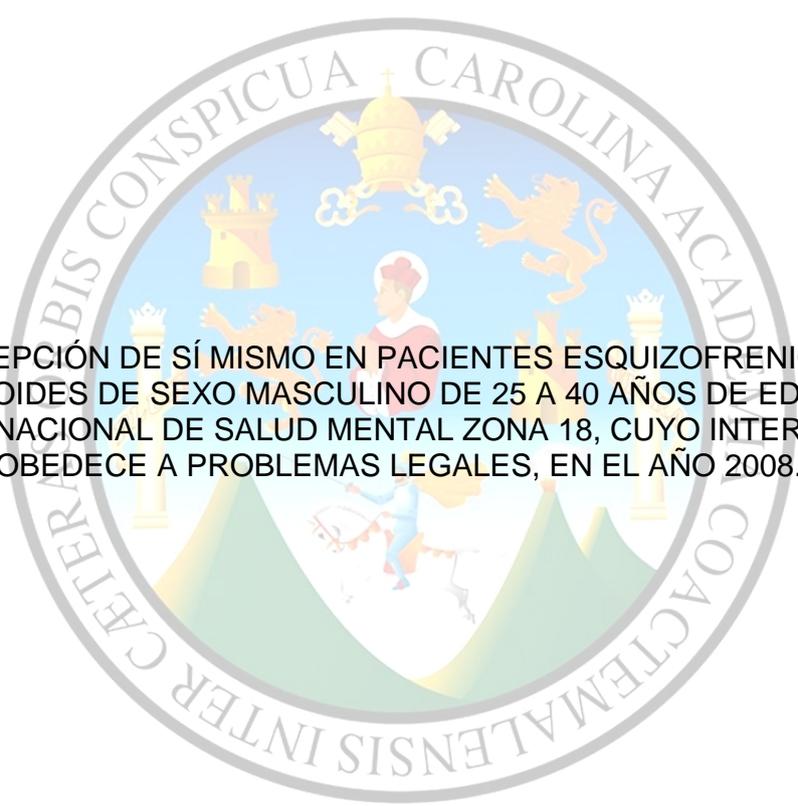


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a woman in a red and white dress, holding a book. Above her is a golden crown with a cross on top. To the left is a golden castle, and to the right is a golden lion. The background is a light blue sky with a green hill at the bottom. The text "BIS CONSPICUA CAROLINA ACAD" is written in a semi-circle at the top, and "COACTEMALENSIS INTER CETERA" is written in a semi-circle at the bottom.

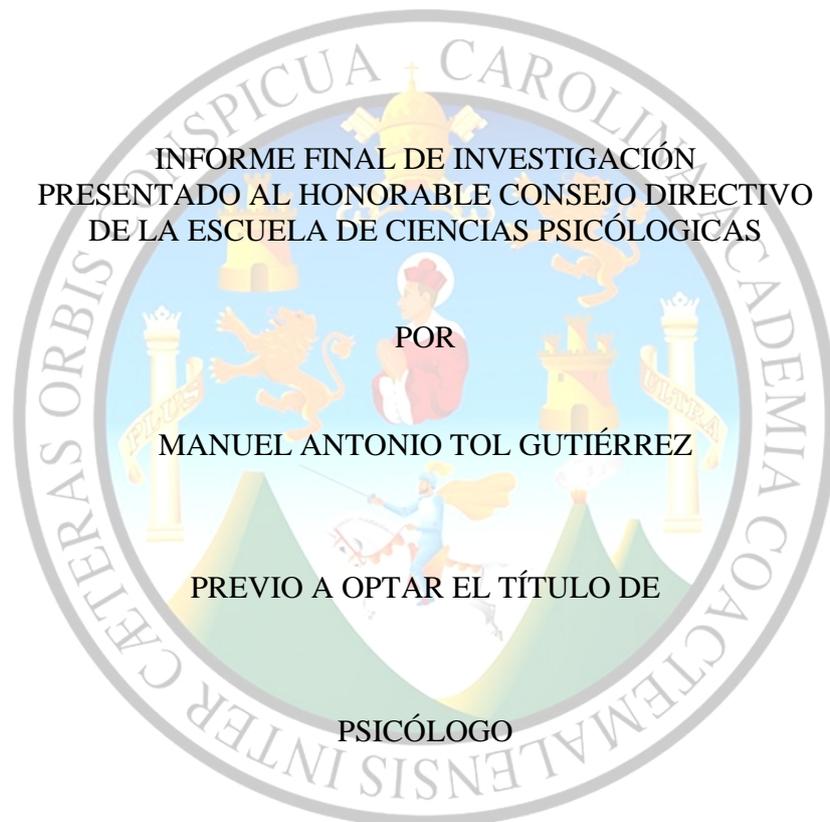
PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS Y
PARANOIDES DE SEXO MASCULINO DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD DEL
HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL ZONA 18, CUYO INTERNAMIENTO
OBEDECE A PROBLEMAS LEGALES, EN EL AÑO 2008.

MANUEL ANTONIO TOL GUTIERREZ

GUATEMALA, OTUBRE DE 2009

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“PERCEPCIÓN DE SI MISMO EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS Y
PARANOIDES DE SEXO MASCULINO DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD DEL
HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL ZONA 18, CUYO INTERNAMIENTO
OBEDECE A PROBLEMAS LEGALES, EN EL AÑOS 2008”



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

MANUEL ANTONIO TOL GUTIÉRREZ

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

PSICÓLOGO

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2009

MIEMBROS DEL COSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez
Licenciado Luís Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Ninette Archila Ruano de Morales
Jairo Josué Vallecios Palma
REPRESENTANTES ESTUDIANTES
ANTE EL CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 100-2007
CODIPs. 1293-2009

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

05 de octubre de 2009

Estudiante
Manuel Antonio Tol Gutiérrez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO OCTAVO (28º) del Acta VEINTICINCO GUIÓN DOS MIL NUEVE (25-2009), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 01 de octubre de 2009, que copiado literalmente dice:

"VIGÉSIMO OCTAVO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS Y PARANOIDES DE SEXO MASCULINO DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL ZONA 18, CUYO INTERNAMIENTO OBEDECE A PROBLEMAS LEGALES, EN EL AÑO 2008"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

MANUEL ANTONIO TOL GUTIÉRREZ

CARNÉ No.200251367

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Rosa Pérez de Chavarría y revisado por el Licenciado Helvin Velásquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

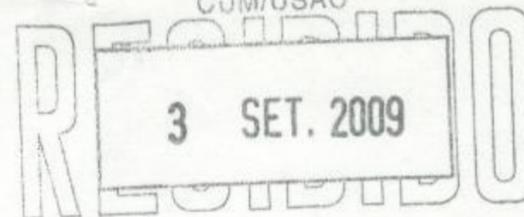




ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs.: 163-09
REG.: 100-07

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma: *P* hora 17:15 Registro 100-07

INFORME FINAL

Guatemala, 29 de septiembre del 2009.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Helvin Velásquez, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS Y PARANOIDES DE SEXO MASCULINO DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL ZONA 18, CUYO INTERNAMIENTO OBEDECE A PROBLEMAS LEGALES, EN EL AÑO 2008".

ESTUDIANTE:
Manuel Antonio Tol Gutiérrez

CARNÉ No.:
2002-51367

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 17 de septiembre del 2009, y se recibieron documentos originales completos el 28 de septiembre del 2009, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Mayra Luna de Alvarez
Licenciada Mayra Luna de Alvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-
"Mayra Gutiérrez"





CIEPs. 164-09
REG. 100-07

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala, 29 de septiembre del 2009.

Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS Y PARANOIDES DE SEXO MASCULINO DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL ZONA 18, CUYO INTERNAMIENTO OBEDECE A PROBLEMAS LEGALES, EN EL AÑO 2008".

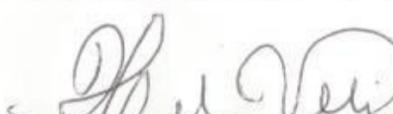
ESTUDIANTE:
Manuel Antonio Tol Gutiérrez

CARNÉ No.:
2002-51367

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 03 de septiembre del 2009, por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Helvin Velásquez
DOCENTE REVISOR



/Sandra G.
c.c. Archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala 22 de marzo de 2009

Licda. Mayra Friné Luna
Coordinadora General
Centro de Investigaciones en Psicología (Cieps)
"Mayra Gutiérrez"

Licda. Luna:

Le saludo respetuosamente deseándole éxitos en sus actividades profesionales y bienestar en su vida personal.

El motivo de la presente es para remitirle el Informe Final de Investigación titulado:
"PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS Y PARANOIDES
DE SEXO MASCULINO DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL NACIONAL
DE SALUD MENTAL ZONA 18, CUYO INTERNAMIENTO OBEDECE A
PROBLEMAS LEGALES, EN EL AÑO 2008"

Presentado por el estudiante:
Manuel Antonio Tol Gutiérrez

carné 200251367

Trabajo que he procedido asesorar y aprobar, y remito para que proceda con los trámites correspondientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Pérez de Chavarría', written over a horizontal line.

Licda. Rosa Pérez de Chavarría
Psicóloga Col. No. 3452



CIEPs. 034-09
REG.: 100-07

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usaepsic@usac.edu.gt

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 27 de abril del 2009.

ESTUDIANTE:
Manuel Antonio Tol Gutiérrez

CARNÉ No.:
2002-51367

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, titulado:

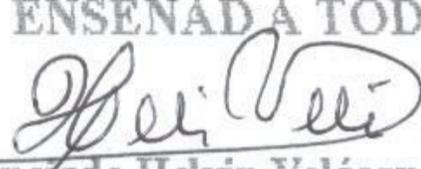
“PERCEPCIÓN DE SI MISMO Y PROBLEMÁTICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL CUYO INTERNAMIENTO OBEDECE A PROBLEMAS LEGALES”.

ASESORADO POR: *Licenciada Rosa Pérez de Chavarria*

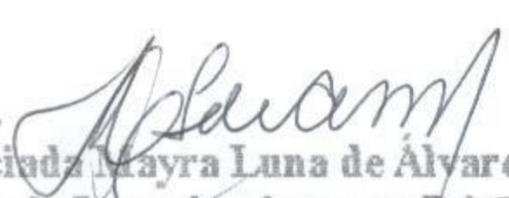
Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.–, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Helvin Velásquez
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo. 
Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



/Sandra G.
CC. Archivo

OF. 150-08
Dra. EGPA/pg

Guatemala, 28 de Noviembre de 2,008

Licenciada.
Mayra F. Luna
Coordinadora General
Centro de Investigaciones en Psicología
Centro Universitario Metropolitano
Su Despacho.

Licenciada Luna.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, deseándole toda clase de éxitos y satisfacciones en el desempeño de sus tareas diarias.

La presente es para informarle que el estudiante, MANUEL ANTONIO TOL GUTIÉRREZ, Estudiante de Psicología de dicho Centro realizó el trabajo de campo de su tesis titulado: "PERCEPCIÓN DE SÍ MISMOS EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS Y PARANOIDES DE SEXO MASCULINO DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL, ZONA 18 CUYO INTERNAMIENTO OBEDECE A PROBLEMAS LEGALES, EN EL AÑO 2,008. Durante los meses de Junio a Octubre del año 2,008.

Agradezco su atención y colaboración con la presente, me suscribo muy cordialmente.

DRA. EDNA G. PALOMÓ A.
COORDINADORA DE DOCENCIA



C.c.Archivo

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Licenciada María Magdalena Lourdes Tol Gutiérrez
Colegiado No. 12345
Pedagoga
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciada Silvia Telma Rodríguez Enríquez de Leal
Colegiada No. 2325
Psicóloga
Universidad de San Carlos de Guatemala

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

AL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL
AL SERVICIO NÚMERO CUATRO
ESPECIALMENTE A LOS PACIENTES QUE INTEGRAN EL
SERVICIO Y CUYO INTERNAMIENTO ES POR PROBLEMAS LEGALES

LICENCIADA SILVIA TELMA RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ DE LEAL

DRA. EDNA PALOMO

A MIS PADRES: MANUEL TOL Y
MARIA GUTIÉRREZ CASTRO

A MI ESPOSA: ANA ISABEL CALERO BOROR

A MIS HERMANOS: ROSA, GASPAR, ROBERTO, LOURDES Y FERNANDO.

ACTO QUE DEDICO:

- A DIOS: Divino creador del universo, por su bendición, misericordia y por permitirme alcanzar éste triunfo.
- A MIS PADRES: Manuel Tol y María Gutiérrez Castro, como una pequeña recompensa a todos sus sacrificios; ¡ Que Dios los bendiga!
- A MI PATRIA
GUATEMALA Sea un pequeño aporte para su engrandecimiento y desarrollo.
- A MI ESPOSA: Ana Isabel Calero Boror, por su amor, paciencia, comprensión y apoyo, que Dios la Bendiga.
- A MIS HIJOS: Alessandro y la pequeña bebe, con todo mi amor por estar siempre a mi lado dándome su apoyo en los momentos felices y tristes de mi vida.
- A MIS
HERMANOS Rosa, Gaspar, Martina (Q.E.P.D.) Roberto, Lourdes y Fernando, por su apoyo incondicional que Dios los bendiga.
- A MIS AMIGOS
AMIGAS Y
COMPAÑEROS Con especial cariño por su apoyo y colaboración para llegar a esta meta.
- A LOS
PROFESIONALES: Rosa Pérez de Chavarría y Helvín Velásquez, por su valiosa colaboraron y apoyo en general.
- A MI QUERIDA: Tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala, muy especialmente a la Escuela de Ciencias Psicológicas por formarme como un profesional de la Psicología

ÍNDICE

	Páginas
Prólogo	1
CAPÍTULO I	
Introducción	3
CAPÍTULO II	
Técnicas e Instrumentos	33
Procedimiento	37
CAPÍTULO III	
Presentación, análisis e interpretación de los resultados	39
Examen Mental	41
Pruebas Proyectivas	49
Entrevistas y Cuestionario Primera Parte	67
Psicoterapia de Apoyo (notas de Evo.)	73
Cuestionario Segunda Parte	90
CAPÍTULO IV	
Conclusiones	100
Recomendaciones	103
BIBLIOGRAFÍA	105
ANEXO	107
RESUMEN	

PRÓLOGO

Al hablar de Percepción de Sí Mismo casi inmediatamente acuden a nuestro pensamiento expresiones de autoestima o autoconcepto, mismas que generalmente son momentáneas y a la larga predomina nuestra forma de vernos a sí mismos. Sin embargo, muchas veces estos valores internos difícilmente son comprendidos por los pacientes esquizofrénicos y paranoides del Hospital Nacional de Salud Mental por las secuelas de padecer algún tipo de trastorno mental y el estigma de estar reclusos en una institución psiquiátrica.

Esta investigación se inscribe precisamente en el ámbito de la rehabilitación clínica de los pacientes con padecimiento de esquizofrenia y paranoia comprendidos entre las edades de 25 a 40 años, de sexo masculino, reclusos por orden legal del servicio número cuatro del Hospital Nacional de Salud Mental, que es una institución que se encarga de dar atención integral a personas que acuden a ella.

El interés por conocer y valorar la Percepción de Sí Mismo de estos pacientes se inició cuando, observando los comportamientos de los pacientes, es perceptible que, aunque el plan de tratamiento incluye abordajes como la Psicofarmacología, Psicología y Trabajo Social asignados a los pacientes, no lograban facilitar ciertos aspectos internos como la mejora de autoestima, funciones del yo y habilidades adaptativas; que constituyen principales puntos de interés en el progreso adecuado de cualquier tratamiento rehabilitativo del paciente con un problema o trastorno mental.

La meta de esta investigación, es coadyuvar de modo efectivo a la estabilización de los pacientes esquizofrénicos y paranoides que están reclusos en este centro, sin menospreciar la labor que realizan los distintos profesionales.

El objetivo de describir la Percepción de Sí Mismo de pacientes esquizofrénicos y paranoides del Hospital Nacional de Salud Mental cuyo internamiento obedece a problemas legales, se refiere a un estudio asociativo para establecer la autopercepción de pacientes con diagnósticos descritos anteriormente, que a través de la Psicoterapia de Apoyo se pretende contribuir en el mejor funcionamiento del yo y de las habilidades adaptativas que en este caso son algunos de los indicadores de la variable independiente de la hipótesis de trabajo, cuyo fin es registrarlos a través de exámenes mentales al final de cada sesión programada, teniendo un total de 8 a 10 sesiones dentro de un proceso psicoterapéutico.

No se pretende que lo que se postule en esta investigación represente aproximaciones distintas o nuevas sobre la Percepción de Sí Mismo de estos pacientes, lo que se trata de hacer es registrar de modo útil todos aquellos conocimientos que las demás profesiones (psicólogos y psiquiatras) ya conocen, sin embargo, al ser aplicado como parte del tratamiento no cumple con los objetivos esperados debido a la falta de recurso humano en la institución o el simple hecho de no contar con el tiempo suficiente por la demanda de atenciones que el hospital requiere de sus profesionales.

Finalmente este trabajo de investigación busca hacer reflexiones sobre la relación entre la Percepción de Sí Mismo y la Psicoterapia de Apoyo en pacientes esquizofrénicos y paranoides cuyo internamiento obedece a problemas legales y su manejo en el ámbito hospitalario.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala; ubicado en la Colonia Atlántida, Final Zona 18, de esta ciudad, atiende pacientes de ambos sexos, en edades entre 15 y 85 años, sin importar religión, ni raza. Entre sus objetivos primordiales están el dar atención integral a las personas que lo necesitan, proporcionar al paciente una adecuada integración a su familia y a la sociedad, colaborar con otras instituciones en dar atención médica y psicológica para lograr así una rehabilitación a los pacientes con problemas emocionales y mentales.

La población atendida es muy variada, existen personas empleadas y en su mayoría desempleadas, que sobreviven de la economía informal. También asisten personas con escolaridad baja, principalmente de nivel primaria, aunque el porcentaje de personas analfabetas también es alto; un número reducido tiene estudios superiores o universitarios. Proviene de hogares desintegrados no sólo en el área metropolitana sino también en gran escala en las regiones rurales del país, incluso se evidencia una tendencia de unión de hecho en la parejas, además de la existencia de muchos casos de madres solteras.

El nivel socioeconómico más evidente en el hospital es bajo o medio bajo, registrándose casos de extrema pobreza. Las viviendas generalmente son alquiladas (en el área metropolitana) siendo de muy humilde condición, en muchos casos no se tienen los servicios básicos de agua potable, drenajes, energía eléctrica, teléfono o transporte (especialmente en el área rural). Los servicios públicos como educación, salud, seguridad y justicia también están gravemente comprometidos, a todo nivel.

El origen de los pacientes atendidos en el hospital puede ser categorizado por: grupo étnico, dentro del cual encontramos ladinos, indígenas y garifunas; por lo que los idiomas son

variados, desde el español hasta el mam, k'iche', entre otros. La religión predominante es católica y cristiana evangélica.

La procedencia de los consultantes psiquiátricos por zonas de la capital, según el orden de aparición, así es el número de consultas: Zona 18, 07, 06, 12, 19, 21, 23. La procedencia de pacientes por departamentos, según orden de aparición:

- Santa Rosa
- Jutiapa
- Escuintla
- Chiquimula
- El Progreso
- San Marcos
- Quetzaltenango

El proyecto de vida generalizado que se evidencia en la población atendida está construida alrededor del momento, el aquí y ahora. Existe mucha inmediatez y fatalismo debido a la situación de inseguridad vivida en el país. El contexto general es de desesperanza que es sólo el reflejo de la situación en que viven diariamente las personas en todo el país.

La necesidad de estudiar varios autores sobre el desarrollo del Sí Mismo y la personalidad para comprender y tratar de aportar herramientas necesarias para el manejo de la autoestima y autopercepción de los pacientes surge de los mismos acontecimientos sociales, familiares y personales de este tipo de pacientes ya que las situaciones en que se desenvuelve en el hospital muchas veces no ayuda en su mejoramiento, debido a la estancia prolongada en este centro, y en el menor de los casos esta misma estancia es un factor importante para observar una evolución de su progreso en la Psicoterapia.

Las teorías del Sí Mismo y de la personalidad identifican varios autores que describen sus puntos y percepciones sobre el autoconcepto del ser humano y como este afecta y determina su condición en el desarrollo y desenvolvimiento en una sociedad.

Dentro de los diferentes autores que citaré en este apartado se puede mencionar como puntos de partida para explicar, describir y comprender la importancia del Sí Mismo en el ser humano y especialmente como base teórica de esta investigación para lograr el objetivo principal de ésta, empezaremos a mencionar a Simonds quien define al Yo como un grupo de procesos (percibir, pensar, recordar) responsables “del desarrollo y la ejecución de un plan de acción destinado al logro de satisfacción, a modo de respuesta a impulsos internos”, y al “Si Mismo,” como las formas de reacción del individuo ante sí. Cuatro aspectos caracterizan al Si Mismo: a) cómo se percibe a si mismo la persona; b) qué piensa de si misma; c) cómo se evalúa y d) cómo intenta, mediante diversas acciones, engrandecerse o defenderse.

Symonds señala “que la persona puede no advertir tales percepciones, concepciones, evaluaciones y reacciones de defensa o de engrandecimiento. Es posible que de modo consciente haya concebido una idea de Sí Misma del todo opuesto a la que sustenta inconscientemente: puede no caer en la cuenta, por ejemplo, del hecho de que, cuando se percibe de cierta manera, está defendiéndose. Symonds previene al lector contra la creencia según la cual lo que un individuo dice acerca de si mismo constituye una exacta representación de sus verdaderos sentimientos y cita al respecto los experimentos de Wolf (The Experimental study of fro of expression, 1933,1935) y Huntley (1940) que demuestran que las autoevaluaciones conscientes no necesariamente concuerdan con las inconscientes”.¹

¹ Hall C. S. y Lindzey G. “La teoría del Si Mismo y la Personalidad”. Biblioteca del hombre contemporáneo. Editorial Paidós, 1ra. Edición 1974. Buenos Aires. Pp. 11.

Según Symonds, existe una considerable interacción entre el Sí Mismo y el Yo; si los procesos del Yo son eficaces al enfrentar tanto las exigencias internas como la realidad externa, la persona tiende a pensar favorablemente acerca de Sí Mismo; de modo similar, si la persona tiene una alta opinión de Sí Mismo, es muy probable que los procesos de su Yo funcionen eficazmente. Sin embargo, generalmente la eficacia del Yo debe ser demostrada en primer término para que el individuo pueda experimentar autoestima y confianza en sí mismo.

Lundholm ha establecido una útil distinción entre Si Mismo subjetivo y Si Mismo objetivo. Ambos están constituidos por símbolos, por ejemplo, palabras: primero, por aquellos en función de los cuales el individuo tiene conciencia de sí mismo; el segundo por aquellos mediante los cuales dicho individuo es descriptivo por otras personas. Es decir, el Si Mismo Subjetivo constituye “lo que pienso de mí”; el Si Mismo Objetivo, “lo que los otros piensan de mí”². Respecto del Si Mismo Subjetivo, Lundholm señala que no es fijo sino que se expande y se contrae de acuerdo con factores tales como la cooperación o el conflicto con los demás y el grado de esfuerzo psíquico requerido por el cumplimiento de determinada tarea; en cuanto al Yo, no lo menciona.

Sherif y Cantril definen el Yo como “una constelación de actitudes del tipo de lo que pienso de mí, lo que valoro, lo que es mío y aquello con lo que me identifico”³. Así definido, el Yo es el Si-Mismo-Como-Objeto, no el Yo agente de la teoría psicoanalítica. Según estos autores, “al margen de la constelación de tales actitudes yoicas, no existe entidad alguna que pueda ser identificada como el Yo”⁴. Implícitamente, sin embargo, su Yo es algo más que un Si-Mismo-Como-Objeto ya que una vez que se relaciona con el medio, el Yo motiva la conducta.

Bertocci prefiere abogar por el empleo de denominaciones diferentes para ambas acepciones. Bertocci denomina “Si Mismo al Yo-Como-proceso y Yo al Si-Mismo-Como-

² Idem. Pp. 14.

³ Idem. Pp. 14.

⁴ Idem. Pp. 14.

Objeto” lo que constituye una total inversión de la nomenclatura habitual. El Si Mismo de Bertocci consiste en la compleja y unitaria actividad de la sensación, la percepción, el deseo, el sentimiento y el pensamiento; es decir, el Yo de Freud. El Yo de Bertocci, en cambio, “consiste en un conjunto de valores que pueden llegar a ser incorporados en una forma de rasgos con los cuales el si mismo identifica su éxito, se asemeja a Yo de Sherif y Cantril”.⁵

Otra concepción del Si Mismo que ha tenido gran repercusión sobre el pensamiento psicológico contemporáneo es la de George Herbert Mead (1934), uno de los más influyentes filósofos sociales de nuestro siglo. Más que un sistema de procesos, el Si Mismo de Mead es “un objeto de conocimiento cuyo desarrollo sigue un cierto curso. Al principio el si mismo no existe; el individuo no puede iniciar directamente su propia experiencia ya que no es congénitamente autoconsciente. Puede considerar a otras personas como objetos pero no se concibe a si mismo inicialmente como objeto; no obstante, los demás reaccionan ante él como ante un objeto, reacciones éstas que si le es dado experimentar. Como consecuencia de tales experiencias, aprende a pensar acerca de si mismo como objeto y a adoptar actitudes y experimentar sentimientos respecto de si mismo; se responde como le responden los demás”.⁶ El Si Mismo de Mead socialmente estructurado solo puede aparecer en un ámbito en el que exista comunicación social. El individuo deviene si mismo en la medida en que es capaz de adoptar la actitud de otro y actuar respecto de si mismo actúa los demás.

Mead señala la posibilidad de desarrollo de muchos Si Mismos, cada uno de los cuales representa un conjunto más o menos separado de respuestas adquiridas a partir de diferentes grupos sociales; por ejemplo, el individuo puede desarrollar un Si Mismo familiar, representativo de la estructura de las actitudes expresada por los miembros de su familia, un Si Mismo escolar, representativo de las actitudes manifiestas por sus maestros y sus compañeros, y muchos otros.

⁵ Idem. Pp. 16.

⁶ Idem. Pp. 20.

Sin embargo, un autor importante que desarrolla una teoría acerca del desarrollo del Sí Mismo y su relación social es Eric Erikson quien formula su teoría de diferentes etapas descritas a continuación.

Erikson formula su teoría del desarrollo psicosocial basado en ocho etapas en las cuales el niño o la niña deberá superar ciertas dificultades en cada una de ellas, a la superación de éstas. Erikson considera que el niño está preparado para pasar a la siguiente etapa, a continuación se describirán con mayor detalle cada una de las ellas.

En la primera etapa Erikson afirma que durante el primer año de vida postnatal, el lactante afronta su primer desafío importante, cuya victoria ejerce un efecto profundo en todos los desarrollos ulteriores. El lactante se encuentra en el desgarrador dilema de confiar o desconfiar de las cosas y de la gente que lo rodea. El sentido de confianza se desarrolla, si las necesidades del lactante son satisfechas sin demasiada frustración. También determina el desarrollo de la confianza en el yo propio, seguridad de sí mismo. Sin embargo, el sentido de desconfianza se revela a través de la suspicacia, la introversión y una temerosa y angustiada preocupación respecto a la seguridad.

Erikson cree que si la relación entre madre hijo es mutuamente satisfactoria, el niño recibe aparentemente un sentido de “bienestar interno” a través de la interacción armónica con la madre, que no necesita reafirmarse continuamente. Por lo tanto engendra en el niño un sentido de ser aceptable o ser bueno y adorable, y éstos son los ingredientes esenciales del sentido de confianza básica y los niños adquieren la virtud de “esperanza” perdurable, una perspectiva optimista de la vida.

Erikson llama a la primera ritualización, la ritualización numinosa. Ocurre como resultado de las interacciones repetidas de la madre y el niño. La distorsión de la ritualización numinosa es lo que Erikson llama el ritualismo de la idolatría. La idolatría es una exageración de la veneración y el respeto. Paradójicamente puede tener como resultado la

sobreestimación del yo (narcisismo), por una parte, o la idealización de los demás, por la otra.

Con el desarrollo de las habilidades perceptuales y musculares, el niño consigue una creciente autonomía de acción (segunda etapa). Dos formas de enfrentarse con sus alrededor, aunque existieran previamente en forma primitiva, se vuelven maneras dominantes de comportamiento: aferrarse a las cosas y desprenderse de ellas. Estas son expresiones de la voluntad en desarrollo. Este paso de crecimiento puede poner al niño en conflicto con la gente importante en su vida.

Algunas actitudes se desarrollan durante esta etapa, cuando las necesidades de autonomía crean algunas crisis. La formación de esas actitudes dependen del grado de éxito con que se resuelve la crisis y como sale de ella el ego. Si una persona desarrolla el sentido de autonomía a un grado inusitado, demostrará las virtudes de valor, autocontrol y poder de la voluntad. En la autonomía los resultados favorables o desfavorables se comprenden mejor, según Erikson, en función de expresiones sanas o malsanas de la voluntad.⁷

La ritualización que sirve de ejercicio de la voluntad es llamada por Erikson la ritualización de la sensatez. Se refiere a las leyes, reglas, reglamentos, prácticas honradas y formalidad en la vida diaria. Una forma anormal de ritualización es el ritualismo de legalismo, preocuparse más por las letras que por el espíritu de la ley. O sea, abstenerse de participar en las interacciones sociales.

Entre los tres y los cinco años de edad, la necesidad de autonomía toma una forma más vigorosa, se vuelve más coordinada, eficiente, espontánea y dirigida hacia a un objetivo. En este período, el principal logro del ego, según Erikson es el sentido de iniciativa (tercera etapa) y fracasar en esta tarea se interpreta como culpabilidad. Las capacidades que maduraron en la etapa de autonomía continúan su maduración, pero los esfuerzos de la

autonomía toman ahora una gran actividad y dirección: emprendedora, dinámica,

⁷ Dicaprio, Nicolas, "Teorías de la Personalidad" Capítulo 5 , Editorial Mcgraw Hill, 2da. Edición 1989, México D.F. P.p. 145

planificadora. Siguiendo la idea freudiana de la sexualidad del niño, Erikson afirma que el intento de desarrollar un sentido de iniciativa adquiere un aspecto sexual, aun cuando al principio sea de carácter rudimentario. Su iniciativa sexual se transforma en modalidades de “capturar”, formas agresivas de arrebatarse o de hacerse atractiva y cariñosa.⁸

Los esfuerzos por la iniciativa, como la lucha por la autonomía, a menudo causan una colisión entre el niño y las personas con autoridad que pueden hacerlo sentirse culpable por entrometerse y afirmarse a sí mismo.

Erikson subraya que los niños usan la conducta de juego para enfrentar la crisis psicosocial de la edad de los juegos, es decir, iniciativa contra culpa. El juego capacita al niño para volver a vivir, corregir o simplemente recrear experiencias pasadas, como medios de aclarar lo que constituyen los papeles auténticos.

Erikson denomina autenticidad a la ritualización de la edad de los juegos (de tres a cinco años) que se refiere a las dramatizaciones de los papeles culturalmente aceptables, como un medio de resolver el conflicto entre iniciativa y culpa. La formación ideal del ego ocurre en esta etapa.

El ritualismo que puede resultar es la imitación, o la usurpación de papeles y actitudes falsas, los individuos pueden glorificarse, fingiendo tener atributos que no poseen. Otras formas de patologías que pueden resultar de la resolución fallida de la crisis de iniciativa son la represión del pensamiento y la inhibición de la actividad.

Con un sentido bien desarrollado de las etapas anteriores, el niño entra en la etapa de desarrollar la laboriosidad (cuarta etapa). Las fantasías e ideas mágicas de la infancia deben ceder el paso a la tarea de prepararse para papeles aceptables en la sociedad. El niño

⁸ Idem. P.p. 178

se familiariza con el mundo de las “herramientas” en el hogar y la escuela. Se puede describir al niño de esta edad como un aprendiz del arte de aprender las tareas de la edad adulta. El periodo de adiestramiento es, por lo general, bastante prolongado en las sociedades civilizadas, debido a que se espera mucho de cada individuo.

Aunque el aprendizaje antes de la edad de seis años se concentra principalmente en habilidades básicas, como hablar, caminar, los años escolares amplían estas habilidades para incluir el trabajo productivo, la vida social independiente y los comienzos de la responsabilidad personal. Erikson sostiene que si todo va bien durante este periodo entre los seis y doce años, el niño comenzará a desarrollar dos virtudes importantes: método y competencia.

La ritualización de la formalidad ocurre durante la edad escolar. El niño en crecimiento aprende habilidades apropiadas, ejecución metódica y patrones de perfección. El juego es transformado en trabajo. En contraste con la ritualización de la sensatez, que se refiere a la conducta moral y socialmente correcta, la ritualización de la formalidad tiene que ver con las formas apropiadas de hacer algo. Las habilidades para la solución de problemas y las estrategias que promueven un sentido de laboriosidad y competencia.

La búsqueda de la identidad (quinta etapa) es una expresión de uso frecuente que se ha asociado con el trabajo de Erikson. Erikson afirma que la búsqueda de la identidad, aun cuando sea una preocupación siempre presente a lo largo de toda la vida, alcanza su punto crítico durante la adolescencia, ya que en ésta hay muchos cambios significativos en toda la persona, pero especialmente en el yo.⁹ La identidad se refiere a una integración de papeles.

Debemos recordar que para Erikson la identidad del ego es una continuidad interna o igualdad interna; debe tomarse simplemente como un papel central del ego, que es

⁹ Idem. P.p. 185

aceptable para el individuo, para el círculo de personas importantes para él. El sentido de identidad puede considerarse desde el punto de vista de medición: puede ocupar un punto en un continuo con una profunda confusión de papeles en un extremo hasta un firme sentido de identidad en el otro. En realidad, un punto fijo no describe exactamente el estado de flujo de un fenómeno tan complejo como el funcionamiento del ego; un panorama mejor es una gama de sentimientos de identidad, que varían con las circunstancias internas y externas.

La formación del sentido de identidad del niño puede verse afectada en forma adversa a la laboriosidad: puede experimentar sentimientos de inferioridad debido a que comprende que las actividades de juego son sólo juego y que ser un adulto es una posición mucho más deseable.

Erikson denomina este periodo intermedio de inmadurez prolongada, moratoria psicosocial. Erikson ha utilizado el término moratoria psicosocial para designar algunas conductas muy desconcertantes de la adolescencia tardía y la edad adulta temprana. Se refiere a una rotura temporal con las demandas del curso psicológico de desarrollo. En su forma más pura, la moratoria es un cambio abrupto en la dirección de la conducta.

En esta época, el sentido de difusión de papeles o falta de identidad, esta en lo máximo; cuando se logra un sentido de identidad, se experimenta como un estado emocional placentero, como Erikson subraya: “Un sentido óptimo de identidad... se experimenta... como un sentido de bienestar psicosocial”. Sus concomitantes más evidentes son el sentimiento de estar a gusto en el propio cuerpo, una sensación de “saber a dónde va y una certeza interior del reconocimiento anticipado de quienes cuentan”¹⁰

¹⁰ Idem. P.p. 189

Erikson llama a la ritualización de este periodo ideología, la cual se refiere a la identificación con los ritos y patrones de la cultura.¹¹ A sí mismo atribuye dos virtudes humanas muy importantes, devoción y fidelidad, a la consecución de un sentido sano de identidad.

El ritualismo de esta etapa es el totalismo. Erikson dice: “el elemento ritualista reservado para la juventud lo he llamado totalismo, o sea la preocupación exclusiva con lo que parece incuestionablemente ideal dentro de un sistema hermético de ideas”¹².

Las interacciones sociales son significativas a lo largo de toda la vida, pero durante el estado adulto temprano (sexta etapa) alcanzan un punto crítico. La mayoría de las personas tienen un anhelo profundo de relacionarse íntimamente con una miembro del sexo opuesto y el matrimonio es el medio usual mediante el cual se satisface esta necesidad.

Erikson acepta la idea de Freud de que uno de los signos de madurez (o lo que Freud llamaba genitalidad) es la capacidad de amar. Amar verdaderamente exige cualidades como compasión, simpatía, empatía, identificación, reciprocidad y mutualidad. Estos son los aspectos sociales de la personalidad, sin lo cuales no puede haber intimidad.

Con el término genitalidad, Erikson, a igual que Freud, quiere significar algo más que una tensión biológica, como se demuestra en su descripción de ésta: implica a la persona completa y una interacción compleja entre los dos cónyuges; mantiene a la pareja unida como ninguna otra cosa puede hacerlo.

Erikson atribuye dos virtudes importantes a la persona que se ha enfrentado con éxito al problema de la intimidad: afiliación (formación de amistades) y amor (interés profundo en otra persona).

¹¹ Idem. P.p. 191

¹² Idem. P.p 191

La exageración de la ritualización afiliativa es la que Erikson llama el ritualismo del elitismo, que se refiere a un sentido de superioridad de un tipo o grupo de afiliaciones “esnobista”, formación de grupos “de moda”, un sentido de posición de grupo superior.

Freud sostenía que junto con la capacidad de amar, la capacidad de trabajar en forma eficaz es una señal de madurez. Erikson parece estar de acuerdo con ambos requerimientos, amar y trabajar, ha delineado una etapa de la vida que ha llamado generatividad (séptima etapa), para describir la necesidad de un trabajo y afecto sostenidos y productivos. El periodo comprende los años intermedios, de aproximadamente los 25 años a los 60 años de edad. Esta es la época en que el individuo alcanza la más completa madurez física, psicológica y social. El funcionamiento vigoroso requiere los logros de las etapas anteriores. Las personas tienen más que ofrecer durante estos años, un hecho bastante evidente es la crianza de una familia, la cual exige la máxima generosidad.

La falla en lograr generatividad (tomando en su sentido más amplio como productividad y creatividad en todas las esferas de la vida) es designada por Ericsson, estancamiento. Un sentido de estancamiento es un empobrecimiento personal. Las personas generativas encuentran significado en la utilización de sus conocimientos y habilidades para su propio bien; por lo general, les gusta su trabajo y lo hacen bien. Erikson atribuye dos virtudes muy importantes a la persona que ha alcanzado la generatividad: producción (trabajar creativa y productivamente) y afecto (trabajar para el beneficio de otros).

El adulto es un comunicador de ritos a la nueva generación, Erikson llama generacional a la ritualización del estado adulto maduro. El adulto asume una variedad de papeles, que incluyen ritualizaciones como maestro, guía paternalista, solucionador de problemas, proveedor y protector.

El ritualismo de esta etapa es lo que Erikson llama autoritarismo y se refiere a la suposición autoconvencida o espuria de la autoridad.

La octava y última etapa de la vida, en el esquema de Erikson, abarca de los 60 años a la muerte, la integridad del ego, que es la tarea principal de este periodo, implica una unificación de toda la personalidad, con el ego como principal fuerza determinante, aunque Erikson no ha detallado realmente esta etapa, pareciera semejarse a la idea de Jung de proceso de individuación, la consecución completa de la personalidad.

Erikson se refiere a la ritualización de la ancianidad como la integral, por lo que parece significar la unificación de los objetivos de la vida. Los ancianos son la personificación de la sabiduría tradicional de una cultura particular. El ritualismo de la ancianidad es el sapientismo, que es la pretensión insensata de ser sabio.¹³

En resumen, y de acuerdo a Ericsson las etapas son: confianza, autonomía, iniciativa, laboriosidad, identidad, productividad, generosidad e integridad del ego, y en cada una se establece un equilibrio entre ritualismo y ritualización.

Por otra parte tenemos la teoría del Sí Mismo de Carl Rogers quien desarrolla su teoría basado en la realidad subjetiva y no tanto de la realidad externa como lo hace Erikson, sin embargo este punto de vista nos ayuda a comprender desde diferentes perspectivas la formación del ego del ser humano en el transcurso de su vida.

Si bien Rogers no parece destacar los constructos estructurales, prefiriendo dedicar su atención a los cambios y al desarrollo de la personalidad, dos de aquellos son de importancia fundamental, para su teoría y se pueden considerar la base sobre la que se asienta toda ella; son el Organismo y el Si Mismo.

El Organismo desde el punto de vista psicológico, es el centro de cualquier experiencia que incluya todo aquello que ocurre internamente en el organismo y esta en potencia abierta a la conciencia en un determinado momento. Esta totalidad experiencial constituye el campo

¹³ Idem. P.p. 193

fenoménico. “No se puede conocer sino por medio de inferencias empáticas y, por lo tanto, nunca es posible un conocimiento perfecto” (Rogers, 1959, Pág. 210).¹⁴

El modo como el individuo se comporta depende del campo fenoménico (la realidad subjetiva) y no de condiciones estimulantes (la realidad externa). Es de advertir que el campo fenoménico no es idéntico al de la conciencia, “Esta es la simbolización de parte de nuestra experiencia” (Rogers, 1959, Pág. 198).¹⁵ En un determinado momento, así pues, el campo fenoménico se compone de experiencias conscientes (simbolizadas) e inconscientes (no simbolizadas). No obstante, el organismo puede discriminar y reaccionar ante una experiencia simbolizada.

Es posible que la experiencia no se represente de un modo correcto y en dicho caso el sujeto se desempeñará inadecuadamente. Empero, todos tendemos a confrontar nuestras experiencias simbolizadas con el mundo tal como es. Esta verificación de la realidad le proporciona un confiable conocimiento del mundo que le permite conducirse con realismo. Algunas percepciones, sin embargo, son incorrectamente verificadas o no lo son del todo, esas experiencias pueden inducir al individuo a asumir una conducta carente de realismo e incluso a obrar en su propio detrimento. Aunque Rogers no se ocupa especialmente del tema de la verdadera realidad, es obvio que toda persona debe tener, en alguna medida, la noción de un criterio impersonal o externo de realidad: de lo contrario, no podría confrontar el cuadro interno con el cuadro objetivo de la realidad.

¹⁴ Hall C. S. y Lindzey G. “La teoría del Si Mismo y la Personalidad”. Biblioteca del hombre contemporáneo. Editorial Paidós, 1ra. Edición 1974. Buenos Aires. Pp. 35.

¹⁵ Idem. Pp. 35.

“El Organismo es en todo momento un sistema organizado total; la modificación de cualquier parte puede producir cambios en cualquier otra”¹⁶ Rogers rechaza el atomismo y la segmentación a favor de la teoría gestáltica.

Por otra parte, el Si Mismo es, desde luego, uno de los constructores centrales de la teoría rogeriana y el autor ha hecho un interesante relato del modo como aquel apareció.

“Hablando de mi persona: comencé mi labor con la idea preestablecida de que el “Si Mismo” era un término vago, ambiguo, científicamente sin sentido que había desaparecido del vocabulario psicológico al mismo tiempo que lo habían hecho los psicólogos introspeccionistas. En consecuencia fui tardo en admitir que, cuando se les daba la oportunidad a los clientes de expresar sus propios problemas y sus actitudes con sus propios términos sin orientación o interpretaciones, tendían a hablar en función del Si Mismo.... Parecía evidente.... que este era un elemento importante en la experiencia del cliente y que de modo curioso su objetivo era llegar a ser el “verdadero si mismo” (1959, Pág. 200-201)”¹⁷

Además del Si Mismo tal como es (la estructura del si mismo), existe un Si Mismo ideal que representa lo que la persona desearía ser.

La significación fundamental de los conceptos estructurales –Organismo y Si Mismo-- para la teoría rogeriana queda de manifiesto en su exposición de la congruencia y la incongruencia entre el Si Mismo tal como es percibido y la experiencia real del Organismo. Cuando las experiencias simbolizadas que constituyen el Si Mismo reflejan fielmente las experiencias de Organismo, entonces se dice que la persona está bien ajustada, ha alcanzado madurez y funciona por completo. Esa persona acepta la gama total de la experiencia organísmica sin temores ni ansiedades y es capaz de pensar de un modo realista. La incongruencia entre el si mismo y el organismo le hace sentirse al individuo

¹⁶ Idem. Pp. 37.

¹⁷ Idem. Pp. 38.

amenazado y ansioso, por lo cual se comporta defensivamente y su pensamiento se constriñe y se vuelve rígido.

En la teoría de Rogers están implícitas otras dos manifestaciones de congruencia-incongruencia. Una subjetiva (el campo fenoménico) y la realidad externa (el mundo tal como es). Otra es el grado de correspondencia entre el Si Mismo y el Si Mismo ideal. Si la discrepancia entre ambos es excesiva, el sujeto está insatisfecho y mal ajustado.

Los principales puntos de interés de Rogers son: como la incongruencia evoluciona y como el Si Mismo y el Organismo se pueden tornar más congruentes.

El Organismo se realiza de acuerdo con la orientación trazada por la herencia. A medida que madura, deviene más diferenciado, se expande con mayor amplitud, se vuelve más autónomo y más socializado. Esta tendencia básica de crecimiento a realizarse y expandirse se advierte con especial claridad durante prolongados periodos de observación del individuo. En la vida de todos existe un movimiento propulsor y esa tendencia a progresar es precisamente la única fuerza en la que el terapeuta puede confiar para lograr la mejoría del cliente.

Rogers agrega un nuevo aspecto al concepto de desarrollo cuando advierte que la tendencia a progresar sólo puede operar en los casos en que las posibilidades han sido percibidas con claridad y simbolizadas adecuadamente.¹⁸ Nadie puede realizarse si no es capaz de discriminar entre las formas de conducta progresivas y regresivas; no hay voz interior alguna que le indique el camino del progreso ni necesidad orgánica que lo empuje hacia delante. Si bien antes de elegir debe conocer, cuando conoce elige siempre el crecimiento y no la regresión.

“La conducta es básicamente el esfuerzo intencional del Organismo por satisfacer sus necesidades tal como las experimenta, en el campo tal como lo percibe. El hecho de que esta proposición aluda a “necesidades” múltiples no contradice la noción de motivo único,

¹⁸ Idem. P.p. 41

aunque las necesidades son muchas cada una de ellas está subordinada a la tendencia básica del organismo, es decir, a la tendencia a mantenerse y desarrollarse”.¹⁹

Rogers en tanto emplea las frases calificativas “tal como las experimenta” y “tal como las percibe”, permanece fiel a su posición fenomenológica, no obstante, cuando examina este postulado admite que las necesidades, aunque no sean experimentadas de modo consciente (adecuadamente simbolizadas), pueden originar conductas apropiadas.

A pesar de la índole monista de la teoría motivacional de Rogers, este ha señalado dos necesidades: la de respeto y la de autorrespeto. Se trata en ambos casos de necesidades aprendidas. La primera se desarrolla en la infancia como consecuencia del amor y cuidado que se tiene por el bebe; la segunda se establece en virtud de la consideración positiva que el bebe recibe de los demás.

En el Sí Mismo posee la tendencia innata a realizarse a si mismos, están también sujetos a fuertes influencias del ambiente y, en especial, del medio social, Rogers, disintiendo de otros teóricos con bases clínicas como Freud, Sullivan y Erikson, no proporciona un cuadro programado de los diferentes estadios mas importantes por los que una persona atraviesa a lo largo de su vida desde la infancia hasta la madurez. En lugar de ello, centra su atención sobre los modos en los que las evaluaciones de una persona realizadas por otros, en especial durante la niñez, tienden a separar las experiencias del Organismo de las del Si Mismo.

Si esas apreciaciones fueran todas sólo de signo positivo (lo que Rogers denomina respecto incondicional positivo), entonces no existiría separación o incongruencia entre el organismo y el si mismo, Rogers afirma: “Si una persona tuviera que experimentar solo respeto incondicional positivo, en tal caso no desarrollaría ninguna condición de valor, el

¹⁹ Idem. Pp. 42.

autorrespeto sería incondicional, las necesidades de positivo respeto y autorrespeto no estarían nunca en contradicción con la evaluación organísmica y este sujeto continuaría estando bien ajustado psicológicamente y funcionando del todo”.²⁰

Negar una experiencia no equivale a ignorarla. La negación implica falsificación de la realidad y sea sosteniendo que no existe o percibiéndola de manera distorsionada. Un individuo puede negar sus sentimientos agresivos porque resultan incompatibles con su autoimagen de persona pacífica y amistosa; en tal caso, existe la posibilidad de que los sentimientos negados se expresen mediante una simbolización deformada, por ejemplo, su proyección sobre otras personas. Rogers señala que a menudo la gente tercamente alimenta y aún magnifica una autoimagen por completo distinta de la imagen real.

Debido a esto, existe una brecha ente el Si Mismo y el Organismo que termina en defensividad y deformación, que también afecta a las relaciones con otras personas. Quien es defensivo tiende a ser hostil con otros cuya conducta, ante sus ojos, representa sus propios sentimientos negados.

Para esta brecha entre el Si Mismo y el Organismo, y entre aquél y los demás esta teoría propone tres condiciones o principios de solución:

- Ψ “En ciertas condiciones, que implica principalmente una ausencia total de amenazas para la estructura del si mismo, se pueden percibir y examinar experiencias incompatibles, y se puede revisar la estructura del si mismo para asimilar e incluir tales experiencias”,²¹
- Ψ “Cuando el individuo percibe y acepta en un sistema coherente e integrado todos sus experiencias sensoriales y viscerales, necesariamente comprende más a los demás y los acepta como personas diferenciadas”,²²

²⁰ Idem. Pp. 45.

²¹ Idem. Pp. 49.

²² Idem. Pp. 49.

Ψ “A medida que el individuo percibe y acepta más experiencias orgánicas en su estructura del Si Mismo, encuentra que está reemplazando su actual sistema de valores ---basado en gran medida en introyecciones simbolizadas de manera distorsionadas-- por un proceso continuo de evaluaciones organísmicas”.²³

En relación con estos, Rogers examina la posibilidad de que un proceso de esta índole, de continua evaluación de las propias experiencias en función puramente personal, conduzca a la anarquía social, y sostiene que no existe riesgo. Todos los individuos tienen, básicamente las mismas necesidades, incluyendo la de ser aceptados por los demás.

Después de haber abordado las diferentes perspectivas sobre el desarrollo del Sí Mismo, debemos tomar en cuenta otro aspecto de suma importancia en esta investigación. Psicopatología y Estigmatización, términos que son tomados como contraparte de la evolución inadecuada del desarrollo de la Autopercepción y que en muchas ocasiones en nuestra sociedad son denominados como locura y normalidad, sin embargo, para entender esto debemos tomar en consideración lo siguiente:

En primer lugar, es necesario establecer el concepto de normalidad. De acuerdo con el diccionario de la Real Academia, la palabra proviene del latín *normalis* (regular) y dentro de sus acepciones se encuentran las siguientes: “1. adj. dicho de una cosa que se halla en su estado natural; 2.adj. Que sirve de norma o regla; 3.ad,. dicho de una cosa que, por su naturaleza, forma o magnitud, se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano”²⁴.

Según ciertos autores se plantea que las definiciones de normalidad pueden ser abarcadas desde cuatro perspectivas: “normalidad como salud –que implica la ausencia de síntomas-- ; normalidad como utopía – un estado difícil de alcanzar por la mayor parte de la gente--;

²³ Idem. Pp. 50.

²⁴ Coromías J. “Breve diccionario etimológico de la lengua castellana”. Edit. Gredos, 3ra. Edición 1973. (10ª. impresión), Madrid 2000. P.p. 15

normalidad como promedio o media – la normalidad es la media y los extremos una desviación—y la cuarta, que entiende la normalidad como un sistema “transaccional” que enfatiza la conducta normal como resultado de la interacción de los sistemas que cambian a lo largo del tiempo y que implica el constante cambio de los individuos y del contexto en el que viven”²⁵ esta perspectiva contempla las diferencias individuales que incluyen el temperamento y las experiencias únicas para cada sujeto junto con los patrones sociales, incluyendo los determinados históricamente; los patrones particulares adoptados con respecto a la adaptación o al trastorno estarían ligados a la manera en la que se relaciona el sujeto con el medio social a lo largo del tiempo.

Quizás uno de los mejores indicadores del humanismo y democracia de una sociedad sea el modo en que se trata a los desfavorecidos y su capacidad para integrarlos. Cuando pensamos en minorías solemos pensar en minorías económicas, étnicas, de género..., difícilmente pensamos en quienes padecen una enfermedad que limita sus posibilidades de integración, y que constituyen una minoría, y sin embargo es así, singularmente en el caso de quienes padecen una enfermedad mental.

Sería un error creer que el psicótico está condenado por naturaleza a la marginación y segregación social. Podemos recordar la presencia de muchos psicóticos en la sociedad antigua, de predominancia rural y logística, en un lugar marginal, sí, pero no por ello un no lugar de total segregación. ¿Quién que tenga cierta edad no recuerda al “loco del pueblo”, del barrio o al “loco de la guerra”?

Finalmente, es importante decir que siempre la línea entre lo normal y la patología se relaciona con la frecuencia e intensidad con la que aparecen conductas, sentimientos, pensamientos o eventos que pueden formar parte del proceso normal del desarrollo.

²⁵ del Bosque Garza, Jesús y otros “Psiquiatría-4” Libro 8: Adolescencia: límites entre la normalidad y la anormalidad. Asonciación Psiquiátrica Mexicana A.C. Editores Intersistemas, Mexico 2004. P.p. 23

Esquizofrenia, el CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades de la OMS) la incluye como un trastorno mental. En el prologo Español al Capítulo V – Trastornos Mentales y del Comportamiento, el Dr. Juan J. López-Ibor Aliño aclara el por qué de la elección del término del trastorno (y no enfermedad o cualquier otra): porque “conserva la ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento” (...) “con independencia de que en su día se conozcan mejor los fundamentos biológicos, psicológicos o sociales que condicionan su etiopatogenia. Trastorno es la única palabra que tolera ambigüedad...”²⁶

Al decir que el trastorno es mental tampoco se prejuzga la participación relativa de factores cerebrales y psíquicos (o psicológicos).

En lo que respecta a la esquizofrenia, ésta “se caracteriza por distorsiones... de la percepción, del pensamiento y de las emociones” (embotamiento o inadecuación de las emociones)²⁷.

En general, se conserva tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos.

El enfermo puede creer que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Es frecuente la perplejidad y puede acompañarse de la creencia de que situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio sujeto.

²⁶ CIE-10 “Trastornos Mentales y del Comportamiento” Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 1992. P.p. 5

²⁷ Bendfeldt Zachrisson, Fernando “Documento Examen del Estado Mental” Postgrado de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, junio 1981.

La expresión verbal a veces es incomprensible, pero no siempre. Puede haber bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento.

La efectividad suele ser superficial, caprichosa o incongruente. Es frecuente la ambivalencia afectiva (sentimientos positivos y negativos hacia una misma persona). La voluntad puede verse afectada por inercia, negativismo o estupor. En algunos casos hay síntomas catatónicos (ausencia de movilidad y de voluntad, o voluntad férrea de permanecer inmóvil).

Frecuentemente es un trastorno crónico, muchas veces se desarrolla episódicamente (en brotes) con estados asintomáticos entre los episodios. En su evolución pueden producir deterioro. Algunos casos (algunos casos en distinta proporción en las diferentes culturas y poblaciones) evolucionan hacia una recuperación casi completa.

No se han identificado síntomas protognomónicos, pero ciertos fenómenos psicopatológicos, sobre todo cuando se dan asociados entre sí, pueden llegar a tener valor diagnóstico.

Las personas con una personalidad paranoide proyectan sus propios conflictos y hostilidades hacia otros. Son generalmente frías y distantes en sus relaciones. Tienden a encontrar intenciones hostiles y malévolas detrás de los actos triviales, inocentes o incluso positivos de otras personas y reaccionan con suspicacia a los cambios en las situaciones. A menudo, las suspicacias conducen a conductas agresivas o al rechazo por parte de los demás (resultados que parecen justificar sus sentimientos originales).

Los que tienen una personalidad paranoide frecuentemente intentan acciones legales contra otros, especialmente si se sienten indignados con razón. Son incapaces de ver su propio papel dentro de un conflicto. Aunque suelen trabajar en relativo aislamiento, pueden ser altamente eficientes y concienzudos.

A veces las personas que ya se sienten alienadas a causa de un defecto o una minusvalía (como la sordera) son más vulnerables a desarrollar ideas paranoides.

Las personas con una personalidad esquizoide son introvertidas, ensimismadas y solitarias. Son emocionalmente frías y socialmente distantes. A menudo están absortas en sus propios pensamientos y son temerosas de la aproximación e intimidad con otros. Hablan poco, son dadas a soñar despiertas y prefieren la especulación teórica a la acción práctica. La fantasía es un modo frecuente de enfrentarse a la realidad.

Las personas con una personalidad esquizotípica, al igual que aquellas con una personalidad esquizoide, se encuentran social y emocionalmente aisladas. Además, desarrollan pensamientos, percepciones y comunicaciones insólitas. Aunque estas rarezas son similares a las de las personas con esquizofrenia, y aunque la personalidad esquizotípica se encuentra a veces en la gente con esquizofrenia antes de que desarrollen la enfermedad, la mayoría de los adultos con una personalidad esquizotípica no desarrolla esquizofrenia. Algunas personas muestran signos de pensamiento mágico (la idea de que una acción particular puede controlar algo que no tiene ninguna relación con ella). Por ejemplo, una persona puede creer que va a tener realmente mala suerte si pasa por debajo de una escalera o que puede causar daño a otros teniendo pensamientos de ira. La gente con una enfermedad esquizotípica puede tener también ideas paranoides.

“Si las personas que han padecido episodios de enfermedad mental o locura fuesen tratadas como casos nuevos cada vez que los sufren, tal vez los superarían con mayor ánimo”²⁸

No creemos escuchar en esas palabras una crítica al conocimiento sobre la enfermedad, sino un reclamo al reconocimiento de su singularidad. Es mas, creemos que si las personas

²⁸ Kolb, Lawrence C. “Psiquiatría Clínica Moderna” Ediciones Copilco, S.A. de C .V. Tercera Reimpresión. México 1992. P.p. 1016

que padecen una enfermedad mental grave fueran tratadas, no sólo por el personal sanitario sino por sus familiares y el conjunto de la sociedad, como personas y no solamente como enfermos mentales, sus perspectivas serían mejores.

También es cierto que <<una cierta cantidad de estigmatización es inevitable. Alguien que sufra un accidente y pierda un brazo tendrá siempre una cierta cantidad de estigmatización sobre él>>

Pero aún así, en la mayoría absoluta de las psicosis se puede llegar mucho más allá en la integración social que en la actualidad. Eso requiere del trabajo del estado, los profesionales de la salud mental, las familias y las personas con psicosis, y de la colaboración del conjunto de la sociedad. ¿Para qué? Para mejorar la calidad de vida de los pacientes, de sus familias y de la sociedad en la que todos vivimos, y para no “ser cómplices del no derecho, de la desigualdad, de la muerte cotidiana del hombre.

Tercero, la Psicoterapia de Apoyo en general es la técnica más empleada en el abordaje de estos casos, siendo de una gran utilidad sobre todo en cuadros agudos. En la mayoría de ocasiones no se reconoce una base teórica única en su aplicación, recurriendo a aspectos parciales de cada una de las anteriores escuelas de pensamiento en función de las necesidades particulares del caso. Por este motivo muchas veces se habla de orientación ecléctica en estos abordajes.

Resulta básico crear una atmósfera favorable propicia para una buena relación terapeuta-paciente, donde este último se sienta con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. A partir de aquí pueden ofrecerse explicaciones así como se intenta clarificar el problema e identificar posibles conflictos asociados o latentes. Con la ayuda profesional se investigan posibles soluciones, haciendo especial hincapié en la realidad objetiva, saliendo al paso de posibles distorsiones de ella, así como se intentan reforzar las defensas del "Yo" del paciente (los mecanismos psicológicos para defenderse de la ansiedad y adaptarse). Todo ello se acompaña de estímulos para incentivar el cambio

personal en los estilos de vida más desadaptados. En muchas ocasiones se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente, no solamente en aspectos meramente emocionales y personales sino también familiares. El riesgo derivado de ello, y que se intenta evitar, sería generar una relación de dependencia extrema entre el paciente y el terapeuta.

En general, este tipo de psicoterapia suele asociarse a la prescripción y control de medicación psicotrópica, dependiendo la frecuencia de las sesiones tanto de las propias necesidades del paciente.

El término "Terapia de Apoyo" se ha empleado en la literatura con dos sentidos bastante diferentes. Durante muchos años la terapia de apoyo fue caracterizada como un tratamiento indicado para los pacientes más trastornados ellos que deben ser instruidos, tranquilizados y apoyados por una persona fuerte que no estaban capacitados para recibir una terapia intensiva cual se consideraba, de forma casi universal, como el tratamiento adecuado para cualquiera que fuese lo suficientemente inteligente e íntegro como para participar en él. Esto último ha sido denominado de forma diversa: "terapia orientada psicodinámicamente, terapia psicodinámica, terapia exploradora y terapia expresiva, término éste que será el que emplee. En los estudios sobre los agentes psicofarmacológicos, se menciona a menudo la Terapia de Apoyo. En este contexto, el término parece referirse a medidas estimulantes vagas y poco específicas"²⁹. La segunda definición de Terapia de Apoyo, desarrollada en años recientes, describe una aproximación orientada psicoanalíticamente que es adecuada para una amplia variedad de problemas. La Terapia de Apoyo difiere del tratamiento exploratorio o expresivo en importantes consideraciones técnicas. El estilo es dialogado. La relación paciente-terapeuta es de una naturaleza real y generalmente no se analiza. Normalmente se apoyan las defensas, a menos que sean desadaptativas.

²⁹ Pinsky, Henry. "Introducción a la Psicoterapia de Apoyo". Traducido por Víctor M. Arnáiz Adrián. Editorial Desclée Brouwer, S.A. Bilbao 2002. P.p. 311

La adquisición del insight conforma un objetivo importante. Se realizan esfuerzos para minimizar la frustración y la ansiedad en la terapia, aunque no siempre sea posible evitar totalmente la incomodidad.

La Terapia de Apoyo emplea medidas directas para reducir los síntomas para mantener, restaurar o mejorar la autoestima, las funciones del yo y/o habilidades adaptativas. La autoestima implica la sensación de eficacia, confianza, esperanza y auto-respeto.

Las habilidades adaptativas son acciones vinculadas con un funcionamiento efectivo. “El límite entre las funciones yoicas y las habilidades adaptativas no está definido de forma concisa. La evaluación de los eventos, por parte del paciente, conforma una función del yo; la acción que emprende con base a dicha una evaluación constituye una habilidad adaptativa”³⁰.

En resumen, los autores de la Psicología del Yo plantean que el psicoanálisis propone un método específico que tiene que ver con la experiencia emocional en el aquí y ahora de la sesión psicoanalítica, de los afectos y su relación con objetos internos, así como su actualización en la transferencia (insight ostensivo). A lo que seguiría un segundo paso (insight descriptivo) en el que se comprenderían en profundidad el origen de los conflictos y sus consecuencias en la personalidad del paciente. Sin embargo todo este proceso podría no ser eficaz, es decir, podrían existir resistencias de diverso origen que impedirían el cambio. De acuerdo con Freud, se requeriría una convicción adicional del paciente para crear nuevas maneras de satisfacción.

Desde un punto de vista de las relaciones objetales, lo que promueve el insight es el proceso mediante el cual se toma conciencia de que el odio proyectado pertenece al propio yo, y de que el objeto atacado es también el objeto idealizado bueno. Esta integración del objeto y del yo lleva a un nuevo proceso, esta vez de duelo, en el que se activan los

³⁰ Coderech, Joan. “Teoría y Técnicas de Psicoterapia Psicoanalítica”, Editorial Herder, Segunda Edición, Barcelona 1990. P.p. 112

sentimientos de culpa y angustia depresiva así como de esperanza y reparación. El dolor depresivo inaugura una nueva experiencia emocional y cognitiva que tendrá profundas consecuencias en la comprensión del mundo y del sí mismo. Desde la óptica que nos interesa, lo que Klein señala, es que insight implica promover una conciencia particularmente intensa de las emociones así como de los objetos internos a los cuales están vinculados. Esta toma de conciencia supone necesariamente una vivencia emocional. En un segundo momento, y en forma similar a lo planteado por Strachey respecto de la interpretación mutativa, se produce una conexión entre el odio y los objetos internalizados arcaicos del sujeto, en el cual se atribuye en forma más realista el origen de estos sentimientos (el self) y se comprende como han sido proyectados con el fin, entre otros, de descargarse y controlar al analista.³¹

Para terminar quisiera puntualizar lo que me ha parecido central en esta revisión:

- Ψ El insight es un concepto que cruza el psicoanálisis desde sus comienzos, si bien no fue utilizado explícitamente por Freud.
- Ψ El insight es un conocimiento que permite tener una visión nueva y distinta de nosotros mismos. Es un proceso y al mismo tiempo la meta del tratamiento.
- Ψ La teoría de las relaciones objetales señala al mismo tiempo el grado de profundidad del proceso de insight. Algunos autores aluden a este aspecto oponiendo el insight dinámico al intelectual y emocional, o el insight psicoanalítico en oposición al insight orientado a la realidad.

³¹ Singer, Erwin. "Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia" Fondo de Cultura Económica, México. 1975 P.p. 32

Como conclusión, me parece que las dimensiones fundamentales del insight desde una perspectiva psicoanalítica son la conciencia de los conflictos inconscientes y la adecuada comprensión de éstos.

El concepto de insight tiene diversos significados, que van desde conciencia de anormalidad hasta un conocimiento nuevo y distinto de nosotros mismos. Mientras la psiquiatría fenomenológica privilegia el primer sentido, la psiquiatría psicoanalítica lo utiliza en el segundo sentido. Por otra parte, el concepto de insight tiene diversas dimensiones temporales, ya que se ha considerado tanto un momento privilegiado de claridad y comprensión, como un proceso de larga duración en el que se suman momentos de confusión y momentos de mayor comprensión. Tanto la psiquiatría fenomenológica como psicoanalítica se inclinan más por el concepto de un proceso, en el que más que un gran descubrimiento hay una cadena de pequeños descubrimientos. Es claro que en este proceso se requiere la activación de diversas funciones yoicas, así como un grado de comprensión y compromiso por parte del paciente en relación a la finalidad del tratamiento. No es infrecuente que el analista se sorprenda muchas veces con pacientes que están plenamente de acuerdo con el contrato terapéutico pero que actúan de un modo completamente irresponsable boicoteando su tratamiento o utilizándolo para gratificar aspectos perversos.

Alrededor del insight existen numerosas interrogantes. Quizás la más importante se refiere al papel que juega en el cambio terapéutico. Hay autores que cuestionan que el insight sea el responsable del cambio. En este sentido nos parece que uno de los beneficios de una disección de las dimensiones del insight tiene que ver con la posibilidad de poder hacer hipótesis predictivas de la respuesta al tratamiento basadas en la evaluación del insight antes y después de éste. Así, por ejemplo, se podría diseñar una entrevista al inicio del tratamiento en que se evalúen en forma precisa dimensiones tales como la capacidad de auto-observación, la capacidad de fantasía, la capacidad de atribuir eventos conflictivos de la vida a sí mismo, etc., y determinar si el cambio terapéutico se correlaciona con el nivel

de insight inicial o con cambios de éste a lo largo de la terapia. En esta misma línea Akhtar si bien no se centra en el concepto de insight, describe cuáles son los ingredientes de una "mente con disposición psicológica" que habría que considerar al momento de indicar una psicoterapia, mencionando entre ellos:

1. La capacidad para una auto-observación reflexiva.
2. El interés en la propia vida mental.
3. Una creencia en la causalidad psíquica.
4. Una capacidad para aceptar la ambigüedad y lo imprevisible y azaroso de la realidad externa.
5. Una capacidad para captar significados simbólicos.

Aun cuando algunos elementos de la mente con disposición psicológica se superponen a las dimensiones del insight descritas, es claro que el insight alude tanto al proceso y sus condiciones necesarias, como al resultado de ese proceso, cual es el conocimiento nuevo y distinto de nosotros mismos. El insight, como un constructo complejo que incluye diversos niveles de conocimiento así como diversas funciones y condiciones para tener éxito en el proceso, es un término que se ha mantenido en el tiempo ya que representa la profunda tensión entre descubrir y pensar. Pensamos para descubrir y descubrimos para pensar.

Es por eso que la Percepción de Sí mismo en pacientes Esquizofrénicos y Paranoides de sexo masculino de 25 a 40 años de edad del Hospital Nacional de Salud Mental zona 18 cuyo internamiento obedece a Problemas Legales, en el año 2008, tiene como objetivos el: Coadyuvar en el proceso de rehabilitación y mejora del tratamiento de pacientes Esquizofrénicos y Paranoides del Hospital Nacional de Salud Mental zona 18. Establecer la Percepción de Sí Mismo de pacientes Esquizofrénicos y Paranoides de sexo masculino de edades de 25 a 40 años cuyo internamiento obedece a Problemas Legales del Hospital Nacional de Salud Mental. Contribuir a la mejora del Autoconcepto de Sí Mismo de pacientes Esquizofrénicos y Paranoides de sexo masculino del Hospital Nacional de Salud

Mental cuyo internamiento obedece a problemas legales. Y Comprobar la eficacia de la Psicoterapia de Apoyo en pacientes Esquizofrénicos y Paranoides de sexo masculino del Hospital Nacional de Salud Mental cuyo internamiento es por Problemas Legales

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

El Hospital Nacional de Salud Mental atiende a población de ambos sexos comprendidos entre las edades de 15 a 85 años de edad. Los pacientes allí atendidos son remitidos por familiares, cónyuges, padres o en algunos casos por motivos legales por orden de un juez competente quienes según su punto de vista ameritan su asistencia al centro debido a trastornos de la conducta y/o mental que de alguna manera, ésta problemática altera la funcionalidad de la persona misma como la funcionalidad de la familia y la comunidad donde habita.

En cuanto a los pacientes que en este caso son parte del estudio, la mayoría está ingresada en el Servicio No. 4 del mismo centro hospitalario que hasta la fecha cuenta con 19 pacientes de diferentes diagnósticos y edades cuyo ingreso ha sido por orden de Juez o autoridades de su comunidad, que desde su punto de vista su conducta altera el funcionamiento de la comunidad.

La muestra objeto de estudio comprendió 10 pacientes ingresados por problemas legales o por orden de un juzgado, comprendidos entre las edades de 25 a 40 años, sexo masculino, con diagnóstico de Esquizofrenia o Paranoia, no importando su religión, estado civil, y nivel de educación con el fin de conocer la relación que existe entre la Percepción de Sí Mismo y la Psicoterapia de Apoyo.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Todo trabajo de investigación debe tener lineamientos y bases técnicas sólidas que lo respalden, pues su validez y objetividad dependen en gran parte de éstos, siempre tomando

en cuenta la ética que brota del carácter social de toda investigación.

En el presente estudio se utilizó investigación asociativa, valiéndose para el mismo de las técnicas e instrumentos descritos a continuación.

Se consideró importante la observación registrada dentro del servicio número 4 del Hospital Nacional de Salud Mental con el fin de describir el desenvolvimiento del paciente con sus demás compañeros y personas que lo rodean.

Los instrumentos utilizados en el proceso de investigación son básicamente:

- Ψ Examen Mental del Dr. Bendfeldt Zachrisson: Examen mental elaborado por Médico Psiquiatra guatemalteco, quien lo define como: “un método y un procedimiento de colección sistemática de observaciones del comportamiento, el afecto y las operaciones mentales de un individuo que organizadas permitirán una comprensión más íntegra de los aspectos funcionales o de base orgánica que este pueda presentar en un determinado período” cuyo elementos a considerar son; el pensamiento, la percepción, el lenguaje, la orientación, el afecto y estado de ánimo, la memoria, la abstracción, el vocabulario y el juicio.
- Ψ Psicoterapia de Apoyo: técnica de estilo dialogado, cuya relación paciente-terapeuta es de naturaleza real y generalmente no se analiza.
- Ψ Entrevista: técnica que permite la obtención de información directa con el paciente a través del diálogo.
- Ψ Cuestionario de Autopercepción: consiste en una serie de 15 preguntas divididas en dos partes. Primera parte con 10 interrogantes con la finalidad de obtener la opinión acerca de sí mismo del paciente y la segunda parte con 5 interrogantes para obtener la importancia de la Psicoterapia de Apoyo en su tratamiento.

CUESTIONARIO AUTOPERCEPCIÓN

PRIMERA PARTE

PREGUNTA	ELABORACIÓN	CRITERIO DE EVAL.
¿Cómo se siente usted hoy?	Autoestima.	Bien Regular Mal
¿Se considera una persona con una enfermedad mental?	Autoevaluación.	Si No
¿Con quienes vivía antes de estar en este hospital?	Estructura Familiar	Padres Hermanos Familia Solo
¿Qué problemas ha causado en su familia esta situación?	Autopercepción.	Económico Separación Conflictos de relación
¿Cómo le afecta personalmente el hecho de saber que es un enfermo mental?	Autoestima.	Económicamente Emocionalmente familiarmente
¿Qué problemas ha causado en su vida el estar recluso en este centro hospitalario?	Autopercepción.	Económicos Familiares Todos
¿Describa como era antes de saber que padecía una enfermedad mental?	Autopercepción.	Feliz Triste Agresivo Retraído

¿Describa como se considera ahora?	Auto percepción.	Enfermo mental No acepta enfermedad
¿Se acepta tal como es ahora?	Auto concepto.	Si No
¿Qué es para usted lo más importante en este momento?	Auto visión.	La salud Libre
	SEGUNDA PARTE	
¿Cómo le parecen las sesiones de Psicoterapia?	Auto evaluación.	Buena Mala Regular
¿Cómo ayuda la Psicoterapia de Apoyo en su forma de pensar de sí mismo?	Auto evaluación.	Comprenderse relajarse Aceptarse Mejorar
¿Ha cambiado su forma de pensar durante el desarrollo de las sesiones?	Auto evaluación.	Si No
¿Son importantes las sesiones de psicoterapia de apoyo?	Auto evaluación.	Si No
¿En qué forma lo ayudan estas sesiones?	Auto evaluación.	Mejorar la enfermedad Relacionarse No ayuda

Ψ Revisión Documental: técnica que consiste en la revisión y análisis de los expedientes médicos de los pacientes a fin de conocer detalles de su enfermedad, confirmación de datos generales y precauciones a considerar. Y la teoría necesaria para explicar las temáticas abordadas en esta investigación.

Ψ Pruebas Proyectivas de Machover: test proyectivo menor que se utiliza para obtener datos subjetivos acerca del paciente, cuya información no se obtiene en la entrevista. Técnica que consiste en la elaboración del Test de la Figura Humana de Machover con lápiz, hoja de papel bond en blanco, de forma individual y sin límite de tiempo.

PROCEDIMIENTO.

Se elaboro un cronograma de actividades donde se describió con mayor detalle las actividades que los pacientes realizaron durante sus sesiones, con un total de 8 sesiones mínimas para algunos pacientes y de 10 sesiones como máxima para otros.

Durante la primera entrevista, se procedió a obtener información del paciente acerca de su vida (breve anamnesis) para ir profundizando la confianza y relación paciente-terapeuta. Al finalizar se elaboro examen mental descrito anteriormente para preparar al paciente para la segunda entrevista que consistió en la aplicación del test de la Figura Humana de Machover y responder la primera parte del cuestionario. Este procedimiento se hizo con el fin de obtener datos a priori de su Autopercepción antes de iniciar su proceso de Psicoterapia de Apoyo que duró aproximadamente de 8 a 10 sesiones.

Cada sesión de Psicoterapia de Apoyo consistió en fortalecer la autoestima, mejorar la Autopercepción, Autoconcepto y habilidades adaptativas de cada paciente a través del diálogo como técnica principal de esta corriente. La cantidad de sesiones con cada paciente se determinó durante el proceso, ya que cada individuo es único, por lo tanto, no todos tuvieron la misma cantidad de sesiones. Cada sesión tuvo una duración de 45 minutos donde el paciente logro exponer sus experiencias u opinión acerca de su condición física, psicológica y emocional.

Posteriormente al haber recibido sus sesiones correspondientes, se procedió a entrevistar a cada paciente nuevamente para responder la segunda parte del cuestionario con el fin de confirmar de forma positiva y/o negativa la relación entre la Psicoterapia de Apoyo y la Percepción de Sí Mismo.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Con el propósito de conocer la eficacia de la Psicoterapia de Apoyo en pacientes Esquizofrénicos y Paranoides del Hospital Nacional de Salud Mental se realizaron una serie de sesiones individuales, siendo un total de 8 sesiones mínimas y 10 máximas por pacientes, según fue el caso. En cada sesión dentro del servicio número cuatro se realizaron diferentes actividades tales como: Elaboración del Examen Mental del Dr. Bendfeldt Zachrisson, Cuestionario de Autopercepción primera parte, Elaboración de la Figura Humana de Karen Machover, Psicoterapia de Apoyo y Temas sobre Autoestima y Cuestionario de Autopercepción Segunda parte.

En ellas participaron 10 pacientes de género masculino, comprendidos entre las edades de 25 a 40 años, que por lo regular tienen 2 años en permanecer en el centro, es decir, que llevan un tratamiento farmacológico y psicológico administrado por los profesionales que laboran en el servicio.

Con respecto a su nivel educativo se identificó que en su mayoría eran de nivel primario con una situación económica de clase baja, ya que por lo regular son visitados por sus familiares entre dos a tres veces por año por ser del interior del país.

Las sesiones realizadas tenían una duración de 30 a 45 minutos aproximadamente cada sesión, una vez por semana, especialmente los días sábados o domingos con el objetivo de encontrarlos libres de actividades que realizan entre semana en las diferentes áreas de rehabilitación.

A continuación se presentan las respectivas interpretaciones de los resultados obtenidos en cada instrumento que conformó la investigación en su orden presentado con anterioridad, que permitió conocer en los pacientes que participaron en las sesiones, su Autopercepción antes de iniciar la Psicoterapia y su opinión acerca de la eficacia de la Psicoterapia de Apoyo al finalizar la misma.

El trabajo realizado durante el proceso de investigación incluyó específicamente las sesiones de Psicoterapia de Apoyo con diez pacientes durante tres meses que incluyo para algunos diez sesiones y para otros siete u ocho que dependió de su autoestima y la evolución durante el proceso.

Las técnicas que se utilizaron con fines de apoyo para complementar el proceso fueron el Examen Mental del Dr. Bendfeldt Zachrisson para conocer de forma elemental y profunda las diferentes áreas tales como el lenguaje, curso de su pensamiento que en su mayoría presentaron un curso circunstancial sobre su problemática, en otros casos con ideas de referencia respecto al medicamento y alimentación; se evidenció una memoria a corto, mediano y a largo plazo no deteriorado, sin embargo, las memorias: lógica e histórica presentaron alteración, pero hay que tomar en cuenta que muchos de los pacientes poseían un nivel de educativo bajo y el contexto en el que se desenvolvían no permitía conocer a detalle aspectos históricos, agregando a esto la estancia de mas de dos años en el centro asistencial, el cual no permitía tener contacto con la realidad externa, a excepción de la televisión, sin embargo, no todos tenían la oportunidad o interés de verla. Otro aspecto tomado muy en cuenta en el examen mental fue la conciencia de su enfermedad y sobre todo el juicio que manejaba en el momento, evidenciando un buen insight en la mayor parte del proceso investigativo y mejorando su juicio ante la resolución de sus conflictos mediante iban recorriendo los temas de autoestima y conocimiento de su enfermedad.

Los datos que aportamos representan el 100% la muestra total de sujetos integrados a la investigación realizada. Han sido incluidos en este trabajo un número definitivo de 10 sujetos. El perfil diagnóstico basándonos en criterios CIE-10 (OMS,1992) es el siguiente: ocho sujetos con el diagnóstico de trastorno esquizofrénico paranoide (80%), uno con un trastorno Ideas Delirantes (10%), y uno con un trastorno esquizofrénico simple (10%).

La edad media del grupo se sitúa en los 32'9 años (rango 25-40) y la media de evolución de enfermedad es de 1-2 años (rango 0-5).

La muestra está constituida prácticamente en su totalidad por sujetos varones (N=10), con un perfil educacional bajo (85 % no supera los estudios primarios).

A continuación se detalla cada examen mental de cada uno de los pacientes que asistieron al proceso investigativo:

1. EXAMEN MENTAL DR. BENDFELDT ZACHRISSON:

FECHA: 23 de Agosto de 20008.

NOMBRE: PACIENTE A

El paciente es un hombre de 28 años de edad, originario de San Agustín Zapotitlan, de tez morena, estatura baja, complexión media, cabello color negro, lacio y corto. Vestía ropa particular; pantalón de color negro y camisa de color celeste; se localizó en los alrededores de de la cancha, demostrando interés en la participación de la actividad.

Durante la entrevista no mostró ninguna alteración psicomotora, con cierta dificultad al pronunciar las palabras, con buena fluidez, de tono, volumen y timbre adecuado, de pensamiento coherente y congruente, con un discurso circunstancial sobre el motivo de su ingreso a este centro hospitalario, acompañado de ideas de referencia en algunas circunstancias y sobre todo negando culpa.

En lo afectivo se mostró tranquilo, aunque por momentos se tornaba triste por su situación y no poder realizar otras cosas que anhela. Su orientación personal es adecuada, así como las demás esferas, demostrando cierto deterioro en memoria lógica e histórica, debido a que su nivel sociocultural y educativo es pobre en conocimiento ya que nunca fue a la escuela, no así en las demás áreas de la memoria. En su habilidad numérica demostró deficiencia por la misma razón. El juicio que maneja es pobre debido a su nivel cultural para manejar problemas. El insight es nulo por no tener conciencia de su enfermedad, abstracción inadecuada.

FECHA: 23 de Agosto de 2008.

NOMBRE: PACIENTE B

Paciente de sexo masculino de 34 años de edad, originario de San Pedro Carchá, Alta Verapaz, de tez morena, complexión media, estatura alta al promedio, cabello de color negro, lacio y corto. Vestía ropa hospitalaria, con buen aliño e higiene personal, se localizó en los alrededores del parqueo, con una mirada fija y sostenida, postura erecta. La actividad psicomotora durante la entrevista no mostró alteración alguna. El lenguaje utilizado fue de velocidad, tono y timbre adecuado, con buena articulación de las palabras, espontáneo, y un discurso coherente y congruente al contenido de sus pensamientos. El afecto demostrado era tranquilo y con emociones en algunos casos. Orientado en todas sus esfera, con buena atención y comprensión; su habilidad numérica es aceptable ya que logró un punteo medio en las dígitos aversa y reversa.

La memoria reciente y remota no presentan deterioro, aunque en los hechos históricos y memoria lógica parecen tener deterioro al no poder contestar las preguntas planteadas, sin embargo, hay que toma en cuenta su nivel cultural y social. En el área de pares asociados demostró buen desempeño, indicando posiblemente daño cerebral, su juicio es adecuado al contexto que maneja, así como su abstracción. En lo proverbios mostró buen desempeño con un vocabulario bastante extenso.

FECHA: 24 de Agosto de 2008.

NOMBRE: PACIENTE C

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad, originario de La Esperanza, Quetzaltenango, que se dedicaba a la construcción, soltero, de tez morena, complexión media, estatura baja, cabello de color negro, lacio y bastante corto. Vestía un pantalón de lona color azul, playera de color celeste con logotipo del hospital, zapatos de color negro sin calcetines., con regular aliño e higiene personal, se localizó dentro del servicio número cuatro haciendo limpieza y al informarle sobre la actividad se mostró interesado, durante la entrevista mantuvo una mirada fija y sostenida, postura relajada. La actividad psicomotora durante la entrevista no mostró alteración alguna. El lenguaje utilizado fue de velocidad, tono y timbre bajo, con buena articulación de las palabras pero lento en responder a las preguntas, con un discurso coherente y congruente al contenido de sus pensamientos. El afecto demostrado era triste, con un estado de ánimo decaído. Orientado en todas sus esfera, con buena atención y comprensión; aunque su rostro muestra distracción.

La memoria reciente y remota no presenta deterioro, aunque en los hechos históricos solo recordó el último presidente de la republica debido a la poca conexión con la realidad externa. La memoria lógica parece tener deterioro al no poder contestar las preguntas, sin embargo hay que tomar en cuenta su nivel cultural. Su juicio es adecuado evidenciado en su comportamiento y actitud dentro del centro y en la forma de contestar la pregunta correspondiente. El vocabulario es pobre debido al contexto en que se desarrolló, y el bajo nivel académico, ya que solo cursó los primeros grados de la primaria. En la reproducción de figuras fue realizado sin ninguna dificultad.

FECHA: 24 de Agosto de 2008.

NOMBRE: PACIENTE D

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad, originario de Salamá Baja Verapaz, con ocupación en agricultura, de tez morena clara, complexión delgada, estatura alta al promedio, cabello de color negro, lacio y corto. Vestía ropa hospitalaria con zapatos de color negro sin calcetines, con buen aliño e higiene personal. La expresión facial demostraba cierto grado de alerta y atención a las preguntas, con una mirada fija en ocasiones, postura relajada. La actividad psicomotora durante la entrevista mostró cierta alteración ya que presentaba pequeños movimientos estereotípicos en las extremidades inferiores durante la mayor parte de la entrevista, con cierta dificultad al caminar. Su conducta fue colaborador, amistoso y confiado. El lenguaje utilizado fue de velocidad, tono y timbre adecuado, con buena articulación de las palabras, con un discurso coherente y en ocasiones con lentitud al responder, contenido adecuado sin ideas de referencia. El afecto demostrado era tranquilo con un estado de ánimo eufórico. Orientado en todas sus esferas, con buena atención y comprensión; su habilidad numérica es aceptable ya que logró un punteo medio en las dígitoaversa y reversa.

La memoria reciente y remota no presentan deterioro, aunque en los hechos históricos y memoria lógica parecen tener deterioro al no poder contestar las preguntas planteadas, sin embargo, hay que tomar en cuenta su nivel cultural, social y el tiempo que lleva en el centro. Su juicio es adecuado, así como su abstracción. En vocabulario es bastante fluido y de buen contenido.

FECHA: 23 de Agosto de 2008.

NOMBRE: PACIENTE E

Paciente de sexo masculino de 46 años de edad, originario de Santo Domingo, Xenacoj, con ocupación en agricultura, soltero, de tez morena, complexión delgado, estatura baja, cabello de color negro, lacio y corto. Vestía ropa hospitalaria con zapatos de color negro, cargando una mochila llena de cosas personales, buen aliño e higiene personal. La expresión facial demostraba cierto grado de alerta y atención, con una mirada sostenida, aunque poco contacto visual. De postura relajada. La actividad psicomotora presentada fue sin ninguna alteración. Su conducta fue colaborador, amistoso y confiado. El lenguaje utilizado fue de velocidad, tono y timbre bajo, con buena articulación de las palabras, con un discurso coherente, contenido adecuado sin ideas de referencia. El afecto demostrado era tranquilo con un estado de ánimo eutímico. Orientado en todas sus esferas, con buena atención y comprensión; su habilidad numérica es aceptable ya que logró un punteo medio en las dígitos aversa y reversa.

La memoria reciente y remota no presentan deterioro, aunque en los hechos históricos y memoria lógica presentar cierta alteración debido a que no respondió las preguntas hechas, sin embargo, hay que tomar en cuenta su nivel cultural, social y el tiempo que lleva en el centro. Su juicio es adecuado, abstracción brevemente alterada. Y si mantiene conciencia de su enfermedad.

FECHA: 24 de Agosto de 2008

NOMBRE: PACIENTE F

Paciente de sexo masculino de 33 años de edad, originario de Sanarate, El Progreso agricultor, soltero, de tez morena, complexión media, estatura baja, cabello de color negro, ondulado y corto, con barba. Vestía ropa particular, pantalón de color azul, playera tipo polo color verde, zapatos de color negro, con aliño e higiene personal regular. La expresión facial demostraba cierto grado de alerta y atención a las preguntas, con una mirada fija en ocasiones, postura relajada.

La actividad psicomotora sin ninguna alteración. Su conducta fue colaborador, amistoso y confiado. El lenguaje utilizado fue de velocidad, tono y timbre adecuado, con buena articulación de las palabras, con un discurso coherente y en ocasiones, contenido con ciertas ideas de referencia, especialmente hacia los médicos y la alimentación. El afecto demostrado era tranquilo con un estado de ánimo eufórico. Orientado en todas sus esferas, con buena atención y comprensión; su habilidad numérica es aceptable ya que logró un puntaje medio en las dígitos aversa y reversa.

La memoria reciente y remota no presentan deterioro, aunque en los hechos históricos y memoria lógica parecen tener deterioro al no poder contestar las preguntas planteadas, sin embargo, hay que tomar en cuenta su nivel cultural, social y el tiempo que lleva en el centro. Su juicio es adecuado, así como su abstracción. En vocabulario es bastante fluido y de buen contenido.

El insight que maneja se considera aceptable tomando en cuenta que maneja buen juicio y abstracción hacia lo externo teniendo conciencia de lo bueno y lo malo, aunque no acepta su enfermedad.

En la entrevista fue abierto sobre su infancia y sucesos que lo llevaron a estar recluido en el preventivo zona 18 y el hospital, así como breve historia de su familia y estancia en Honduras.

FECHA: 30 de Agosto de 2008.

NOMBRE: PACIENTE G

Paciente de sexo masculino de 41 años de edad, agricultor, originario de San Pedro, San Marcos, de tez morena clara, complexión media, estatura baja, cabello de color negro, lacio y corto. Vestía ropa hospitalaria, con regular aliño e higiene personal. Paciente se localizó en la entrada del hospital sentado en una banqueta, quien accedió a la entrevista

con interés. En la entrevista manejó un lenguaje con tono, timbre y volumen adecuado, velocidad promedio, coherente en sus respuestas a las preguntas realizadas. El curso de su pensamiento era congruente, orientado en las diferentes esferas, con buena atención y comprensión. Su conducta fue colaboradora, amistosa y confiada. El afecto demostrado era tranquilo con un estado de ánimo eutímico.

La memoria reciente y remota no presentan deterioro, aunque en los hechos históricos y memoria lógica parecen tener deterioro al no poder contestar las preguntas planteadas, sin embargo, hay que tomar en cuenta su nivel cultural, social y el tiempo que lleva en el centro. Su juicio es adecuado considerando su nivel de inteligencia, así como su abstracción. El vocabulario que maneja es bastante pobre ya que hace mención que nunca asistió a la escuela.

FECHA: 23 de Agosto de 2008.

NOMBRE: PACIENTE H

Paciente de sexo masculino de 27 años de edad, soltero originario de esta ciudad capital, alfabeto, de tez morena clara, complexión delgada, estatura alta al promedio, cabello de color negro, ondulado y corto. Vestía ropa particular, pantalón de lona color azul y un sudadero de color gris, tenis deportivo blancos sucios, con regular aliño e higiene personal. La expresión facial demostraba desconfianza, con una mirada fija y desafiante, postura rígida. La actividad psicomotora durante la entrevista mostró cierta alteración ya que presentaba pequeños movimientos estereotípicos en las extremidades inferiores e superiores por la misma ansiedad que manejaba. Su conducta fue poco colaborador al principio ya que cuestionaba la labor de los Psicólogos en el centro. El lenguaje utilizado fue de velocidad, tono y timbre alto en ocasiones, con buena articulación de las palabras, con un discurso coherente y en ocasiones con euforia, contenido con ideas de referencia. El afecto demostrado era intranquilo con un estado de ánimo eufórico por momentos. Orientado en todas sus esferas, poca atención y comprensión.

La memoria reciente y remota presentan cierto deterioro, Su juicio era nulo, mala abstracción, sin embargo, era conciente de su enfermedad y condiciones.

FECHA: 24 de Agosto de 2008.

NOMBRE: PACIENTE I

Paciente de sexo masculino de 44 años de edad, originario de Chiquimulilla, Santa Rosa, con ocupación en dependiente de tiendas, soltero, de tez morena, complexión media, estatura alta, cabello de color negro, ondulado y corto, con barba. Vestía ropa hospitalaria, sin zapatos, con aliño e higiene personal regular. Se localizó acostado en su cama dentro del cubículo del servicio número cuatro. La expresión facial demostraba cierto grado de rigidez, con una mirada fija en ocasiones, postura rígida. La actividad psicomotora rígida y con movimientos estereotípicos en las extremidades inferiores y superiores debido a efecto secundario de medicamento, con lentitud al caminar. Su conducta fue colaborador, amistoso y confiado El lenguaje utilizado fue de velocidad, tono y timbre lento, con buena articulación de las palabras, con un discurso coherente, contenido congruente al tema. El afecto demostrado era tranquilo con un estado de animo eutímico. Orientado en todas sus esfera, con buena atención y comprensión; su habilidad numérica es aceptable ya que logró un punteo medio en las dígitos aversa y reversa. A pesar de su lentitud. Memoria a corto plazo alterara, no así a mediano plazo que se observa sin ninguna alteración. Juicio con cierto grado de alteración, abstracción nula, vocabulario promedio ya que trabajo bien esa área, y la reproducción de figuras fue aceptable.

El insight que maneja se considera aceptable tomando en cuenta que tiene conciencia de su enfermedad y el motivo de estar internado en el centro.

FECHA: 12 de Septiembre de 20008.

NOMBRE: PACIENTE J

Paciente de sexo masculino de 32 años de edad, originario de Monjas, Jalapa, ayudante de albañil, soltero, de tez clara, ojos claros, complexión media, estatura alta, cabello de color castaño, ondulado y corto. Vestía ropa particular, pantalón de lona color azul, playera tipo polo color verde, con zapatos de color cafés, buen aliño e higiene personal. La expresión facial demostraba cierto grado de alerta y atención, con una mirada sostenida, aunque poco contacto visual. De postura relajada. La actividad psicomotora presentada fue sin ninguna alteración. Su conducta fue colaborador, amistoso y confiado. El lenguaje utilizado fue de velocidad, tono y timbre adecuado, con buena articulación de las palabras, con un discurso coherente, contenido adecuado sin ideas de referencia. El afecto demostrado era tranquilo con un estado de ánimo eutímico. Orientado en todas sus esferas, con buena atención y comprensión; su habilidad numérica es aceptable ya que logró un punteo medio en las dígitos aversa y reversa.

La memoria reciente y remota no presentan deterioro, en los hechos históricos y memoria lógica presentar cierta alteración, sin embargo, hay que tomar en cuenta su nivel cultural, social y el tiempo que lleva en el centro. Su juicio es adecuado, abstracción brevemente alterada. Y si mantiene conciencia de su enfermedad.

2. PRUEBAS PROYECTIVAS

Se utilizó: El Test de la Figura Humana de Karen Machover para conocer la percepción subjetiva de lo que el paciente en su momento no hizo mención conscientemente, logrando evidenciar en la misma aspectos subjetivos tales como: escaso control yoico, relacionado con los sentimientos de inseguridad, aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas con depresión, ansiedad, búsqueda del deseo de contacto, sentimiento de inferioridad y retraimiento al sentirse rechazado, preocupación de críticas, alucinaciones

auditivas, perturbaciones de las relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa, características en pacientes esquizofrénicos y paranoides que evidenciaba una deterioración en su habilidades adaptativas y funciones específicas del Yo.

Para mayor entendimiento de la interpretación de la Figura Humana de Karen Machover se detalla a continuación el protocolo de resultados de cada uno de los pacientes que realizaron el dibujo. Teniendo en cuenta que de los diez participantes, dos no realizaron el test debido a que no podían escribir, siendo estos los pacientes identificados como G y H.

PROTOCOLO INTERPRETACIÓN DEL TEST DE LA FIGURA HUMANA

PACIENTE A

ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO.

TEMA:

MOVIMIENTO: Figura con movimiento es frecuente en preadolescentes e impulsos a la actividad.

SIMETRÍA: Ausencia de Simetría: problemas en la coordinación psicomotriz o del esquema corporal, escaso control yoico relacionado con el sentimiento de inseguridad.

LINEA MEDIA:

TAMAÑO: Figura pequeña: búsqueda de satisfacciones en fantasías y no en la realidad. Tendencias a la regresión, inmadurez, introversión.

POSICIÓN: Mitad Superior: busca satisfacer en la fantasía deseos que no puede hacerlo en la realidad. También personas que sienten que esta realizando esfuerzos en su vida y que a veces sus metas son inalcanzables.
Lado Izquierdo: Tendencia a la regresión, inmadurez e introversión.

LINEA: Fuerte: Agresividad, casos orgánicos y epilépticos.

TRAZO: Largo y recto con presión fuerte: Firme control sobre su conducta (inhibición). Tienden a hacerla los psicópatas, los casos orgánicos y los epilépticos, personas agresivas y muy tensas.

DETALLES: Ausencia: aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva.

INDICADORES

DE CONFLICTO: Borraduras: ansiedad, deseo de perfeccionismo fundamentado en inseguridad

Tx. DIFERENCIAL

FIGURAS:

RASGOS SOCIALES

CARA: Marcado.

EXPRESIÓN

FACIAL:

Omisión: evasión, perturbaciones de las relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa.

BARBILLA:

OJOS:

Omisión de pupila con dibujo de contorno del ojo: percepción vaga del mundo.

PELO:

NARIZ:

Larga y sombreada: impotencia sexual, temores de castidad.

BOCA:

Cóncava: infantilismo, dependencia oral.

LABIOS:

CUELLO:

Omisión: no existe buena coordinación entre impulso y funciones intelectuales.

RASGOS DE CONTACTO

BRAZOS:

Extendidos hacia el medio ambiente: deseos de contactos, de relación.

MANOS:

En forma de pétalo: regresión, carencia de habilidad manual.

PIERNAS:

Dando un paso: afirmación

Forma de falo: insuficiencia sexual y preocupación en relación a ella.

ROPA:

CONCLUSIÓN.

El paciente presenta ciertas dificultades en el área de relaciones intrapersonales e interpersonales, así como ansiedad ante el medio que lo rodea, miedo a las críticas, escaso control yoico relacionado con el sentimiento de inseguridad, aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva, búsqueda del deseo del contacto, contacto superficial y sentimiento de inferioridad y retraimiento al sentirse rechazado, evasión, perturbaciones de la relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa cautelosa, hostil. Busca satisfacer en la fantasía deseos que no puede hacerlo en la realidad. También personas que sienten que están realizando esfuerzos en su vida y que a veces sus metas son inalcanzables.

Estas características o síntomas son regulares en personas con esquizofrenia y paranoia ya que las áreas que se ven afectadas en este tipo de pacientes son las de pensamiento, percepción, y estado de ánimo, sobre todo por el ambiente en donde se desenvuelven por lo que es conveniente trabajar los temas de autopercepción, autoestima y sobre todo el tema de su enfermedad para que conozcan el desarrollo y curso de la misma.

PACIENTE B

ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO.

TEMA:

MOVIMIENTO: Figura con movimiento es frecuente en preadolescentes e impulsos a la actividad.

SIMETRÍA: Ausencia de Simetría: problemas en la coordinación psicomotriz o del esquema corporal, escaso control yoico relacionado con el sentimiento de inseguridad.

LINEA MEDIA:

TAMAÑO: Figura pequeña: búsqueda de satisfacciones en fantasías y no en la realidad. Tendencias a la regresión, inmadurez, introversión.

POSICIÓN: Mitad Superior: busca satisfacer en la fantasía deseos que no puede hacerlo en la realidad. También personas que sienten que esta realizando esfuerzos en su vida y que a veces sus metas son inalcanzables.
Lado Izquierdo: Tendencia a la regresión, inmadurez e introversión.

LINEA: Fuerte: Agresividad, casos orgánicos y epilépticos.

TRAZO: Largo y recto con presión fuerte: Firme control sobre su conducta (inhibición). Tienden a hacerla los psicópatas, los casos orgánicos y los epilépticos, personas agresivas y muy tensas.

DETALLES: Ausencia: aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva.

INDICADORES

DE CONFLICTO: Sombreamiento: ansiedad, sombrear con vigor como cubriendo algo, expresa agresividad y necesidad de ocultamiento.

Tx. DIFERENCIAL
FIGURAS:

RASGOS SOCIALES

CARA: Marcado.

EXPRESIÓN FACIAL: Omisión: evasión, perturbaciones de las relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa.

BARBILLA:

OJOS: Oscuros: hostilidad y sospecha proyectiva por el individuo paranoico.

CEJAS: Levantadas y próximas a los ojos: desdén, arrogancia y duda, profundas, sentimentales, artistas.

PELO: Sombreamiento: conflicto de virilidad en relación con una conducta sexual desviada.
Bigote: búsqueda compensatoria de virilidad, sentimientos de inadecuación sexual o dudas a cerca de su masculinidad.

OREJAS: Destacadas: preocupación de críticas, alucinaciones auditivas.

NARIZ: Ancha y ganchuda: rechazo o desprecio.

BOCA: Detallada con dientes a la vista: índice de infantilidad y agresión oral, es común en esquizofrénicos simples y en histéricos.

LABIOS:

CUELLO: Omisión: no existe buena coordinación entre impulso y funciones intelectuales.

RASGOS DE CONTACTO

BRAZOS: A los lados del cuerpo: contando con el medio ambiente pero pasivo.

MANOS: Sombreadas: culpabilidad en relación con impulsos agresivos o actividades masturbatorias.

PIERNAS: Dando un paso: afirmación

ROPA: Desnudez: rebelión a los cánones sociales o conciencia de conflicto sexual, exhibicionismo.

ARTICULACIONES: Señalar codos: sentido de imperfecto de integridad corporal, los esquizoide, esquizofrénicos y narcisistas lo realizan para evadir los sentimientos desorganizados de su Yo.

CONCLUSIÓN.

El paciente presenta ciertas dificultades en el área de relaciones intrapersonales e interpersonales, así como ansiedad ante el medio que lo rodea, miedo a las críticas, escaso control yoico relacionado con el sentimiento de inseguridad, aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva, búsqueda del deseo del contacto, contacto superficial y sentimiento de inferioridad y retraimiento al sentirse rechazado, evasión, perturbaciones de la relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa cautelosa, hostil. Busca satisfacer en la fantasía deseos que no puede hacerlo en la realidad. También personas que sienten que están realizando esfuerzos en su vida y que a veces sus metas son inalcanzables.

Infantilidad y agresión oral, sentido de imperfecto de integridad corporal, los esquizoides, esquizofrénicos y narcisistas lo realizan para evadir los sentimientos desorganizados de su Yo.

Estas características o síntomas son regulares en personas con esquizofrenia y paranoia como se describe anteriormente ya que las áreas que se ven afectadas en este tipo de pacientes son las de pensamiento, percepción, y estado de ánimo, sobre todo por el ambiente en donde se desenvuelven

por lo que es conveniente trabajar los temas de autopercepción, autoestima y sobre todo el tema de su enfermedad para que conozcan el desarrollo y curso de la misma.

PACIENTE C

ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO.

TEMA:

MOVIMIENTO: Figura rígida corresponde a individuos rígidos con serios y hondos conflictos.

SIMETRÍA: Ausencia de Simetría: problemas en la coordinación psicomotriz o del esquema corporal, escaso control y/o relacionado con el sentimiento de inseguridad.

LINEA MEDIA:

TAMAÑO: Figura grande: presión ambiental con sentimientos de agresión y con expansión

POSICIÓN: Mitad superior: búsqueda de satisfacciones en fantasías y no en la realidad.
Lado derecho: tendencia al negativismo o a la rebelión.

LINEA: Fuerte: Agresividad, casos orgánicos y epilépticos.

TRAZO: Largo con presión fuerte: Firme control sobre su conducta (inhibición).
Carácter fuerte y firme, seguros de sí mismos, eufóricos, agresivos y muy tensos.

DETALLES: Ausencia: aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva.

INDICADORES

DE CONFLICTO: Sombreamiento: ansiedad.

Omisión de rasgos faciales: evasión, perturbaciones de las relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa, hostil.

Tx. DIFERENCIAL
FIGURAS:

RASGOS SOCIALES

CARA:	Marcado.
EXPRESIÓN FACIAL:	
OJOS:	Penetrante: arma social agresiva.
PELO:	Sombreamiento: conflicto de virilidad en relación con una conducta sexual desviada.
NARIZ:	Marcada y reforzada: signo de virilidad, libidinal, conflictos sexuales.
BOCA:	Cóncava: infantilismo, dependencia oral pasiva.
LABIOS:	
BRAZOS:	Extendidos y rígidos: búsqueda del deseo del contacto, contacto superficial.

RASGOS DE CONTACTO

MANOS:	En forma de pétalos con más de cinco dedos: ambición, agresión, regresión, carencia de habilidad manual.
CUELLO:	Largo: signo de distinción propio de las personas elegantes y tendencias a ser arrogantes.
PIERNAS:	Pequeñas: individuos con trastornos del desarrollo, expresión de sentimiento de deficiencia.
ROPA:	Desnuda: rebelión a los cánones sociales o conciencia de conflicto sexual, exhibicionismo.

CONCLUSIÓN.

El paciente presenta ciertas dificultades en el área de relaciones intrapersonales e interpersonales, así como ansiedad ante el medio que lo rodea, miedo a las críticas, escaso control yoico relacionado con el sentimiento de inseguridad, aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva y búsqueda del deseo del contacto, contacto superficial.

Estas características o síntomas son regulares en personas con esquizofrenia y paranoia ya que las áreas que se ven afectadas en este tipo de pacientes son las de pensamiento, percepción, y estado de ánimo, por lo que es conveniente trabajar los temas de autopercepción, autoestima y sobre todo el tema de su enfermedad para que conozcan el desarrollo y curso de la misma.

PACIENTE D

ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO.

TEMA:

MOVIMIENTO: Figura con movimiento es frecuente en preadolescentes e impulsos a la actividad.

SIMETRÍA: Ausencia de Simetría: problemas en la coordinación psicomotriz o del esquema corporal, escaso control yoico relacionado con el sentimiento de inseguridad.

LINEA MEDIA:

TAMAÑO: Figura pequeña: búsqueda de satisfacciones en fantasías y no en la realidad. Tendencias a la regresión, inmadurez, introversión.

POSICIÓN: Mitad Superior: busca satisfacer en la fantasía deseos que no puede hacerlo en la realidad. También personas que sienten que esta realizando esfuerzos en su vida y que a veces sus metas son inalcanzables.
Lado Izquierdo: Tendencia a la regresión, inmadurez e introversión.

LINEA: Fuerte: Agresividad, casos orgánicos y epilépticos.

TRAZO: Largo y recto con presión fuerte: Firme control sobre su conducta (inhibición). Tienden a hacerla los psicópatas, los casos orgánicos y los epilépticos, personas agresivas y muy tensas.

DETALLES: Ausencia: aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva.

INDICADORES

DE CONFLICTO: Sombreamiento: ansiedad, sombrear con vigor como cubriendo algo, expresa agresividad y necesidad de ocultamiento.

Tx. DIFERENCIAL
FIGURAS:

RASGOS SOCIALES

CARA:	Marcado.
EXPRESIÓN FACIAL:	Omisión: evasión, perturbaciones de las relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa.
BARBILLA:	
OJOS:	Omisión de pupila con dibujo de contorno del ojo: percepción vaga del mundo.
CEJAS:	Levantadas y próximas a los ojos: desdén, arrogancia y duda, profundas, sentimentales, artistas.
PELO:	
OREJAS:	Destacadas: preocupación de críticas, alucinaciones auditivas.
NARIZ:	Ancha y ganchuda: rechazo o desprecio.
BOCA:	Cóncava: infantilismo, dependencia oral.
LABIOS:	
CUELLO:	Omisión: no existe buena coordinación entre impulso y funciones intelectuales.

RASGOS DE CONTACTO

BRAZOS:	Extendidos hacia el medio ambiente: deseos de contactos, de relación.
MANOS:	
PIERNAS:	Dando un paso: afirmación Forma de falo: insuficiencia sexual y preocupación en relación a ella.
ROPA:	Desnudez: rebelión a los cánones sociales o conciencia de conflicto sexual, exhibicionismo.

CONCLUSIÓN.

El paciente presenta ciertas dificultades en el área de relaciones intrapersonales e interpersonales, así como ansiedad ante el medio que lo rodea, miedo a las críticas, escaso control yoico relacionado

con el sentimiento de inseguridad, aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva, búsqueda del deseo del contacto, contacto superficial y sentimiento de inferioridad y retraimiento al sentirse rechazado, evasión, perturbaciones de la relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa cautelosa, hostil. Busca satisfacer en la fantasía deseos que no puede hacerlo en la realidad. También personas que sienten que estan realizando esfuerzos en su vida y que a veces sus metas son inalcanzables.

Estas características o síntomas son regulares en personas con esquizofrenia y paranoia ya que las áreas que se ven afectadas en este tipo de pacientes son las de pensamiento, percepción, y estado de ánimo, sobre todo por el ambiente en donde se desenvuelven por lo que es conveniente trabajar los temas de autopercepción, autoestima y sobre todo el tema de su enfermedad para que conozcan el desarrollo y curso de la misma.

PACIENTE E

ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO.

TEMA:

MOVIMIENTO: Figura rígida corresponde a individuos rígidos con serios y hondos conflictos.

SIMETRIA: Ausencia de Simetría: problemas en la coordinación psicomotriz o del esquema corporal, escaso control yoico relacionado con el sentimiento de inseguridad.

LINEA MEDIA:

TAMAÑO: Figura grande: presión ambiental con sentimientos de agresión y con expansión

POSICIÓN: Mitad inferior: estabilidad, serenidad, sin embargo, tienden a deprimirse.
Lado izquierdo: tendencia a la rebelión, inmadurez, introversión.

LINEA: Fuerte: Agresividad, casos orgánicos y epilépticos.

TRAZO: Largo con presión fuerte: Firme control sobre su conducta (inhibición).
Carácter fuerte y firme, seguros de si mismos, eufóricos, agresivos y muy tensos.
Línea recta: fuerza, vitalidad, introvertido, predominio de la razón y todo debe ser justificado, afectivo.

DETALLES: Ausencia: aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva.

INDICADORES

DE CONFLICTO: Omisión de rasgos faciales: evasión, perturbaciones de las relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa cautelosa hostil.

Tx. DIFERENCIAL
FIGURAS:

RASGOS SOCIALES

CARA: Marcado.

EXPRESIÓN
FACIAL:

OJOS: Cerrados: narcisismo, encerramiento en el mundo, concentración en la realidad interna.

PELO:

NARIZ: Larga: impotencia sexual, conflictos sexuales.

BOCA: Señalada con una línea: agresivo a nivel verbal.

LABIOS:

RASGOS DE CONTACTO

BRAZOS: Extendidos y rígidos: búsqueda del deseo del contacto, contacto superficial.

MANOS: Con dedos en forma de garras: egocéntricos y posesivos.

CUELLO: Largo: signo de distinción propio de las personas elegantes y tendencias a ser arrogantes.

PIERNAS: Transparentes: en varones con pánico homosexual.

ROPA:

CONCLUSIÓN.

El paciente presenta ciertas dificultades en el área de relaciones intrapersonales e interpersonales, así como ansiedad ante el medio que lo rodea, miedo a las críticas, escaso control yoico relacionado con el sentimiento de inseguridad, aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva, búsqueda del deseo del contacto, contacto superficial y sentimiento de inferioridad y retraimiento al sentirse rechazado, evasión, perturbaciones de la relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa cautelosa, hostil.

Estas características o síntomas son regulares en personas con esquizofrenia y paranoia ya que las áreas que se ven afectadas en este tipo de pacientes son las de pensamiento, percepción, y estado de ánimo, sobre todo por el ambiente en donde se desenvuelven por lo que es conveniente trabajar los temas de autopercepción, autoestima y sobre todo el tema de su enfermedad para que conozcan el desarrollo y curso de la misma.

PACIENTE F

ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO.

TEMA:

MOVIMIENTO: Figura con movimiento es frecuente en preadolescentes e impulsos a la actividad.

SIMETRÍA: Ausencia de Simetría: problemas en la coordinación psicomotriz o del esquema corporal, escaso control yoico relacionado con el sentimiento de inseguridad.

LINEA MEDIA:

TAMAÑO: Figura pequeña: búsqueda de satisfacciones en fantasías y no en la realidad. Tendencias a la regresión, inmadurez, introversión.

POSICIÓN: Mitad Superior: busca satisfacer en la fantasía deseos que no puede hacerlo en la realidad. También personas que sienten que esta realizando esfuerzos en su vida y que a veces sus metas son inalcanzables.
Lado Izquierdo: Tendencia a la regresión, inmadurez e introversión.

LINEA: Fuerte: Agresividad, casos orgánicos y epilépticos.

TRAZO: Largo y recto con presión fuerte: Firme control sobre su conducta (inhibición). Tienden a hacerla los psicópatas, los casos orgánicos y los epilépticos, personas agresivas y muy tensas.

DETALLES: Ausencia: aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva.

INDICADORES
DE CONFLICTO: Sombreamiento: ansiedad, sombrear con vigor como cubriendo algo, expresa agresividad y necesidad de ocultamiento.

Tx. DIFERENCIAL
FIGURAS:

RASGOS SOCIALES

CARA: Marcado.

EXPRESIÓN
FACIAL: Omisión: evasión, perturbaciones de las relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa.

BARBILLA:

OJOS: Oscuros: hostilidad y sospecha proyectiva por el individuo paranoico.

CEJAS: Levantadas y próximas a los ojos: desdén, arrogancia y duda, profundas, sentimentales, artistas.

PELO: Sombreamiento: conflicto de virilidad en relación con una conducta sexual desviada.
Bigote: búsqueda compensatoria de virilidad, sentimientos de inadecuación sexual o dudas a cerca de su masculinidad.

OREJAS: Destacadas: preocupación de críticas, alucinaciones auditivas.

NARIZ: Ancha y ganchuda: rechazo o desprecio.

BOCA: Detallada con dientes a la vista: índice de infantilidad y agresión oral, es común en esquizofrénicos simples y en histéricos.

LABIOS:

CUELLO: Omisión: no existe buena coordinación entre impulso y funciones intelectuales.

RASGOS DE CONTACTO

- BRAZOS:** A los lados del cuerpo: contando con el medio ambiente pero pasivo.
- MANOS:** Sombreadas: culpabilidad en relación con impulsos agresivos o actividades masturbatorias.
- PIERNAS:** Dando un paso: afirmación
- ROPA:** Desnudez: rebelión a los cánones sociales o conciencia de conflicto sexual, exhibicionismo.
- ARTICULACIONES:** Señalar codos: sentido de imperfecto de integridad corporal, los esquizoide, esquizofrénicos y narcisistas lo realizan para evadir los sentimientos desorganizados de su Yo.

CONCLUSIÓN.

El paciente presenta ciertas dificultades en el área de relaciones intrapersonales e interpersonales, así como ansiedad ante el medio que lo rodea, miedo a las críticas, escaso control yoico relacionado con el sentimiento de inseguridad, aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva, búsqueda del deseo del contacto, contacto superficial y sentimiento de inferioridad y retraimiento al sentirse rechazado, evasión, perturbaciones de la relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa cautelosa, hostil. Busca satisfacer en la fantasía deseos que no puede hacerlo en la realidad. También personas que sienten que están realizando esfuerzos en su vida y que a veces sus metas son inalcanzables.

Infantilidad y agresión oral, sentido de imperfecto de integridad corporal, los esquizoides, esquizofrénicos y narcisistas lo realizan para evadir los sentimientos desorganizados de su Yo.

Estas características o síntomas son regulares en personas con esquizofrenia y paranoia como se describe anteriormente ya que las áreas que se ven afectadas en este tipo de pacientes son las de pensamiento, percepción, y estado de ánimo, sobre todo por el ambiente en donde se desenvuelven por lo que es conveniente trabajar los temas de autopercepción, autoestima y sobre todo el tema de su enfermedad para que conozcan el desarrollo y curso de la misma.

PACIENTE I

ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO.

TEMA:

MOVIMIENTO: Figura con movimiento es frecuente en preadolescentes e impulsos a la actividad.

SIMETRÍA: Ausencia de Simetría: problemas en la coordinación psicomotriz o del esquema corporal, escaso control y/o relacionado con el sentimiento de inseguridad.

LINEA MEDIA:

TAMAÑO: Figura grande: el sujeto responde a la presión ambiental con sentimientos de agresión con expansión.

POSICIÓN: Mitad Superior: busca satisfacer en la fantasía deseos que no puede hacerlo en la realidad. También personas que sienten que esta realizando esfuerzos en su vida y que a veces sus metas son inalcanzables.
Lado Izquierdo: Tendencia a la regresión, inmadurez e introversión.

LINEA: Recta: fuerza, vitalidad, introvertido, predominio de la razón y todo debe ser justificado, afectivo.

TRAZO: Largo con presión baja: Firme control sobre su conducta (inhibición). Restricción o represión, introversión, depresión, desubicados, distraídos, espirituales.

DETALLES: Ausencia: aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva.

INDICADORES

DE CONFLICTO: Borraduras: ansiedad, deseo de perfeccionismo fundamentado en inseguridad

Tx. DIFERENCIAL
FIGURAS:

RASGOS SOCIALES

CARA:	Marcado.
EXPRESIÓN FACIAL:	Omisión: evasión, perturbaciones de las relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa.
BARBILLA:	
OJOS:	Omisión de pupila con dibujo de contorno del ojo: percepción vaga del mundo.
PELO:	
NARIZ:	Larga: impotencia sexual.
BOCA:	En forma de línea tornada hacia arriba: agresivo a nivel verbal, genialidad forzada, esfuerzo por ganar aprobación.
LABIOS:	
CUELLO:	Omisión: no existe buena coordinación entre impulso y funciones intelectuales.
HOMBROS ANCHOS:	

RASGOS DE CONTACTO

BRAZOS:	Extendidos hacia el medio ambiente: deseos de contactos, de relación.
MANOS:	Grandes: sentimiento de insuficiencia manipulatoria, dificultades de contacto.
PIERNAS:	Dando un paso: afirmación Forma de falo: insuficiencia sexual y preocupación en relación a ella.
ROPA:	Desnuda muy elaborada: elementos voyeristas.

CONCLUSIÓN.

El paciente presenta ciertas dificultades en el área de relaciones intrapersonales e interpersonales, así como ansiedad ante el medio que lo rodea, miedo a las críticas, escaso control yoico relacionado con el sentimiento de inseguridad, aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva, búsqueda del deseo del contacto, contacto superficial y sentimiento de inferioridad y retraimiento al sentirse rechazado, evasión, perturbaciones de la relaciones sociales, sentimiento de vergüenza y culpa cautelosa, hostil.

Estas características o síntomas son regulares en personas con esquizofrenia y paranoia ya que las áreas que se ven afectadas en este tipo de pacientes son las de pensamiento, percepción, y estado de ánimo, sobre todo por el ambiente en donde se desenvuelven por lo que es conveniente trabajar los temas de autopercepción, autoestima y sobre todo el tema de su enfermedad para que conozcan el desarrollo y curso de la misma.

PACIENTE J

ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO.

TEMA:

MOVIMIENTO: Figura con movimiento es frecuente en preadolescentes e impulsos a la actividad.

SIMETRIA: Ausencia de Simetría: problemas en la coordinación psicomotriz o del esquema corporal, escaso control yoico relacionado con el sentimiento de inseguridad.

LINEA MEDIA:

TAMAÑO: Pequeño: inadecuado, sentimiento de inferioridad y retraimiento al sentirse rechazado.
Tx. Diferencial: 2 figuras pequeñas.

POSICIÓN: Mitad Superior: busca satisfacer en la fantasía deseos que no puede hacerlo en la realidad. También personas que sienten que esta realizando esfuerzos en su vida y que a veces sus metas son inalcanzables.
Lado Izquierdo: Tendencia a la regresión, inmadurez e introversión.

LINEA: Fuerte: Agresividad, casos orgánicos y epilépticos.

TRAZO: Largo con presión baja: Firme control sobre su conducta (inhibición). Bajo nivel enérgico, restricción o represión, introvertidos, depresivos, desubicados, distraídos, espirituales.

DETALLES: Ausencia: aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva.

INDICADORES

DE CONFLICTO: Sombreamiento: signo de ansiedad.

Tx. DIFERENCIAL

FIGURAS:

RASGOS SOCIALES

CARA: Marcado.

EXPRESIÓN
FACIAL:

OJOS: Omisión de pupila con dibujo de contorno del ojo: percepción vaga del mundo.

CEJAS: Levantadas próximas a los ojos: desdén, arrogancia y duda, profundas, sentimentales, artistas.

OREJAS: Destacadas: preocupación de críticas, alucinaciones auditivas.

PELO: Sombreamiento: conflicto de virilidad en relación con una conducta sexual desviada.

NARIZ: Omisión: conflictos sexuales.

BOCA: Cóncava: infantilismo, dependencia oral pasiva.
Tx. Diferencial: Segunda figura omisión de boca: culpabilidad en relación a la agresión oral.

LABIOS:

RASGOS DE CONTACTO

BRAZOS: Extendidos: búsqueda del deseo de contacto.

MANOS: Grandes con dedos en forma de pétalo: sentimiento de insuficiencia, manipulatoria, dificultades de contacto, regresión, carencia de habilidad manual.

CUELLO: Largo: signo de distinción propio de las personas elegantes y tendencias a ser arrogantes.

ROPA: Desnudez: Rebelión a los cánones sociales o conciencia de conflicto sexual, exhibicionismo

CONCLUSIÓN.

El paciente presenta ciertas dificultades en el área de relaciones intrapersonales e interpersonales, así como ansiedad ante el medio que lo rodea, miedo a las críticas, escaso control yoico relacionado con el sentimiento de inseguridad, aislamiento emocional como defensa y en ocasiones personas depresiva, búsqueda del deseo del contacto, contacto superficial y sentimiento de inferioridad y retraimiento al sentirse rechazado.

Estas características o síntomas son regulares en personas con esquizofrenia y paranoia ya que las áreas que se ven afectadas en este tipo de pacientes son las de pensamiento, percepción, y estado de ánimo, sobre todo por el ambiente en donde se desenvuelven por lo que es conveniente trabajar los temas de autopercepción, autoestima y sobre todo el tema de su enfermedad para que conozcan el desarrollo y curso de la misma.

3. ENTREVISTA Y PRIMERA PARTE DEL CUESTIONARIO

Todos los participantes fueron entrevistados y a la vez contestaron la primera parte del Cuestionario de Autopercepción con el fin de obtener su opinión acerca del conocimiento de su estado de ánimo y de otras áreas cognitivas

Para dilucidar el alcance de los cambios se ha realizado un contraste de medias entre las condiciones de pre y post intervención utilizando 10 preguntas del Cuestionario de Autopercepción el cual consistía en verificar las condiciones cognitivas que el paciente tenía hacia sí mismo antes de iniciar el proceso de Psicoterapia de Apoyo.

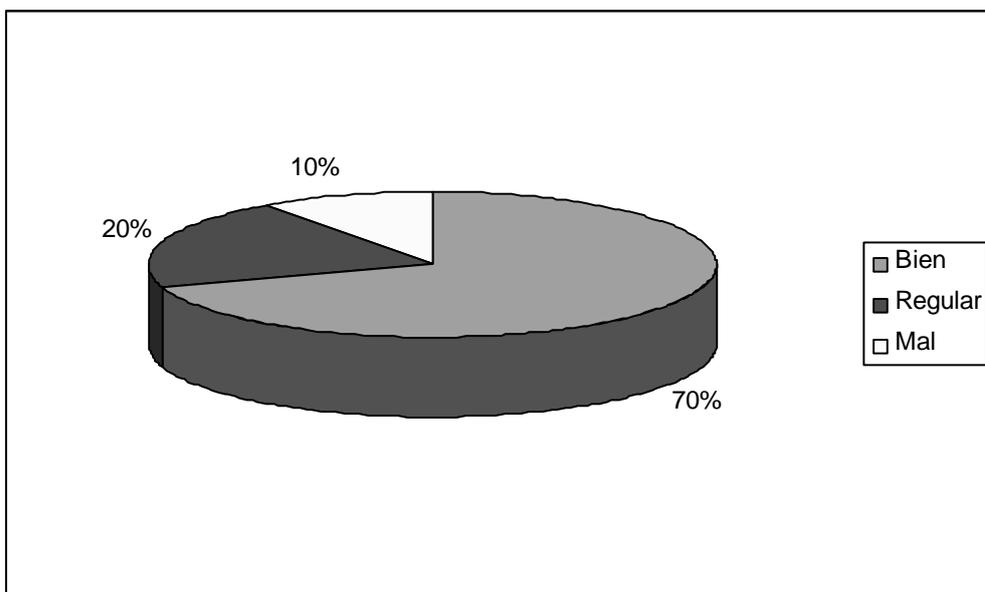
Los datos recogidos tras la intervención de la primera entrevista revelan una optimización significativa en buena parte de los índices valorados en la prueba, como lo hecho de aceptar su enfermedad, y tener claro la meta de estar en el centro. A pesar de ello los rendimientos de los pacientes, aunque más normalizados, siguieron mejorando.

Las puntuaciones obtenidas exhiben diferencias significativas entre las condiciones pre y post. Lo cual sugiere que a pesar de las ganancias objetivas en algunas de las áreas de funcionamiento cognitivo evaluadas, no se ha producido una resonancia de éstas en el plano de la propia subjetividad del paciente, manteniendo los sujetos autopercepciones estables de sus propios déficits y limitaciones a pesar del entrenamiento recibido en el centro por parte de los profesionales.

Es importante destacar la conciencia de su enfermedad, su condición física, así como la meta de muchos de ellos, que en su mayoría refirió, querer tener salud y lograr el egreso del centro como parte de su visión hacia el futuro, por lo que fue un buen índice para entablar empatía y rapport con ellos.

A continuación se presentan algunas gráficas obtenidas de la tabulación de las 10 preguntas planteadas, como referencia a las respuestas dadas por los pacientes en la primera entrevista tomando en cuenta la importancia de la pregunta, antes de iniciar su proceso Psicoterapéutico.

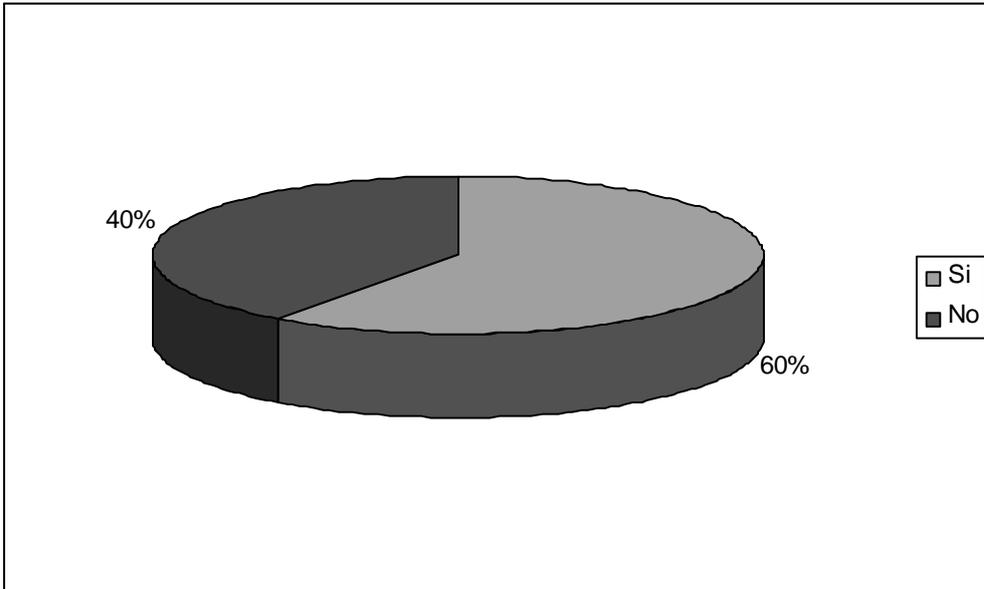
GRÁFICA No. 1
RESULTADO DE ENCUESTA SOBRE AUTOESTIMA



Fuente: encuesta a pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental zona 18, Agosto 2008.

En esta pregunta el 70% de los pacientes encuestados opinó sentirse bien respecto a como se sentía el día en que fue realizada el cuestionario, dando a entender que la fecha para realizar dicha actividad no fue programada con ellos, eso demuestra que la mayor parte del día y de los días que pasan dentro de centro hospitalaria, ellos tratan de distraerse y proponerse meta con el sentirse bien consigo mismo. El 20 % respondió sentirse regular y el 10% consideró sentirse mal ese día.

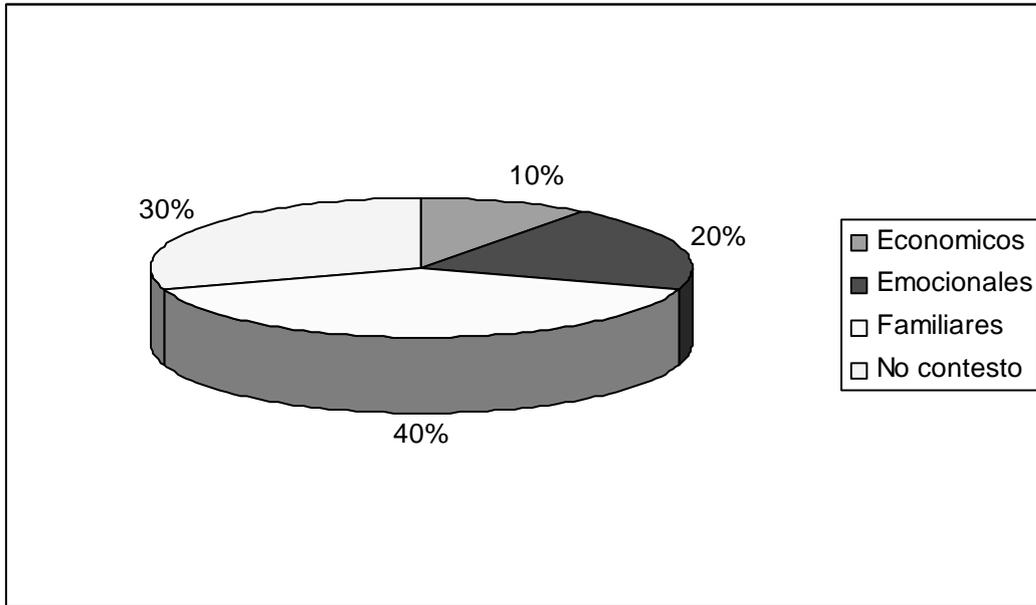
GRAFICA No. 2
RESULTADO DE ENCUESTA SOBRE AUTOEVALUACION



Fuente: encuesta a pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental zona 18, Agosto 2008.

En esta pregunta el 60% de los pacientes encuestados consideró ser una persona con enfermedad mental. La mayoría que brindo una respuesta positiva ante la interrogante demuestra tener conciencia de su enfermedad por lo que es un buen indicador para el investigador, ya que será de mucho interés para el propio paciente estar en proceso donde se le apoye a seguir adelante mejorando su autoestima. El otro 40% negó tal condición, tomando en cuenta que a veces para ellos negar tal situación ayuda a comprender así mismos, sin embargo, el trabajo a realizar con ellos es el aceptar su enfermedad y posteriormente a como manejarlo ante la critica de los demás, ya que el mayor dificultad para ellos, es la opinión de los demás

GRAFICA No. 3
RESULTADO DE ENCUESTA SOBRE AUTOEVALUACION

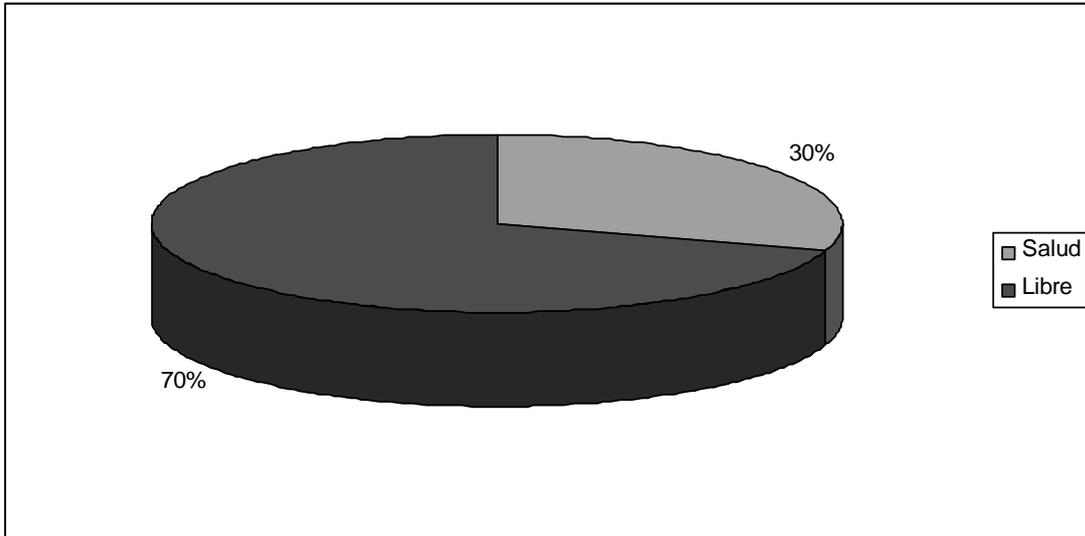


Fuente: encuesta a pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental zona 18, Agosto 2008.

El 40% de los pacientes encuestados opinó que saber que es un enfermo mental le afecta en forma familiar indicando que la separación de ellos es muy dura, ya que su mayoría son padres de familia y que el sustento familiar se basaba en su trabajo diario, por lo que es un factor determinante en su autoestima, porque al estar reclusos en el centro como un paciente con enfermedad mental y con proceso judicial por el delito cometido durante el curso de su enfermedad, afecta demasiado su autopercepción en una forma de abandono y sin esperanza de salir adelante por el hecho de pensar que defraudaron a sus seres queridos. El 30% prefirió no responder a la pregunta, un 20% opinó afectarle de forma emocional y un 10% de forma económica.

Respecto al 20% que refirió lo emocional, es debido que en su mayoría los pacientes provienen o son remitidos por autoridades del interior del país, por lo que la situación económica de sus seres queridos quedan limitados, factor que afecta el traslado de ellos para visitarlos, por lo que, muchos de ellos son visitados eventualmente y en algunos casos ya no son visitados por sus familiares.

GRAFICA No. 4
RESULTADO DE ENCUESTA SOBRE AUTOVISION



Fuente: encuesta a pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental zona 18, Agosto 2008.

El 70% de los pacientes encuestados manifestó que lo más importante para ellos en este momento es su libertad, ya que es de mencionar que a pesar de tener buena evolución en su condición mental, tienen que considerar el aspecto legal para poder ser egresado del centro hospitalario. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que muchos de ellos aunque desde el punto de vista médico y visto bueno del juez competente que lleva su caso aun se encuentran en el centro debido a que familiares se han olvidado de su existencia, dejándolos abandonados en el centro hospitalario, y otros que por el delito cometido es mejor que permanezca en el centro para lograr un buen proceso de rehabilitación.

Respecto al 30% restante consideró que lo más importante para ellos es su salud, evidenciando tener conciencia de la importancia de su situación emocional y psicológica.

4. PSICOTERAPIA DE APOYO

Se consideró que las sesiones de Psicoterapia de Apoyo son eficaces y contribuyen positivamente al tratamiento y recuperación del paciente Esquizofrénico y Paranoide, tomando muy en cuenta el estado psicológico, emocional y físico de los mismos que se encuentran en el servicio, así como la prescripción medica para no caer en situaciones que puedan desfavorecer la integridad del paciente y el Psicólogo, ya que el objetivo de la Psicoterapia de Apoyo es mejorar su autoestima, Percepción de Sí Mismo, a través de mejorar sus habilidades adaptativas y funciones del Yo.

Para lograr la participación de los pacientes en las sesiones de Psicoterapia de Apoyo el investigador realizó su trabajo con profesionalismo, estableciendo un buen rapport durante las primeras sesiones, logrando así que el paciente incrementará su interés y participación e integración en la actividad. Por lo que en cada sesión se realizó una nota de evolución, dejando registro de lo logrado con cada paciente y lo que se debería profundizar en las próximas sesiones, a continuación se transcribe las notas de evolución que según mi criterio fueron las más significativas durante la evolución de su tratamiento.

NOTAS DE EVOLUCIÓN.

PACIENTE A

Durante la entrevista se logró obtener mucha información personal y familiar del paciente, aunque no cosas específicas, ya que su discurso fue muy circunstancial respecto al hecho por el cual esta internado. También se logró obtener de forma verbal ciertos aspectos sobre su

autoestima, interrogándolo sobre su situación. Es sorprendente evidenciar que a pesar de no tener conciencia sobre su enfermedad y condición mental, demostró tener un propósito en la vida sobre su valoración de sí mismo, logrando así introducir el tema la psicoterapia de apoyo y un buen rapport para las siguientes sesiones.

FECHA: 30/08/2008

Paciente orientado en las diferentes esferas, memorias adecuadas, con aliño regular, higiene regular, psicomotricidad adecuada, lenguaje fluido, coherente y congruente, con cierto grado insight.

Durante la sesión se aprovecho para que paciente realizara el dibujo de la figura humana de Karen Machover, y contestar la primera parte del cuestionario de Autopercepción. Por la actividad realizada no se habló demasiado sobre sus ideas y emociones, sin embargo, por las respuestas dadas, se puede suponer que presenta cierto deterioro en las áreas de relaciones interpersonales e intrapersonales. En las próximas sesiones se trabajará estas áreas realizando actividades que mejoren y desarrollen sus habilidades sociales.

FECHA: 14/09/2008

Paciente se localizó en las afueras del servicio número cuatro, sentado con otro paciente, se presentaba con buen aliño e higiene personal, sin dificultades al caminar, con buen animo y memorias adecuadas, su discurso es diferente, ya que define mejor su situación dentro del centro hospitalario, aunque siempre mantiene cierta nostalgia sobre el tema de su internamiento, por lo que durante estas sesiones que lleva ha demostrado un buen desarrollo en las diferentes áreas de la personalidad.

FECHA: 28/09/2008.

Paciente con buen aliño e higiene personal, orientado en las diferentes esferas, estado de ánimo eufónico, memorias adecuadas, lenguaje fluido, con buen tono y volumen, coherente

y circunstancial, ya que hace mención de sentirse un poco triste porque nadie de su familia lo ha visitado, abstracción con cierto grado de dificultad, atención y comprensión adecuados.

Durante la entrevista se reforzó el autoestima, ya que por el ambiente en que vive en ocasiones se siente solo y por lo tanto le gusta sentarse cerca del portón de ingreso al hospital, sin embargo, a criterio general el paciente ha mejorado en muchos aspectos de su autopercepción, ya que tiene nuevos propósitos en la vida y planes para cuando salga del centro, según refiere.

FECHA: 11/10/2008.

En esta última sesión se realizó segunda parte del cuestionario de Autopercepción, con el objetivo de evaluar según criterio del paciente la evolución de su estado a nivel de percepción de si mismo y su relación con la psicoterapia de apoyo recibido durante estas sesiones.

Independientemente del resultado, a mi criterio el proceso fue positivo, ya que durante estas sesiones paciente demostró buena evolución en las áreas de autoestima, relaciones intrapersonales e interpersonales, ya que en su discurso refería estar mas contento a pesar de la situación.

PACIENTE B

Durante la entrevista el paciente se mostró interesado en la psicoterapia de apoyo, debido a que se le explico el objetivo de las sesiones. En la mayor parte de la entrevista se platicó de varios temas como aspectos de su enfermedad, autoconcepto superficialmente y condición emocional respecto al ambiente hospitalario.

FECHA: 30/08/2008

Paciente orientado en las diferentes esferas, memorias adecuadas, con aliño regular, higiene regular, psicomotricidad adecuada, lenguaje fluido, coherente y congruente, con insight adecuado.

Durante la sesión se aprovecho para que paciente realizara el dibujo de la figura humana de Karen Machover, y contestar la primera parte del cuestionario de Autopercepción. Por la actividad realizada no se habló demasiado sobre sus ideas y emociones, sin embargo, por las respuestas dadas, se puede suponer que maneja de forma adecuada su situación en el centro, sin embargo refiere estar interesado en la actividad por lo que coopera mucho en las sesiones. En las próximas sesiones se trabajará áreas sobre mantener habilidades de relaciones sociales.

FECHA: 14/09/2008

Paciente se localizó en las afueras del servicio número cuatro, caminado, se presentaba con buen aliño e higiene personal, sin dificultades al caminar, con buen animo y memorias adecuadas, su discurso es coherente y congruente, ya que define mejor su situación dentro del centro hospitalario. También refiere que las actividades que realiza durante la semana le ayudan y motivan a seguir adelante, agregando que las charlas durante las sesiones le motivan ya que el fin de semana es un poco aburrido.

FECHA: 28/09/2008.

Paciente con buen aliño e higiene personal, orientado en las diferentes esferas, estado de ánimo eutímico, memorias adecuadas, lenguaje fluido, con buen tono y volumen, coherente y congruente, abstracción adecuado, atención y comprensión adecuados. Y un buen desarrollo del insight.

Durante la entrevista se reforzó el autoestima, ya que por el ambiente en que vive en ocasiones se siente solo y por lo tanto le gusta caminar por los alrededores para distraerse,

sin embargo, a criterio general el paciente ha mejorado en muchos aspectos de su autopercepción, ya que en cada sesión se muestra muy interesado en el tema y se esta trabajando sobre el manejo de su enfermedad.

FECHA: 11/10/2008.

En esta última sesión se realizó segunda parte del cuestionario de Autopercepción, con el objetivo de evaluar según criterio del paciente la evolución de su estado a nivel de percepción de si mismo y su relación con la psicoterapia de apoyo recibido durante estas sesiones.

Independientemente del resultado, a mi criterio el proceso fue positivo, ya que durante estas sesiones paciente demostró buena evolución en las áreas de autoestima, relaciones intrapersonales e interpersonales, ya que en su discurso refería estar mas contento y tener mucho mas conocimiento acerca de su enfermedad y condición mental.

PACIENTE C

Durante la entrevista se indago sobre aspectos emocionales, familiares y psicológicos logrando obtener un buen rapport para empezar la psicoterapia de apoyo, especialmente en el área de autoestima. En la segunda sesión se procederá a que paciente conteste la primera parte del cuestionario y seguir con el tema de autoestima que se considera una de las áreas mas afectas.

FECHA: 31/08/2008

Paciente orientado en las diferentes esferas, memorias adecuadas, con aliño regular, higiene regular, psicomotricidad adecuada, lenguaje fluido, coherente y congruente, con buena abstracción y comprensión, atención y conciencia de su enfermedad presentes.

Durante la sesión se aprovecho para que paciente realizara el dibujo de la figura humana de Karen Machover, y contestar la primera parte del cuestionario de Autopercepción.

FECHA: 13/09/2008

Paciente se localizó dentro del servicio número cuatro realizando limpieza, se presentaba con regular aliño e higiene personal, sin dificultades al caminar, con buen animo y memorias adecuadas, su discurso es fluido aunque con volumen y timbre bajo, discurso coherente, tranquilo y muy colaborador en la sesión.

Se platico sobre su situación personal ya que siempre que se localiza en el servicio realizando actividades de limpieza, el cual el refiere que lo hace para no sentirse inútil, y para distraerse un poco, por lo que se trabajó en esta sesión autoestima, y actividades que mejoren sus relaciones sociales.

FECHA: 27/09/2008.

Paciente con buen aliño e higiene personal, orientado en las diferentes esferas, estado de ánimo eutímico, memorias adecuadas, lenguaje fluido, con buen tono y volumen, coherente, abstracción con cierto grado de dificultad, atención y comprensión adecuados.

Durante la entrevista se reforzó el autoestima, y el tema de su enfermedad ya que en la sesión anterior él decidió saber un poco mas sobre la enfermedad que padece, efectos de los medicamentos y otras alternativas para superarlo.

FECHA: 19/10/2008.

En esta última sesión se realizó segunda parte del cuestionario de Autopercepción, con el objetivo de evaluar según criterio del paciente la evolución de su estado a nivel de percepción de si mismo y su relación con la psicoterapia de apoyo recibido durante estas sesiones.

Paciente que lleva aproximadamente 3 años en la institución, ha logrado mantener un buen equilibrio emocional, sin embargo, en las diferentes sesiones se detectó cierto grado de dificultad en sus relaciones interpersonales, ya que su amigo dentro del centro egreso y por lo que siente algo de tristeza al estar aun dentro. Sin embargo, refirió de manera positiva la actividad realizada haciendo mención que es muy bueno porque le ayuda recordar que ellos también existen y que tienen muchos pensamientos y emociones que transmitir.

PACIENTE D

Durante la entrevista el paciente fue muy colaborador, atento y con buena voluntad para estar en el proceso y en las demás sesiones según comentó, ya que se refirió a la misma como oportuna, debido que la atención que reciben es muy poca.

Se le explicó el motivo de las sesiones y las actividades que se realizaran, aceptando de forma positiva realizarlas, en las próximas sesiones se continuará con las actividades programadas.

FECHA: 31/08/2008

Paciente orientado en las diferentes esferas, memorias adecuadas, con aliño regular, higiene regular, psicomotricidad adecuada, lenguaje fluido, coherente y congruente, con buena abstracción y comprensión, atención y conciencia de su enfermedad presentes.

Durante la sesión se aprovechó para que el paciente realizara el dibujo de la figura humana de Karen Machover, y contestar la primera parte del cuestionario de Autopercepción.

FECHA: 13/09/2008

Paciente se localizó dentro del servicio número cuatro recostado en su cubículo, con buen aliño e higiene personal, sin dificultades al caminar, con buen ánimo y memorias adecuadas, su discurso es fluido aunque con volumen y timbre bajo, discurso coherente, tranquilo y muy colaborador en la sesión.

Se platico sobre su situación personal, resolviéndole dudas acerca del curso de su enfermedad y pronostico del mismo, reforzándole aspectos de la autoestima.

FECHA: 27/09/2008.

Paciente con buen aliño e higiene personal, orientado en las diferentes esferas, estado de ánimo eutímico, memorias adecuadas, lenguaje fluido, con buen tono y volumen, coherente, abstracción con cierto grado de dificultad, atención y comprensión adecuados.

Durante la entrevista se reforzó el autoestima, y el tema de su enfermedad ya que en la sesión anterior él decidió saber un poco mas sobre la enfermedad que padece, efectos de los medicamentos y otras alternativas para superarlo.

FECHA: 19/10/2008.

En esta última sesión se realizó segunda parte del cuestionario de Autopercepción, con el objetivo de evaluar según criterio del paciente la evolución de su estado a nivel de percepción de si mismo y su relación con la psicoterapia de apoyo recibido durante estas sesiones.

PACIENTE E

Durante la entrevista paciente platicó sobre su enfermedad, sus recaídas y motivos de su ingreso. Demostrando un buen insight. Se le explicó el motivo de las sesiones y fue flexible al consultar dudas sobre ciertas áreas que él consideraba necesario profundizar.

Para las demás sesiones se tiene planeado profundizar áreas como autoestima y como manejar ciertos aspectos sobre el ambiente en que se vive dentro del hospital.

FECHA: 06/09/2008

Paciente orientado en las diferentes esferas, memorias adecuadas, con aliño regular, higiene regular, psicomotricidad adecuada, lenguaje fluido, coherente y congruente, con buena abstracción y comprensión, atención y conciencia de su enfermedad presentes.

Durante la sesión se aprovecho para que paciente realizara el dibujo de la figura humana de Karen Machover, y contestar la primera parte del cuestionario de Autopercepción.

FECHA: 20/09/2008

Paciente se localizó dentro del servicio número cuatro recostado en su cubículo, con buen aliño e higiene personal, sin dificultades al caminar, con buen ánimo y memorias adecuadas, su discurso es fluido aunque con volumen y timbre bajo, discurso coherente, tranquilo y muy colaborador en la sesión.

Se platico sobre su situación personal, resolviéndole dudas acerca del curso de su enfermedad recaídas que ha sufrido y pronostico del mismo, reforzándole aspectos de la autoestima.

FECHA: 04/10/2008.

Paciente con buen aliño e higiene personal, orientado en las diferentes esferas, estado de ánimo eutímico, memorias adecuadas, lenguaje fluido, con buen tono y volumen, coherente, abstracción con cierto grado de dificultad, atención y comprensión adecuados.

Durante la entrevista se reforzó el autoestima, y aspectos familiares, pensamientos hacia la realidad en que vive y posibles actividades a realizar en el futuro.

FECHA: 26/10/2008.

En esta última sesión se realizó segunda parte del cuestionario de Autopercepción, con el objetivo de evaluar según criterio del paciente la evolución de su estado a nivel de percepción de si mismo y su relación con la psicoterapia de apoyo recibido durante estas sesiones.

Paciente que lleva aproximadamente 3 años en la institución, ha logrado mantener un buen equilibrio emocional, sin embargo, en las diferentes sesiones de detectó cierto grado de dificultad en sus relaciones interpersonales, ya que le gusta mantenerse solo refiere que asiste a Terapia Ocupacional para distraerse y no perder sus habilites sociales.

PACIENTE F

FECHA: 06/09/2008

Paciente orientado en las diferentes esferas, memorias adecuadas, con aliño regular, higiene regular, psicomotricidad adecuada, lenguaje fluido, coherente y congruente, con buena abstracción y comprensión, atención y conciencia de su enfermedad presentes.

Durante la sesión se aprovecho para que paciente realizara el dibujo de la figura humana de Karen Machover, y contestar la primera parte del cuestionario de Autopercepción.

FECHA: 20/09/2008

Paciente se localizó fuera del servicio número cuatro lavando un vehiculo, con regular aliño e higiene personal, por la actividad que realiza, sin dificultades al caminar, con buen ánimo y memorias adecuadas, su discurso es fluido aunque con volumen y timbre bajo,

discurso coherente, circunstancias respecto a las ideas de regencia que mantiene ya que no toma medicamento, su conducta fue tranquilo y muy colaborador en la sesión.

Se platicó sobre su situación personal, ya que siempre pregunta sobre su situación legal dentro del hospital, se trató de abordar sobre la enfermedad que padece, sin embargo, por las ideas que maneja ha sido un poco difícil que acepte su condición mental. En lo que respecta a las demás áreas ha demostrado un buen manejo de estrés y mantener sus habilidades sociales.

FECHA: 04/10/2008.

Paciente con buen aliño e higiene personal, orientado en las diferentes esferas, estado de ánimo eufórico, memorias adecuadas, lenguaje fluido, con buen tono y volumen, coherente, abstracción con cierto grado de dificultad, atención y comprensión adecuados.

Durante la entrevista se reforzó el autoestima, y aspectos familiares, pensamientos hacia la realidad en que vive y posibles actividades a realizar en el futuro.

FECHA: 26/10/2008.

En esta última sesión se realizó segunda parte del cuestionario de Autopercepción, con el objetivo de evaluar según criterio del paciente la evolución de su estado a nivel de percepción de sí mismo y su relación con la psicoterapia de apoyo recibido durante estas sesiones.

Así mismo agradeció el tiempo brindado y esperando que las actividades como estas sigan realizándose en el centro ya que según refiere que es muy importante para ellos porque los ayuda a salir de la rutina.

PACIENTE G

En la entrevista se abordó aspectos de su vida, así como introducción a la psicoterapia de apoyo especialmente en el área de autoestima, ya que el ambiente en que se desarrollan a diario les afecta mucho en sus relaciones interpersonales.

FECHA: 06/09/2008

Paciente orientado en las diferentes esferas, memorias adecuadas, con aliño regular, higiene regular, psicomotricidad adecuada, lenguaje fluido, coherente y congruente, con buena abstracción y comprensión, atención y conciencia de su enfermedad presentes.

Durante la sesión se aprovechó para que paciente realizara el dibujo de la figura humana de Karen Machover, y contestar la primera parte del cuestionario de Autopercepción.

FECHA: 20/09/2008

Paciente se localizó fuera del servicio número cuatro, mirando a otro paciente cuando lava un vehículo, con buen aliño e higiene personal, sin dificultades al caminar, con buen ánimo y memorias adecuadas, su discurso es fluido con volumen y timbre adecuado, discurso coherente, tranquilo y muy colaborador en la sesión.

Se continuó con el proceso de psicoterapia de apoyo, especialmente en áreas de autopercepción y autoestima.

FECHA: 04/10/2008.

Paciente con buen aliño e higiene personal, orientado en las diferentes esferas, estado de ánimo eufórico, memorias adecuadas, lenguaje fluido, con buen tono y volumen, coherente, abstracción con cierto grado de dificultad, atención y comprensión adecuados.

Durante esta sesión se platico acerca de sus familiares, pensamientos hacia la realidad en que vive y posibles actividades a realizar en el futuro.

FECHA: 26/10/2008.

En esta última sesión se realizó segunda parte del cuestionario de Autopercepción, con el objetivo de evaluar según criterio del paciente la evolución de su estado a nivel de percepción de si mismo y su relación con la psicoterapia de apoyo recibido durante estas sesiones.

Paciente refiere sentirse muy alegre por la actividad realizada en estos dos meses, ya que le fue muy útil hablar con alguien que los escuchará y por lo que se mostró muy agradecido.

PACIENTE H

Paciente solo realizó la actividad correspondiente y prefirió salir rápido por la intranquilidad que manejaba, sin embargo, prometió que en la próxima sesión iba estar mas tranquilo, ya que lleva una buena impresión del entrevistador.

FECHA: 30/08/2008

Paciente orientado en las diferentes esferas, memorias adecuadas, con aliño regular, higiene regular, psicomotricidad con cierto grado de alteración, lenguaje fluido, coherente y circunstancial sobre el tema de drogas y autoestima., con insight adecuado ya que es conciente de su situación mental.

Durante la sesión se aprovecho para que paciente realizara el dibujo de la figura humana de Karen Machover, y contestar la primera parte del cuestionario de Autopercepción. Por la actividad realizada no se habló demasiado sobre sus ideas y emociones, sin embargo, por las respuestas dadas, se puede suponer que maneja de forma adecuada su situación en el centro, sin embargo refiere estar interesado en la actividad por lo que coopera mucho en las

sesiones. En las próximas sesiones se trabajará áreas sobre mantener habilidades de relaciones sociales.

FECHA: 14/09/2008

Paciente se localizó en las afueras del servicio número cuatro, caminado, se presentaba con buen aliño e higiene personal, sin dificultades al caminar, con buen animo y memorias adecuadas, su discurso es coherente y congruente, ya que define mejor su situación dentro del centro hospitalario. También refiere que las actividades que realiza durante la semana le ayudan y motivan a seguir adelante, agregando que las charlas durante las sesiones le motivan ya que el fin de semana es un poco aburrido.

FECHA: 28/09/2008.

Paciente con buen aliño e higiene personal, orientado en las diferentes esferas, estado de animo eutímico, memorias adecuadas, lenguaje fluido, con buen tono y volumen, coherente y congruente, abstracción adecuado, atención y comprensión adecuados. Y un buen desarrollo del insight.

Durante la entrevista se reforzó el autoestima, ya que por el ambiente en que vive en ocasiones se siente solo y por lo tanto le gusta caminar por los alrededores para distraerse, sin embargo, a criterio general el paciente ha mejorado en muchos aspectos de su autopercepción, ya que en cada sesión se muestra muy interesado en el tema y se esta trabajando sobre el manejo de su enfermedad.

FECHA: 11/10/2008.

En esta última sesión se realizó segunda parte del cuestionario de Autopercepción, con el objetivo de evaluar según criterio del paciente la evolución de su estado a nivel de percepción de si mismo y su relación con la psicoterapia de apoyo recibido durante estas sesiones.

Independientemente del resultado, a mi criterio el proceso fue positivo, ya que durante estas sesiones paciente demostró buena evolución en las áreas de autoestima, relaciones intrapersonales e interpersonales, ya que en su discurso refería estar mas contento y tener mucho mas conocimiento acerca de su enfermedad y condición mental.

PACIENTE I

Paciente se mostró muy colaborador aunque tuvo mucha dificultad al expresar sus ideas por la lentitud de fluidez de sus palabras, sin embargo, su discurso fue coherente a las preguntas que se le planteaban, en la próxima sesión paciente realizará dibujo de la figura Humana de Machover y primera parte del cuestionario de Autopercepción.

FECHA: 31/08/2008

Paciente orientado en las diferentes esferas, memorias adecuadas, con aliño regular, higiene regular, psicomotricidad lenta y con movimientos estereotípicos en las extremidades, lentitud en la marcha, lenguaje fluido, coherente y congruente, con buena abstracción y comprensión, atención y conciencia de su enfermedad.

Durante la sesión se aprovecho para que paciente realizara el dibujo de la figura humana de Karen Machover, y contestar la primera parte del cuestionario de Autopercepción.

FECHA: 13/09/2008

Paciente se localizó dentro del servicio número cuatro recostado en su cubículo, con buen aliño e higiene personal, con ciertas dificultades al caminar, con buen ánimo y memorias adecuadas, su discurso es fluido aunque con volumen y timbre bajo, discurso coherente, tranquilo y muy colaborador en la sesión.

Se habló sobre su situación personal, y motivo por el cual esta ingresado al centro, fue muy abierto a las preguntas, a pesar de su condición física mantiene buena atención y

comprensión en las sesiones, demostrando cierta alegría en su expresión facial y su discurso que maneja es diferente ya que comprende bien las instrucciones y realiza las actividades correspondientes..

FECHA: 27/09/2008.

Paciente con buen aliño e higiene personal, orientado en las diferentes esferas, estado de ánimo eufónico, memorias adecuadas, lenguaje fluido, con buen tono y volumen, coherente, abstracción con cierto grado de dificultad, atención y comprensión adecuados. Su psicomotricidad aun sigue lenta y con dificultad al caminar.

Durante la entrevista se reforzó la autoestima, y el tema de su enfermedad ya que en la sesión anterior él decidió saber un poco mas sobre la enfermedad que padece, efectos de los medicamentos y otras alternativas para superarlo.

FECHA: 19/10/2008.

En esta última sesión se realizó segunda parte del cuestionario de Autopercepción, con el objetivo de evaluar según criterio del paciente la evolución de su estado a nivel de percepción de si mismo y su relación con la psicoterapia de apoyo recibido durante estas sesiones.

PACIENTE J

Durante la entrevista paciente platicó sobre su enfermedad, sus recaídas y motivos de su ingreso. Demostrando un buen insight. Se le explicó el motivo de las sesiones y fue flexible al consultar dudas sobre ciertas áreas que él consideraba necesario profundizar.

Para las demás sesiones se tiene planeado profundizar áreas como autoestima y como manejar ciertos aspectos sobre el ambiente en que se vive dentro del hospital.

FECHA: 27/09/2008

Paciente orientado en las diferentes esferas, memorias adecuadas, con aliño regular, higiene regular, psicomotricidad adecuada, lenguaje fluido, coherente y congruente, con buena abstracción y comprensión, atención y conciencia de su enfermedad presentes.

Durante la sesión se aprovecho para que paciente realizara el dibujo de la figura humana de Karen Machover, y contestar la primera parte del cuestionario de Autopercepción.

FECHA: 05/10/2008

Paciente se localizó en la entra del hospital recostado en el suelo, con buen aliño e higiene personal, sin dificultades al caminar, con buen animo y memorias adecuadas, su discurso es fluido aunque con volumen y timbre bajo, coherente, tranquilo y muy colaborador en la sesión.

Se platico sobre su situación personal, resolviéndole dudas acerca del curso de su enfermedad recaídas que ha sufrido y pronostico del mismo, reforzándole aspectos de la autoestima. Y sobre todo escuchándolo ya que demuestra mejorías al hacerlo.

FECHA: 19/10/2008.

Paciente con buen aliño e higiene personal, orientado en las diferentes esferas, estado de ánimo eutímico, memorias adecuadas, lenguaje fluido, con buen tono y volumen, coherente, abstracción con cierto grado de dificultad, atención y comprensión adecuados.

Durante la entrevista se reforzó el autoestima, y aspectos familiares, pensamientos hacia la realidad en que vive y posibles actividades a realizar en el futuro.

FECHA: 26/10/2008.

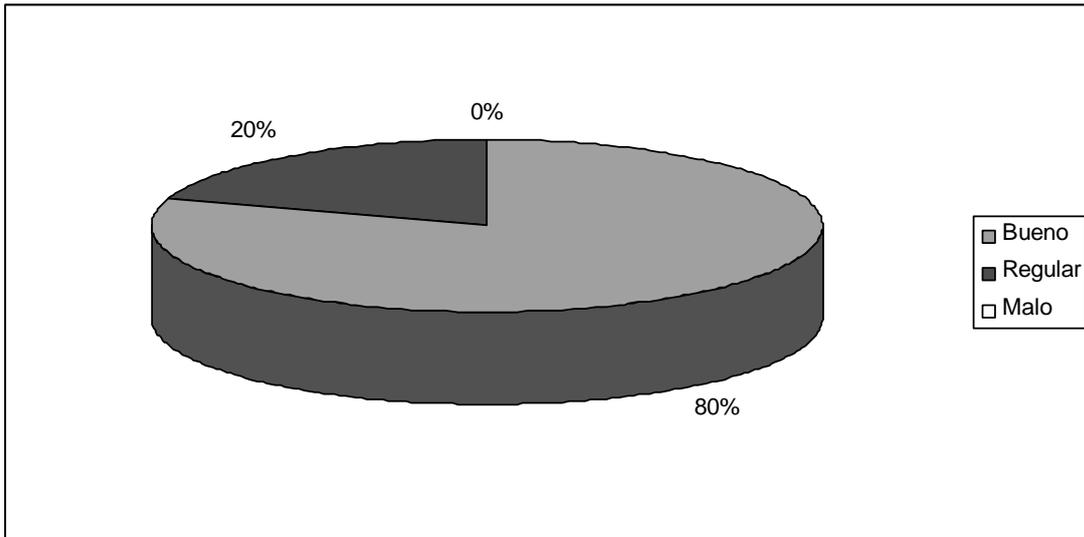
En esta última sesión se realizó segunda parte del cuestionario de Autopercepción, con el objetivo de evaluar según criterio del paciente la evolución de su estado a nivel de percepción de si mismo y su relación con la psicoterapia de apoyo recibido durante estas sesiones.

Paciente que lleva aproximadamente 3 años en la institución, ha logrado mantener un buen equilibrio emocional, sin embargo, en las diferentes sesiones de detectó cierto grado de dificultad en sus relaciones interpersonales, ya que le gusta mantenerse solo, refiere que asiste a Terapia Ocupacional para distraerse y no perder sus habilites sociales.

5. CUESTIONARIO SEGUNDA PARTE

Es importante señalar que la implementación de la Psicoterapia de Apoyo conjuntamente con el tratamiento Farmacológico y Psicológico que brinda el Hospital Nacional de Salud Mental favorece el proceso de recuperación del paciente con padecimiento Esquizofrénico y Paranoide ya que mejoran la comprensión de su enfermedad, los ayuda relacionarse mejor con los demás pacientes y sobre todo tener un buen insight sobre su problemática, como se evidencia en las gráficas, especialmente en las preguntas de la segunda parte del cuestionario que fue elaborado con el fin de obtener la opinión de los pacientes.

GRAFICA No. 5
RESULTADO DE ENCUESTA SOBRE AUTOEVALUACION

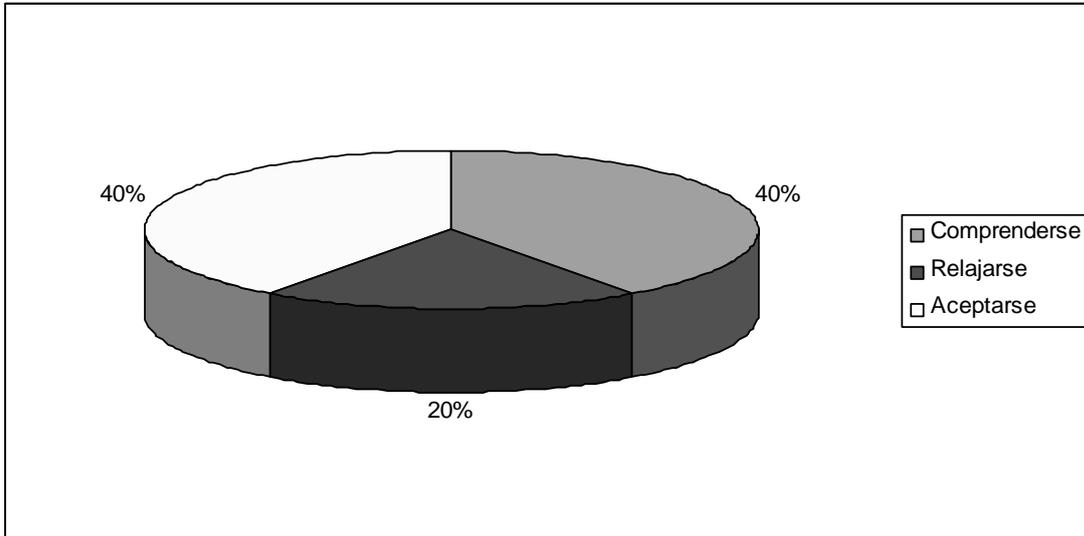


Fuente: encuesta a pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental zona 18, Agosto 2008.

El 80% de los pacientes encuestados consideró que las sesiones de Psicoterapia son buenas ya que les ayuda en diferentes maneras tales como: mejorar su relación con los demás pacientes, sentirse mejor consigo mismo y aumentar su autoestima; éstas fueron algunas de la respuestas dadas por lo pacientes que asistieron al proceso de Psicoterapia de Apoyo, considerando que en su mayoría tuvo un promedio de 8 sesiones con una duración de 45 minutos cada una, estas respuestas pueden confirmarse en las notas de evolución dadas con anterioridad, ya que en su conjunto se puede determinar que para la mayoría de pacientes el proceso fue significativo y determinante en su seguimiento de asimilación de su condición mental y situación jurídica, así como obtener un motivo mas para seguir luchando por lo que ellos quieren, ser libres para quienes lo buscan a través de su mejoramiento o tener mejor salud mental para quienes aun consideran no tenerlo.

El 20% consideró que las sesiones son regulares para su situación ya que el hecho de estar reclusos en el centro demasiado tiempo, el paciente se acomoda y encuentra un refugio emocional y personal en él, debido a que fueron abandonados por sus familiares y por lo tanto, consideran mejor estar dentro del hospital por tener los elementos básicos como alimentación, vestimenta y un lugar para dormir. A cambio de salir y ser considerados “raros” o “locos” en su comunidad y el no poder desarrollarse y ser útil en la misma.

GRAFICA No. 6
RESULTADO DE ENCUESTA SOBRE AUTOEVALUACION

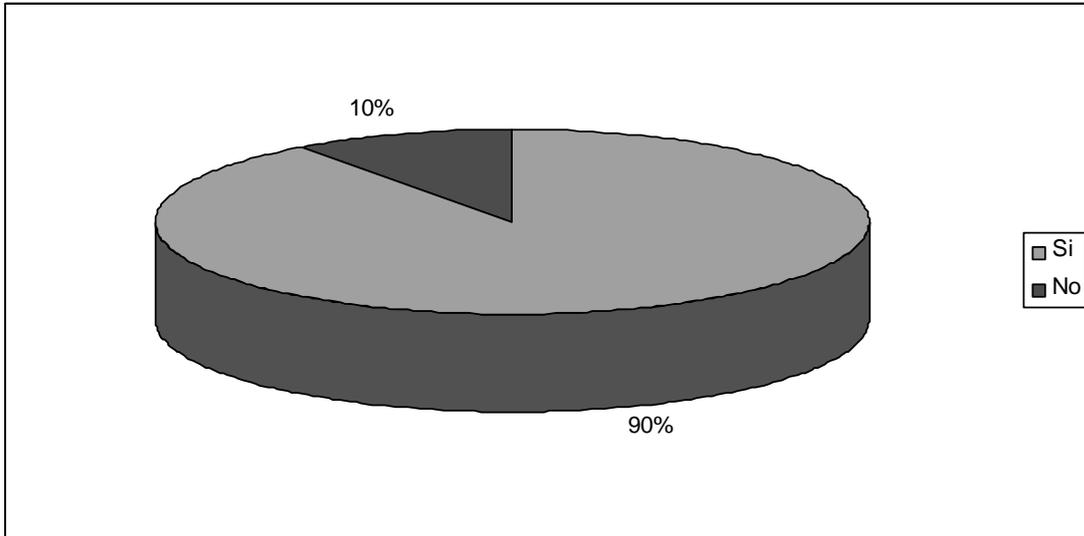


Fuente: encuesta a pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental zona 18, Agosto 2008.

Un 40% de los pacientes encuestados consideró que la Psicoterapia de Apoyo les ayuda a comprenderse mejor consigo mismo y con los demás, esto fue demostrado por ellos mismo, ya que se observó en varias ocasiones charlando en grupo en horario de almuerzo, en otras ocasiones estaban reunidos esperando al investigador los fines de semana. El otro 40% manifestó que les ayuda a relajarse, comentando que en las noches duermen mejor y que les ayuda a seguir adelante, colaborando en el servicio haciendo oficios de limpieza con el fin de distraerse y ser útil y un 20% a aceptarse tal y como es ahora, tomando en cuenta que puede mejorar si se lo propone.

Esto evidencia que la participación de pacientes con trastorno Esquizofrénico y Paranoide en las sesiones de Psicoterapia de Apoyo los motiva a comprenderse mejor, relajarse ante su situación y en menor de los casos los ayuda a aceptarse, es decir, mejorar su insight.

GRAFICA No. 7
RESULTADO DE ENCUESTA SOBRE AUTOEVALUACION

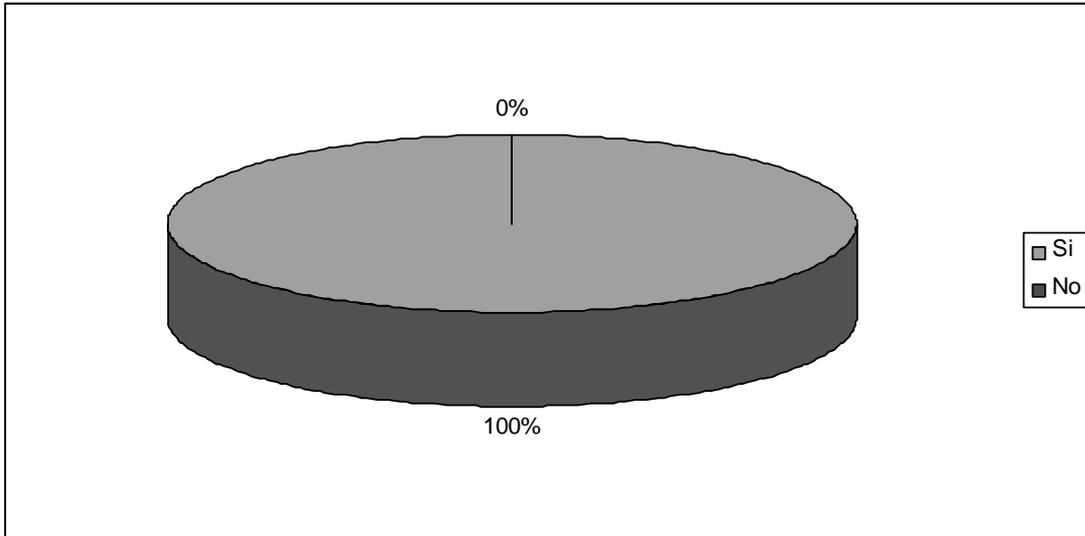


Fuente: encuesta a pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental zona 18, Agosto 2008.

En esta pregunta el 90% de los pacientes encuestados manifestó haber cambiado su forma de pensar después de haber recibido sus sesiones correspondientes. El 10% manifestó no haber cambiado su forma de pensar.

Los datos evidencian que las sesiones de Psicoterapia de Apoyo en pacientes que presentan Esquizofrenia y Paranoia ayudan a cambiar su forma de verse así mismos y mejorando su insight. En cada sesión y especialmente en la forma de cómo recuperar y/o mantener sus habilidades adaptativas y funciones del Yo, fueron las áreas que más se fortalecieron en la mayoría de los pacientes, ya que a pesar de tener diferentes actividades en el centro como asistir a Terapia Ocupacional, Psicología, Hortaliza, y otras que se desarrollan. Estos no lograban brindar un significado para ellos, porque lo veían como una tarea, por lo que en el proceso de rehabilitación de Psicoterapia de Apoyo, se consideró que el a asistir a las actividades fueran con el fin de desarrollarse personalmente y ser útil para ellos mismo y no perder habilidades, en cambio de hacerlo por cumplir con las exigencias de los profesionales.

GRAFICA No. 8
RESULTADO DE ENCUESTA SOBRE AUTOEVALUACION A PACIENTES

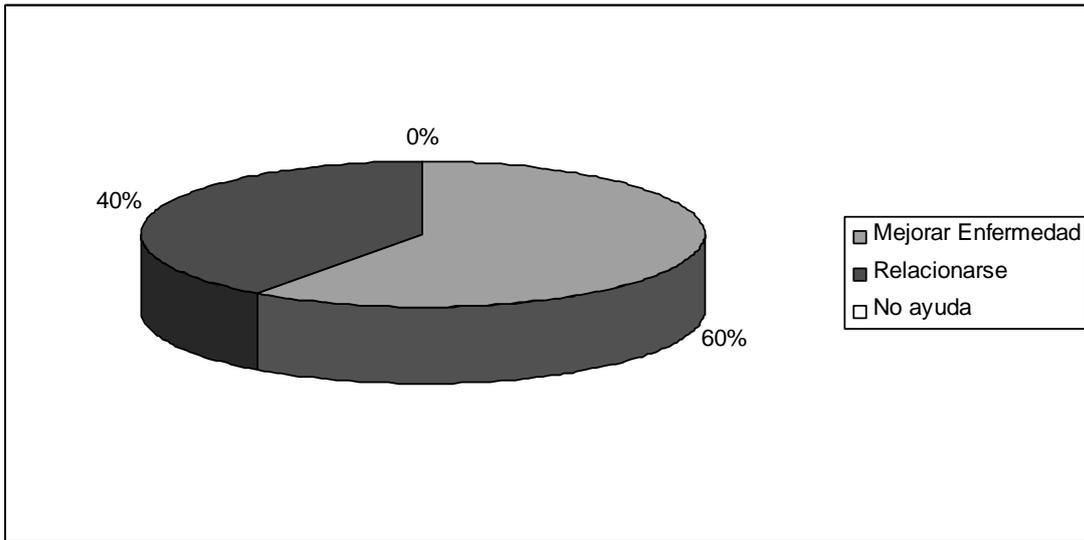


Fuente: encuesta a pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental zona 18, Agosto 2008.

El 100% de los pacientes encuestados manifestó que las sesiones de Psicoterapia de Apoyo son importantes para ellos, ya que los ayuda a distraerse y conocer mejor el curso de su enfermedad, así como tener otras alternativas en su mantenimiento de sus funciones y habilidades sociales. Éstas opiniones demuestran que durante el proceso de Psicoterapia de Apoyo los pacientes se sintieron cómodos consigo mismo y con el investigador, dato que es significativo para cualquier investigación ya que el interés puesto por ellos ayudó a que mejorará su visión de su enfermedad, porque se trataron diversos temas que ellos propusieron en su momento.

Esto demuestra que la Psicoterapia de Apoyo desarrollada con los pacientes en el Hospital Nacional de Salud Mental es eficaz para mejorar su autoestima y Percepción de Sí Mismo.

GRAFICA No. 9
RESULTADO DE ENCUESTA SOBRE AUTOEVALUACION A PACIENTES



Fuente: encuesta a pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental zona 18, Agosto 2008.

El 60% de los pacientes encuestados manifestó que las sesiones los ayudan a superar su enfermedad, es decir, que tienen mayor conocimiento de ello y les ayuda a enfrentarlo de mejor manera. Esto se debió que la mayor parte del proceso se trató temas que ellos propusieron y que para ellos eran importantes e interesantes, el cual tenía mucho que ver con el curso de su enfermedad, desarrollo de la misma y posibles alternativas para su tratamiento.

Respecto al 40% opinó que los ayuda en relacionarse de mejor manera con los demás pacientes, ya que comprendieron los síntomas y el estado de ánimo que en ocasiones le ocasionaba el curso de su enfermedad, por lo que fue esencial para comprender al compañero cuando éste presentaba sintomaza ya sea por un desequilibrio emocional y como efecto secundario de los medicamentos administrados.

Esto demuestra que la Psicoterapia de Apoyo en pacientes Esquizofrénicos y Paranoides mejora sus habilidades adaptativas y funciones del Yo. Y por lo tanto es eficaz en mantener y mejorar el insight en los mismos. Estas observaciones fueron constatadas con la opinión de algunos enfermeros del servicio número cuatro, ya que en su momento cuando se transcribían las notas de evolución en cada expediente, ellos aportaban el cambio que observaban en los diferentes pacientes. Opiniones que motivan ya que el resultado se pudo observar y confirmar por diferentes personas ajenas al proceso de investigación pero no ajenas al comportamiento y conducta de los pacientes.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
CONCLUSIONES

- Se cumplieron con los objetivos propuestos en la investigación: Coadyuvar en el proceso de rehabilitación y mejora del tratamiento de pacientes Esquizofrénicos y Paranoides del Hospital Nacional de Salud Mental zona 18. Establecer la Percepción de Sí Mismo de pacientes Esquizofrénicos y Paranoides de sexo masculino de edades de 25 a 40 años cuyo internamiento obedece a Problemas Legales del Hospital Nacional de Salud Mental. Contribuir a la mejora del Autoconcepto de Sí Mismo de pacientes Esquizofrénicos y Paranoides de sexo masculino del Hospital Nacional de Salud Mental cuyo internamiento obedece a problemas legales. Y Comprobar la eficacia de la Psicoterapia de Apoyo en pacientes Esquizofrénicos y Paranoides de sexo masculino del Hospital Nacional de Salud Mental cuyo internamiento es por Problemas Legales.
- La Percepción de Si Mismo en los pacientes que presentan un trastorno Esquizofrénico y Paranoide especialmente con problemas legales antes de las sesiones se veía afectada por diversas situaciones emocionales y familiares, tal como lo afirman los propios pacientes durante la primera entrevista y fundamentada en la interpretación del Protocolo del Test de la Figura Humana de Karen Machover.
- Los pacientes, en su mayoría, provienen de familia desintegrada, es un indicador determinante en la formación de la personalidad del individuo y la forma en como enfrentar los problemas de la vida cotidiana tal como lo afirma la teoría de Eric Ericsson sobre el desequilibrio en las diferentes etapas de desarrollo y conlleva un problema de conducta tras otro hasta llegar a un desajuste social, como es el caso de

los pacientes que participaron en la investigación cuyo proceso fue mejorando en conducta y en pensamiento durante el desarrollo de la Psicoterapia de Apoyo.

- La Psicoterapia de Apoyo utilizada con los pacientes que presentan un trastorno Esquizofrénico y Paranoide coadyuva positivamente al incremento de su autoestima y mejora sus habilidades adaptativas y funciones del Yo. Ya que la Psicoterapia de Apoyo es una terapia Psicológica que está indicada para pacientes con problemas mentales agudos y cuyo fin es mantenerles sus habilidades cognitivas, de forma breve y poco profunda, ya que en la mayoría de veces el insight no existe en los pacientes, por lo que el mejorar sus relaciones interpersonales ayuda a mejorar sus habilidades adaptativas, tal como lo afirma la Teoría de Mied “El Si Mismo” socialmente estructurado solo puede aparecer en un ámbito en el que exista comunicación social. El individuo deviene en si mismo en la medida en que es capaz de adoptar la actitud de otro y actuar respecto de si mismo hacia los demás.
- El insight en los pacientes que presentan un trastorno Esquizofrénico y Paranoide es favorecido en las sesiones de Psicoterapia de Apoyo ya que incrementa la comprensión y aceptación de su enfermedad, demostrado al principio del proceso de investigación lo cual afectaba su Autopercepción. No obstante, tal mejoramiento concuerda con la Teoría de Sherif y Cantril que definen el Yo como “una constelación de actitudes del tipo de lo que pienso de mi, lo que valoro, lo que es mío y aquello con lo que me identifico, el cual fue evidenciado al final del proceso de Psicoterapia, ya que los pacientes demostraron una buena valoración de sí mismo y un conjunto de conductas adaptativas que no se percibían antes de la investigación.

- Es importante destacar que los logros obtenidos a través de la Psicoterapia de Apoyo, conjuntamente con las herramientas aplicadas para conocer a priori el insight del paciente, fue determinante para aplicar la corriente psicológica. En primer lugar porque ésta es una de las funciones cognitivas más consistentemente aludidas en los trabajos que actualmente se están realizando sobre cognición y funcionamiento del sujeto.
- Se evidencia la mayor ganancia y facilitación del proceso Psicoterapéutico que exhibieron los pacientes tras la intervención. En esta línea parece que el entrenamiento sitúa a los sujetos en una mejor disposición cognitiva para el aprendizaje en la tarea de conocerse a si mismos.

RECOMENDACIONES

- A los médicos psiquiatras y psicólogos clínicos que utilicen la Psicoterapia de Apoyo como parte del proceso de rehabilitación del paciente con trastorno Esquizofrénico y Paranoide, ya que es sustancial brindar mejoras en el área de memoria, rendimientos de la atención y el funcionamiento del Yo.
- A los psicólogos se les recomienda una actitud psicoterapéutica escuchando las diferentes problemáticas que el paciente presenta al principio de las sesiones, ya que es un punto importante para establecer un buen rapport y empatía con ellos.
- Al Hospital Nacional de Salud Mental, especialmente al Servicio Número cuatro establecer un programa que incluya la Psicoterapia de Apoyo con el propósito de mantener y mejorar las habilidades adaptativas y funciones del Yo de los pacientes que presentan un trastorno de esquizofrenia y paranoia. Ya que el funcionamiento del Yo de estos pacientes es una variable frecuentemente señalada como deficitaria en la esquizofrenia, sin embargo, aún hoy día, no está suficientemente claro cual es su grado potencial de sensibilidad frente a los tratamientos encaminados a su rehabilitación.
- Las sesiones con cada paciente dependerán de su condición emocional, tomando en cuenta que al mejorar o incrementar su autoestima, favorecerá su autopercepción, por lo que es recomendable que en el tratamiento a los pacientes se establezca primero su Percepción de Si Mismo a través del Examen Mental Dr. Bendfeldt

Zachrisson, Test de la Figura Humana de Karen Machover y Cuestionario de Autopercepción como parte de la metodología aplicada en este estudio.

- Que el Psicólogo y la Psicóloga al llevar a cabo las sesiones con los pacientes desempeñen un rol donde el escuchar y motivar deberán ser su primordial técnica para que el paciente genere el tema a discutir en las diferentes sesiones.
- A la Universidad de San Carlos de Guatemala, especialmente a la Escuela de Ciencias Psicológicas profundizar más el tema sobre Técnicas de Psicoterapia de Apoyo para que el alumno tenga mayor conocimiento de esta herramienta poco profunda en el ámbito subjetivo de la personalidad pero funcional desde el punto de vista clínico en áreas de la autoestima y autopercepción.

BIBLIOGRAFIA

Bellak , Leopold y Leonard Small. “Psicoterapia Breve y de Urgencia”. Editorial Pax-Mexico Librería Carlos Cesarman S.A. Segunda Edición. Argentina 1977. P.p. 381

Bendfeldt Zachrisson, Fernando. “Examen del Estado Mental” Documentos de Apoyo, Postgrado de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala junio 1981. P.p 31

Coderech, Joan. “Teoría y Técnicas de Psicoterapia Psicoanalítica”. Editorial Herder, Segunda Edición, Barcelona 1990. P.p. 352

Del Bosque Garza, Jesús y otros. “Adolescencia: limites entre la normalidad y la anormalidad” Libro 8. Asociación Psiquiatrica Mexicana. Editores Intersistemas. Mexico D.F. 2004. P.p. 506

Dicaprio, Nicolas, “Teorías de la Personalidad”. Editorial Mcgraw Hill, Segunda Edición, Mexico 1989. P.p. 325

Fenichel, Otto. “Teoría Psicoanalítica de las Neurosis”. Editorial Paidos. Buenos Aires, 1964. P.p. 812

Fiorini, Hector Juan. “Teoría y Técnicas de Psicoterapias”. Edición ampliada y eualizada. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires 2002.
P.p. 224

Hall, C.S. y Lindzey, G. “La Teoría del si mismo y de la Personalidad”. Biblioteca del hombre contemporáneo. Editorial Paidos. Buenos Aires. 1ra edición. 1974. P.p. 87

Kolb, Lawrence C. “Psiquiatría Clínica Moderna” Ediciones Copilco, S.A. de C .V. Tercera Reimpresión. México 1992. P.p. 1016

Monedero Gil, Carmelo. “Psicopatología General” Editorial Biblioteca Nueva Segunda Edición. Madrid 1978. P.p. 905

Monedero Gil, Carmelo. “Psicopatología Humana”. Editorial Siglo Veintiuno España 1996. P.p. 450

Pinsker, Henry. “Introducción a la Psicoterapia de Apoyo”. Traducido por Víctor M. Arnáiz Adrián. Editorial Desclée Brouwer, S.A. Bilbao 2002. P.p. 311

Singer, Erwin. “Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia”. Fondo de Cultura Económica. México. 1975 P.p. 348

ANEXO

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL
"DR. BENDFELDT ZACHRISSON"

NOMBRE DEL
PACIENTE: _____
NÚMERO DE
EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____

EXAMINADOR: _____

I. APARIENCIA PERSONAL:

a. HIGIENE GENERAL: _____

b. VESTIDO: _____

c. EXPRESION FACIAL: _____

d. POSTURA: _____

e. MIRADA: _____

f. CARACTERISTICAS FISICAS: _____

II. ACTITUD Y CONDUCTA GENERAL:

a. COMO LLEGO EL PACIENTE: _____

b. RAPPORT:

1. Reacciones del paciente hacia el examinador: _____

2. Reacciones del examinador hacia el paciente: _____

III. ACTIVIDAD MOTORA:

IV. FLUJO DE ACTIVIDAD MENTAL:

a. HABLA

1. CUALITATIVO: _____

2. CUANTITATIVO: _____

3. ORGANIZACIÓN: _____

b. PENSAMIENTO:

1. PROCESOS: _____

2. CONTENIDO: _____

V. AFECTO:

VI. PERCEPCIÓN:

FUNCIONES SENSORIALES E INTELECTUALES

I. ORIENTACIÓN

a. PERSONA:

1. NOMBRE: _____

2. EDAD: _____

3. NACIMIENTO: _____

b. LUGAR:

1. UBICACIÓN.: _____

2. DIRECCIÓN: _____

3. CIUDAD: _____

c. TIEMPO:

1. FECHA: _____

2. TIEMPO DEL DIA: _____

3. DURACIÓN DEL TIEMPO: _____

II. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN:

a. AMPLITUD DE DIGITOS:

1. DIGITOS EN ANVERSA:

Direcciones: "Ahora voy a decirle algunos números, escúchelos detenidamente, porque cuando termine quiero que los repita en el orden que se los dije". Para cualquier serie, si el sujeto repite los dígitos correctamente se procederá a la serie inmediata superior. Si falla, repita la serie con el mismo número de dígitos, i.e los del grupo B y luego procesa con la serie próxima superior.

El grupo de dígitos B se emplea si en la serie A el sujeto falla.

GRUPO A

- (3) 4-9-6
- (4) 8-2-7-6
- (5) 3-6-8-5-7
- (6) 4-8-7-2-9-3
- (7) 7-9-3-8-6-1-4
- (8) 6-4-7-9-1-8-5-2
- (9) 4-2-5-6-8-9-3-1-7

GRUPO B

- 3-5-2
- 3-9-6-4
- 1-3-4-2-7
- 4-7-3-9-1-6
- 2-4-7-8-1-9-5
- 2-9-5-1-7-4-3-8
- 6-9-3-5-1-8-2-7-4

2. DIGITOS EN REVERSA:

Direcciones: "Voy a decirle otros números, pero ahora cuando termine, quiero que usted los repita en reverso, de atrás para adelante. Por ejemplo: si yo digo 1-7-9, qué diría usted? "si el sujeto responde correctamente diga: Aquí el van otros números" y proceda como se indica para los dígitos en anversa, pero esta vez iniciando con la serie de 3 dígitos del grupo A.

GRUPO A

- (2) 3-5
- (3) 1-4-5
- (4) 8-9-4-6
- (5) 6-5-2-8-1
- (6) 9-4-1-8-3-5
- (7) 2-8-1-9-3-7-4
- (8) 5-8-2-6-3-7-4-9

GRUPO B

- 4-2
- 3-9-7
- 7-3-9-2
- 1-8-3-6-4
- 2-4-6-5-8-7
- 1-2-9-3-5-6-8
- 9-6-3-5-1-8-2-7

PUNTEO:

Dígitos en Anversa: el punteo lo constituye el número de la serie más larga repetida sin errores del grupo A o B.

El punteo máximo es 9.

Dígitos en Reversa: al igual que para los dígitos en anversa. El punteo máximo es 8.

PUNTEO TOTAL: el resultado total se obtiene de la suma DA + DR.

El punteo máximo es de 17.

INTERPRETACIÓN.

La amplitud de dígitos se considera como una medida de la amplitud de atención y función de memoria a corto plazo, específicamente la habilidad de retener trazas de memoria.

El individuo promedio bien ajustado, se esperaría un punteo total de 10 u 11.

En un número significativo de individuos con disfunción cerebral de naturaleza fisiológica hay una gran diferencia entre los dígitos en anversa y los de reversa.

Una diferencia de 4 dígitos o mayor es altamente sugestiva de disfunción orgánica (i.e DA-DR = 4)

Una disminución del total de la amplitud de dígitos es con frecuencia indicativa de tensión o angustia. Algunas veces se encuentra que un individuo obtiene un punteo más alto en DR que en DA. Esto con frecuencia se observa asociado a desordenes esquizofrénicos.

b. SERIADOS:

Esta prueba cuantifica la habilidad para concentrarse y prestar atención. El sujeto tiene que recordar un set continuado en un contexto de cambio. Antes de empezar hay que asegurarse que el sujeto puede realizar sustracciones simples. De ejemplos: “6 de 12; 8 de 15”, etc.

Direcciones: “Quiero que empiece con número 100 y a este le reste 7. Deme la respuesta y luego reste 7 de ella. Continúe así restando 7 hasta el final. Le voy a tomar tiempo, pero estoy mas interesado en como lo hace que en su rapidez”.

Tome el tiempo y escriba las respuestas en el espacio proporcionado. Para repetir la prueba, si es necesario, empiece en otro número. Si el sujeto no puede hacer pruebe con restas más sencillas, de 3 o aún más fáciles como es contar de 20 para 1.

En caso de que la persona sea analfabeta, considere si es aplicable o no, y anote la salvedad en el espacio.

INTERPRETACIÓN:

Los errores y el tiempo requerido varían de acuerdo con la habilidad intelectual y concentración. Las personas brillantes toman unos 60 segundos para completar la tarea con uno o cero errores. En personas promedio se observan algunos errores, con tiempo total de 60 a 120 segundos. Personas con atención o concentración defectuosa o inteligencia baja hacen más de 5 errores y se tardan más tiempo. Incluso si el sujeto no comete errores (de omisión o comisión) pero sólo hace unas pocas restas en el tiempo límite esto indica alteración sugestiva de retardo psicomotor. Independientemente de los errores, si el sujeto no puede figurar qué es lo que debe de hacer después de la explicación adecuada esto es evidencia de una capacidad de concentración considerablemente alterada.

III. MEMORIA

- a. **MEMORIA A CORTO PLAZO:** capacidad de reproducir, y reconocer, o recordar el material percibido en un período no mayor de 5 segundos después de su presentación.

PRUEBA: repetición de dígitos (ver pruebas de atención y concentración) o repetición de palabras que usted considere pertinente.

- b. **MEMORIA RECIENTE:** capacidad de almacenar y luego recuperar material nuevo después de un lapso de 10 segundos o más, de la presentación inicial.

PREGUNTAS:

¿Dónde vive usted?

¿Cuál fue su desayuno?

¿Cuál es mi nombre?

Nota: las preguntas pueden variar según la creatividad del examinador.

- c. MEMORIA REMOTA: está relacionada con la capacidad de recordar y recuperar cognitivamente eventos remotos de naturaleza histórica o personal.

PREGUNTAS:

1. Información Personal:

¿Dónde nació? _____

¿Dónde estudió la primaria? _____

¿En qué trabajaba? _____

¿Dónde ha trabajado? _____

2. Hechos Históricos:

¿Puede decirme el nombre de los últimos 3 presidentes?

¿Quién es el alcalde? _____

¿Quién fue el anterior a él? _____

- d. MEMORIA LÓGICA: relacionada con el recordatorio inmediato.

Pruebas: Historia de Paroj.

Instrucciones: “voy a leerle un pequeño párrafo de unas 4 o 5 líneas, quiero que escuche atentamente porque al terminar quiero que usted me repita todo lo que he leído siguiendo el mismo orden. ¿Listo?”

Marcos Paroj/ del norte /del Quiché/ empleado/ como jornalero/ de la finca/ Santa Julia/ fue asaltado/ la noche/ de antier/ y le robaron/ Q.200.00/ su salario semanal./ El se dirigió/ al caporal/ para pedirle un préstamo/ quien conmovido/ por la pobreza/ y el hambre/ de su familia/ decidió darle/ una arroba/ de maíz/ blanco.

Después de terminar la lectura pregunte: “¿Qué fue lo que leí?”

INTERPRETACIÓN: promedio, de 8 a 10 segmentos. 5 o menos, sugiere disfunción.

e. APRENDIZAJE DE PARES ASOCIADOS.

Igllis (1959) diseñó la prueba de Pares Asociados, que constituye un indicador sensitivo de disfunción de memoria independiente del nivel de funcionamiento intelectual global.

El material de la prueba consiste en 3 pares de palabras que el sujeto requerirá por medio de Asociación. Se presentan en 2 formas.

FORMA A

ESTIMULO RESPUESTA

Tomate pluma
Cuchillo chimenea
Esponja trompeta

FORMA B

ESTIMULO RESPUESTA

flor lápiz
mesa río
botella paisaje

INSTRUCCIONES: el examinador leerá en voz alta los 3 pares de palabras y explicará al sujeto que es lo que se pide; es decir, "Voy a decirle unos pares de palabras, cuando termine le diré la primera de un par y usted me dirá la que vaya con ella.

Después de leer los 3 pares el examinador repetirá la palabra estímulo y esperará que el sujeto responda adecuadamente con la palabra respuesta. Si el sujeto falla, el examinador le dará la respuesta correcta.

INTERPRETACIÓN: el resultado del punteo varía con las veces que el material tenga que ser presentado. A mayor número de veces que se tenga que presentar mayor la dificultad para el aprendizaje.

Algunos opinan que esta prueba determina los procesos de memoria a corto plazo, pero otros opinan que es más bien un indicador general de daño cerebral.

IV. JUICIO: implica una comprensión y una reacción apropiada ante un evento real o probable.

INSTRUCCIONES: lea las frases que se presentan a continuación, repitiendo si es necesario; y estimule a que el sujeto responda. Si la respuesta no es clara agregue: "Por favor explique más". Anote verbatim las respuestas.

PREGUNTAS:

1. ¿Qué haría usted si encuentra tirado en la calle un sobre cerrado con la dirección de la persona a quien va dirigido y con los sellos respectivos?

R. _____

2. ¿Por qué debemos alejarnos de la mala compañía?

R. _____

3. ¿Por qué la gente paga impuestos?

R. _____

4. ¿Por qué los zapatos son hechos principalmente de cuero?

5. ¿Por qué son las leyes necesarias?

EVALUACIÓN E INTERPRETACION: ver apéndice A

V. ABSTRACCIÓN: (formación de conceptos verbales)

a. SIMILARIDADES:

Cada uno de los ítems en par que se muestra abajo, constituyen área conceptual que deber ser descubierta y explicada por el sujeto. El sujeto puede relatar como las cosas pertenecen a una categoría usando marcos conceptuales concretos, funcionales o abstractos.

DIRECCIONES: “Voy a nombrarle algunas cosas que tienen algo en común o parecido. Quiero que usted me diga en qué forma se parecen o tienen algo en común”. Si el sujeto dice que no se parecen o que no tienen nada en común el examinador agregará: “son similares de alguna manera, dígame como pueden ser parecida”. Si el sujeto no da respuesta en 10 o 15 segundos, expresa la diferencia o da una respuesta inferior, explíquelo como pueden ser parecidas y proceda con otros ítems de la lista. Continúe hasta que el sujeto falle en unos 4 pares si falla en el primero. Escriba las respuestas verbatim.

1. Banano	naranja	_____
2. Carreta	bicicleta	_____
3. Huevo	semilla	_____
4. Poema	estatua	_____
5. Madera	alcohol	_____
6. Mosca	árbol	_____

EVALUACION E INTERPRETACIÓN: ver apéndice B

b. PROVERBIOS:

Estos constituyen otra medida de la capacidad o habilidad abstractiva. Pueden conducir a interpretaciones bizarras o muy personalizadas. El paciente puede no haber escuchado el proverbio con anterioridad.

DIRECCIONES: “¿Voy a decir unos proverbios. ¿Usted sabe que es un proverbio, No? Un proverbio es como un dicho que la gente dice, por ejemplo: que quiere decir la gente cuando dice:

1. El que no llora no mama.
2. No dejes para mañana lo que puedas hacer hoy
3. Tanto va el cántaro al agua que por fin se rompe
4. Una golondrina no hace un verano

EVALUACIÓN E INTERPRETACIÓN: ver apéndice C

VI. VOCABULARIO

Esta prueba dará un índice general del cociente intelectual de la persona si se administra y evalúa cuidadosamente. También debe de dar mucha atención a sujetos socio-económicamente de-privado, ambiente educacional y cultural.

DIRECCIONES: “Quiero que me diga lo que significan algunas palabras que le voy a decir. Empezamos con “desayuno” ¿Qué quiere decir desayuno”.

LISTA DE PALABRAS:

- | | | |
|--------------|---------------|---------------|
| 1. Desayuno | 8. Designar | 15. Audaz |
| 2. Rebanada | 9. Comenzar | 16. Edificio |
| 3. Tela | 10. Obstruir | 17. Ominoso |
| 4. Arreglar | 11. Ponderar | 18. Perímetro |
| 5. Enorme | 12. Calamidad | 19. Plagiar |
| 6. Ocultar | 13. Tangible | 20. Parodia |
| 7. Apresurar | 14. Fortaleza | |

PUNTEO E INTERPRETACIÓN: ver apéndice D

VII. HABILIDAD DE CONSTRUCCION:

a. REPRODUCCION DE FIGURAS:

Las figuras que se presentan a continuación son relativamente sencillas y familiares y están organizadas en el orden creciente de dificultad en el que se le deben de presentar a los sujetos a examinar. El empleo de hojas individuales de papel para cada diseño se recomienda para sujetos distraídos o perseverantes. No se recomienda el uso de hojas con líneas, o de otra naturaleza que pudiera propiciar confusión perceptual.

INSTRUCCIONES: “Por favor, ahora quiero que dibuje estos diseños (dibujos) exactamente como usted las ve”

APENDICE A

CRITERIO DE PUNTEO:

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. General
2 Créditos | Ponerla en el correo
Ponerla en el buzón de correo
Entregársela al cartero |
| 1 Crédito | Llevarla a la policía
Llevársela al destinatario |
| 0 Créditos | Abrirla |
| 2. General
2 Créditos | Influencia
Nos enseñan el mal. Influencian nuestras conductas.
Nuestras ideas. |
| 1 Crédito | Lo mete a uno en problemas. Nos enseñan a ser pícaros.
Porque no quiero ser malo. |
| 0 Créditos | Así no nos agarran. Nos da problemas. |
| 3. General
2 Créditos | Cooperar con el gobierno.
Así puede sostenerse el gobierno. Para conducir el país. |
| 1 Crédito | Para mantener instituciones publicas.
Mantener a los trabajadores del estado. |
| 0 Créditos | Hacer que el gobierno haga cosas costosas.
Para la ciudad. |
| 4. General
2 Créditos | Durable, flexible, confortable, económico.
Si el sujeto menciona al menos tres cualidades diferentes. |
| 1 Crédito | Si el sujeto menciona al menos 1 ó 2 cualidades. |
| 0 Créditos | Proteger el pie, verse bien, etc. |
| 5. General
2 Créditos | Regulación social.
Para salvar la vida y propiedad de las personas. |
| 1 Crédito | Para gobernar a la gente, mantenerlos en control si no
Hubiera leyes la gente haría lo que quisiera. |
| 0 Créditos | Para que la gente haga lo que debe, para que no haya
Problemas. |

INTERPRETACIÓN:

De la persona promedio < tomar en cuenta el grado de educación y condición socio-económica> se espera que logre todas las respuestas sin mayor dificultad. La falla completa en uno o más ítems sugiere alteración del juicio.

Verbalizaciones bizarras dan mayor evidencia de alteración del juicio.

APENDICE B

CRITERIO PARA EL PUNTEO:

NOTA: una “buena” respuesta puede “arruinarse” por un complemento incorrecto, si esto ocurre el punteo se baja a 1 punto.

- | | |
|-------------|---|
| 1. Punteo 2 | (Ambas) son frutas
(Ambas) son comida |
| Punteo 1 | (Ambas) tienen cáscara
(Ambas) crecen |
| Punteo 0 | (Ambas) son amarillas |
| 2. Punteo 2 | (Ambos) son vehículos
(Ambos) son medio de transporte |
| Punteo 1 | (Ambos) son juguetes que pueden moverse
(Ambos) tienen ruedas |
| Punteo 0 | Pueden las 2 empujarse |
| 3. Punteo 2 | (Ambas) son sustancias embriónicas
(Ambas) producen vida
(Ambas) reproducen lo que de ellas viene |
| Punteo 1 | (Ambas) dan vida (explicando de forma incompleta)
(Ambas) pueden crear |
| Punteo 0 | Pueden comerse
Tienen yema |
| 4. Punteo 2 | (Ambos) trabajos de arte
(Ambos) son creaciones artísticas |
| Punteo 1 | (Ambos) son símbolos
(Ambos) dicen historias |
| Punteo 0 | (Ambos) no tienen vida |

	A la gente le gusta
5. Punteo 2	(Ambas) sustancias orgánicas (Ambos) son hidro-carbonos
Punteo 1	(Ambos) son combustibles (Ambos) son usados para manufactura de materiales Importantes
Punteo 0	Alcohol proviene de madera Son útiles.
6. Punteo 2	(Ambos) poseen vida
Punteo 1	(Ambos) creados por la naturaleza (Ambos) crecen
Punteo 0	(Ambos) son útiles al hombre Están fuera

INTERPRETACIONES:

Esta prueba deberá evaluarse en el contexto del nivel global no sólo de inteligencia sino de "existencia" del sujeto.

Generalmente un punteo de 6 es considerado promedio; 3 o menos es indicador de alteración severa de la capacidad de abstracción.

El contenido es muy importante, el que va más allá del punteo total.

Organizaciones afectivas, idiosincráticas, etc., implican su intromisión en las funciones intelectuales. Similares concretas en un sujeto por lo demás brillante, implican un debilitamiento de las habilidades generalizantes y abstractas.

APENDICE C

EVALUACIÓN:

Si la respuesta se da con otro proverbio, pida una explicación. Todos los ejemplos con 2 son generalizaciones abstractas. Con 1 son ejemplos específicos pero no generalizados.

Ejemplos con 0 son fallas en abstracción, o distorsión del proverbio a un nivel muy específico.

- | | |
|-----------|---|
| 1. Llorar | (2) El esfuerzo da frutos..... para obtener hay que luchar. |
| | (1) La gente pasa sobre uno si uno no pelea.. Si yo quiero algo Debo de pedirlo. |
| | (0) Si no se queda el niño con hambre. |
| 2. Mañana | (2) Cuando se tiene una oportunidad, aprovecharla... Hágalo Cuando el tiempo sea apropiado.... Hazlo en su oportunidad. |

- (1) Sólo el día presente existe... Hazlo hoy. Si tienes una idea Sigue adelante antes que sea tarde.
- (0) Ni modo... si no me regañan... se evita tiempo.
3. Cántaro
- (2) Las situaciones tienen un límite.. Las personas y las cosas, en Situaciones extremas pueden desorganizarse.
- (1) Si a uno lo friegan explota.
- (0) Se puede romper contra la pila o una piedra. Lo puede uno botar.
4. Golondrina
- (2) No generalizar con un solo ejemplo. No hay que apresurarse a sacar conclusiones.
- (1) Una parte no hace todo. Si uno gana una vez no quiere decir que vaya a ganar siempre.
- (0) Hay más cosas para el verano. Hay más cosas en la vida que las trivialidades.

INTERPRETACIÓN:

No hay calificación formal. Los ítems están arreglados en aumento de dificultad. Las fallas pueden deberse a inteligencia deficiente. Las personas que funcionan dentro del promedio deben obtener al menos 1 punto en los ítems 1 y 2. Contenidos concretos se observan en demencias, y otros síndromes cerebrales orgánicos. Los contenidos bizarros evidencian un desorden del contenido de pensamiento, como en las psicosis.

APENDICE D

CRITERIO PARA EL PUNTEO:

En general cualquier significado reconocido es aceptable, independientemente de la elegancia de la expresión. Sin embargo, la pobreza del contenido, o una respuesta vaga o inexacta recibe un puntaje más bajo. Las respuestas se puntúan 2, 1 ó 0.

1. Desayuno:
- (2) Primera comida del día. Alimento de la mañana
- (1) Comida o alimento.
- (0) No ayunar.
2. Rebanada:
- (2) Cortar delgado. Cortar piezas. Un pedazo delgado.
- (1) Una parte de.... Un pedazo
- (0) No se puede comer entero.... Pan o carne

3. Tela: (2) Textil... Material tejido... Paño fabricado.
(1) Material para ropa. Mercancía material.
(0) Algo para fabricar algo. Como hule. Algo hecho.
4. Arreglar: (2) Hacer ordenadamente.... Concentrar.... ajustar.
Componer algo para que marche bien.
(1) Poner algo concreto... hacer que algo funcione...
Componer algo roto.
(0) Hacer que marche.... Hacer parejo.
5. Enorme: (2) Gigante.... Tremendo.... más grande que grande.... Inmenso.
(1) Gordo. Grande. Bastante.... Suficiente.
(0) Muchos.... Algo grande pasa
6. Ocultar: (2) Guardar en secreto. Mantener algo para sí mismo.
Mantener fuera de vista. Encubrir.
(1) Secreto. Escondido. No decir. No mostrar a la gente.
(0) Encerrar. Estar lejos de todo.
7. Apresurar: (2) Moverse rápido. Acelerar. Apurarse. Ir rápido.
(1) Rápido. Rápidamente. Correr. Traer algo. Más rápido que lo que debía.
(0) Ir con cuidado. Al tanto.... Pensar sobre algo.
8. Designar: (2) Denotar.... Nombrar. Seleccionar. Decir que es determinada Cosa. Señalar.
(1) Describir. Nominar. Decir donde esta una cosa. Distinguir entre....
(0) Un lugar..... Fijar... explicar.. decir.
9. Comenzar: (2) Empezar. Iniciar. Empezar hacer algo.
(1) Seguir adelante. En el principio.
(0) Ir con alguien. Decir lo que uno piensa de eso.... Continuar.
10. Obstruir: (2) Bloquear. Impedir. Entorpecer el paso. Ponerse en el camino.
(1) Encerrar. Pasar. Evitar.
(0) Perjudicar. Destruir. Enseñar algo.
11. Ponderar: (2) Pensar. Deliberar. Meditar. Razonar a través de parar....
Reflexionar. Examinar algo con atención.
(1) Preguntarse. Concentrarse. Trabajar sobre algo.
(0) Esperar. Parar. Dudar hacer algo. Inquietarse.
12. Calamidad: (2) Catástrofe. Miseria. Gran desgracia. Algo lamentable.
(1) Un problema. Malas noticias. Al desgraciado. Algo va mal.
(0) Colisión. Muerte. Una sorpresa.

13. Tangible: (2) Real. Capaz de ser tocado. Material que tiene sustancia.
(1) Visible. Evidencia. Concreto. Algo que puedes obtener.
(0) No es fuerte. Tangible. Posible. Cambiante.
14. Fortaleza: (2) Vigor. Sostén. Puede soportar.
(1) Paciencia. Persistencia. Tenacidad.
(0) Entusiasmo. Integridad. Iniciativa. Preparación.
15. Audaz: (2) Mostrar atrevimiento. Atrevido y valiente. Temerario.
(1) Entrometido. Pesado y presumido.
(0) Gritón. Ruidoso. Hablador. Exhibicionista.
16. Edificio: (2) Construcción. Estructura. Arquitectónica.
(1) Un altar. Oficina. Parte de una construcción.
17. Ominoso: (2) Portentoso y significativo. Amenazador. Siniestro y ofensivo.
De mal agüero.
(1) Peligroso. Una advertencia.... No usual. Algo desconocido.
(0) Oscuro. Del otro mundo serio. No usual. Extraño.
18. Perímetro: (2) Distancia alrededor de una figura. Orilla de una cosa.
(1) La orilla de.... Borde de algo.... Líneas.
(0) Una distancia.... Algo redondo. El conto.
19. Plagiar: (2) Tomarse los créditos de otra persona. Apoderarse de una
Persona y pedir rescate por su libertad.
(1) Robar. Copiar. Usar las ideas de otro.
(0) Mentir. Molestar.
20. Parodia: (2) Sátira o caricatura. Una composición que ridiculiza.
Una distorsión de un hecho.
(1) Chiste. Engaño. Burla. Una farsa.
(0) Una injusticia. Similar a una tragedia. Profanación.

INTERPRETACIÓN:

PUNTEO	NIVEL INTELECTUAL APROXIMADO	CLASIFICACIÓN GENERAL
0-4 5-6	62 ó mas bajo 69	Deficiente Mental
7-9 10-12	75 81	Fronterizo (Boderline)
13-15 16-18	87 94	Promedio

19-21	100	
22-24	106	
25-27	113	
28-30	119	Superior
31-33	125	
34 y más	131 o mejor	

CUESTIONARIO AUTOPERCEPCION

PRIMERA PARTE

PREGUNTA	ELABORACIÓN	CRITERIO DE EVAL.
¿Cómo se siente usted hoy?	Autoestima.	Bien Regular Mal
¿Se considera usted una persona con una enfermedad mental?	Autoevaluación.	Si No
¿Con quienes vivía antes de estar en este hospital?	Estructura Familiar	Padres Hermanos Familia Solo
¿Qué problemas ha causado en su familia esta situación?	Autopercepción.	Económico Separación Conflictos de relación
¿Cómo le afecta personalmente el hecho de saber que padece una enfermedad mental?	Autoestima.	Económicamente Emocionalmente familiarmente
¿Qué problemas ha causado en su vida el estar recluido en este centro hospitalario?	Autopercepción.	Económicos Familiares Todos
¿Describa como era antes de saber que padecía una enfermedad mental?	Autopercepción.	Feliz Triste Agresivo

		Retraído
¿Describa como se considera ahora?	Autopercepción.	Enfermo mental No acepta enfermedad
¿Se acepta tal como es ahora?	Autoconcepto.	Si No
¿Qué es para usted lo más importante en este momento?	Autovisión.	La salud Libre
	SEGUNDA PARTE	
¿Cómo le parecen las sesiones de Psicoterapia?	Autoevaluación.	Buena Mala Regular
¿Cómo ayuda la Psicoterapia de Apoyo en su forma de pensar de sí mismo?	Autoevaluación.	Comprenderse relajarse Aceptarse Mejorar
¿Ha cambiado su forma de pensar durante el desarrollo de las sesiones?	Autoevaluación.	Si No
¿Son importantes las sesiones de psicoterapia de apoyo?	Autoevaluación.	Si No
¿En qué forma lo ayudan estas sesiones?	Autoevaluación.	Mejorar la enfermedad Relacionarse No ayuda

CUESTIONARIO AUTOPERCECION

NOMBRE: _____

FECHA _____

PRIMERA PARTE

1. ¿Cómo se siente usted hoy?

Bien ____ Regular ____ Mal ____ Muy mal ____

2. ¿Se considera una persona con una enfermedad mental?

Si ____ No ____

3. ¿Con quienes vivía antes de estar en este hospital?

Padres ____ Hermanos ____ Familia ____

4. ¿Qué problemas ha causado en su familia esta situación?

Económicos ____ Separación ____

Conflictos en relación _____

5. ¿Cómo le afecta personalmente el hecho de saber que padece una enfermedad mental?

Económicos _____ Emocionales _____

Familiares _____ No Contesto _____

6. ¿Qué problemas ha causado en su vida el estar recluido en este centro hospitalario?

Económicos ____ Familiares ____ Todos _____

7. ¿Describa como era usted antes de saber que padecía una enfermedad mental?

Feliz _____

Triste _____

Agresivo _____

No Contesto _____

8. ¿Describa como se considera ahora?

Enfermo _____

No acepta Enfermedad _____

9. ¿Se acepta tal como es ahora?

Si _____ No _____

10. ¿Qué es para usted lo más importante en este momento?

Salud _____

Libertad _____

SEGUNDA PARTE

1. ¿Cómo le parecen las sesiones de Psicoterapia?

Bueno ____ Regular ____ Malo ____

2. ¿Cómo ayuda la Psicoterapia de Apoyo en su forma de pensar de sí mismo?

Comprenderse _____

Relajarse _____

Aceptarse _____

3. ¿Ha cambiado su forma de pensar durante el desarrollo de las sesiones?

Si _____ No _____

4. ¿Son importantes las sesiones de psicoterapia de apoyo?

Si _____ No _____

5. ¿En qué forma lo ayudan estas sesiones?

Mejorar la Enfermedad _____ Relacionarse _____

No Ayuda _____

RESUMEN

Percepción de Si Mismo puede entenderse como aquellos conceptos y definiciones que se van creando y desarrollando durante el crecimiento físico, psicológico y emocional en cada persona, en donde un factor determinante, es la influencia de la familia y criterios de los demás, así como el ambiente en donde el individuo se desenvuelve.

Uno de los factores que influyen en el deterioro de la autopercepción en las personas es el padecer un trastorno mental como la esquizofrenia o paranoia y el hecho de estar constituidos en un centro psiquiátrico.

El abordamiento de la problemática se llevó a cabo con el fin de hacer una relación entre la Percepción de Si Mismos de los pacientes y la Psicoterapia de Apoyo,

El estudio se realizó con los pacientes que padecen de esquizofrenia y paranoia comprendidos entre las edades de 25 a 40 años, de sexo masculino, reclusos por orden legal del servicio número cuatro del Hospital Nacional de Salud Mental por un periodo de cuatro meses en el que los pacientes realizaron diferentes actividades tales como: Elaboración del Examen Mental del Dr. Bendfeldt Zachrisson, Cuestionario de Autopercepción primera parte, Elaboración de la Figura Humana de Karen Machover, Psicoterapia de Apoyo y Temas sobre Autoestima y Cuestionario de Autopercepción Segunda parte.

En base a los resultados estadísticos obtenidos se llegó a la siguiente conclusión: La Psicoterapia de Apoyo utilizada con los pacientes que presentan un trastorno Esquizofrénico y Paranoide coadyuva positivamente al incremento de su autoestima y mejora sus habilidades adaptativas y funciones del Yo.