



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología

Acompañante Terapéutico y
Paciente Esquizofrénico

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

P R E S E N T A

Verónica Ontiveros Ruiz

Director de tesis:

Dra. Ma. Isabel Haro Renner

MÉXICO, D.F.

1995

1994

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis *Padres*, por su amor, su confianza, su apoyo total y su infinita paciencia.

A la *Dra. Ma. Isabel Haro Renner*, por haber creído en mí, su invaluable enseñanza y su paciencia.

A mi hermano *Alberto* y mi primo *Gerardo*, por su gran ayuda tras bambalinas.

"El carácter único del "yo" se esconde precisamente en lo que hay de inimaginable en el hombre. Sólo somos capaces de imaginarnos lo que es igual en todas las personas, lo general. El "yo" individual es aquello que se diferencia de lo general, o sea lo que no puede ser adivinado y calculado de antemano, lo que en el otro es necesario descubrir, desvelar, conquistar."

Milan Kundera
La insoportable levedad del ser

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	viii
I. OBJETIVO	1
II. ANTECEDENTES	2
III. MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL	8
1. Salud y Enfermedad	8
2. El Trastorno Mental	8
3. Las Psicosis	9
4. El Trastorno Esquizofrénico	9
5. Tipos de Esquizofrenia	12
6. Abordaje del Paciente Esquizofrénico	14
7. El Acompañante Terapéutico	15
8. La Comunidad Terapéutica	21
9. La Teoría Psicoanalítica	27
a. Económico	27
b. Tópico	28
c. Dinámico	29
d. El Narcisismo	31
e. La Esquizofrenia	32
f. Los Síntomas del Trastorno Esquizofrénico	34
g. La Transferencia	42
h. El Acompañante Terapéutico	43
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
V. METODOLOGÍA	47
1. Tipo de estudio	47
2. Objetivos	47
3. Sujeto	49
4. Escenario	50
5. Procedimiento	50

VI. RESULTADOS.....	53
CONCLUSIONES.....	59
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	62
APÉNDICE A.....	65
APÉNDICE B.....	66
APÉNDICE C.....	67
APÉNDICE D.....	68
APÉNDICE E.....	69
APÉNDICE F.....	94
BIBLIOGRAFÍA.....	98

INTRODUCCIÓN

Desde épocas remotas, los trastornos mentales han sido motivo de estudio, búsqueda y preocupación, dado su alcance y repercusiones en el ámbito individual, familiar y social (Carmona R.E., 1971; Romero y Jimenez C.L. 1985).

La Esquizofrenia es en la actualidad uno de los padecimientos mentales más significativos y determinantes de extraordinaria trascendencia en lo familiar, laboral y social, por el alto grado de deterioro e invalidez que ocasiona en el paciente (Ornelas D.J., 1977 y Fernández G.E.M., 1982).

El tratamiento de este trastorno es un complejo proceso que se ve influenciado por los avances biomédicos, las características especiales de cada paciente, la relación familiar y las exigencias sociales y culturales, entre muchos otros factores. A pesar de la constante intervención y del trabajo de médicos, psiquiatras, psicólogos y otros profesionistas en la salud mental, los pacientes con Trastorno Esquizofrénico Crónico, considerado como incurable, pasan la mayor parte de su vida en instituciones, perdiendo gran parte de su repertorio social y de su autonomía, por lo que generalmente regresan a la comunidad pobremente preparados para enfrentar la vida cotidiana y las condiciones estresantes del medio ambiente (Greenberg L., 1988 y Sigal M., 1989).

La vida moderna nos enfrenta a una serie de condiciones sociales complejas. Estas condiciones no son siempre nocivas, pero si resultan potencialmente tensivas. Cuando surgen problemas y dificultades, tanto de tipo material como afectivo, que rebasan la capacidad del paciente, puede aumentar el riesgo de nuevas crisis. Algunos autores argumentan que la integración social de estos pacientes, sobre todo lo crónicos, es una de las tareas más importantes de la rehabilitación, pues el grupo social al que vuelven determina ampliamente la probabilidad de una recaída (Fernández G.E.M., 1982).

Por ello, es importante ayudar al paciente a recuperar algunas de sus habilidades, que perdió con el deterioro del trastorno, y que le serán básicas para conseguir su autonomía personal e incorporarse a alguna actividad productiva, e incluso remunerativa, que le permita el contacto con la realidad y su desarrollo en todas las áreas como ser humano.

Cabe mencionar, además, que la rehabilitación del paciente esquizofrénico en nuestro país es un área poco atendida, ya que los recursos materiales y humanos destinados a la misma son insuficientes, limitándose las instituciones de salud mental a la custodia y almacenaje de los pacientes, sobre todo de aquellos que no responden de manera rápida o repetida a los esfuerzos de tratamiento (Ayala H., 1982).

Los resultados del presente trabajo, dado que se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, podrán ser guía de investigaciones futuras, tomando en cuenta los alcances y limitaciones que aquí se encuentren para la realización de otros estudios y de programas aplicativos en el área.

I. OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo fué describir el rol del Acompañante Terapéutico en la rehabilitación del paciente con Trastorno Esquizofrénico Crónico.

Las actividades propias y fundamentales del Acompañante Terapéutico fueron descritas a través de un programa que permitió abordar al paciente de manera individual y trabajando en conjunto con un equipo interdisciplinario (personal de psiquiatría, psicología, enfermería y servicios).

La parte fundamental de este programa fue la creación de un vínculo personal positivo con el paciente, basado en la constancia objetal, brindando con ello un nuevo modelo de relación diferente al esquema en donde las relaciones con otros (principalmente con la familia) tienden a contribuir al deterioro y a la cronicidad de la enfermedad. Para facilitar lo anterior, los parámetros tiempo, espacio, persona y tarea a realizar fueron formulados de manera clara, y expuestos al paciente a lo largo del trato con el mismo.

Se fomentó la expresión, sobre todo verbal, de afectos e impulsos tales como el enojo, la culpa, la tristeza, la alegría y la hostilidad, dentro de un encuadre con límites flexibles. De este modo, se promovió en el paciente la expresión de sus pensamientos, sus miedos, su angustia y afectos sin la amenaza de perder la relación. Al mismo tiempo, se promovió la espontaneidad del paciente, un sentido de mayor responsabilidad personal y un mayor autoconocimiento.

Por último, el trato cercano y directo con el paciente incrementó la posibilidad de detección y prevención de episodios de crisis o recaídas eventuales.

II. ANTECEDENTES

La rehabilitación y resocialización del paciente con Trastorno Esquizofrénico de carácter crónico involucra frecuentemente un replanteamiento de criterios culturales y sociales (Fernández G.E.M., 1982). Este replanteamiento sucede a través de los hallazgos reportados por las investigaciones realizadas al respecto, cuyas diferentes tendencias y maneras de abarcar el problema son valiosas para la realización de nuevos estudios.

Una investigación, llevada a cabo en Israel por Sigal M. y otros (1989), consideró que el nivel de deterioro en el funcionamiento del paciente es el resultado de qué tanto el staff (que es el equipo encargado del tratamiento del paciente) le permite que funcione de manera dependiente o independiente. Al estudiar el efecto de una huelga de enfermeras en el funcionamiento de pacientes con Trastorno Esquizofrénico de tipo crónico hospitalizados, Sigal y sus colaboradores encontraron que los pacientes mostraron mayor responsabilidad propia y hacia otros, así como mayor participación, iniciativa e independencia durante la huelga; pero su funcionamiento regresó al nivel previo una vez terminada la huelga.

Estos resultados pueden explicarse como un incremento en la habilidad para expresar las funciones del Yo en situaciones de crisis. Tomando como marco conceptual a la Teoría General de Sistemas, el argumento es que cada sistema necesita mantener su equilibrio, y que ante los cambios se dan reacciones para regresar a dicho equilibrio.

Los autores concluyen que estos pacientes tienen el potencial para funcionar en un nivel más alto al que generalmente se piensa, pero que actúan de acuerdo a las expectativas del staff; por ello es que el paciente funcionará mejor y más independiente en la medida en que el equipo se lo permita.

Al respecto del staff, Slaby A. y otros (1983) proponen un equipo interdisciplinario basado en la participación de un psiquiatra, una enfermera psiquiátrica, un(a) trabajador(a) social y un(a) psicólogo(a) clínico(a). Aunque su estudio se limita al manejo de emergencias psiquiátricas, sus conclusiones pueden extenderse al tratamiento del paciente psiquiátrico

en general, ya que enfatizan que los roles de cada miembro del staff deberán estar bien definidos para su buen funcionamiento, lo que tendrá como consecuencia un menor costo económico y una mayor eficiencia que los programas tradicionales.

De acuerdo con estos autores, el área de trabajo del psicólogo clínico se encuentra en la evaluación psicológica, neuropsicológica y psicométrica del paciente; en el uso de técnicas de modificación conductual e investigación, para poder predecir el uso de los servicios de emergencia y evaluar el efecto de las distintas intervenciones; así como en participar en el plan de rehabilitación del paciente.

Gordon L. Paul (En Rhoades L.J., 1982), psicólogo, junto con sus colegas, sostiene la tesis de que los problemas del paciente esquizofrénico son el resultado de un aprendizaje inapropiado y maladaptativo que ocurre en ambientes bizarros (incluyendo el hospital mental tradicional) y en la ausencia de las herramientas apropiadas para entender la complejidad del mundo. Propone la utilización de técnicas conductistas basadas en los principios del aprendizaje social en la rehabilitación de pacientes con este trastorno, ya que, como hallazgo de sus investigaciones, encontró que la terapia de aprendizaje social tiene un menor costo y mayor efectividad que otras intervenciones psicosociales y que el tratamiento tradicional.

Otros autores, como Greenberg L. (1988), proponen la utilización de un programa de psicoeducación dirigido a pacientes con Trastorno Esquizofrénico y sus familias, argumentando que dicho programa prepara a los pacientes para vivir en comunidad mejor que aquellos en donde las metas se limitan a la reducción de síntomas o a la intervención en crisis.

El modelo psicoeducacional propuesto por estos autores consiste en una técnica psicosocial sistemática y dirigida hacia metas específicas, que se utiliza por un equipo interdisciplinario en donde colaboran el clínico, el paciente y su familia en un aprendizaje mutuo. Las metas de este proceso son impartir información y favorecer la comprensión de los padecimientos mentales (en este caso, de la Esquizofrenia), sobre los recursos de tratamiento necesarios, y sobre los servicios de apoyo; de tal manera que se logre un incremento en las capacidades adaptativas de la vida cotidiana, y creando una alianza productiva entre los pacientes, sus familiares y los profesionales de la salud mental.

La base teórica de esta postura consiste en el punto de vista de la vulnerabilidad al stress en el Trastorno Esquizofrénico, de acuerdo con el cual, los síntomas de este último se exacerban cuando la vulnerabilidad biológica se incrementa y los eventos estresantes del estilo de vida bloquean los recursos individuales, disminuyendo los soportes sociales del individuo.

Finalmente, los autores enfatizan el trabajo conjunto de un equipo interdisciplinario, compuesto por psiquiatras, terapeutas ocupacionales, enfermeras y trabajadores sociales.

Por su parte, Keith S. (1984), junto con otros colaboradores, enfatizan también la importancia de la interacción entre el paciente, su familia y el médico en el tratamiento de la Esquizofrenia. Estos autores sostienen que los neurolépticos son útiles en el control de los síntomas denominados "positivos" del trastorno (aquellos que se caracterizan por su

presencia, como las alucinaciones e ilusiones), pero que, sin embargo, causan efectos colaterales importantes como son el incremento en los síntomas denominados "negativos" (aquellos caracterizados por su ausencia, como la posibilidad de dirigir la conducta hacia un fin) y el decremento en la habilidad para las relaciones sociales.

Como resultado de su estudio, llevado a cabo en Estados Unidos, proponen la reducción en la dosis de neurólépticos, como una manera efectiva de minimizar los efectos colaterales de éstos, e involucrar a la familia, ya que tanto ésta como el paciente y el médico deberán comprender que el tratamiento y la prevención de recaídas eventuales son responsabilidad de todas las partes involucradas.

El ambiente en donde se desarrolla el tratamiento también ha sido objeto de estudio por parte de los investigadores de esta área. Así, Salokangas R. (1986), en un estudio realizado en Finlandia, comparó el resultado, en términos de respuesta psicosocial, de dos grupos de pacientes con Trastorno Esquizofrénico tratados con métodos diferentes: el Hospital Tradicional y la Comunidad Terapéutica, en donde además de la prescripción de neurólépticos, el tratamiento se basó en la comunicación abierta, en la comprensión psicodinámica del desorden del paciente, y en brindarle a éste una vía empática de soporte de su autoestima a través de la Terapia Psicoanalítica.

Como resultado, el grupo tratado en la Comunidad Terapéutica tuvo un tiempo mayor de estadía en el hospital, y su ajuste social fue menor en relación a los pacientes tratados en el Hospital Tradicional, pero los primeros reportaron estar más satisfechos del tratamiento que los pacientes del segundo grupo. El autor argumenta que el tratamiento psicoterapéutico fortalece el vínculo con el paciente y la autoestima de éste; mientras que el modelo autoritario, basado sólo en los fármacos, brinda una relación impersonal entre el paciente y el clínico.

Por último, los autores enfatizan la necesidad de combinar el tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico con actividades rehabilitatorias.

Otra investigación realizada también en Finlandia, por Yrjo A. y cols. (1985), plantea una aproximación psicoterapéutica en el sistema comunitario de psiquiatría. La orientación de este estudio fué psicodinámica y el tratamiento incluyó, además de la Comunidad Terapéutica, la psicoterapia individual y la terapia familiar.

De acuerdo con los autores, la metodología experimental es difícil de aplicar en los estudios realizados con pacientes afectados por el trastorno esquizofrénico, dadas las características peculiares de esta población. Se argumenta que los aspectos clínicos, individuales, familiares y sociales son características heterogéneas en la psicosis esquizofrénica, por lo que los planes terapéuticos de cada paciente sólo podrán elaborarse en la base de sus necesidades específicas; y que todas las modalidades de tratamiento deberán seleccionarse de acuerdo a estas últimas.

Como otra de sus conclusiones más importantes, señalan que la implementación de la terapia individual a largo plazo fué una de sus más favorables experiencias.

De igual manera, Calzadilla F. y sus colaboradores (1986), refieren su experiencia en

el empleo de la psicoterapia de grupo en el tratamiento de pacientes con Trastorno Esquizofrénico de tipo crónico y en rehabilitación, dentro del marco de la Comunidad Terapéutica y en combinación con el uso de fármacos y con la Terapia Ocupacional. Los autores señalan que esta combinación constituye la triada básica para lograr un cierto grado de recuperación en este tipo de pacientes, y enfatizan a la Terapia Ocupacional como el recurso fundamental de esta triada.

Esta investigación, realizada en Cuba, consideró como uno de los elementos básicos de la misma al entrenamiento en recursos psicoterapéuticos de los miembros del equipo, el cual estuvo formado por un psicólogo, un psiquiatra, una trabajadora social, un enfermero, una psicómetra y un ergoterapeuta.

Los autores concluyeron, de acuerdo con los resultados obtenidos en su investigación, que el equipo cumple un rol terapéutico y debe mantener esta actitud en todo momento, debiendo trazar una estrategia de tratamiento y objetivos realistas para que las actividades no se conviertan en un cúmulo de tareas caóticas. Recalcan que este tipo de pacientes requiere de una estimulación continua por todos los medios disponibles, para alejarlos de la indiferencia, la abulia y el retraimiento social; de otro modo, la ausencia de motivación o interés del equipo redundará en un fracaso terapéutico.

Finalmente, consideran que el proponerse metas demasiado ambiciosas en pacientes con marcado deterioro de la personalidad genera marcados sentimientos de frustración, tanto en el equipo como en el paciente.

También dentro del marco del uso de la aproximación psicoterapéutica en el tratamiento de este tipo de pacientes, Romeo M.D. (1982) describe los resultados obtenidos en psicoterapia individual en un caso de Esquizofrenia de tipo hebefrénico, tomando como orientación clínica a la Teoría de las Relaciones Objetales de Melanie Klein. La investigadora argumenta que la familia y el medio social del paciente ocupan un papel de vital importancia en la evolución y en el pronóstico de la enfermedad, siendo generalmente la historia de estos pacientes una sucesión de pérdidas irrecuperables y abandonos repentinos.

Algunas de las principales dificultades enfrentadas a lo largo de su estudio, fueron en el establecimiento de la relación con el paciente, caracterizada por una marcada inestabilidad; en la comprensión del material traído a terapia por el paciente; y en la integración de la comprensión teórica y práctica del caso. Sin embargo, entre sus resultados más notables señala la posibilidad brindada al paciente de aprender un nuevo modelo de relación afectiva, y una mayor oportunidad de crear vínculos con la realidad externa; la disminución de la conducta regresiva del paciente, tornando más viables sus relaciones familiares y sociales; y una modificación importante en la comunicación del paciente, siendo ésta más estructurada y simbólica.

En nuestro país, los estudios realizados sobre rehabilitación de pacientes esquizofrénicos son relativamente reducidos en número. La mayor parte de estos estudios han sido enfocados a la modificación de conductas antihigiénicas. A este respecto, Tello A.E. (1974) propone la economía de fichas como un modo de tratamiento en la modificación de

estas conductas. Como resultado de su estudio, se logró incrementar el número de conductas operantes adaptativas, eliminando momentáneamente varios síndromes patológicos característicos de las Psicosis.

Elizondo, H.A. y García C.B. (1974) proponen también la economía de fichas u otros métodos conductistas para la rehabilitación de estos pacientes, siendo las conductas a motivar: vestirse, comer en la mesa, control de esfínteres, peinarse, amarrarse los zapatos, lavarse las manos y la cara, bañarse, cepillarse los dientes, sonarse la nariz y hacer la cama.

Por su parte, Martínez P.A. (1988) implementó el modelo de "Terapia Milieu" en un grupo de pacientes del hospital campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno". Este modelo propone tres reglas de determinación situacional que, en su conjunto, le llevarán al paciente a mostrar un mayor número de conductas positivas que de conductas negativas, adquiriendo conductas nuevas adaptativas a través de su participación personal en la resolución de "desafíos" o "crisis"; y logrando un sentimiento de pertenencia al grupo a través de ser aceptado en el mismo.

Krakaur, H.B. (1958), como resultado de su investigación, describe a las terapias rehabilitatorias como aquél grupo que comprende actividades ocupacionales, recreativas, musicales, educacionales, vocacionales, etc.; y cuyos objetivos específicos comunes son: la socialización y resocialización, la canalización de tensiones emocionales, la ayuda diagnóstica y valoración personal, así como la exploración prevocacional y vocacional.

En su estudio, Krakaur propone alcanzar dichos objetivos a través de la modificación de síntomas tales como la hostilidad (reprimida o expresada), la inseguridad y dependencia, el ego-desprecio (sentimientos de culpa, minusvalía y auto-agresión) y la destructividad.

Enfocado únicamente a la Terapia Ocupacional, García B.J.L. (1967) señala la importancia del vínculo que existe entre paciente y terapeuta, ya que la comunicación establecida por ambos es la base de un buen tratamiento. Esta comunicación debe ser idealmente continua y sistemática, y puede ser estructurada o inestructurada.

Este autor enfatiza también que el ambiente de seguridad es indispensable en el proceso de aprendizaje y de adquisición de habilidades; y en lo posible, deberá trabajarse a puertas abiertas, favoreciendo la espontaneidad y estimulando verbalmente la actividad del paciente o del grupo.

Por otro lado, Borges G.G. (1981) propone actividades rehabilitatorias muy concretas, como son la lectura del periódico, el psicodrama, la danza, las artes plásticas, la terapia literaria, las asambleas de pacientes y el cine.

En su estudio, señala que existe poca información sobre programas de rehabilitación aplicados en instituciones mexicanas, pues para rehabilitar al paciente primeramente hay que salvar la barrera que constituyen los conceptos sobre alienación, peligrosidad e incurabilidad que tiene la sociedad con respecto al trastorno mental.

Ayala H. (1982) coincide con Borges G.G. (1981) en cuanto a que la filosofía adoptada por las instituciones encargadas de brindar atención a los pacientes que padecen trastornos mentales, es aquella en donde la institución se circunscribe a la custodia y almacenamiento del paciente, con pocas probabilidades de recuperación para éste.

Este autor propone como alternativa el uso de un modelo re-educativo, basado en la aproximación analítico-conductual. El objetivo principal de este programa es establecer en los pacientes las habilidades funcionales necesarias para su reintegración a la comunidad y su mantenimiento productivo en ella. El tratamiento se compone de dos fases: el programa de Pabellón (en donde se adiestra al paciente en autocuidado, mantenimiento, área vocacional, área académica y en programas especiales) y el programa de Comunidad (dirigido al refinamiento y mantenimiento de las habilidades que el paciente pueda llevar una vida independiente.

Por último, Anger-Díaz B. (1987) realizó una investigación con un grupo de pacientes con Trastorno Esquizofrénico a quienes se les impartió un curso de computación, con el objeto de medir los efectos de este último sobre las variables psicológicas e intelectuales. La autora argumenta la posibilidad de que la relación de trabajo con la computadora pudiese ayudar al paciente en su rehabilitación, debido a algunas propiedades de la máquina tales como: ser interactiva, pero sin carga emocional; generar respuestas claras, lógicas y correspondientes a la alimentación que se le ha dado; brindar la oportunidad de trabajar de manera individual y con un mínimo de esfuerzo para el manejo de las relaciones interpersonales; y ser una fuente de estimulación continua.

Aunque sus resultados no se generalizan dadas las características de la muestra, la autora reporta que, en general, se observó una disminución en las preocupaciones somáticas y en las ideas obsesivas de los pacientes, además de observárseles menos deprimidos, disminuyendo también el nivel de trastorno del pensamiento.

Concluye que el manejo de la computadora es terapéutico en sí mismo, y que podría usarse como instrumento de Terapia Ocupacional, sobre todo con los pacientes crónicos, en quienes es más difícil lograr una recuperación.

III. MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

1. SALUD Y ENFERMEDAD

Los conceptos de salud y enfermedad, así como de normalidad y anormalidad, son conceptos difíciles de precisar con exactitud, ya que en realidad representan puntos (muchas veces arbitrarios) a lo largo de un continuo.

La enfermedad ha sido definida como cualquier condición asociada a malestar, dolor, incapacidad, muerte o mayor propensión a estos estados. Esta definición es válida también para el caso del trastorno psiquiátrico, sólo que en éste la lesión esencial se encuentra en la interrelación humana, aún cuando existan factores biológicos involucrados en este proceso (Kaplan H.I. y Sadock B.J. 1989).

Las manifestaciones clínicas del trastorno psiquiátrico son el resultado de la interrelación de fuerzas complejas: Biológicas, Socioculturales y Psicológicas. Estas manifestaciones expresan una crisis en el proceso adaptativo, entendiendo a la "Adaptación" como aquella serie de cambios que ocurren en el interior de una persona, como resultado de los cuales satisface sus deseos y necesidades en relación a sus intereses personales y a las realidades del ambiente. Las alteraciones de estos procesos se manifiestan como anomalías del pensamiento, de los sentimientos y de la conducta (Freedman M.D.A. y Kaplan H., 1980).

2. EL TRASTORNO MENTAL

En la actualidad, no existe una definición satisfactoria que especifique límites precisos del concepto de "trastorno mental", ocurriendo lo mismo con los conceptos de

"trastorno somático", "salud física" y "salud mental" (DSM-III, 1983).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R, 1988), el trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador (conocido como distress) ó con un deterioro en una o más de las áreas principales de actividad; ésto es, que origina una incapacidad. Además, este síndrome o patrón no es solamente una respuesta esperable a un acontecimiento particular; por ejemplo, la muerte de un ser querido. Cualquiera que sea la etiología, el trastorno es considerado como una disfunción psicológica, conductual o biológica. La conducta socialmente desviada, sea política, religiosa o sexual, o los conflictos del sujeto con la sociedad no son trastornos mentales, a menos que la desviación sea un síntoma perteneciente a una disfunción del tipo citado.

3. LAS PSICOSIS

Los trastornos mentales conocidos con el nombre de "Psicosis" están constituidos por un amplio grupo de trastornos funcionales u orgánicos del sistema nervioso, que generan cambios profundos en la personalidad. Los trastornos psicóticos se caracterizan básicamente por la ausencia de juicio de realidad y de conciencia de enfermedad; por una pérdida del nivel de adaptación y de sus logros (como resultado del no juicio de realidad); por una amplia gama de trastornos en el pensamiento (delirios), en la sensopercepción (alucinaciones), en las funciones intelectuales (memoria, lenguaje y otras) y en la conducta motora; además de alteraciones en el afecto, en el sentido del ser y en la voluntad (DSM-III, 1983).

La irrupción de un estado psicótico generalmente se acompaña de una sensación de profunda desesperación. La persona afectada sufre por lo que le está ocurriendo, se siente extrañado de sí, pierde el control sobre sí mismo, la angustia lo inunda y el dolor mental le resulta intolerable.

Las psicosis funcionales no están ligadas a una alteración orgánica específica, y se dividen en tres grupos: Trastornos Esquizofrénicos, Trastornos Afectivos y Trastornos Paranoides.

4. EL TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO

El Trastorno Esquizofrénico, que inicia habitualmente durante la adolescencia o inicio de la edad adulta, generalmente implica un deterioro en el nivel previo de actividad del individuo. Este deterioro se manifiesta en todas las áreas, como son la familia, el área laboral, la higiene y el cuidado personal y, sobre todo, en el área de las relaciones sociales.

Las alteraciones propias de los trastornos esquizofrénicos, de acuerdo con el DSM-III-R (1988), ocurren en los siguientes rubros:

a. Contenido del Pensamiento:

Ideas delirantes que son a menudo múltiples, fragmentadas o extrañas (por ejemplo, incluyendo fenómenos completamente inverosímiles para cualquier individuo de su medio cultural, como la difusión del pensamiento, o estar controlado por una persona muerta). Las ideas delirantes pueden ser de varios tipos:

1) Ideas delirantes de tipo persecutorio, las cuales habitualmente implican creencias de espionaje, difusión de falsos rumores, o planes de perjuicio hacia el propio sujeto;

2) Ideas autorreferenciales, en donde las personas, objetos o acontecimientos adquieren un significado peculiar o insólito, generalmente de naturaleza peyorativa o negativa (por ejemplo, la persona puede estar convencida de que los comentarios de la televisión son burlas hacia él);

3) Difusión del pensamiento, que es la creencia o experiencia de que los propios pensamientos, tal y como se presentan, son difundidos hacia el mundo exterior desde su propia cabeza, de tal forma que los demás pueden oírlos;

4) Inserción del pensamiento, que consiste en creer que los pensamientos no son propios sino que han sido introducidos en la propia mente;

5) Robo del pensamiento, en donde se cree que los pensamientos han sido robados de la propia cabeza del sujeto;

6) Ideas delirantes de creerse controlado, que implican la creencia de que los propios sentimientos, impulsos, pensamientos o acciones no son los propios, sino que han sido impuestos por fuerzas externas;

7) Ideas delirantes de tipo somático, de grandeza, religiosas, sobrevaloradas y nihilistas, que son observadas con menor frecuencia a las anteriores.

b. Curso del Pensamiento:

Las alteraciones aquí se manifiestan por la pérdida de la capacidad asociativa, por la cual las ideas cambian de un tema a otro sin relación o quizá con una relación indirecta, sin que el que habla parezca ser consciente o tener conocimiento de que los temas están desconectados.

Pueden yuxtaponerse manifestaciones con falta de significado en sus relaciones o cambiar de una estructura de referencia a otra de forma idiosincrásica. Cuando la pérdida de la capacidad asociativa es grave, puede presentarse incoherencia y el lenguaje puede llegar a ser incomprensible. El lenguaje puede tener un contenido pobre, adecuado en cuanto a cantidad, pero de poca información debido a su vaguedad, exceso de abstracción o concreción, repetición o estereotipia. Puede haber neologismos, perseverancia, asonancia y bloques.

c. Sensopercepción:

Alteraciones que se manifiestan a través de diversos tipos de alucinaciones, sobre todo las de tipo auditivo, que comprenden voces y sonidos que la persona percibe como si

procedieran del exterior. Las voces pueden ser familiares y a menudo sus comentarios son insultantes, pudiendo haber una sola voz o varias voces a la vez. Es característico el hecho que que estas voces se dirijan directamente al sujeto, comentando su forma de actuar. Los órdenes procedentes de las alucinaciones pueden ser obedecidas por el sujeto, lo cual puede resultar peligroso para él o para los demás.

Cuando hay alucinaciones táctiles, se manifiestan como sensaciones eléctricas, hormigueos o quemazones. Con menor frecuencia se presentan alucinaciones somáticas, visuales, olfativas y gustativas.

Otras anomalías perceptivas incluyen sensaciones de cambio corporal; hipersensibilidad a los sonidos, a las imágenes visuales y a los olores; ilusiones ópticas y cinestésias.

d. Conducta Psicomotora:

Alteraciones en la psicomotricidad, como la disminución de la reactividad al entorno, con una reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad en general. El sujeto puede ignorar el entorno; puede mantener posturas rígidas oponiendo resistencia a los movimientos; puede hacer movimientos estereotipados, sin propósito fijo, y presentar una excitación motora no influida por estímulos externos; puede mantener actitudes inapropiadas o extrañas; o bien, resistir o ignorar las instrucciones para cambiar de posición. Puede presentarse flexibilidad cerea, muecas o manierismos.

e. Afectividad:

La afectividad puede ser inapropiada (es claramente discordante con el contenido del lenguaje y de la ideación del individuo), embotada (hay una grave reducción de la intensidad de la expresión de la afectividad) o aplanada (no hay signos de expresión afectiva, y con frecuencia la voz es monótona y la cara inmóvil). Puede haber cambios súbitos e impredecibles de la afectividad, que se acompañan de inexplicables ataques de furia.

f. Sentido del Yo:

El sentido de sí mismo que dá a una persona normal un sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección, está con frecuencia alterado. Esto se manifiesta por una pérdida del Yo y se expresa por una perplejidad extrema acerca de la propia identidad y del significado de la propia existencia, o por algunas ideas delirantes al respecto.

g. Voluntad:

Alteración de la actividad dirigida hacia metas concretas, lo que deteriora visiblemente la actividad laboral o cualquier tipo de actividad. Hay una incapacidad para seguir el curso normal de una acción hasta llegar a concluirla de forma lógica, y esto es debido a falta de interés o de motivación adecuada. La ambivalencia influye en las alternativas de la acción, dando lugar a la imposibilidad de continuar la acción hasta la meta propuesta.

h. Relaciones con el Mundo Externo:

Marcada dificultad para establecer y mantener las relaciones interpersonales, con una tendencia al retraimiento y al distanciamiento emocional; y con una concreción en ideas egocéntricas e ilógicas, así como en fantasías de hechos objetivos distorsionados, oscurecidos o ausentes (autismo).

Kaplan H.I. y Sadock B.J. (1989) consideran que, desde un punto de vista particular, son dos los síntomas fundamentales del Trastorno Esquizofrénico. El primero es un miedo irracional a las relaciones humanas íntimas que determina una pauta generalizada de retraimiento social. El segundo es una sensación intolerable de soledad consiguiente al retraimiento social. Los pacientes afectados por este trastorno se ven así atrapados entre su necesidad de contacto humano a causa de la soledad y su miedo al contacto humano. En conjunto, estos síntomas constituyen el dilema necesidad-miedo, que es la raíz de la reacción esquizofrénica; y todas las demás manifestaciones de ésta pueden considerarse síntomas derivados.

Por su parte, Freud consideró estos síntomas derivados como intentos para resolver el problema de la soledad esquizofrénica, y los llamó "síntomas restitutivos". La ambivalencia y la casi ilimitada diversidad de anomalías del pensamiento, la percepción, sensación, habla y acción representan intentos para resolver este dilema. Así, el paciente puede elaborar una serie de racionalizaciones acerca del mundo circundante que constituyen la base de sus delirios y alucinaciones. Debido a estos síntomas restitutivos, los pacientes se vuelven menos solitarios. De este modo llegan a ser capaces de sobrevivir en su mundo delirante, producto de una creación particular (Kaplan H.I. y Sadock B.J., 1989).

Cabe agregar que, de hecho, el retraimiento de las relaciones humanas es el primer paso en el proceso del Trastorno Esquizofrénico. Por lo general, se asocia a este retraimiento una reducción de la cantidad de habla espontánea, por lo que el flujo de palabras puede estar disminuido y mostrar bloqueos, los que pueden llegar al mutismo total.

Además, una de las formas en que el paciente rechaza la intimidad, es mediante una diversidad casi infinita de anomalías de la voz y el habla, la cual se puede volver acusadamente pomposa por medio de elecciones de palabras o frases poco comunes, pudiendo ser inaudible o de un tono alto y poco apropiado, entre otras características (Kaplan H.I. y Sadock B.J., 1989).

5. TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Aunque son muchas las clasificaciones de los tipos del Trastorno Esquizofrénico que se han realizado históricamente, en la actualidad (según el DSM-III-R, 1988) se distinguen cinco tipos:

a. Tipo Desorganizado:

La sintomatología de este tipo incluye incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, o una conducta muy desorganizada, además de una afectividad aplanada o claramente inapropiada. Son frecuentes las ideas delirantes fragmentadas y las alucinaciones cuyo contenido no está organizado en un tema coherente.

Se observan también muecas, manierismos, quejas hipocondriacas, retraimiento social extremo y otras conductas raras como síntomas asociados a este cuadro clínico, el cual se acompaña de un deterioro social extremo, una personalidad premórbida pobre, un inicio temprano e incidioso y un curso crónico, sin remisiones significativas.

b. Tipo Catatónico:

Caracterizado por una notable alteración en la psicomotricidad, que comprende síntomas como estupor, negativismo, rigidez, excitación de la actividad motora sin propósito aparente y no influida por estímulos externos, o actitud catatónica.

Pueden observarse estereotipias, manierismos y flexibilidad cérica, siendo el mutismo particularmente frecuente.

c. Tipo Paranoide:

Los síntomas esenciales de este tipo consisten en la presencia de una o más ideas delirantes sistematizadas o alucinaciones auditivas frecuentes, relacionadas con un tema único y cuyo contenido es generalmente de tipo persecutorio, celos o grandeza. Se acompaña con frecuencia de ansiedad no focalizada, ira, discusiones, violencia, dudas de la identidad sexual o miedo a ser considerado homosexual.

Aunque el deterioro puede ser mínimo en relación a los otros tipos, a menudo se observa una afectación en la calidad formal de las relaciones interpersonales. El inicio del padecimiento suele ser más tardío que en los otros tipos, pero sus síntomas son más estables en el tiempo.

d. Tipo Indiferenciado:

Caracterizado por síntomas psicóticos predominantes que no pueden ser clasificados en ninguna de las categorías antes señaladas. Se presentan ideas delirantes, alucinaciones e incoherencia llamativas, o conducta claramente desorganizada.

e. Tipo Residual:

Esta categoría se utiliza cuando se ha presentado por lo menos un episodio de Trastorno Esquizofrénico, aunque en el momento de la evaluación no haya síntomas psicóticos predominantes, si bien persisten signos de la enfermedad.

Son frecuentes el embotamiento emocional, el retraimiento social, la conducta excéntrica, al pensamiento ilógico y la pérdida de la capacidad asociativa. Si hay ideas delirantes o alucinaciones, éstas no son llamativas y no se acompañan de la afectividad adecuada.

NOTA: La Organización Mundial de la Salud publicó en 1992 el ICD-10, que es la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Para efectos de este estudio se utilizó la clasificación de la esquizofrenia de acuerdo al DSM-III-R (descrita anteriormente), sin embargo, también fue consultada la clasificación del ICD-10, misma que se incluye en el Apéndice F.

6. ABORDAJE DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

El tratamiento del paciente psicótico es tan complejo que los recursos terapéuticos resultan siempre insuficientes. González (1988) menciona que el paciente psicótico, incluyendo el paciente con Trastorno Esquizofrénico, tiene una conducta caótica, disgregada y confusa, debido a que utiliza los más tempranos mecanismos psíquicos, aflorando con claridad el proceso inconsciente y apareciendo defensas primitivas con un fuerte incremento del pensamiento mágico, omnipotente y narcisista. Son pacientes que experimentan en sus relaciones temor y renuencia, a pesar de su gran necesidad de ser aceptados y valorados; es por ello que ponen obstáculos para reconocer y controlar sus frustraciones, afectos, deseos e impulsos, poniendo en juego un cúmulo de maniobras defensivas para evitar ser nuevamente heridos, rechazados, devaluados, sometidos y manipulados.

Los pacientes afectados por este trastorno son indiferentes hacia los estímulos provenientes del mundo externo, del que esperan una solución mágica a su angustia y necesidades, o al que enfrentan por temor a sufrir nuevos castigos, rechazos y agresiones (González, 1988).

Dadas sus características, este tipo de pacientes es difícil de abordar; y es común que se les abandone, tanto a nivel familiar como institucional, aumentando considerablemente su nivel de deterioro personal.

Por ello, es necesario considerar que las características del paciente con trastorno esquizofrénico son diferentes a las de otros pacientes; y formular modelos de tratamiento acordes sus necesidades, en cuanto a salud mental de refiere.

Como una alternativa para brindar atención a este tipo de pacientes, Kuras de Mauer S. y Resnizky S. (1985) proponen abordar al paciente esquizofrénico en todos los aspectos de su vida diaria, intentando crearles un "medio ambiente" terapéutico, participando activamente en sus diferentes actividades y en sus grupos de pertenencia.

Esta alternativa consiste en un abordaje múltiple realizado por un equipo terapéutico (llamado "staff") que desempeña diferentes roles y funciones en distintas áreas. El equipo se transforma en un agente resocializador y por ello la relación entre sus miembros adquiere enorme significación en el curso del proceso terapéutico. Las funciones y responsabilidades de los miembros del equipo son interdependientes. Los roles, así como las áreas de trabajo, deben estar claramente diferenciados, manteniendo siempre la heterogeneidad, la comunicación fluida y la cooperación entre los miembros del equipo.

El abordar al paciente con la intención de servirle de puente con el mundo del cual se desconectó, implica una concepción diferente del trastorno mental, en donde los síntomas dejan de ser vistos como peculiaridades terribles o repudiables para pasar a constituir, ante todo, un código que deberá ser develado. Se trata de que el paciente, inmerso en la oscuridad del lenguaje incompatible del delirio, encuentre la esperanza de un diálogo.

El equipo propuesto por estas autoras está integrado, básicamente, por un psiquiatra, un terapeuta familiar, un terapeuta individual y uno o más Acompañantes Terapéuticos, según el caso lo requiera, enfatizando la importancia de la inclusión de estos últimos en este campo, ya que con ello se responde a la necesidad de proyectar un abordaje más integral de la psicosis.

7. EL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

El rol del Acompañante Terapéutico tiene una corta historia y surgió en Argentina como una necesidad clínica en relación a pacientes con quienes los abordajes terapéuticos clásicos fracasaban. Su labor es asistir al paciente a través del proceso terapéutico, siendo su pertenencia al equipo y la identificación con el esquema referencial, así como las pautas de trabajo que de él emanan, lo que permite perfilar su rol con claridad.

De acuerdo con Kuras de Mauer S. y Resnizky S. (1985), para desempeñar con éxito el rol del Acompañante Terapéutico, es recomendable que se trate de personas con las siguientes características:

1) Fundamentalmente, el Acompañante Terapéutico debe contar con madurez suficiente para compartir y planificar la tarea en un equipo interdisciplinario y, al mismo tiempo, autonomía y sentido de la oportunidad para tomar decisiones rápidas, precisas y a veces inesperadas.

2) Debe tener facilidad para el establecimiento de las relaciones interpersonales, además de poseer la capacidad de empatía y escucha.

3) Vocación asistencial, con un alto grado de compromiso y con un nivel elevado de constancia. Es fundamental mantener en forma estricta el compromiso asumido con el paciente, ya que éste pondrá al Acompañante permanentemente a prueba. Al no contar con objetos internos confiables y protectores, el esquizofrénico duda, por el mecanismo de proyección, de cuantos le rodean, y a mayor dependencia de ese vínculo hay una mayor desconfianza. Las múltiples carencias, así como la intolerancia a la frustración que padecen estos pacientes los lleva a establecer relaciones de necesidad que incluyen alejamientos y acercamientos repentinos; en un primer momento, el sujeto siente que si el objeto se pierde, se pierde el propio Yo, por lo que necesita comprobar una y otra vez que cuenta con él. Por ello, la constancia de los vínculos es lo que va a posibilitar el desarrollo de sentimientos tiernos que, a su vez, permitirán una progresión a niveles de mayor madurez emocional e intelectual.

4) Debe contar con la capacidad necesaria para tolerar los fenómenos transferenciales y no perder la propia identidad, ya que, además de poder comprender al paciente y acercarse a

él con el menor número posible de prejuicios y estereotipos, debe ser capaz de aproximarse como un otro "discriminado". Debe incluirse en el mundo del paciente, escuchándolo sin temor, sin emitir juicios valorativos, sin indicar si lo que dice corresponde o no con la realidad y sin realizar interpretaciones; a la vez, debe situarse a una distancia prudencial para poder pensar con autonomía. En otros términos, debe ser capaz de acercarse al paciente sin llegar a fusionarse con él.

5) Es elemental que se trate de una persona flexible, entendiendo a la flexibilidad como la posibilidad de adecuarse a condiciones cambiantes sin perder de vista las pautas y el encuadre de trabajo; a ella se opone la rigidez, que empobrece los vínculos por la aplicación de modelos estereotipados. El Acompañante Terapéutico debe establecer límites firmes pero no rígidos, permitiendo un juego amplio de movimientos entre las posiciones extremas. De acuerdo con Rodriqué (1985), Díaz (1988) y Fromm-Reichmann (1981), es importante ser flexible en el trato con el paciente en cuanto al cumplimiento de las normas, la cooperación y la asistencia a las actividades, ya que se trata de personas con un montante excesivo de angustia, con muy poca tolerancia a la frustración, con problemas severos en el control de impulsos, y que interpretan los hechos de la realidad a la que se enfrentan a través de una lógica regresiva. Es básico transmitir una serie de expectativas claras, más que la aplicación de un sistema de reglamentación inflexible, de tal modo que el paciente antes que obedecer reglas fijas, se incorpore con facilidad al estilo de vida de la institución. Esta tradición, no formalizada en un código de disciplina rígido, crea un ambiente benéfico donde tanto el personal como el paciente trabajan en equipo.

6) Dadas las características de los pacientes esquizofrénicos, es de vital importancia que el Acompañante Terapéutico posea un alto grado de tolerancia a la angustia y a la frustración; gran capacidad para la autoobservación y para la elaboración de los fenómenos contratransferenciales; así como la capacidad de detectar fallas técnicas (en el equipo y en la institución) que pudieran ser fuente de contaminación (Documento de Promotores de Comunidad del Instituto Mendo, S.C., 1990).

7) En resumen, el Acompañante Terapéutico debe ser una persona capaz de comprometerse a estar al lado del paciente, asistiéndolo y preocupándose por su dolor y sus necesidades. Es un agente de salud que funciona para dar al paciente una primera imagen de su porvenir. Al prestarle su Yo al paciente, contribuye a brindarle un futuro, y a que adquiera un lenguaje liberador que le permita salir de su encierro para reintegrarse a la vida de relación.

8) El Acompañante Terapéutico realiza un pasaje permanente desde la teoría hasta la práctica; éS decir, desde lo que teóricamente convendría hacer con un determinado paciente dada su patología, hasta lo que prácticamente es factible, dadas sus características personales y el medio en el cual está inmerso. Por ésto es que los conocimientos teóricos y técnicos que el Acompañante posea le servirán como una sólida base sobre la cual crear, imaginar, inventar, o promover diferentes recursos acordes a las características de cada paciente en particular.

9) Por último, es Idóneo que tenga una formación académica en licenciaturas afines al campo de la salud mental, a nivel pasante o su equivalente; ya que el contar con los conocimientos teórico-técnicos básicos de los diferentes cuadros diagnósticos, así como el

manejo mínimo de la entrevista y del trabajo grupal, le serán indispensables para crear, imaginar y promover diferentes recursos, según las necesidades de cada paciente (Documento de Promotores de Comunidad del Instituto Mendo, S.C., 1990).

Las funciones básicas del Acompañante Terapéutico, propuestas por Kuras de Mauer S. y Reanizky S. (1985), son:

a. Contener al paciente:

La contención es la primera y fundamental función del Acompañante Terapéutico, quien debe funcionar como sostén, acompañando al paciente en su ansiedad, su angustia, sus miedos, su desesperanza e incluso en aquellos momentos de mayor equilibrio, estableciéndole límites firmes pero no rígidos, permitiendo con ello un juego amplio de movimientos entre las posiciones extremas (lascitud vs. rigidez).

b. Brindarse como modelo de identificación:

A través de la convivencia diaria, (en un nivel dramático-vivencial no interpretativo), muestra al paciente modos diferentes de actuar y reaccionar frente a las vicisitudes de la vida cotidiana. Esto resulta altamente terapéutico, porque rompe con los modelos estereotipados de vinculación que pudieron haberlo llevado al trastorno mental; porque ayuda al paciente a esperar y postergar; y porque le brinda la posibilidad de adquirir, por identificación, mecanismos de defensa más adaptativos (entendiendo a la adaptación desde el punto de vista dinámico, según el cual el sujeto es influido por el medio que le rodea pero, a su vez, es capaz de modificarlo).

c. Prestar el Yo:

Debe ser capaz de planificar y decidir por el paciente en aquellos aspectos donde éste no es aún capaz de hacerlo por sí mismo. Funciona como un Yo auxiliar que asume las funciones que el Yo del paciente, al estar comprometido y debilitado por el trastorno, no puede desarrollar. Le presta su Yo al ayudarlo a organizar y cumplir con sus actividades diarias, al concurrir al médico o dentista cuando fuere necesario, al tomar decisiones que involucran directamente al paciente, pero que éste es incapaz de tomar por sí solo, etc.

d. Percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente:

Debe percibir las capacidades manifiestas y latentes del paciente para realizar una selección y jerarquización de las mismas, alentando el desarrollo de las áreas más organizadas de su personalidad. La canalización de las inquietudes del paciente sirve para liberar la capacidad creativa inhibida y tiende a la estructuración de la personalidad alrededor de un eje organizador. Al proponer tareas acordes con los intereses del paciente se lo ayuda a reencontrarse con la realidad, con el mundo objetivo, promoviendo y reforzando la noción de proceso que se opone a la concepción mágica del tiempo y del espacio.

e. Informar sobre el mundo objetivo del paciente:

Al establecer un contacto cotidiano con el paciente, dispone de información fidedigna sobre su comportamiento en ambientes variados, los vínculos que establece con los miembros de su familia, su modo de relacionarse con otras personas, las emociones que lo dominan, etc., así como conductas llamativas de la vida diaria en relación a la alimentación, el sueño y la higiene personal. Este registro permitirá alcanzar una comprensión global del paciente y servirá como un valioso indicador de diagnóstico y pronóstico. Al mismo tiempo, resulta de suma importancia reportar los cambios observados en los vínculos significativos del paciente, así como en su aptitud para modificar la calidad de los objetos con los que se relaciona; estas observaciones contribuyen a una mejor evaluación de las alternativas seguidas por el proceso terapéutico.

f. Actuar como agente resocializador:

Uno de los rasgos más sobresalientes del paciente con Trastorno Esquizofrénico es la importante desconexión con el mundo que lo rodea. El Acompañante Terapéutico funciona entonces como contacto constante con el mundo externo, un nexo capaz de reenlazar socialmente al paciente con quienes le rodean. En la medida en que el paciente y el tratamiento lo permitan, el Acompañante debe paliar esta distancia, facilitándole el reencuentro, en forma paulatina y dosificada, con todo lo perdido.

g. Servir como agente catalizador de las relaciones familiares:

Puede contribuir, además, a descomprimir y amortiguar las relaciones de éste con su familia.

En el caso específico de los pacientes esquizofrénicos, Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (1985), señalan algunas reglas básicas a seguir en el abordaje de estos pacientes, y son las siguientes:

- 1) Impartir consignas simples que no den lugar a la ambigüedad. Hablar con frases cortas, claras y concretas.
- 2) Dar respuestas directas, sin ambigüedad ni doble sentido.
- 3) Tener gran disposición a escuchar cuando el paciente desee hablar.
- 4) Tolerar el silencio. No sentirse obligado a hablar permanentemente, ya que el paciente puede sentirse confundido. No preguntar con insistencia para que no se sienta perseguido.
- 5) Es clave la puntualidad y el cumplimiento en la tarea, porque aunque parezca indiferente y desconectado, el paciente esquizofrénico es un agudísimo observador incapaz de tolerar la espera y la frustración.
- 6) Contrarrestar su sensación de indefensión al ofrecerse como un Yo opcional capaz de postergar y de ofrecerle modos de funcionamiento alternativos a aquellos que posiblemente lo condujeron al trastorno. Debe obrar de esta manera hasta que el paciente se sienta capaz de funcionar con autonomía.
- 7) Reforzar la contención del paciente, luchando contra su ruptura con la realidad, acompañando con un estilo complementario los vaivenes de la evolución de su tratamiento.

- B) Conectar al paciente con algún proyecto vital latente acorde a sus posibilidades.
 9) Operar como nexo con el mundo externo, ayudando al paciente a re-enlazarse socialmente con otros.

Dentro de la evolución del vínculo entre el Acompañante Terapéutico y el paciente, pueden identificarse, de manera general, cuatro etapas fundamentales:

a. Inicio de la relación:

Al inicio de la relación con el paciente pueden predominar en éste las actitudes de sospecha y desconfianza, con lo que se exacerban las ansiedades persecutorias, generándose conductas tendientes a acentuar la distancia y a frenar todo lo que pueda propiciar un proceso de integración y colaboración con el tratamiento.

Cuando, por el contrario, al inicio de la relación prepondera la transferencia masiva, abrupta y prematura al Acompañante Terapéutico, se produce una relación con características casi simbióticas, donde predomina una marcada idealización de la persona del Acompañante y una dependencia casi total a ésta.

b. Período de mayor aceptación del vínculo:

Luego de un tiempo de aceptación mutua, la relación Acompañante-paciente comienza a hacerse más accesible para ambos. La empatía y sentido común del Acompañante son básicos para desplegar las distintas maniobras terapéuticas fijadas en la estrategia de abordaje trazada por el equipo.

En esta etapa, ya es posible la planificación de actividades junto con el paciente, siempre y cuando éste manifieste una actitud de mayor compromiso con el tratamiento. A medida que el Acompañante desarrolla su tarea, el paciente va comprendiendo los roles que aquél cumple dentro del equipo.

c. Consolidación del vínculo:

Es el momento del proceso en que el paciente y su Acompañante Terapéutico comparten algo más que un contrato de trabajo con objetivos a cumplir. La frecuencia del vínculo y las características de esta convivencia gestan relaciones de un alto compromiso recíproco. Este hecho suele promover en el Acompañante constantes replanteos en cuanto al significado de su rol, así como también en el paciente.

Otros elementos a tener en cuenta son los altibajos en la evolución clínica del paciente. Dentro de los períodos de franca mejoría, de buena colaboración con el proceso, suelen aparecer momentos de descompensación, que alteran circunstancialmente la marcha del tratamiento. Frente a las crisis y a los episodios regresivos del paciente, las vivencias contratransferenciales de los Acompañantes suelen ser verdaderamente tormentosas. Sensaciones de rabia, decepción, culpa, etc. se agolpan en sus cabezas, sobre todo cuando existe una relación consolidada con el paciente.

Por ello es importante realizar una evaluación periódica de la tarea del Acompañante, lo que facilita la toma de una distancia prudencial que lo proteja de la contraidentificación con

el paciente.

d. Finalización del Acompañamiento:

Una de las dos modalidades básicas de cierre del proceso de Acompañamiento, consiste en la separación planificada, gradual, respetuosa del tiempo del paciente y elaboradora del duelo por la despedida.

Sin embargo, con este tipo de pacientes, es más frecuente que la separación sea abrupta, en donde el paciente es "arrancado" al tratamiento, sin un espacio ni un tiempo para explicitar las sensaciones que despierta este cierre. En estos casos, la despedida es, más que un proceso, un hecho consumado.

Cabe señalar que todas las funciones del Acompañante Terapéutico permiten, en última instancia, abordar al paciente en una sucesión gradual que va de lo menos amenazante a lo más conflictivo, tomando en cuenta sus potencialidades, intereses, logros a mediano y largo plazo, sus aptitudes, etc., para que sea lo menos frustrante y más gratificante posible. De acuerdo con Noyes (1985), ésto ayuda a reducir la sensación afectiva de desesperanza que aparece cuando el individuo está privado de dichas transacciones, además de contribuir a expandir y restaurar las respuestas afectivas positivas dentro todas las áreas de la personalidad. Estas áreas son, de acuerdo con la definición de Kaplan H.I. y Sadock B.J. (1989) las siguientes:

a. Área Sensoperceptiva:

La Sensopercepción es la conciencia de objetos, cualidades o relaciones que sucede a la estimulación de los órganos sensoriales; el deterioro en ésta área sienta las bases de los delirios, las alucinaciones y otras varias falsas interpretaciones de la realidad.

b. Área Intelectual:

Puede definirse a la Inteligencia como la capacidad de hacer frente a una situación nueva improvisando una nueva respuesta adaptativa. Esta capacidad involucra funciones mentales tales como el pensamiento, la memoria, el juicio, la concentración, la atención, la destreza manual, la agudeza visual, etc.

c. Área Conductual:

La Conación se refiere a la capacidad de iniciar la acción y concierne a los esfuerzos básicos de una persona, expresados a través de su conducta. Este mecanismo posibilita la iniciativa o capacidad para realizar una conducta dirigida hacia un fin en cualquier ámbito.

d. Área Afectiva:

El Afecto es el tono sentimental, agradable o desagradable, que acompaña a una idea. El término Afecto se utiliza en forma intercambiable con el término Emoción, e incluye sentimientos como rabia, pesar y gozo. El Afecto determina la actitud general, ya sea de

rechazo, aceptación, huida, lucha o indiferencia, en relación a cualquier situación de la vida.

e. Área Social:

Se refiere a las diferentes pautas de relaciones humanas que el individuo establece a lo largo de su vida, a través de su desempeño en la familia, el trabajo, las amistades y la comunidad.

En cuanto a la planificación de actividades, Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. señalan la importancia de tomar en cuenta las características de cada paciente en particular, elaborando programas específicos para cada caso. Sin embargo, consideran una serie de puntos generales básicos a seguir, que son:

- 1) Las actividades no pueden ser planeadas con mucha anticipación.
- 2) Es importante poder volver atrás, rever la salida, modificarla si hay mensajes implícitos o explícitos de incomodidad o sobreexigencia.
- 3) Las actividades deben ser cortas, de ritmo lento, dosificando el tiempo de dedicación que requiere cada tarea.
- 4) Evitar lugares donde haya gran concentración de gente o de ruido.
- 5) Evitar encuentros sociales demasiado exigentes.
- 6) No superponer objetivos en una salida: por ejemplo, si el objetivo es ir al centro para concurrir al médico, no es conveniente usar la misma salida para ir de compras. Los desdoblamientos de este tipo suelen generar ansiedad en el paciente.
- 7) Elegir actividades que favorezcan discriminaciones mínimas en relación con la ubicación tempo-espacial. Hacer participar al paciente, en la medida las posibilidades de éste, en la planificación de cada actividad (elección de películas, paseos, etc.).
- 8) Estimular al paciente con mucho tacto a un mejor cuidado en su apariencia personal (higiene, vestido y atención corporal en general).

8. LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En el contexto del tratamiento del Trastorno Esquizofrénico, pueden mencionarse dos opciones: el Hospital Psiquiátrico Tradicional y la Comunidad Terapéutica. De acuerdo con Basaglia (1972, en Mendizabal A.M.P., 1983), quizá la Comunidad Terapéutica "per se" no sea la pócima mágica que al ser ingerida por el paciente le elimine sus delirios o alucinaciones, pero es posiblemente hoy en día la institución que enferma menos al ya enfermo mental.

Durante la Segunda Guerra Mundial, surgió la necesidad de brindar atención psiquiátrica, contando con escasos recursos de todo tipo, a un gran número de personas. La guerra y la postguerra dieron lugar a profundas modificaciones en los esquemas político-culturales que llevaron a la sociedad inglesa a transformar sus concepciones del enfermo mental, asumiendo con ello responsabilidades sociales que antes evitaban. Así, fue en 1944

que por vez primera los enfermos mentales fueron objeto de un programa de rehabilitación externo al hospital que favorecía la desaparición de su condición de alienados.

Diferentes grupos de psiquiatras, psicólogos, médicos y otros profesionistas del campo de la salud mental, aplicaron experimentalmente modelos de tratamiento diferentes a los tradicionales y, aunque sus métodos variaban, todos tenían en común el reconocimiento de que las relaciones cotidianas de los pacientes entre sí y con el equipo eran el campo propicio para generar la conciencia de enfermedad en el paciente, así como para la rehabilitación subsiguiente.

El concepto de "Comunidad Terapéutica" fue introducido originariamente por Maxwell Jones en 1953, designando así a un tipo concreto de comunidad caracterizado por una visión particular de la organización de la institución, de su personal, sus pacientes y de sus reglas y procedimientos.

La Comunidad Terapéutica (Mendizabal A.M.P. 1983) es una modalidad de tratamiento basado en la premisa de que un pabellón psiquiátrico u hospital es un sistema social, en donde pacientes y personal se influyen de manera mutua, y a su vez se hallan influidos por el medio que los rodea. El enfoque de la Comunidad Terapéutica consiste en utilizar al máximo este sistema social y sus componentes, para modificar el comportamiento del paciente para que éste sea capaz de organizar su vida y sus relaciones personales de un modo más constructivo.

Los principios y prácticas generales bajo los que actúa la Comunidad Terapéutica son:

- 1) La comunicación es franca y directa entre el personal y los pacientes.
- 2) Se motiva a los pacientes a participar lo más activamente posible en su tratamiento.
- 3) El sistema de gobierno proporciona a los pacientes y al personal frecuentes oportunidades de participar en la elaboración de decisiones administrativas y terapéuticas.
- 4) El personal tiene la responsabilidad final, pero buena parte del funcionamiento de la unidad está en manos de los pacientes.
- 5) La unidad y el hospital están en estrecho contacto con la comunidad del exterior; la comunicación e interrelaciones son frecuentes entre ambas.
- 6) Generalmente, la unidad tiene puertas abiertas y el paciente tiene libertad para moverse dentro de los terrenos del hospital.
- 7) La relación entre paciente y médico sigue un modelo de interrelación y mutua colaboración más que el modelo de autoritarismo-sumisión, o el de guía-cooperación.
- 8) Se intenta evitar el aislamiento social y la deshumanización de las grandes instituciones; el retraimiento por parte del paciente de relaciones interpersonales significativas, con su consiguiente regresión psicológica; la imagen del médico como autoridad poderosa y omnisciente; y la separación del paciente de su familia, de la comunidad, y/o de sus responsabilidades habituales.

Como todo descubrimiento nuevo, puede idealizarse a la Comunidad Terapéutica, lo cual trae graves riesgos y consecuentes desilusiones al entrar en contacto con sus limitaciones; no obstante, todo cambio cuyo fin sea humanizar las circunstancias del alienado puede proporcionar beneficios (Mendizabal A.M.P., 1983).

El trabajo de grupo de la Comunidad Terapéutica funciona para darle al sistema yoico de cada participante una aportación que genere, mantenga y restaure la capacidad de evaluar y dominar la realidad, gracias a la mejoría de sus habilidades (Noyes, 1985).

Así mismo, la Comunidad Terapéutica brinda la posibilidad de formar nuevos vínculos (tanto con otros pacientes como con los miembros del staff), en donde se rompa el esquema de relación previo del paciente, y éste pueda revivir las múltiples identificaciones proyectivas e introyectivas de sus persecuciones, miedos y ansiedades, a lo cual la Comunidad responde con contraidentificaciones. Lo anterior se da en la medida en que se interactúa con el paciente, permitiendo llegar a formar una alianza de trabajo con éste, en donde es posible observar sus procesos inconscientes y acrecentar la integración de su Yo (Etchegoyén, 1988).

El Instituto Mendao, S.C. fue fundado por el Dr. Antonio Mendizabal P., el Dr. Sergio Mendizabal A., el Dr. Carlos Ortega y la Psic. Mayling Mendizabal A., abriendo sus puertas con un solo paciente en Abril de 1978, contando ya con un equipo de 16 personas.

Es una institución creada para el tratamiento, la prevención, la enseñanza y la investigación de la Psicosis y los trastornos graves de la personalidad, que surgió como resultado de la inquietud de investigar a fondo los trastornos psicóticos y del deseo de aplicar un modelo interdisciplinario en el tratamiento de éstos.

Ofrece los servicios de Internamiento con programa parcial o total, Hospital de día, Terapias fraccionadas, Hospital de noche y Consulta externa.

El punto nodal del funcionamiento teórico y práctico del Instituto Mendao, S.C. está basado en la Teoría Psicoanalítica. La ideología se entiende como una serie de valores indemostrables, pero que son aceptados por el equipo y que sirven como axiomas básicos para unir el pensamiento con la acción. Algunos de estos valores son el humanismo, el conocimiento, la acción racional, el pensamiento reflexivo y crítico, la integración activa a la realidad, el respeto a sí mismo y a los demás, la cooperación, la creatividad, la responsabilidad y el desarrollo.

Los lineamientos ideológicos más importantes de esta Comunidad son:

- 1) La organización social global tiene una intención y un efecto terapéutico.
- 2) La acción social es considerada como parte vital y dinámica del tratamiento.
- 3) Se permite la participación activa en el gobierno de la Comunidad, por lo que existe una democratización relativa.
- 4) Las relaciones interpersonales son consideradas potencialmente terapéuticas.
- 5) Se favorece un clima emocional adecuado, a través de un trato especial hacia el paciente, basado en el respeto a la enfermedad en el ser humano.
- 6) Existe un grado de tolerancia y de permisividad en cuanto a los límites y normas.
- 7) Se impulsa la comunicación intra e intergrupala entre los pacientes y el equipo.
- 8) Énfasis en el trabajo grupal, en donde las decisiones son tomadas en equipo, con una tendencia a la horizontalidad.
- 9) Abordaje de los trastornos mentales desde la multiterapia, considerando a aquellos como fenómenos multicausales.

10) Elaboración de los diversos acontecimientos cotidianos, con el objeto de obtener de ellos el máximo de salud mental para todos los miembros de la Comunidad.

11) El trabajo es unitario e integral, lo que implica que hay libertad para la comunicación abierta, una marcada tendencia a destruir las relaciones de autoridad tradicionales, amplias posibilidades de reeducación social, así como diversas oportunidades de participación genuina y de respeto.

En el Instituto Mendao, S.C. se entiende a la salud como la No-Psicosis, siendo ésta un proceso y no un estado. Se conceptualiza que en la personalidad hay una parte psicótica, una neurótica y una sana; el psicótico critica lo social pero hay un uso inadecuado de los medios para modificarse a sí mismo y al entorno. La salud estaría entonces entendida como el proceso de pasar de ser un elemento estático a ser un elemento dinámico, una vez que se liberan las limitaciones, mutilaciones e inhibiciones de lo que ocurre en sí mismo, en la familia y en el medio social; desde aquí, la salud estaría vista como un valor.

Las características estructurales y funcionales de esta institución, que se considera pueden promover la salud, son:

- 1) Tendencia hacia la horizontalidad.
- 2) Tendencia a la unificación del conocimiento a través de una epistemología convergente.
- 3) Tendencia a la toma colectiva de decisiones.
- 4) Tendencia a la aceptación de la auto y heterocrítica.
- 5) Análisis de la contratrasferencia, para evitar el uso de mecanismos defensivos que se dan como consecuencia de la parasitación generada por el trabajo con pacientes psicóticos.
- 6) Necesidad del establecimiento de amplios canales de comunicación, tanto en el sentido vertical como horizontal.
- 7) Marcada tendencia al empleo de la ideología humanista.

Estas características generan un medio artificial en donde se pretende que, a través de múltiples tratamientos, el paciente logre percatarse de las causas de su padecimiento, para que en esa medida pueda fortalecer su Yo, y para que paulatinamente sea capaz de modificar su mundo tanto interno como externo.

Dentro de esta Comunidad Terapéutica, se concibe al paciente psicótico como un ser humano con dificultades para aceptar la realidad externa e interna, que cuenta con escasos elementos para resolver sus conflictos y con muy poca tolerancia al dolor mental.

Para Mendao, el psicótico es observador y crítico del mundo que percibe, pero sus miedos y angustias (al no contar con elementos para manejarlos adecuadamente) le llevan a magnificarlo, lo que le resta esperanzas de poder modificarlo en algún grado operativo para poder vivirlo; de ahí que transforme la realidad de acuerdo a sus necesidades, atacando la información que le ofrecen sus órganos perceptuales y a todos aquellos elementos de su personalidad que lo vinculen con el exterior, inclusive su pensamiento.

En sentido general, el tipo de pensamiento del paciente psicótico tiene como función descargarlo de tensiones, angustias y estímulos: es decir, tiende a ser más evaluativo que elaborativo. A su vez, tiene un importante déficit en las estructuras y funciones mentales que permiten al ser humano discriminar entre el mundo interno y el externo.

En lo que respecta a la familia, esta institución considera que el psicótico es susceptible de los deseos inconscientes de los padres o abuelos, sobre todo los no explicitados. Es depositario de la patología familiar; de ahí que la familia lo ame y lo ataque y, en muchas ocasiones, desee depositarlo en las instituciones curativas, como una medida de protección y seguridad ante el rechazo y la escisión que prevalecen en el núcleo familiar.

Por último, en el Instituto Mendao, S.C. se considera que el paciente, como todo ser humano, tiene un límite de tolerancia al dolor mental, por lo que se trabaja el uso de medicamentos (en la dosis mínima posible) para tratar de modular su patología, mientras se busca la superación de su conflictiva a través de un conjunto de psicoterapias y actividades que se imparten en un clima emocional tolerable (Flores G.J.L., 1980 y Cardeña A.I., 1982).

La estructura social de esta institución funciona como un todo y tiene efectos terapéuticos, ya que se fomenta la movilidad de roles tanto en el paciente como en el personal; del primero se espera la capacidad para responsabilizarse, y del segundo que sea un profesional entrenado, flexible, dispuesto al cambio en su rol, además de ser capaz de acompañar al paciente y tolerar que éste, en algunos aspectos, sepa más que él. Además, se favorece en forma permanente la creación de oportunidades reales para que el paciente participe dentro y fuera de la institución, tomando las decisiones conjuntamente con el staff (en la medida en que el trastorno lo permita).

El ambiente de esta Comunidad Terapéutica es un aspecto básico, ya que funciona como elemento de cambio y a su vez presta el marco y soporte al enfermo que sufre múltiples angustias mentales. Es por ello que se procura cuidarlo y protegerlo de sí mismo y de otros pacientes en crisis, tolerando y enseñándole a tolerar las mismas, para que pueda aprender de ellas.

Por otro lado, las normas de la Comunidad son claras pero flexibles, e involucran a todos sus miembros, ya que son elaboradas por todos como una necesidad y consecuencia de la convivencia cotidiana (Flores G.J.L., 1980 y Cardeña A.I., 1982).

El trastorno psicótico es un fenómeno de gran complejidad, ya que involucra manifestaciones intrapersonales, interpersonales y transpersonales (fenómenos que vienen de fuera del grupo familiar, pero que se enclavan en él y lo enferman). Las características de estos pacientes marcan la necesidad de una fina y persistente labor de reestructuración, de tal manera que las partes y funciones que han permanecido estancadas o regresadas alcancen un mayor grado de evolución.

Aún cuando sea creado artificialmente, el psicótico necesita un tiempo, un espacio y un conjunto de relaciones interpersonales que compartan una actitud terapéutica encaminada a la rehabilitación.

Dada la concepción del trastorno mental como un fenómeno polideterminado y multifactorial, el tratamiento en el Instituto Mendao, S.C. se imparte a través de varias áreas que intentan cubrir, en conjunto, el fenómeno en su totalidad. Estas áreas son:

a. Área de Psiquiatría:

Es el área en donde el psiquiatra se hace cargo del manejo clínico de los pacientes, realizando ingresos y atendiendo consultas de valoración de casos que requieren estudios previos para definir el tipo de programa; maneja los psicofármacos, utilizando sólo la dosis óptima que disminuya la sintomatología que implica riesgos para el paciente o para la Comunidad, y que permita el abordaje psicoterapéutico; coordina las interconsultas; y supervisa la elaboración de expedientes e historias clínicas.

b. Área de Enfermería:

Depende directamente del área de psiquiatría, y es aquí donde se preparan y administran los psicofármacos, según las indicaciones del psiquiatra. Esta área interviene directamente con los pacientes en crisis, propicia el alivio e higiene personales y proporciona apoyo a las demás áreas.

c. Área de Psicoterapias:

Está constituida por la terapia individual, familiar, de pareja, de grupo y la terapia de acción; y está fundamentada en los principios teórico-técnicos del Psicoanálisis, cuya función primordial es la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis de la transferencia que tiende a su resolución.

d. Área de Psicodiagnóstico:

Se encarga de la evaluación del paciente, mediante pruebas psicológicas psicométricas y proyectivas.

e. Área de Investigación y Enseñanza:

Desde 1982, Mendoa forma parte del CONACYT como una institución de investigación. Aquí se llevan a cabo proyectos para diversas investigaciones, además de brindar apoyo teórico al trabajo técnico, existiendo una tendencia a la formación teórica y técnica del personal, a lo largo de su trabajo en la institución.

f. Área de Servicios:

Se encarga principalmente del mantenimiento, limpieza, lavandería, portería y cocina de la institución.

g. Área Administrativa:

Se manejan aquí todas las cuestiones financieras y laborales del instituto.

h. Área de Comunidad:

Esta área fue creada en 1980, a raíz de la comprensión de las dificultades para convivir con los pacientes de manera genuina y espontánea. Su función principal es el mantenimiento de una ideología social-comunitaria y la inducción del proceso comunitario a

través de la socioterapia. Está integrada por un grupo de psicólogos que, desde diferentes roles ya establecidos (Coordinadores, Acompañantes Terapéuticos y Promotores de Comunidad), cubren un amplio sector de actividades que van desde motivar los intereses latentes de la Comunidad a través de escuchar minuciosamente a sus miembros, estimulándolos a expresar sus puntos de vista en los espacios pertinentes, favoreciendo con ello la organización colectiva; hasta el manejo de actividades específicas (asambleas, talleres, salidas, eventos, etc.) y el manejo de estrategias que favorezcan la participación de los pacientes y el personal en el gobierno y organización de la institución.

9. LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

El marco teórico de referencia adecuado para este estudio, dada su congruencia con el concepto de Psicosis, el papel del Acompañante Terapéutico y el escenario de trabajo, es la Teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud. Por ello, es necesario realizar una breve revisión de los principales conceptos que derivan de esta teoría y que aquí se utilizarán.

Sigmund Freud, médico vienés (1856-1939), elaboró una construcción teórica que le permitiera entender lo que iba descubriendo en la práctica clínica, y llamó a esta construcción "Metapsicología" (Jones E., 1985). Una exposición metapsicológica es aquella que describe los procesos psíquicos desde el punto de vista Económico, Tópico y Dinámico.

a. Económico

Desde el punto de vista Económico, los procesos psíquicos se explican por la circulación y distribución de la energía pulsional instintiva denominada "Pulsión"; dentro del aparato psíquico. Para Freud (en: *Pulsiones y Destinos de Pulsión*, Vol. XIV: Amorrortu: 1989) la Pulsión es la carga, energía o fuerza derivada de una necesidad, habiendo tantas pulsiones como necesidades se encuentren. Las pulsiones son innatas, motivan la conducta y varían cualitativa y cuantitativamente de un individuo a otro. Toda Pulsión tiene las siguientes propiedades básicas:

- 1) Un origen o fuente.
- 2) Una fuerza, llamada "Catexia".
- 3) Un objeto satisfactor.
- 4) Una perentoriedad o urgencia de satisfacción.

Freud distinguió dos tipos de pulsiones: pulsiones de vida, denominadas "Eros" y pulsiones de muerte, conocidas como "Thanatos". Según la definición de Laplanche J. y Pontalis J.B. (1983), las pulsiones de vida están constituidas, a la vez, por las pulsiones sexuales y las pulsiones de autoconservación; estas últimas son el conjunto de las necesidades ligadas a las funciones corporales que se precisan para la conservación de la vida del individuo, siendo su prototipo o modelo el hambre y la función de la alimentación. La defecación, emisión de orina, actividad muscular y visión son ejemplos de otras funciones

orgánicas ligadas a pulsiones de autoconservación.

Las pulsiones sexuales tienen una característica muy peculiar, y es que el objeto que las satisface no está predeterminado biológicamente; sus modalidades de satisfacción o fines son variables, ligadas al funcionamiento de determinadas zonas corporales conocidas como "Zonas Erógenas". La Erogenidad es: "... es la actividad por la cual un lugar del cuerpo envía a la vida anímica estímulos de excitación sexual ... las zonas erógenas pueden subrogar a los genitales y comportarse de manera análoga a ellos." (Freud S. *Introducción al Narcisismo*, Vol. XIV, Pág. 81, Amorrortu: 1989). Esta diversidad de las fuentes somáticas de la excitación sexual implica que la pulsión sexual no se halla unificada desde un principio, sino fragmentada en pulsiones "parciales", que se satisfacen localmente. La energía derivada de las pulsiones sexuales se conoce como "Libido", y el objeto satisfactor al cual se liga varía (como ya se mencionó) a través de fases progresivas que constituyen el desarrollo "Psicosexual" (ya que se trata de pulsiones sexuales), cuyas etapas son:

- 1) Etapa Oral, en donde la energía libidinal está ligada a la boca del propio sujeto.
- 2) Etapa Anal, ligada al ano propio.
- 3) Etapa Fálica, ligada a los órganos sexuales de los padres.
- 4) Etapa de Latencia, sin zona erógena específica.
- 5) Etapa Genital, ligada a los genitales de otro adulto del sexo opuesto.

b. Tópico

El punto de vista Tópico o teoría de los lugares supone una diferenciación del aparato psíquico en cierto número de sistemas dotados de características diferentes, lo cual permite en términos de modelos considerarlos como lugares psíquicos de diferente índole y modo de funcionamiento. Freud va a postular a lo largo de su obra dos tópicos. En su primer modelo o "Primera Tópica", sostiene que el aparato psíquico está compuesto por dos sistemas:

1) El Sistema Inconsciente:

Este sistema es una estructura estable con leyes propias, y está compuesto por un conjunto de huellas mnémicas o registro de recuerdos que no pueden hacerse conscientes, salvo pasando por el Sistema Preconsciente. Estas representaciones son atemporales, no están ordenadas de acuerdo al tiempo cronológico y tampoco se "gastan" con el tiempo. En el Inconsciente los afectos circulan libremente y pueden asociarse a uno o varios recuerdos.

Este sistema está sujeto al "Principio del Placer", que es uno de los dos principios que, según esta teoría, rigen el funcionamiento mental del individuo. De acuerdo con este principio, el conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer reduciendo la tensión generada por el aumento de excitación pulsional. El funcionamiento de este principio se caracteriza por el anhelo de satisfacer en forma inmediata o perentoria todos los deseos, omitiendo lo que la realidad externa pueda albergar de contradictorio con ese anhelo; es decir, el Principio del Placer desconoce el juicio de realidad.

El Sistema Inconsciente está sujeto también al "Proceso Primario", que es uno de los dos modos de funcionamiento psíquico descritos por Freud, caracterizado básicamente por el

flujo libre de energía, el predominio de los mecanismos de desplazamiento y condensación, la nula tolerancia a la frustración y la incapacidad de postergación.

Otro rasgo esencial de los procesos inconscientes, además de las características mencionadas anteriormente, es la tendencia a la repetición, ya que los conflictos, hasta que no sean elaborados, vuelven a producir síntomas. La repetición se da por la imposibilidad de elaborar mentalmente situaciones clave de la vida.

2) Sistema Preconsciente-Consciente:

Los contenidos del Sistema Preconsciente no son permanentemente conscientes pero pueden llegar a serlo.

Este sistema se rige por el "Principio de Realidad" y funciona como un archivo accesible de datos y recuerdos, seleccionándolos según las condiciones de la realidad lo permitan. Está sujeto al "Proceso Secundario", caracterizado por la capacidad de espera, tolerancia a la frustración, noción de proceso, y otras características.

La "Segunda Tópica" considera al aparato psíquico compuesto por tres instancias:

1) Ello (Id):

Es el caudal pulsional instintivo con el cual nace el individuo y está regido, al igual que el Inconsciente, por el Principio del Placer y el Proceso Primario. Todas las tendencias instintivas, irracionales, primitivas e infantiles aquí contenidas buscan obtener una satisfacción inmediata. Esta estructura es inconsciente.

2) Yo (Ego):

De la misma energía del Ello, surge el Yo, a través de las relaciones que el niño establece con el mundo externo, y alcanza su desarrollo alrededor de los primeros seis años de vida. Esta estructura se encarga de satisfacer las pulsiones del Ello, pero adecuándolas al Principio de la Realidad y a las exigencias del Superyó. Contiene la imagen de sí mismo y los mecanismos mentales adaptativos que le permiten a una persona vivir y desarrollarse en su entorno. El Yo tiene partes conscientes y partes inconscientes.

3) Superyó (Superego):

Se estructura a partir de la influencia crítica de los padres, educadores, maestros y otras personas del medio social. Esta formado por el "Ideal del Yo" y la "Conciencia Moral". Es una especie de juez o censor del Ello, cuyas funciones básicas son la conciencia moral y la autoobservación. Vigila permanentemente al sujeto en su conducta, pensamientos, sentimientos, etc. para ver si éstos son adecuados y responden o no a lo que de él se espera; es por eso que esta instancia se rige por el "Principio del Deber".

c. Dinámico

El punto de vista Dinámico considera que los fenómenos psíquicos son resultantes de

un conflicto, y que hay dos fuerzas psíquicas opuestas. Este conflicto surge entre la fuente pulsional proveniente del Ello y el Yo, al no permitir la descarga de las pulsiones si éstas no se adecuan al Principio de la Realidad. La fuerza con la que el Yo se opone al Ello se denomina "Contracatexia".

Este conflicto genera un estado de angustia o tensión, ante lo cual el Yo pone en práctica los "Mecanismos de Defensa", con el objeto de reducir esta tensión. Toda persona necesita de defensas para poder vivir y no verse invadido por sentimientos de miedo y angustia que lo paralicen. Lo importante es que tales defensas sean adecuadas y le ayuden a adaptarse a las situaciones de la vida, modificando su entorno en la medida de lo posible. Por ello, es fundamental contar con un abanico de recursos defensivos que permitan instrumentar distintos elementos aptos para diferentes situaciones.

Existen diez mecanismos de defensa básicos, mismos que se combinan para dar lugar a mecanismos más complejos, y que son, siguiendo la definición de Laplanche J. y Pontalis J.B. (1983):

A) Represión: Consiste en rechazar, excluir de la conciencia o bloquear (mantener en el inconsciente) aquellas representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligados a una pulsión cuya satisfacción ofrecería el peligro de provocar tensión o *displacer*, en virtud de otras exigencias.

B) Negación: Aquí, una vez que la persona ha formulado uno de sus deseos, pensamientos o sentimientos, hasta entonces reprimidos, niega que éstos le pertenezcan.

C) Introyección: Consiste en hacer propios, de manera fantaseada, objetos (total o parcialmente) que generan tensión. Este mecanismo se relaciona con el mecanismo de identificación y, por lo tanto, con el proceso de formación del Yo.

D) Proyección: Aquí, la persona expulsa de sí cualidades, sentimientos, deseos, etc., que no reconoce o que rechaza en sí mismo, y los deposita en objetos (cosas o personas) externos y ajenos.

E) Identificación: Este proceso consiste en asimilar un aspecto, una propiedad o un atributo de una figura significativa, para transformarse, total o parcialmente, sobre el modelo de dicha figura.

F) Aislamiento: Consiste en separar la idea de su afecto concomitante (o incluso de otros pensamientos, gestos, palabras, actos), de tal manera que lo único que se manifiesta es la idea, sin carga afectiva y sin la conexión con otros pensamientos (disociación ideofectiva).

G) Anulación: Este mecanismo complementa al mecanismo anterior, y consiste en anular los pensamientos, gestos, palabras o actos pasados, utilizando para ello pensamientos o comportamientos dotados de una significación opuesta.

H) Desplazamiento: Aquí, el acento, interés o intensidad de una representación se desprende de ésta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas (sustitutos más aceptables y generalmente externos), aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa.

I) Condensación: Implica el agrupamiento de varias representaciones o cadenas asociativas de éstas, en una representación única (en un solo objeto).

J) Sublimación: Es el único mecanismo que permite satisfacer la pulsión de una manera

socialmente aceptada.

De acuerdo con Freud, toda persona nace con una dotación genética dada, con características cuantitativas y cualitativas propias de cada individuo. A esa dotación se agregan las experiencias infantiles de la primera infancia, constituyendo hasta aquí lo que Freud llamó la "Primera Serie Complementaria". La calidad de esta combinación entre dotación y experiencias infantiles es lo que va a determinar el desarrollo de las estructuras de la personalidad, creándose una "Predisposición" al haber conflictos no resueltos que obstruyen el desarrollo.

La "Segunda Serie Complementaria" la constituyen entonces la "Predisposición" y las experiencias ambientales actuales. Ante los eventos estresantes del medio ambiente, el Yo protege al sujeto al poner en práctica mecanismos que lo devuelvan al equilibrio, tomando en cuenta la realidad objetiva. Cuando estos mecanismos son insuficientes, se produce una distorsión de la realidad (Neurosis) o una ruptura con la realidad (Psicosis).

Los factores precipitantes de las Psicosis no son esencialmente diferentes de los factores precipitantes de las Neurosis. Estos factores pueden consistir en aumentos cuantitativos de la tendencia instintiva, o en circunstancias que estimulan la reprimida sexualidad infantil, o bien en experiencias que parecen justificar o aumentar las ansiedades y sentimientos de culpa infantiles.

Tanto en la Neurosis como en la Psicosis, se produce un conflicto básico entre el Ello (un impulso instintivo) y el mundo externo. El Yo del neurótico obedece al mundo externo y se vuelve contra el Ello mediante el mecanismo de la represión. El Yo del psicótico, por el contrario, se aparta del mundo externo, que pone límites a su libertad instintiva. Sin embargo, en la mayor parte de los casos de Esquizofrenia parece ser que el apartamiento de la realidad no obedece al propósito de lograr mayor placer instintivo, sino al de combatir las tendencias instintivas dirigidas hacia los objetos.

Las Psicosis, así como las Neurosis, tienen como base el hecho de que el organismo reacciona a los conflictos mediante la regresión, si bien la profundidad de esta última no es la misma en los dos casos.

Tanto las Neurosis como las Psicosis inician en el transcurso de ciertas crisis; es decir, cuando, a raíz de cierta experiencia, se perturba el equilibrio que hasta entonces ha prevalecido, y cuando los métodos habituales de defensa del Yo han dejado de ser suficientes.

d. El Narcisismo

El concepto de Narcisismo es fundamental para poder situar a la Esquizofrenia dentro del marco de la Teoría Psicoanalítica. Octavio Chamizo (1986) realizó una síntesis de las diferentes acepciones, así como de la evolución de éste término; fundamentalmente, el Narcisismo Primario es entendido como un momento originario de la vida en donde toda la Libido depositada en la propia persona, donde el psiquismo estaría volcado sobre sí mismo, autosuficiente, anobjetal e infranqueable, percibiendo el mundo como prolongación de sí mismo. Lo interno es asimilable al placer, en tanto que lo externo es asimilado como

displacerlo. Todo aquello que de fuera es placentero (y aquí el afuera es sólo para el observador), es convertido en interior y, por lo tanto, en perteneciente a la propia persona.

El bebé parte de este estado de Narcisismo Primario, en el que las partes que constituyen el aparato mental aún no se hallan diferenciadas entre sí y todavía no existen objetos.

Este estado viene a ser el punto de partida, la primera de las fases que de acuerdo a una concepción genética se irían sucediendo en el devenir del sujeto, dando lugar a la lógica del desarrollo.

La diferenciación del Yo coincide con el descubrimiento de los objetos. Un Yo existe en la medida en que se diferencia de los objetos que no son el Yo. El descubrimiento del Yo (y del mundo de los objetos) por parte del bebé, se realiza en conexión con el descubrimiento del propio cuerpo, el cual se distingue de todas las partes del universo por el hecho de que es percibido simultáneamente a través de dos tipos de sensación: las sensaciones táctiles externas y las sensaciones internas de sensibilidad profunda.

Puede concebirse entonces, a la constitución del Yo como unidad psíquica, como correlativamente a la constitución del esquema corporal. Puede pensarse que tal unidad viene precipitada por una cierta imagen que el sujeto adquiere de sí mismo. El Narcisismo sería la captación amorosa del sujeto por esta imagen.

En conclusión, el Narcisismo Primario viene a ser un estado primitivo en donde el niño se toma a sí mismo como objeto de amor antes de elegir objetos exteriores. Este estado está caracterizado por la ausencia de total relación con el ambiente y por una indiferenciación entre el Yo y el Ello: su prototipo es la vida intrauterina y su reproducción casi perfecta el estado de sueño.

Paulatinamente, junto con el desarrollo biológico y mental, y a través de la asimilación de las experiencias de espera, frustración y gratificación, el individuo es capaz de distinguir entre su propia persona y el mundo que le rodea, estableciendo relaciones con los objetos de este mundo (personas, entidades, cosas, ideales, etc.), en quienes deposita su energía libidinal, su interés y sus afectos. Es a través de estas relaciones que el individuo vive un reencuentro constante con sus objetos, pues es necesario para él convencerse de que, a pesar de la calidad de las experiencias, éstos aún están ahí, lo que se conoce como "Constancia Objetal".

e. La Esquizofrenia

De acuerdo con este marco de referencia, el Trastorno Esquizofrénico surge a partir de una estructura de la personalidad que ha tenido fallas profundas en su desarrollo, y cuyos mecanismos han sido demasiado frágiles para enfrentar las tensiones provenientes de conflictos internos y del medio ambiente. Al fracasar estos mecanismos, el paciente retira su interés (y por tanto su energía libidinal) de los objetos externos (personas y cosas), generándose las fantasías de fin del mundo, los sentimientos de despersonalización, etc.

El apartamiento de la realidad por parte del paciente constituye el núcleo del Trastorno Esquizofrénico. El paciente esquizofrénico va perdiendo su contacto con la realidad al retirar los vínculos que lo unen con ésta (Freud S., *Introducción al Narcisismo*, Vol. XIV, Pág. 83;

Amorrortu: 1989), adquiriendo el Ello el poder sobre las otras instancias de la personalidad. La manera arcaica de pensar y hablar, la poca tolerancia a la espera y la frustración, la pobreza en el control de impulsos y otras características notables en el Trastorno Esquizofrénico, son una muestra del predominio del Proceso Primario y del Principio del Placer, de los que se habló anteriormente.

La energía retirada del exterior es depositada en sí mismo (en el Yo). El Yo retorna a su primitivo estado indiferenciado, disolviéndose total o parcialmente con el Ello, el cual no tiene conocimiento de los objetos y de la realidad. A este proceso se le llama "Narcisismo Secundario" porque ya hubo la existencia de objetos, pero éstos han sido reemplazados por el Yo; a diferencia del Narcisismo Primario, que es anterior a la existencia de todo objeto.

Por otra parte, quizá el fenómeno del Narcisismo Secundario explique el delirio de grandeza tan común en estos pacientes; dado que todo el interés está volcado en el Yo, la percepción de sí mismo se engrandece y distorsiona (Freud S., Introducción al Narcisismo, Vol. XIV, Pág. 83; Amorrortu: 1989).

Todos los tipos de Esquizofrenia se caracterizan por un rasgo común: una regresión que, al menos parcialmente, se extiende en el pasado hasta el primer estrato narcisístico. El colapso de la aptitud para el juicio de realidad (que es una función básica del Yo) y los síntomas de desintegración del Yo (pérdida de interés en el mundo externo y una eliminación casi total de las relaciones objetales), pueden interpretarse como un regreso a la época en que aún no se había constituido el Yo o comenzaba a constituirse. Por esta razón, se habla de que el esquizofrénico ha regresado al Narcisismo, de que ha perdido sus objetos, apartándose de la realidad, y que su Yo se ha derrumbado.

Dada la regresión a estados primitivos de la formación del Yo, el esquizofrénico es incapaz de discriminar entre realidad interna y externa, lo intracorporal de lo extracorporal, lo real de lo ilusorio, lo percibido de lo alucinado, ni entre lo propio de lo no-Yo. Su juicio de la realidad tiene profundas fallas; y las violentas emociones que se localizan en su mente le producen confusión porque no distingue si éstas le pertenecen o si transcurren en la mente de otros.

La forma de funcionamiento mental que opera en los pacientes psicóticos es la Identificación Proyectiva, a través de la cual se realiza la fantasía omnipotente de eliminar aspectos no deseados de la personalidad depositándolos en objetos externos. El predominio de este mecanismo no solo empobrece la psiquis, sino que anula toda posibilidad del sujeto de recoger indicadores de la diferencia entre realidad externa e interna.

De igual manera, estos pacientes sufren de severas distorsiones contextuales. El contexto se establece en un vínculo estable en espacio y tiempo que permite la elaboración de proyectos futuros. Cuando se cuestiona el contexto resultan cuestionadas las percepciones y las indicaciones del sentido de la realidad. El contexto es el que otorga significado al intercambio verbal y emocional, por lo que un mismo mensaje cambia de sentido cuando cambia el contexto. Al haber una distorsión contextual, el paciente esquizofrénico produce en su interlocutor un efecto similar al de una persona que, sin avisar, cambia repentinamente el idioma en el que está hablando; de ahí la dificultad para entablar vínculos con ellos y para

lograr una comprensión del discurso de estos pacientes.

Por otra parte, es necesario apuntar que toda comunicación se realiza por medio de símbolos. Cuando éstos pierden su forma concreta, convirtiéndose en "ecuaciones simbólicas" propias de estadios tempranos del desarrollo, dejan de ser aptos para la comunicación y ésta queda trastornada, constituyendo así la base del pensamiento concreto esquizofrénico. El paciente siente las palabras como objetos o acciones; los sustitutos de los objetos originales son usados libremente pero se los considera idénticos al original y se los siente y trata como a éste.

En cuanto al aspecto emocional, en el esquizofrénico predominan afectos como la indiferencia, el desinterés y la apatía, lo que genera en quienes lo rodean, incluso en el equipo terapéutico, desesperanza, impotencia y desesperación. Al tratar de negar todo aquello que lo relacione con lazos afectivos que le impliquen un compromiso emocional, desvía su interés hacia cuestiones abstractas. La expresión facial de este tipo de pacientes suele no coincidir con la emoción correspondiente al relato que realiza verbalmente, ya que mantiene una profunda disociación entre lenguaje, pensamiento y sentimiento.

f. Los Síntomas del Trastorno Esquizofrénico

La Esquizofrenia abarca un importante grupo de trastornos con rasgos comunes, tales como el carácter extraño y grotesco de los síntomas, y lo absurdo e imprevisible de los afectos y las ideas delirantes, así como la conexión inadecuada que se establece entre unos y otras.

Algunos síntomas esquizofrénicos constituyen expresiones directas del derrumbe regresivo del Yo y una anulación de las diferencias adquiridas a lo largo del desarrollo mental; éste es, una primitivización, y son conocidos como "Síntomas de Regresión". Estos síntomas son básicamente las fantasías de destrucción del mundo, ciertas sensaciones físicas, la despersonalización, los delirios de grandeza, las maneras arcaicas de pensar y hablar, y algunos síntomas catatónicos.

Otros síntomas, parecen ser intentos variados de recuperación en donde el paciente, ante la ausencia de relaciones objetales, construye sus propios objetos, su mundo particular, tratando de recuperar el mundo perdido y retornar a la vida de relación, por lo que se denominan "Síntomas de Restitución". Estos síntomas están constituidos por las alucinaciones, los delirios, la mayor parte de las peculiaridades sociales, sexuales y del lenguaje, y otros síntomas esquizofrénicos, los cuales fueron descritos por Fenichel (1966), en apego a la Teoría Psicoanalítica Freudiana, como se señala a continuación:

Síntomas de Regresión

1) Fantasías de destrucción del mundo:

De acuerdo con Freud, es la percepción interna de la pérdida de las relaciones objetales lo que determina la fantasía de que se aproxima el fin del mundo, tan común en estos pacientes, ya que el mundo es sentido como algo vital y significativo en tanto se halla revestido de Libido. El esquizofrénico refleja que su Libido se ha retirado de los objetos cuando habla de percibir al mundo como "vacío", "sin sentido", "monótono", un mundo en donde él se siente perplejo y abandonado. Este fenómeno se muestra de manera más localizada, en la despersonalización, y en forma más intensa y completa en el estupor catatónico.

Algunas veces lo que se siente es que sólo una parte del mundo está dejando de existir. La idea delirante de que alguien está muerto, representa la percepción intrapsíquica de que el vínculo libidinoso con esa persona ha desaparecido.

Un caso de mutismo puede no solamente expresar el hecho de que el paciente ya no tiene ningún interés en el mundo de los objetos, sino contener también cierta dosis de antagonismo hostil. En el síntoma del negativismo se expresa el resentimiento contra el mundo externo.

2) Sensaciones corporales y despersonalización:

Es común que el Trastorno Esquizofrénico inicie con sensaciones hipocondríacas características, lo que puede ser explicado si se considera que el esquizofrénico ha retirado su Libido de los objetos para depositarla en los órganos de su propio cuerpo, lo que trae consigo un aumento del "tono libidinoso" corporal, ya sea del cuerpo en su totalidad o, de acuerdo con su historia individual, de ciertos órganos.

Freud afirmó que el Yo es primariamente una cosa corporal; es decir, es la percepción del propio cuerpo. La "imagen del cuerpo" es el núcleo del Yo. Las sensaciones hipocondríacas del comienzo de la Esquizofrenia demuestran que, con la alteración de carácter regresivo del Yo, este núcleo aparece una vez más y es alterado.

Estas sensaciones no tienen necesariamente el carácter de intensas, sino que pueden consistir en una impresión de falta de sensaciones. Algunos órganos, o áreas corporales, o el cuerpo en su totalidad, pueden ser percibidos como si no pertenecieran a la persona, o como si no fueran del todo como habitualmente son. Lo anterior puede interpretarse como que el órgano (o área, o el cuerpo total) se ha cargado de una gran cantidad de Libido, misma que ha sido retirada de los objetos, lo que da lugar a sensaciones hipocondríacas que el Yo logra rechazar mediante contracatexias, siendo el resultado las experiencias de extrañamiento, despersonalización y perplejidad general del esquizofrénico.

Tanto el aumento como la disminución de las sensaciones corporales alteran necesariamente la imagen corporal del paciente, provocando la sintomatología antes mencionada.

3) Ideas de Grandeza:

No siempre el regreso al Narcisismo es rechazado. En algunas circunstancias, éste se hace sentir como una enorme y placentera inflamación del Yo del paciente, dando lugar a

una especie de estado maniaco y de vivencia extática, que se manifiesta a través de las ideas de grandeza y sobrevaloración.

El psicótico reacciona a toda herida narcisística, en su vida posterior, tal como trató de reaccionar a la primera de todas ellas, la cual tiene lugar cuando, de niño, se percató de no ser omnipotente. Niega la herida y, con propósito de sobrecompensación, acrecienta su autoestima. La regresión al Narcisismo aquí, es también una regresión a la omnipotencia narcisista primaria, que toma la forma de megalomanía.

Por otra parte, el desarrollo normal del Yo y su función de prueba y juicio de realidad hace imposible el uso extensivo de los mecanismos de negación. Algunas veces, un ambiente que favorezca el aislamiento permite a la persona aferrarse a su distanciamiento narcisístico y sobrecompensar toda lesión narcisística forjándose un concepto exageradamente alto de sí mismo; ésto es, el individuo compensa su pérdida de amor con un incrementado amor a sí mismo; al amor a los objetos es sustituido por el amor a sí mismo y la sobreestimación a la persona amada es dirigida hacia el propio Yo.

El hecho de que los pacientes crean realmente en sus sueños diurnos narcisistas, que se transforman en delirios (haciendo que la persona se crea rey, presidente o Dios), se debe a la pérdida de la aptitud para el juicio de realidad.

4) Pensamiento Arcaico:

El pensamiento de los pacientes esquizofrénicos tiene un orden definido, sólo que este orden no obedece a las leyes de la lógica "normal". La lógica del pensamiento esquizofrénico es igual a la lógica del pensamiento mágico o primitivo, ya que se halla en pleno regreso de la etapa lógica a la prelógica.

El pensamiento del esquizofrénico es relativamente más concreto y activo que el pensamiento normal; si bien es incapaz de abstracciones realistas, tiene menos de preparación para la actividad subsiguiente y más de equivalente simbólico del acto. Su carácter de concreto es solamente relativo, por cuanto sus imágenes concretas no corresponden a realidades objetivas, sino que se forman o están influidas por las modalidades del pensamiento primitivo, de realización mágica de deseos.

5) Síntomas Catatónicos como fenómenos Regresivos:

Numerosos síntomas esquizofrénicos son correlativos de una etapa primitiva del desarrollo del Yo, en donde éste se descubría a sí mismo y descubría su ambiente. Algunos de los ejemplos más claros de esta regresión se pueden observar en la manera pasiva en que los pacientes sienten sus propios actos, como si no actuaran por propia voluntad sino obligados a realizar determinados movimientos y a pensar ciertos pensamientos que "les han puesto en la cabeza"; en la creencia en la omnipotencia de las palabras o gestos; y en las posturas y movimientos catatónicos, que sugieren la manifestación de impulsos propios del periodo de la existencia intrauterina.

Otros patrones fijos de conducta típicos del Trastorno Esquizofrénico, como el negativismo y la obediencia automática, que no son inmediatamente factibles de reconocer como manifestaciones de la época de la crianza, son ciertamente arcaicos y primitivos, ya que delatan una apercepción indiferenciada y ambivalente de los objetos. Con la pérdida de la

comunicación afectiva con los objetos, el esquizofrénico ha perdido también la conexión de las actitudes emocionales entre sí, lo que genera que estas actitudes aisladas se vuelvan rígidas y automáticas.

Por otra parte, la expresión facial constituye una manera decisiva de expresar los sentimientos hacia los objetos; pero si desaparecen las relaciones objetales, también la expresión facial pierde su propósito y la plenitud de su carácter, volviéndose vacía y enigmática, como un pálido resto de lo que fué.

Síntomas de Restitución

1) Fantasías de reconstrucción del mundo:

En las etapas posteriores de la Esquizofrenia se presentan, con frecuencia, diversas fantasías que representan una percepción interna de las tendencias a restaurar aquello que fue perdido a causa de la regresión al Narcisismo. El carácter promisorio o atemorizante de estas vivencias representa, respectivamente, la actitud del paciente (esperanzada o sin esperanzas) frente a la tarea de la restitución.

Para el paciente, el mundo deja de parecer vacío y falto de sentido, para presentarse especialmente rico y lleno de significaciones nuevas y grandiosas. Todo es percibido con un significado distinto que, ya sea oculto o claro, generalmente es profético y simbólico.

Las fantasías de reconstrucción pueden manifestarse a través de delirios en donde el paciente cree tener la tarea de salvar al mundo, o que tal vez haya sido elegido por Dios para imponer nuevamente el orden en la Tierra; también puede tratarse de sentimientos de que se debe esperar algunas especie de salvación o renacimiento; o pueden ser infinidad de delirios de tipo religioso que tienen su raíz en anhelos de salvación de este género.

2) Alucinaciones:

Las alucinaciones son fenómenos de gran complejidad que comprenden elementos de percepciones, de pensamientos traducidos a sensaciones y de recuerdos plásticos, que se producen luego de la pérdida o menoscabo de la aptitud para la prueba y juicio objetivos de la realidad, y que consisten en la proyección de factores internos que son sentidos como si se tratara de percepciones externas. Son entendidas como sustitutos de percepciones, pero no porque haya desaparecido toda percepción real; las alucinaciones se producen al mismo tiempo que las percepciones, e incluso pueden entremezclarse con éstas en calidad de "Ilusiones".

Antes de desarrollarse la capacidad de juicio de la realidad, existe un estado alucinatorio primario de cumplimiento de deseos. Es probable que, en la Esquizofrenia, se produzca un bloqueo de la aceptación de los estímulos externos, y que las partes del aparato mental cuya estimulación produce las percepciones, se hagan sensibles a los estímulos internos, generándose las alucinaciones. El Yo del paciente esquizofrénico, luego de su apartamiento de la realidad, se esfuerza por crear una realidad nueva, que le resulte más apropiada.

En las relaciones normales con la realidad nunca son suficientes las imágenes mnémicas, sino que hace falta el suministro de nuevas percepciones. Las alucinaciones son, para el

esquizofrénico, un sustituto de dichas percepciones, una realidad sustitutiva recientemente creada.

No obstante, la mayor parte de las alucinaciones esquizofrénicas no son placenteras, y no parecen representar una simple realización de deseos; a menudo pueden ser penosas y atemorizantes. De acuerdo con Freud, la angustia que frecuentemente las acompaña, se debe a la reaparición de una parte de la realidad que ha sido repudiada.

3) Delirios:

Son juicios equivocados de la realidad y están basados en el mecanismo de la proyección. Al igual que las alucinaciones, consisten en mezclas de elementos perceptivos, pensamientos y recuerdos, sistemáticamente deformados de acuerdo con tendencias definidas. Pueden pertenecer al tipo de realización de deseos, pero la mayor parte de las veces son penosas y atemorizantes. Si bien representan un intento de reemplazar las porciones perdidas de la realidad, contienen a menudo elementos de la realidad repudiada, partes de impulsos rechazados y exigencias proyectadas del Superyó.

En concordancia con la profunda regresión del Yo, la forma y contenido del delirio presentan todos los rasgos que corresponden a niveles mágicos y arcaicos.

Los afectos, sobre todo el odio, nunca son proyectados al azar, sino que con frecuencia se hallan en relación con algo que tiene su base en la realidad. Los pacientes con ideas de persecución son extremadamente sensibles a la crítica, y el conocimiento de críticas efectivamente existentes, pero insignificantes, le sirve de base real para sus delirios. Esta base sufre una exageración y una deformación extremas antes de resultar apropiada para tales fines.

En los delirios de persecución, el perseguidor, así como el instrumento o maquinaria que utiliza, pueden representar no solamente al objeto amado, sino que pueden también ser una proyección de características del paciente, ya sea de todo su cuerpo, de partes del mismo (generalmente los órganos más valorados por el paciente), o de partes específicas de su mente. Esta proyección obedece a una orientación narcisista que hace que el paciente, "enamorado" de sí mismo, desee encontrar su propio Yo personificado en un objeto.

Por otro lado, es frecuente que en este tipo de delirios persecutorios el perseguidor esté representando exigencias del Superyó. Las ideas de referencia y de ser influido resultan ejemplos claros de este fenómeno, pues el paciente siente que es controlado, observado, influido, criticado, llamado a rendir cuentas de sí mismo y castigado. El Superyó, esa parte de la mente que copia los objetos externos, constituye la parte de la personalidad que se halla, por así decirlo, más cerca de ser un objeto. En cierto sentido, el Superyó es mitad Yo y mitad mundo externo; de ahí que sus funciones sean las que más rápidamente aparecen cuando, consumada la regresión narcisista, el paciente desea recobrar el mundo de los objetos, pero es incapaz de hacerlo.

En concordancia con el origen auditivo del Superyó, los reproches externos de la conciencia autoobservadora y autocrítica son escuchados por el paciente en forma de voces, las cuales pueden hacerle objeto de críticas, comúnmente referidas a sus actividades sexuales, que son descritas como sucias u homosexuales; reprenderle como si se tratara de padres que se dirigen a un hijo malo; demostrar que lo están observando constantemente, al

hacer comentarios acerca de lo que el paciente está haciendo (mientras lo está haciendo); o bien pueden ser proyecciones de datos inconvenientes, provenientes de la autoobservación ("está loco", "es un insano", etc.).

Las funciones del Superyó son también sombras del mundo de los objetos que el paciente ha perdido. La sensación de que es mirado por todos es la expresión de un esfuerzo por recobrar la relación con quienes le rodean.

Algunas veces se producen delirios que expresan la idea de ser castigado, lo que produce un alivio y aporta una justificación a la hostilidad del paciente. En este tipo de delirio, conocido como "litigante", el paciente tiene la sensación constante de ser tratado injustamente por todo el mundo, como una defensa proyectiva contra el sentimiento opuesto, el de ser culpable, sentimiento que en última instancia puede representar viejos conflictos con el padre, y las autoridades son combatidas de la misma manera en que el padre fue (o no fue) combatido en la infancia.

En el caso de pacientes esquizofrénicos paranoides, también pueden presentarse fantasías de incorporación de tipo anal, oral, epidérmica o respiratoria, que se manifiestan a través de ideas de comer o ser comido, inhalar o ser inhalado.

A menudo se encuentran en los esquizofrénicos ideas delirantes de menor importancia, menos típicas y sistematizadas, que representan interpretaciones incorrectas de hechos reales, como resultado de la orientación narcisista del paciente. Todo lo que ocurre tiene para éste un significado especial y es vivido dentro de un marco subjetivo e irracional.

4) Relaciones de objeto y Sexualidad:

Los "Adictos a los objetos" son aquellas personas que se aferran a todos y a todo, no por tener una necesidad especial de amor, sino más bien por requerir de una prueba general y constante de su vinculación con el mundo de los objetos. Se apegan a sus objetos, inspirados por un intenso temor a perderlos; están siempre descontentos y gravitan extremadamente sobre las personas de su entorno. Estos individuos son, o bien futuros esquizofrénicos que están luchando contra una pérdida objetual inminente, o ya verdaderos esquizofrénicos en los que este síntoma constituye un intento de recuperación.

Otros pacientes se aferran con la misma tenacidad a sustitutos de objetos, a ideas de todo género, a obsesiones y monomanías, a inventos, a todo aquello que les significa una vinculación con el mundo objetual. Las representaciones de esta índole, que han perdido todo lo que tenían de concreto y real, a menudo no corresponden más que a simples abstracciones. Muchos esquizofrénicos están llenos de ideas de salvar el mundo, ideas que son una proyección del hecho de darse cuenta que ellos mismos tienen la necesidad de ser salvados de perder los objetos.

Muchos pacientes esquizofrénicos son capaces de reacciones transferenciales muy repentinas e intensas, tanto de ternura como de sensualidad u hostilidad. El carácter fugaz y nada sólido de todas estas reacciones demuestra que los pacientes, abandonando su estado narcisista, realizan un intento de tomar contacto con el mundo objetual, pero que sólo pueden lograrlo en forma de arranques bruscos y por cortos periodos de tiempo. La violencia considerable que caracteriza estos esfuerzos se debe al temor de perder nuevamente los objetos.

Las numerosas y diversas manifestaciones sexuales de los pacientes esquizofrénicos, que constituyen una mezcla de todos los niveles del desarrollo libidinoso, parecen ser otros tantos intentos de recuperación de esta índole. Aparecen actividades autoeróticas de toda clase; dificultades en la alimentación que van desde el rechazo de los alimentos hasta la bulimia; manifestaciones primitivas de erotismo anal, tales como la incontinencia, la manía de embadurnar y la coprofilia, formas primitivas de relación con los objetos, fines de incorporación y sobrevaloración mágica de las funciones excretoras. Los impulsos genitales aparecen habitualmente en constante competencia con los pregenitales, de modo tal que la primacía genital, al parecer, nunca ha sido muy vigorosa en las personas predisuestas a la Esquizofrenia.

5) Peculiaridades del lenguaje:

La forma notable en que estos pacientes usan las palabras puede ser interpretada también como un fenómeno dirigido a la recuperación. En la Esquizofrenia, las palabras son sometidas al Proceso Primario. Freud explica este comportamiento mediante la hipótesis de que el esquizofrénico, en su intento de recuperar el mundo de los objetos, recupera algo, pero no todo lo que desea. En lugar de las representaciones objetales perdidas, sólo consigue recuperar sus "sombras", es decir, las representaciones verbales; la pérdida de los objetos le obliga a reemplazar las representaciones de objeto por las representaciones verbales.

El esquizofrénico maneja las exageradas funciones de observación y de crítica del Superyó, del mismo modo en que maneja las palabras. También estas funciones de sombras del mundo de los objetos perdidos.

El paciente dedica a veces un cuidado especial a su manera de expresarse, que se convierte en primorosa y elaborada. La construcción de las frases sufre una desorganización peculiar, que las hace tan incomprensibles para los demás, que las observaciones del paciente parecen carentes de sentido. Además, comunmente se destacan, en su discurso, referencias a órganos o invenciones corporales.

Por último, la rareza, las estereotipias, los moldes arcaicos del pensamiento y el marco subjetivo de referencia que caracteriza al paciente, haciéndole usar las palabras con un significado desconocido para el interlocutor, complican sus expresiones verbales.

6) Síntomas Catatónicos como fenómenos Resritutivos:

Una tendencia a la recuperación del mundo objetual perdido es también la raíz de muchos síntomas catatónicos. Jung reconoció en las estereotipias y en los manierismos intentos mórbidos de recuperar o retener las relaciones de objeto que se escapan. Por su parte, Fromm-Reichmann ve en las estereotipias un compromiso entre la tendencia a expresar ciertos impulsos objetales (tiernos u hostiles) y la tendencia a refrenarlos por temor al rechazo. La desintegración de la personalidad convierte la expresión íntegra de las emociones en las meras alusiones que son las estereotipias.

Algunas perturbaciones de los pacientes catatónicos demuestran no sólo que sus emociones frente a los objetos se hallan en conflicto entre sí, sino que los pacientes ya no son de ningún modo capaces de mostrar emociones completas. Las estereotipias y los manierismos son sustitutos de las emociones, alusiones a ellas, carentes ya de un objetivo de

comunicación. Estos "residuos emocionales" han perdido su conexión entre ellos mismos y con la personalidad total. Del mismo modo en que capta las palabras y las críticas, en lugar de captar objetos y amor, el paciente capta extrañas expresiones mágicas, ininteligibles para el espectador, en vez de emociones completas dirigidas hacia los objetos. La "sonrisa sin sentido", tan común en el esquizofrénico, es característica de un intento infructuoso de recuperar el contacto perdido. En algunas expresiones mímicas o actos raros, aún se pueden reconocer primitivos impulsos sensoriales u hostiles que no han podido expresarse plenamente.

La ecolalia, la ecopraxia y la obediencia automática también pueden considerarse como intentos primitivos de recuperar el contacto. Debe tomarse en cuenta que el bebé adquiere la aptitud de utilizar expresiones mímicas para establecer contacto con otras personas a través de la imitación de gestos y ademanes de quienes lo rodean. Este mecanismo se conoce como "Identificación Primaria", y el paciente catatónico sufre una regresión a este primitivo mecanismo al tratar de recuperar lo perdido. No obstante, sus intentos fracasan y sus gestos resultan "vacíos", "sin sentido".

La rigidez catatónica refleja un conflicto entre el impulso de actuar y la defensa contra el mismo (impulsos inhibidores). Ambos impulsos son narcisistas y están centrados en la lucha por la recuperación de los objetos.

Cabe agregar que otras actitudes catatónicas parecen tender, más que a la recuperación objetal, a la negación de sentimientos displacenteros o del hecho de darse cuenta de estar enfermo. En algunos casos, esta tendencia a librarse a toda costa de tensiones internas puede conducir a extremos que parecen sobrepasar toda consideración de autoconservación.

Puede resumirse entonces que, desde el punto de vista del destino de la energía libidinal, se distinguen en los procesos psicóticos tres etapas básicas:

1) En la primera, la investidura libidinal que recae sobre los objetos es desligada. El Yo retira su interés de todo cuanto lo rodea; el paciente se siente perplejo y abandonado en un mundo hueco, vacío y sin significado, lo que pudiera dar origen a los sentimientos de desrealización, despersonalización y vivencia de fin del mundo.

2) En la segunda etapa, la Libido vuelve al Yo, siendo éste el objeto más investido. Esto significa que todo el interés y la preocupación del paciente están centrados sobre sí mismo, pudiendo dar lugar a sentimientos megalomaniacos, dada la inflamación del Yo, o bien a fenómenos hipocondríacos

3) La tercera etapa sería la restitutiva, en la cual la persona intenta reconectarse con el mundo, restaurar el lazo objetal. Aparecen aquí síntomas tales como los delirios y alucinaciones, que deben ser entendidos como la forma que encontró el paciente de recuperar y reorganizar ese mundo perdido.

En la mayoría de los casos, la Esquizofrenia inicia con los síntomas regresivos, apareciendo posteriormente los síntomas de restitución. Sin embargo, los casos (menos frecuentes) en que el orden de los síntomas es diferente, no contradice necesariamente la teoría. No es preciso que la pérdida de los objetos sea brusca y total. Hay oscilaciones cuantitativas entre la renuncia al mundo de los objetos y los amagos de recuperación.

g. La Transferencia

Una de las concepciones más amplias e importantes dentro del marco de la Teoría Psicoanalítica es la que se refiere a la Transferencia. La intención de abordarla brevemente aquí, es lograr una comprensión más completa del vínculo que se establecerá entre el paciente y el Acompañante Terapéutico, así como de los elementos con que cuenta este último para lograr su función de manera exitosa.

De acuerdo con Freud (en: Sobre la Dinámica de la Transferencia, Vol: XII; Amorrortu: 1989), en todo ser humano se conjugan tanto las disposiciones innatas como las experiencias recibidas durante la primera infancia. De esta combinación dependerá, en el futuro, la especificidad determinada para el ejercicio de la vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que la persona establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse.

Tanto la disposición como el azar determinan el destino del ser humano. Las pautas para la vida amorosa, adquiridas a partir de la combinación de estos elementos, se repiten de manera regular en la trayectoria de la vida, en la medida en que lo permitan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles; no obstante, dichas pautas no se mantienen del todo inmutables frente a las impresiones de carácter reciente.

La Transferencia se refiere entonces, a la repetición de prototipos infantiles (imágenes de figuras significativas como el padre, la madre, el hermano, etc.), vivida con un marcado sentimiento de actualidad. A este respecto, Ferenczi demostró, desde 1909, cómo en el análisis, así como en las técnicas de sugestión e hipnosis, el paciente hacía inconscientemente desempeñar al médico el papel de las figuras parentales amadas o temidas.

Cuando se habla de repetición de las experiencias del pasado, de las actitudes hacia los padres, etc. esta repetición no debe tomarse en un sentido realista que limitaría la actualización a relaciones efectivamente vividas; por una parte, lo que se transfiere es, esencialmente, la realidad psíquica (el deseo inconsciente y las fantasías relacionadas con él); por otra parte, las manifestaciones transferenciales no son repeticiones literales, sino equivalentes simbólicos, de lo que es transferido.

Freud distingue dos tipos de Transferencia:

1) Transferencia Positiva, que se refiere tanto a sentimientos amistosos o de ternura que son susceptibles de conciencia; y a sus proyecciones en el Inconsciente, que remontan a fuentes eróticas.

2) Transferencia Negativa, fundamentalmente referida a sentimientos hostiles.

Según Freud, todos nuestros vínculos de sentimiento, simpatía, amistad, confianza y similares, que valorizamos en la vida, se enlazan genéticamente con la sexualidad y se han desarrollado por debilitamiento de la meta sexual a partir de apetitos puramente sexuales, por más puros y no sensuales que se presenten ante nuestra autopercepción consciente.

La Transferencia Positiva y Negativa, dirigida de manera simultánea a una misma persona, recibe el nombre de "Ambivalencia".

Como se mencionó anteriormente, lo que se revive en la Transferencia es la relación del sujeto con las figuras parentales, especialmente la Ambivalencia pulsional que caracteriza dicha relación; es decir, los sentimientos tiernos y hostiles dirigidos simultáneamente hacia estas figuras.

La Transferencia fue estudiada por Freud y sus seguidores a través del proceso terapéutico de sus pacientes; no obstante, es un fenómeno que se presenta en infinidad de situaciones de la vida cotidiana, tales como la relación médico-paciente, maestro-alumno, director espiritual-penitente, y, en general, en toda la extensa gama de relaciones interpersonales. Este fenómeno brinda el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes.

Entonces, es importante considerar que al establecerse el vínculo entre el Acompañante Terapéutico y el paciente, el Acompañante se convertirá en el depositario de sentimientos de amor y odio, y que éstos no son sino las pautas (y su componente simbólico) que el paciente adquirió a través de su relación con las figuras parentales.

La Transferencia Positiva le brinda al Acompañante la posibilidad de establecer un lazo de confianza, simpatía y calidez con el paciente, el cual le será indispensable para el trabajo en cada una de las áreas del paciente. Por otra parte, es importante tolerar la Transferencia Negativa, facilitando, hasta donde sea posible, la expresión verbal de los sentimientos hostiles.

h. El Acompañante Terapéutico

Las funciones generales del Acompañante Terapéutico, así como el encuadre de su trabajo, ya fueron descritos en el apartado correspondiente. Sin embargo, una vez realizada la revisión de algunos de los conceptos básicos de la Teoría Psicoanalítica, puede completarse aquí la descripción de la labor del Acompañante Terapéutico y cómo recae ésta sobre los síntomas del paciente, de tal manera que lo encaminan hacia la rehabilitación.

De acuerdo con Kuras de Mauer S. y Resnizky S. (1985), el Acompañante Terapéutico trabaja fundamentalmente con los contenidos del Sistema Preconsciente-Consciente, los cuales no son permanentemente conscientes pero pueden llegar a serlo. A la inversa del Sistema Inconsciente, el Sistema Preconsciente-Consciente funciona como un archivo accesible, en la medida en que si se quiere recordar determinadas cosas se puede hacerlo. La función del Acompañante sería entonces la de enriquecer este archivo (por ejemplo, ampliando los conocimientos del paciente) y trabajar para fortalecer este sistema. Esto implica ayudar al paciente a desarrollar la capacidad de espera, la noción de proceso, el examen de la realidad, y otras aptitudes que le permitirán posteriormente aprender a pensar y a hacer proyectos.

Así mismo, la actividad del pensamiento es producto de la convivencia y de la socialización. Para ayudar al paciente a pensar correctamente es importante adiestrarlo en el manejo del lenguaje y de su articulación en un código compartido.

Actividades como charlar sobre diferentes temas, comentar una película, leer un recorte del diario, compartir algunas vivencias, etc., implican un enriquecimiento para el paciente en la medida en que le permiten comunicarse, expresarse, fortaleciendo su capacidad simbólica.

Las tareas que ayudan al paciente a ubicarse en el tiempo y en el espacio son altamente terapéuticas, ya que contribuyen a reorganizar la estructura de su aparato psíquico.

Por otra parte, los pacientes esquizofrénicos están gobernados por el Proceso Primario, descrito con anterioridad. Estos pacientes son incapaces de esperar y administrar, convirtiendo lo que debería ser gradual en inmediato, y convirtiendo también lo que debería ser un proceso en el tiempo en un acto perentorio o inaplazable.

Por ésto, el Acompañante Terapéutico debe tratar de introducir dosificadamente el juicio de realidad, y con ello la noción de mundo externo como diferente al mundo interno; ésto implica ayudar al paciente a desarrollar la capacidad de postergar, de realizar proyectos y de imaginar procesos. Con esta labor, se promueve el predominio del Proceso Secundario (y todo lo que ésto implica) en un paciente regido por un proceso primitivo y arcaico.

El Acompañante se sitúa junto al Yo del paciente, y desde ahí intenta modificar las relaciones que mantiene con su Ello (sus impulsos) y con su Superyó (sus exigencias desmedidas) para que le resulte menos brusco su enfrentamiento con la realidad.

Para trabajar con el Yo del paciente, es necesario abordarlo en sus aspectos más maduros, adaptados y conservados, con el objeto de reforzarlos y enriquecerlos, enriqueciendo con ello el potencial del paciente.

Los pacientes esquizofrénicos cuentan con recursos defensivos pobres y escasos. En muchas ocasiones, sus defensas fallan y este fracaso les hace sentirse invadidos y abrumados por sentimientos como la angustia o por impulsos que no pueden controlar, pues rompieron las barreras e irrumpieron en forma abrupta, desorganizándolos.

El Acompañante debe entonces tender a reforzar las defensas adaptativas adecuadas, y ayudar al paciente a desarrollar nuevos mecanismos de defensa. Esto se consigue a lo largo de la convivencia diaria con el paciente, al que debe mostrar, por ejemplo, que frente a una situación determinada hay diversas posibilidades de reaccionar de modos diferentes.

En lo que respecta a la familia del paciente, es común que ésta acepte con alivio, al comienzo del tratamiento, la presencia del Acompañante, ya que se siente imposibilitada para dar contención al paciente. A medida que se desarrolla el proceso terapéutico, es frecuente que la familia empiece a poner resistencias al tratamiento y, por ende, a la presencia del Acompañante Terapéutico.

Una de las formas que suele adoptar esta resistencia es la propensión a hacer del paciente el depositario único de los conflictos familiares. El Acompañante Terapéutico suele

ser el que más rápidamente acusa los efectos de esta situación por ser el representante del equipo más cercano a la familia. Su tarea es, en previsión de estos casos, realizar minuciosas observaciones para poder transmitir al equipo la información necesaria y, a la vez, catalizar las ansiedades del grupo familiar en la medida de sus posibilidades.

Otro de los motivos que lleva a la familia a mostrar reacciones resistenciales y defensivas es la sensación de ser examinada, invadida o espiada. Ante esta vivencia del Acompañante Terapéutico como un elemento intrusivo, los familiares pueden intentar modificar la interacción en presencia del Acompañante, mostrando sólo los comportamientos "apropiados". Esta manera ficticia de actuar suele ceder rápidamente, dando lugar a la interacción habitual.

El núcleo familiar puede instrumentar otras defensas, tales como responsabilizar al Acompañante por las conductas desajustadas del paciente, con el objeto de ejercer presión sobre este último para que vuelva a responder a las expectativas familiares. De este modo se niegan las limitaciones del paciente, su enfermedad y sus propios conflictos, a la vez que se desacreditan o boicotean las mejoras reales en el estado psíquico del paciente. La familia puede sabotear el tratamiento al oscilar entre el control del vínculo del Acompañante Terapéutico con el paciente, dificultándolo o entrometiéndose en las actividades.

La labor del Acompañante Terapéutico, en lo que respecta a su repercusión en la familia (aunque su contacto personal con ésta sea reducido), resulta bastante ardua. Primeramente, el Acompañante debe dejar bien establecida su pertenencia al equipo terapéutico y su identificación profunda con las pautas de trabajo implementadas por éste. Una vez lograda esta labor, es necesario que el Acompañante metabolice las reacciones de descrédito, indiferencia o agresividad de la familia, comprendiendo que estas reacciones se incluyen en el contexto general del tratamiento.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es llevada a cabo la función del Acompañante Terapéutico en el proceso de rehabilitación de un paciente afectado por Trastorno Esquizofrénico de tipo crónico, y cuáles son los efectos de esta función en las diversas áreas de dicho paciente (sensoperceptiva, intelectual, afectiva, conductual y social)?

V. METODOLOGÍA

1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de una historia de caso con las siguientes características:

a. Exploratorio

Es una primera aproximación dado que no existen estudios (a nivel de tesis de licenciatura) relativos a este tema.

b. Observacional

Se utilizó el método clínico de observación, por ser el más adecuado dadas las características de este estudio.

c. Descriptivo

Las observaciones realizadas se presentaron a modo de minuciosas descripciones.

d. Longitudinal

Se realizó un registro sistemático de las observaciones (mensual) a través de un determinado periodo (doce meses).

2. OBJETIVOS

De acuerdo al modelo propuesto por Kuras de Mauer S. y Resnizky S. (1985) los objetivos fueron divididos en objetivos por área y objetivos por fase.

Los objetivos de cada área fueron:

a. Área Sensoperceptiva

Observar la presencia de signos de posibles alucinaciones visuales y/o auditivas y confrontarlas con la realidad.

b. Área Intelectual

Estimular y progresar, a través de actividades específicas (talleres y otras), las funciones mentales básicas (memoria, concentración, atención, juicio lógico, etc.); así como una correcta orientación en las esferas de tiempo, espacio y persona.

c. Área Conductual

Promover hábitos adecuados de higiene y aseo, incrementar el nivel de actividad y reducir, en lo posible, conductas inadecuadas tales como el tomar cigarros de habitaciones de otros pacientes, recoger colillas, etc.

d. Área Afectiva

Fomentar en el paciente una mayor tolerancia a la espera y la frustración, así como una mayor expresión afectiva.

e. Área Social

Facilitar la ampliación del rango de relaciones interpersonales del paciente, así como el mantenimiento de los vínculos ya existentes.

Los objetivos de cada fase fueron:

a. Fase 1 (Inicio de la relación)

Establecer una relación entre el paciente y el Acompañante Terapéutico a través de un contrato de trabajo y del desarrollo del mismo.

b. Fase 2 (Período de mayor aceptación)

Fortalecer el vínculo con el paciente y realizar un sondeo de las áreas susceptibles de estimular, así como de los intereses del paciente, para con ello estructurar un programa de actividades específicas, planeadas dentro de un encuadre y horario determinados.

c. Fase 3 (Consolidación del vínculo)

Renovar el contrato de trabajo con el programa de actividades ya estructurado, perfilando nuevamente el rol y las funciones del Acompañante Terapéutico con claridad.

d. Fase 4 (Finalización del Acompañamiento)

Trabajar la despedida y elaborar el fin del acompañamiento.

3. SUJETO

Se trabajó con un paciente de sexo masculino, de 38 años de edad (quien recibió el pseudónimo de A.S.), con diagnóstico de Trastorno Esquizofrénico (de acuerdo a los criterios del DSM-III-R, 1988) y con más de 15 años de evolución del trastorno, de manera que se justifica su deterioro y cronicidad. Este paciente ha recibido tratamiento psiquiátrico con anterioridad, y se encuentra actualmente bajo el mismo en el Instituto Mendo, S.C.

A.S. inició su padecimiento a la edad de 19 años, con síntomas como despersonalización y extrañeza (refería no conocer a sus padres y demás familiares); presentando bloqueos y alteraciones en el pensamiento, tanto en su curso como en su contenido y en la forma. Estas alteraciones se manifestaron a través de paralogías y pararrespuestas, y por la aparición de ideas delirantes de daño y referencia, como que el jardinero lo quería matar con las tijeras, que sus compañeros lo molestaban, que las personas lo miraban de manera extraña; ideas nihilistas de desintegración corporal, que inician con la autopercepción de sólo la mitad de su cuerpo para posteriormente referir estar muerto; así como ideas de grandeza o megalomaniacas, las que desempeñan una importante labor compensatoria e imparten una cualidad singular a su desorden.

También presentaba gran parquedad en su discurso, soliloquios, fragmentación del pensamiento, pobreza de ideación, monosílabos, fugas, incoherencias, incongruencias, risas inmotivadas y, en general, manifestaciones de una mente sin deseos, en donde todo es impersonal e inanimado.

El Área Sensoperceptiva mostraba serias alteraciones, manifestadas principalmente por alucinaciones visuales (percepción visual de personas, perros, tigres y serpientes que lo atacaban) y alucinaciones auditivas (refería oír voces que lo llamaban), además de actitudes de alucinado.

En lo que respecta al Área Afectiva, presentaba afecto inapropiado, oscilando entre extremos que van desde un aparente bienestar hasta el franco rechazo y molestia; episodios de agresividad física y verbal dirigidos hacia la familia, principalmente hacia la madre; impulsividad, intolerancia a la espera y frustración y en general a todo esquema rígido; autismo; y episodios de insomnio que varían en grado.

En general, todas sus áreas mostraban alteraciones, y su negativa para establecer

contacto físico y verbal con quienes le rodearan, así como su franco deterioro personal, matizaron de manera peculiar el cuadro con el que este paciente inició el padecimiento.

Su primer internamiento tuvo lugar en la Fundación Menninger, en donde permaneció durante cuatro años para estudio, diagnóstico y tratamiento. Al final de este periodo, fué llevado al Hospital de la Universidad de California para practicarle estudios de gabinete y con ello descartar patología del lóbulo temporal, con resultado negativo. Posteriormente, fué internado en el Institute of Living, en Hartford, Connecticut, permaneciendo por espacio de dos años y medio.

En estos internamientos se le diagnosticó una perturbación psicótica de tipo esquizofrénico, caracterizada por autismo; afecto inapropiado y aplanado, con brotes de irritación; pobreza de ideación, con monosílabos y respuestas estereotipadas; juicio afectado, con poca capacidad de insight; pensamiento con asociaciones fragmentadas e incongruentes, con producciones mentales simbólicas y desconectadas y delirios compensatorios de grandeza y paranoides; memoria e inteligencia de evaluación difícil por elementos catatímicos y/o paratáxicos; así como conducta automática con ligera hiperquinesia.

En 1978 ingresó al Instituto Mendao, S.C., presentando sintomatología negativa con rasgos sobresalientes como mutismo, aislamiento y autismo; trastornos en el curso, contenido y forma del pensamiento; afecto aplanado con accesos de agresividad; alteraciones senso-perceptuales, con franca presencia de alucinaciones visuales y auditivas; ideas delirantes persecutorias, de daño, de referencia y nihilistas; alteraciones en el juicio; y otros síntomas.

4. ESCENARIO

El presente trabajo se llevó a cabo en las instalaciones del Instituto Mendao S.C., gracias al apoyo de sus fundadores el Dr. Antonio Mendizabal P. y el Dr. Sergio Mendizabal A.

Los lineamientos ideológicos de ésta institución, así como los aspectos básicos de su organización, fueron descritos anteriormente en el apartado correspondiente al Marco de Referencia Conceptual.

5. PROCEDIMIENTO

Se trabajó con dos psicólogas entrenadas en el rol de Acompañante Terapéutico. Éstas cubrieron dos turnos (matutino y vespertino), de 4 a 5 hrs. cada uno, de lunes a viernes; mientras que el sábado se cubrió un solo turno de 4 a 7 hrs., de carácter rotativo; todo ello durante doce meses.

El abordaje se llevó a cabo a través de cuatro fases, equivalentes a las cuatro etapas propuestas por Kuras de Mauer S. y Resnizky S. (1985), y que fueron:

a. Fase 1 (Inicio de la relación)

Las acompañantes fueron presentadas previamente con el paciente, estableciéndose un contrato inicial de trabajo, a nivel verbal, en donde tanto el paciente como las acompañantes se comprometieron a trabajar juntos como parte integral del tratamiento.

Durante esta fase la función primordial de las acompañantes consistió en la asistencia al paciente en todos los aspectos de la vida cotidiana (higiene y aseo, alimentación, conversación, juegos y otras actividades recreativas, invitación a participar en las actividades y talleres de la comunidad, etc.), generándose el acercamiento hasta donde el paciente lo permitió. El establecimiento de este vínculo, basado en la Constancia Objetiva, hizo posible el trabajo en las fases posteriores.

Esta fase tuvo una duración de cinco meses las cuales las acompañantes realizaron un registro observacional diario (Apéndice A) y un reporte mensual (Apéndice B).

b. Fase 2 (Período de mayor aceptación del vínculo)

Durante esta fase, se realizó un sondeo de los intereses y aptitudes del paciente, se le preparó para la aplicación de pruebas y se le realizó una valoración psicométrica. Todo lo anterior proporcionó información confiable y útil para determinar aquellas áreas del paciente susceptibles de estimulación, así como las áreas conflictivas.

Una vez obtenida esta información, y junto con una mayor solidez, profundidad y confianza en el vínculo, las acompañantes, con la participación del paciente y el equipo, estructuraron un programa de actividades con un horario y encuadre específicos para este paciente, pero respetando el horario y el encuadre de la institución.

Esta fase tuvo una duración de tres meses y los registros observacionales de las acompañantes fueron los mismos de la Fase 1 (Apéndices A y B).

c. Fase 3 (Consolidación del vínculo)

El aspecto básico de esta fase consistió en el establecimiento de un nuevo contrato de trabajo con el paciente, en donde el rol de las acompañantes, horario y tarea a realizar se formularon con mayor claridad.

El programa de actividades tuvo un encuadre claro y flexible, y fue modificado de acuerdo al desenvolvimiento y necesidades del paciente.

Durante esta tercera fase, las acompañantes realizaron un registro observacional diario (Apéndice C), un reporte semanal (Apéndice D) y un reporte mensual (Apéndice B).

Para fines de este estudio el registro de las observaciones de esta fase se prolongó durante tres meses, al término de los cuáles, el paciente aún continuó con el programa de Acompañamiento Terapéutico con una de las acompañantes.

d. Fase 4 (Finalización del Acompañamiento)

Durante el último mes, una de las acompañantes llevó a cabo al proceso de despedida y cierre con el paciente, en tanto la otra acompañante continuó con el programa, como se indicó anteriormente.

Los registros observacionales contenidos en los apéndices A, B, C y D, constituyeron el medio a través del cual las acompañantes compilaron toda la información sobre el desempeño general del paciente, su estado de ánimo, higiene, aseo, alimentación, y otros datos relevantes, tales como las indicaciones del resto del equipo, las decisiones de último momento, crisis eventuales, etc.

Así mismo, las acompañantes dedicaron unos minutos entre el cierre del turno matutino y el inicio del vespertino, para transmitirse esta información.

Por otra parte, se realizaron juntas mensuales con los representantes del equipo, que estuvo compuesto por el director del instituto, el coordinador del Área de Psiquiatría, el coordinador del Área de Comunidad, el terapeuta individual del paciente, el coordinador del Área de Enfermería y el personal perteneciente a estas coordinaciones. En estas juntas, las acompañantes rindieron un informe mensual (correspondiente al Apéndice B) por escrito, y se realizó una evaluación en equipo de los avances y limitaciones en la investigación, tomándose las decisiones y medidas pertinentes según el caso.

Cabe señalar que, en caso de duda o emergencia, las acompañantes contaron con el apoyo de las demás áreas de la Comunidad, convocando a juntas extraordinarias cuando se consideró necesario.

VI. RESULTADOS

A través de este trabajo se realizó una descripción del rol del Acompañante Terapéutico en la rehabilitación de un caso de Esquizofrenia crónica, así como el efecto del primero en el funcionamiento del paciente.

Al inicio del programa de Acompañamiento Terapéutico, se observaron alteraciones en todas las áreas del paciente:

1) Área Sensoperceptiva: Presencia de signos de posibles alucinaciones visuales y auditivas, mismas que eran poco confrontadas con la realidad.

2) Área Intelectual: Notable deterioro de esta esfera manifestado a través de alteraciones en el pensamiento y lenguaje (incoherencia, incongruencia, delirios, etc.), en las funciones mentales básicas (memoria, atención, concentración, juicio lógico, capacidad de anticipación y planeación, coordinación motora fina y gruesa, etc.), así como en la orientación en las tres esferas (tiempo, espacio y persona).

3) Área Conductual: Hábitos de higiene y aseo inadecuados e inconstantes, inactividad, poca o nula participación en las actividades de la Comunidad (talleres, cocina, deportes, asambleas, salidas organizadas, y otras), así como poca cooperatividad.

4) Área Afectiva: Intolerancia a la espera y a la frustración, labilidad emocional con predominio de irritabilidad, agresión verbal y amenazas de agresión física, así como una escasa expresión (sobre todo verbal) de los afectos.

5) Área Social: Intolerancia al contacto físico, y en ocasiones verbal, por parte del staff y de otros pacientes; estrecho rango de relaciones interpersonales siendo éstas superficiales; relaciones familiares conflictivas; y una actitud de completa molestia, desconfianza y rechazo hacia los acompañantes.

De acuerdo con las características y necesidades de este paciente, se estructuró (y reestructuró posteriormente) el programa de Acompañamiento Terapéutico, en función de la

opinión de cada miembro del equipo, y tomando en cuenta el punto de vista del paciente.

Al término de doce meses de trabajo con el paciente en el programa de Acompañamiento Terapéutico se observaron diversos resultados en cada una de las áreas atendidas.

En el Área Sensoperceptiva, se observó una disminución considerable en los signos de posibles alucinaciones, favoreciéndose el contacto con las percepciones reales de estímulos externos. No obstante, no fue posible confrontar con la realidad las percepciones de estímulos internos del paciente, posiblemente vividas como externas, ya que las mismas características del paciente no lo permitieron.

En el Área Intelectual, se observó una mejoría notable del ejercicio de las funciones mentales básicas, lo que probablemente permitirá la progresión hacia el nivel de funcionamiento abstracto.

También se observaron progresos en la orientación en tiempo, persona y espacio.

En lo que respecta al Área Conductual, los hábitos de higiene y aseo quedaron establecidos adecuadamente, llegando a ser parte de la rutina personal y voluntaria del paciente.

Así mismo, el nivel de actividad del paciente mostró un incremento importante, disminuyendo el tiempo que pasaba dormido durante el día y la tarde, y aumentando considerablemente el rango de actividades (tanto dentro como fuera de la institución) en las cuales participar.

En el Área Afectiva, se observó una mayor estabilidad en el estado de ánimo, mayor tolerancia a la espera y la frustración, y una mayor expresión afectiva, predominando los afectos tiernos sobre los hostiles, disminuyendo la agresión verbal.

En el Área Social, se observó una ampliación en el rango de relaciones interpersonales, tanto a nivel superficial como en un nivel más profundo, en donde el paciente fue capaz de trabajar en equipo, compartir responsabilidades grupales, así como preocuparse y abogar por otros.

Su funcionamiento social, con respecto a las acompañantes, sufrió cambios graduales a lo largo de todas las fases del programa, pasando de la distancia, desconfianza e inaccesibilidad, a la cercanía, confianza, apertura, respeto, compromiso y autonomía, reconociendo con claridad el rol de las acompañantes.

Al cabo de estos doce meses de tratamiento, se continuó con el programa de Acompañamiento Terapéutico con una de las acompañantes; en tanto la otra presentó su cierre en este programa.

A continuación, se presenta un resumen de los resultados obtenidos, a través de cuadros sinópticos que muestran los avances mes por mes, en cada una de las siguientes áreas:

Área Sensoperceptiva = Área 1

FALTA PAGINA

No 55 a la.....

Cuadro 1. Resultados del mes 1 al mes 6

	ÁREA 1	ÁREA 2	ÁREA 3	ÁREA 4	ÁREA 5
MES 1	Posibles alucinaciones auditivas y visuales.	Desorientación temporal, incongruencia, incoherencia, delirios.	Hábitos de higiene y aliño inadecuados, negativismo.	Ciclotimia, mal humor, agresión verbal, intolerancia a la espera y frustración.	Aislamiento, desconfianza.
MES 2	Igual al mes anterior.	Desorientación temporal, leve mejoría en contenido y curso del pensamiento.	Leve mejora en hábitos de higiene y aliño, mayor actividad.	Mejora estado de ánimo ciclotimia, intolerancia a la espera y la frustración.	Mejor al mes anterior, avances en el establecimiento del vínculo con las AT, intentos de socialización.
MES 3	Mismos síntomas con menor frecuencia.	Mejora en el discurso.	Mejora en hábitos de higiene y aliño, cooperatividad.	Ciclotimia e intolerancia al nivel del mes anterior, mayor expresión de los afectos.	Sin cambios en socialización, estabilidad en el lazo con las AT.
MES 4	Sin cambios.	Conversación más coherente y estructurada, demás síntomas sin cambios.	Higiene y aliño adecuados, participación en algunas actividades.	Buen humor, mayor estabilidad y tolerancia, menor expresión verbal afectiva, enuresis diurna y nocturna	Sociable, mejora el vínculo con familia, avances en el vínculo con las AT.
MES 5	Episodio delirante en que habla con sus voces.	Sin cambios en orientación temporal, mejoría en volición y contenido del pensamiento.	Hábitos sin cambios, sale del instituto por las mañanas, adinamia durante la tarde.	Depresión, enuresis diurna y nocturna, intolerancia a la espera y frustración.	Sin cambios.
MES 6	Mejoría notable en relación a meses anteriores.	Igual al mes anterior, se incorpora parcialmente al horario de salidas y reglamento del instituto.	Mantenimiento de hábitos, mayor participación en actividades.	Buen humor, expresión verbal de afectos, enuresis nocturna.	Sociable, retroceso en el vínculo con la familia, profundidad y compromiso en la relación con las AT.

Cuadro 2. Resultados del mes 7 al mes 10

	ÁREA 1	ÁREA 2	ÁREA 3	ÁREA 4	ÁREA 5
MES 7	Desaparecen los síntomas de meses anteriores.	Sin cambios en la orientación en las tres esferas, mayor actividad intelectual, se prepara el psicodiagnóstico.	Igual al mes anterior.	Ciclotimia con periodos de franca irritabilidad, sin cambios en expresión afectiva y enuresis.	Viaje con familia, disminuye contacto con el resto de la Comunidad, aparente retroceso en el vínculo con las AT.
MES 8	Sin síntomas de alucinaciones visuales o auditivas.	Sin cambios, aplicación del psicodiagnóstico, notificación del cambios de programa.	Higiene y aliño adecuados, aumenta el nivel de actividad en relación a meses anteriores.	Buen humor, expresión verbal de afectos.	Incremento en socialización, trato diferencial a las AT (Transferencia positiva y negativa, y escisión).
MES 9	Posibles alucinaciones visuales y auditivas.	Sin cambios, trabajo con funciones mentales básicas.	Igual al mes anterior, predominio de participación en actividades individuales.	Irritable al inicio del programa con mejoría gradual y paulatina a lo largo del mes, verbaliza afectos, tolera confrontaciones.	Aislamiento, desconfianza y rechazo al inicio del mes con notable mejoría posterior, trato diferencial a AT de manera más marcada y profunda.
MES 10	Igual al mes anterior.	Manejo de la orientación temporal; mejoría en el discurso; trabajo en funciones mentales abstractas; dificultades en concentración y en coordinación motora fina y gruesa; notificación de modificación al programa.	Ciclos de actividad-inactividad, sin cambios en hábitos.	Ciclotimia muy marcada, menor expresión verbal de afectos, infantilismo, enuresis.	Avances en socialización, profundidad en sus vínculos con otros, disminuye escisión en el vínculo con las AT.

Cuadro 3. Resultados del mes 11 al mes 12

	ÁREA 1	ÁREA 2	ÁREA 3	ÁREA 4	ÁREA 5
MES 11	Sin cambios.	Sin cambios en orientación; mejoría en contenido, curso y forma del pensamiento; continua estimulación de funciones mentales; se le notifica su próxima incorporación al programa general de la Unidad de Psicóticos.	Aseo y aliño inadecuados al inicio del mes, con notable reestablecimiento al nivel adecuado; actividad sin cambios.	Depresivo al inicio del mes, con franca mejoría a lo largo del mismo; la familia implementa medidas para el control de la enuresis; se le notifica, hacia la mitad del mes, la despedida de una de las AT.	Avances notables en la socialización; predominio de actividades grupales; desaparece el trato diferente para cada AT; se trabaja la despedida de la AT, quien dejará el instituto el próximo mes.
MES 12	Mismos síntomas que se presentan con frecuencia menor al mes anterior.	Mejoras en orientación temporal, estabilidad en los avances logrados en el curso y contenido del pensamiento, predominio del pensamiento concreto.	Higiene y aliño inadecuados al inicio del mes, con un reestablecimiento total al nivel adecuado; activo y cooperador; predominio de actividades grupales.	Depresivo al inicio del mes, con una franca mejoría a lo largo del mismo; tolerante a la espera y a la frustración; expresión verbal de afectos más espontánea; enuresis nocturna.	Sociabilidad con fluctuaciones al inicio del mes, con retorno al nivel óptimo; reacciona con aparente indiferencia ante la despedida de una de las AT, en tanto que se muestra desconfiado y molesto con la AT que permanece a su lado; en general, es más autónomo e independiente, sin perder la profundidad del vínculo con la AT (sin un desapego total)

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede concluir que, en general, se cumplieron los objetivos específicos, formulados para cada Área del paciente y cada Fase del tratamiento.

El rol del Acompañante Terapéutico (sus características, sus funciones, sus actividades propias, etc.) fue descrito a través del trabajo realizado y encaminado al alcance de los objetivos específicos.

Como alternativa en el tratamiento de este tipo de pacientes, el rol del Acompañante Terapéutico propuesto por Kuras de Mauer S. y Resnizky S. (1985) proporciona elementos valiosos en el campo de la Psicología Clínica.

El paciente recibe un tratamiento personalizado, así como una atención individual y constante, en todos aquellos de la vida cotidiana, creando a su alrededor un medio ambiente terapéutico.

El establecimiento y mantenimiento de un vínculo de cercanía y confianza permite introducir en el paciente esquizofrénico, de manera dosificada, el contacto con la realidad, la noción de mundo externo como diferente al mundo interno, la capacidad de postergar y aplazar, la capacidad de planear y anticipar, la capacidad simbólica, el juicio de realidad, el fortalecimiento de defensas adaptativas y la estimulación de funciones intelectuales básicas; además de facilitar la expresión de afectos, la comunicación y la socialización, entre otros factores.

Al estar en contacto directo con el paciente durante gran parte del día, el Acompañante Terapéutico puede proporcionar información confiable y valiosa a cerca de las

vivencias del paciente, de la evolución de su trastorno, de su respuesta al tratamiento, de su manera de relacionarse con su familia y demás personas que lo rodean, de sus habilidades e intereses, y en general, de cualquier aspecto o suceso que considere relevante.

El análisis en equipo de esta información permite modificar y reestructurar el programa del paciente de acuerdo a las necesidades y posibilidades específicas de éste, así como detectar y prevenir posibles recaídas o crisis eventuales.

El trabajo del Acompañante Terapéutico está encaminado al fortalecimiento del Sistema Preconsciente-Consciente, del Proceso Secundario y del Yo del paciente, por lo que se espera que los cambios obtenidos, aún cuando éstos sean pequeños, se mantengan durante periodos prolongados de tiempo, o que incluso se conviertan en pautas permanentes, favoreciendo con ello la progresión del paciente a estilos de vida que involucren una mayor madurez, productividad, salud y autonomía personal.

Otra de las ventajas más importantes del rol del Acompañante Terapéutico es su versatilidad, ya que este modelo es susceptible de ser aplicado en el tratamiento de otro tipo de trastornos mentales y de la personalidad, como es el caso de la depresión, la psicopatía y las adicciones (entre otros), formulando las funciones y objetivos del programa de Acompañamiento en base a las características y requerimientos específicos de cada paciente en particular.

Por otro lado, es un modelo de trabajo que, por sus características, proporciona una fuente extensa e invaluable de experiencia clínica.

El análisis de la Contratransferencia pone al Acompañante Terapéutico en contacto con sus propios sentimientos, pensamientos, conflictos, recursos, etc., los cuales pueden ser utilizados como una poderosa herramienta de trabajo.

Esta experiencia, junto con la supervisión, el apoyo y la retroalimentación del resto del equipo contribuyen en mucho al enriquecimiento de la formación profesional y crecimiento personal del Acompañante Terapéutico.

Al implicar necesariamente el trabajo en equipo, este modelo promueve la formación del psicólogo en el área del trabajo interdisciplinario, enriqueciendo su formación académica y cultural; además de promover la apertura entre los diversos profesionistas y técnicos que comparten objetivos comunes en el área de la salud mental.

No obstante, y dado el carácter exploratorio de esta investigación, se hace necesario realizar nuevos estudios de manera sistematizada, para de esta forma aprovechar al máximo los hallazgos que generalmente se minimizan cuando las investigaciones son aisladas.

Al sistematizar los resultados obtenidos de fuentes variadas, se tendrá información más extensa sobre la aplicación de este modelo en diferentes contextos y con los diversos tipos de pacientes, lo que quizá permita estructurar programas más aplicativos en el área, que

abarquen al grueso de la población que así lo requiere.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las desventajas de este tipo de abordaje consiste en que está básicamente diseñado para el trabajo uno a uno, ya que las características de este modelo, así como el marco teórico que lo sustenta (sobre todo en el caso de pacientes esquizofrénicos), no permiten la posibilidad de trabajar con grupos. Esta particularidad eleva el costo de los recursos (frecuentemente escasos) económicos, humanos, de tiempo, etc., destinados al tratamiento de estos pacientes.

Por ello, el rol del Acompañante Terapéutico resulta idóneo para ser desempeñado por los prestadores de Servicio Social de Psicología y carreras afines, lo que resulta en beneficio para las tres partes involucradas:

- * El paciente recibe una atención personalizada e individual durante por lo menos ocho horas diarias, siendo asistido en todos los aspectos de su vida cotidiana, características que otros modelos de tratamiento no ofrecen.
- * El prestador de Servicio Social adquiere una experiencia y una formación de calidad invaluable.
- * Por último, la institución, a falta de recursos económicos, puede brindar otro tipo de recursos como son la oportunidad del trabajo directo con los pacientes, la supervisión constante, el apoyo y la capacitación, entre otros.

Otra de las limitaciones más relevantes aquí encontradas, fue la no participación de la familia del paciente en el tratamiento. Los familiares, al no recibir la información, orientación, contención y entrenamiento en un espacio adecuado para ello (como por ejemplo, en la Terapia Familiar), obstaculizó y sabotó (muchas veces de manera inconsciente) el tratamiento, al realizar constantes rupturas al encuadre y a las normas del mismo.

El informar a la familia sobre las características y necesidades del paciente, sobre su propia responsabilidad en el padecimiento del mismo, sobre cómo tratarlo y ser partícipe de su mundo, etc., brinda la posibilidad de un abordaje más completo del paciente, favoreciendo

que los resultados se presenten en menor tiempo y que se mantengan durante periodos más prolongados.

Además, al incluir a la familia es posible compartir con ella la responsabilidad del éxito o fracaso del tratamiento, evitando el abandono del paciente, tan frecuente en las instituciones de este tipo; y al mismo tiempo, es posible brindar a los familiares un espacio en donde sus dudas, miedos, ansiedades y logros sean escuchados y compartidos.

La participación de la familia es básica, por lo que se debe considerar como una parte importante del tratamiento; al mismo tiempo se deben facilitar y mantener los vínculos significativos que el paciente esquizofrénico tenga (si los tiene), ya que estos pacientes poseen un gran deterioro en el Área Social, de tal forma que la rehabilitación en esta área promoverá el progreso de las demás. Por ello, cualquier persona en quien el paciente deposite su afecto y confianza puede resultar de valiosa ayuda, siempre y cuando se le entrene adecuadamente y se le brinde un espacio de capacitación y contención.

Como se señaló en el apartado correspondiente, el modelo de Acompañamiento Terapéutico ha sido formulado para ser aplicado en un contexto en donde sea factible el trabajo de un equipo interdisciplinario capaz de compartir información, conocimientos, dudas y responsabilidades, y en donde la labor de cada miembro sea igualmente importante, valiosa y necesaria para el éxito del tratamiento. Por ésto, la Comunidad Terapéutica resulta el medio idóneo para el uso de este modelo.

Desafortunadamente, una gran parte de las instituciones dedicadas a atender este tipo de pacientes funcionan a través del modelo del Hospital Psiquiátrico Tradicional, en donde los profesionistas de la salud mental ejercen sus funciones de manera desligada, e incluso antagonica.

Las pocas instituciones que trabajan bajo otros modelos, generalmente son privadas, por lo que la mayor parte de los pacientes que requieren este servicio quedan fuera del alcance de esta alternativa en tratamiento, dado el elevado costo económico que las instituciones privadas suponen.

En consecuencia, este modelo constituye una excelente alternativa para promover el trabajo interdisciplinario en las instituciones estatales que son solicitadas por el grueso de la población.

Cabe agregar que dentro de los propósitos de esta investigación no quedó contemplado el seguimiento de la misma, por lo que para investigaciones futuras se sugiere que éste se realice, pudiendo participar prestadores de Servicio Social de la carrera de Trabajo Social y otras carreras afines, con el objeto de detectar las fallas y realizar las modificaciones y replanteamientos que sean necesarios para el modelo en general y para cada paciente en específico.

En general, tanto los hallazgos como las limitaciones encontrados en este estudio

pueden resultar de utilidad en la realización de investigaciones posteriores en el campo de la salud mental, según el enfoque bajo el cual éstas se realicen

APÉNDICE A

Registro Diario

Fecha

registro observacional descriptivo

Turno y Firma

APÉNDICE B

Registro Mensual

Mes

Área 1 ~~~~~

Área 2 ~~~~~

Área 3 ~~~~~

Área 4 ~~~~~

Área 5 ~~~~~

Avances ~~~~~

Limitaciones ~~~~~

Indicaciones ~~~~~

Firmas

APÉNDICE C

Registro Diario

Fecha

Actividades:

- a) ~~~~~
~~~~~
- b) ~~~~~  
~~~~~
- c) ~~~~~
~~~~~
- d) ~~~~~  
~~~~~

Observaciones:

~~~~~  
~~~~~  
~~~~~

Turno y Firma

## APÉNDICE D

### Registro Semanal

Semana

- Actividad 1 -----
- 
- Actividad 2 -----
- 
- Actividad 3 -----
- 
- Actividad 4 -----
- 
- Actividad 5 -----
- 
- .....
- Actividad N -----
- 

**Observaciones:**

-----  
-----  
-----

Firmas

## APÉNDICE E

### MES 1

#### **1) Área Sensoperceptiva:**

\* Se le observa con frecuencia taparse los oídos, de manera repentina y permaneciendo así durante algunos minutos, a pesar de no existir estímulo aparente. También se detiene bruscamente al caminar, sin causa aparente, como si algo obstruyera su camino, o bien como si roderara algún objeto imaginario. Se niega a responder cuando se le interroga al respecto. Se infiere la existencia de posibles alucinaciones auditivas y visuales, pues hay el antecedente de que cuando éstas existen, A.S. manifiesta estas conductas.

#### **2) Área Intelectual:**

\* Su orientación en las esferas espacial y personal es adecuada; en cuanto a la esfera temporal, el paciente manifiesta una clara desorientación, pues no responde acertadamente cuando se le pregunta la fecha, e insiste en tener 14 años de edad, a pesar de que se le confronte.

\* Gran parte de su conversación es incongruente, y generalmente se limita a saludos, despedidas y diálogos cortos llenos de contenido incoherente y delirante.

\* Con poca frecuencia se le escuchan frases sueltas lógicas y congruentes, o bien relatos de anécdotas personales verdaderas, las que refiere con detalle de lugares, personas y situaciones.

\* Confusión en cuanto a quién es Verónica y quién es Lidia, a pesar de aclarársele cada vez que lo pregunta, e identificándolas bien cuando las nombra con los apodos (creados por él) de "Dios" y "Nixon", respectivamente.

\* Se le explica que tendrá una cajetilla de cigarras y que las AT la guardarán y le ayudarán a controlar el consumo para evitar que vomite, evitando también que su problema gástrico se agrave.

### **3) Área Conductual:**

\* Sus hábitos de higiene son totalmente inadecuados, ya que pasa la mayor parte del día dormido en su habitación o en los jardines, negándose a bañarse, a lavarse los dientes y afeitarse; tampoco permite que el personal de servicio aseo su habitación cuando él está dentro, negándose a salir.

\* Aunque se cambia de ropa una o dos veces al día, deja su ropa sucia en el lugar donde se la quita, y muestra resistencia a llevarla a la lavandería.

\* No permite que el personal de enfermería le realice chequeos de rutina, como la toma de signos vitales y otros; y se niega a tomar su medicamento en el momento en que se le da, dejando pasar unos minutos para después acudir nuevamente a la enfermería y tomarlo por sí solo.

\* Asiste con regularidad a terapia individual dentro del instituto.

\* No asiste a ninguna de las actividades y talleres que se imparten en la comunidad; o si asiste, lo hace por breves periodos, como deambulando, y sin participar activamente.

### **4) Área Afectiva:**

\* Generalmente se le observa de mal humor y aislado, con leve mejoría hacia el final de este primer mes.

\* Fluctuaciones bruscas en el estado de ánimo, pasando del buen humor al enojo con gran facilidad y sin causa aparente. Estas fluctuaciones pueden presentarse en el transcurso de un mismo día.

\* Dificultad para expresar verbalmente los afectos.

\* Poca o nula tolerancia a la espera y a la frustración, a lo que responde con enojo, agresión verbal y amenazas de agresión física.

\* No tolera el contacto físico de otras personas, salvo con algunos pacientes a quienes conoce desde hace tiempo, y con su chofer.

### **5) Área Social:**

\* Marcada tendencia al aislamiento, impidiendo el contacto físico y verbal con el resto de la comunidad, a excepción de su chofer.

\* Se niega a responder las llamadas telefónicas y las invitaciones de sus padres y hermanos.

\* Responde con agresión verbal y amenazas de agresión física (nunca llevadas a la acción) a los intentos de acercamiento de las AT.

\* Desconfianza hacia las AT, estableciendo contacto con ellas únicamente para adquirir cigarras, prefiriendo pedirlos antes a otros pacientes.

### **6) Indicaciones:**

\* Realizar una campaña para que el resto de la comunidad participe en el control del consumo de tabaco de A.S., de tal manera que contribuyan en la creación de límites flexibles pero no difusos, al mismo tiempo que se promueve el acercamiento del paciente hacia las AT a través de pedir sus cigarras.

\* Que las AT continúen el acercamiento en la medida en que el paciente lo

permita, alejándose físicamente si él así lo desea, pero corroborándole siempre su función (la función del AT) para con él.

## MES 2

### 1) Área Sensorio-perceptiva:

\* Sin cambios en relación al mes anterior, pues aún se observan signos de posibles alucinaciones visuales y auditivas que el paciente niega a referir de manera verbal.

### 2) Área Intelectual:

- \* No hay cambios en su orientación en espacio, tiempo y persona.
- \* Su conversación es menos incoherente, respondiendo con lógica a lo que se le pregunta.
- \* Desaparece la confusión en cuanto a quién es Verónica y quién Lidia (ambas AT), aunque continua llamándolas como "Dios" o "Juárez" y "Nixon", respectivamente.
- \* Mayor reconocimiento del rol de las AT, sobre todo hacia el final de este segundo mes.

### 3) Área Conductual:

- \* Su aseo personal, así como el de su habitación, presentan una leve mejoría. Se cambia de ropa una o dos veces por día, cuidando que los colores de las prendas combinen adecuadamente; y permite que el personal de servicios realice el aseo en su habitación, pero no se baña ni se lava los dientes con frecuencia y aún deja tirada su ropa sucia en el piso, negándose a llevarla a la lavandería.
- \* Permite los chequeos del personal de enfermería a cambio de que le den un cigarro.
- \* Duerme menos tiempo durante el día, pero se resiste a realizar alguna actividad dentro de la comunidad, deambulando en el jardín y los pasillos la mayor parte del tiempo.
- \* Asiste a terapia individual dentro de la comunidad.
- \* Cuando las AT se niegan a darle cigarrillos (cuando no es conveniente porque acabe de comer o de ingerir el medicamento), el paciente entra en la habitación de otros pacientes (en ausencia de éstos) y los sustrae, o recoge colillas. Se le confronta esta actitud y paulatinamente deja de hacerlo, tolerando más los límites al respecto.

### 4) Área Afectiva:

- \* Mejoría notable en su estado de ánimo, estando de buen humor durante periodos de tiempo más prolongados; aunque aún se presentan fluctuaciones bruscas.
- \* Se muestra más cercano y cálido, así como con mayor confianza y tolerancia en el trato con el resto de los pacientes y del equipo, disminuyendo las respuestas agresivas.
- \* Dificultad para la expresión verbal de los afectos y poca tolerancia a la espera y a la frustración.

### **5) Area Social:**

- \* Permite, e incluso busca, el contacto físico y verbal con otros pacientes y con el personal, con quienes suele conversar durante periodos de hasta más de una hora.
- \* Mayor accesibilidad para responder llamadas telefónicas de sus familiares y salidas con ellos.
- \* Avances importantes en la calidad del vínculo con las AT, a quienes se acerca con mayor confianza y calidez, ya no solo para pedir cigarros, sino que les pide lo acompañen a la tienda, al café, a caminar, a jugar ping-pong, a las salidas que tiene permitidas con su chofer, o simplemente las busca para conversar. También muestra una mayor tolerancia al acercamiento de las AT hacia él.

### **6) Indicaciones:**

- \* Continuar promoviendo su aseo y aliño personal.
- \* Posibilidad de aumentar el número de cigarros permitidos, dependiendo del caso en particular, de tal manera que no los tome de otras habitaciones o del suelo.
- \* Continuar con el acercamiento hasta donde A.S. lo permita, así como con los límites flexibles.

## **MES 3**

### **1) Area Sensorio-perceptiva:**

- \* Aún se le observa taparse los oídos y detener su marcha bruscamente, aunque por periodos de tiempo menos prolongados. Se niega a responder cuando se le pregunta al respecto.

### **2) Area Intelectual:**

- \* Orientación en espacio, tiempo y persona sin cambios relevantes.
- \* En su conversación predominan ahora la lógica y la congruencia, aunque aún presenta material incoherente e ininteligible.
- \* Identifica a las AT como "Dios" y "Confris", aunque en ocasiones, y de manera espontánea, las llama por su nombre adecuadamente.
- \* Mayor reconocimiento del rol de las AT dentro de la institución y con respecto a él.

### **3) Area Conductual:**

- \* Con mayor frecuencia, y sobre todo cuando está de buen humor, se baña, se rasura, se lava los dientes y lleva su ropa sucia a la lavandería por iniciativa propia, permitiendo que el personal de servicios aseo su habitación y que el personal de enfermería le realice los chequeos rutinarios correspondientes de manera voluntaria y sin la condición del cigarro.
- \* Por el contrario, en ocasiones se le ve deprimido, pasando dormido gran parte del día, descuidando notablemente su aliño y mostrándose renuente al aseo personal, a realizar actividades y a salir con las AT y/o con su chofer.
- \* Asiste regularmente a terapia individual dentro de la institución.

#### **4) Area Afectiva:**

\* Su estado de ánimo continua con fluctuaciones que van desde el estar contento, accesible, cálido, afectuoso, bromista, platicador y tolerante; hasta el estar serio, reflexivo, aislado y poco dispuesto a entablar contacto físico y verbal con el resto de la comunidad, aunque ya sin respuestas agresivas. Estas fluctuaciones pueden darse en el transcurso de varios días o presentarse bruscamente y desaparecer en el trascurso de un mismo día.

\* Con ayuda de las AT (y no de manera espontánea) comienza a verbalizar los afectos, sobre todo en lo referente al enojo y depresión, diciendo frases como "estoy jodido", "no estoy enojado contigo pero no tengo ganas de platicar", "quiero estar solo", etc.

\* La familia ordena que se le suspenda el crédito en la tienda de la comunidad a observar que A.S. realizaba un consumo excesivo; ante esta medida, se le observa visiblemente molesto y apenado, ya que temporalmente sus consumos fueron regulados y pagados por las AT, y posteriormente reembolsados por la familia. Después de algunos días, se le restituye el crédito, aunque menor al anterior, y que es manejado (por indicación de la familia) por las AT y por la enfermera en turno en ausencia de éstas.

#### **5) Area Social:**

\* El vínculo con los demás pacientes se mantiene sin cambios en relación al mes anterior.

\* Al inicio de este mes, se observa un incremento en las salidas con familia; sin embargo, los familiares envían o llegan por el paciente con un retraso considerable con respecto a la hora fijada, ante lo cual A.S. se desespera y se enoja, negándose a aceptar invitaciones posteriores de sus padres y hermanos.

\* Asiste a una salida organizada a las Pirámides, aunque no acepta ir en el transporte con los demás pacientes, sino que acude en el auto de la familia en compañía de la AT en turno y de su chofer. Una vez en el lugar visitado, se aísla del grupo de pacientes y pide regresar primero. No obstante, durante el trayecto y la comida se comporta adecuadamente y sugiere realizar nuevamente ese tipo de paseos.

\* El vínculo de las AT permanece estable, permitiéndoles el acercamiento físico y verbal, tolerando más los límites de éstas y poniéndoles límites propios. Poco a poco las va integrando a su sistema de vida y recibe el apoyo, motivación y reconocimiento de ellas, lo que parece brindarle mayor autoconfianza.

#### **6) Indicaciones:**

\* Continuar con la motivación y el apoyo al paciente por parte de las AT, sobre todo cuando se encuentra deprimido, pero respetando los límites al acercamiento por parte de A.S.

\* Que el Area de Psiquiatría evalúe el consumo de alimentos y líquidos del paciente, e informe al equipo de las medidas a tomar. Entretanto, continuar con el control del consumo de la tienda por parte de las AT y del personal de enfermería.

\* Programar, junto con el paciente, salidas entre semana diferentes a las

realizadas habitualmente al café (cines, museos, visitar el zócalo o algún monumento, etc.); y programar salidas fuera del D.F. uno o dos sábados al mes, en compañía de la(s) AT y su chofer.

\* Trabajar con la familia sobre los retrasos a las citas establecidas con A.S., señalando el efecto de estas demoras en el estado anímico y en la conducta general del paciente. Así mismo, planear la restitución paulatina del manejo del crédito por parte del mismo A.S., lo que incidirá favorablemente en su autoestima y su confianza básica.

## **MES 4**

### **1) Área Sensoperceptiva:**

\* Continúa dando muestras de posibles alucinaciones visuales y auditivas; cuando se le pregunta al respecto, contesta que no le pasa nada o cambia de conversación.

### **2) Área Intelectual:**

\* No muestra cambios en la orientación en las tres esferas.

\* Su conversación es coherente y más estructurada que en los meses anteriores, girando en torno a las actividades que realiza durante el día, algún programa de televisión o algún libro que haya leído, así como de los sucesos cotidianos de la comunidad.

\* Cuando se le pregunta cómo está, contesta que "Bien", como teniendo la intención de complacer a quien le pregunta.

### **3) Área Conductual:**

\* Aumenta notablemente la frecuencia con la que se baña, se lava los dientes y se rasura sin que sea necesario insistirle o ayudarle. Su afeitado también es adecuado.

\* Lleva su ropa a la lavandería por iniciativa propia.

\* Accede muy cooperador al chequeo por parte del personal de enfermería.

\* Asiste sin falta a terapia individual.

\* Acude a interconsulta con el dentista, donde se le observa paciente y tolerante, siguiendo todas las indicaciones del odontólogo, y a sin poner objeciones para asistir a las citas posteriores.

\* Aunque es grande su demanda de cigarros y poca su tolerancia a la espera de los mismos, es menos frecuente que los pida a otros pacientes o que los tome de sus habitaciones.

\* Participa en algunas actividades de la comunidad, tales como deportes y ver televisión, siendo motivado y acompañado por la AT en turno.

### **4) Área Afectiva:**

\* Su estado general es más estable, mostrándose de buen humor, cálido, afectuoso, bromista, platicador y tolerante.

\* Las fluctuaciones en su estado de ánimo son menos bruscas en relación a los meses anteriores, habiendo días en que se le ve de buen humor pero poco cálido y

comunicativo, y días en los que aparenta como molesto o deprimido, aunque sin responder violentamente ni involucrar a otros en su estado anímico, prefiriendo aislarse de quienes le rodean.

\* Vuelve a mostrar dificultad para expresar de manera verbal sus afectos, impresionando como reflexivo, temeroso y evasivo.

\* Presenta episodios de enuresis en estado de vigilia, mismos en los que evita hacer comentarios, rehuendo a los intentos de apoyo por parte de las AT y del resto del equipo, en una actitud que impresiona como de vergüenza y culpa.

### **5) Área Social:**

\* Se relaciona con otros pacientes a nivel superficial, ya no solo a través de la conversación, sino a través de actividades como jugar foot-ball, ver la televisión, etc.

\* Pide a sus padres que le compren un televisor, haciendo una cita formal con ellos para ir a adquirirlo. Cuando el televisor es instalado en su habitación, A.S. invita a otros pacientes a verlo, orgulloso y contento por el acontecimiento.

\* Se incrementan sus salidas con la familia en cuanto a número y duración. Por su parte, la familia respeta nuevamente los horarios fijados para las citas con el paciente.

\* El vínculo con las AT se hace más cercano al aumentar las salidas que A.S. realiza con-ellas sin la compañía de su chofer, mostrando confianza y cercanía y demandando el apoyo de éstas en aquello que se le dificulta.

### **6) Indicaciones:**

\* Brindarle apoyo en los episodios de enuresis, aunque sin hacer de ellos algo de importancia exagerada, con el objeto de disminuir los sentimientos de vergüenza y culpa, así como promover la expresión verbal de sus afectos y ansiedades.

\* Fomentar y favorecer las actividades con otros pacientes.

\* Continuar el acercamiento por parte de las AT, ampliando paulatinamente, y de manera flexible, los límites del encuadre de la institución, de modo que se introduzca en el paciente la noción de su propia responsabilidad en el tratamiento.

## **MES 5**

### **1) Área Sensorio-perceptiva:**

\* Se le observa taparse los oídos y detener la marcha bruscamente con menor frecuencia.

\* Al final de este quinto mes, presenta un episodio único en donde, aparentemente, habla con sus voces. Su actitud es como si hablara ante un público, mientras que en momentos parece rendir un informe ante sus "superiores". Su lenguaje es en gran parte ininteligible; ignora las interrupciones de otras personas a su discurso; y se niega a responder cuando se le cuestiona al respecto posteriormente.

### **2) Área Intelectual:**

\* No se observan cambios en la orientación en espacio, tiempo y persona.

\* Se observan cambios en su conversación, realizando ahora reflexiones como "tu

no eres Dios, eres una psicóloga", "en la vida hay que hacer lo que se quiere hacer", etc. Habla también de un futuro cambio de casa, "una vez que mejore", como si planeara regresar a la casa de su familia cuando sea dado de alta; cuando se le pide ampliar sobre el tema se muestra evasivo y cambia rápidamente de conversación.

- \* Manifiesta un gran interés por tramitar una licencia de manejo; al principio la familia se opone veladamente, poniendo pretextos como que no encuentran los documentos necesarios, etc.; ante esta actitud A.S. se ve notablemente irritado y entristecido. Finalmente los padres acceden y le proporcionan los documentos requeridos. A.S. acude a la oficina de licencias en compañía de su chofer, comportándose con propiedad y respondiendo todas las preguntas con lógica y coherencia; sin embargo, al responder a su edad dice tener 14 años. No obstante, obtiene su licencia de manejo por 5 años.

- \* Se le permite manejar uno de los autos de la familia en compañía de la AT en turno y de su chofer, durante algunas salidas a lugares cercanos y de acceso conocido por el paciente. Conduce adecuadamente y siguiendo las indicaciones de quienes lo acompañan, pero en ocasiones se distrae con facilidad.

- \* Su terapeuta individual le informa que a partir del siguiente mes lo atenderá en su consultorio fuera del Instituto; A.S. acepta la noticia con agrado y sin objeciones al horario futuro.

### **3) Área Conductual:**

- \* Su aseo y aliño son adecuados, además de llevar su ropa a la lavandería por iniciativa propia y de cooperar con el personal de enfermería para su chequeo de rutina sin la condición del cigarro.

- \* Acude a terapia individual.

- \* Continúa realizando interconsultas al odontólogo y al oftalmólogo, llevado por su chofer, mostrándose tolerante y accesible.

- \* Se le observa nuevamente entrar a las habitaciones de otros pacientes, en ausencia de éstos, para tomar cigarros. Esta conducta se le confronta en las asambleas cotidianas, a lo que A.S. responde con incoherencias y con frases en un lenguaje ininteligible, retirándose rápidamente del lugar.

- \* Durante este quinto mes, pasa la mayor parte de las mañanas fuera del Instituto en compañía de su chofer, realizando algunas diligencias de este último; mientras que las tardes las pasa generalmente dormido, a pesar de motivársele para acudir a los talleres, por lo que su participación en las actividades de la comunidad decrece notablemente en relación al mes anterior.

### **4) Área Afectiva:**

- \* Se observan cambios en el estado de ánimo; generalmente está serio y reflexivo e incluso triste, sobre todo ante la inicial negativa de sus padres para el trámite de la licencia de manejo, y posteriormente por el próximo viaje de éstos, quienes habían prometido a A.S. llevarlo con ellos, para posteriormente negarse. El paciente no accede a hablar del tema, pudiendo cambiar repentinamente de este estado a la irritabilidad o la euforia.

- \* Continúa con enuresis en estado de vigilia, rehusando a los acercamientos del

equipo.

\* Su tolerancia a la espera y la frustración es menor cuando su talante es depresivo, ya que se desespera e irrita al no conseguir lo que quiere.

### **5) Área Social:**

\* Dado que la mayor parte del día la pasa fuera del instituto, tiene menos oportunidades para establecer contacto con otros pacientes y con el resto del equipo; sin embargo, cuando este contacto se da es de la misma calidad que el mes anterior, a excepción de cuando está deprimido (ya que se aísla de todo el que le rodea).

\* Después de repetidas invitaciones, acepta ir al cine (lo cual no hacía desde hace años), en compañía de la AT en turno y de su chofer. Se muestra contento y amable, planeando con ambos el itinerario a realizar. Al regresar comenta detalladamente con varios miembros de la comunidad lo que le gustó de la película, la trama de la misma, los actores que participan en ella, etc.

\* En cuanto al vínculo con las AT, no pudieron realizarse avances en el mismo, debido a que las oportunidades de contacto con el paciente disminuyeron al estar éste fuera del instituto la mayor parte del tiempo. Además, A.S. se mostró renuente al acercamiento e intentos de apoyo por parte de las AT, en los momentos que que estaba serio y reflexivo.

### **6) Indicaciones:**

\* Estructurar un plan que especifique límites de horario en las salidas con su chofer y con familia, de tal manera que se respeten los horarios de actividades y no se sabotee el tratamiento.

\* Que las AT programen y realicen las interconsultas, pudiendo ser acompañadas por el chofer, como una medida que facilitará la creación de una alianza positiva con éste, permitiendo al mismo tiempo el avance en el vínculo con A.S.

\* Trabajar en junta con la familia el efecto de las contradicciones que manejan con el paciente (como en lo relativo a la licencia de manejo y a su próximo viaje), promoviendo el contacto con los argumentos reales y no con mentiras veladas, las que, por inocentes que parezcan, tienen un efecto negativo en el paciente.

\* Continuar con el apoyo y acercamiento por parte de las AT hacia el paciente, a pesar del rechazo de éste, de tal manera que se promueva (a través de la constancia objetiva) la expresión afectiva ante eventos penosos o dolorosos.

## **MES 6**

### **1) Área Sensoperceptiva:**

\* Disminuyen considerablemente las conductas de taparse los oídos y detener la marcha de manera repentina y sin motivo aparente.

### **2) Área Intelectual:**

\* No hay cambios en la orientación en espacio, tiempo y persona.

\* Su conversación es con frecuencia una mezcla entre lo coherente y real y lo

incoherente, realizando algunos comentarios como que pronto regresará a estudiar Medicina o Ingeniería y que alquilará un auto que lo lleve y lo traiga de la escuela a Mendao; que "nunca piensa abandonar este hogar"; que su chofer es un buen amigo y buen cuate, pero que algún día morirá y A.S. tendrá que acostumbrarse. Afirma también que su chofer morirá cuando él (A.S.) tenga 30 años de edad. Cuando se le pide hablar más sobre estos temas, evade amablemente cambiando la conversación, ignorando, como si no escuchara, la prueba de la realidad cuando se le habla de que él tiene ya más de 30 años de edad, o cuando se le dice que para regresar a la escuela tendrá que realizar toda una serie de trámites y preparativos.

\* En una salida al café, junto con la AT en turno, refiere un asunto que, aunque pueda parecer delirante, tiene una significación muy importante para él, ya que se nota serio y nervioso al contarlo. Dice haber sido "abanderado" en dos ocasiones (una en México y otra en Alaska), y que siente "rabia" cuando lo abanderan pues sólo tiene 14 años de edad y es muy joven para ser abanderado. Posteriormente, en una junta con el resto del equipo, se llega a la conclusión, según datos de quienes lo conocen desde su ingreso al Instituto, de que posiblemente A.S. se refiera con este discurso al haber sido violado sexualmente por otros pacientes.

\* Maneja el automóvil familiar (que trae su chofer) durante algunas salidas a lugares cercanos, conduciendo adecuadamente, en compañía de su chofer y algunas veces con la AT en turno.

\* A partir de la tercera semana de este sexto mes, A.S. es incorporado parcialmente al horario de salidas y reglamento del instituto, tal como se indicó el mes anterior. Se le informa que no podrá salir de Mendao sin el pase de salida correspondiente, ni en horario de asambleas. Ante este límite, A.S. responde accesible y cooperador, llenando él mismo su pase antes de salir con las AT y/o chofer y solicitando las firmas requeridas. En ocasiones se ve ansioso y desesperado cuando hay asamblea, irritándose momentáneamente, aunque logra esperar al término de la asamblea para poder salir.

### 3) Area Conductual:

\* Sus condiciones de higiene y aliño son adecuadas, realizando su aseo personal por iniciativa propia y de manera frecuente. Lleva su ropa a la lavandería.

\* Generalmente duerme después de la comida, aunque durante ratos menos prolongados que el mes anterior.

\* Por la tarde, deambula por los pasillos y Jardines del instituto y, al disminuir sus salidas con familia y con su chofer, aumenta su participación en actividades.

\* Asiste a terapia individual fuera del instituto, llevado por su chofer.

\* Continúa realizando interconsultas al odontólogo, siendo éstas programadas aún por los familiares y realizadas por su chofer.

\* Entra a las habitaciones de otros pacientes en ausencia de éstos para tomar cigarros; se le confronta este hecho y, a diferencia de los meses anteriores, no evade la confrontación, sino que la tolera y reconoce actuar de manera negativa, observándosele más comprometido.

\* Entra con frecuencia a la cocina (sobre todo antes de la comida) en busca de pan, fruta, queso o preguntando si ya está lista la comida. Cuando aún se encuentran

cocinando, A.S. coopera con cosas sencillas como pelar ajos, vaciar el agua en las jarras, picar alguna verdura, etc., a veces de manera voluntaria y otras invitado por el staff o el personal de la cocina, llegando a permanecer en estas actividades durante más de una hora.

\* Acude a las asambleas con mayor frecuencia que en meses anteriores (en donde sólo deambulaba alrededor de las mismas sin participar en ellas), ya sea invitado por el staff, o bien de manera voluntaria. Permanece en ellas por espacio de 10 o 15 minutos, atendiendo parcialmente los asuntos que ahí se tratan y sin participar verbalmente; realiza comentarios casuales a la persona que esté sentada a su lado; después se levanta y se dirige a su habitación o al jardín inventando algún pretexto, para regresar nuevamente más tarde, y así durante toda la asamblea.

#### **4) Area Afectiva:**

\* Generalmente se le observa de buen humor, respondiendo de manera cálida y afable al acercamiento de otros. Este estado es más constante, presentando pequeñas y momentáneas fluctuaciones en que se torna aislado e irritable sin causa aparente.

\* Expresa sus afectos con mayor libertad, aunque aún requiere del total apoyo y la motivación de las AT para verbalizar emociones como el amor, la tristeza, la rabia, e incluso la añoranza al manifestar haber extrañado a una de las AT durante los días que ésta faltó (notificándole previamente al paciente que no iría), a quien le dice "yo pensaba, esta persona algún día tiene que regresar" y "te extrañé mucho, Dios". También expresa que le molesta que otros pacientes (sobre todo del sexo masculino) intenten acaparar la atención de las AT.

\* Presenta enuresis durante las noches, disminuyendo ésta de manera visible durante los periodos de vigilia. Se le apoya y se promueve el aseo personal.

#### **5) Area Social:**

\* Tolera y busca el contacto con los demás pacientes, aunque a nivel superficial, relacionándose con ellos a través de conversaciones breves, saludos o actividades sencillas (asambleas, cocina, juegos).

\* Acude a una salida organizada a casa de una paciente a comer. Se muestra atento, cooperador y tolerante, permitiendo que otros pacientes viajen en el auto de la AT con él, aunque toma el asiento delantero y conversa poco. Durante la comida, se acerca a aquellos pacientes tranquilos y callados, alejándose de los bulliciosos, y se conduce con bastante autonomía, en relación a la AT. Posteriormente, relata la visita a quienes no acudieron, afirmando que se divirtió mucho y describiendo con detalle la ubicación de la casa, la comida, los pacientes y personal que asistieron, etc.

\* Disminuyen considerablemente las salidas con familia, ya que se encuentran de viaje.

\* El vínculo con las AT se vuelve más profundo; ahora A.S. se muestra interesado en preguntarles cosas personales como dónde viven, cómo está formada su familia, su estado civil, qué estudios tienen, sus planes a futuro, etc. Permite y promueve el contacto físico con éstas a través de saludos, palmadas en la espalda, abrazos, besos en la mejilla, etc. Además, tolera mejor los límites y confrontaciones de éstas, quienes también respetan los límites del paciente, permitiendo que actúe y se exprese con

libertad.

### **6) Indicaciones:**

- \* Continuar integrando paulatinamente al paciente al horario de salidas de la comunidad, motivarlo para que asista a las asambleas y demás actividades, y realizar un sondeo de los intereses inmediatos y viables del paciente. Todo lo anterior con la finalidad de estructurar posteriormente un programa de actividades adecuado a las condiciones de este paciente y congruente al reglamento de la institución.
- \* Trabajar con la familia, a su regreso del viaje, el que las interconsultas sean programadas y realizadas por las AT, siendo también contempladas en la próxima estructuración del programa de actividades para este paciente.

## **MES 7**

### **1) Área Sensoperceptiva:**

- \* Durante este mes no se le observó taparse los oídos ni detener la marcha de manera repentina y sin motivo aparente.

### **2) Área Intelectual:**

- \* Buena orientación en lugar y persona, pero no en la esfera temporal.
- \* Su conversación es coherente pero muy concreta, sin ampliar la información sobre el tema del cual habla.
- \* A través de su familia, adquiere un libro sobre los gobernantes de México, el cual lee concentrado plenamente, impidiendo ser interrumpido por otros y negándose a hacer comentarios cuando se le pide hablar sobre su lectura.
- \* Ve la televisión en su habitación por lapsos de hasta más de una hora, prefiriendo los noticieros, documentales y caricaturas. Escucha con atención cuando se le brinda información adicional sobre el programa que está viendo, pero no realiza comentario alguno cuando se le pregunta.
- \* Se le prepara para el psicodiagnóstico, informándole que, como parte del tratamiento, y con la finalidad de estructurar un programa de actividades para él, deberá participar en algunas actividades con las AT, quienes hablarán posteriormente con para él para acordar el horario. A.S. acepta cooperador.

### **3) Área Conductual:**

- \* El aseo personal y aliño de este paciente son adecuados y los realiza de manera voluntaria, así como llevar la ropa a la lavandería.
- \* Permite al personal de enfermería realizar el chequeo rutinario, en ocasiones a condición de recibir un cigarro y otras veces de manera voluntaria.
- \* Asiste a terapia individual llevado por su chofer.
- \* Acude sin objeciones al odontólogo y al dermatólogo, llevado con sus familiares.
- \* Al volver sus padres de viaje aumentan sus salidas con familia, disminuyendo su estadía en la comunidad y con ello su participación en las actividades de la misma, limitándose ésta a ayudar en la cocina en dos o tres ocasiones. Por otro lado, cuando

regresa al instituto de alguna salida, argumenta estar cansado, durmiendo el resto de la tarde.

#### **4) Área Afectiva:**

\* Al aumentar sus salidas con familia, disminuye su estancia en la comunidad, observándosele en ocasiones platicador, bromista y tolerante, mientras que otras veces llega visiblemente cansado e irritable, rehuendo al contacto de quienes le rodean.

\* Es capaz de expresar verbalmente estados como la fatiga y el buen humor (con ayuda de las AT), pero no así con sentimientos como el enojo y la tristeza.

\* Realiza planes junto con su familia y su chofer para acudir a un deportivo particular, visitando varios de ellos para pedir informes y haciendo compras de ropa y calzado sport adecuadas para las actividades deportivas. No obstante, la familia cambia de opinión y veladamente niega su apoyo al no resolver sobre el deportivo adecuado, para finalmente dejar el asunto en el olvido. Ante esta actitud, se nota al paciente visiblemente irritado y confundido.

#### **5) Área Social:**

\* Disminuye notablemente el contacto con otros pacientes y resto del staff al permanecer fuera del instituto la mayor parte del tiempo.

\* Aumentan considerablemente sus salidas con familia y chofer.

\* Realiza un viaje de cuatro días a la playa en compañía de su familia. Antes de irse se le nota entusiasmado con los preparativos y las compras. A su regreso reparte dulces de coco y tamarindo entre los pacientes y el equipo, relatando con detalle los lugares que visitó, la gente, la comida y las actividades que realizó. Por su parte, la familia no reporta haber tenido contratiempos con el paciente durante el viaje.

\* Disminuye considerablemente el contacto con las AT, ya sea por su ausencia en el instituto, o porque cuando se encuentra en él pretexto estar cansado y se niega a realizar actividades con éstas, salvo ver televisión y asistir al café, haciendo algunos comentarios casuales.

#### **6) Indicaciones:**

\* Reestructurar los horarios de salida, fijar horario de llegada cuando se considere necesario y trabajar el respeto a éstos con los familiares.

\* Que las AT planeen y realicen las interconsultas de tal manera que no interfieran con el horario de actividades.

\* Aplicar el Psicodiagnóstico, y en base a los resultados obtenidos, así como a los intereses y condiciones viables sondeados, estructurar un programa para este paciente en el que se contemplen actividades individuales específicas y grupales (talleres, asambleas y otras que se imparten en la comunidad), interconsultas y espacios con la familia.

\* Pedir a la familia que ésta informe al equipo aquellas decisiones y sucesos referentes al paciente que pudieran considerar relevantes al tratamiento, para que sean manejados en comunicación directa, evitando con ello la confusión y alteración en la información que es traída por fuentes indirectas.

## MES 8

### 1) Área Sensorceptiva:

- \* No se observaron signos de alucinaciones visuales ni auditivas.

### 2) Área Intelectual:

- \* Sin cambios en la orientación en las tres esferas.
- \* Su conversación gira en torno a sucesos y actividades cotidianas, así como saludos y pláticas casuales. Generalmente bromea con otros pacientes y con el staff haciendo comentarios incoherentes e ininteligibles, negándose a repetirlos para la verificación de quién escucha. No obstante, cuando acude a las asambleas sus intervenciones, aunque pocas, son congruentes y acertadas.
- \* Se trabaja con A.S. en las pruebas del psicodiagnóstico y su actitud ante las mismas es de disposición y cooperatividad. No obstante, tiende a desesperarse y a abandonar la actividad cuando se trata de tareas repetitivas o que involucran razonamiento abstracto (como es el caso de algunas subescalas del WAIS), así como en ítems de cierta dificultad que no puede responder (dada su poca tolerancia a la frustración).
- \* Se le notifica el cambio de programa, dándole a conocer actividades y horarios por escrito. A.S. acepta con agrado y pega la copia de su programa en uno de los muros de su habitación, como tratando de familiarizarse con él.

### 3) Área Conductual:

- \* Las condiciones de higiene personal y aseo son adecuadas y las realiza de manera voluntaria; no obstante, A.S. abandona estos hábitos cuando se encuentra irritable o deprimido, aunque acepta ponerse ropa limpia y pone cuidado en que la combinación de los colores de las prendas sea la adecuada.
- \* Asiste sin falta a terapia individual, llevado por la AT en turno y/o su chofer.
- \* Continúa asistiendo a interconsultas con el odontólogo, llevado por su chofer, ante la negativa velada de la familia para que las citas sean programadas y realizadas por las AT.
- \* Disminuyen las salidas con familia; sin embargo, cuando sale con los familiares generalmente regresa a la comunidad después de la hora señalada.
- \* Disminuye el tiempo que duerme durante el día y (motivado por las AT) aumenta su participación en actividades como el taller de cocina (donde se muestra tolerante, cooperador y siguiendo instrucciones sencillas con facilidad), terapia por el arte (donde se cohibe ante la presencia de los otros pacientes y por ello permanece poco tiempo, utilizando pretextos para salir), asamblea de permisos (donde pide permiso para realizar un viaje a Miami en compañía de su familia dentro de algunas semanas), asamblea general (la cual coordina adecuadamente durante más de una hora, a cambio de recibir un cigarro), salida organizada (tolerando más la convivencia con otros), ver televisión (sobre todo noticieros y documentales) y algunos juegos de mesa (siempre y cuando conozca las reglas o no sean de un alto grado de dificultad).

#### **4) Área Afectiva:**

- \* Generalmente se le observa de buen humor, cálido y bromista, con fluctuaciones de menor duración y que suceden con menor frecuencia.
- \* Mayor libertad y espontaneidad para la verbalización de afectos como el amor y la amistad, aunque no así con la ira y la tristeza.

#### **5) Área Social:**

- \* Al incrementarse su participación en actividades grupales, se incrementa con ello su trato superficial con otros pacientes y con el equipo, aunque sin llegar a afianzar un vínculo más profundo, salvo con ambas AT y su chofer.
- \* Disminuyen las salidas con familia.
- \* El vínculo con las AT presenta, al final de este mes, una variación en donde el paciente se torna serio, lejano, irritable y renuente a trabajar con una de ellas (transferencia negativa), mientras que de manera simultánea, se muestra accesible, cariñoso y cooperador con la otra (transferencia positiva). Ante esta escisión, se respetan los límites de A.S. y se le brinda constancia objetal, dándole énfasis a su capacidad reparadora y restándole a su capacidad destructiva.

#### **6) Indicaciones:**

- \* Continuar manejando la escisión a través de la constancia objetal, promoviendo al mismo tiempo la expresión verbal de los afectos.
- \* Iniciar con el nuevo programa de actividades.
- \* Notificar a la familia del nuevo programa, para que ésta respete los límites de horario y el encuadre del mismo.

## **MES 9**

#### **1) Área Sensorperceptiva:**

- \* Al inicio de este mes, se le observa nuevamente taparse los oídos con frecuencia, negándose a responder cuando se le cuestiona al respecto. Esta conducta disminuye hacia el final del mes.

#### **2) Área Intelectual:**

- \* No se observan cambios en la orientación en tiempo, espacio y persona.
- \* Su conversación se mantiene en el mismo nivel que el mes anterior.
- \* En el taller de estimulación (creado específicamente para este paciente) se trabaja con juegos sencillos para estimular funciones básicas como memoria, concentración, planeación, anticipación, etc. A.S. muestra una notable dificultad para concentrarse y asimilar las normas y la lógica de los juegos que desconoce, además de avergonzarse y abandonar la tarea cuando comete errores. No obstante, su desempeño y actitud mejoran considerablemente en aquellos juegos familiares para él, conduciéndose con mayor seguridad y tolerancia, y pudiendo planear y anticipar correctamente.
- \* En general, en todas las actividades contempladas en el programa (ya sean

individuales, como el taller de estimulación, o grupales, como en el caso de los talleres de la comunidad y asambleas), se manejan metas sencillas y a corto plazo, con el objeto de brindarle mayor seguridad y autoconfianza, dada su deficiente tolerancia a la frustración.

### **3) Área Conductual:**

\* Su aseo personal y aliño son adecuados. A.S. lleva su ropa a la lavandería voluntariamente y permite al personal de enfermería realizar revisiones de rutina. Hacia la mitad de este mes presenta un cuadro gripal severo en donde descuida la higiene y arreglo personal. Al finalizar este cuadro, su aspecto y limpieza, así como el de su habitación, mejoran considerablemente.

\* Asiste con frecuencia a terapia individual, llevado por la AT en turno y/o chofer.

\* Al inicio del mes, duerme por periodos prolongados tanto en la mañana como en la tarde. No participa en las actividades o condiciona su asistencia a éstas, manipulando la situación en un intento por ejercer dominio sobre esta última. Su actitud se maneja a través de la confrontación y la constancia objetal, señalándole que cuando no quiera trabajar, se le esperará en el lugar específico de la actividad (el taller, la sala, la cocina, el jardín, etc.) durante el tiempo destinado a ésta por si él cambia de opinión. A.S. ronda por estos espacios como verificando que efectivamente se le espere.

\* Paulatinamente, junto con una mejoría en el estado de ánimo, accede a tomar parte en actividades, siempre y cuando éstas sean individuales (como el caso del taller de estimulación). Cuando se le invita a los talleres que involucran a más personas y que incluso frecuentaba en meses anteriores, se niega a asistir, pero algunas veces acepta trabajar de manera individual con la AT durante este horario. No obstante, se le sigue motivando para participar en grupos.

\* Hacia el final del mes, muestra una mayor accesibilidad para participar en actividades, tanto individuales como en talleres grupales (taller de cocina, asambleas y deportes); sin embargo, permanece poco tiempo en ellos, siendo pocas sus intervenciones y distrayéndose con gran facilidad.

\* Por reajustes en el horario de las actividades de la comunidad, se le asigna terapia de grupo hasta el final del mes. El paciente acude a una sola sesión en la que permanece por espacio de quince minutos sin hacer intervención alguna.

\* Disminuyen sus salidas con familia.

### **4) Área Afectiva:**

\* Inicia el programa en una actitud de franco rechazo, desconcierto y desconfianza, permaneciendo notablemente irritable durante la mayor parte del tiempo.

\* Su estado de ánimo mejora paulatinamente, mostrándose más cálido, accesible y familiarizado con los horarios. Junto con esta mejoría se amplía el rango de actividades en las que participa y el tiempo que permanece en ellas. No obstante, en ocasiones presenta repentinos accesos de ira e infantilismo provocados por sucesos triviales en apariencia.

\* Verbaliza el enojo al conversar sobre una llamada que sus padres le hacen desde Miami (donde prometieron llevarlo hace algunas semanas, para no cumplirlo como en

ocasiones pasadas). A.S. manifiesta que sus padres le dijeron "lo mismo de siempre" y que se siente muy molesto. Se le brinda apoyo y se promueve con ello la expresión verbal de estos afectos para los que el paciente presenta mayor dificultad.

\* Se le confrontan actitudes manipuladoras como el estar irritable cuando se le invita a trabajar y cambiar súbitamente a cariñoso y amable cuando solicita cigarrillos o salidas a la tienda. Aparentemente tolera y comprende esta confrontación sin responder violentamente, aunque no hay manifestaciones verbales que lo corroboren.

### **5) Área Social:**

\* Inicia el mes con poca o nula accesibilidad para entrar en contacto con otros pacientes y con el equipo. Poco a poco se integra a actividades que involucren a una o dos personas diferentes a las AT (como jugar ping-pong, chutes, etc.); y hacia el final de este mes acude a talleres grupales en los que permanece poco tiempo y en donde interviene poco debido a que se mantiene aislado o junto a aquellos pacientes que no participan.

\* Disminuyen las salidas con familia al encontrarse ésta de viaje. Al volver, la familia lleva al paciente a interconsultas o compromisos familiares sin respetar el horario de actividades establecido e ignorando el horario de regreso y otras normas de la comunidad, como en un intento por manipular la situación y ejercer el control absoluto del manejo de A.S., y saboteando con ello el tratamiento.

\* En lo referente al vínculo con las AT, la escisión manifestada el mes anterior se hace visiblemente más marcada y profunda, lo cual se maneja a través de la constancia objetiva, brindándole apoyo pero a la vez marcándole límites y promoviendo la expresión verbal afectiva, mientras que la elaboración de este proceso es materia de la terapia individual.

### **6) Indicaciones**

\* Trabajar en junta con la familia el respeto al encuadre del programa, de tal manera que no sabotee el tratamiento, introduciendo la noción de una responsabilidad conjunta para el éxito del mismo, la cual comparten la institución, la familia y el propio paciente. Además, indicar cómo el manejo contradictorio de las normas y los límites tiene un efecto negativo sobre el paciente, constituyendo un obstáculo para su recuperación.

\* Promover y facilitar la asistencia a actividades grupales respetando los límites del paciente sin forzarlo, pero brindándole la estructura y organización suficiente que conduzcan a su desarrollo de manera positiva.

\* Confrontar las actitudes manipuladoras e infantiles cuando éstas aparezcan, promoviendo como alternativa la expresión verbal de sentimientos y pensamientos.

## **MES 10**

### **1) Área Sensorceptiva:**

\* En ocasiones se le sorprende hablando solo, como respondiendo a sus voces. Al percatarse de ser observado cesa de hablar y responde con evasivas a las preguntas al

respecto.

## **2) Área Intelectual:**

\* No hay cambios en la orientación en lugar y persona. La desorientación en la esfera temporal se trabaja a través de la lectura de periódico y noticieros, así como confrontarle continuamente las fechas de sucesos significativos para él. No obstante, y a pesar de responder a algunas fechas de manera correcta, continua convencido de tener 14 años de edad.

\* Al inicio de este mes su conversación es sumamente desorganizada, como estar convencido de que el jueves era su cumpleaños, a pesar de presentarle datos reales que prueban lo contrario. Hacia el final del mes presenta una mejoría, siendo su discurso más estructurado y congruente. Así mismo, tolera sin irritarse los señalamientos cuando su conversación es ininteligible o cuando tiene contenido delirante, aún cuando no lo repite para verificarlo, ni expresa verbalmente razonamiento alguno.

\* Sus intervenciones en las asambleas son pocas y constituyen una mezcla de material coherente e incoherente.

\* Se introduce la lectura de libros en el taller de estimulación, proporcionándole obras que pudieran ser de su interés (como la vida de Juárez y uno sobre animales). Los hojea aparentemente muy interesado y realiza comentarios sobre las imágenes, pero lee poco y abandona la tarea con cualquier pretexto.

\* Dificultades para concentrar la atención en actividades como ver el noticiero por televisión y algunos juegos de mesa, ya que se distrae con facilidad. No obstante, disminuye la dificultad para asimilar las normas y la lógica de juegos como dominó, damas chinas, pente y turista.

\* Se observan notables dificultades en la coordinación motora fina y gruesa, dado su poca flexibilidad y a la rigidez y torpeza en los movimientos.

\* Desiste con facilidad cuando fracasa en el armado de figuras y rompecabezas.

\* Es capaz de manifestar verbalmente que no asiste a algunas actividades (como el taller de lectura de periódico y psicodanza) porque no son de su agrado; pero es incapaz de proponer actividades alternativas que las suplan.

\* Se le notifica que su programa de actividades tendrá próximamente algunas modificaciones, las cuales dependerán en gran parte de las sugerencias que él mismo haga. Sin embargo, A.S. toma una actitud pasiva al respecto, preguntando sobre cuáles serán las nuevas disposiciones pero negándose a proponer actividades o áreas de su interés.

## **3) Área Conductual:**

\* Su higiene y aliño son adecuados, además de cooperar con el personal de servicios y enfermería.

\* Al iniciar el mes A.S. duerme durante largos periodos, tanto en la mañana como en la tarde; negándose a participar en las actividades. Alrededor de la segunda semana se ve menos somnoliento y se reincorpora parcialmente al programa. Sin embargo, al final de este mes (y paralelo a un estado afectivo negativo), se niega nuevamente a trabajar en el programa, deambulando por el jardín o los pasillos la mayor parte del tiempo, o bien dedicándose a la lectura de libros sin tolerar ser

Interrumpido por otros.

\* Asiste a terapia individual llevado por su chofer.

\* Aún muestra preferencia por trabajar en actividades individuales (en el taller de estimulación), incluso en el horario de los talleres grupales; sólo que ahora involucra a uno o dos pacientes más, compartiendo con ellos juegos de mesa como dominó, pente, damas chinas, turista y ping-pong, así como deportes (volley-ball y foot-ball) y ver televisión.

\* Asiste a la terapia de grupo durante lapsos de cinco a diez minutos (entra y sale), sin realizar intervenciones.

\* Asiste a la asamblea cotidiana y a la asamblea general, permaneciendo en ellas durante más tiempo e interrumpiendo con menor frecuencia el discurso de otros pacientes.

#### **4) Area Afectiva:**

\* Al inicio del mes se le observa irritable y aislado, refiriendo quejas somáticas cuando se le invita a las actividades ("me duele el estómago", "estoy amolado", "sóbame el brazo", "todavía tengo gripa", etc.). Hacia la mitad del mes, su estado anímico presenta una mejoría, lo cual inside directamente en una actitud cooperadora, accesible y entusiasta ante el programa, misma que decrece notablemente al final del mes.

\* Presenta episodios de enuresis durante las noches con mayor frecuencia a meses anteriores, mostrándose evidentemente avergonzado y preocupado por tal situación. Se le apoya hasta donde él lo permite.

\* Cabe señalar que los estados en donde el paciente se muestra sumamente irritable, intolerante, somnoliento, aislado e incluso deprimido, así como la enuresis y el bloqueo para la verbalización de los afectos, parecen coincidir todos ellos con las rupturas del encuadre del programa por parte de la familia, lo que lo confunde y enoja.

\* Cuando se le pide verbalizar la causa por la cual no entra a actividades, refiere estar de mal humor o simplemente no querer hacerlo, sin verbalizar el verdadero motivo de su disgusto.

\* Se muestra celoso de otros pacientes, sin tolerar que éstos se dirijan a la AT en turno cuando ésta se encuentra en actividad con el paciente, quien abandona la tarea al instante sin manifestar la causa de su molestia.

#### **5) Area Social:**

\* Aunque disminuye su contacto con otros pacientes debido a su estado de ánimo, se observan avances importantes en la socialización, ya que se le observa compartiendo con otros pacientes recuerdos comunes de cómo era Mendao en otros tiempos, a través de animadas pláticas. También es capaz de compartir con ellos sus experiencias en las cosas que realiza, incluyéndolos en las actividades individuales (taller de estimulación), o incluyéndose él mismo en actividades grupales (deportes y foro ameno).

\* Aparentemente, comienza a establecer un vínculo más cercano con otro paciente (al que se llamará como G.), con quien suele ver la televisión, conversando y compartiendo opiniones con mayor frecuencia que con otros pacientes, y tolerándole

acciones que no tolera a otras personas (pacientes o miembros del staff) como es entrar a su habitación y tocarlo físicamente.

\* En el vínculo con las AT, disminuye la escisión en el trato para aparecer un nuevo fenómeno en donde parece confundirse con el rol de cada una. Si juega ping-pong con una de ellas, se niega a jugar con la otra, y así con todas las actividades, como si éstas se restringieran a cada AT en particular. Se habla con A.S. pero parece no comprender, como obedeciendo a un severo código personal ("sólo debo jugar con Confris" o "ya trabajé en la mañana con Dios").

### **6) Indicaciones:**

\* Reestructurar el programa ampliando paulatinamente el rango de actividades grupales.

\* Hacer una alianza positiva con su chofer, involucrarlo en el tratamiento de manera que forme parte importante de él junto con las AT; de este modo se evitará que lo sabotee haciendo lo que el paciente debería realizar por sí solo, de manera independiente (como rasurarlo, llevarle la ropa a la lavandería, tomar decisiones sencillas por él), aparentemente al sentirse desplazado.

\* Trabajar conjuntamente con la familia en la ruptura constante que ésta realiza al encuadre y los límites del programa. Enfatizar la confusión y el enojo que provocan en el paciente los mensajes dobles, las mentiras veladas y las falsas promesas, negociando la mejor opción para que el paciente utilice cómoda y apropiadamente sus salidas con ellos, pero respetando el encuadre.

## **MES 11**

### **1) Área Sensorceptiva:**

\* No se observaron cambios relevantes en relación al mes anterior.

### **2) Área Intelectual:**

\* Sin cambios en la orientación en lugar y persona. Se continua trabajando en la desorientación en tiempo como en los meses pasados.

\* Su conversación es más estructurada, lógica, coherente y congruente con los sucesos cotidianos reales. Desarrolla detalladamente temas como el foot-ball, los automóviles, recuerdos personales y las actividades realizadas a lo largo del día. También suele hablar acerca de asuntos o personas en quienes tiene un especial interés, tales como su terapeuta (la cual lo "está ayudando a salir de su crisis y quien es muy buena e inteligente"), o el tema del cigarro (referido en una asamblea cotidiana en donde afirma que como "aquí todos fuman, es muy difícil alejarse de este vicio tan nocivo").

\* En ocasiones bromea con otros a base de establecer juegos de palabras que consisten en cortar frases o palabras a la mitad, asociándolas al mismo tiempo con otras diferentes, pero conservando una relación lógica con la persona que escucha.

\* Durante este mes, se le ha visto muy interesado en ver algunas telenovelas, haciendo un seguimiento de la trama e identificando correctamente el rol de cada

personaje (el bueno, el malo, el enfermo, etc.).

\* Se continúan estimulando funciones intelectuales básicas como la memoria, atención, concentración, juicio lógico y la comprensión y seguimiento de instrucciones; así como la coordinación motora fina y gruesa.

\* Por iniciativa propia, y con autorización del equipo, maneja el auto de su chofer en algunas ocasiones, en compañía de este último y la AT en turno, o bien solo, seguido en otro automóvil por su chofer. Conduce a velocidad moderada y siguiendo correctamente los señalamientos viales.

\* Se le notifica que a partir del siguiente mes, su programa se modificará nuevamente, pues será incorporado al programa general de la unidad de pacientes psíquicos, desapareciendo el taller de estimulación, pero teniendo la posibilidad ahora de trabajar las áreas del mismo en talleres grupales, junto con la AT.

### **3) Área Conductual:**

\* Descuida su aseo y aliño personal al inicio de este mes argumentando que no hay agua o que hace frío, aún cuando no ocurra así. Paulatinamente, presenta mejoras al bañarse y rasurarse con mayor regularidad, vistiendo ropa limpia, llevando su ropa sucia a la lavandería y cooperando con el personal de enfermería en la revisión de rutina.

\* Asiste sin falta a las sesiones de terapia individual, llevado por la AT en turno o por su chofer.

\* Se rehusa a asistir a la terapia de grupo.

\* Acude a interconsulta con el odontólogo (programada por el equipo), llevado por su chofer pero dentro del encuadre del programa, respetando horarios de actividades.

\* Al inicio del mes se le observa cansado y poco activo, durmiendo en su habitación durante la mayor parte de la mañana y tarde y respondiendo algunas veces con enojo a las invitaciones de las AT para participar en las actividades. A lo largo del mes, lentamente, presenta mayor disposición para trabajar, asistiendo a las asambleas (en las que permanece todo el tiempo sin salirse pero con pocas intervenciones), viendo la televisión con otros pacientes, saliendo al café y a las salidas organizadas con la AT y/o chofer y participando en actividades deportivas como el foot-ball, volley-ball, chutes y otras. Al final del mes, su actividad vuelve a decrecer, aunque no al nivel del inicio mensual y ya sin respuestas agresivas, sino poniendo pretextos como el estar cansado, o prometiendo alcanzar posteriormente a la AT en turno en el lugar donde se imparta la actividad, pero sin llevarlo a cabo efectivamente.

### **4) Área Afectiva:**

\* Inicia este mes en un estado de cansancio, somnolencia y poca actividad, el cual parece coincidir con el viaje de sus padres en esta fecha (él mismo acude al aeropuerto a despedirlos). Su talante empeora unos días después, mostrándose serio y aislado, como si no tolerara la presencia de nadie. Cuando se le pregunta, evade responder y se aleja inmediatamente del lugar; y en ocasiones ni siquiera responde a los saludos de otros pacientes, de las AT y del resto del equipo. Se le apoya y se le facilita la expresión afectiva al preguntarle de manera directa si lo que lo tiene tan molesto es la ausencia de sus padres, a lo cual responde que sí; luego se queda pensativo y niega

estar enojado, como arrepintiéndose de haber externado sus sentimientos. No obstante, recupera su buen humor y calidez (aunque sin llegar a la hipomanía) y vuelve a tolerar y buscar el contacto físico (saludos, palmadas y abrazos) y verbal quienes le rodean.

\* La familia acude con un médico externo para atender la enuresis y éste prescribe el uso de una bolsa colectora que debe ser colocada por las noches. A.S. lo maneja como un secreto vergonzoso, aún cuando acepta usarla y pide personalmente a una enfermera que lo ayude a colocársela. Durante algunos días, A.S. manifiesta que el Dr. X ya lo ha "curado del orin", pues le dio una bolsa de plástico que ha usado ya en dos ocasiones sin mojar la cama. Posteriormente, el paciente expresa lo incómodo que le resulta el uso de esta bolsa, por lo que se la quita en las madrugadas. Ante tal situación, el equipo propone el uso de un pijama, trabajando esta proposición con el paciente, quien acepta usarla (aunque no diario), dando como resultado una disminución en la frecuencia con que se orina durante las noches, contribuyendo a su vez en un sentimiento de mayor seguridad en A.S.

\* Una nota de suma importancia es que a lo largo de este mes se le notifica la despedida de una de las AT, noticia que A.S. recibe con cierta indiferencia. Aparentemente tolera bien esta separación, pero verbaliza poco su situación afectiva. No obstante, se logra hacer una devolución (de parte de la AT) de todas aquellas experiencias positivas compartidas con él, de tal manera que el adiós no sea vivido como abandono sino como un ciclo natural de la vida que llega a su término. Por su parte, el vínculo con la otra AT permanece estable. Por último, es probable que esta separación contribuya a la irritabilidad manifestada por este paciente al inicio de este mes y hacia la última semana del mismo, aunque se observa una gran dificultad para localizar este afecto y poder expresarlo verbalmente.

### **5) Área Social:**

\* En general, durante este mes se le da énfasis (por parte del equipo) a las actividades grupales sobre las individuales, conservando entre estas últimas la terapia individual y las salidas al café con la AT y/o chofer. Además, se prepara al paciente para el cierre del taller de estimulación y su integración en nuevas actividades.

\* Aunque participa poco en los talleres grupales, se desenvuelve óptimamente en actividades deportivas, en las asambleas y viendo la televisión en compañía de otros pacientes.

\* Acude con mayor frecuencia a las salidas organizadas, en donde se le ve contento, conviviendo animadamente con los demás y aceptando compartir el mismo transporte; pero cuando se cerciora de que todos han terminado su consumo, sugiere regresar en el momento, con poca tolerancia a la espera en tanto todos pagan su cuenta y se organiza el retorno al instituto.

\* En lo referente a su relación con otros pacientes, A.S. se involucra de manera más profunda, ya que muestra mayor interés en quienes le rodean, preocupándose por otros y abogando por ellos.

\* El vínculo con G. presenta avances; se les observa viendo la televisión en la habitación de A.S., conversando, compartiendo opiniones diferentes y participando en diversas actividades en una relación de cariño, respeto y camaradería.

\* El vínculo con las AT no presenta variaciones sustanciales, salvo que la escisión en el trato desaparece. Ante la despedida de una de ellas, recibe el apoyo y contención de la otra.

#### **6) Indicaciones:**

\* Reforzar la cercanía con el paciente, promoviendo la expresión afectiva, ante la separación de una de las AT.

\* Privilegiar la asistencia a las actividades grupales, sobre todo a los talleres, en su próxima incorporación al programa general de la unidad de pacientes psicóticos de esta institución.

\* Promover el uso de la pijama y formular medidas que contribuyan al restablecimiento de la autoestima de este paciente, al disminuir los sentimientos de vergüenza y culpa generados por los episodios de enuresis.

\* Trabajar junto con la familia la posibilidad de inscribir al paciente en un deportivo, dado que él mismo ha manifestado en ya varias ocasiones su interés por llevar a cabo alguna actividad deportiva en algún establecimiento fuera del instituto.

## **MES 12**

### **1) Área Sensorceptiva:**

\* Se le observa taparse los oídos en ocasiones esporádicas; cuando se le pregunta si escucha algo y qué es, evade con una sonrisa y responde que todo está bien y que no pasa nada, como tratando de tranquilizar a quien le pregunta.

### **2) Área Intelectual:**

\* Su orientación en persona y lugar es adecuada, permaneciendo la desorientación temporal, pues aún cuando conoce las fechas correctas del día y de eventos importantes, insiste en tener 14 años de edad.

\* Su lenguaje es más entendible, estructurado, coherente y congruente, siendo sus temas predilectos las actividades que realiza cotidianamente, los presidentes (de México y Estados Unidos), los automóviles, los deportes y recuerdos personales que refiere detalladamente en cuanto a lugares, personas y situaciones.

\* Cuando ve televisión junto con otros pacientes o la AT, realiza comentarios relativos al programa, externando juicios y opiniones que muestran un pensamiento de tipo concreto.

\* Maneja el automóvil de su chofer, en compañía de éste y de la AT, en algunas salidas al café u otros lugares cercanos; pero en ocasiones se distrae pues continuamente bromea y platica con quien lo acompaña, desviando la atención de las señales y de los otros automóviles. Se le indica que puede platicar sin perder el control de auto y acata el señalamiento.

### **3) Área Conductual:**

\* Durante la primera semana de este mes, y coincidiendo con la despedida de una de las AT y el periodo vacacional de su chofer, decaen notablemente sus condiciones de

limpieza y aliño, así como su asistencia a las actividades, ya que duerme durante periodos prolongados, sobre todo en la tarde; aunque usa ropa limpia diariamente y lleva sus prendas sucias a la lavandería. Paulatinamente, se observan mejorías en su higiene y arreglo personal, incorporándose poco a poco a las actividades cotidianas contempladas en el programa general para la unidad de pacientes psíquicos, tales como asambleas (permaneciendo todo el tiempo en ellas sin interrumpir el discurso de otros y realizando intervenciones adecuadas), deportes (sobre todo el foot-ball), en algunos juegos de mesa (dominó, turista, pente, maratón, etc.) y en algunos talleres (donde permanece poco tiempo, abandonando la actividad con el pretexto de ir al baño, o que le duele el estómago, etc.)

\* Acude a terapia individual llevado por su chofer.

\* Se niega a asistir a la terapia de grupo.

#### **4) Area Afectiva:**

\* Al inicio del mes, se le observa callado, serio, reflexivo e incluso ansioso y sumamente irritable, demandando cigarras en exceso y rehuendo al contacto físico y verbal de quienes le rodean. Cuando se le invita a las actividades, responde violentamente, pidiendo no ser molestado. Se intenta trabajar el efecto de la salida de la AT y la ausencia temporal de su chofer, ante lo cual A.S. tiene una actitud indiferente, con una gran dificultad para expresar su situación afectiva. Además, se orina en la cama con mayor frecuencia, abandonando el uso de la pijama para dormir; cuando se le confronta este hecho evade responder actuando como si no escuchara, y las pocas veces que responde, argumenta que no tiene caso ponérsela pues de todos modos la moja, en una actitud de franca desesperanza, desolación y derrotismo. No obstante, se le brinda apoyo respetando sus límites al acercamiento.

\* De manera paulatina, su estado de ánimo presenta una mejora notable, mostrándose cálido, chispeante, cariñoso, platicador y tolerante, buscando e incluso facilitando el contacto verbal y físico (saludos, abrazos, besos en la mejilla, palmadas en la espalda) con otros pacientes y con el equipo. Vuelve al uso de la pijama, orinándose con menor frecuencia, lo que lo anima a seguirla usando y contribuye en una mayor autoestima y seguridad personal.

#### **5) Area Social:**

\* Se le observa aislarse con frecuencia, al inicio de este mes, mostrándose incluso intolerante al contacto con quienes le rodean. Paralelamente a la mejoría en el talante, restablece las relaciones con otros pacientes y miembros del staff, a través de participar en actividades grupales, en donde se muestra capaz de compartir responsabilidades y metas sencillas, así como de preocuparse por lo que le rodea, integrando a los otros a su estilo de vivir y pensar, e incluyéndose él mismo en el estilo de vida y convivencia de la comunidad en un nivel medio y en ocasiones aún superficial.

\* Disminuyen sus salidas con familia, ya que A.S. se muestra cortante con ellos, sin exteriorizar la causa.

\* Durante la primera semana de este mes, el vínculo con la AT se modifica, ya que el paciente evita todo contacto posible con ella, teniendo actitudes de desconfianza y enojo (posiblemente como reacción a la separación con la otra AT), como pedirle a su

---

chofer que no la invite cuando vayan al café, pues ya no quiere que los acompañe; esta petición la realiza en secreto, cuidando no ser escuchado. No obstante, al salir el chofer de vacaciones, el vínculo con la AT se restablece de manera progresiva, volviendo a mostrarse cariñoso y cercano con ella, participando juntos en las actividades, externándole opiniones y sugerencias personales relativos al programa. Cabe señalar, que el paciente se muestra ahora un tanto más autónomo e independiente con respecto a la AT, dado que toma decisiones sencillas él mismo y se conduce adecuadamente en situaciones cotidianas sin depender del todo del apoyo de la AT.

## APÉNDICE F

### ESQUIZOFRENIA

De acuerdo con el ICD-10 (1992), la esquizofrenia es el cuadro más frecuente e importante de esta clasificación. Los trastornos esquizofrénicos están caracterizados básicamente por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, la claridad de la conciencia y la capacidad intelectual se conservan, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.

En este trastorno están comprometidas las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma, de ahí que el enfermo tenga la creencia de que sus pensamientos y actos son conocidos o compartidos por otros, y presente ideas delirantes sobre la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir en dichos actos y pensamientos.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas; también suelen presentarse otros trastornos de la percepción, en donde colores o sonidos pueden parecer excesivamente vívidos o tener sus cualidades o características alteradas, en tanto los detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal.

La perplejidad es frecuente y suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo.

Pueden presentarse a menudo bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos.

Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual del ideas y una conducta extrañas. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de la esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otro tipo de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad o poderes sobrehumanos (ser capaz de controlar el clima, estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes o cuando se presentan a diario durante semanas, meses, o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas "negativos" tales como la apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroleptica.
- i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos 1 a 4, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el 5 y el 8, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

## TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

El ICD-10 (1992) clasifica la esquizofrenia en los siguientes tipos:

### 1. Esquizofrenia Paranoide.

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. Predominan las ideas delirantes relativamente estables, o menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo, y de otros trastornos de la percepción. Los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

Son frecuentes las ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal; también las voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal como silbidos, risas o murmullos; y alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u otro tipo de sensaciones corporales.

### 2. Esquizofrenia Hebefrénica.

Se trata de una forma de esquizofrenia en donde los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva.

Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, así como cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además, la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos o abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.

### 3. Esquizofrenia Catatónica.

Caracterizada por la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hiperkinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Las manifestaciones catatónicas pueden acompañarse de estados oneiroides con alucinaciones escénicas muy vívidas.

### 4. Esquizofrenia Indiferenciada.

Se trata de un conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para

el diagnóstico de esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los tipos anteriores o presentan rasgos de más de uno de ellos sin que haya un claro predominio de alguno en particular.

#### **5. Depresión Postesquizofrénica.**

Se trata de un trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, tanto "positivos" como "negativos", pero no predominan en el cuadro clínico. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.

#### **6. Esquizofrenia Residual.**

Se trata de un estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

#### **7. Esquizofrenia Simple.**

Se trata de un trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones ni de ideas delirantes y el trastorno no es tan claramente psicótico como los tipos Hebefrénico, Paranoide y Catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo; los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

#### **8. Otra Esquizofrenia.**

Incluye la Esquizofrenia Cenestopática y el Trastorno Esquizofreniforme sin especificación.

#### **9. Esquizofrenia Sin Especificación.**

## BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO C.M.J. Evaluación del tratamiento de enfermos mentales en la Comunidad Terapéutica Mendoc, desde la perspectiva del Área de Comunidad. Tesina Licenciatura, Universidad Iberoamericana, (8-16); 1990.
- ANGER-DIAZ B. Efectos terapéuticos de un curso de computación sobre la conducta de pacientes esquizofrénicos. Salud Mental V.10(3), (72-80); Septiembre 1987.
- ARIETI S. Interpretación de la Esquizofrenia. Barcelona: Editorial Labor, S.A., (147-156); 1965.
- AYALA H., CHISM S.K., CARDENAS G., RODRIGUEZ M., CERVANTES L., y CABALLERO P. Una alternativa al tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales crónicos. Salud Mental V.5(1), (87-93); Spring 1982.
- BARLOW D.H. y HERSEN M. Diseños experimentales de caso único. Estrategias para el estudio del cambio conductual. Barcelona: Martínez Roca, (48-53,62,63,74-83 y 107-131); 1988.
- BORGES G.G. Rehabilitación en hospitales psiquiátricos. Tesis Licenciatura, UNAM, (5-15, 232-247); 1981.
- CALZADILLA F.L. y ECHAZABAL C.M.A. Psicoterapia de grupo y rehabilitación del esquizofrénico crónico. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana V.27(1), (87-92); Jan-Mar 1986.
- CARDEÑA A.I. Factores que determinan la vulnerabilidad a la Psicosis. Tesis Licenciatura, UNAM, (232-268); 1982.
- CARMONA R.E. La enfermedad mental en México. Tesis Licenciatura, UNAM, (1-3, 73-96); 1971.
- CHAMIZO O. Narcisismo y Realidad. Memorias del Simposium "Psicoanálisis y Realidad"; en Polisemias, A.C. Guadalajara: Círculo Psicoanalítico Mexicano, A.C., (33-38); Sep 1986.
- DIAZ I. Técnica de la entrevista psicodinámica. México: Pax, (193-205); 1988.
- DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, (8,191-203); 1983.

- DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, (XXVII-XXVII, 227-240); 1988.
- ELIZONDO H. y GARCIA C. Establecimiento de los objetivos y estrategias para implementarlos en un sistema instruccional aplicado para la rehabilitación del enfermo mental hospitalizado. Tesis Licenciatura, UNAM, (26-51); 1974.
- ETCHEGOYEN E. Los fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu, (567-568); 1988.
- EY H. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Masson, (472-544); 1981.
- FENICHEL O. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Buenos Aires: Paidós, (466-506); 1966.
- FERNANDEZ G.E. Familia y Comunidad. Factores coadyuvantes en la rehabilitación del esquizofrénico crónico. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana V.23(3), (427-430); Jul-Sep 1982.
- FLORES G.J.L. La familia del esquizofrénico, sus delirios, afecto inadecuado y dificultad en diferenciar los estímulos internos de los externos desde el punto de vista de la Teoría de la Comunicación. Tesis Licenciatura, UNAM, (s/n pp); 1980.
- FREEDMAN M.D.A. y KAPLAN H.I. Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat Editores, (198-214, 231-264); 1980 (1a. reimpresión).
- FREEDMAN M.D.A., KAPLAN H.I. y SADOCK B.J. Tratado de Psiquiatría. Tomos I y II, Barcelona: Salvat Editores, (721-230, 2190-2213); 1982.
- FREUD S. Introducción al Narcisismo. Obras Completas Vol. XIV, Buenos Aires: Amorrortu, (67-98); 1989 (1a. reimpresión).
- FREUD S. Las Neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). Obras Completas Vol. III, Buenos Aires: Amorrortu, (43-84); 1989 (1a. reimpresión).
- FREUD S. Pulsiones y destinos de Pulsión. Obras Completas Vol. XIV, Buenos Aires: Amorrortu, (105-134); 1989 (1a. reimpresión).
- FREUD S. Sobre la dinámica de la Transferencia. Obras Completas Vol. XII, Buenos Aires: Amorrortu, (97-105); 1989 (1a. reimpresión).
- FROMM-REICHMANN F. Psicoterapia intensiva en la Esquizofrenia y en los maniaco-depresivos. Buenos Aires: Hormé, (33-61); 1981.
- GARCIA B.J.L. Estudio psicológico de la Terapia Ocupacional en hospitales psiquiátricos. Tesis Licenciatura, UNAM, (13-29, 36-43); 1967.
- GREENBERG M.S.L., FINE S.B., COHEN C., LARSON K., MICHAELSON-BAILY A. y RUBINTON P. An interdisciplinary psychoeducation program for schizophrenic patients and their families an acute care setting. Hospital and Community Psychiatry V.39(3), (277-282); Mar 1988.
- GONZALEZ C.J.L. Psicoanálisis y Grupo. México: Pax, (115-116); 1988.
- HALL C.S. Compendio de Psicología Freudiana. México: Paidós, (13-128); 1991 (11a. reimpresión).
- HALL C.S. y LINDZEY G. La Teoría Psicoanalítica de la Personalidad. México: Paidós, (59-96); 1990 (3a. reimpresión).
- ICD-10 (CIE-10) Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades.

- Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor, (4-11, 113-125); 1992.
- JONES E. Ereud. Biblioteca Salvat de Grandes Biografías Vols. 12 y 13, Barcelona: Salvat Editores, (9-31, 573-580); 1985.
- KAPLAN H.I. y SADOCK B.J. Tratado de Psiquiatría. Tomos I y II, Barcelona: Salvat Editores, (544-706); 1989 (2a. edición).
- KEITH S.J. STARR S. y MATTHEWS S.M. A team approach to pharmacologic treatment of Chronic Schizophrenia. Hospital and Community Psychiatry V.35(8), (802-805); Aug 1984.
- KRAKAUR H.B. Las Terapias Rehabilitatorias. Tesis Maestría, UNAM, (13-24, 35-45); 1958.
- KURAS DE MAUER S. y RESNIZKY S. Acompañantes Terapéuticos y Pacientes Psicóticos. Manual Introductorio a una estrategia clínica. Buenos Aires: Trieb, (17-71); 1985.
- LAPLANCHE J. y PONTALIS J.B. Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Editorial Labor, S.A., (17-18, 28-30, 40-42, 76-77, 98-100, 109-112, 184-187, 205-206, 228-235, 258-264, 296-304, 306-312, 321-327, 330-347, 375-379, 415-417); 1983 (3a. edición).
- MACIAS A.R. Terapia Ocupacional en psicóticos. Tesis Maestría, UNAM, (13-33); 1958.
- MARTINEZ P.A. Establecimiento de habilidades de autocuidado en pacientes mentales crónicos hospitalizados. Una aproximación psicosocial. Tesis Licenciatura, UNAM, (3-49); 1988.
- MENDIZABAL A.M.P. El tratamiento institucional del enfermo mental en una Comunidad Terapéutica. Tesis Maestría, UNAM, (1-23, 43-63, 68-142); 1983.
- MENDIZABAL P.A. y ZEPEDA R. Trabajando en Equipo. Documento presentado en el programa "Convergencias" de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría.
- NOYES y KOLB L. Psiquiatría Clínica Moderna. México: La Prensa Médica, (408-483, 908-933); 1985.
- ORNELAS D.J. Psicología Clínica en instituciones psiquiátricas. Tesis Licenciatura, UNAM, (14-30); 1977.
- PUEENTE S.F.G. Consideraciones generales sobre Terapia Conductual. Salud Mental V.6(1), (2-7); 1983.
- PUSTILNIK P.S. Expresividad emotiva y Esquizofrenia. Influencia de la familia en el curso de la enfermedad. Salud Mental V.13(3), (45-49); 1990.
- RACAMIER P.C. Los Esquizofrénicos. Colección de Textos y Temas Psicológicos Tomo 47, Madrid: Biblioteca Nueva, (43-79); 1983.
- RHOADES L.J. Psychosocial intervention: A way out for chronic patients. Hospital and Community Psychiatry V.33(9), (709-710); Sep 1982.
- RODRIGUÉ E. Biografía de una Comunidad Terapéutica. Buenos Aires: Eudeba, (73-80); 1985.
- ROMEO M.D. Relato de um caso clínico. Jornal Brasileiro de Psiquiatría V.31(5), (325-334); Sep-Oct 1982.
- ROMERO y JIMENEZ C.L. El tratamiento psicoterapéutico de las Psicosis Esquizofrénicas. Tesis Licenciatura, UNAM, (9-15); 1985.
- ROSENFELD H.A. Estados Psicóticos. Buenos Aires: Paidós, (63-88); 1978 (2a. edición).
- SALOKANGAS R.K.R. Psychosocial outcome in Schizophrenia and psychotherapeutic orientation. Acta Psychiatrica Scandinavica V.74(5); Nov 1986.

- SIGAL M., DIAMONT I., BACALU A., ARAD L. y LEVI M. *The effect of a nurses' strike on the functioning of chronic patients*. Hospital and Community Psychiatry V.40(4), (409-411); Apr 1989.
- SIN AUTOR *Documento de Promotores de Comunidad del Instituto Mendoc, S.C.*, (s/n pp), 1990.
- SLABY A.E., GLODBERG R.J. y WALLACE S.R. *Interdisciplinary team approach to emergency psychiatric care*. Psychosomatics V.24(7), (627-637); Jul 1983.
- TELLO A.E. *La modificación de conductas antihigiénicas en psicóticos*. Tesis Licenciatura, UNAM, (s/n pp); 1974.
- YRJO O.A., RAKKOLAINEN V., RASIMUS R., LAAKSO J. y KALIONEN A. *Psychotherapeutically oriented treatment of Schizophrenia: Results of 5-year-follow-up*. Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum V.71(319), (31-49); 1985.