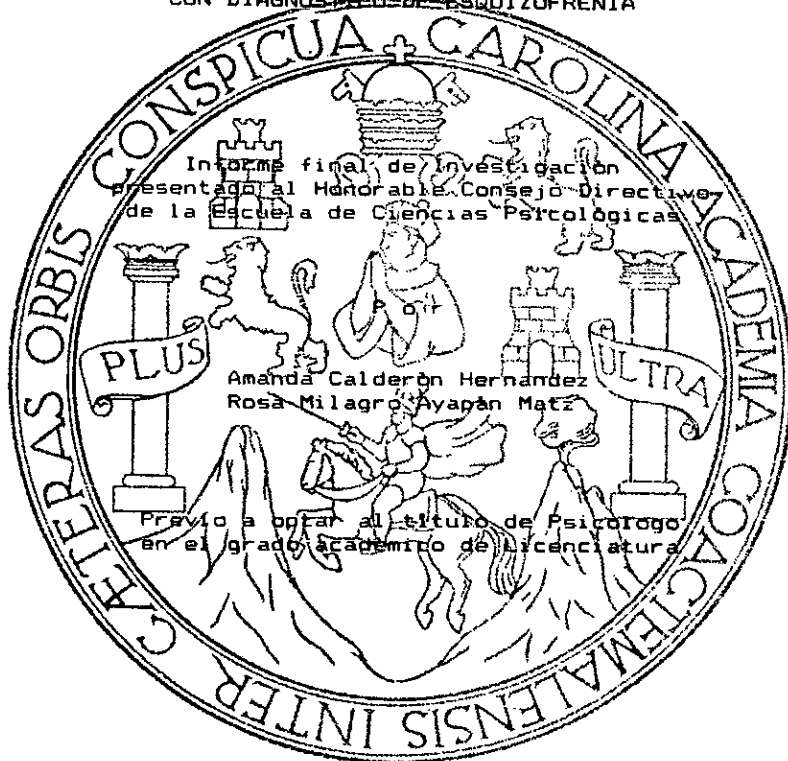


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

FACTORES ESENCIALES EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA



Guatemala, Septiembre de 1994

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

D2

13

f(718)

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Walter René Soto Reyes
D I R E C T O R

Licenciado Abraham Cortez Mejía
S E C R E T A R I O

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIO M-5, M-7
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 730780-84 Y 730885-86
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 2104-91

CODIPs. 432-94

DE IMPRESION TRABAJO DE INVESTIGACION

22 de septiembre de 1994

Estudiantes

Amanda Calderón Hernández de Palencia
Rosa Milagro Ayapán Matz
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto QUINTO (5o.) del Acta VEINTISIETE NOVENTA Y CUATRO (27-94) de Consejo Directivo, de fecha 13 de septiembre de 1994, que copiado literalmente dice:

"QUINTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: **"FACTORES ESENCIALES EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA."**, de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

AMANDA CALDERON HERNANDEZ de PALENCIA

CARNET No. 80-14508

ROSA MILAGRO AYAPAN MATZ

CARNET No. 84-10382

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Doctora Edna Patricia Salazar Paiz y revisado por el Licenciado Felipe Alberto Soto Rodríguez.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"IDONEAMENTE ENSEÑADA A TODOS"

Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS T-5, M-3
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 760780-84 Y 760965-88
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

CIEPs. 257-94.

REG. 2104-91.

INFORME FINAL

GUATEMALA, 23 de agosto de 1994.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES:

Atentamente me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado FELIPE ALBERTO SOTO RODRIGUEZ, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION titulado "FACTORES ESENCIALES EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA", correspondiente a la Carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado por las estudiantes:

NOMBRE

CARNET No.

AMANDA CALDERON HERNANDEZ DE PALENCIA
ROSA MILAGRO AYAPAN MATZ

80-14508
84-10382

Agradeceré se sirva continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

LIC. WALDEMAR ZETINA CASTELLANOS
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

WZC/tnideh.
c. archivo





CIEPs. 256-94.

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIOS 14-B, 14-C
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 790780-84 Y 790885-88
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

GUATEMALA, 23 de agosto de 1994.

LICENCIADO
WALDEMAR ZETINA CASTELLANOS
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES
EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADO:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACION titulado "FACTORES ESENCIALES EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA", de la Carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado por las estudiantes

NOMBRE

CARNET No.

AMANDA CALDERON HERNANDEZ DE PALENCIA
ROSA MILAGRO AYAPAN MATZ

80-14508
84-10382

Considero que el trabajo arriba mencionado llena los requisitos del CENTRO DE INVESTIGACIONES, por lo que emito dictamen favorable.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LIC. FELIPE ALBERTO SOTO RODRIGUEZ
DOCENTE REVISOR



FASR/tnideh.
c. archivo

Guatemala. 02 de julio de 1994

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos
Ciudad

Respetables señores:

Me permito informar a ustedes que he asesorado, estudiado y aprobado el trabajo de investigación titulado "FACTORES ESENCIALES EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA". Dicha investigación fue realizada por las estudiantes de esa unidad académica:

Amanda Calderón Hernández

Carnet No. 8014508

Rosa Milagro Avapán Matz

Carnet No. 8410382

La investigación llena los requisitos metodológicos y técnicos, por lo que solicito a ustedes continuar con los trámites correspondientes, a fin de autorizar su impresión y publicación, previas a la graduación profesional de Licenciatura en Psicología de Amanda Calderon Hernandez y Rosa Milagro Avapan Matz.

Atentamente.


Dra. EDNA PATRICIA SALAZAR PAIZ
Colegiado No. 6141

EDNA PATRICIA SALAZAR PAIZ
C. 14
141



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIO "M-8, M-9"
CALLE UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 740790-94 Y 740990-84
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

cc.: Control Acad.
DEDIPs.
archivo

REG. 2104-91

CODIPs. 376-92

DE APROBACION DE PROYECTO Y NOMBRAMIENTO
DE ASESOR

15 de octubre de 1992

Estudiantes

AMANDA CALDERON HERNANDEZ DE PALENCIA
ROSA MILAGRO AYAPAN MATZ
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes

Transcribo a ustedes el Punto DECIMO SEGUNDO (12o.), del Acta VEINTIOCHO NOVENTA Y DOS (28-92), de Consejo Directivo de fecha 17 del mes en curso, que literalmente dice:

"**DECIMO SEGUNDO:** El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación: " LA EFECTIVIDAD DE LA PARTICIPACION E INTEGRACION DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO PSICOLOGICO QUE ASISTE A LA UNIDAD DE REHABILITACION DIURNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL.", de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

AMANDA CALDERON HERNANDEZ DE PALENCIA

CARNET No. 80-14508

ROSA MILAGRO AYAPAN MATZ

CARNET No. 84-10382

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Investigaciones en Psicología, resuelve aprobarlo y nombrar como asesor a la Doctora Edna Patricia Salazar Paiz."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO



/Lillian

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS:

Por haberme permitido llegar a culminar mi meta.

A UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

A MI MADRE:

Rosa Julia Hernández

A MIS HIJAS:

Susana Edith
Doris Yasmina

A MIS HERMANOS

A MIS SOBRINOS

A MI FAMILIA EN GENERAL

A USTED:

Especialmente.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Ser Supremo.

A MI PATRIA:

Guatemala.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA UNIDAD DE REHABILITACION DIURNA DEL HOSPITA NACIONAL
DE SALUD MENTAL

A MIS PADRES:

Vicente Ayapan
Esperanza Matz de Ayapan

A MIS HERMANOS:

Julio César
Irma Yolanda
Gloria

A MI CUNADA:

Enma C. de Ayapan

A MI CUNADO:

Giovanni Arreaga

A MIS SOBRINOS:

Karen Maricel
Kevin Omar
Julio César
Allan Ernesto
Dennis Josué

A USTED:

En Especial.

AGRADECIMIENTO

Deseamos expresar nuestro agradecimiento:

A la poblacion de pacientes de la Unidad de Rehabilitacion Diurna por su colaboracion con nosotros para la ejecucion de la presente investigacion.

A la Doctora Patricia Salazar por su colaboracion y apoyo al desarrollo de la presente investigacion.

Al Licenciado Felipe Soto, quien contribuyo a lo largo de la investigacion, mostrando gran interes, paciencia, estimulo infatigable y capacidad en su asesoria.

Al Doctor Guillermo Meneses, Coordinador de Docencia por permitir el acceso al Hospital Nacional de Salud Mental.

A mi companera en la elaboracion del presente trabajo.

PADRINOS DE GRADUACION

Doctor LUIS ANGEL AVILA MONT
 Colegiado No. 2388
 Médico y Cirujano
 Universidad de San Carlos de Guatemala

Doctor GUILLERMO MENESES
 Colegiado No. 1909
 Médico y Cirujano
 Universidad de San Carlos de Guatemala

Doctor BENJAMIN SULTAN G.
 Colegiado No. 6120
 Médico y Cirujano
 Universidad de San Carlos de Guatemala

Doctor ROBERTO GALLARDO DIAZ
 Colegiado No. 5602
 Médico y Cirujano
 Universidad Francisco Marroquin

Licenciado JUAN MARIA CALDERON
 Colegiado No. 4084
 Contador Público y Auditor
 Universidad de San Carlos de Guatemala

PROLOGO

El presente trabajo surgió de la inquietud y la necesidad de aportar elementos teóricos y prácticos que contribuyan a un análisis concreto y detallado de la situación que vive un grupo de individuos que pertenecen a un sector de nuestra población, que desde hace mucho tiempo han sido rechazados y marginados por la sociedad por no pertenecer a la población económicamente activa, éstas son las personas que sufren trastornos emocionales o mentales.

A la vez se comprobó la importancia de la participación del núcleo familiar en el tratamiento, y la psicoterapia como forma de abordamiento; otra de las técnicas usadas conjuntamente con la terapia familiar fueron la terapia individual, la terapia grupal y la farmacológica, ya que el hombre no es un ser aislado está inmerso en una sociedad donde es miembro activo y reactivo de la misma.

Por lo tanto, estas terapias son efectivas y necesarias en el tratamiento de los individuos con trastornos emocionales por lo mismo en el presente estudio se enfocaron los factores esenciales en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Se pretende además que el contenido de la investigación sea de ayuda a todas la personas interesadas en conocer y comprender el proceso de los estados emocionales por los que atraviesa el paciente y la influencia que ejerce la familia sobre él. Es de gran importancia y de beneficio para la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, como fuente de información y consulta, ayudando de esta manera a miles de personas que así lo requieren, brindándoles una atención con calidad humana, al Hospital Nacional de Salud Mental, a verificar la eficacia de este tratamiento en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia.

Al mismo tiempo agradecer al Hospital Nacional de Salud Mental, al personal que allí labora especialmente al Director, al Jefe de la Unidad de Rehabilitación Diurna, al Coordinador Médico, así como a la población de pacientes y familiares que asisten a esta Unidad, que colaboraron con nosotras al permitir la ejecución de la presente investigación.

INTRODUCCION

La presente investigación nace después de varios años de laborar en el Hospital Nacional de Salud Mental y en visitas realizadas se pudo observar que existe una Unidad de Rehabilitación Diurna, donde asiste diariamente el paciente de Esquizofrenia, recuperados parcialmente o con riesgo de descompensación, desarrollándose en esta Unidad una serie de actividades que le ayudarán al paciente a una pronta recuperación.

En este tratamiento se da asistencia psicoterapéutica a la familia, al paciente individualmente y de grupo, farmacológicamente a la par de otra serie de actividades que ayudan a la pronta y eficaz recuperación.

Además, se observó que el paciente luego de una crisis esquizofrénica aguda, se recupera con o sin ayuda de la familia y es dado de alta. Sin embargo, pasado cierto tiempo el paciente vuelve a regresar con una nueva recaída o con un problema psicológico más grave.

Por lo mismo, es importante que la familia participe conscientemente y tome el rol que le corresponde en el tratamiento para una adecuada reinserción del paciente con su núcleo familiar, y la misma no le sea tan difícil en la sociedad, dado la estructura débil de personalidad que caracteriza a estos individuos.

También, muchas veces el sujeto enfermo representa la válvula de escape de la familia, y no sólo él está enfermo, sino todos los miembros que la conforman.

Otra de las inquietudes fue de comprobar qué importancia tiene la familia y la participación directa en la psicoterapia de tipo familiar, y como se da esta interacción entre todas las

membros que poseen pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Esta psicoterapia se basa en que toda relación interpersonal es una relación de doble vía, en la cual cada individuo con su comportamiento influye en el otro con quien se comunica, en el grupo es la relación interpersonal entre algunos individuos unidos por una motivación o interés común, dado que todo grupo influye en él.

En la psicoterapia se llega a establecer una red de interacción entre el paciente y su familia y sería más compleja cuando el número de sus miembros sea mayor.

Uno de los objetivos generales fue identificar o conocer los diferentes grupos de psicoterapia y su efectividad en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Y en el específico, fue conocer la influencia de la psicoterapia familiar en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

La hipótesis de trabajo planteada fue: La asistencia y colaboración de la familia son factores importantes para la pronta recuperación psicobiosocial del paciente con trastornos esquizofrénicos.

Para la técnica de recolección de datos se utilizó la observación directa, la entrevista, cuestionario cerrado.

En cuanto a los criterios de análisis se pudo verificar que es importante la participación de la familia en el tratamiento del paciente que sufre de esquizofrenia para su pronta recuperación.

La vida social está constituida de una larga cadena de situaciones de grupo familiar, de trabajo, estudio etc., en la que el individuo se relaciona y se comunica con otros grupos con los que convive.

En algunos casos esta interacción ocurre de una forma patológica y el paciente expresa algunos comportamientos desviados con incapacidad incorrecta de comunicarse con los otros; por lo tanto, en el momento de reunir al grupo de pacientes con fines comunes, en donde con ayuda del psicoterapeuta se observó, analizó e inclusive se criticó por los mismos pacientes el comportamiento que ellos manifestaban.

Esta investigación se realizó con veinte pacientes que asistieron al tratamiento de la Unidad de Rehabilitación Diurna del Hospital Nacional de Salud Mental, de Abril de 1992 a Junio de 1993, se tomó ese número de pacientes, ya que es la capacidad máxima de la Unidad.

MARCO TEORICO

La Unidad de Rehabilitación Diurna en el Area de Salud Mental es un programa rehabilitativo, que consiste en proporcionar durante el día atención a personas con trastornos psicicos parcialmente recuperados, o que sufran agravamiento de su estado, con riesgos de descompensación, donde se les ofrece tratamiento ambiental, psicoterapia individual, grupal, familiar farmacológica, terapia ocupacional, así como otras modalidades terapéuticas.

Su finalidad es dar atención al paciente psiquiátrico durante un tiempo determinado, mientras se logra su recuperación integral en su medio habitual, logrando de esa forma disminuir el riesgo de recaídas e ingresos, así como educar y orientar a la familia en el manejo de la situación referente al paciente.

Entre sus objetivos tiene contribuir a la rehabilitación y funcionalidad psicobiosocial de las personas a su cargo a través de procesos terapéuticos actualizados de hospitalización parcial, que reduzcan o eviten su hospitalización total.

Las indicaciones para el ingreso a la Unidad son: Pacientes recuperados de un episodio psicótico, cuando se hayan atenuado los agravantes o síntomas que indicaron su hospitalización, se considera conveniente la concientización del medio externo a través de la Unidad de Rehabilitación Diurna.

Pacientes atendidos en consulta externa que sufran agravamiento de su estado o riesgo de descompensación.

Paciente de consulta externa y/o estancia breve, cuyas condiciones familiares sean tales que se considere inconveniente para el estado y tratamiento del paciente.

Requisitos: Estar comprendidos entre las edades de 14 a 60 años, que residan en la ciudad capital, que puedan movilizarse por sí solos, y que padezcan trastorno mental de tipo funcional.

Esta Unidad está localizada dentro de las instalaciones del Hospital Nacional de Salud Mental, ubicado al final de la Colonia Atlántida, Zona 18, este hospital es de tipo granja y ocupa un área de 17 manzanas contando con instalaciones modernas y adecuadas para el tratamiento y rehabilitación de pacientes.

Este hospital inicio actividades en las años 1972 - 1973, con el entrenamiento del personal administrativo y de enfermería, en el mes de noviembre de 1973 se inició el programa de Terapia Ocupacional, el primero de agosto de 1975, se iniciaron actividades en el pabellon número uno, con servicio de hospitalización. En 1977, con el aumento de pacientes se abren otros pabellones en un total de 8.

La institución cuenta con servicios de Consulta Externa y atiende de lunes a viernes con horario de 7:00 a 12:00 horas, también existe servicio de emergencia las 24 horas del día, el personal es adiestrado en el área psiquiátrica para que su labor tenga mayor efectividad y profesionalismo, ejemplo psiquiatras, residentes de la medicina, psicólogos, trabajadoras sociales, terapistas ocupacionales, personal de enfermería, técnicos en laboratorio, en electroencefalogramas y personal administrativo.

Guatemala, como país en vías de desarrollo no es ajeno a los problemas psicológicos, sociales, económicos y políticos por los que atraviesa el mundo entero, donde la mayor parte de la población sufre el flagelo de la pobreza, viviendo en condiciones precarias donde a la orden del día se dan y se reciben agresiones de todo tipo, dando lugar a que la estabilidad emocional del guatemalteco sea lastimado sin ninguna consideración, no teniendo

hasta el momento ninguna ayuda que venga a minimizar esta clase de problemática, llegándose a pensar que con el soporte y ayuda psicológica la familia logrará preparar en mejor forma a las futuras generaciones.

No cabe duda que en estos procesos la familia juega un papel importantísimo tanto individual como para el grupo, con frecuencia se descubre datos de la existencia de patología conflictiva del núcleo familiar, donde todos están afectados emocionalmente, siendo la familia parte medular del proceso de rehabilitación, la terapia familiar sirve de enlace entre la familia, paciente y equipo multidisciplinario.

Posteriormente sabiendo la problemática que vive el guatemalteco, se hizo una síntesis del marco conceptual de los trabajos realizados que tienen relación con el tema.

Dentro de los antecedentes se encontró en el Centro de Investigaciones de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el trabajo titulado "La Psicoterapia de Grupo en el Tratamiento del Paciente Esquizofrénico" de Edwin Alfredo García et. al. 1980, en la cual concluyeron. "La psicoterapia de Grupo orientada psicoanalíticamente es factible de aplicar a los pacientes esquizofrénicos residuales, incluso sin el uso de fármacos, además la poca experiencia del terapeuta para llevar o dirigir las sesiones de terapia de grupo, sometido a psicoterapia debe contar con una mayor experiencia en este tipo de terapia, que en los programas de la Escuela de Ciencias Psicológicas se imparte teóricamente y en forma suficiente todo lo concerniente al ramo de la psicoterapia de grupo, así como la práctica directa de dicha terapia".

En 1987, Ada Dicla Juárez et. al, trabajó "La Estructura y Dinámica Familiar del Paciente Esquizofrénico y su Incidencia en el Proceso de Rehabilitación en Salud Mental" concluyendo: "El factor genético influye sobre la esquizofrenia y se ve condicionado por el medio ambiente el cual es del paciente, la causas familiares y socio culturales son factores predisponentes en la enfermedad mental que interfieren luego de haber sido dado de alta del Hospital, y recomiendan que el tratamiento terapéutico sea prestado tanto al paciente como a la familia, elaborando programas adecuados".

Lazaro René Castellanos en 1987, trabajó "Incidencia de la Familia en la Rehabilitación del Paciente Parapléjico". Planteó la hipótesis: "La escasa participación de la familia en el proceso rehabilitativo en el paciente, provoca un alto grado de frustración en el paciente, concluyó que la inseguridad, culpabilidad y agresividad de la familia retarda el proceso rehabilitativo del paciente parapléjico".

En 1988, Yolanda Figueroa López en su tema "Importancia del Apoyo Familiar en el Síndrome Depresivo del Paciente con Diagnóstico de Cáncer" trabajó la siguiente hipótesis: "La falta de apoyo familiar es una de las causas del estado depresivo", y concluyó: "La poca participación de la familia en el tratamiento y recuperación del paciente se debe a la idea estereotipada que ello tiene de la enfermedad mental, la dificultad que tiene la familia de trasladarse del lugar de su residencia al hospital, el bajo nivel económico de la población y su nivel cultural, esto obstaculiza el tratamiento, no genera en ellos actitudes terapéuticas que redunden en la recuperación del paciente".

En conclusión existen trabajos realizados que han tomado en cuenta la importancia de la familia en el proceso de recuperación de pacientes con sintomatología física que involucra trastornos

psicológicos, pero no se encontró ningún trabajo o documento de investigación en los lugares consultados que hablen específicamente o tomen en cuenta la importancia de la participación de la familia en el proceso de tratamiento terapéutico en pacientes con trastornos psicológicos.

La familia es la primera escuela donde se imprimen los primeros rasgos de la personalidad del infante, enseñándole hábitos, costumbres que marcan la individualidad que ayudan al desarrollo de sus facultades.

Dirigen los procesos fundamentales del desarrollo psíquico, la organización de la vida afectiva y emotiva del niño, según sean los modelos ambientales pueden actuar como agente sociabilizador y educador primario. Así, "la familia ejerce la primera y más indeleble influencia sobre el niño, todas las experiencias emocionales de la infancia se forman basados en los fundamentos construidos en el núcleo familiar". (1)

Los años importantes de la formación del niño transcurren en el seno de la familia, el tipo de relación con la madre influirá en su vida adulta. Entonces, "el padre es el primer modelo de autoridad con el que se encuentra desde que nace, crece y se desarrolla, en el seno de la familia forma sus primeras relaciones objetales, su estructura de personalidad se siente protegido y seguro". (2)

La familia es la unidad social indispensable y necesaria para que sus distintos miembros crezcan, maduren, por este proceso los miembros de la familia que están en desarrollo sufren

(1) Di Georgi, Piero. El Niño y sus Instituciones, pág. 34.

(2) Ibid, pág. 35.

cambios en su personalidad, la seguridad familiar ayuda que esta transacción se dé dentro de la familia sana, la cual determina la estabilidad y la adaptación posterior que sus miembros establecen en la sociedad o dentro de la familia donde sus miembros expresan similitudes y diferencias en su manera de interactuar, los rasgos de carácter y talentos de la familia o bien se convierten en los puntos de frustración de las necesidades y de los deseos de los demás, por lo que produce conflicto y fragmentación de la familia.

Hay aspectos que son complementarios en las transacciones familiares aumentando la autoestima de cada uno de los miembros satisfaciendo necesidades, reforzando las defensas ante la angustia por agresiones internas y externas, las que serán de mucha ayuda el desarrollo de las capacidades creativas de cada uno de los miembros.

Conforme van madurando sus capacidades el individuo cambia, su personalidad emerge, por lo mismo es inevitable que se den conflictos, a veces éstos aumentan o disminuyen de manera alterna, la familia retoma su papel en este proceso y es la responsable del crecimiento o de restringir el mismo en el individuo.

Los conflictos familiares se pueden resolver en forma racional, cuando los miembros participantes perciben los problemas de una manera más clara.

El niño crece dentro de este organismo social donde vive, cuando este crecimiento deforma o se detiene hay que buscar las causas en su propia unidad familiar donde se ha deformado, estas causas se pueden dar por separación, divorcio o muerte de algunos de los padres, en otras porque la familia tiene alguna enfermedad ya sea física o mental de uno o ambos padres, todo esto lleva al

stress y a la desorganización de la familia, dañando así el desarrollo mental del niño, predisponiendo a que en el futuro lo canalice a través del alcoholismo o drogadicción, por lo que es importante una buena interacción familiar.

Desde el punto de vista psicológico "Los miembros de la familia están ligados recíproca e interdependiente respecto a la satisfacción de sus necesidades afectivas". (3)

Los disturbios emotivos de los desequilibrios psíquicos no pueden considerarse exclusivo de un miembro del grupo si no se manifiesta repercutiendo en todo el conglomerado del que forma parte el individuo.

La propiedad que tiene el sistema nervioso es de grabar, almacenar e integrar la experiencia del organismo, así producir la respuesta de conducta efectiva para la adaptación, esto hace posible que la especie humana evolucione desarrollando sus facultades en cuanto actitudes, creencias, deseos, valores perdurables y constantes que dan al individuo las cualidades para la formación de su personalidad.

Se define como personalidad, "al conjunto formado por los modelos de conducta y tendencias relativamente permanentes que son características de un individuo en la formación de su personalidad". (4)

Desde que el individuo, nace, algunas pautas están establecidas, sin embargo en las etapas del desarrollo de su personalidad, puede suceder de una manera sana y por consiguiente una secuencia normal y armoniosa hasta lograr una madurez

(3) Ibid. Pág. 47.

(4) Kolb, Lawrence. *Psiquiatría Clínica*, pág. 59.

psicobiosocial adecuada, pero esto también puede tener una detención o un crecimiento desigual de distintos aspectos de la personalidad, ambas posibilidades dependerán de los factores biológicos, psicológicos y sociales donde se desenvuelve el individuo.

En el desarrollo de la personalidad hay una progresión normal hacia la madurez y cada etapa lleva una secuencia lógica de la etapa previa, cada una con sus necesidades y problemas particulares si persisten restos de la etapa anterior las etapas subsecuentes pueden provocar deformaciones en la personalidad originando un trastorno psicológico.

Morrey Ehrhardt, a través de las observaciones realizadas en lactantes puedo confirmar "La importancia que tiene supeditar transacciones de las etapas tempranas de la vida para determinar, inclusive aspectos importantes de la personalidad como sería la identidad sexual". (5)

Actualmente se siguen conceptos de estructura de la personalidad propuesta por Freud, quien postulo tres segmentos psicicos que ofrecen una clasificación útil del sistema de impulsos coercitivos.

EL ELLO:

Se usa para nombrar impulsos biológicos primitivos, representa la parte innata de la personalidad, se piensa que los impulsos coercitivos determinantes fisiológicos son la necesidad como aire, alimentos, agua y otras sustancias nutritivas, la necesidad de mantener la temperatura corporal, la integridad física y la necesidad de proceder son funciones del ello, también

(5) *Ibid*, pág. 50.

que los anhelos de dependencia, las tendencias a la agresión y a la huida, la rabia y la sexualidad, además los impulsos segatintivos primitivos se encuentran en el dolor, aflicción y las necesidades intensas como el hambre, sed, etc.

EL YO:

Parte del ser, evalúa la realidad y es la parte o función de la personalidad que establece una relación con el mundo en que vivimos. El Yo por supuesto es un grupo de funciones que se relacionan con el ambiente por medio de la percepción consciente al pensamiento, el sentimiento y la acción.

Contiene los aspectos de la personalidad que forman evaluaciones, juicios, aveniencias, soluciones y defensas. Se puede ver al yo, como la agencia integradora y ejecutiva de las personalidad, ya que se encarga de funciones tan importantes como la percepción, la memoria, la evaluación y comprobación de la realidad y la síntesis de la experiencia y el intermedio entre el mundo externo y el interno.

Su función es relacionarse de manera racional con los requerimientos de la realidad, adapta la conducta al ambiente y mantiene la armonía entre la necesidad del ello y las exigencias y aspiraciones del super yo.

Para que la personalidad se desarrolle de manera normal, el Yo debe ser capaz de modificar tanto los impulsos coercitivos del ello, como las demandas del super yo, y así lograr una conducta aceptable sin sacrificar al extremo las satisfacciones de las necesidades instintivas y emocionales, ni los ideales éticos.

El individuo con un yo bien desarrollado y maduro muestra flexibilidad para manejar las diversas causas de estrés de la

vida, sin recurrir a las defensas inflexibles y repetitivas típicas de los síntomas neuróticos y psicóticos, o a los defectos del carácter, si no se ha desarrollado la estructura está dominada por factores inconscientes, puede establecer procesos desintegrativos y no ser capaz de tolerar la tensión de la represión continua, de esto resulta la aparición de síntomas mentales o defectos en el carácter.

El desarrollo del yo tiene lugar gracias a la serie de transacciones entre el niño y sus padres u otra persona que influye en su evolución.

El segmento hipotético de la estructura de la personalidad es el super-yo, o sea la parte que se conceptualiza como la que observa y evalúa el funcionamiento del yo comparándolo con un estándar ideal, un ideal que deriva de las normas de conducta que se perciben durante años en los padres, los maestros y otros individuos importantes para el niño que crece.

El ideal del yo o sea la imagen internalizada de lo que se desea llegar a ser hacia la cual convengan los esfuerzos del yo, posee una dirección para las aspiraciones y las exigencias de éxito dentro de cada personalidad.

Los primeros intentos para organizar la asistencia psiquiátrica se dio en la Antigüedad, pero en la Edad Media se dejó su desarrollo y únicamente se experimentó un gran retroceso, se despreocuparon por los enfermos mentales. Fue a partir del siglo XI, en los países europeos se ven las condiciones pésimas de como trataban a los pacientes. La iglesia católica enfrentó a las ciencias laicas, considerando a los enfermos mentales bajo el dominio de los demonios al que había vendido su alma, motivo por el cual estos enfermos fueron condenados a morir en las hogueras.

Durante varios siglos el lugar típico de los enfermos mentales fueron pequeñas habitaciones con agujeros en la pared sin dejar muebles de ninguna clase, el piso era de piedra, desnudos sujetos a la pared, allí permanecían de por vida, los vigilantes sólo llegaban a apaciguarlos con grandes látigos cuando se alteraban los pacientes, en los días de fiesta la gente se desvestía imitando a los enfermos, la entrada era pagada.

En el siglo XVIII, cuando estaba por aparecer el capitalismo, los enfermos mentales pasaron hacer tutela de los frailes, bajo la observación de los médicos, a pesar de todo lo sucedido hubo grandes movimientos que hicieron vacilar a la psiquiatría, por ejemplo "Desde finales del siglo XIX se discutió el poder que tiene el médico y el efecto que causa en el paciente, todas las grandes praxis psiquiátricas se sitúan en la relación de poder constituir otras tantas tentativas para desplazarlos". (6)

En esta época donde se dio importancia a las enfermedades mentales, dándole un tratamiento con una efectividad no al cien por ciento, por lo menos lograr diferenciar signos y síntomas de las enfermedades mentales.

Las enfermedades psíquicas son originados por la misma causa que las enfermedades del hombre. Así, "Toda enfermedad es resultado de alteraciones en la interacción normal del organismo y del medio ambiente, la cual se efectúa a través del sistema nervioso por los mecanismos de los reflejos condicionados y no condicionados" (7).

(6) Stuchevski, I.F. Psiquiatría, págs. 17 y 18 .

(7) Ibid, pág. 40 .

Quando los factores patógenos del organismo son afectados por el medio ambiente, el resultado dependerá de cómo se encuentre el sistema nervioso, para resistir la aparición de la enfermedad o utilizará la función para movilización de los medios de defensa del organismo para que la enfermedad no se desarrolle. La enfermedad, en especial la psíquica es una alteración de los procesos normales de la actividad nerviosa superior, que al mismo tiempo una medida fisiológica del organismo que movilizan la fuerzas compensadoras que van dirigidos a la curación.

Por estudios efectuados se observó que las enfermedades psíquicas aparecen o hacen su aparición únicamente como resultado de la interacción desfavorable del organismo y el medio, además se debe tener en cuenta el estado del sistema nervioso del enfermo como la fuerza del agente causante que precede inmediatamente a la enfermedad. Los factores del medio por ejemplo, las infecciones de gran virulencia o las dosis tóxicas de algunos venenos, pueden motivar una enfermedad psíquica, incluso cuando se trata de un sistema nervioso fuerte.

PSICOSIS FUNCIONALES

Esquizofrenia:

Es la más común de las enfermedades mentales, se caracteriza por percepción defectuosa y sentido de la realidad, alucinaciones e ideas delirantes, la forma más común son la paranoide (Perseguido, disconformidad, patológico), Catatónico (Mudo, estuporoso, ciego o extravagante, excitado, frenético), Hebefrénico (Frívol, tonto, recogido), Simple (apático, regresivo). El tratamiento es con medicamentos antipsicóticos en dosis fuertes y tratamientos con electroterapia (en ocasiones) y psicoterapia con hospitalización mínima.

La Esquizofrenia es una enfermedad psíquica que aparece en la edad juvenil y se encuentra con igual frecuencia en los hombres como en las mujeres, los síntomas son conocidos por los psiquiatras desde hace mucho ha sido descrita en diferentes tipos, tiempos y países con diferente nombre.

Morel destaca la diferencia entre los estados de idioticia que son congénitos o de aparición temprana y los de demencia o aparición tardía, no es posible hasta el momento lograr la unificación de criterios para la definición de la esquizofrenia y ni siquiera hay acuerdos respecto si se le considera como una enfermedad o un síndrome, sólo se sabe que es un trastorno mental grave usualmente crónico.

Esta enfermedad por ser grave e incapacitante afecta generalmente a jóvenes en todos los países y culturas.

Para Kraepelin, lo fundamental en la esquizofrenia es perturbación del afecto, el empobrecimiento de los sentimientos, impresiones vitales e intereses y el debilitamiento del juicio en ausencia de fallas de entendimiento y de la memoria, alteraciones en la formación de conceptos los cuales conducen a mala interpretación de la realidad, en ocasiones ideas delirantes y alucinaciones, se presentan respuestas emocionales ambivalentes reducidas e inadecuadas con pérdida de la empatía.

Kraepelin identificó las tres formas de esquizofrenia: Catatónica, Paranoide y Hebefrénica. Entre los síntomas fundamentales incluye los disturbios de la asociación, la efectividad y la ambivalencia en el área de las funciones simples, y el autismo en el área de las funciones complejas.

La Asociación Psiquiátrica Americana define como un grupo de trastornos manifestado por trastornos característicos de la

ideación del talante y de la conducta.

Los trastornos en la ideación están caracterizados por alteración de la formación de conceptos los cuales conducen a mala interpretación de la realidad y en ocasiones a ideas delirantes y alucinaciones, las cuales aparecen con frecuencia, consecuencia natural de los cambios afectivos se presenta una respuesta emocional ambivalente, reducido e inadecuado y pérdida de la empatía con otros. La conducta puede estar retraída, regresiva, en las cuales el estado mental es atribuido fundamentalmente a un desorden del pensamiento, deben diferenciarse de las enfermedades afectivas mayores en las cuales predominan los trastornos afectivos. Los estados paranoides se distinguen de la esquizofrenia por lo estrecho de las distorsiones de la realidad y por la ausencia de otros síntomas psicóticos.

CATATONICOS:

Este estado se caracteriza por una actividad motora desorganizada y agresiva, no se acompaña de expresiones emocionales y no está influenciado por los estímulos externos es evidente que no cumple objetivo alguno, es estereotipado se confina en un espacio limitado, de todos los esquizofrénicos el catatónico exaltado es el que con mayor frecuencia muestra una conducta impulsiva e impredecible. Sin advertencia, a causa aparente ataca repentinamente a algún paciente inofensivo o rompe un vidrio, destruye su ropa, permanece desnudo y descuida toda su limpieza de sus excreciones. El negativismo es muy notorio, habla varias veces, va desde el mutismo hasta algo que hace pensar en fuga de ideas, son frecuentes la adaptación de actividades, actitudes, manierismos, estereotipias y gesticulaciones.

Reacciona a alucinaciones aterradoras o estáticas, no son raras las experiencias místicas, la hostilidad y los resentimientos, no duerme se le ve delirante y agotado, es frecuente una baja de peso, el paciente puede correr alrededor sin objeto alguno, rehusa los alimentos hasta llegar a al agotamiento, frecuentemente ocurren estereotípias, ecolalia, ecopraxis, manierismos, gesticulación, posturas extravagantes y catalepsias.

La actividad se reduce al mínimo, en casos extremos se observa una parálisis completa de la acción, a veces hay negativismo, el paciente rehusa efectuar lo que se le pide o hace lo contrario.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:

A diferencia de otros tipos comienza a menudo tarde en la vida, se caracteriza por ideas delirantes principalmente a menudo por alucinaciones, además de los trastornos esquizofrénicos habituales de asociaciones y el talante, autismo y ambivalencia, los persecutorios constituyen a menudo el núcleo de los sistemas paranoides y frecuentemente se hayan presentes algunos elementos de grandiosidad. Durante el período pre-psicótico, el esquizofrénico paranoide a menudo muestra desconfianza, hostilidad en exceso, resentimiento, belicosidad y fácilmente se siente injuriado. Las ideas de referencia y la hipocondriasis aparecen de las psicosis delirantes en todo su apogeo. Las ideas delirantes paranoides, pueden tener una cualidad pseudológica altamente organizados o con el aumento de la desorganización de la personalidad.(6)

(6) Solomon Philip et. al. Manual de Psiquiatría, pág. 110.

Con frecuencia la personalidad pre-psicótica del esquizofrénico paranoide se caracteriza por una inadecuada armonía interpersonal. A menudo el paciente es frío, aislado, desconfiado y resentido con otras personas, muchos son truculentos, adoptan la actitud de mirar sobre el hombro y son demostrativos, despreciativos, suspicaces, retadores, resentidos de las sugerencias y de cualquier autoridad y dados a emitir opiniones hirientes. En ocasiones sus respuestas petulantes y chistosas cubren una hostilidad subyacente.

El tipo paranoide se manifiesta en edades un poco más avanzadas que las otras formas. No es común que ocurra sino hasta después de la adolescencia y es más frecuente después de los 30 años de edad. La actitud negativa del paciente se intensifica y son frecuentes las interpretaciones equivocadas. Entre los principales síntomas están las ideas de referencia, se presentan trastornos de las asociaciones.

ESQUIZOFRENIA HEDEFRENICA:

En este tipo de esquizofrenia las respuestas emotivas son frívolas e inadecuadas, son frecuentes las risitas nerviosas, la sonrisa incongruente, las carcajadas, también son características las fantasías fragmentarias de acción por satisfacer, las ideas delirantes en lugar de sistemas ideatorios elaborados bien organizados. Estos pacientes son a menudo introvertidos e inaccesibles a las relaciones con otras personas, la tendencia a retroceder a un estado vegetativo es lo más intenso probablemente en este tipo de pacientes, el inicio de este tipo de esquizofrenia se presenta en la primera etapa de la adolescencia, lo común es que el paciente sea soltero y este sin empleo, tiene antecedentes familiares esquizofrénicos. Algunas veces el inicio es sub-agudo y se caracteriza por una depresión que sigue embotamiento de la reacción afectiva.

son superficiales e inapropiadas estas reacciones afectivas.

Es común que sea necio, se ríe por nada o su risa o sonrisa sea incongruente o inadecuado, las alucinaciones son frecuentes, el contenido de los delirios adoptan la forma de fantasía o ideas delirantes grotescas y fragmentarias más que de creencias elaboradas o sistematizadas.

Sus procesos asociativos son procesos sueltos la charla es incoherente y abundan los neologismos, así como las posturas y los manierismos son notorios las características regresivas es frecuente que se ordenen o defequen y su estilo para comer sea voraz y sin educación. El paciente ha mostrado una vida muy autista, su inaccesibilidad es frustrante y es muy introvertido y aislado. Tal vez la desintegración final de la personalidad y de los hábitos que en cualquiera de los demás tipos de esquizofrenia.

La psicoterapia es la "forma de tratamiento de las enfermedades psíquicas y trastornos de la conducta, en la cual una persona con la formación necesaria establece un contrato profesional con el paciente e intenta, por medio de la comunicación terapéutica definida tanto verbal como no verbal, aliviar el trastorno emocional, invertir o modificar la pautas de conducta mal adoptativas y fomentar el crecimiento y desarrollo de la personalidad" (9).

Para evaluar la conducta del individuo con estos trastornos emocionales nos valemos del examen mental ya que nos ayuda a evaluar tratamiento del comportamiento, causa que los provocan, a veces los trastornos del comportamiento pueden ser provocados por causas orgánicas o lesiones del cerebro.

(9) Freeman, et.al. Psicoterapias. Pág. 24 al 25

El examen mental permite inicialmente juzgar si el comportamiento es a causa orgánica o ambiental ayudándonos a diagnosticar y no permite conocer los intereses y el medio que les rodea.

El examen mental requiere algunas técnicas y es empleado en clínicas médicas, psicológicas, neurológicas, se centra en los instrumentos que es la entrevista (interrogatorio) y la reacción mental a esto se le agrega la observación especialmente al paciente hospitalizado.

Ya evaluado sistemáticamente el individuo se trabaja con las técnicas psicoterapéuticas de apoyo descritas a continuación:

La psicoterapia es ciencia y arte simultáneamente.

La psicoterapia como ciencia implica la existencia de conocimientos sistematizados con base en el raciocinio lógico, la búsqueda y el descubrimiento de la verdad, y es arte porque implica habilidad para hacer algo, a la vez utiliza técnicas (conjuntos de procedimientos) para el tratamiento de enfermedades psíquicas y trastornos de la conducta por medio de médicos, psiquiatras, psicólogos y personas preparadas para este fin.

Por otra parte de acuerdo al criterio de otro psicoterapeuta Dr. Emilio Mira López, la psicoterapia existe y exige tener un criterio acerca del hombre, sus posibles trastornos y las "fuerzas curativas", en la esfera psíquica de la individualidad así mismo indica que el objeto de las psicoterapias es el ser humano que sufre o hace sufrir, por encontrarse enfermo o insano y los fines de la psicoterapia consisten en suprimir los sufrimientos del ser humano y colaborar con la medicina (somatoterapia) para el restablecimiento de la normalidad psicológica.

El factor terapéutico mas importante, común a todas las formas de psicoterapia, es la relación entre el terapeuta y el paciente, a través de esa relación el paciente se da cuenta de que hay alguien con quien compartir sus sentimientos, actitudes y experiencias.

La psicoterapia es compleja al enlazar la ciencia y el arte, en beneficio del paciente, como arte la psicoterapia ayuda a las personas a descubrir sus capacidades y a poder expresarlas en formas semejantes a la creación de la obra artística de escultura por ejemplo; al hacer surgir el potencia interno de la persona.

En el proceso terapéutico, el terapeuta no despreciara ni juzgara lo que le revelen y respetara la dignidad de su paciente con amabilidad, comprensión, empatia y aceptación le dará apoyo necesario cuando lo considere.

Además actualmente se considera la incorporación del arte en cualquiera de sus manifestaciones como una de las técnicas mas potentes y eficaces para llegar a la expresión de las emociones e integración de la personalidad.

Hay dos grandes modalidades de la psicoterapia:

- 1.- Psicoterapia Individual, breve o de emergencia.
- 2.- Psicoterapia de grupo y/o familiar.

La psicoterapia individual es una modalidad, que desempeña un papel sumamente importante, puede ser utilizada como medida preventiva en algunos casos como un tratamiento inmediato, impide que el mal evolucione hacia una desadaptación grave que puede ser una enfermedad seria y crónica; esta tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica ortodoxa.

La orientación psicoanalítica es la que ofrece las hipótesis más sistemáticas disponibles, hipótesis que se prestan muy fácilmente a la verificación experimental a ser modificadas; sin embargo, los procedimientos fundamentales de la psicoterapia rápida se derivan de la comprensión del comportamiento humano normal y anormal, contenidos en la psicología psicoanalítica ortodoxa.

La psicoterapia rápida es una aplicación esforzada de la psicología tradicional, que cobra vida por la situación vital del paciente o por el medio en el que se ofrece el tratamiento.

La psicoterapia de emergencia es psicoterapia rápida aplicada en situaciones especiales de crisis y exigencias, es un método de tratamiento para síntomas y desadaptaciones que exigen el alivio más rápido posible por su naturaleza destructora o peligrosa o, en caso de sucesos catastróficos. La meta de psicoterapia rápida se limita a quitar o reducir un síntoma determinado; no se propone la reconstitución de la personalidad excepto en el caso de cualquier intervención dinámica puede, y esto hasta cierto punto autónomamente conducir a alguna forma de reestructuración. En su orientación dirigida al síntoma, la psicoterapia rápida intenta mejorar la situación psicodinámica individual lo suficiente como para permitir a la persona que continúe funcionando, permitiendo a la naturaleza que continúe el proceso de curación, y en los casos en que este indicado, aumentando la capacidad de auto-apoyo del individuo suficientemente para que se habilite para continuar una psicoterapia más extensiva.

La psicoterapia rápida (breve) según se definirá aquí, deberá cumplir sus fines en el corto lapso que vaya de una a seis sesiones terapéuticas, cada una del tiempo acostumbrado (45-50 minutos).

Otras de las técnicas de tratamiento es la psicoterapia no directiva, que se basan, en menor medida en una técnica rígida y codificada y dan mayor importancia a la relación médico-paciente.

En efecto no hay que olvidar que las psicoterapias no directivas (o de sostén) tienen indicaciones y contraindicaciones precisas y como las otras psicoterapias, requieren el respeto de reglas, técnicas fundamentales y necesitan una notable capacidad de autocontrol y de autoanálisis por parte del médico.

La psicoterapia de sostén se basa en la hipótesis de que muchos trastornos del comportamiento están causados por la pérdida de la capacidad de introspección y de autoanálisis por parte del enfermo, envuelto en un círculo vicioso de reacciones y de contrareacciones con el ambiente que lo rodea; ejemplo: la ansiedad y la agresividad, son vistos con la consecuencia de una relación interaccional patológica con algunas personas emotivamente ligados por el paciente.

La técnica de la terapia de sostén se basa en el logro de tres objetivos:

- Reducción de la ansiedad y de la agresividad.
- Aumento de la capacidad de análisis de sus relaciones interpersonales con los otros.
- Aumento de la capacidad de introspección una sencilla actitud tranquilizadora y de aceptación, esta regla es fundamental para alcanzar el primer punto.

Las primeras sesiones se dedicara a la recolección del mayor numero posible de información sobre el enfermo, permitiendo al mismo tiempo descargar a través del terapeuta su ansiedad y su agresividad.

TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO:

Se basa en algunas sencillas observaciones provenientes de la psicología experimental y animal utilizados después en psicología humana.

A las indicaciones clásicas se han ido agregando otras nuevas a medida que aumenta la experiencia clínica y de investigación. Ahora muchas áreas de la patología psiquiátrica pueden tratarse con terapia del comportamiento, dada la relativa simplicidad de la técnica, los buenos resultados que se obtienen en numerosos casos y la escasa eficacia de las otras técnicas psicoterapéuticas en el tratamiento de estos casos.

Las técnicas de la terapia del comportamiento no son terapias etiológicas, sino que se limitan a actuar sobre determinados síntomas que provocan sufrimiento al paciente eliminándolos o reduciéndolos en su intensidad. Los resultados obtenidos han demostrado que la eliminación al síntoma con los métodos de la terapia del comportamiento no se acompaña de modificaciones de la estructura de la personalidad, norma o patológica que no se acompaña de la aparición de sustitución.

La terapia del comportamiento no se propone el tratamiento de algunas enfermedades o síndromes psiquiátricos, sino solo la eliminación de síntomas más o menos inhabilitantes para el paciente, y de los cuales este quiere liberarse, recientemente se ha agregado algunos comportamientos patológicos de los niños o enfermos psicóticos crónicos.

Para Perls que mantuvo un respeto por la personalidad de Freud que consideró, "al menos durante algún tiempo, como un maestro, aún a pesar de que el mismo Perls no lo hubiera

aceptado, son muchas las influencias del psicoanálisis sobre la terapia Gestalt ya sean en forma crítica hacia las posturas de aquél, ya sea desarrollos Gestálticos a partir de postulados psicoanalíticos" (10).

De entre los muchos aspectos en los que el psicoanálisis freudiano y la Gestalt se relaciona, hemos considerado abordaje de la memoria, mecanismo de defensa, importancia de la pulsión sexual (psicoanálisis) y de la pulsión oral (gestalt), transferencias inconsciente y consiente, importancia del pasado y presente.

Perls tiene una concepción organicista del hombre y rechaza la de Freud que trata el hecho psicológico como algo aislado del organismo en su totalidad. La intelectualización y teorización psicoanalítica son vistas por Perls como aspectos que contribuyen a deformar la realidad.

Freud entiende que los síntomas neuróticos tienen que ver con un retorno y se produce por medio de una transacción entre la catexis y las contracatexis los elementos reprimidos tienden a reaparecer en la conciencia a través de los denominados "derivados secundarios del inconsciente, Perls se aleja de esta concepción y considera a la neurosis como una insuficiencia de la conciencia para captar aquello que no puede ser aceptado por ella" (11), por tanto el concepto de neurosis se relaciona con Gestalt como un déficit más que como represión contenidos. La psicoterapia Gestalt pertenece entonces a la corriente humanística básicamente rechaza por un lado, modificar conductas negativas mediante el condicionamiento y por otro tratar a las psicopatologías por medio de psicoterapias psicoanalíticamente orientadas. El enfoque Gestáltico es parte de la revolución

(10) Salas Salas, Hector El Enfoque Gestalt. Pág. 7

(11) Ibid. Pág. 8

humanística, ya que considera a las psicoterapias como un medio para hacer crecer el potencial humano; enfatiza la observación de la conducta en el aquí y el ahora, se centra sobre la importancia del proceso del darse cuenta o toma de conciencia del momento inmediato y en el estudio de la fenomenología humana. El método sirve para restablecer la salud del ser humano; la terapia consiste en recuperar el proceso Gestáltico y hacerlos capaces del funcionamiento libre.

La terapia Gestáltica entiende que el organismo que funciona libremente es capaz de enfrentarse en forma adecuada a los problemas de la vida diaria siempre y cuando se mantenga en contacto directo con estos problemas y sus propias posibilidades de captar y organizar el medio.

Esta terapia consiste en llevarlos a un contacto más estrecho con el ambiente y con una mayor conciencia del presente, ya que estar consiente significa que no hay lugar para las fantasías y distracciones que caracterizan a la alteración.

Los objetivos de la terapia gestáltica son los de tratar acerca de nuestra incapacidad para enfrentarnos satisfactoriamente a la circunstancias de la vida y descubrir los recursos de nuestro yo que nos permita desarrollar las nuevas soluciones que necesitamos para enfrentar a las demandas de nuestras necesidades y al ambiente.

Mientras que la psicoterapia psicoanalíticamente orientada ha encontrado su mejor aplicación en el tratamiento de los casos de neurosis, psicosis o trastornos de la personalidad está indicada en la conducta agresiva de los niños, adolescentes o adultos y cuando la falta de armonía conyugal tiene su raíz en los complicados procesos de transacción entre los esposos y demás familiares.

familiares.

Otra de las modalidades es la terapia de grupo que puede considerarse como un auxiliar para el aprendizaje psicoterapéutico que debe o seguir a la terapia individual o ir al parejo con esta. El desaprendizaje y el reaprendizaje que se adquieren en la terapia individual tal vez tengan que complementarse o adquirirse en primera instancia mediante experiencias más concretas o más repetidas de un determinado grupo. La terapia de grupo implica el aprendizaje de las consecuencias de una "conducta mala" y la recompensa del grupo por una "conducta buena". Esto puede servir para construir un control de impulsos y para lograr otro tipo de reestructuraciones que no se obtienen mediante abstracciones verbales ni aún en el mejor de las terapias individuales.

La psicoterapia de grupo ha alcanzado una importancia creciente en los últimos hasta el punto de que se aplica aun fuera del contexto clínico del que salió, al mismo tiempo es notable el desarrollo de esta terapia y ha hecho que sigan innumerables técnicas de psicoterapia de grupo sostenidas por diferentes bases teóricas.

La psicoterapia de grupo es una técnica psicoterapéutica basada en las interacciones, en condiciones controladas, de un pequeño grupo de individuos con trastornos de interés psiquiátrico se base en: Toda relación interpersonal es una relación de doble vía, en el cual cada individuo con su comportamiento influye en el otro, con el cual se comunica y es influido por este.

Un grupo es un caso particular de relación interpersonal entre algunos individuos que interactúan directamente entre ellos y están unidos por motivaciones comunes.

La vida social está constituida por una larga cadena de situaciones de grupo, (familia, grupo de trabajo, grupo escolar) en lo que el individuo se expresa a sí mismo en función de la relación comunicativa que instaura con los otros miembros del grupo (o de grupos) con quienes vive, en algunos casos esta interacción ocurre de manera patológica y el paciente expresa a través de comportamiento desviado (síntomas), su incapacidad para comunicarse de manera correcta con los otros individuos.

Por lo tanto si se crea una situación de grupo controladas en los que los comportamientos desviados del individuo en el grupo puede ser observados analizados y criticados por el paciente mismo con la ayuda terapéutica o de los miembros del grupo se observa una regresión de los comportamientos desviados tanto en el grupo terapéutico como en los grupos de la vida real del paciente.

El grupo terapéutico presenta las ventajas siguientes: favorece la comunicación; algunos pacientes tienen problemas de comunicación con el resto de las personas, en el grupo la comunicación puede ser favorecida o estimulada disminuyendo el nivel de ansiedad derivada de la interacción social, el grupo puede actuar así a través de mecanismos de reforzamiento positivo, estimulando los comportamientos tendientes al aislamiento y a la introversión.

Favorece la verbalización de los comportamientos comunicativos no verbales, en el grupo el paciente se coloca en la condición de expresar en términos comunicativos no equívocos sus mensajes emotivos al mismo tiempo puede observar o ser inducido a observar, brinda los procesos de proyección y de identificación y sus análisis a través de proyecciones, el individuo atribuye a las características de su personalidad.

El análisis efectuado por el grupo bajo el control del terapeuta de tales comportamientos lleva progresivamente a cada miembro del grupo a una toma de conciencia, crítica de los complejos, mecanismos de identificación y de proyección que sostiene su comportamiento patológico.

La relación psicoterapéutica se establece entre el paciente, psicólogo, terapeuta y el grupo, el tiempo de sesiones de psicoterapia de grupo puede ser de dos o mas horas. Así a menudo a través de la transferencia de uno para con otros y para con los terapeutas, las introyecciones de los padres, son de manera que estas puedan advertir y experimentar como estas dificultades que se manifiestan en él y repercuten en el núcleo familiar, por lo tanto, "El sistema familiar actual provienen instintos inconscientes para perpetuar o dominar viejos conflictos que provienen de su origen" (12).

En los casos que es claro que las defensas psicóticas de un individuo se perpetúan o se agravan cada vez que se expone de nuevo a una situación familiar llena de conflictos al respecto, "El tratamiento de la familia a veces resulta ser el método adjunto necesario para ayudar al paciente a que establezca su rehabilitación social" (13).

El objetivo de la terapia familiar, es mantener, una comunicación eficaz y racional entre los miembros del núcleo familiar donde las experiencias ocultas o distorsionadas afectan a las emociones de los miembros y los enferma. El terapeuta familiar tomará posición de observador participante del grupo, invitara a la familia para que se reúnan con él y discutir en grupo el problema del miembro afectado, en la primera sesión

(12) Boszormeni, Iván. Terapia Familiar Intensiva. pág.438.

(13) Ibid, pág 545.

puede estar frente a frente los cónyuges, los padres e hijos o algún pariente cercano, la reunión debe ser antes de tener la historia de la familia.

Se tomará en cuenta la manera de entrar de cada uno de los miembros a la habitación y los lugares que tomaran para sentarse en las siguientes sesiones será observar si se repiten las mismas situaciones, además si hay comunicación entre los mismos miembros de la familia, se anotará quién domina los comentarios, quien los interrumpe, cohesiona, niega o expresa sus reacciones con manifestaciones no verbales con gestos de desagrado, sonríe o hace otro movimiento corporal o simplemente se retira de la habitación.

En estas psicoterapias de grupo se ha hecho evidente cuan importante son la interacciones entre los miembros de la familia para moldear y mantener patrones de conducta, razón por la cual ha surgido la terapia familiar, en las últimas décadas como una técnica terapéutica de gran valor.

Las experiencias que se han tenido con la psicoterapia familiar para corregir la psicopatología ha mostrado la dificultad para lograr cambios en los síntomas o mantener las ganancias obtenidas, ya que se ha logrado buenos resultados al lograr cambios sustanciales la manifestación de síntomas y una adaptación más eficaz, algunas veces se ha observado cambios en la homeostasis familiar que han dado lugar a la aparición de psicopatología franca en varios miembros de la familia.

Ya cuando a los sujetos se les trata por separado del grupo familiar después cuando regresan al ambiente aún patológico que persiste en el hogar, vuelven a descompensarse.

mejores representantes a Ackerman, Jackoom y colaboradores, en la práctica el terapeuta se reúne regularmente con los miembros del núcleo familiar, familiares importantes o miembros descendientes de la familia, los padres y abuelos en el caso de personas casadas el cónyuge.

Recientemente, ha aparecido tres revisiones en la que describen las etapas que han conducido al desarrollo de la psicoterapia familiar, como método de tratamiento y estudio psicológico, una de ellas la de Parlof (1961), describe las etapas históricas; la primera etapa apareció en el momento cumbre de la ortodoxia en materia de pensamiento psiconalítico se desarrollo lento el contacto entre el terapeuta y la familia.

La segunda etapa, se consideraron dignos de estudio algunos efectos negativos de los fenómenos encargados. La tercera etapa esta constituida por el desarrollo de los puntos de vista de orientación psiconalítica de Sullivan, Honey, Erickson, Fromn y otros más, que reconocieron un valor creciente en la influencia de la cultura y las tensiones de la vida cotidiana sobre la personalidad.

Durante la última parte de la segunda etapa y durante la tercera; se ensayaron nuevas técnicas terapéuticas, Slavson preparó el cambio de la psicoterapia de grupo, Moreno el del psicodrama. Las buenas experiencias obtenidas en estas técnicas se propusieron a reducir algo de ansiedad que despertaban los posibles efectos sobre la transferencia y la contra transferencia de la presencia de dos o más personas, a saber del paciente y del terapeuta en la situación psicoterapéutica.

La acción terapéutica es emprendida a partir del diagnóstico, no es simplemente un procedimiento de clasificación.

Idealmente, el diagnóstico incluye etiología, patogenosis, evolución de la enfermedad respuesta diferencial, predicción y pronóstico.

Casi todos los psiquiatras están de acuerdo en el tratamiento con fármacos es útil en el tratamiento de la esquizofrenia, sin embargo después de resolver muchas de las psicosis con medicación, la psicoterapia es más metódica y probablemente mas útil para el paciente, aunque menos espectacular para un observador situado tras un espejo unidireccional; este es el propósito de la psicoterapia. La farmacoterapia potencia la psicoterapia; no interfiere en ella.

Los procesos conseguidos con los agentes psicofarmacológicos, produjeron cambios espectaculares en el tratamiento psicoterapéutico de las enfermedades psíquicas o esto demuestra que las enfermedades psiquiátricas son inconcretas y heterogéneas.

RESEÑA HISTORICA DE LA PSICOTERAPIA

Los antecedentes históricos de la psicoterapia están vinculados al pensamiento mágico de los pueblos primitivos y luego al establecimiento de los códigos más antiguos de los cuales se tiene noticia, como el código de Hernes del antiguo Egipto 13,000 años (A.C.) el cual tiene principios morales de aplicación colectiva.

Así mismo la religión Judeo Cristiana, también es un antecedente valioso de la psicoterapia, con base en el poder psicoterapéutico que tiene ciertos pasajes de la sagrada Biblia.

Los gloriosos tiempos griegos y latinos, con la presencia del padre de la medicina Hipócrates (siglo IV), antes de J.C. y

Galeano (130-200) después de J.C. constituyen otros antecedentes de la psicoterapia, lo mismo que San Agustín (343-430) después de J.C. quien muy anticipadamente habló de los principios del inconsciente.

Es importante mencionar a la Edad Media época en la cual se piensa que el llamado enfermo mental es un ser poseído por el demonio, en consecuencia había que destruirle el cuerpo en la hoguera para salvarle el alma, "como lo hizo en gran escala la Inquisición".

En el siglo XII, Santo Tomás de Aquino considera a las enfermedades mentales como somáticas, porque el alma no puede enfermarse. Dentro del proceso histórico de la psicoterapia encontramos la época del Renacimiento, que se inicia a mediados del siglo XV, cuyo retorno a la cultura grecolatina produce un gran desarrollo en todas las áreas del conocimiento y sobre todo el considerarse el ser humano persona creadora.

Este movimiento renacentista en el humanismo al separar de los moldes de la metafísica medieval, se producen los grandes descubrimientos y se abre el camino hacia la Edad Media y moderna, desarrollándose una gran revolución en el arte, la ciencia, las letras, etc.

En resumen se puede afirmar que el involucramiento de la familia y especialmente en la terapia familiar ayudará a la pronta resolución de los conflictos intrapsíquicos del sujeto a la vez que coadyuvará a la rápida reinserción social de él.

PREMISAS:

- Las enfermedades mentales tienen bases biológicas, psicológicas y sociales.
- Los problemas psicológicos del sujeto tienen origen en la familia y su entorno social.
- Los trastornos psicológicos no pueden enfocarse solo en fármacos y psicoterapia individual.

HIPOTESIS:

La asistencia y colaboración de la familia son factores importantes para la pronta recuperación psicobiosocial del paciente con trastornos Esquizofrénicos.

**DEFINICION OPERACIONAL DE VARIALES E INDICADORES
VARIABLE INDEPENDIENTE.**

Asistencia y colaboración de la familia, colaboración constante de los miembros familiares en el tratamiento del paciente por medio de la terapia familiar.

INDICADORES.

1. Asistencia de familiares; llegan a las sesiones semanales uno de los padres o ambos, o en su defecto, el familiar o encargado y/o responsables.
2. Asiste el esposo, esposa o mujer del sujeto, llega el cónyuge en forma regular a las sesiones de psicoterapia.
3. Los familiares de los pacientes mantienen comunicación continua con el equipo multidisciplinario, preguntan y se mantienen muy interesados por la evolución de la enfermedad

del paciente.

4. Relación con el paciente, hay comunicación efectiva y afectiva con el paciente y se expresa en cada visita.
5. Participación y facilidad para la aceptación de la psicoterapia familiar.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Recuperación psicobiosocial del paciente; entendida por el reajuste que hace el sujeto en sus esferas personales, emocionales, sociales, educativas y laborales.

INDICADORES.

- 1.- Antecedentes psicopatológicos; indicios y/o historia del desarrollo de la enfermedad del paciente.
- 2.- Reajuste personal y emocional: el paciente empieza a organizar su yo.
- 3.- Interacción Familiar: Inicia el proceso y se restablecen buenos nexos de compromiso entre el paciente y la familia.
- 4.- Reinserción Social: El sujeto se incorpora fácilmente a la vida y sociedad.

Los pacientes atendidos en la Unidad de Rehabilitación Diurna que fueron objeto de estudio, llenándose los requisitos necesarios presentándose a la consulta externa por primera vez en temprana edad acompañados por un familiar cercano.

El motivo de consulta fue diferente, los signos y síntomas fueron similares, alucinaciones visuales, auditivas, ideas delirantes y de referencia, agresividad, intranquilidad, ansiedad, afecto plano, cansancio, hiperactividad, hostilidad, autismo, ambivalencia, risa inmotivada, miedo, temor, tristeza, enojado, tendencias suicidas, embotamiento emocional y rechazo a la familia.

EXAMEN MENTAL: En el examen en general paciente alerta vestido de acuerdo a su situación socioeconómica, colaborador unos orientados en las tres esferas tiempo, espacio y persona y otros fuera de la realidad o desorientados en alguna esfera, pensamiento y contenido del mismo adecuado, memoria lenta, dificultad en la marcha y desconfiado etc.

Su estancia en la Unidad oscila entre cuatro a seis meses según sea su evolución la cual fue satisfactoria trabajandose con terapia individual, de apoyo, terapia de grupo, terapia ocupacional, terapia familiar, lo importante fue la participación y acción que tuvo la familia en la psicoterapia familiar que fue de gran beneficio, lográndose en su evolución mejorías progresivas.

El equipo interdisciplinario de la Unidad de Rehabilitación Diurna está integrada por un médico psiquiatra Jefe de la Unidad, un médico residente de tercer año del post grado de psiquiatría, un psicólogo, una trabajadora social, terapeuta ocupacional, una enfermera graduada, tres auxiliares de enfermería y una persona de servicios varios; con quienes el paciente y su familia de una u otra manera tuvieron alguna interacción, pero con quien más se identificaron ya que el tiempo de trabajo es completo y es con los que están conviviendo durante la estancia de la Unidad es el personal de enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y servicios varios.

De los pacientes que integraron la muestra objeto de estudio 12 ingresaron con diagnóstico de esquizofrenia crónica por intermedio de la consulta externa y egresaron con el mismo diagnóstico, ya que este tipo de esquizofrenias es la más común de todas, aparece sobre todo en la edad juvenil entre los 16 y 27 años y se encuentra con igual frecuencia en los hombre y las mujeres; mucho mas importante es resaltar los síntomas independientemente de la forma en que la enfermedad se presenta estos son tres, embotamiento de la sensibilidad, trastornos peculiares del pensamiento y abulia, dentro de lo fundamental de la esquizofrenia es perturbación del afecto, empobrecimiento de los sentimiento, alteración en la forma de conceptos los cuáles conducen a mala interpretación de la realidad, en ocasiones ideas delirantes y alucinaciones.

La conducta puede estar retraída, regresiva, en las cuáles el estado mental es atribuido fundamentalmente a un desorden del pensamiento, deben de diferenciarse de las enfermedades afectivas mayores en las cuales predominan los trastornos afectivos, en conclusión diremos que estos dos tipos de esquizofrenia son irreversibles.

Cinco de los pacientes ingresaron con diagnóstico de esquizofrenia simple referidos de servicios intensivos con un proceso esquizofrénico simple en fase aguda ya resuelta.

El resto de pacientes de la muestra su diagnóstico fue esquizofrenia paranoide, y el pronóstico de estas personas fue bueno, ya que esta se caracteriza por ser menos común y se manifiesta en edades un poco avanzadas y es frecuente después de los 30 años.

Además de los trastornos esquizofrénicos habituales los persecutorios constituyen a menudo el núcleo de los sistemas

paranoides y frecuentemente se hayan presentes algunos elementos de grandiosidad, durante el período pre-psicótico el esquizofrénico paranoide a menudo muestra desconfianza, hostilidad en exceso, resentimiento, belicosidad y fácilmente se sienten injuriados, las ideas delirantes paranoide, puede tener una cualidad pseudológica altamente organizados o con el aumento de la desorganización de la personalidad.

Al momento de egresar los pacientes de la Unidad de Rehabilitación Diurna continúan su tratamiento en la Consulta Externa con citas cada quince días con un programa de terapia de Sostén.

El tratamiento ambulatorio incluye terapia individual, apoyo psicoanalíticamente orientada, terapia de grupo, terapia familiar y tanto interno como externo la terapia farmacológica con medicamentos antipsicóticos para su uso la dosificación fue incrementada gradualmente hasta alcanzar una dosis adecuada, tomando en cuenta peso, talla, edad.

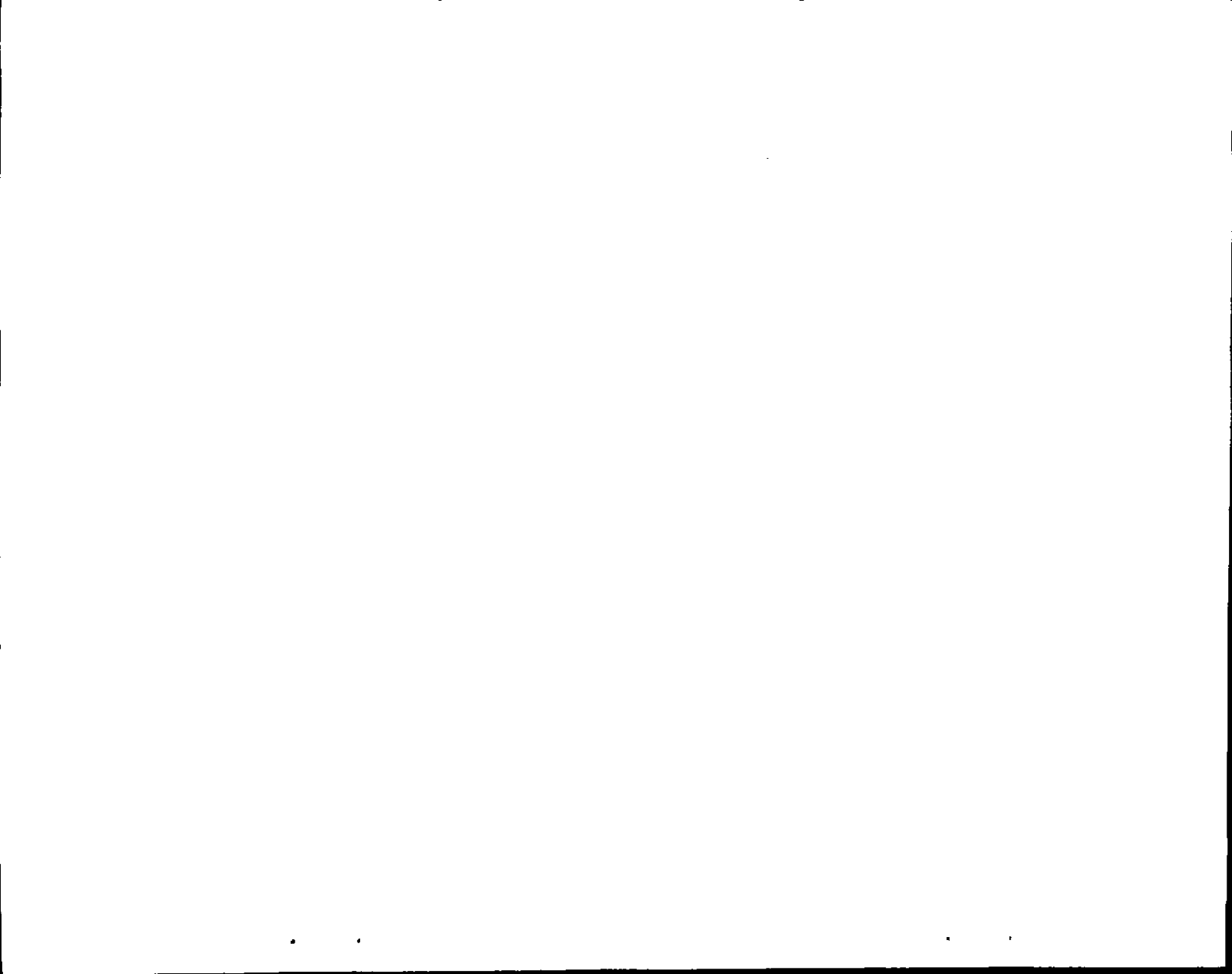
No existe una dosificación estándar, sino que cada paciente necesita dosis diferente para obtener un efecto adecuado, en el caso de los esquizofrénicos agudos pueden ingerir grandes cantidades, los pacientes de edad avanzada o con lesión cerebral orgánica mejoran con pequeñas cantidades, aunque en el caso de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia al principio es necesario elevarle la dosis, ya que rara vez produce efectos indeseables, además el tratamiento de dosis bajas puede no ayudar al paciente, por eso es conveniente la política de sobrepasar hasta la dosis óptima y después reducirla.

Para los esquizofrénicos en fase aguda por lo general los fármacos y las dosis usadas fueron:

Fenotiacina de 400 a 900 mgs. diarios.
Haloperidol de 8 a 40 mgs. diarios.
Thorazine de 400 a 900 mgs. diarios.
Loxapine de 60 a 100 mgs. diarios.

Como terapia de mantenimiento:

Clorpromacina 100 mgs. tres veces al día.
Trofranil 50 mgs. dos veces al día.
Anatensol 25 mgs. cada mes.
Artane 2 mgs. dos veces al día.
Melleril 200 mgs. dos veces al día.
Haloperidol 5 mgs. dos veces al día.



CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para efectuar la presente investigación la población investigada fue de veinte pacientes, seleccionados entre los pacientes que asisten a la Unidad y reciben los beneficios de la serie de terapias con las que se trabaja en este departamento, las edades oscilaron entre 20 y 30 años, de ambos sexos, todos procedentes de la ciudad capital en su mayoría de escasos recursos económicos que asisten a recibir tratamiento psiquiátrico al Unidad de Rehabilitación Diurna del Hospital Nacional de Salud Mental.

Como requisito de la Unidad los pacientes seleccionados tuvieron que:

- Estar hospitalizados por algún tiempo.
- Asistir la familia y el paciente a sesiones de psicoterapia.
- Estar actualmente en el programa de la Unidad de Rehabilitación Diurna.
- Tener una edad comprendida entre los 18 y 30 años.
- Que su diagnóstico fuera de Esquizofrenia cualquiera de sus clases.

Para la selección de la población se solicitó la colaboración de las autoridades del Hospital, para realizar la revisión de expedientes clínicos de diagnóstico de esquizofrenia parcialmente recuperados y/o que sufren agravamiento de su estado con riesgo de descompensación, evaluados por el médico psiquiátrico y que estuvieron en capacidad de poder realizar las diferentes actividades psicoterapéuticas de la Unidad.

En el trabajo de campo se tuvo la colaboración del personal de la Unidad de Rehabilitación Diurna proporcionando el área de la Unidad, donde se trabajó en las fecha, días y horas calendarizadas.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista inicial donde tanto el paciente como la familia se les explicó el objetivo del estudio y su beneficio.

La entrevista inicial se efectuó con los pacientes en forma abierta para facilitar la afluencia de datos y así poder evaluar las condiciones físicas y mentales del individuo.

Se estructuró el cuestionario el cual se elaboró tomando en consideración aspectos importantes como datos generales, estructura del núcleo familiar, relaciones interpersonales, familiares, laborales, situaciones socioeconómicos etc. y poder determinar algunos factores familiares causantes de crisis patológica.

Además evaluar la eficacia y efectividad de la participación de la familia en el tratamiento del paciente que sufre de esquizofrenia y así poder comprobar la hipótesis de trabajo.

CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del trabajo realizado, para lo cual se tomaron aspectos particulares de la muestra la cual la constituyen un numero de 20 pacientes, con trastornos emocionales rechazados y marginados por la sociedad y algunas veces el rechazo viene del propio núcleo familiar que los ve como entes improductivos y esto a su vez les afecta y retrasa el proceso de rehabilitación e incorporación al medio.

En la presente investigación la muestra se tomó selectivamente con la población ya indicada, en edades que oscilan entre los 16 y 30 años, procedentes únicamente de la ciudad capital, que asisten a la Unidad de Rehabilitación Diurna del Hospital Nacional de Salud Mental, ubicado al final de la Colonia Atlántida (ver gráfica No. 1).

Para el análisis de los datos obtenidos e interpretación del cuestionario del que se les aplicó a los pacientes fue elaborado por las investigadoras, se utilizó el nivel nominal (análisis porcentual), logrando de esta manera agrupar dentro de categorías las frecuencias de hechos investigados en la muestra.(13). Uno de los aspectos de la evaluación fue el estado civil de la muestra el cual nos dio como resultado que el 70% fueron solteros comprendidos en las edades de 19 a 30 años por lo que se puede ver que por la situación nacional que atraviesa el país tanto político, económico y social hace que el adulto en una temprana edad parte de su desarrollo es afectado por estados emocionales.

Además por aspectos económicos los cuales en su mayoría son pocas las personas que tienen la oportunidad de llegar a cursar estudios en la Universidad, como haber pasado por los grados diversificados sin poder cerrar una carrera, en la encuesta se

pudo comprobar que el 50% de la muestra completo la primaria, el 30% con educación secundaria, un 10% para el diversificado y únicamente el 10% con educación superior a medias (ver gráfica No. 2).

Creímos necesario estudiar el aspecto religioso el cual encontramos católicos el 60%, el 30% evangélicos y el 10% protestantes, por lo que podemos deducir que en nuestra muestra población existe en gran porcentaje en lo que respecta a este aspecto religioso (ver gráfica No. 3).

La familia juega un papel importante en la adaptación de una persona con problemas emocionales, al respecto los mismos familiares respondieron que en su mayoría que su asistencia a las sesiones terapéuticas fueron beneficiosas en un 100%, con el único agravante que el 60% se les dificultaba asistir a la reuniones por razones personales (trabajo, niños pequeños, etc.) a pesar de ello vieron la importancia de su participación, por lo que a pesar de ello asistieron; por el otro lado un 40% restante no se les dificultó (ver gráfica No. 4).

En conclusión un 70% refirieron que de alguna manera la terapia familiar les había ayudado, ya que gracias a ello han podido ir resolviendo tanto ellos, con su paciente en parte su problemática, además la comunicación entre el equipo multidisciplinario paciente y familia es indispensable para el manejo adecuado del tratamiento con su paciente (ver gráfica No. 5).

Como hacíamos mención anteriormente el papel que juega la familia es importantísimo, por lo que un 70% de las familias manifestaron que los pacientes han tenido mejor acercamiento con otras personas que no pertenecen a los mismos siendo entre ellos el personal multidisciplinario de la Unidad, personal del

Hospital, amigos y únicamente el 30% con la madre (ver gráfica No. 6).

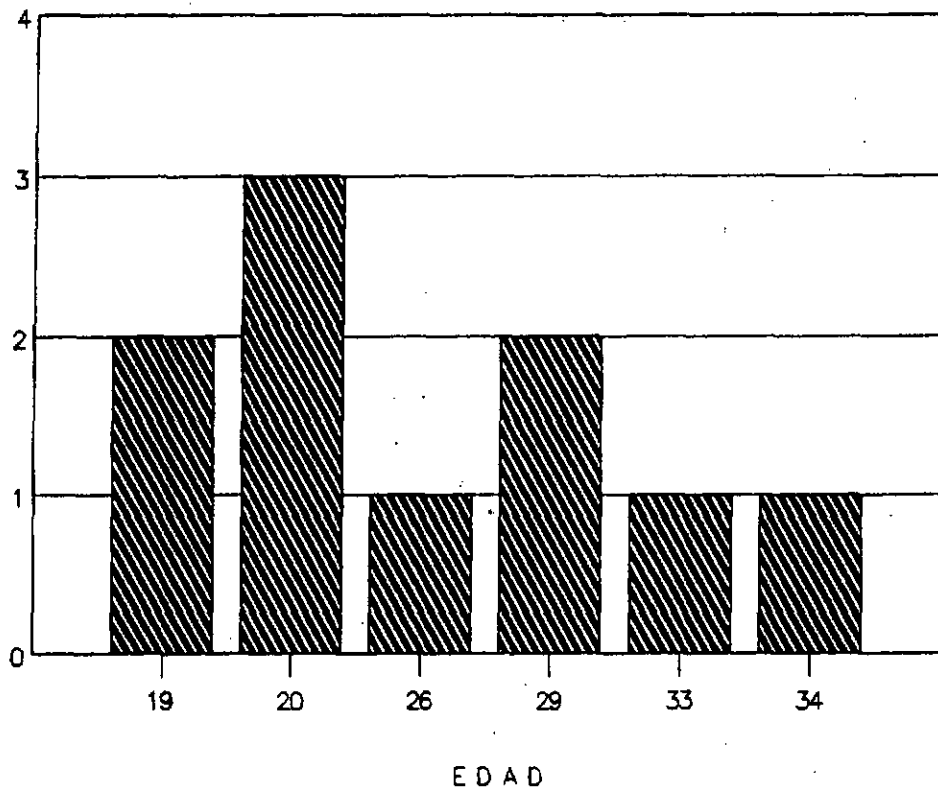
Verificando estos datos y con el fin de contribuir al bienestar de este tipo de población se comprobó que de alguna manera la terapia familiar ayuda a rehabilitar en un 60% a los pacientes dentro de sus posibilidades psicológicas, su enfermedad y su evolución fue satisfactoria y mejorando de esta manera su arreglo personal, sus deseos por realizar alguna actividad productiva, mientras que en un 40% de la muestra fue menos notoria (ver gráfica No. 7).

En la población de estudio se pudo comprobar que las sesiones psicoterapéuticas con la familia en su mayoría han tenido buena aceptación, además de ayudarlos a tener un mejor acercamiento a brindarle apoyo, afecto y comprensión a su paciente, siendo necesario la interrelación en esta fase debido a su baja autoestima, despersonalización, ayudando de esta manera que el paciente participe conjuntamente con su familia en reuniones sociales, manifestando en un 70% sentirse actualmente bien y seguir estudiando y aprender un oficio, ayudar de esa manera económicamente en el hogar, no sintiéndose una carga familiar.

La familia cree estar ayudando en un 100% al paciente mostrándose afectuosos, cariñosos, comprensibles, al resto no muestra reciprocidad.

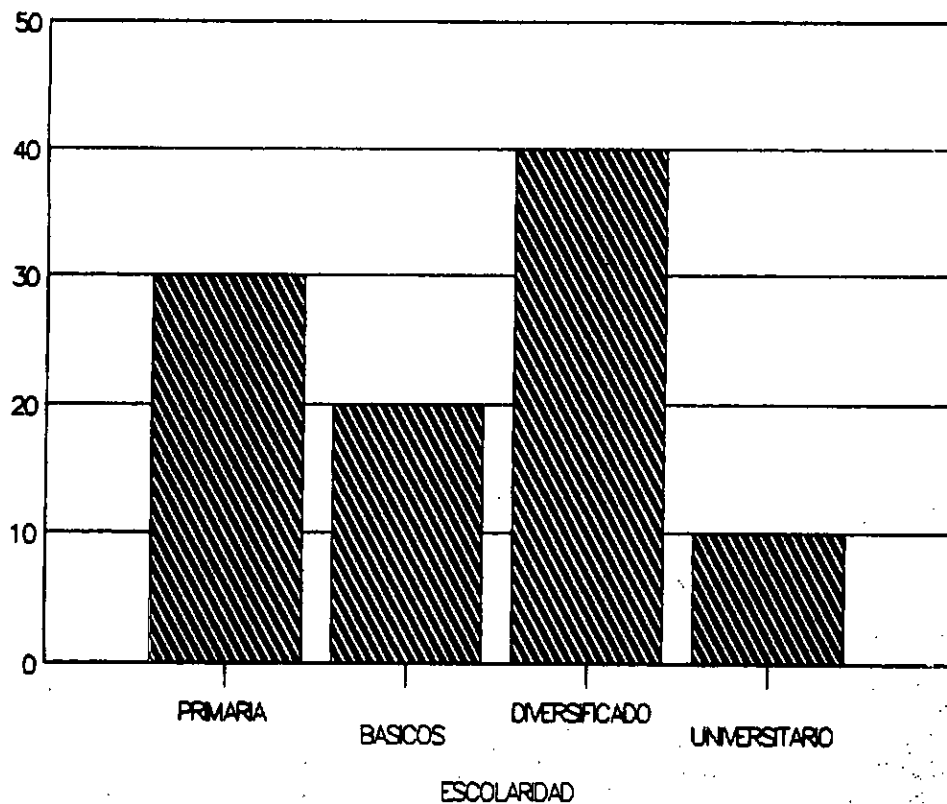
EDAD DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

GRAFICA No. 1



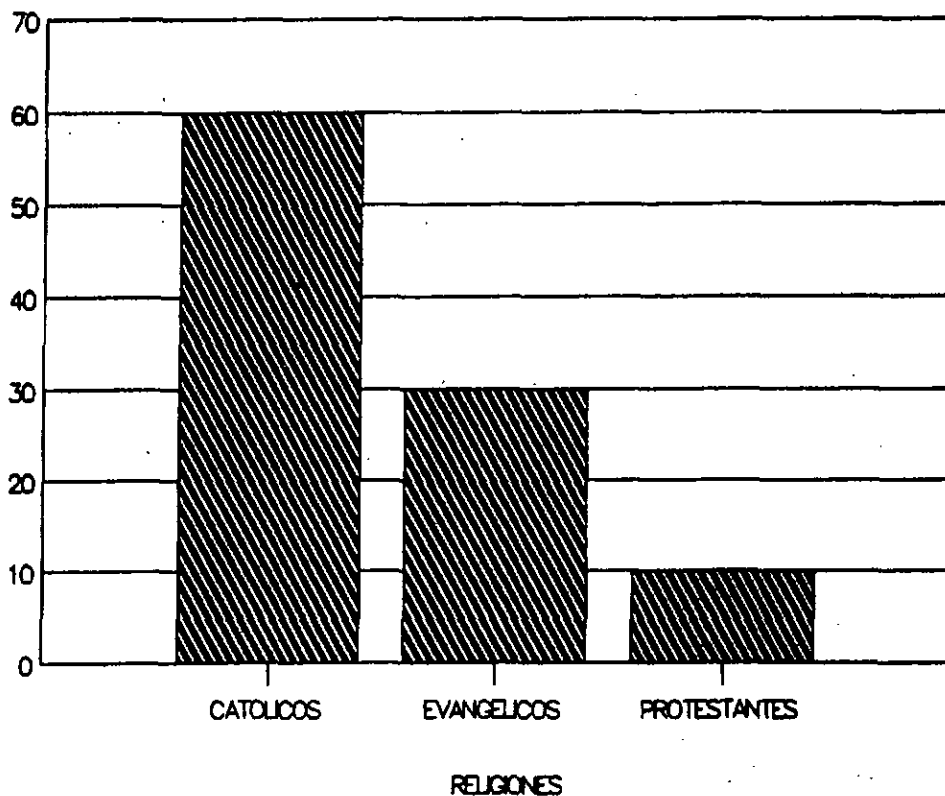
ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES

GRAFICA No. 2

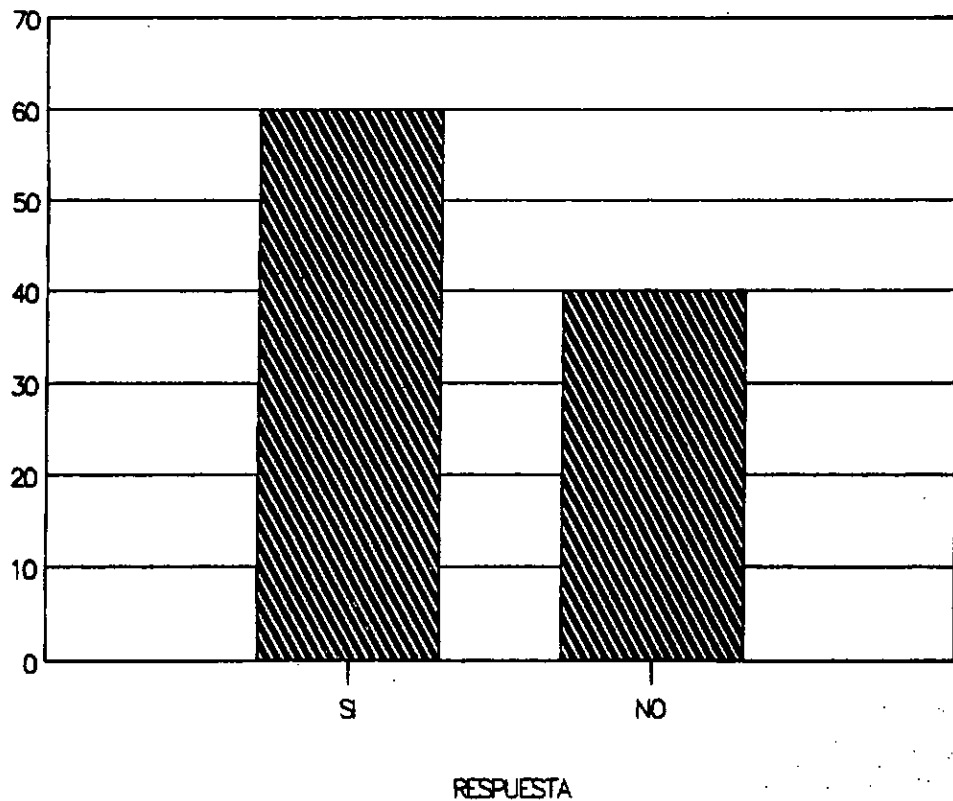


ASPECTO RELIGIOSO DE LA POBLACION

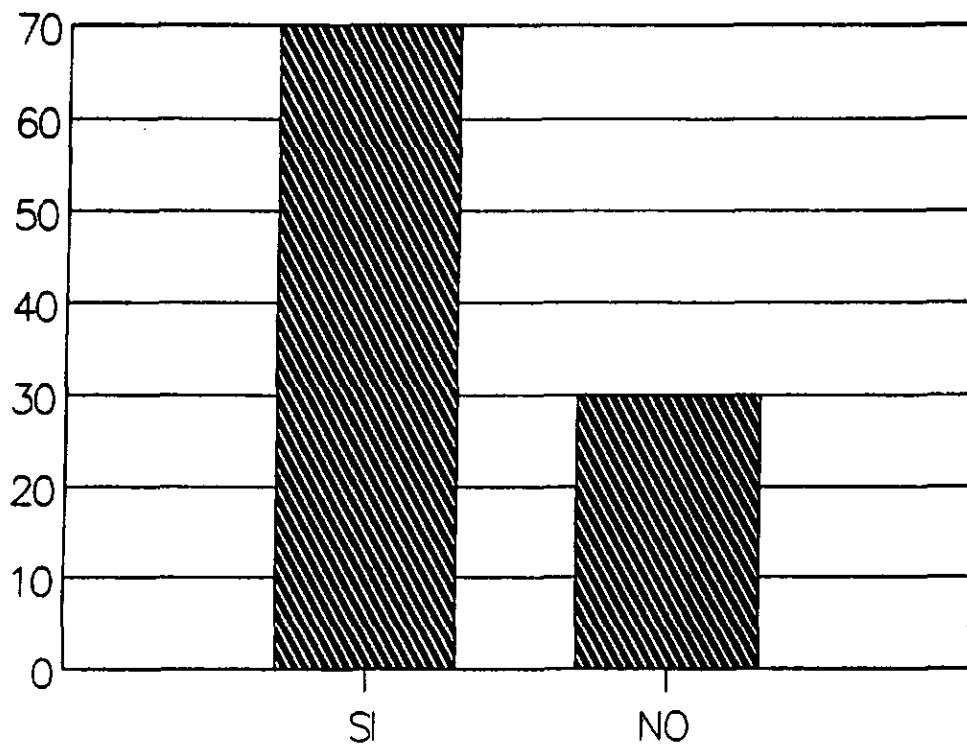
GRAFICA No. 3



DIFICULTAD DE LA FAMILIA PARA ASISTIR A PSICOTERAPIA (GRAFICA No. 4)

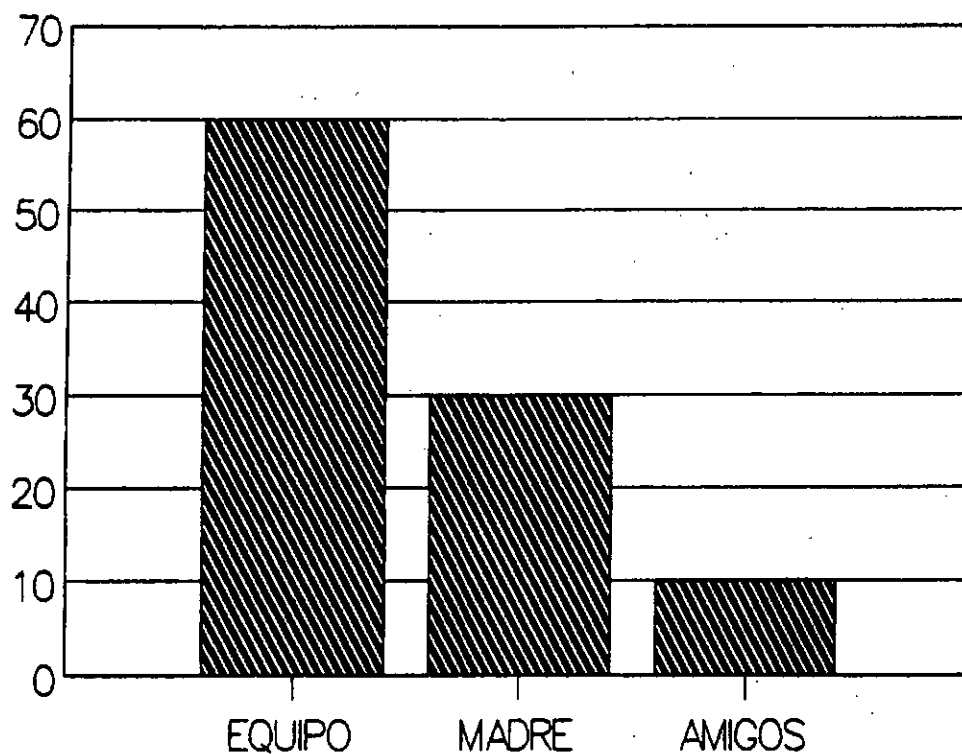


LA COMUNICACION FAMILIA-PACIENTE-EQUIPO FUE ACEPTABLE LUEGO DE LA PSICOTERAPIA



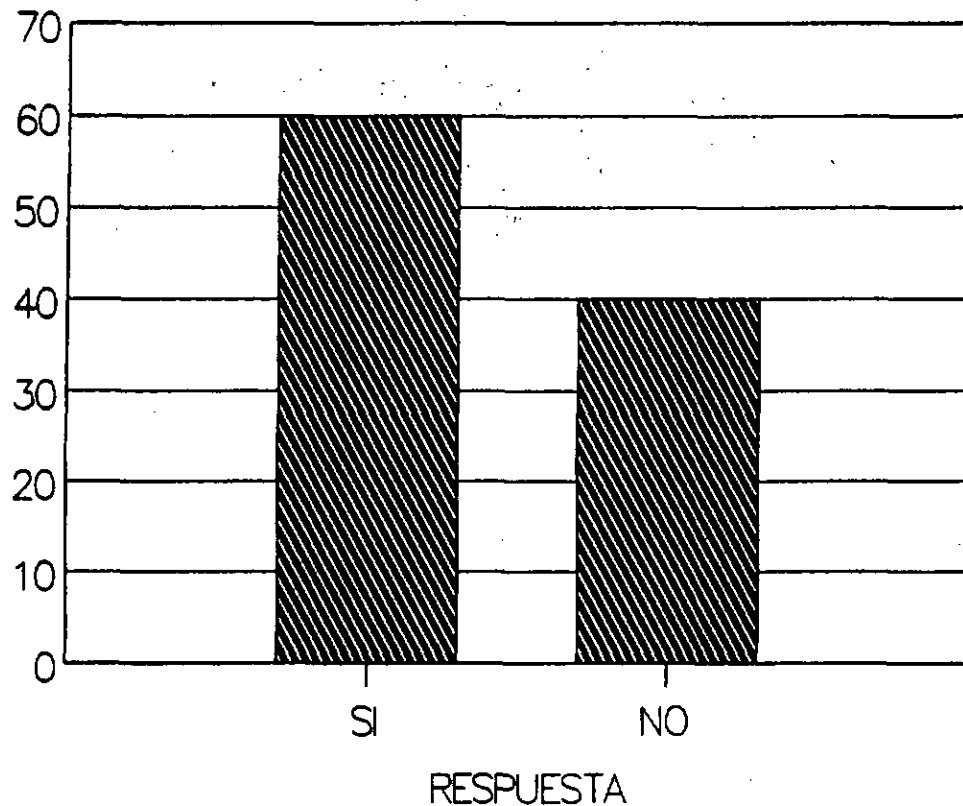
GRAFICA No. 5

RELACION AFECTIVA DEL PACIENTE DESPUES DE LA PSICOTERAPIA (GRAFICA No. 6)



AYUDO LA PSICOTERAPIA A LA FAMILIA

GRAFICA No. 7



CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.- CONCLUSIONES

- 1.1 La convivencia del paciente con el equipo multidisciplinario en un 70% ayudó a que las relaciones en el núcleo familiar fuera positivo y mejoró la identificación con el mismo.
- 1.2 Las familias con las que trabajo se impartió la psicoterapia se observó una aceptación del 100% de la misma, permitiendo romper con la rutina modificando su conducta afectiva tanto con el paciente como con el resto de los miembros del núcleo familiar.
- 1.3 Pese a que la mayoría de los familiares expresaron en un 60% que se les dificultaba asistir a las reuniones psicoterapéuticas por razones personales, familiares, laborales, etc. asistieron se integraron, participaron efectivamente en el tratamiento para la lograr una pronta recuperación de su paciente.
- 1.4 La actitud de la familia es coadyuvante en el tratamiento del paciente con Diagnóstico de Esquizofrenia, según referencia de un 70% de los mismos.
- 1.5 Por referencia de la propia familia manifestaron no estar preparado ni tener el conocimiento adecuado en cuanto a signos y síntomas que se presentan en trastorno emocional, su actitud fue de temor, preocupación y algunas veces de indiferencia.
- 1.6 En la muestra se investigó el aspecto religioso predominando la religión católica con un 60%, evangélica 30% y únicamente 10% protestante.

- 1.7 En el aspecto educativo se pudo visualizar la poca oportunidad que tuvieron los integrantes de la muestra para realizar sus estudios encontrándose que el 50% cursó la primaria, el 40% secundaria y un 10% nivel superior.
- 1.8 La comunicación entre la familia y el equipo multidisciplinario mejoró un 80% con la asistencia de la misma a sesiones de psicoterapia.
- 1.9 El paciente en un 60% tiene mejor relación afectiva con la madre.
- 1.10 Por tanto la hipótesis de investigación "La asistencia y colaboración de la familia, son factores importantes para la recuperación psicobiosocial del paciente con trastorno esquizofrénico" fue aceptada de acuerdo a resultados obtenidos del estudio realizado.

2.- RECOMENDACIONES:

- 2.1 Es importante que el gobierno como la iniciativa privada tome mayor interés a este tipo de población para colaborar en programas de prevención sobre salud mental.
- 2.2 Que el Hospital Nacional de Salud Mental incluya a la familia en todos los programas educativos que realice con pacientes internos de todos los pabellones, para que ayuden a tener una mejor visión, comprensión de su paciente con trastorno emocional.

- 2.3 Implementar talleres para los familiares de los pacientes de todos los pabellones a que tomen conciencia de la importancia de la participación e integración de los mismos en el tratamiento de su paciente con trastorno emocional, ayudando así a una mejor recuperación integral a su medio habitual evitando y disminuyendo el riesgo de descompensación.
- 2.4 Al grupo de familias que asisten a psicoterapia familiar orientarlos para que pongan en práctica lo aprendido en dichas reuniones en el hogar así ayudaran al paciente y el resto de los miembros.
- 2.5 Que el equipo multidisciplinario y la familia motiven al paciente para un recuperación psicobiosocial.
- 2.6 Que los programas de la Unidad de Rehabilitación Diurna tengan su continuidad, aunque sea rotado, el equipo multidisciplinario para no retrasar el proceso de recuperación del paciente.
- 2.7 Que la asistencia de la familia a psicoterapia sea obligatoria para todos los integrantes de la misma y no solo un miembro, para lograr así una mejor comunicación y evaluación de su paciente.

BIBLIOGRAFIA

Aguilar Marroquín, Gloria. La Función de la Psicoterapia en la Depresión del Paciente Tuberculoso del Hospital de Amatitlán. Tesis Psicólogo. Guatemala de Ciencias Psicológicas. Universidad de San Carlos de Guatemala 1980.

Archila de Monzón, Marina. Tratamiento Psicoterapéutico Tendiente a Reducir la Ansiedad y angustia en el Paciente cuyo Diagnóstico Amerita Histerectomía. Tesis Psicólogo. Guatemala; Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1982.

Bellat, Amali. Psicoterapia Breve y de Emergencia. Editorial Pax México 1982.

Boszormeny, Ivan. Terapia Familia Intensiva. Editorial Interamericana. México.

Doszormeny I. Terapia Familiar Intensiva. Editorial Grijalvo. S.A. México 1970.

Englih H.B. Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Editorial Paidós, Buenos Aires. Volumen III. 1977.

Freman Kaplan, Sadok. Psicoterapia. Editorial Paidós. 1986.

Figueroa López, Yolanda. Importancia del Apoyo Familiar en el Síndrome Depresivo del Paciente con Cáncer. Tesis Psicología Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. Universidad de San Carlos de Guatemala 1988.

García Morales, Edwin. La Psicoterapia de Grupo en el Tratamiento de Pacientes Esquizofrénico en el Hospital Nacional de Salud Mental. Tesis Psicólogo. Guatemala. Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1980.

Kolb, Laurence. Psiquiatría Clínica. Editorial Interamericana, México.

Levin, Jack. Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. Segunda Edición. México, Harla, 1979.

Pancherí, Paolo. Manual de Psiquiatría Clínica. México. Editorial Trillas 1982.

Piero, Di Gorgi. El niño y sus instituciones. Editorial Rosa. México 1975.

Núñez, Rafael. Manual de Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI). Editorial Manual Moderno. México D.F. 1968.

Solomon Philip y D. Patch, Vernon. Manual de Psiquiatría. Segunda edición. México, El Manual Moderno, 1976.

GLOSARIO

AGRESION: Forma de conducta que se adaptan con la intensión de perjudicar directa o indirectamente a un individuo. **ALMA:** Este vocablo corresponde al latín que significa originalmente significa hábito, viento, soplo, adquirir el sentido de principio de vida, como fuerza ordenadora que sigue un plan y mantiene el orden a pesar de las variaciones de las circunstancias, presenta una estrecha relación con la termodinámica del concepto de entropía.

ALIENACION: Sentimiento de extrañeza de sentirse extraño, la persona o cosa, situaciones, trastorno de la conciencia en el existe alteración del modo de verse a sí mismo y de ver el mundo, todo parece extraño como diferenciado y transparente, proceso en el que se convierte en extraño y actúan como tales hechos y las vivencias que fueron reprimidas.

ALUCINACION: Percepción ilusoria que no corresponde a un estímulo exterior no se debe a una transformación de percepción reales sino que son completamente independientes de todo estímulo exterior, y presentan simultáneamente con percepciones reales.

AMBIVALENCIA: Tendencia en dos sentidos distintos; ambivalencia afectiva, presencia simultánea de dos direcciones opuestas de la voluntad, respecto a un mismo objeto.

AUTISMO: Sin pensamiento autista, en el lenguaje común estar unido en ideas y ensañaciones.

AISLAMIENTO: Según Freud mecanismo de defensa consistente en que intenta aislar un pensamiento o una conducta. Se corta el nexa con el resto de los pensamientos o de la conducta.

APATIA: Trastorno emocional que se manifiesta en falta de interés. Indiferencia y escasa receptividad de sentimiento. Alivia sentimientos.

AUTORIDAD: Designación que hace referencia a una relación que se da entre personas en la que una o varias ejercen influencia en el sentido deseado por ellos mediante órdenes, propuestas o deseos.

CATALEPSIA: Acto y efecto de apoderarse, rigidez, pérdida de la movilidad voluntaria y resistencia variable a los movimientos pasivos, que se observa en la epilepsia catatónica.

DESARROLLO: Este término se refiere ante todo a las modificaciones de la forma y la conducta de los seres vivos, puede referirse al individuo considerando su forma desde el germen hasta la forma adulta a los cambios experimentados por la especie a través de los tiempos.

ESTUPOR: Disminución de la viveza de la conciencia que no llega a ser enturbamiento de la conciencia, el contenido está como difuso y la actividad es lenta, existen apatías generales y falta de espontaneidad.

EUFORIA: Encontrarse bien estar satisfecho, buen estado de ánimo con buen humor y optimismo, exaltación del placer de vivir estado de ánimo.

ENTREVISTA: Conversación dirigida con una persona o personas con persona, destinada a obtener una clase predeterminada de informe con propósito de investigar o para ayudar en orientación, diagnóstico y tratamiento, en la entrevista no dirigida tiene mucha libertad y los convencionalismos de la relación hacen que la conversación sean dirigidas.

FAMILIA: Grupo de individuos emparentados por sangre o matrimonio, los límites de la familia difieren de una cultura a otra. Incluye siempre padre, madre e hijos esta es la familia nuclear, los familiares extensos incluirán a todos los descendientes de un bisabuelo con sus mujeres y sus maridos.

FAMILIA DESINTEGRADA: En la sociedad occidental, familia que ha perdido el padre o la madre, por muerte, separación o divorcio.

FAMILIAR: Dícese de lo relativo o perteneciente a la familia. Que ocurre en miembro de la misma familia. Se puede referir a herencia familiar tanto en su sentido biológico con patrimonio.

FIJACION: Reforzamiento de una tendencia aprendida especialmente un hábito motor.

GRUPO: Diversos items o cosas, reconocido como individualmente diferentes pero unidos o considerados y tratado como si fueran iguales, para algún propósito.

GRUPO CONTROL: Grupo lo más parecido a un experimental expuesto a todas las condiciones de la investigación o tratamiento que será estudiado dicho grupo debe ser representativo de la población para la que vaya a realizarse la generalización.

GRUPO EXPERIMENTAL: Aquellos sujetos que están expuestos a la variable experimental o de tratamiento y cuya actuación reflejará, entonces la influencia si hay de esa variable.

IDENTIDAD: Igualdad de caracteres esenciales del margen de la diferencia superficiales o identidad personal, la unidad de la personalidad.

INCOHERENCIA: Falta de conexión u organización de las partes más específicamente, trastornos de la expresión verbal marcada por la desconexión el uso de frases ininteligibles neologismos.

INADAPTACION: Estado en que se encuentra una persona cuando enfrenta una dificultad aún no resuelta, cuando la dificultad sobrepasa los recursos comúnmente accesibles al sujeto.

INDIVIDUO: Un organismo único, distinguido de conjunto o grupo de organismo o de las células, tejidos, órganos que lo compone. Este significado acentúa la distinción pero a menudo se usa donde no está implicado un contraste con grupo y donde persona o animal sería más apropiado. Un individuo es una unidad de estructura o conducta, pero no es necesaria que sea una unidad altamente integrada.

INDIVIDUALIDAD: Lo que diferencia un organismo de todos los demás sea la suma total organizada de sus cualidades (sin personalidad) o sus cualidades o rasgos particulares.

INTEGRACION: Proceso de combina y unificar parte dentro de un todo la producción de unidades de un orden superior. Es un término más estricto que asociación, coordinación u organización. En la integración a pesar que las partes pueden distinguirse pueden ser de identidad propia. La unión y combinación de impulsos nerviosos en un centro de manera tal que produce una actividad coordinada.

INTEGRAR: Unir partes en un todo o totalidad, ligar firmemente partes de un todo funcional.

JUICIO: El juicio psicológico ha sido estudiado por la psicología del pensamiento, se investigan los procesos psíquicos que intervienen en la formación de los juicios.

MEMORIA: Se entiende por memoria al hecho de que entre los procesos conscientes hay algunos que deben considerarse como afecto exterior de procesos que transcurrieron anteriormente (percepciones) y que son vividos por el sujeto con el conocimiento de que se trata de impresiones que se tuvieron antes.

MUTISMO: Ausencia del lenguaje hablado a pesar que se conserva la capacidad de hablar, se presenta con mucha frecuencia como trastorno psicógeno casi exclusivamente en edad infantil.

PARTICIPACION: Acción recíproca dinámica entre dos o más sistemas por la cual cada uno es influido por los otros y a su vez los influye. El intercambio constituye un hecho característico. En tanto que participación se aplica más comúnmente a la interacción de sistemas organismos, cualquier sistema puede participar en un hecho.

PARTICIPANTE: El que toma parte en una situación o actividad de grupo un observador participante recoge datos de observación, mientras toma parte en la actividad.

PATOLOGIA: Estado del organismo en el que una célula u otro organismo no pueda desempeñar su función habitual, estado de enfermedad, trastorno o anormalidad del organismo o de alguna de sus partes disciplina científica que estudia dicha disciplina.

PSICOTERAPIA: Uso de cualquier técnica psicológica para el tratamiento de los trastornos o desajuste mental. El término es muy general, incluye la "cura por la fe", la

sugestión, hipnosis, psicoanálisis o cura de descanso, afirmación individual consejo consulta para aliviar la ansiedad.

PSICOTERAPIA DE GRUPO: Terapia de grupo sin psicoterapia grupal.

PSICOTERAPEUTA: Persona que se dedica profesionalmente a la psicoterapia. El término generalmente incluye a los psiquiatras, psicólogos, clínicos, y asistentes sociales psiquiátricos. No incluye, resueltamente a los maestros, médicos clínicos, sacerdotes o abogados aunque la actividad profesional de estos tiene con frecuencia un considerable valor terapéutico.

PSICOTERAPEUTICO: Que posee valor curativo para los trastornos mentales pertenece a la psicoterapia.

TRATAMIENTO: Sometimiento de algo o de alguien a los efectos de una acción o influencia cualquier medida tendiente a mejorar un estado indeseable, esfuerzo por ayuda a una persona a lograr un mejor estado de salud o una mejor adaptación por cualquier medio médico-quirúrgico psicoterapéutico de asesoramiento o de ayuda directa al intento de restringir, el término al tratamiento médico se opone su empleo corriente e histórico.

**ASPECTOS QUE EVALUAN CADA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO
EN RELACION A LOS INDICADORES Y LAS VARIABLES**

(Para su mejor entendimiento se clasifica en cuestionario A para el paciente y cuestionario B para los familiares).

VARIABLE INDEPENDIENTE:

INDICADORES:

- 1.- Asistencia de Familiares:
Pregunta número 8 y 9 de A y 8 y 9 de B.
- 2.- Asiste el esposo, esposa o mujer del sujeto.
Pregunta número 10 y 11 de A y 10 y 11 de B.
- 3.- Los familiares del paciente mantienen comunicación con el equipo multidisciplinario.
Pregunta número 12 y 13 de A y 16 y 17 de B.
- 4.- Relación con el paciente.
Pregunta número 14 y 15 de A y 12 y 13 de B.
- 5.- Participa y facilita la psicoterapia familiar:
Pregunta número 16 y 17 de A y 14 y 15 de B.

VARIABLE DEPENDIENTE:

INDICADORES:

- 1.- Antecedentes psicopatológicos:
Pregunta número 18 y 19 de A y 18 y 19 de B.
- 2.- Reajuste Personal y Emocional:
Pregunta número 20 y 21 de A y 20 y 21 de B.

3.- Interacción Familiar:

Pregunta número 22 y 23 de A y 22 y 23 de B.

4.- Reinserción Social:

Pregunta número 24 y 25 de A y 24, 25 y 26 de B

CUESTIONARIO (A)

La presente encuesta tiene como objetivo recabar información acerca de aspectos de su vida diaria que servirán posteriormente a incrementar programas para la población con problemas emocionales.

La información es confidencial, por lo que se le ruega contestar con veracidad.

1.- Nombre Completo _____

2.- Edad: _____ 3.- Religión: _____

4.-Estado civil: _____ 5.- Escolaridad: _____

6.-Ocupación: _____ 7.-Domicilio: _____

8.-Asiste regularmente su familia a las sesiones
psicoterapéuticas: SI () NO ()

9.- Cree usted que a su familia se les dificulta asistir a
psicoterapia: SI () NO ()

10.- Cree usted que le ayudará en el tratamiento que su familia
asista a psicoterapia: SI () NO ()

11.- Su familia pone en práctica las indicaciones que se dan en
psicoterapia: SI () NO ()

12.- Cree usted que la comunicación de su familia y equipo
multidisciplinario es bueno: SI () NO ()

13.- Con quien de su familia tiene usted mejor acercamiento o se lleva mejor:
padre, madre, esposo(a), otros _____

14.- Muestra interés su familia en involucrarse en las actividades
psicoterapéuticas: SI () NO ()

15.- A observado cambios positivos en su familia después de las sesiones psicoterapéuticas: SI [] NO []

16.- Con quien vive el paciente: _____

17.- Lugar que ocupa entre los hermanos: _____

18.- Cree usted que le ha beneficiado de alguna manera la terapia familiar: SI [] NO []

19.- Ha observado usted que ha mejorado en su enfermedad:
SI [] NO []

20.- Ha disminuido su interés por su arreglo personal:
SI [] NO []

21.- Ha sentido deseos de realizar algún trabajo o actividad:
SI [] NO []

22.- Le ha ayudado su grupo familiar:
SI [] NO []

23.- Recibe usted afecto de parte de su núcleo familiar:
SI [] NO []

24.- Asiste usted regularmente a reuniones sociales:
SI [] NO []

25.- Ha mostrado interés en seguir estudiando o aprender algún oficio: SI [] NO []

CUESTIONARIO (B)

La presente encuesta tiene como objetivo recabar información acerca de aspectos de su vida diaria a través de la familia o la persona cercana, que servirá a incrementar programas para la población con problemas emocionales. La información es confidencial, por lo que se le ruega contestar con veracidad.

- 1.- Nombre completo: _____
- 2.- Edad: _____ 3.- Religión: _____
- 4.- Estado civil: _____ 5.- Escolaridad: _____
- 6.- Ocupación: _____ 7.- Domicilio: _____
- 8.- Que parentesco lo une con el paciente: _____
- 9.- A Ud. como familia se le dificulta participar en las sesiones de psicoterapia: SI [] NO []
- 10.- Asiste regularmente a las sesiones familiares:
SI [] NO []
- 11.- Participa activamente la familia en las actividades programadas en el tratamiento del paciente: SI [] NO []
- 12.- La comunicación de la familia con el equipo multidisciplinario es aceptable: SI [] NO []
- 13.- Con quien de la familia tiene mejor acercamiento el paciente padre, madre, esposo(a), otro: _____
- 14.- Como es la relación con el paciente: BUENA [] MALA []
REGULAR []
- 15.- Como se ha sentido la familia después de la psicoterapia familiar: BIEN [] REGULAR [] MAL []

- 16.- Se involucra usted fácilmente a las actividades de la
psicoterapia: SI [] NO []
- 17.- Trabaja actualmente el paciente SI [] NO []
- 18.- Que otras personas forman el núcleo familiar: _____
- 19.- Ha mantenido interés en la evolución de la enfermedad de su
paciente: SI [] NO []
- 20.- Cree que en alguna forma ha ayudado la terapia familiar al
paciente: SI [] NO []
- 21.- Ha observado que ha disminuido el interés del paciente por su
arreglo personal: SI [] NO []
- 22.- Ha observado que muestra interés por trabajar:
SI [] NO []
- 23.- Cree usted estar ayudando al paciente: SI [] NO []
- 24.- Ustedes como familia se muestran afectivos con su paciente:
SI [] NO []
- 25.- Como ha observado las relaciones sociales de su paciente:
BUENAS [] REGULARES [] MALAS []
- 26.- Desde cuando ha observado que no le interesa el trabajo a su
paciente: MUCHO [] POCO [] NADA []

INDICE

Página

Prologo
Introducción

CAPITULO I

Marco Teorico.....	06
Premisas.....	37
Formulación de Hipótesis.....	37

CAPITULO II

Técnicas e Instrumentos.....	43
------------------------------	----

CAPITULO III

Presentación y Análisis de Resultados.....	45
--	----

CAPITULO VI

Conclusiones y Recomendaciones.....	48
-------------------------------------	----

BIBLIOGRAFIA

GLOSARIO

ANEXO

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central