meses de desempeño laboral José no cumplió del todo bien con sus obligaciones llegando tarde, en ocasiones no trabajando lo que repercutió en sus ingresos ya que el ganaba por comisión. En todas las sesiones José se quejaba de la falta de motivación para el trabajo todo esto paralelo con una falta de buenas relaciones familiares e interpersonales en general, esto también era reflejado en su actitud hacia el grupo tratando siempre de llamar la atención, de marcar las fallas en los otros sin reconocer las propias, con dificultades en el pago de la consulta (quejandose que era el que más pagaba), finalmente al décimo mes coincidiendo con el planteamiento por parte del terapeuta de que aproximadamente en 4 meses más daría fin el trabajo con el grupo José tuvo un cambio sorprendente, debido a una dificultad en su colonia en donde hay implicaciones con la policía José tiene que abandonar su casa y decide que lo mejor es independizarse por lo que alquila un cuarto en un departamento que comparte con otras dos personas que había conocido através de unas amistades. Esto lo coloca en la necesidad de plantear a su hermano un

suelo fijo más honorarios con lo que el hermano está de acuerdo. A partir de este momento José empieza a ser más cumplido en el trabajo teniendo un mayor número de ventas lo que le permite pagar renta, alimentos y vestido. Las relaciones familiares aparentemente mejoran y su actitud en el grupo cambia radicalmente empezando a ser más autocrítico y a dar más reconocimiento a la ayuda que el grupo le ha brindado.

Hugo, justo en el momento de enfermarse estudiaba una carrera técnica misma que por razones obvias abandona. Al salir del hospital pasa dos meses sin integrarse a la vida laboral, cuando finalmente decide empezar a trabajar con el padre en un taller de maquila. Las condiciones del trabajo eran que ayudara al padre sin recibir un sueldo. En varias sesiones Hugo se refería al trabajo como una actividad temporal antes de decidir regresar a la escuela. El grupo lo cuestionaba en relación al no pago por realizar dicha actividad por lo cual Hugo pidió un sueldo y simultaneamente decidió invertirlo en su propio taller. En las últimas sesiones Hugo explicaba la formación de un nuevo taller en sociedad con su hermano. En un periodo de cuatro meses Hugo compró una mesa para cortar tela, una máquina de coser y tela con la que empezó a manufacturar prendas de vestir, este proyecto Hugo lo ha planteado como "su" proyecto de vida y la posibilidad de a corto plazo independencia del padre con el que además la relación se transformó radicalmente.

### c) Relaciones interpersonales

Carlos. La familia de Carlos está constituida unicamente por su madre con la cual convive, teniendo una relación simbiótica muy difícil de romper, casi desde el principio de la formación del grupo Carlos planteó su ambigüedad de sentimientos diciendo "mi madre es ya una anciana y siempre ha cuidado de mí, aún ahora trabaja más sin embargo por momentos la odio". Aunque Carlos se hacia cargo de acudir al médico, comprar los medicamentos y administrarselos dependía de la madre para la alimentación, el vestido y la casa, era muy irregular la ayuda que el brindaba a su madre con la que además tenía en general mala relación y en los momentos de crisis se hacia muy violenta. Poco antes de que abandonara el grupo Carlos empezó a plantear la necesidad de vivir solo como una posibilidad para mejorar la relación con su madre. Carlos veía con mucha claridad los problemas de relación que José tenía con su madre y también al final de su estancia en el grupo comprendió que el ver en José las dificultades de relación con su madre tenían que ver con su propia dificultad. Carlos no terminó con el proceso con el resto de los compañeros. En relación a amigos hombres y mujeres nunca mencionó ninguna amistad fuerte, eventualmente pagaba a una mujer con la que tenía

relaciones sexuales con la que tampoco establecía vínculos afectivos fuertes. Con el grupo hubo una buena integración y llegó a sentirse parte de él, pero también el abandono coincidió con una mayor consolidación entre cada uno de los compañeros.

Agustín. Hombre muy hermético con las dificultades propias del esquizofrénico crónico. Con el grupo era prácticamente nulo el contacto fuera de las sesiones, siempre fué el que llegó primero, inmediatamente ocupaba su lugar y evitaba al máximo el contacto visual y físico con el agravante de su dificultad para la comunicación verbal. Agustín vive con el hermano mayor de 60 años, aparentemente su vida social se reduce a salir los fines de semana a la casa de otro hermano. En cada una de las sesiones a las cuales nunca faltó mencionaba "el sábado fuí a Los Reyes, a comer a casa de mi hermano".

Víctor. Hasta antes de ser internado este hombre vivía parte del tiempo con alguna de las hermanas o con el padre, con el cual nunca había tenido buena relación. A partir de su salida y del inicio con el grupo empezó a trabajar con el padre y desde entonces a vivir con él.

Nunca refirió problemas interpersonales ni con el padre ni con los parientes cercanos como hermanos, tíos y cuñados a los que visitaba periódicamente. Víctor empieza una relación amorosa con una expaciente del hospital la cual conoce durante su internamiento y a la que busca cuando en el grupo se empieza a hablar de las relaciones con las mujeres. El grupo cuestiona a Víctor el por que hace una relación con una enferma y no busca una mujer sana, esto es una etapa importante en el grupo ya que al mismo tiempo cada uno de los integrantes se pregunta que significado tiene "ser enfermo mental". A los cuestionamientos Víctor contesta; "a mí solo me interesa Dalía para tener con quien ir al cine y con quien echarme un fajecito mientras aparece con la que yo me quiera casar, además ella ya me dijo que yo estoy bien porque tengo mi terapia que ella siente que no está bien, que no hace nada y que se siente muy triste, que ojalá tuviera una terapia, que mejor me busque otra". Aparte de esta mujer en las dos últimas sesiones Víctor cuenta de otro amigo que ha empezado a frecuentar. Las relaciones con los compañeros son muy afectuosas sin que con ninguno de ellos intimide fuera del espacio.

Antonio. Siempre ha vivido con la madre la cual está casada por terceras nupcias con un joven de la edad de Antonio, este se refiere al padrastro como si fuera un hombre mucho mayor que él y su relación con la madre y el esposo es de absoluta dependencia. En las últimas sesiones Antonio cuenta que estuvo casado y tuvo un hijo al que no ve ya que por su enfermedad la mujer lo abandonó. Posterior a este comentario y coincidiendo con su regreso al pueblo Antonio empieza una relación

amistoso con una joven de 14 años y una relación de tipo sexual con una mujer casada y años mayor que él. En varias ocasiones él afirma que así está bien por que la muchacha de 14 años es muy pequeña y mientras crece él necesita desahogarse sexualmente. Llama la atención que Antonio ha empezado a hacer juicios de valor ya que durante las fases agudas de su enfermedad Antonio tenía una conducta sociopática. Antonio no acudió a las últimas sesiones así que no se supo más en cuestión de sus relaciones.

Alberto, hizo una carrera universitaria aparentemente con una historia de vida social más o menos adecuado, pero a raíz de enfermar abandona estudio amistades y empieza en ese proceso de aislamiento, con una sobre protección paterna, que no solamente lo paraliza sino que en un momento dado "lo regresa a la hospitalización" aunque los cambios en cuanto a su relación con el grupo no fueron muy evidentes, Alberto si se integra más al grupo después de su reinternamiento, fue evidente su puntual asistencia su mayor participación, el intento por trabajar, en el caso particular de Alberto y por su patología es probable que el grupo sea una alternativa para socializar para sentirse parte de un grupo. Creo que en este caso los cambios tal vez podrían ser más palpables a más largo plazo, ya que uno de los mayores problemas del esquizofrénico son los de la comunicación con el exterior.

Genaro es miembro de una familia numerosa, bien integrada, en donde los roles estan más o menos bien definidos, él es el segundo hijo, con un largo historial de tratamiento psiquiátrico, con una relación conflictiva con los padres más que por su enfermedad, la adolescencia.

Con el trabajo del grupo Genaro mejora la comunicación sobre todo con el padre, hace alianza con el resto de los hermanos, la madre siempre a estado periférica y aparentemente la relación es lleva-dera, al morir el padre, la hermana mayor (un año mayor que Genaro) ocupa el lugar del padre, empieza a tomar decisiones en cuanto al dinero, invite al novio a vivir un tiempo en la casa paterna, se quiere hacer cargo de una amiga que queda embarazada, todo esto Genaro lo comenta al grupo diciendo que él no esta del todo de acuerdo pero que su mamá lo cual tampoco esta de acuerdo no hace nada, el grupo empieza a hacer notar a Genaro que él es el mayor de los hombres y que además él no está teniendo ninguna participación en las decisiones familiares, se le hace ver la necesidad de apoyar a la madre para que sea esta la que tome las riendas de la casa, y que se eviten ciertas actitudes de la hermana que el grupo junto con la opinión de Genaro consideran inadecuadas, Genaro hace ver al grupo que a él lo toman como enfermo que no tiene voz ni voto, y que esto tiene que ver con el echo de que hasta el momento él no hace ninguna aportación a la casa y que su actitud no es de un individuo "sano" el grupo sugiere a Genaro empiece por apoyar a la madre, que además empiece hablar con los hermanos y que



desde luego trabajo, poco a poco, Genaro empieza a adoptar otra actitud, ya no se enoja cuando habla con los hermanos empieza a expresar sus desacuerdos y empieza a apoyar a la madre en cuanto a decisiones importantes, esto produce un cambio substancial en la dinámica familiar y Genaro empieza actuar realmente como el hermano mayor, las relaciones con los hermanos mejoran al igual que la comunicación con la madre, tanto en la escuela como en el trabajo Genaro empieza a hacer amistades, es importante mencionar que hasta antes de su internamiento él tiene una vida social con los amigos bastante normal, sale con amigos empieza a salir con amigos, después del internamiento Genaro únicamente se relaciona con los familiares, es hasta finales del trabajo grupal cuando empieza nuevamente a buscar a los amigos y a interesarse por alguna amigo en particular. Con el grupo Genaro se integra casi desde el principio su participación siempre es muy activa tratando de ser constructivo en cuanto a sus comentarios.

José, es un paciente disgnosticado como Personalidad limítrofe, con una historia de enormes dificultades de relación por su comportamiento, además de pertenecer a una familia disfuncional y en donde se le sobreprotegió, José a pesar de ser un hombre con muchas relaciones estas siempre han sido superficiales y conflictivos, la mayor expresión de los conflictos era en las relaciones familiares, casi siempre terminando en actos violentos de autoagresión, en el grupo esto también se reflejó muy claramente logró "echar fuera a uno de los participantes" en el grupo jugó el papel de líder en muchas ocasiones, trataba de intimidar con la mayoría de los compañeros fuera del grupo, al inicio sus comentarios eran francamente destructivos y sarcásticos, siempre tratando de violar las reglas, siendo muy retador con los que representábamos la autoridad, el cambio en José fue muy evidente, sobre todo al final, después de su independización, llegando a plantear él mismo su incapacidad para establecer buenas relaciones afectuosas y duraderas, hasta el final del tratamiento José había logrado convivir con los que le rentaban el departamento, reconoció que sentía gran afecto por los compañeros del grupo la comunicación con los hermanos y sus padres mejoraron al grado que pudo obtener un mejor sueldo gracias al cumplimiento de sus labores, evitando las discusiones por demás violentas que solía tener con el jefe (su hermano mayor). En José uno de los mayores logros fué el de su independencia y más que esto la conciencia que adquirió sobre sus dificultades no solamente en el área laboral sino social y afectiva. Y llama mucho la atención como sus comentarios al final empezaron a ser más autocríticos que heterocríticos y aún siendo así se cuidaba de que no fuesen destructivos, su costumbre al final era decir "creo que eso que te pasa también a mí me sucede por eso estamos aquí".

Hugo, de todos parece ser el más "sano" en relación a lo social, a pesar de pertenecer a una familia muy rígida, sus relaciones interpersonales se vieron poco afectadas después del internamiento, él fue el único que poco tiempo después de su egreso inició una relación amistosa y sexual con una compañera de escuela, la cual termina para iniciar otra relación con una chica que a él, le parece más atractiva, continúa esta relación por varios meses hasta que la chica decide terminar y Hugo empieza a trabajar, pasa algún tiempo solo y posteriormente conoce a una nueva compañera con la que empieza una nueva relación; a continuación se narra una de las últimas sesiones en donde se ilustra el cambio de Hugo y la actitud del grupo en relación al aspecto social.

Cuatro sesiones antes de terminar, el grupo, como ya era costumbre desde algunos meses atrás cuando se trataba de hablar de sus relaciones interpersonales enfocaba la atención a la relación con las mujeres, así Hugo comenta que hace varias semanas sale con Claudia una amiga que le presentó otro de sus amigos ya que con la chamba Hugo se encontraba muy ocupado y sin tiempo de ver amigas, a Claudia le tenía afecto la pasaba muy bien pero nada más no pretendía nada serio, sin embargo él se percató de que ella quería formalizar un noviazgo, alguien del grupo preguntó si nada más eso o también quería acostarse con él, Hugo dijo "yo creo que también y no estaría mal". Durante el transcurso de esa semana se presenta al hospital Claudia, preguntó por mí y pidió hablar en privado, empezó diciéndome que a ella no le interesaba directamente saber sobre el diagnóstico de Hugo pero que a su mamá que era trabajadora social sí, ya que le preocupaba que si ella se casaba con Hugo pudiera alguno de sus hijos heredar su enfermedad, su madre se había enterado por ella que Hugo tenía un problema psiquiátrico que había estado internado y que acudía periódicamente a consulta, yo le pregunté a Claudia como se había enterado, ella respondió que Hugo se lo había contado, yo le dije que mientras el paciente no me autorizara a hablar de él, yo no podía dar ninguna información y que además él tenía que estar presente, la joven me miro desconcertada me dijo que lo único que no quería era que por esto se fuera a romper la relación con Hugo, yo le hice saber que esto lo tenía que comentar con mi paciente y que le sugería también a ella lo hablara con Hugo.

La próxima sesión Hugo pidió que se hablara de esto, yo expliqué con detalle lo que había sucedido, el grupo quedó muy sorprendido, José fue el primero en pedir la palabra y dijo "eso no se vale, que falta de respeto, yo me la ..... y luego la dejaba" a esto comenta Hugo, "no, si no se trata de eso a mí no me gustaría querer a alguien y luego que me dejara" José nuevamente interviene, "que a poco tu te quieres casar con ella" Hugo, "no

pero de cualquier forma no me interesa hacerla sentir mal, me dio coraje lo que pasó pero ella ya habló conmigo y me explicó que fué su mamá la que la mandó" comenta Genaro "pero por que ella no te lo preguntó antes, yo no la volvía a ver" a esto agrega Víctor" pero antes reclamale esto no se puede quedar así" Hugo contesta, ya hablamos ella me explicó lo que pasó yo tengo coraje pero creo que cometí un error ya que no tenemos por que contar que estuvimos internados ni que venimos a terapia" interviene el terapeuta, y pregunta ¿es un error contarlo así nada más? contesta Genaro "bueno si es una persona de confianza o la mujer con la que se va a casar pues sí se puede contar, pero lo que le pasó a Hugo a mi me ha pasado y no toda la gente entiende" dice José" a mi lo que me paso es que a veces quisiera decirle a mis amigos que todos deberían estar con un psiquiatra pues creo que a todos les hace falta, a mi me ayudado mucho, a mi lo que me paso es que me doy cuenta de que siempre hago una comedia" ¿como que una comedia? pregunta Hugo, si contesta José" como que uno no tiene por que decir que estuvo en el manicomio como que hay otras cosas de que hablar" el terapeuta aclara " lo que tu quieres decir es que la vida se puede vivir como un drama, o como algo no dramático, " si exactamente contesta José," por ejemplo yo siempre estoy como en la fantasía pienso que quiero estar con una chava que me gusta y que le hablo bonito y que soy cariñoso pero cuando estoy con ellas no puedo" Víctor le dice"por eso es que le dices a Hugo que se la ..... y la deje, además siempre te consigues chavas muy feas y que telos encuentras en la calle y a la hora de la hora no puedes ni C..... " ( Víctor se refiere a una sesión en donde pepe cuenta el episodio de un encuentro fortuito con una muger muy fea que se la lleva a su casa y no puede tener relaciones sexuales deseando que amaneciera para no volverlo a ver, además de que pepe siempre se había quejado de que el no encontraba nunca la mujer que se imaginaba). José contesta " si tienes razón Víctor" .El tiempo se terminó el terapeuta pregunta a Hugo, que piensa hacer " bueno a mi si me gustaría acostarme con ella, así que le voy a decir que en realidad yo no pienso casarme con ella que me cae bien y que si quiere acostarse conmigo de antemano sabe que no va haber más, en relación a lo otro ya no le voy a decir nada yo no tengo que dar ninguna explicación, y si algún día me llevo a casar a mi esposa si se lo voy a contar por que parece que lo que yo tengo se puede heredar ¿asi es? 'o lo que el terapeuta contesta afirmativamente.

Los resultados obtenidos en este estudio permiten analizar algunos aspectos sobre la implementación en nuestro medio, de los Grupos de Tarea Estructurado para pacientes ambulatorios. La modalidad en nuestro trabajo consistió en que el grupo no fué de esquizofrénicos unicamente como lo recomiendan Yalom, 1975; Toselendy Siporin, 1986 , sino que se mezcló con otro tipo de pacientes, entre otros un paciente con el Dx psicosis afectiva unipolar, un paciente con trastorno límite de la personalidad, tres

pacientes con daño orgánico cerebral, uno de ellos además farmacodependiente con conducta sociopática. Justamente pacientes que la experiencia indica dentro de los criterios de selección como pacientes no aptos para el GTE. Teseland y Siporin (1986). Imber, Frank y Nash, (1957) .

Sin embargo de 10 pacientes que inician el grupo hay tres deserciones . De los 7 restantes logran trabajar 4, en cuanto a sus relaciones interpersonales se puede decir que los que terminan la experiencia, alcanzaron la cohesión de grupo, compartiendo la información, fomentando el altruismo, permitiendo la catarsis y confidencialidad del grupo. Mejoraron sus relaciones familiares e intentaron una mejor relación con el resto del mundo.

En cuanto a la toma del medicamento los 7 finalistas se responsabilizaron de la toma del mismo, alcanzaron conciencia de enfermedad y visualizaron la importancia de la ayuda farmacológica en cada uno de ellos.

En cuanto a la independencia el caso más evidente fué el de José quien logró salir del medio familiar y empieza a responsabilizarse de sí mismo.

## **16.CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.**

Con el convencimiento de que la enfermedad en general y la patología mental en particular, tienen un origen biológico, psicológico y social, la práctica de la medicina general y de la psiquiatría deben de contemplarse con una visión lo suficientemente amplia para abarcar estos tres aspectos que permiten la comprensión integral del enfermo, y el trabajo interdisciplinario con los mismos.

La rehabilitación por lo tanto, depende directamente de la administración adecuada de la droga, el fortalecimiento interno del individuo y la integración al medio social, con la finalidad de alcanzar, el autocuidado e independencia de cada individuo.

La experiencia con el Grupo de Tarea Estructurado, se inicia con la formación de un piso en donde se trabajo con cada paciente de una forma individual, personal, integral y con un equipo interdisciplinario, que permitió elaborar una lista de problemas, con un Diagnóstico preciso, y un tratamiento adecuado durante la fase aguda del cuadro psicótico, además con una aproximación humana y profesional por parte de cada uno de los integrantes del equipo interdisciplinario, todo esto preparó al grupo para pasar a la fase de rehabilitación, la cual tuvo una duración de 14 meses.

Podemos considerar que la experiencia del GTE, para pacientes psicóticos, es una experiencia que vale la pena repetir, ya que esta única experiencia no es suficiente para afirmar, que es la alternativa para el manejo de los pacientes psicóticos ambulatorios sin embargo, creo que los resultados finales de esta experiencia muestran que es posible abarcar los tres aspectos fundamentales de la rehabilitación del paciente biológica, psicológica y social, con lo que se evitó el reinternamiento por lo menos en 6 de los 10 pacientes en uno de ellos a pesar de la recaída hubo una reintegración al grupo, y le permitió continuar rápidamente con la rehabilitación y control de su enfermedad, podemos decir que el éxito relativo de este grupo, tiene que ver con la experiencia previa de cada uno de ellos con el internamiento en un piso en donde se les preparó para continuar con su rehabilitación, detalle sumamente importante ya que marca la necesidad de cambiar las condiciones de trato del paciente durante la fase aguda de la enfermedad, desde luego también influye la constancia y el interés por parte de los terapeutas y la supervisión constante de estos para ir afinando cada vez más el trabajo con el grupo.

Las metas del tratamiento están orientadas por las necesidades particulares de rehabilitación social, del paciente a través del grupo, rehabilitación interpersonal y personal, lo que puede resumirse como remedio a su inestabilidad psicosocial y compensar sus deficiencias (Wood, 1980, Frey. 1984).

El terapeuta que trabaja con enfermos mentales debe considerar los aportes cada vez mayores de las fuentes de información experimental y teóricas sobre estos pacientes, genética, neurobioquímica, psicológica, psicoanalítica, sociológica psicofarmacológica, etc. (Shapiro, 1982, p.29. ).

El trabajo simultáneo con las familias de los pacientes también es fundamental sobre todo si estamos con la teoría general de los sistemas, que en términos muy concretos explica el origen de la enfermedad no como un problema de causa efecto, sino más bien como el efecto entre la interacción de los diferentes subsistemas que a su vez integran un sistema.

Resumiendo podemos decir que el logro principal del grupo fue: La solución de problemas específicos, entre otros podemos anotar, cooperación en la toma de medicamentos evitación de recaídas y reinternamientos; el mejor enfrentamiento a los problemas cotidianos, el mejoramiento de las relaciones familiares e interpersonales, la conciencia de la importancia de ser productivo para, a través del trabajo obtener una mayor independencia.

Los Grupos de Tarea Estructurado que proponemos, no pretenden ser la solución al problema de la atención integral de los enfermos mentales ambulatorios, tampoco podemos decir que con esta única experiencia se pueda asegurar que este tipo de trabajo es siempre exitoso, lo único que pretendemos proponer es el estudio más amplio con este tipo de técnica que permita si los resultados así lo indican, una atención integral del paciente ambulatorio y que por lo menos esta sea una respuesta a la presión cada vez mayor de buscar métodos adecuados de tratamiento y rehabilitación para esta población psiquiátrica.

## 17. BIBLIOGRAFIA

1) Bloch S; Bond G; Qualls B; Yalom I; Zimmerman E.

Patient expectation of therapeutic improvement and their outcomes.  
Am J Psychiatry 1976 Dec; 133 (12); 1457-60

2) Erikson EH

(To be fed a crisis experience: patients should have confidence in themselves and in that of the food giver)

Sygeplejersken 1981 Sep 16; 81 (36): 6-7

3) Erikson EH

On the generational cycle. An address.

Int J Psychoanal 1980; 16 (Pt 2) : 213-23

4) Fenny Dinonburg

Malpractice crises and commissions-counterpoint.

Alaska Med 1981 Jan; 16 (1): 4-6

5) Johnson, 1986

On the generational cycle. An address.

Int J Psychoanal 1980; 16 (Pt 2) : 213-23

6) Grinberg

Introducción a las ideas de Bión

Segunda edición; Buenos Aires; Nueva Visión (1976).

7) Kapur R; Ramage J; Walker K

Group psychotherapy in an acute inpatient setting.

Psychiatry 1986 Nov; 49 (4) : 337

8) Macmillan JF; Crow TJ; Johnson AL;

Experienced emotion and relapse in first episode of schizophrenia.

Dr. J Psychiatry MN 51; 320-380

9) Mailhiot

Cronicas de un grupo; primera edición

Madrid Gedisa; 1979.

10) Masnik R; Olarte SW; Rosen A

"Coffee groups: a nine-year follow-up study.

Am J Psychiatry 1980 Jan; 137 (1) : 91-3

11) Mosher LR; Keith SJ

Psychosocial treatment; individual, group, family, and community support approaches.

Schizophr Bull 1980; 6(1); 10-14

12) Liberman Lul.

The incidence of schizophrenia (materials from a clinic-epidemiologic study)

Zh Neuropatol Psikhiatr 1974; 74 (6); 1224-3

13) Olarte

Can psychotherapy research guide the policymaker A little knowledge may be a dangerous thing.

Am Psychol 1981 Apr; 34 (4); 296-306

14) Palazzoli MS; Boscolo L; Cecchin GF; Prato G

Family rituals a powerful tool in family therapy.

Fam Process 1977 Dec; 16(4); 445-53

15) Palacios, Agustin;

Técnicas de grupo en psicoanálisis; 1a ed. México

La Prensa Médica Mexicana 1975.

16) Parloff MB

Can psychotherapy research guide the policymaker A little knowledge may be a dangerous thing.

Am Psychol 1979 Apr; 34 (4); 296-306

17) Parker G ; Johnson P

Parenting and schizophrenia: Australian study of expressed emotion.

Aust N Z J Psychiatry 1987 Mar ; 21 (1) : 60-6

18) Pekala RJ ; Siegel JM ; Farrar DM

The pri problem-solving support group: structured group therapy with psychiatric inpatients.

Int J Group Psychother 1985 Jul; 35(3) : 391-409

19) Pollock DD; Liberman RP

Behavior therapy of incontinence in demented inpatients

Gerontologist 1974 Dec; 14 (6): 488-91

20) Sadock, 1980

Psicoterapia de los grupos

Buenos Aires Paidós, 1971

21) Shapiro, 1982, p.29.

Some thoughts on termination

Psychoanalytic Inquiry

Vol. 2; No.3; 1982



- 22) Serok S ; Rabin C ; Spitz Y  
Intensive gestalt group therapy with schizophrenics.  
Int J Group Psychother 1984 Jul ;34 (3) ; 431-50
- 23) Toseland RW ; Siporin M  
When to recommend group treatment: a review of the clinical and the  
research literature.  
Int J Group Psychother 1986 Apr; 36 (2) : 171
- 24) Von Bertalanffy  
Teoría General de los Sistemas  
Fondo de Cultura Económico México D.F. 1976
- 25) Watzlawick P The psychotherapeutic technique of "reframing: . pp  
119-27.  
In: Claghorn JL, ed. Successful psychotherapy. New York,  
Brunner/Mazel, 1976. WM 420 S942 1975:
- 26) Watzlawick  
Teoría de la comunicación Humana  
Tiempos contemporáneos México D.F. 1974
- 27) Weakland, Fish  
The written summary as a group psychotherapy technique.  
Arch Gen Psychiatry 1975 May; 32 (5).
- 28) Wood WD  
An attempt to validate the psychoticism scale of the Brief Symptom  
Inventory.  
Br J Med Psychol 1982 Dec; 55 (pt 4) ; 367-73
- 29) Yalom L; Bond G ; Bloch S  
The written summary as a group psychotherapy technique.  
Arch Gen Psychiatry 1975 May; 32 (5).