

18
24 870125

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**ELABORACION DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA
PARA PACIENTES PSICOTICOS CRONICOS DE
ESTANCIA PROLONGADA DEL HOSPITAL
PSIQUIATRICO SAN JUAN DE DIOS.**

**TRABAJO DE TESIS PRESENTADO POR:
LUCIA DEL CARMEN NUÑO CORDOVA.**

Guadalajara, Jalisco Abril 3 de 1989.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A G R A D E C I M I E N T O S

A mis Padres, que en todo momento estuvieron --- ahí, que dieron luz a mi camino, que aplaudieron mis éxitos pelearon contra mis fracasos y guiaron con mano firme mis - decisiones sin permitir claudicar.

A mis Hermanos, por su paciencia en mis malos ra- tos, porque fueron y son motivación indispensable en mi lu- cha diaria.

A mis Amigos, por tenderme la mano con cariño y- ser compañía en estos años de mi vida.

A mis Maestros, por su dedicación al brindarme -- sus conocimientos, guiar correctamente mi aprendizaje y por sus exigencias perfeccionistas que fueron mi estímulo

A mi Alma Mater, mi universidad por el apoyo y la confianza que tuvo en mí como estudiante.

Y muy especialmente a tí MARIA JOSE cuya capaci- dad, orientación, entrega, disposición y cariño hicieron -- posible éste trabajo.

MI AMOR Y AGRADECIMIENTO POR SIEMPRE

C A P I T U L O I**INTRODUCCION:****EL PROBLEMA**

1.1.- EL TITULO.

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA PARA PACIENTES PSICOTICOS CRONICOS DE ESTANCIA PRO--LONGADA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN JUAN DE - DIOS.

1.2- FORMULACION DEL PROBLEMA.

Para pacientes crónicos se considera de suma importancia éste programa, ya que por lo general son enfermos que viven en inactividad dentro del hospital, encerrados en un jardín, alimentando la deficiente estimación de si mismos ya que en la mayoría de los casos la familia los rechaza y deja de visitarlos quedando éstos pacientes por un largo periodo sin salir al exterior, es decir a seguir un contacto con el medio ambiente, que les permita conservar las funciones mentales.

Este trabajo trata pues, tomando en cuenta la incapacidad de dichos enfermos, de dar a conocer en una forma muy general las diferentes patologías que éstos pacientes presentan y con el conocimiento de éstas incapacidades, propone un panorama de psicoterapia.

1.3.- ..OBJETIVOS.

1).- Que los pacientes tengan un programa sistemático de ayuda, para brindar la correspondiente a - dichos pacientes.

2).- Se pretende que de una u otra forma el pa-
ciente siga un contacto con la realidad.

3).- El paciente incrementa su autoconcepto y -
conocimiento personal físico y emocional, para fomentar
así las buenas relaciones interpersonales.

4).- Lograr lo mejor posible la adaptación de -
dichos pacientes en el medio ambiente en el que se -
desenvuelven y que logran aceptar su estilo de vida-
con optimismo.

1.4.- JUSTIFICACION.

Se considera que el programa es de suma importancia para los pacientes, que viven una vida monótona y de poca actividad, provocando así un deterioro tanto físico como mental, ocasionando que poco a poco se comporten en forma retraída, causando ésto una deficiente estimación interpersonal y por consiguiente se pierde en ocasiones el contacto con la realidad por el tiempo prolongado de hospitalización.

Así pues, también para el hospital, éste trabajo cubre una de las más fuertes necesidades que el hospital tiene, ya que no existe un programa de psicoterapia bien establecido e implementado en el área de pacientes crónicos y se les da simplemente ejercicios que por lo general no llevan un objetivo adecuadamente establecido, tomando en cuenta las áreas que requieran ser estimuladas.

1.5.- LIMITACIONES.

Podríamos considerar una limitante el hecho de que no es posible controlar el diagnóstico nosológico de los pacientes de la muestra, ya que en ésta área (crónicos) se incluyen pacientes con diversas manifestaciones psicopatológicas, todas ellas consideradas de evolución crónica. Dando ésto una heterogeneidad de la muestra.

Otra limitante es que el presente trabajo no incluye la aplicación y comprobación del programa.

1.6.- DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.

AGRESIVIDAD.- Denominación de la conducta agresiva cuando se convierte en habitual. (10)

ALUCINACION.- Percepción ilusoria, que no corresponde a un estímulo exterior. No se deben a una transformación de percepciones reales, sino que son completamente independientes de todo estímulo exterior y se presentan simultáneamente con estímulos reales. (10)

AMBIVALENCIA.- Tendencia en dos sentidos distintos. Presencia simultánea de dos sentimientos distintos. (10)

ATENCION.- Actitud conciente dirigida a la observación de una cosa, gracias a la cual tiene lugar la percepción del objeto. (9)

CONCENTRACION.- Orientación activa y delimitación de la observación, centrándola en actividades psíquicas o corporales. (10)

CONCIENCIA.- Modo de existencia peculiar en el que existen vivencias, procesos psíquicos que son experimentados inmediatamente por el sujeto, como percepciones, recuerdos, pensamientos, sentimientos, deseos, etc. (10)

DELIRIO.- Estado de obnubilación más o menos total de la conciencia, con nociones, ilusiones y alucinaciones de naturaleza onírica, inquietud o estupor, comúnmente con fiebre o con base tóxica y en general con un débil recuerdo de la experiencia. (10)

DEMENCIA.- Merma adquirida y persistente de la capacidad intelectual, en oposición a la congénita y a los trastornos transitorios de la inteligencia. (10)

DINAMICA DE GRUPO.- Se dedica a las interrelaciones existentes entre las propiedades de los grupos, - al modo como surgen y cambian las propiedades particulares y al modo como afectan al funcionamiento del -- grupo las relaciones intergrupo y la vida de los miembros.

EMOCION.- Estado afectivamente intenso y relativamente breve.

ENVEJECIMIENTO.- Es un proceso complejo influido por la herencia, la nutrición, las enfermedades y --- otros factores relacionados con el nivel socioeconómico. Las posibles causas del proceso son la estructura del DNA, errores en la división celular y defectos en el sistema inmunológico con el avance de la edad. (9)

ESTANCIA PROLONGADA.- Es el pabellón o áreas de los pacientes internos que viven en el hospital, que salen ocasionalmente de vacaciones con la familia, pero regresan al hospital que constituye su hogar por - años.

ESTUPOR.- Estado de arrectividad y de inconciencia parcial, que suele ir acompañado de una insensibilidad intelectual casi completa. (10)

IDEA DELIRANTE.- Creencia falsa, patológicamente condicionada y más o menos conmovible a la razón. (10)

ILUSION.- Mala interpretación de impresiones sensoriales, generalmente con gran participación de la - fantasía. (10)

IRRITABILIDAD.- Excitabilidad. (10)

JUICIO.- Proposición lógica, que consta de un su jeto, predicado y cópula.

MEMORIA.- Es el hecho de que entre los procesos concientes hay algunos que deben considerarse como - efecto ulterior de procesos que transcurrieron anteriormente, y que son vividos por el sujeto con el conocimiento de que se trata de impresiones que se tuvieron antes. (10)

ORIENTACION.- Sentido de orientación; capacidad de saber donde se encuentra uno, en el espacio, en el tiempo y en las demás circunstancias de la situación real. (10)

PERCEPCION.- Entrada en la conciencia de una impresión sensorial, llegada previamente a los centros nerviosos. (10)

PSICOTERAPIA.- Tratamiento de las enfermedades psíquicas o de los trastornos fisiológicos que originan psíquico mediante métodos psicológicos. (10)

PSICOSIS.- Cualquier estado psíquico anormal o patológico que tiende a construir, una entidad morbosa. (10)

PSICOSIS FUNCIONAL.- Trastorno mental que se formula esencialmente en términos de conducta, sin referirse a factores estructurales o psicológicos. (10)

PSICOSIS ORGANICA.- Cualquier perturbación mental debida a cambios estructurales o psicológicos. (10)

RELAJACION.- Medio de tranquilización o suavización de los síntomas psíquicos y corporales de las neurosis. (10)

SENIL.- Etapa de la vida que se caracteriza por que todas las formas de experiencia, impulsos, modos de actividad, pierden la originalidad e intensidad.- La última fase del hombre, aparece cuando se hace decisivo al carácter de la disminución, y con ello la

SENTIMIENTO.- Es difícil de definir, es el contenido de una vivencia, se asocia una actitud personal y en la mayoría de los casos una marcada tonalidad de placer o desplacer, aunque no en todos los sentimientos. Ej. de Sent. enojo, aversión, alegría. (10)

TERAPIA ECLETICA.- Esta no se basa solamente en una corriente psicológica, sino en varias; y retoma ejercicios que son útiles según el caso del paciente. (por ejemplo: Para el programa se tomaron ejercicios pedagógicos, ejercicios dados en talleres de manejo de tiempo libre y de gerontología, ejercicios de gestalt, psicocibernética, etc.)

VEJEZ.- Es también conocida como la edad tardía adulta, ó tercera edad; difícil de situar su inicio exactamente, pero la mayoría de los autores opinan que inicia a partir de los 60 ó 65 años en adelante.- El sujeto sufre cambios físicos y psicológicos que marcan la etapa de degeneración normal irreversible del ser humano y el período de preparación para el fin de la vida. (9)

1.7.- SINTESIS DEL TRABAJO.

Este trabajo presenta un programa de psicoterapia para los pacientes de estancia prolongada del hospital psiquiátrico San Juan de Dios, que son considerados crónicos, y que no tienen a la mano una terapia sistemática para éstos pacientes, Se incluyen ejercicios de diversas terapias, es decir una terapia eclética, en donde el principal objetivo es ayudar a los pacientes en los diversos aspectos; su continuo contacto con la realidad, mejora sus relaciones interpersonales, el conocimiento de su imagen --

corporal, evitando de una u otra forma el deterioro tanto físico como mental que poco a poco ha afectado a éstos pacientes.

Incluyendo en éste trabajo ejercicios tanto físicos como de estimación de las funciones mentales - tomaremos una muestra heterogénea y difícil de controlar ya que son diversas patologías por las cuales se interna a los pacientes en estancia prolongada -- del hospital, sin embargo en forma breve se describen las enfermedades más frecuentes en éstos enfermos, detallando sus principales síntomas y que es lo que más necesita ser estimulado en éstos sujetos.

Así también como base del trabajo se explicará en forma muy general que es la terapia de grupo y -- los problemas que se pueden presentar dentro de un -- grupo, y el papel que juega el terapeuta o adiestrador dentro de la terapia, así como los requisitos -- que debe cubrir un grupo para recibir la psicoterapia, ya que por más sencillo que sea el grupo que se va a manejar, debe de estar bien establecido. Como -- la mayoría de los enfermos son personas de edad avanzada, se expone algo del tema de la vejez vista desde un enfoque humanista.

Aunque no se aplicó el programa para comprobar la efectividad de los ejercicios, éstos cubren los -- objetivos del trabajo a realizar, dejando implementado el programa para ponerse en práctica en el hospital.

Asi mismo se sugiere una escala para ser utilizada en la comprobación de los ejercicios de éste -- programa.

C A P I T U L O I I

**ALGUNAS DE LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN
LOS PACIENTES PSICOTICOS CRONICOS DE ESTAN-
CIA PROLONGADA.**

" FENOMENOLOGIA DE LA SENECTUD "

Dado que la mayoría de nuestros pacientes de estancia prolongada son personas de edad avanzada, la mayoría de las enfermedades están orientadas a describir o dar a conocer patologías de la senectud; por lo tanto es necesario estudiar los diversos aspectos de la vejez: Biológicos, sociales, económicos y médicos para poder atender a éste tipo de pacientes.

Existe una fenomenología de la senectud que se dará a conocer a continuación:

En primer lugar, disminuye la capacidad creadora y la adaptabilidad, declina la memoria para los hechos recientes, el juicio y la razón no sufren daño y la imaginación continúa intacta. En ocasiones la imaginación propende a divagar, se encuentra en desventaja al tratar de aprender cosas nuevas, por lo que la memoria se debilita, especialmente la reciente. La atención se encuentra cada vez más difícil encontrarse en un punto por largo tiempo, la persona teme al cambio, por que como teme no adaptarse, no ve en él una apertura sino una ruptura con el pasado.

Orgánica o físicamente también hay cambios en el anciano; el pelo blanquea y ralea, los labios y sobre todo el superior se afina, se forman las bolsas en los párpados inferiores, el lóbulo de la oreja crece, los discos de la columna vertebral se comprimen y los cuerpos vertebrales se aplastan. El busto disminuye; la piel pierde su textura y apariencia que poseyó en los años jóvenes; disminuye la estatura; el sentido del oído y de la vista pierden su agudeza, la presbicia es casi universal; la función sexual disminuye, no perdiéndose del todo la actividad sexual; la arterioesclerosis es una de las características más comunes, el ritmo cardiaco disminuye,

al igual que la circulación y aumenta la tensión.

En el cerebro el consumo de oxígeno se reduce y esto produce una disminución de la memoria inmediata y de la retención, aminoración de los procesos ideativos y molestas reacciones emocionales como euforia y depresión. El esfuerzo intelectual fatiga; la capacidad de trabajo también disminuye; su movilidad está en lo general disminuida y tiene menor resistencia psíquica a los cambios técnicos y de organización.

Las principales alteraciones psicológicas que interaccionan con las fisiológicas son; se altera en las situaciones en las que se requiere ideación abstracta, en lugar de experiencia; tendencia a la locuacidad; tendencia a olvidar lo que ya se ha dicho; - en general sus intereses reducen; la incapacidad para aceptar las ideas nuevas; disminuye el entusiasmo; existe tendencia a la suspicacia; tendencia al pesimismo y la melancolía; tendencia a ser egoísta por sus deseos de poseer, y aumento de las características neuróticas si previamente se tuvieron.

Dentro de las psicosis funcionales se han incluido en éste trabajo tres principalmente, como son: Psicosis maniaco-depresiva tipo maniaco, parafrenia y esquizofrenia.

PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA TIPO MANIACO:

En la edad avanzada es más frecuente que la depresión se manifiesta por quejas generalizadas. Algunas depresiones de tipo monopolar puede llegar a presentarse hasta la ancianidad. Así tampoco son raros los casos que se presentan de manía que se prolongan en brotes psicóticos hasta la vejez.

Además de las depresiones en la edad avanzada, lo mismo que en cualquier otra edad, se puede presentar la confusión y la excitación reactivas.

Ha sido señalado por Hamilton, J.A. (1962) que " En todos los pacientes ancianos con trastornos psiquiátricos debe considerarse la posibilidad de que los síntomas se deben a la ingestión de drogas, haya o no rasgos de una reacción delirioide tóxica".

El principio del síndrome cerebral agudo generalmente es brusco, con somnolencia diurna e inquietud nocturna, posteriormente la inquietud es diurna y nocturna; existen graves trastornos de memoria y de conciencia que pueden variar y progresar: desde la confusión, obnubilación y el delirio hasta el estupor y el coma. Generalmente encontramos lentitud en las percepciones; la atención, la reflexión y el juicio se hacen posibles o son incompletos; existe lentitud de las respuestas; hay desorientación global y se presentan graves alteraciones de la percepción: Alucinación, ilusiones e ideas delirantes. El nivel del delirio debe ser medio, según el déficit.

de atención, percepción y orientación. Los antecedentes clínicos descubren: Insuficiente ingestión de líquidos, que el paciente ha tomado drogas, que tiene una enfermedad infecciosa, que existe al antecedente de traumatismo, o bien que se trata de enfermedad -- metabólica o una avitaminosis. En muchas ocasiones -- es provocada por acumulación de drogas (barbitúricos, atropina, etc.,) la cistitis, las infecciones virales, la fibrilación auricular pueden manifestarse -- por un síndrome cerebral orgánico psicótico agudo. - (1)

El psicótico maniaco-depresivo manifiesta un tipo particular de dependencia narcisista infantil del objeto amado. Para compensar sus sentimientos de indignidad, requiere un aporte constante de amor y apoyo moral de un objeto amado altamente valorado, que puede ser un individuo, una organización o una causa a la cual siente que pertenece. Durante el tiempo -- que dura ese objeto es capaz de funcionar con mucha eficacia. Pero debido a sus tendencias autopunitivas, la elección del objeto del maniaco-depresivo está de terminada de manera masoquista y por lo tanto está -- destinado a desilusionarse. Así él mismo crea la base de su enfermedad pues con ésta desilusión se alteran las funciones del YO en todos sus niveles. La -- fase depresiva cede y da paso a una exaltación temporal cuando las metas y objetos importantes de manera narcisista parece que están otra vez al alcance, cuando han sido modificados o reducidos suficientemente para ser alcanzables de una forma realista, cuando han sido rechazados completamente o cuando el YO -- se repone de su shock narcisista y recupera su autoestima y con la ayuda de varios medios de recuperación. La manía presenta un medio de evitar la depresión interna. Comprende la negación de la realidad in-

terna dolorosa y la huida a la realidad externa. Puesto que la persona maniaca no desea enterarse de -- sus propios sentimientos, no puede permitirse empatizar con los demás; está emocionalmente aislado. (2)

PARAFRENIA (PARANOIA-INVOLUTIVA)

Es una psicosis paranoide que se presenta después de los 40 ó 45 años de edad, en la cual la personalidad se conserva bien, hay alucinaciones, síntomas afectivos y pensamiento desorientado.

Las ideas delirantes, aún cuando son de cuadro bastante fijo y elaborado no son tan sistematizadas como en la paranoia y tiene mucho mejor pronóstico. Antiguamente se consideraba al estado paranoide involutivo una variedad paranoide de la melancolía involutiva, sin embargo, en el estado paranoide involutivo aún cuando se presentan síntomas afectivos no dominan el cuadro clínico como en la melancolía involutiva, en cambio los síntomas paranoides si dominan el cuadro. (1)

Se considera que para que se presente ésta psicosis es necesaria la concurrencia de dos factores: a) La personalidad paranoide previa y, b) La declinación fisiológica que está aunada a ciertas fallas de la actividad funcional de las glándulas endócrinas, especialmente de las sexuales que aparecen en la época climatérica. La psicosis es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres y puede presentarse de los 40 a los 60 años de edad.

Las características de la personalidad paranoide son: Sensibilidad excesiva a contrariedades o a lo que pudiera considerarse un desaire. El sujeto se refiere en exceso a sí mismo; hay tendencia a las interpretaciones erróneas, generalmente con un sentimiento de hostilidad o despecho; el que consiste en

la malquerencia nacida en el ánimo del enfermo, desengaños sufridos en la consecución de sus deseos o en los desastrosos empeños de vanidad; tendencia a exagerar los derechos personales, lo que se defiende en forma agresiva, pensando con frecuencia que se le ha humillado; propensión a los celos y a darse demasiada importancia. (1)

Los principales síntomas de la parafrenia son: - Que la psicosis se inicia en forma insidiosa, suele asociarse con el incoito de la menopausia, pero en ocasiones se presenta más tarde, se caracteriza por ideas delirantes de perjuicios, ideas paranoides, especialmente con connotaciones sexuales, principalmente las alucinaciones auditivas son notables. Tanto las ideas delirantes depresivas, son las de grandeza y las de influencia son mucho menos frecuentes que las ideas de perjuicios. Los delirios de estar bajo una influencia no son tan fijos como en la paranoia. (1). En general, aún cuando la personalidad se conserva bien, son frecuentes los errores de conducta y así nunca el paciente tiene conciencia de enfermedad, generalmente se le observa hostil, reservado, molesto y en algunas veces agitado. También es frecuente observable enojado, con amargura, odio, rencor e hipersensible. Es difícil establecer una relación con ellos, y en la mayoría de las ocasiones el enfermo duerme y no tiene apetito. (9)

ESQUIZOFRENIA:

Se usa en la actualidad para clasificar psicosis caracterizadas por peculiaridades de la personalidad, del pensamiento, de la afectividad y de la conducta.

1)- Características de la Personalidad: Estas son fundamentales; se presenta un retraimiento de los contactos afectivos, sociales y de otra índole, con frecuencia autistas por la fantasía y la realidad introspec-

tiva. Si la enfermedad es pronunciada, la personalidad pierde su unidad, se disocia, deja de haber integración y concordancia entre los pensamientos, los sentimientos y la acción o conducta. En los casos más leves, podemos notar únicamente la falta de armonía, difícil de describir exactamente, un comportamiento entocéntrico o incongruente, una afectividad anormal y desproporcionada con la situación real, y tendencia al pensamiento autístico. Por regla general la conciencia es clara y existe conservación de la capacidad intelectual. (1)

2)- Características del Pensamiento: Se caracteriza su distorsión, su oscuridad, su vaguedad. El enfermo siente con frecuencia que sus pensamientos son compartidos por otros al igual que sus sentimientos. Si ente que las otras personas le quitan sus pensamientos. En otras ocasiones perciben que sus pensamientos son intervenidos o bien que no le pertenecen, ya que en ellos participan otras personas y éstas conocen su manera de pensar. Las alucinaciones más comunes son las auditivas, y de éstas las del habla, cuando éstas se presentan con plena conciencia, generalmente son de origen esquizofrénico. En ocasiones el enfermo oye sus propios pensamientos oye voces alucinatorias de sujetos que conversan unos con otros, que discuten y se refieren a él en tercera persona; o voces alucinatorias que critican su conducta. A veces aparecen delirios explicativos que señalan como entran en acción fuerzas naturales o sobrenaturales para influir sobre sus pensamientos y acciones. En la fase avanzada de la enfermedad, el discurso resulta ininteligible, despedazado, desorganizado y fragmentado. Existe una separación que lo integran y por lo tanto es incomprensible. En la alucinación característica del pensamiento esquizofrénico, el pensamiento autístico, el enfermo dirige sus

pensamientos por factores personales, lleva en primer lugar factores periféricos que están fuera de lugar respecto a un concepto total; factores inhividos en la actividad normal mental, pero que el esquizofrénico utiliza en lugar de los elementos pertinentes y apropiados. Muy probablemente por ésta causa - su pensamiento es oscuro y más bien incompresible, y existe pérdida de la realidad y por lo tanto recurre a la fantasía. (1)

3)- Alteraciones de la Afectividad: Existe tendencia al apartamiento a los caprichos, a la irritabilidad. En la fase avanzada, parece como si desaparecieran - las emociones; se les observa inexpresivos, encorbados, indiferentes, existe embotamiento afectivo. En los casos leves la indiferencia puede estar ausente o disminuída. Puede existir ambivalencia afectiva, - el mismo pensamiento puede ir acompañado de sentimientos agradables y desagradables en forma simultánea. Algunos pacientes pueden ser concientes de sus cambios afectivos. Otras el paciente puede llegar al negativismo, al estupor o presentar crisis de excitación psicomotriz. Algunos esquizofrénicos exhiben sus emociones por medio de alguna rama del arte. (1)

4)- Alteraciones de la Conducta: La conducta del enfermo puede ser singular del retraimiento, extravagante o regresiva, con reducción general de la energía. Aunque en los periodos agudos puede presentar - excitación hasta llegar a agredirse ellos mismos o a las personas que lo rodean. Muchas veces la conducta es poco coordinada o imprecendente, exéntrica o extravagante e inadecuada, indócil y rígida. (1)

Es una de las enfermedades más frecuentes en el área de la salud mental. Lo más penoso del padecimiento es que ataca en general a los adultos aún suficientemente jóvenes, trunca la vida del paciente y -

provoqa problemas muy severos con la vida de la familia y dicha relación provoca gran perturbación dando lugar a parricidios inexplicables y sin pasión. Estadísticamente es una de las enfermedades que más se presenta en todo el mundo sin respetar raza, sexo ni cultura, es por ésto que se le da primordial importancia.

En cuanto a su etiología no se ha podido definir exactamente cual sea la causa de dicha enfermedad, por lo tanto los factores que se mencionan como causa de la esquizofrenia son: Factores genéticos, factores bioquímicos y factores psicosociales.

Esta enfermedad tiene una forma común de principio que se encuentra frecuentemente en las historias clínicas. Con excepción de la forma catatónica cuyo principio es generalmente brusco; y de la forma paranoide, que comienza en la edad adulta. Presentan, -- sobre todo los jóvenes, extrema debilidad emocional y con extrema rapidez cambian de estado de ánimo, en ocasiones se exalta y en otras se deprime. El retiro de la vida social es en muchas ocasiones una manobra útil para disminuir o evitar la llegada de estímulos a su vida emocional ya afectada.

Presenta insomnio, sueños terroríficos, miedos o temores inexplicables. Reacciona en forma exagerada a diversas situaciones. Se agitan fácilmente y -- sus pensamientos son un tanto extraños y peculiares. Tiene sentimientos de inseguridad e irrealdad, siente estar sólo y lejos del medio en que se encuentra. En ocasiones se dan cuenta de que algo les pasa, pero generalmente lo niegan. Los enfermos jóvenes se tornan taciturnos, retraídos, reservados, con tendencia a aislarse de sus compañeros y de sus familiares, se preocupa generalmente de su estado físico y trata

de vigorizarlo por medio de ejercicio exagerado. Se vuelven suspicaces, y se cree con frecuencia objeto de burla de sus hermanos y amigos. Frecuentemente se masturban y lloran. Son comunes los pensamientos de tipo filosóficos, aún en enfermos de escasa cultura. El médico debe estar pendiente del contacto humano, - la rigidez, la falta de flexibilidad, la estrechez, - lo inquietante de sus actos, los pensamientos, los sentimientos y en general la personalidad del enfermo. (1-9)

Bleuler describió tres síntomas principales o - primarios generales de la esquizofrenia: Un transtorno de las asociaciones, un transtorno de la afectividad y un transtorno de la actividad. Bleuler destacó también la actitud desrealista del esquizofrénico, - es decir, su desapego de la realidad y el autismo -- consecuente, y la ambivalencia que ella misma manifiesta en su afectividad e iniciativa. Así, el sistema de Bleuler de la esquizofrenia se denomina amenuado el de los defectos de las cuatro es: Asociación --- nes, afectividad, autismo y ambivalencia. (2)

En los principales síntomas, encontramos dentro de los trastornos de la conducta y la afectividad, - que los más característicos es el apartamiento de los demás, y ésto lo lleva a un comportamiento y pensamiento autístico, en donde el enfermo vive solo a su - realidad. Los trastornos de la conducta pueden ser de naturaleza cuantitativa y cualitativa como por -- ejemplo una disminución general de energía, e iniciativa, y una conducta habitualmente poco coordinada e imprevisible. Son también comunes el manierismo (movimientos repetitivos) y los estados estuporosos -- (comunes en los catatónicos). En los trastornos --- afectivos encontramos una disminución de las respuestas emocionales, algunas respuestas inadecuadas, emo--

ciones anómalas (emociones y estados de ánimo extraños que en condiciones normales se experimentan rara vez o nunca), y algunos síntomas somáticos (por ejemplo: Cefaleas, tensión y dolores reumáticos en los hombros, debilidad, etc.). (2)

Las frecuentes simbolismos, que en un examen -- mental podemos descubrir, explican otras veces su manera de proceder, son a veces los trastornos de la percepción; principalmente las alucinaciones (voces), las que orientan y rigen la conducta del enfermo. Lo habitual es que el enfermo, las voces que percibe se an desagradables, que lo insulten, le ordenen o hablen de él, y el enfermo reacciona a ellas con cambios de conducta. En los trastornos afectivos la indiferencia es especial en los casos de pacientes crónicos. Antes se observaban también los soliloquios. en donde parecía que se hablaba a sí mismo, pero se ha llegado a la conclusión de que en realidad contestaba a sus alucinaciones o pensamientos; otras veces se les veía con risas inmotivadas, es decir, sonrisas no adaptadas al ambiente. Son también de suma importancia las alteraciones del pensamiento nombradas anteriormente, la pérdida de los límites del YO, lleve a la experiencia de despersonalización, que se caracteriza por impresiones de extrañeza y de deformación del cuerpo del pensamiento o del mundo exterior; o la experiencia de desrealización que consiste en la pérdida del sentimiento de realidad del mundo exterior; al enfermo, no le parece ya familiar, aunque continúa percibiendo lo que le rodea, a pesar de que no presenta deficiencias sensoriales ni trastornos instrumentales perceptivos. (1)

Los cambios que ocurren en la percepción, en -- los casos agudos de la esquizofrenia, son numerosos. Todas las formas de distorsionar perceptuales pueden ser encontradas. Los colores pueden ser vistos más --

intensos; pueden ocurrir ilusiones en forma, tamaño-
 posición y movimiento de los objetos y las personas,
 y son intensamente vividos por lo enfermos. Los es-
 quizofrénicos tienden a ver el mundo de dos dimencio-
 nes, semejándose a la pintura de los artistas del si-
 glo XIV, con largo, ancho y ondo. El enfermo tiende
 a ver el mundo plano y liso. Aquí entran las alucina-
 ciones auditivas, visuales, somáticas o corporales,
 olfativas, etc., las cuales empeoran cuando el enfer-
 mo se encuentra sólo. De éstas ilusiones se pueden -
 desarrollar ideas delirantes que son definidas como
 pensamientos falsos, con evidente oposición de la --
 realidad originado por una alteración profunda del -
 psiquismo y de la personalidad y son incorregibles -
 por parte del enfermo y tienen las siguientes caracte-
 rísticas: 1).- No son aceptadas por las otras per-
 sonas que tienen un nivel social, religioso, educati-
 vo y cultural semejante a las personas que la padecen.
 2).- Tienen un contenido erróneo. 3).- Son incorregli-
 bles, el que las sufre tiene la absoluta convicción-
 de que son ciertas; no admiten rectificación alguna-
 con la experiencia o los argumentos. 4).- El conteni-
 do es a menudo absurdo e imposible, por lo que llama
 la atención de las personas que conviven con él. Las
 ideas delirantes son frecuentes en todos los tipos -
 de esquizofrenia, están clasificadas en: Primarias -
 que son las que nacen de la mente del enfermo, y las-
 secundarias que tienen su origen en la alteración --
 perceptual del enfermo. El contenido depende en gran
 parte del nivel intelectual del enfermo. (1)

Las principales alteraciones encontradas en la
 esquizofrenia: La reticencia (omisión voluntaria de -
 lo que se debería de decir) y en ocasiones se acompa-
 ña de innivición y bloqueos; los neologismos (que --
 son palabras nuevas o invenciones); el mutismo; la -
 verbigeración (consiste en la retención de palabras-
 y frases sin ningún significado y se observa sólo en

las formas crónicas); la ecolalia (es la repetición que hace el enfermo en forma burda o grosera); la --disgregación o disociación (es la separación de las partes que integran o intervienen en el discurso, de tal modo que éste resulta ininteligible, desorganizado y fragmentado); existe relajamiento de las ideas con pérdida de la unidad de la armonía y de la continuidad psíquica. (1)

El equizofrénico puede tener emociones, pensamientos y actos que no son de él, a lo que se le llama experiencias pasivas. La voluntad se debilita en este tipo de pacientes, sintiendo a menudo que sus --acciones y sus pensamientos son controlados por ---otra persona. En la equizofrenia las alteraciones de conciencia, de la memoria y de la orientación son mínimas o no existen, llevando todo esto al negativismo, obteniendo respuestas incorrectas, provocándole principalmente el retraimiento social. (1-9)

Los tipos de esquizofrenia son:

- Tipo Simple
- Tipo Hebefrénico
- Tipo catatónico
- Tipo Paranoide
- Episodio esquizofrénico agudo
- Esquizofrenia latente
- Esquizofrenia residual
- Esquizofrenia esquizo-afectiva
- Esquizofrenia infantil
- Esquizofrenia en enfermo con nivel mental bajo.

Los individuos seniles con esquizofrenia pueden ser clasificados en tres grupos o categorías. En las primeras se encuentran las personas internadas en hogpitales psiquiátricos. Muchas de éstas personas tienen una buena adaptación al hospital y es posible cuidar de ellos adecuadamente en residencias u hogares -

especiales que funcionan especialmente bien, si se dispone de una supervisión psiquiátrica adecuada. -- Una segunda categoría de personas están claramente enfermas pero con la ayuda de la familia y la comunidad han permanecido socialmente internadas. Un tercer grupo de personas que aceptan bien sus síntomas -- paranoides y otros, los cuales pueden ser tan poco incapacitantes que no se han detectado hasta la edad senil. Muchas de éstas personas son consideradas como arrogantes, exéntricas y suspicaces. (2)

Dentro de las psicosis de tipo orgánico, se han clasificado en este trabajo, las siguientes:

- Arterioesclerosis cerebral.
- Demencias preseniles: Enfermedades de Alzheimer y Pick.
- Demencias seniles.
- Retardo mental.

ARTERIOESCLEROSIS CEREBRAL:

En México se calcula que hay un poco más de 10% en los adultos mayores de 40 años. Las personas de mayores medios económicos y de actividades sedentarias son las que más sufren. Es más frecuente y severa en el sexo masculino. Las causas pueden ser físicas: Infiltración de grasas, reacción fibrótica. Algunos hábitos aumentan la frecuencia y agravan la enfermedad. La influencia del ambiente predomina sobre la predisposición genética. La hipertrofia y la esclerosis de las arterias van ligadas siempre a la hipertensión arterial. Como se señaló anteriormente la vida sedentaria es extraordinariamente frecuente encontrarla como proceso antecedente esclerótico arterial y, además los trastornos metabólicos, especialmente la diabetes, la obesidad y la hiperurricemia. Muy especialmente se menciona como causa importante, el aumento del colesterol y triglicéridos. La tensión emocional posiblemente interviene en la sobreproducción y especialmente en la mala utilización de catecolaminas. Además conduce a la persona a tener hábitos que no le son muy favorables, como hacer de la alimentación una recompensa y a ver el trabajo sedentario como una grata y casi única gratificación. - (1)

Cualquier parte del organismo puede ser afectada por la arterioesclerosis, sin embargo, es más común en las arterias cerebrales coronarias, renales y

mesentéricas. (1)

El comienzo del proceso es generalmente incidioso, pero el deterioro lento, de varios años de duración, puede interrumpirse por ligeras exaservaciones agudas, debidas a leves alteraciones súbitas cerebrales, por lo común las arterioesclerosis cerebral comienza antes de la demencia senil, de hecho puede -- iniciarse en la juventud.

La psicosis arterioesclerótica va presidida por insomnio, fatiga fácil, palpitaciones, dificultad para conciliar el sueño, anorexia, disnea, dolores, -- precordiales, angustia, inquietud nocturna, despertar temprano con sensaciones de presión en la cabeza. (1)

El enfermo pierde la frescura, la espontaneidad, se vuelve lento y un poco torpe e ineficiente. Es -- frecuente que se queje de cafales frontal u occipital al despertar. El deterioro intelectual, generalmente se presenta después de que han ocurrido repetidos accidentes vasculares, pero es más lento en su desarrollo que la demencia senil. El brote psicótico puede ser brusco y estar caracterizado por alucinaciones, desorientación, confusión, inquietud e ideas delirantes con frecuencia de tipo paranoide. (1)

El cuadro delirante puede mejorar pero deja como secuela cierto deterioro. Es decir, que se pueden presentar brotes psicóticos, y ambos dejan como secuela el deterioro mental.

En cuanto a su diagnóstico diferencial consiste en: Tumor cerebral, parálisis general progresiva, demencia presenil y hematoma subdural. (9)

En general el deterioro es menos profundo que -- en la demencia senil. los transtornos de memoria son más bien parciales. (9)

La memoria, sobre todo la reciente, está disminuida así como la capacidad de juicio. Al principio de la enfermedad es frecuente que existan transtornos del sueño. Conforme el proceso del padecimiento el enfermo sigue limitando sus intereses y actividades y a menudo se vuelve irritable e inquieto. Se refieren con frecuencia fluctuaciones impredecibles y profundas del estado de ánimo y reacciones emocionales inadecuadas. Como defensa de la pérdida de diversas capacidades aparecen otras manifestaciones de la enfermedad, las cuales varían desde una intensa hipcondría al exhibicionismo genital. Algunos clínicos indican que más del 50% de pacientes con arterioesclerosis cerebral difusa manifiestan sus primeros síntomas desarrollando bruscamente un cuadro deliriforme con confusión, incoherencia, inquietud motora y a menudo alucinaciones. El cuadro de iriforme cede y el padecimiento declina gradualmente. (2)

Otros investigadores creen que la arterioesclerosis cerebral se caracteriza por disminuciones episódicas de la capacidad mental. (2)

La aparición brusca de un síntoma grave o incapacitante se ve precipitada a menudo por la concurrencia de un stress mental o físico, tal como el cambio de un ambiente nuevo o la presencia de una infección grave. Existen pruebas de que estos pacientes funcionan a un nivel marginal; cuando concurre un stress, el organismo se descompensa y se hacen evidentes los síntomas mentales. (2)

Es posible evitar la irritabilidad, las manifestaciones claras de hostilidad, la depresión y el suicidio si se asignan a los pacientes tareas que sean de algún modo gratificadores para ellos y que estén dentro de los límites de sus capacidades. (2)

DEMENCIAS PRESENILES:

Las dos principales demencias preseniles son la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Pick.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

Fué descrito el primer caso por Alzheimer en -- 1906, en una mujer de 50 años que presentaba disminu- ción progresiva de la memoria, desorientación, afasi- as, apraxias, y delirios; la muerte apareció 4 años - después, en un estado de demencia total.

La enfermedad comienza por lo general en el --- quinto o sexto decenio, pero hay casos de aparición- precóz y tardía. El cerebro muestra la atrofia glo- bal, pero más intensa en los lóbulos occipitales y - frontal.

Clinicamente se caracteriza por deterioro men- tal rápidamente progresivo; los trastornos de la -- atención son los deberes; generalmente se observa hi- peractividad e inquietud motora, aunque puede haber - casos que cursan una inactividad. Casi siempre existe disartria, déficit de la comprensión y la expresi- ón verbal está muy alterada. Son frecuentes los re- flejos de presión de mano y de succión, el síndrome de Parkinson y la hipertonia muscular. La enfermedad evoluciona hacia la hiperactividad interactiva, como frotar, lavar, deshilar. Existen manifestaciones- psicóticas como alucinaciones, ideas delirantes de - tipo paranoide, confusión con grave desorientación.- Posteriormente el cuadro avanza hacia la demencia y hacia la catexia, con existencia puramente vegetati- va, es decir en estado de coma profundo. A medida -- que prosigue la destrucción neuronal, se trastorna- gravemente el lenguaje y se observan a menudo movimi- entos involuntarios de los brazos y piernas. Pueden- aparecer crisis epilépticas, acelerandose el deretio

ro mental después de cada crisis. (1)

No se conoce a ningún tratamiento específico para éste trastorno, sólo es posible aportar medidas de sostén sintomáticas y ambientales.

Se piensa que ésta enfermedad es causada por un trastorno del metabolismo, genéticamente controlado, de la célula nerviosa, la que presenta un agotamiento precoz.

En las investigaciones de la genética de dicha enfermedad se han reportado dos hechos muy importantes:

A).- Que con microscopio electrónico los cambios cerebrales en la enfermedad de Alzheimer y en el síndrome de Down son indistinguibles.

B).- El aumento de la incidencia de leucemia en las personas con síndrome Down. Por lo tanto ambas tienen un origen genético. (1)

ENFERMEDAD DE PICK:

A fines del siglo pasado Arnold Pick notó que la demencia en algunos enfermos evolucionaba más rápidamente que lo habitual, clínicamente se mostraban trastornos neurológicos, afasias, agnosias y apraxias. Existía además arterioesclerosis circunscrita -- del lóbulo temporal, parietal, frontal y de la insulina.

La mayoría de los pacientes enferma entre los 40 y los 60 años. Clínicamente la enfermedad de Pick se manifiesta por un deterioro intelectual incidioso caracterizado por dificultad en la concentración y pérdida de la memoria para hechos recientes; cuando progresa; desorientación en el tiempo y en el espa--

cio, desaliño, pérdida de autocrítica, apatía, desinterés y dificultad para comparar y juzgar. Cuando la localización de la atrofia predomina en los lóbulos frontales se altera sobre todo la personalidad; los enfermos pierden las inhibiciones, son desconsiderados, pierden la voluntad, en ocasiones se les nota inquietos e impulsivos.

Otras veces presentan graves alteraciones en la ética. En las localizaciones temporales son más aparentes los trastornos de lenguaje, los enfermos utilizan palabras impropias e impropriamente aplicadas (parafrasias), presentan agramatismo y en ocasiones lenguajes estereotipado. Cuando la afasia sensorial progresa existe grave dificultad para entender las palabras. Es frecuente observar la ecolalia y palilalia. Los objetos no se pueden nombrar o se citan a la vez. (1)

Por último la vida de éstos pacientes queda reducida a lo puramente vegetativo, y la muerte ocurre; por lo común es un proceso intercurrente, aunque la causa de la muerte puede ser central, por lo general faltan los signos neurológicos o son más raros que en la enfermedad de Alzheimer. (1-9)

La afectividad del paciente es insulsa. En ocasiones se observa una discreta euforia, cuando el proceso se encuentra muy adelantado. (2)

En los estados finales del deterioro existen a menudo parálisis, contracturas y crisis comiciales epilépticas.

Las medidas psicoterapéuticas tienen un valor ilimitado por que lo insulso de la afectividad bloquea la interacción paciente-médico. (2)

DEMENCIA SENIL

Inicia generalmente más tarde que las anteriores, alrededor de los 70 años, y es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Su iniciación es gradual, de modo que se puede pensar que es la vejez que se ha acentuado; es decir que se considera una aceleración del proceso de envejecimiento. En ocasiones el principio de la enfermedad se confunde con la tristeza. Uno de los primeros síntomas que se presentan es la pérdida de la memoria.

Se altera principalmente la memoria para hechos recientes y las lagunas amnésicas se llenan con confabulaciones. La atención se altera así como la capacidad de juicio y de la crítica. La enfermedad evoluciona con rapidez en dos o tres años. (1)

El paciente se torna abúlico y cuando camina lo hace en forma lenta y a pasos pequeños. Se le ve francamente encorvado. La voz pierde su intensidad y entonación. En ocasiones se presente palilalia, que consiste en que el enfermo respita el vocablo final de la frase una o dos veces, a medida que su voz se apaga, hasta terminar musitando palabras ininteligibles.

Existe marcada indiferencia afectiva, la que es interrumpida por expresiones de llanto o ira.

Con frecuencia existe poliuriuria o micción imperiosa, que puede llegar a la incontinencia.

Puede haber parafasias y agnósias, consistentes en que el enfermo pierde la capacidad de transformar las sensaciones en percepciones propiamente dichas.

Los enfermos presentan el llamado temblor senil que es parecido al de la parálisis agitante. Con frecuencia los síndromes psicóticos son de tipo paranoide o hipochondriaco. Así mismo son frecuentes la suspicacia-

y la desconfianza. Una forma especial de demencia senil es la presbifrenia que se acompaña de locuacidad, energía, impresionabilidad excesiva, ideas delirantes de grandeza y excitación, que motivan a riñas. El paciente tiene falsos reconocimientos, cree que el hospital es una casa de su propiedad, cree que lo roban, confunde a las enfermeras y a los médicos con familiares supuestos. (1)

La confabulación es constante y puede ser reducida o provocada.

Mientras la enfermedad no evoluciona totalmente, el déficit intelectual es más o menos ligero. El juicio es superficial, pero más conservado que en los otros tipos de demencia senil; como éstos son optimistas resultan amenos. (1)

El examen microscópico del cerebro demencial descubre una euforia generalizada, habitualmente más clara en el lóbulo frontal. (2)

Microscópicamente, existe gran abundancia de placas seniles a menudo existe en el mismo cerebro las alteraciones asociadas con la demencia senil y con la enfermedad vascular cerebral. No existen signos neurológicos focales, el curso de la enfermedad con decadencia mental y física progresiva, puede desarrollarse durante un periodo de tiempo considerable, no es raro que exista la enfermedad por diez o más años antes de que venga la muerte. (2)

Las formas de vida rutinarias proporcionan cierta seguridad pero la instrucción de la rutina debe limitarse a los acontecimientos importantes y deben hacerse esfuerzos por varias actividades cotidianas interpuestas para que proporcionen una estimulación tanto física como mental, debe hablarse con el paciente de la conducta objetable y la expresión de exageración

nes y situarlas en una perspectiva adecuada, las reuniones en grupo de pacientes con enfermedad cerebral-orgánica son medidas útiles si el terapeuta participa activamente, dando indicaciones a menudo y centrando el tema y manteniendo el equilibrio. (2)

RETARDO MENTAL:

Consiste, esencialmente en un déficit intelectual al que se origina y se manifiesta durante el periodo de desarrollo.

Está caracterizado por dificultad en el aprendizaje e inadecuada adaptación social y en ocasiones -- por ambos, según la edad el retardo mental se hace -- aparente en la edad escolar, por que el niño muestra atraso en caminar, hablar, comer sólo, en fin en ser útil a si mismo; cuando el niño crece tiene dificultades para aprender y en la vida adulta es incapaz de ser independiente.

La incapacidad está en relación con el ambiente y el déficit intelectual. (1)

La asociación Americana para el estudio del retardo mental ha clasificado 6 tipos de retardo mental: El fronterizo, el discreto, moderado, severo, profundo y el no específico.

Las causas del retardo mental son muchas y se -- han tratado de clasificar en dos grandes grupos: 1).- Por causas ambientales en donde por lo general el grado del retraso es discreto. 2).- Padecimientos que atacan a sistema nervioso central. El principal factor etiológico en el primer grupo es la incultura que -- en numerosas ocasiones repercuten en los factores del grupo dos; por ejemplo, los factores que intervienen en el parto distósico y el trauma obstétrico son diversos y todos pueden provocar alteraciones neurológicas y retardo mental, trabajo de parto largo, parto --

demasiado rápido, mala presentación, etc., factores que pueden ser evitados con una buena atención obsérvtica, de la que carece buena parte de la población del país, por lo tanto no es posible separar ambos grupos. (1)

La inteligencia no es el resultado de un sólo proceso mental es en extremo compleja y está integrada por diversas capacidades o habilidades que incluyen: El pensamiento abstracto, la memoria visual y auditiva, el razonamiento casual, la expresión verbal, la capacidad para manipular conceptos, comprensión espacial y probablemente muchas otras capacidades.

Sabemos en la actualidad que el progreso escolar normal depende especialmente del desarrollo ordenado de la memoria visual y de la auditiva, de la facilidad de expresión, del razonamiento abstracto y del estado emocional, por otro lado sabemos también que un buen ajuste en los trabajos de la industria moderna se tiene; con una buena coordinación visomanual, buenas relaciones interpersonales, razonamientos casual y una personalidad con características de las que carece muchas veces el retardado. (1)

Según el manual de diagnóstico y tratamiento de la Asociación Psiquiátrica Americana (1968), el retardado mental puede ser clasificado por sus diferentes causas en: (1)

- Infección o intoxicación.
- Traumatismo o agente físico.
- Trastorno del metabolismo, del crecimiento o de la desnutrición.
- Afección postnatal grave del encéfalo.
- Asociado a enfermedades y cuadros provocados por influencias prenatales desconocidas.

- Con anormalidades cromosómicas.
- Asociado a prematuridad.
- Consecutivo a un trastorno psiquiátrico severo.
- Ausencia de ambiente psicosocial apropiado.

Las personas con retraso mental pueden llegar a desarrollar una personalidad normal como las personas que nos rodean comúnmente, sin embargo, se encuentran frecuentemente con grandes obstáculos en su desarrollo y crecimiento como factores internos (negativismo), la aceptación por parte de la familia y por parte de la sociedad. (2)

Existe acuerdo general de que el retrasado mental tiene una capacidad reducida para aprender, para adquirir conocimientos a la misma velocidad y en la misma cuantía que las personas normales. Las diferencias son pequeñas en formas sencillas de aprendizaje, pero la distancia aumenta en proporción directa con la complejidad del proceso de aprendizaje. La retención a corto plazo parece deficiente en el retrasado mental, pero no existe un trastorno de la retención a largo plazo. (2)

Los déficits sensoriales y perceptuales observados en muchos retrasados mentales, pueden contribuir significativamente a sus dificultades de aprendizaje. Su incapacidad de inhibir respuestas ya aprendidas - dificulta la ampliación del repertorio disponible de respuestas. La dificultad principal la constituye la disminución de la capacidad de abstracción y generalización a partir de la experiencia del déficit de capacidad verbal. (2)

C A P I T U L O I I I

LA VEJEZ DESDE UN PUNTO DE VISTA HUMANISTA

LA VEJEZ DESDE UN PUNTO DE VISTA HUMANISTA

El miedo a envejecer, ensombrece la vida a muchas personas, en nuestra sociedad, mucho antes que la primera arruga profunda anuncie la llegada de la vejez. Sin embargo, la mayoría de las personas conservan perfectamente recursos y energía que están -- más allá de lo que imaginamos. (13)

El trato hostil y exclusivo que damos a los ancianos es simplemente un producto de la ignorancia; su propio consentimiento en ello es resultado de actividades sociales que ellos mismos pudieron haber ayudado a formar durante su juventud. (13)

Conforme el hombre poco a poco va entrando en la etapa del envejecimiento se va llenando más de ricos valores y parte de puntos adecuados, actúa dentro de las situaciones justas y se independiza del éxito momentáneo; así como él mismo, en cuanto a personalidad, trasciende más allá de su condicionamiento por esa decisión de sus convicciones y por su cercanía a la realidad. Así la vida se hace más densa y preciosa. Pero a la vez se abren paso nuevas experiencias, que van unidas al descenso del arco de la vida; a la conciencia del fin. (13)

El ejercer su influjo através de la vida entera; el hecho de que el arco de la vida se incline y una vez haya de cesar; de que todo acontecer se mueva hacia una conclusión; una conclusión que hoy llamamos la muerte. (13)

En la medida en que el hombre envejece, cada vez espera menos; en la misma proporción se inintensifica la sensación de la transitoriedad. La expectativa estira el tiempo, el saber a qué atenerse, lo contrae. Cada vez se hace más fuerte la impresión de que constantemente llega algo a su fin; un día, una-

semana, una estación del año, un año; la conciencia - de que lo que hace ahora lo hiciste también ayer; lo que hoy experimentamos, estaba ahí hace días. Todo -- eso que se encoja el tiempo que transcurre en medio. -- La vida resvala cada vez más de prisa. (13)

El que persista el individuo, y como, depende de en que medida acepta su fin, siguiendo de la indicación que llega de la transitoriedad y el adelgazamiento de las cosas. (13)

El modo de dominar positivamente la crisis consiste en la aceptación del envejecimiento, en la aceptación del fin, sin sucumbir de él, ni desvalorizarlo - con indiferencia o cinismo. Así se realiza un grupo - de valores y actitudes muy nobles y muy importantes - para el conjunto de la vida: Comprensión, valentía, - confianza, respeto a si mismo, lealtad a la vida ya - vivida, a la obra cumplida, el sentido de la existencia realizada; y sobre todo en lo más importante; la superación de la envidia contra los jóvenes, el resentimiento contra lo históricamente nuevo, de la alegría ante el mal; por los defectos y fracasos de lo - actual. Entonces surge la imagen vital del hombre viejo; expresado por su valor; el hombre sabio; y lo podemos caracterizar por que es el que sabe del final y lo acepta; con eso no se dice que se alegre, aunque - para algunos así sea, sino que se implica la disposición más sincera a lo que tiene que suceder. (13)

El individuo debería realizar superaciones interiores, volverse transparente para el sentido. No hacerse activo sino irradiar; no aferrarse, tiranizar o dominar, sino hacer evidente el sentido y darle una - afectividad mediante el altruismo de su actitud; ya - que se ha olvidado en buena medida lo que es, por naturaleza, la vejez, y en su lugar ha puesto una ima--

gen imprevista de proseguir viviendo, cuya norma es la forma vital del joven. (8)

El envejecimiento de expresa sólo en limitaciones, en el fondo, según, el viejo es sólo un joven disminuido; aunado a la ayuda de los médicos que prolongan la vida, el arte de la moda y cosméticos, etc. - (13)

El hombre entra en la anianidad tiene una calma que viene de su interior; tiene una dignidad que no procede de sus realizaciones, sino de su ser. En su naturaleza se hace presente algo que apenas puede designar de otro modo sino con el concepto de lo eterno.

La última fase de la vida, la del hombre senil, aparece cuando se hace decisivo el carácter de la disminución, y con ello, la dependencia respecto a los demás; y se ha dicho por consiguiente que es la llamada infancia. (13)

La fase senil de la vida está caracterizada porque todas las formas de experiencia, impulsos, modos de actividad, pierden la originalidad e intensidad; - el elemento de la pasión desaparece de la forma conjunta de cuerpo y alma. Mengua la capacidad receptiva de los sentidos; aparecen defectos orgánicos; baja la fidelidad y finura de la percepción; se hace difícil acomodarse a situaciones nuevas; la vida se fija, les desaparece el impulso de luchar, se interesan cada vez menos por lo nuevo. se siente cuando más pasa el tiempo más raramente propuesto a cambiar algo puesto que quiere estar en paz. Pierde el deseo de obtener - estimación de otros; se vuelve indiferente. (14)

Lo que permanece más tiempo en efectivo son los impulsos dirigidos a lo inmediatamente material, al comer, y beber a la comodidad corporal.

El hombre senil se debilita y se siente amenazado. Su defensa consiste en acentuar lo que es y tiene, su posesión, sus derechos, sus costumbres, opiniones, juicios. Surge la terquedad senil; una tenacidad de afirmación y resistencia que puede llegar a lo más pequeño y necio. Es difícil enfrentarse con él, porque el intelecto y el sentimiento ya no son bastante móviles como para entender razones que se expongan y aceptar motivos que se presenten. (14)

Si a eso se añaden especiales trastornos causados por enfermedades o aguda debilidad corporal: Dolores, alteraciones, funcionales, fenómenos de decadencia, descuidos de la propia persona, entonces el conjunto resulta cada vez más penoso para la persona en cuestión y para quienes lo rodean. La experiencia y la distancia de la vida le enseña a comprender a los demás y a concederles su valor. En él y en torno de él, la vida queda atascada. Desaparece la variedad, lo sorprendente y lo excitante. (14)

La debilidad de la vejez se manifiesta en suspicacia, desconfianza, no raramente, ocultamiento, e incluso reticencia. Mientras que está claramente en su conciencia hechos muy lejanos en el tiempo, contados una vez y otra con monotonía irritante, presentados como algo válido, convertidos en motivo de crítica para lo actual, desaparece de la memoria lo que está cercano en el tiempo, y sobre todo precisamente lo que acaba de ocurrir. Esto lleva a frecuentes mal entendidos e inconveniencias, cada vez más difíciles de aceptar. Esto aunado a los defectos físicos que le atacan, hacen que el anciano se descuide y sea indiferente a los sentimientos de los demás, poco a poco va siendo menos cordial y no sigue en condiciones de asumir todo en el amor. (13)

La persona que se dedica al cuidado del anciano

requiere energía y altruismo; pero sobre todo, una gran paciencia, siempre renovada; tanto más cuanto que falta la mirada al porvenir, y por lo regular ya no se espera más sino poder seguir conviviendo con razonable descendencia. La mejor atmósfera para ello será la de una tranquila naturalidad. Es lo más rápido de establecer y también a la larga es lo más eficaz. Con ello se logra evitar lo que no ha de ser, evitar el veneno de la suspicacia que haya surgido, abrir las reservas que se inenten. (14)

En ocasiones el carácter que para muchas personas suele ser insoportable de la persona anciana, puede tener un mal efecto; que los de su ambiente le deseen la muerte. De modo grosero, expresando en palabras el deseo, o mostrándolo en la conducta; o bien de modo sutil, cuando no para de ser interior, pero lo percibe el inseguro sentir de sí mismo que tiene el hombre anciano. Pues todo impulso interior tiene la tendencia de llegar a la realidad, y ningún adelanto cultural de aquí; seguridad absoluta. (14)

En épocas primitivas, al hombre senil se consideraba como un peligro y se le mataba. En la época más moderna, ha ocurrido lo mismo, partiendo de una teoría oficial, con exactitud más científica y organización más exacta. Y el modo como se hecha al asilo cuando a un anciano, aunque habría la posibilidad de conservarle en casa, no hace, en el fondo otra cosa que la "eugenesia" de los años del nazismo. Sin pensar que el cuidado por los débiles protege al fuerte mismo. Así también el anciano mismo debe ayudarse a sí mismo y no olvidar que por ser una persona o un ser humano nunca es un mero objeto, que es persona por esencia, y, que por lo tanto, siempre es sujeto de su existencia. (13)

Es cierto que cada anciano tiene la vida que se

preparó él mismo, aunque en todo existe el deseo de participar activamente en el mundo externo; a ésta --- edad no es ya posible improvisar un nuevo modo de vivir: Hay que prepararlo en el transcurso de toda la existencia. Es sabido que en nuestra sociedad la actividad del anciano no es generalmente productiva, no contribuye en la economía y por consiguiente se tiende a considerarlo como un peso al que de todos modos hay que atender; pero si el anciano no se afoca ante éstas formas de distanciamiento, quedará cada vez más aislado y precipitará su desapego a la vida. En cambio quienes comprenden que la vejez es la consecuencia natural de toda existencia pasada y que debe aceptarse como una evolución necesaria, no sentirán que "hayan vivido " más de la cuenta ", sino que se sentirán realmente vivos y capaces de hacer todavía muchas cosas y de rodear muchas tantas. (13-8)

Cada anciano tiene su propio e individual historia en la vida. Para los viejos puede haber nuevas -- alegrías y nuevas tristezas por venir. Pero éstas se relacionan con la forma total de su vida y no simplemente con su condición de viejo. Esto se aplica tanto al amor y a la intimidad como a cualquier otra cosa -- en la vejez.

Con todo, los pensamientos sexuales, sentimientos y acciones de una persona de edad avanzada pueden ser entendidos mejor, desde una perspectiva más amplia, -- que los de una persona joven.

El anciano que da y recibe afecto fácilmente, y -- aquel cuya inseguridad emocional lo lleva constantemente a exigir seguridad, puede haber delinido sus -- divergentes caracteres en la niñez temprana. El amor -- que hoy damos en los bebés y a los niños seguramente -- será regresado a la familia y a la sociedad del mismo modo que los árboles bien nutridos producen frutos --

aún después de haber recogido la cosecha. (13)

A pesar de los obstáculos, el amor puede puntuar tanto los viejos como para los jóvenes (12) Es difícil sobre estimar la importancia de una constante-relación amorosa en la mujer. El sexo proporciona algo más que la gratificación física directa aunque -- ésta misma no debe ser minimizada. (8) Reafirma -- también la identidad de cada cónyuge como persona -- que aún puede ofrecer algo que vale la pena, que aún puede tener valor para otra persona. El cuerpo es todavía un medio de dar y recibir placer. Los viejos -- amantes aprecian más su cuerpo que quienes han abandonado ésta actitud desde hace mucho tiempo. (12)

La intimidad de dos seres que han compartido -- durante muchos años alegrías y tristezas es una excelente defensa contra un mundo que saben que existe -- anciano y anciana pero que en realidad no los toman en cuenta. Uno en brazo de otro, sigue siendo ellos-mismos, más que la emprobrezida imagen que la sociedad tiene de ellos. Las pequeñas intimidades, la conversación tranquila y el sentido de compañía siguen siendo algo precioso que sirve para darles una mayor firmeza adquirida. En el futuro, los ancianos amantes podrán tener más oportunidad que los de hoy en día (14)

La sociedad puede llegar a reconocer que las actitudes opresivas, en relación con la actividad sexual en la vejez, refleja simplemente sus propias inseguridades y mal interpretaciones. Si podemos superar los prejuicios infundados que se tienen de aquellos-ancianos de quienes se cree siguen teniendo relaciones en la actualidad, entonces tendremos más probabilidad de dar origen a una generación nueva que entenderá nuestra propia actitud sexual cuando seamos viejos. (14)

Conforme avanza la edad, el ciclo de la existencia prosigue sereno e intenso; basta saber reconocer la plenitud vital que existe en estos años, seguir - manteniendo gratas relaciones con los demás, disfrutar el merecido descanso de su trabajo y emprender - esas actividades siempre anheladas, pero que aún no se habían podido realizar. (15)

Es de suma importancia infundir ánimo a los ancianos logrando que se convenza de decirse a sí mismo " valgo como todo ser humano, son útil a los que me rodean y poseo la fuerza suficiente para lograr - lo que me propongo ". (8)

Rogers afirma " Gozo al encontrar armonía en la experiencia, la vida en su óptima expresión es un -- proceso dinámico y cambiante en el que nada está congelado! Da suma importancia al YO del sujeto como -- persona digna de respeto, a su valor como todo ser - humano en que " la vida interior, más que la exterior, es central! ".

Considera que en esta edad, aprender y especialmente, aprender por experiencia ha sido el elemento principal para que la vida del ser humano sea valiosa, y tal aprendizaje ayuda al individuo a expandirse. (15)

A la edad de los 65 a 75 años, Rogers escribe - sobre el envejecimiento, considera que no es una etapa de decadencia, sino de crecimiento, y refiere:

" Se dice a menudo o se asume que los años de - vejez son años de calma y serenidad, en cuanto - esto mal encausado. Creo que tengo mayores perspectivas de hechos fuera de mí mismo y a - menudo soy más un observador objetivo que antes. Sin embargo, en contraste con estos hechos que me conciernen provocan a menudo una-

reacción más fuerte que la que hubiera tenido hace años. Cuando estoy excitado llego muy -- arriba. Cuando estoy interesado estoy más profundamente perturbado. Las heridas parecen -- más constantes, el dolor es más intenso, las lágrimas llegan con más facilidad, la alegría alcanza las más altas cimas, hasta el enojo, -- con el que siempre he tenido dificultad, lo siento más vivamente. Creo que emocionalmente soy más, no menos, volátil de lo que acostumbraba ser. La distancia entre sentirse deprimido y sentirse alborotado parece más grande, y cualquier estado se dispara más fácilmente. No se, simplemente sé que mis sentimientos me conmuevan más fácilmente, son más agudos. -- Estoy más íntimamente familiarizado con -- ellos!!. (16)

La vejez es una etapa en donde es posible abrirse a nuevas ideas, nuevos sentimientos, nuevas experiencias, nuevos riesgos; por lo tanto, el compromiso con la vida, y el reto a ésta no ha llegado a su fin, por el contrario, con el transcurso del tiempo se adquirió la sabiduría y la experiencia suficiente para lograrlo. (16)

Necesitamos tener una visión más positiva del envejecimiento y la vejez, sino queremos vivir bajo la sombra del miedo y la depresión durante muchos años. (15)

A lo largo de nuestra vida queremos ganarnos nuestro propio respeto, así como el de los demás personas. Queremos ser útiles. Queremos ser capaces de disfrutar de nuevos placeres, aceptar nuevos retos, ser parte del presente y del futuro, así como del pasado. Queremos desarrollar nuestra potencialidad sobreponiendo a las necesidades físicas y a tensiones excesivas. (12)

Algunas veces parece que los ancianos tienen una participación excesiva en todos estos problemas. No obstante, a veces también disponen de mayores recursos psicológicos y casi todo procedimiento de ayuda, que se enfrente eficazmente con las preocupaciones humanas, se aplica con éxito a los problemas de los ancianos. (14)

C A P I T U L O I V

GENERALIDADES DE LA TERAPIA DE GRUPO.

GRUPOS Y MEMBRESIA DE GRUPOS.

La entidad social conocida como grupo es un objeto de la experiencia diaria. Entidades sociales de este tipo constituyen el tema de la dinámica de grupo.

Los grupos manifiestan gran variedad de propiedades, se diferencian en el tamaño, por su duración, sus objetivos, sus actividades, el grupo de formación, la estructura interna, la importancia de sus miembros y muchos otros aspectos.

Las teorías de la dinámica de grupo se dedican a las interrelaciones existentes entre las propiedades de los grupos, al modo como surgen y cambian las propiedades particulares y al modo como afectan el funcionamiento del grupo las relaciones intergrupo y la vida de los miembros. (6)

Grupo es una suma de individuos situados en ciertas relaciones observables entre . Desde luego, los tipos de relaciones ejemplificados dependerán del tipo de grupo a lo determinarán, es una familia, una auditorio, un comité, un sindicato de trabajadores o una multitud.

Deben subrayarse ciertos rasgos de esta definición. Los elementos de un grupo son individuos; una serie de personas constituyen una membresía del grupo. Por eso es mentira que sea cualquier colección arbitraria de gente lo que forma un grupo. Para que un grupo de personas califique como grupo, deben relacionarse entre sí de algún modo definido.

Los grupos varían mucho por la naturaleza y la magnitud de la independencia que existe entre sus miembros. Una reunión de personas que lucha por obtener una meta común, también constituye un grupo, pues la conducta de la meta que manifiesta cada persona afec-

ta la posibilidad de que los otros lleguen a tal meta. Y si la sociedad trata de modo homogéneo a esta serie de personas a causa de la raza, la religión o alguna otra razón pueden llegar a identificar entre sí y volverse, por lo tanto, un grupo interdependiente. En fin los miembros de una familia por lo general componen un grupo especialmente fuerte dado el sumo grado de interdependencia respecto a varios temas que son de gran importancia para todos ellos.

Factores que aumentan el atractivo de la membresía.-(7)

Es importante comprender los problemas de la membresía, pero el objetivo último de los científicos conductuales es el de ser capaces de decir que grupos serían atractivos o inatractivos para sus miembros y sobre que base. Una meta real de la conciencia conductual es proporcionar la destreza para describir a un grupo adecuadamente en operación, y también facilitar que los grupos sean más atractivos, y por consiguientes más productivos.

En general el atractivo de un grupo aumenta o puede ser aumentado si uno de los miembros está consciente de que puede satisfacer sus necesidades, permaneciendo a dicho grupo. Como es difícil cambiar las necesidades del miembro, un enfoque más factible es el recalcar las propiedades que satisfacen las necesidades de los miembros o los beneficios derivados de la membresía.

Algunas de las propiedades que aumentan el atractivo son: El prestigio, a mejor prestigio mayor será el atractivo de la membresía del grupo; el medio, es decir una relación de cooperación que es mejor que una relación de competencia; el grado de interacción entre los miembros; el tamaño del grupo, es

donde se piensa que los grupos más pequeños sean más atractivos que los grupos grandes; el éxito, en donde los miembros tienden apegarse más a un grupo en donde ha existido algún éxito o prestigio. (5)

Factores que hacen disminuir el atractivo de la membresía.- (7)

Los resultados de investigaciones indican que los grupos pueden perder su atractivo por varias razones:

Cuando el grupo no se pone de acuerdo sobre la manera para resolver un problema de grupo; si el grupo le impone a la persona demandas irracionales e impresas o excesivas o si éste, se siente incapaz en la situación de grupo; los grupos tienen miembros dominantes o con otras conductas desagradables; la incompetencia en el grupo reduce también el atractivo, si no satisface las necesidades del miembro o si participa en forma muy limitada.

Procesos motivacionales en los grupos.- (7)

En un momento u otro, toda persona ha pertenecido a algún grupo cuyos objetivos o metas no son del todo indistinguibles. Como no existe el criterio para evaluar cursos de acción alternativos, es difícil para tal grupo organizar un programa de actividades-coherentes. Los miembros llegan a sentir que el grupo no va a ninguna parte y que no hay forma de sentirse satisfechos de lograr algo. Como resultado de ello, las necesidades y los intereses personales guían, principalmente, su conducta cuando el grupo.

Surge una situación por completo diferente cuando el grupo posee una meta especificada, pues ahora los miembros tienen base para valorar cursos alternativos de acción y para medir sobre como la conducta-

propia puede contribuir a los logros del grupo.

El miembro que acepta la meta del grupo se siente motivado a colaborar con los otros miembros, para facilitar la obtención de la meta. Siente satisfacción entre las pruebas del éxito del grupo, y frustración ante el fracaso del mismo.

Los términos usados en el lenguaje diario para describir a la conducta de los grupos dirigida a una meta sugiere la posibilidad de afirmar que el grupo tiene una ubicación de algún tipo; que puede cambiar su ubicación de cuando en cuando y que una ubicación puede ser preferida por todos o parte de los miembros por encima de otras. Por eso como primer paso para conceptualizar los fenómenos relacionados con la meta de grupo, se piensa que la posibilidad de concebir al grupo como una entidad indiferenciada, que en cualquier momento tiene una ubicación determinada en su ambiente. Siempre que sea posible afirmar que el grupo prefiere cierta ubicación y que terminará una secuencia de esfuerzos por cambiar la ubicación del grupo cuando éste se logre, designaremos tal ubicación como meta del grupo. (7)

El efecto del condicionamiento del grupo. (5)

La gente desea agradar y ser aceptada, esto nos hace vulnerables a la influencia y al control sutiles de aquellos enguienes buscamos la aprobación. A menudo las peticiones que nos impulsan a uno a ajustarse, a obedecer y a recibir el favor final a los ojos de la otra persona no son siquiera discernibles por nosotros ni por otra persona. No cabe duda de que nuestro esfuerzo por ser aceptados nos vuelven sensibles a los mínimos indicios conductuales, indicadores del grado de aceptación de parte de la otra persona. Si hay necesidad de ser aceptado por cierto número de personas en lugar de por una, es absolutamente posi-

ble que trabajemos horas extras para descubrir las fuentes de recompensa del grupo, así como la conducta favorecida. Esto altera, a su vez los patrones de comunicación y la conducta manifiesta dentro del grupo.

Factores que influyen la comunicación dentro del grupo:-

Los factores de comunicación dentro de cualquier grupo deben ser influidos por cuatro factores: Ante todo en un grupo su propósito primordial es el de sobrevivir, así cada uno de los miembros está ligado al problema de nuestra necesidad y metas personales, así que las necesidades de una u otra forma deben de ser cubiertas, para que no haya en el individuo la tendencia a eliminar; En segundo lugar es el de la identidad, en donde cada miembro del grupo tiene que resolver sus propias ideas y preguntas; el tercer problema es el que se enfrenta, consciente o inconscientemente, todo miembro que es el relativo al poder, la influencia y el control; y por último no sólo es importante establecer la identidad personal, sino que también es esencial la aceptación de uno mismo por parte de los otros miembros. Así pues todos los problemas de las metas, la identificación personal, el poder y la intimidad influirán en el desarrollo de las pautas de comunicación dentro de todo grupo.-

(5)

Que causa problemas en un grupo.- (6)

Los problemas en un grupo son causados por una diversidad muy grande de factores, como la competencia, la falta de confianza entre los miembros, la falta de confianza entre los miembros, la falta de claridad en las metas, el tamaño, etc.

Factores que influyen en el proceso de solución de -- problemas.- (6)

Principalmente una buena comunicación; un tamaño propicio y un estatus más o menos homogéneo; metas -- claras y bien definidas, una adecuada cooperación y -- no una competencia.

El grupo de trabajo con éxito.- (3)

Con investigaciones previas se ha llegado a la -- conclusión de que: El grupo debe compartir un sentido de propósito y estar consientes de metas comunes; los canales de comunicación están abiertos y hay, de parte de los miembros, esfuerzo concreto de aclarar y -- escuchar lo que se dice; se buscan opiniones opuestas por parte del proceso de esclarecimiento, el grupo toma decisiones; el proceso de toma de decisiones es -- flexible para que se puedan emplear varios procedimientos; el grupo desarrolla la habilidad de analizar y -- diagnosticar los problemas que le reducen al mínimo -- su eficacia; los problemas personales no son sólo de un miembro sino que deben de tomarse como parte de los miembros de grupo; así también es capaz de crear -- nuevas metas y funciones para trabajar en grupo o sub grupo..

El tiempo como variable dinámica.- (3)

El tiempo puede ser un instrumento muy coordinador, puede emplearse como medio de poner en prácticas metas de adiestramiento. Así el coordinador desea aumentar la participación, abreviará el tiempo asignado a una tarea; el aspecto micro condensa la acción; hay menos tiempo para charlar u mayor motivación del componente tiempo para lograr la participación y aumentar la productividad puede formularse de muchas maneras.

A cierto nivel, el tiempo debe ser considerado - como límite dentro del cual tiene lugar el aprendizaje, y debe distribuirse de modo que tanto los aspectos iniciales como los más importantes y concluyentes queden programados dentro de la unidad.

Múltiples maneras de formar grupos.- (7)

Por lo general los grupos deben ser formados por 6 u 8 miembros. En éste tipo de grupos es fácil la -- unidad para llegar a una adecuada conversación entre los miembros y sobretodo es de suma importancia que - éste tipo de grupos asegure la ejecución de los objetivos con eficacia. Si no se da esto en un grupo, el coordinador puede hacer que el grupo y él mismo se sientan incómodos, y puede reducir también el rapport -- tan esencial en una intervención con éxito.

Algunas maneras para formar un grupo son por --- ejemplo: Al azar, al azar estratificado, agrupación - homogénea, agrupación adhoc, diadas y triadas, equipos, etc.

La retroalimentación.- (7)

Así como es de importancia la comunicación en el grupo para que éste logre con éxito a sus objetivos, - también es de suma importancia la retroalimentación - es decir la respuesta que tengan los receptores hacia los emisores, ya sea éste el terapeuta o algunos de - los miembros de grupo, esto facilita la confianza y - cooperación y elimina la competencia.

Formación del adiestrador de grupo.- (4)

Uno de los primeros roles a desempeñar es el de observar del proceso natural. Dicho rol exige experiencia en cuanto a enseñar como se observan los proce-

ses grupales, ayudar a los grupos a clasificar y practicar los roles de líder y miembro y crear modos de respuestas que permitieron a los grupos obtener datos inmediatos acerca del proceso grupal, los estilos de liderazgo, la atmósfera, la comunicación, la toma de decisiones y los sentimientos y percepciones miembro-líder.

La incapacidad para prestar atenciones a las relaciones tanto de personalidad como de rol, podían limitarse a manera significativa las posibilidades de una experiencia de grupo de adiestramiento. El crecimiento personal debería ser concomitante al del grupo. Cada miembro debe interesarse, en primer lugar, por las relaciones interpersonales e intrapersonales, para poder luego ocuparse de los fenómenos grupales.

Presentación del Sí mismo: Actitudes del adiestramiento.- (4)

Las siguientes actitudes como parte de la conducta del adiestrador han sido promovidas por Jourard, Rogers, Maslow, May; y son empatía, mostrar la personalidad real, el respeto al paciente, el compromiso y la presencia segura, la corroboración del otro, y analizar las transferencias.

Tareas del adiestrador.- (4)

Es de suma importancia que el adiestrador participe en un proceso de aprendizaje en donde promueve cierto tipo de conductas y evite otras; es importante que el adiestrador se entregue al grupo y que también haya una entrega de parte del grupo hacia el adiestrador para que se forme un ambiente de confianza y cordialidad; la experimentación con conductas nuevas; la adopción de un nuevo marco de referencia con respecto a uno mismo y a los demás.

Estilo, estrategia y pautas.- (3)

Algunas de las estrategias que usa el adiestrador en el grupp en ocasiones en él mismo para lograr un buen insight con la confrontación, la participación activa, el encuentro, el respeto de los silencios, ser avierto, volverse real y revelarse, un esfuerzo por desarrollar confianza, ayudar al grupo a -- utilizar el aquí y el ahora, y manifestar el interés y el afecto y motivar a los miembros también a que -- manifiestan sus intereses y afectos.

Sin embargo, hay obstáculos o dilemas a los que el adiestrador se enfrenta en un grupo, uno de ellos es la ansiedad que vive en los miembros del grupo y hacia él y al enfrentamiento a las crias.

La búsqueda de estar con otros,- (4)

Se crece cuando se vive el estar con otros; y se contribuye al crecimiento de los otros cuando se está profundamente con ellos. El atributo esencial de una experiencia de crecimiento es la interdependencia. Además, el líder de un grupo de eficaz en la medida en que puede estar plenamente con otros miembros del grupo, es decir, ser interdependiente, este enfoque promueve un grado óptimo de las condiciones en las que se logran las metas de un grupo.

Las personas que están dispuestas a dejar que -- las cosas sucedan con los demás, tiende a abrirse a -- experiencias más profundas, más ricas y más diversas. Una persona que está con otras es accesible, está -- abierta al flujo de la comunicación profunda empática, sintonizada. Ciertas relaciones, comienzan como -- relaciones entre roles; se reacciona ante los informes, ante la reputación, las percepciones del rol, -- el aspecto físico, la vestimenta, los estereotipos, --

los temores proyectados y los aspectos no pertinentes de la situación, cuando se persiven tales reacciones-- en sí mismo se debe luchar por superarlas.

La emisión de mensajes claros constituye una condición decisiva del estar con. A medida que los individuos empiezan a perder sus temores y a mostrarse -- más personales, aumenta la claridad de los mensajes -- que emitan, y, con ellos, su capacidad para estar con los demás.

Aparentemente ciertas clases de tensión y malestar internos dan lugar a sentimientos más profundos, -- a un mayor aprendizaje y crecimiento, dan origen a -- una conducta defensiva y resultan improductivas. Los individuos deben hacerse responsables de provocar su propio malestar y aprender por sí mismo a manejar su tensión y el dolor. El grupo constituye un terreno -- fértil por ese aprendizaje.

Las intervenciones del adiestrador.-- (4)

En general, el propósito de la intervención es -- que el grupo aprenda acerca de sus procesos. Las intervenciones pueden ser útiles para el individuo y el grupo en lo que se refiere a poner de manifiesto la -- conducta para su análisis ulterior. Pueden ser necesarias si un individuo o un subgrupo se sienten demasiado amenazados por el análisis del grupo.

PSICOTERAPIA GRUPAL (3)

El grupo psicoterapéutico.--

El grupo psicoterapéutico (micro grupo) reproduce las características del contexto socioeconómico -- (macro grupo).

La postulación del grupo psicoterapéutico como -- inseparable del macrogrupo social lleva, necesariamente

te, a una definición de éste último, a una toma de -- partido, que por ser tal atenta contra la concepción- aceptica, neutra de la ciencia reaccionaria. Esta supone la posibilidad de no comprometerse y encubrir -- así su designio de sometimiento; es una ciencia que, -- al mantenerse ajena a la realidad, avala y favorece -- al dominador endesmero del dominado.

Toda psicoterapia --y entendemos que la grupal es en este sentido privilegiada--, debe proponerse hacer- conciente no sólo los dinamisimos intrapsíquicos sino- también. los estrapsíquicos, los sociales, y su artícu- lación con ellos.

Uno de los modos de acción de la ideología cien- tífica es, justamente la tendencia de la ortodoxia -- psicoanalítica a privilegiar los procesos y manifesta- ciones intrapsíquicas en desmero de los condicionan- tes sociales. Esta es sólo una de las celadas de la - ideología dominante le tiende a la psicoterapia gru- pal, que nos ocupa. Otra es suponer la realidad exter- na como algo natural, inmutable. Una manifestación de ello es el criterio de principio de realidad como -- principio, es decir, como una concepción que da origen y no es originada. Casi en forma permanente nos halla mos frente a procesos, dinamisimos, que no pueden ser- explicados tan solo con los conceptos psicoanalíti- cos, y ésto se contrapone a lo que ha dado el llamar- se el super YO analítico imperante en nuestro país.

Podrá argumentarse que MELANIE KLEIN se ocupó -- bastante de lo lúbrico en el análisis de niños. No- obstante, y sin desmerecer el valor de su obra, su -- preocupación se centró exclusivamente en la utilidad- del juego como forma de acceder a los niveles laten- tes de la mente, sin aislar el valor de lo lúbrico - sí mismo. Podemos afirmar entonces que la psicotera- pia de grupo supone, para el terapeuta la necesidad de deestructurar mucio de lo aprendido y la reestructura-

ción de un aparato conceptual que ni siquiera está -- suficiente o, adecuadamente definido.

Ser psicoterapeuta grupal supone tener conducta plástica, abierta, activa, no sólo entre los miembros del grupo, sino, y esencialmente, ante el conocimiento.

La reproducción del macrogrupo en todo microgrupo incluido en él se da a través de una pinza de dos ramas: 1).- Los mecanismos estructurales y funcionales de la sociedad, explícitos e implícitos, que impregnan el contexto en que por ejemplo se desenvuelve la psicoterapia grupal. 2).- El modelo comunicacional y el interaccional inoculado por las matrices grupales en las que va estructurandose la personalidad; la familia, escuela, medios de comunicación, -- etc., dicho modelo es el único de que se requiere -- para comunicarse e interaccionar, y por consiguiente, el que se exteriorizará en la trama terapéutica. Lo señalado en el punto 1 y 2 indica una de las características básicas del grupo terapéutico; éste es un -- micro mundo, una muestra de escuela reducida de la -- sociedad global.

Es un grupo psicoterapéutico donde privilegiadamente se puede hacer, hablar, moverse, dramatizar y gesticular, escribir (en las distintas áreas de la -- conducta de sus integrantes y en la trama internacional del mismo), lo enmucado en la realidad. Por -- ejemplo, se puede examinar los medios de que la ideología dominantes se sirve para ocultar -- una adecuada percepción de los procesos. Ellos son: -- La separación de la totalidad en partes y la negación, escisión, de su interconexión. La consideración normal de lo que en realidad es cultura. La distorsión de la historicidad de los fenómenos.

En el campo de la psicoterapia esto se da en -- otros mecanismos, a través del desplazamiento.

El origen de la psicoterapia grupal, compartido con el de la psicoterapia breve, es un origen lumpen, por cuanto se desarrolla en nuestro país como respuesta técnica a la demanda social de hacer algo con la población que acudía a los hospitales mientras - en los consultorios privados se practicaba lo bueno y profundo: El psicoanálisis individual.

Definimos al grupo psicoterapéutico como un -- campo delimitado teórico y técnicamente en el cual - interactúan las conductas de todos los miembros, pacientes y terapeutas, y que permite al intento de desifrar el contenido latente individual, interpersonal y social de las manifestaciones verbales, gestuales, corporales, especiales, etc., de aquellos, y -- develar, total o parcial, su génesis, intencional y estructural. Su objetivo último es la corrección de las conductas inadecuadas y la reafirmación y desarrollo de las adecuadas.

En el grupo psicoterapéutico estará dado por su funcionamiento y estructura reales, siendo común para todos los integrantes.

Dentro de las conductas psicopatológicas, son de particular importancia las estereotipias, las que encajadas sobre la compulsión a la repetición, configuran el eterno retorno de la misma fantasía inconsciente.

El criterio de tomar a la psicoterapia grupal - como el vínculo interaccional entre un terapeuta y - un grupo, en el que sus integrantes representan los distintos aspectos y roles de un individuo-grupo no - es más que la trasposición del modelo bipersonal de la psicoterapia psicoanalítica individual. Las interpretaciones son hechas al grupo, y todo el material aportado por los pacientes remite obsesivamente a la fantasía transferencial con un terapeuta neutro y no comprometido.

EL PSICOTERAPEUTA:

El terapeuta está adentro del juego de proyecciones, transferencias, vínculos, ansiedades, que determina la interacción grupal. El suponerse afuera, propio de la tarea interpretativa no es más que una manera de incluirse. Lo único que diferencia al terapeuta de quienes lo consultan, es el instrumento que posee, la teoría y la práctica psicoterapéuticas que se suponen aptas para el autoconocimiento y la autorrealización. Dicho rol social de ninguna manera implica que el terapeuta es una persona que se conoce y se realiza, o que es una persona sana.

La conducta del terapeuta puede incluir la información al grupo de situaciones de tipo personal. Dichas comunicaciones estarán reguladas por la responsabilidad del rol necesitado, esperado y pegado por el grupo: El terapeuta. El es el único no paciente del grupo. Sus dificultades personales deberán ser resueltas en una persona. Ello no excluye un acierto incontestable: El oficio terapéutico, cuando es ejercido correctamente, no desde un rol enfermo y enfermante, constituye una experiencia sumamente enriquecedora y auto-transformadora. Las intervenciones no son únicamente conductas verbales sino que pueden incluir además gestos, chistes, silencios, etc. Existen intervenciones y roles importantes que deben jugar los miembros del grupo y sobre todo el terapeuta como lo son: Las intervenciones facilitadoras, enmarcativas, movilizadoras, exploratorias, esclarecedoras.

La intervención grupal no es aquella que se propone detectar una fantasía única, válida colectivamente, sino aquella intervención que abarca más de un paciente. Esto establece uno de los principios que establecen el punto de ataque terapéutico, es decir, la posibilidad de seleccionar, entre la multiplicidad de estímulos y emergentes, el material sobre el cual va-

a actuarse en forma terapéutica.

Es de suma importancia que cuando hablamos de que el grupo trabaja bien y cumple con éxito sus metas, no hablamos de una curación de los pacientes, sino de una transformación de algunas de las conductas del paciente o de los miembros del grupo o de tal vez una mayoría.

TECNICA:

El ambiente:

Un ámbito para la psicoterapia grupal debe incluir una pizarra o un dispositivo con hojas de gran tamaño para escribir y un grabador o tocadiscos que posibiliten la utilización de música o sonidos.

Además el mensaje ambiental debe ser coherente con la propuesta terapéutica global; Ha de estar despojado de muebles y adornos en la mayor medida de lo posible, no debe ser restrictivo, tiene que permitir la expansión, el movimiento, la acción, las violaciones de lo convencional. La iluminación debe permitir la división del ámbito terapéutico para que se pueda manejar la terapia adecuadamente y los miembros del grupo se sientan cómodos y con buena visibilidad.

Las sesiones:

Se recomienda un promedio de sesiones mensual de 4 a 8 horas, repartiendo dos horas semanales en dos días por semana o tres, y de una hora diaria.

Entrevistas previas:

Estas entrevistas son sólo sugerencias o recomendaciones para que el terapeuta conozca mejor a los miembros del grupo y se da un ambiente de más confianza dentro de la terapia. Una visita al mes con alguno de los miembros sería benéfico para el pacien

te y para el mismo terapeuta, tomando muy en cuenta que los pacientes con los que trabajamos son crónicos y viven en el hospital.

CAPITULO V

M E T O D O L O G I A

.. MODELO BASICO PROPUESTO POR
 FERRANDES - SARRAMONA - TARIN. (11)+

El siguiente modelo ha sido elaborado inicialmente para la instrucción, sin embargo, los puntos básicos son una excelente guía metodológica para el desarrollo del programa de psicoterapia.

El diseño del modelo ha sido implementado y probado por los autores catalanes FERRANDES, SARRAMONA y TARIN en la Universidad Autónoma de Barcelona, obteniendo resultados óptimos por lo que se considera que de obtener los mismos resultados utilizando las secuencias señaladas.

Esquemáticamente se ha presentado el modelo de la siguiente manera:

Retroalimentación

Necesidades
 Personales.

Evaluación

Necesidades
 Sociales.

Objetivos.

Planificación.

Contenido
 Material
 Actividades

Proceso
 de
 presentación

(11)+ Los puntos base han sido tomados del modelo propuesto, sin embargo, las definiciones de éstos se desarrollan individualmente cubriendo las necesidades del trabajo.

Explicación de los elementos del sistema:

1)- Necesidades personales:

Se considera que el desarrollo de un programa de psicoterapia para pacientes psicóticos crónicos es -- una herramienta de trabajo que permitirá obtener mejores resultados en el tratamiento de dichos pacientes, ayudará también a que el paciente se adapte al ambiente y permitirá conocer mejor la patologías y necesidades que presentan para utilizar recursos más adecuados, con objetivos específicos para su rehabilitación.

2)- Necesidades Sociales:

Dentro de las carencias existentes de programas sistemáticos de psicoterapia en general y específicamente con éstos pacientes vendrá a proporcionar una guía para aquellas personas que deseen incursionar en el campo de la psicopatología con pacientes de estancia prolongada y ayudarles a salir de la rutina diaria en la que viven.

3)- Objetivos Generales:

En el desarrollo del programa se pretenderá lograr los siguientes resultados:

- Mejorar sus habilidades psicomotoras.
- Estimular algunas de sus capacidades mentales como la memoria, atención, concentración y orientación.
- Mejorar el contacto con la realidad.
- Evitar el aislamiento emocional y social.
- Mejorar la autoestima.

4)- Planificación:

Para efecto de éste proyecto de investigación se utilizó en primera instancia el método descriptivo, -- que consiste en: Una investigación documental que es-

la que se realiza con la información de documentos. -- El documento es la unidad básica para realizar una -- indagación. Se acepta como documento, cualquier comunicación escrita o grabada distribuida en libros, artículos, catálogos, publicaciones seriadas, monogramas, expedientes clínicos, memorias, tesis, etc.

El análisis documental permitirá obtener información de interés para el desarrollo de estudio; se podrán conocer las diferentes entidades patológicas que presentan la mayoría de los pacientes, así como las aplicaciones de un programa de psicoterapia que pueda ser utilizado en dichos pacientes.

a)- Contenido.- Posterior a ésta etapa se implementó el control de la información ya sistematizada en base a las necesidades encontradas en la práctica; y algunos ejercicios de programas utilizados en educación especial, se basan la mayoría de los -- ejercicios de éste programa; debido a las incapacidades de los pacientes y a sus pocos recursos para poder ejercitar actividades de mayor grado de complejidad.

b)- Material.- El material que se ha utilizado para el diseño del programa requirió entre otras cosas de: Información bibliográfica, plumones, papel, lápices, plastilina, cartulinas, gises de colores, un casett grabado con diferentes sonidos, revistas para recortar, etc.

c)- Actividades.- Las actividades que se siguieron para el desarrollo del programa consistieron en los siguientes pasos:

- c.1)- Recopilación de la información sobre el tema.
- c.2)- Lectura y análisis del material.
- c.3)- Sistematización por escrito de lo leído.

- c.4)- Los pasos anteriores trajeron como consecuencia la elaboración del marco teórico.
- c.5)- Posteriormente realizando investigación de campo se encontró los puntos a desarrollar en una forma más práctica, basado ésto en la práctica profesional.

5)- Proceso de presentación :

Reunidos todos los elementos anteriores, se ha presentado en una forma didáctica y diseñada para -- obtener los resultados específicos que se pretenden.

6)- Evaluación:

Se recomienda que se haga una preevaluación de cada uno de los reactivos del programa; con una escala numérica que se utiliza para indicar la intensidad con que se presenta el rasgo-objeto en observación, y consiste en asignar números en una escala del 1 al 5 a los criterios de evaluación, y cada número -- será representativo de un porcentaje determinado; -- es decir:

/-----/	/-----/	/-----/	/-----/	/-----/
1	2	3	4	5
(0%)	(25%)	(50%)	(75%)	(100%)

en donde:

- 1 = muy mala ejecución.
- 2 = mala ejecución.
- 3 = regular ejecución.
- 4 = buena ejecución.
- 5 = muy buena ejecución.

Así los resultados que se obtengan de esta preevaluación servirán de parámetro para evaluaciones futuras, con ésto se comprobará el adelanto del paciente dentro del grupo de terapia, y obtendremos en una forma clara y sencilla los resultados, que nos indicarán la eficiencia o no eficiencia del programa que se ha diseñado; y éste proceso evaluatorio nos dará por último la " RETROALIMENTACION " correspondiente que fortalecerá el contenido de éste trabajo. (11)

CAPITULO IV
EL PROGRAMA

Lo que se pretende con éste trabajo es estimular en los pacientes psicóticos crónicos la EXPRESION como un mecanismo de liberación de los conflictos, en un ambiente de libertad, sin menospreciar las capacidades y habilidades que posean estos pacientes; y conociendo sus limitantes y exigirles un máximo esfuerzo; para lograr una mejor integración y oca de aquí y elahora, es decir, en el momento presente en el momento en que vive el paciente.

Para las actividades a realizar es de suma importancia considerar:

- Que la tarea sea una actividad pacífica.
- Que la actividad sea interesante para el paciente.
- Que los miembros se sientan capaces de realizar -- la actividad.
- Que las sesiones lleven una secuencia lógica.
- Que se realice en una atmósfera de apoyo, comprensión y empatía adecuados.
- Que las instrucciones se den en forma clara para -- los pacientes.
- Se recomiendan dos o tres facilitadores por terapia.

Se aconseja que antes de iniciar las actividades de terapia se haga un poco de ejercicio físico y respiratorio. Se podrían incluir algunos ejercicios psicomotores y de relajación, que han sido señalados en el programa

PSICOMOTRICIDAD

Objetivos:

- 1).- Lograr mediante el ejercicio la estimulación de aquellas habilidades perdidas y/o deterioradas en el área psicomotriz.
- 2).- Mejorar el funcionamiento de las habilidades existentes en el paciente.
- 3).- Mejorar a través del desarrollo psicomotriz algunas habilidades mentales primarias.

Actividades:

Marcha:-

- Caminar hacia adelante y hacia atrás con paso continuo (el ejercicio se puede realizar con los ojos abiertos y con los ojos cerrados).
- Dar pasos largos y cortos seguidos con diversas posiciones de los brazos.
- Llevar pasos con ritmo (palmadas, silvato, música, etc.)
- Caminar en las puntas de los pies y con los talones.

Equilibrio:

- Balancearse con los pies juntos.
- Caminar en una línea con diversas posiciones de los brazos.
- Mantenerse en un pie con ojos abiertos y cerrados.
- Ejecutar movimientos con ritmo y detenerse.

Orientación espacial:

- Caminar hacia los lados (izquierdo y derecho).
- Juego de la gallina ciega (lejos, atrás, adelante, etc.)
- Lanzar pelota (arriba, abajo, al frente y atrás).
- Dar órdenes de que la persona se dirija a algún lugar en especial reconociendo cerca, lejos, adelante, -- atrás, etc.

Coordinación gruesa:

- Atrapar y lanzar pelota.
- Llevar ritmo mediante palmas.
- Encestar una pelota en un bote (balde).
- Hacer movimientos coordinados de brazos y piernas.
- Imitar secuencia de movimientos coordinados.

Coordinación fina:

- Modelar con plastilina.
- Recortar y dibujar figuras.
- Dibujar algo en especial acerca de un tema.
- Juntar piedritas chiquitas y recomodarlas en hilas.
- Hacer figuras con las piedritas y pegarlas en una hoja.
- Con un hilo y una aguja ensartar figuras de sopa de pasta seca.

Estimulación: Discriminación táctil.-

- Reconocer objetos con ojos cerrados.
- Diferenciar pesos.
- Diferenciar texturas, consistencia y tamaño.

Discriminación auditiva:

- Diferenciar sonidos.
- Imitar sonidos.

Discriminación Visual:

- Distinguir figuras escondidas.
- Buscar figuras iguales y diferentes en revistas, recortes, etc.

Evaluar cada uno de los reactivos mediante la escala numérica propuesta.

RELAJACION

Objetivo.- Que el paciente libere un poco de la tensión que tiene por su cuadro psicopatológico o por el mismo medicamento.

- Caminar alrededor del jardín respirando y estirando los brazos.
- Sentados cerrar los ojos y escuchar con atención los ruidos que se escuchan, y respiren profundamente cuando se sienta el deseo de hacerlo.
- Estirarse agusto de pie por un momento y comentarlo que se siente.
- Con los brazos estirados hacia adelante, llevarlos hacia uno tomando aire y soltar de golpe emitiendo un sonido fuerte, hacerlo con cada una de las vocales.

Evaluar cada uno de los reactivos mediante la escala numérica.

M E M O R I A

Objetivo.- Disminuir un poco el deterioro mental ejercitando la atención, la concentración y sobre todo la memoria.

- Reconocimiento de objetos: Colocar en una cartulina recortes diferentes (como una plancha, un árbol, una mesa, etc.,) sin nombres y no clasificados en conjuntos, para que el paciente diga los nombres de los objetos que observa en la lámina y los clasifique en conjuntos según al que pertenezcan (utensilios del hogar, objetos del campo, muebles de la casa, etc.,).
- Cada miembro del grupo dice su nombre, y después uno de los integrantes repetirá todos los nombres respectivamente.
- Cada miembro dice un número, y la persona que siga su derecha debe de repetir el número que escuchó, y decir el número, después la persona que siga a su derecha repetirá por orden los números que escuchó y dirá el suyo, etc., ... el juego continúa hasta los más números que se puedan recordar por orden por todos los participantes.
- Contar a los integrantes un cuento o una historia y después hacer preguntas acerca de ésto.
- Proyectarles una película y preguntarles al final acerca de la misma.
- nombrar entre todos objetos domésticos, del hospital, del campo, alimentos, de la ciudad, etc. a decir los más que se puedan.
- Colocar una serie de cuadros frente a ellos, darle unos segundos para que los observen bien, voltearlos cuadros y preguntar uno por uno de los miembros del grupo que hay endeterminado cuadro, si adivina y lo recuerda voltearlo para que lo vean que está bien; se puede preguntar también que hay en los cuadros; ponerlos en diferente orden y que ellos los colorquen en el correcto.

- enseñar un cuadro por paciente que lo observe por un momento, esconderlo y preguntar que recuerda que hay en el cuadro que vió antes.
- preguntar al final de la sesión que recuerda que hicimos desde que empezamos la terapia de ese día; lo mejor es que diga lo que recuerda en el orden que se ejecutaron los ejercicios.

Evaluar cada uno de los reactivos mediante la --
escala numérica propuesta.

. . . ORIENTACION

Objetivos:- Mantener al sujeto orientado autopsíquica (en sí mismo) y alopsíquicamente (en el medio ambiente).

. Actividades:

- Cuestionar quien soy: Mi nombre completo, que edad, de donde soy, etc.
- Cuestionar en que día vivimos y que hacemos.
- Cuestionar que es el lugar en donde viven.
- Cuestionar como se sienten en ese lugar.
- Cuestionar que es lo que los rodea.

Evaluar cada una de los reactivos mediante la escala numérica propuesta.

CONOCIMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE

Objetivo:- Que el paciente se mantenga en contacto con el medio ambiente REAL en el que vive.

Actividades:

- Presentarles un paisaje y preguntarles que les sugiere.
- Recortar cosas bonitas y pegarlas en el salón como motivador, comentar como se sienten y por qué escogieron ese dibujo para recortar.
- Relacionar recortes acerca de un tema específico - (hospital, familia, campo, ciudad, etc.)
- Comentar y diferenciar la vida del campo y de la ciudad.
- Hacer un dibujo del campo y explicarlo.
- Emitir ruidos diferentes del campo y de la ciudad.
- Platicar sobre la actividad en el hospital.
- Que les gusta y que no les gusta del hospital.

Evaluar cada uno de los reactivos con la escala numérica propuesta.

RELACIONES INTERPERSONALES Y FAMILIARES.

Objetivo:- Evitar el aislamiento constante de los pacientes con quienes lo rodean.

Recordarles las relaciones familiares y esclarecer el concepto de familia en general.

Actividades:

- Pedirles que hagan el dibujo de una familia, de un grupo de amigos, etc., y ya que lo terminaron comentar que representa ese dibujo para ellos, en donde están, que están haciendo, etc.
- Colocar una cartulina al frente y entre todos hacer un dibujo ángila, pasando uno por uno y acerca de un tema específico (familia, grupo de amigos, hospital, etc.,) e ir narrando una historia para ir dando una explicación a lo que se está dibujando.
- Juntarlos en parejas, pedirles que se toquen las manos sin hablar o emitir sonido, traten de demostrarse algún mensaje por medio de la mímica.
- Observarse por un momento a los ojos en parejas y después comentar cada uno que sintió al observar y ser observado por su pareja.
- Platica cuestionando, que es lo que hacen ellos para tener amigos y conservarlos.
- Platica cuestionando cual es el trato que dan a los demás, y como les gusta que sean tratados ---ellos.
- El terapeuta va contando un cuento, en determinado momento señala a uno de los integrantes y éste tiene que emitir el sonido de lo que se esta diciendo o hacer la mímica según lo que se este narrando; por ejemplo: En un día muy soleado, Juan (señala a alguien y éste se pone de pie) va caminando por el parque (camina) y se encuentra a Rosita (se señala a otra persona se pone de pie y -

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

y obedece la orden de la narración) y se saludan con mucho gusto, platican un momento y deciden ir a caminar y tomar un café e invitar a Lola (se señala a --- otra persona) que se fijaron que venía con ropa deportiva y venía corriendo hacia ellos. Mientras tanto la casa de Juan su mamá (se señala a otra persona) está lavando la ropa, que Juan lleva a la escuela, pero -- lleva el hermanito de Rosita y le pide a la señora -- que jueguen a la pelota, por que su mamá no se encuentra en la casa y le da miedo estar sólo..... En fin continuar el cuento hasta que la mayoría haya participado de una u otra forma.

Evaluar cada uno de los reactivos mediante la escala numérica propuesta.

·AUTOCONCEPTO Y CONOCIMIENTO FISICO Y
PSICOLOGICO DE SI MISMO.

Objetivo:- Que el paciente conozca adecuadamente la imagen corporal y sepa diferenciar un sentimiento de otro.

Actividades:

- Colocar en una caja diferentes partes del cuerpo humano y de niño y una niña, repartir las partes entre los miembros del grupo cuando el terapeuta nombre alguna de las partes, el paciente colocará esa parte en el lugar que le corresponde en una cartulina en blanco previamente colocada en la pared; ésto es hasta formar las figuras completas.
- Comentar: Como es mi compañero de la derecha, como lo percibo, como creo que es, que impresión me da, etc., se observa primero por un momento antes, y después se comenta uno por uno. Después como es mi compañero de la izquierda.
- Escuchar con atención lo que opinan mis compañeros de mí, como me ven físicamente, de carácter, etc., después de que todos le han dicho, el paciente debe comentar su experiencia, decir que es lo que realmente se apega a él y lo que no.
- Juego del espejo; se colocan por parejas uno frente al otro, por un determinado momento se imitan uno al otro en sus movimientos; se comenta después en grupo cual fué su experiencia y como se sintieron como espejo y como persona que refleja.
- El terapeuta debe de nombrar diversas partes del cuerpo y ellos mismos tocarse dichas partes, por ejemplo: La mano, un ojo, el pie, la pierna, etc., y ésto es en forma rápida y en forma lenta.
- El terapeuta nombrará como en ejercicio anterior diversas partes del cuerpo, pero es por parejas --

y se van a señalar al otro las partes que se van nombrando.

- En una cartulina dibujar caritas que representan diferentes sentimientos, y los pacientes deben de identificarlos y señalar que sentimiento representan (ya sea enojado, alegre, triste, etc.)
- Decir algunos ejemplos de actividades o conductas y que el paciente indentifique en que momento hace esas conductas cuando esta enojado, cuando está -- alegre, etc. Por ejemplo: Cuando canto, me rio, y platico mucho con mis amigos es por que estoy _____; cuando me dan ganas de golpear algo, pongo mi cuerpo muy tenso; no quiero que nadie me dirija la palabra, etc., es que estoy _____; cuando lloro, me separo de todos por que quiero estar solo y pensar, pero quiero que me comprendan, etc., es por que estoy _____.
- Que ellos mismos pongan algún ejemplo identificado algún sentimiento.

Evaluar cada uno de los reactivos mediante la escala numérica propuesta.

DISTRACCION

Objetivo:- Lograr que el paciente se sienta a asistir a la terapia y sacarlo de la rutina en la que se desenvuelve, con actividades diferentes.

Actividades:

- **Circulo de lectura:** Que ellos mismos escojan algunos libros a comentar y leer (dar a escoger textos cortos).
- **Juego del avión:** Cada uno de los miembros elige el nombre de una fruta (animal, carro, planta, etc.,) se avienta un objeto de una persona a otra diciendo: Piña AMA A manzana, esta recibe el objeto y lo aviesta a otra persona diciendo: Manzana AMA A san día, etc., ó la frase AMA A se puede cambiar por - MANDA UN AVION CARGADO DE. . . .
- **Juego con canciones** que se incluyen en anexos, por lo general son ejercicios físicos los que se hacen mientras se canta la canción.
- **Según el mes en que se encuentre,** comentar, explicar y ampliar los conocimientos de los días festivos. (16 de septiembre, 24 de febrero, 5 de mayo, - 20 de noviembre, etc.)
- **Al final de cada mes,** juntar las cartulinas que se hicieron entre todos en el mes y preguntar que recuerdan a los pacientes que hicimos ese día, y el título del trabajo, el contenido, etc.
- **Jugar con plastilina** en tema libre.

Evaluar cada uno de los reactivos mediante la escala numérica propuesta.

C A P I T U L O V I I .

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El proceso degenerativo es normal en determinada etapa del ser humano, pues así como todo tiene un principio y un fin, el hombre no es la excepción de esto; nace, crece, vivencia su desarrollo físico y psicológico, pasa la etapa de madurez, y debe llegar a la etapa de la vejez, en donde el cuerpo o su aspecto físico va en decadencia, así como también presenta cambios bruscos en su aspecto psicológico o emocional.

Pensando un poco atrás y recordando el principio de la adolescencia, podemos comparar y ver como en ésta; la vejez, es un principio simplemente de una etapa más de la vida; en donde hay que enfrentar cambios fisiológicos que nos van a privar de muchas cosas, así como también cambios psicológicos que influyen en la forma y adaptación de la vida diaria. Además en ambas etapas encontramos gratificaciones importantes, pues mientras en una, con la búsqueda de identidad adecuada tenemos fuerzas e inquietud y espíritu aventurero, en la otra etapa, aprendimos de esas experiencias y nos dotamos de sabiduría. Es por esto que la vejez o etapa de la senectud, no tiene que verse obligatoriamente como la etapa de privaciones y melancolía constante, pues la persona no deja de ser un individuo con sentimientos, cualidades y defectos como otros seres humanos en otras etapas de la vida.

En esta etapa, como en otras, hay enfermedades características de la vejez o que se presentan más frecuentemente en este periodo. Un ejemplo de esto, es la mala circulación y principalmente la del cerebro conocida como arterioesclerosis cerebral, que ocasiona cambios psíquicos importantes así como físicos: Insomnio, lentitud, el paciente se vuelve torpe, etc., en donde el deterioro es lento pero existe. Las demencias son también de suma importancia en esta edad, pues es una aceleración del proceso "normal" de envejecimiento pro

vocando en los pacientes cambios todavía más drásticos en la vida diaria del sujeto, pues acortan el desarrollo y la experiencia que se vive en la etapa de senectud normalmente.

Los pacientes psicóticos crónicos de las instituciones psiquiátricas, son por lo general personas de edad avanzada, pues su padecimiento es de tiempo atrás y se ha ido agravando con los años ó el proceso degenerativo normal de la etapa senil se ve alterado y se -- acelera dicho proceso en este periodo impidiendo el -- desarrollo y la vivencia normal de la vejez; y es un -- área en donde el deterioro tanto físico como mental es palpable. Además de enfermedades neurológicas degenerativas, encontramos entidades psiquiátricas como la parafrenia, el retardo mental, la esquizofrenia, etc., -- que forman parte del deterioro mental, físico y social del paciente, y que también impidan la adaptación y -- aceptación adecuada a su edad y a la sociedad.

La comprobación del trabajo queda a los futuros -- terapeutas del grupo de pacientes de psicóticos crónicos, ya que sólo se plantea una proposición o un plan de trabajo con dichos pacientes.

Muchos de los ejercicios ya han sido comprobados -- mostrando su eficiencia en este tipo de pacientes y an -- cianos, por lo que creo será de mucha ayuda para cubrir -- las necesidades primordiales de facilitadores de grupo con pacientes psicóticos crónicos y hospital psiquiá -- trico, ya que se trata de una psicoterapia sencilla, -- fácil de guiar, y muy aplicable a estos enfermos que -- están en muchas de las ocasiones marginados u olvida -- dos por la sociedad sin tomar en cuenta que son tamb -- lén seres humanos que viven y sienten lo que acontece -- a su alrededor.

Sin embargo, me gustaría sugerir que se continúe -- con investigaciones y manifestaciones de interés por -- este tipo de pacientes, pues estamos sobre un área muy

rica y poco explorada. Así como también en base a -- los ejercicios propuestos sería conveniente crear -- más ejercicios y ampliar el programa para que éste -- no sea repetitivo y desmotive a los pacientes al cam-- bio de un tiempo. Así que el trabajo queda abierto a quien desee agregar objetivos, ejercicios y técnicas, o desee comprobar dicho programa.

Además la aplicación de este programa en otros-- hospitales es recomendable, ya que en la mayoría de-- estas instituciones las áreas de crónicos o estanci-- as prolongadas, es de poca actividad para el perso-- nal, pues se cree erróneamente, que por estos pacien-- tes ya no se puede hacer nada, y por consiguiente se les tiene en el olvido marginados de las actividades cotidianas terapéuticas del hospital psiquiátrico; y con este programa se puede observar que si es posi-- ble trabajar con ellos, y lo principal se sienten -- escuchados y útiles.

CAPITULO VIII

ANEXOS.

Se incluyen en este apartado algunas canciones - que se pueden utilizar para juegos con los pacientes, así como la receta para hacer una plastilina no tóxica, que sirve para psicomotricidad fina, y expresión del paciente, o como un momento de recreación.

CANCIONES:

Bugui-bugui.

He bugui bugui. He bugui bugui
sacar un (pie, mano, dedo, etc.) sacar un
meter un, meter un
sacar el otro, sacar el otro. "sacudelo"
y a bailar el chiqui chiqui de la media vuelta,
bam, bam, UUUUUUUUU.

Amiguita.

Te llevaste a mi amiguita y ahora ya no se que hacer -
(terapeuta) te llevaste a mi amiguita y ahora ya no -
se que hacer (todos) ya verás tralalá, ya verás tra-
lalá ya verás tralalá.
(la canción se divide en dos partes la primera parte-
se hace algún ejercicio y en la segunda parte se ---
aplaude).

El baile de musumbé.

El baile de musumbé quien lo baila quien lo baile
el baile de musumbé quien lo baila quien lo ve.
Un (dede, mané, etc.) que le giré, una vuelté.
olelé.
(Un codé, una rodille, una caderé, una cahesé, etc.)

Todas las canciones son actuadas y con aplausos.

Receta para hacer la plastilina no toxica:

2 tazas de harina cernida
4 cucharadas soperas de aceite de cocina
color vegetal
1/4 de taza de agua
1/2 cucharada de sal de mesa.

Se resuelve todo junto.

Esta plastilina no es toxica para los enfermos--
y dura mucho tiempo sin hecharse a perder, por lo que
si alguno de los enfermos la come no hay peligro.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA (1)
Agustin Caso
Ed. Lirusa México, 1952.
- COMPENDIO DE PSIQUIATRIA (2)
Freedman/ Kaplan
Ed. Salvat Barcelona, 1975.
- TEORIA Y TECNICA DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL (3)
Pacho O' Donnell
Ed. Amorrortu Buenos Aires, 1975.
- TEORIA Y METODO MODERNO DEL ADIESTRAMIENTO GRUPAL (4)
William G. Dyer
Ed. Guadalupe Buenos Aires, 1979.
- EXPERIENCIAS EN GRUPOS (5)
W. R. Bion
Ed. Paidós Buenos Aires, 1963.
- DINAMICA DE GRUPOS Investigación y Teorías (6)
Dorwin Cartwright - Alvin Zander
Ed. Trillas México, 1975.

- GRUPOS TEORIA Y EXPERIENCIA (7)
Rodney W. Nasler / Matik Gershenfeld
Ed. Trillas México, 1933.
- YO ESTOY BIEN TU ESTAS BIEN (8)
Dr. Thomas A. Harris
Ed. Grijalbo, S.A. España, 1975.
- VIDA Y PSICOLOGIA (9)
Selecciones del Reader's Digest, México, 1987.
- DICCIONARIO DE PSICOLOGIA (10)
F. Dorsch
Ed. Herder España, 1976.
- TECNOLOGIA DIDACTICA Teoría y práctica de la programación escolar. (11)
Ferrandis - Sarramona - Tarín
Ed. Ceac Barcelona, 1921.
- EN CONTACTO INTIMO Como relacionarse con uno mismo y con los demás. (12)
Virginia Satir
Ed. Concepto México, 1988.
- LA ACEPTACION DE SI MISMO Las edades de la vida (13)
Romano Guardini
Ed. Librería Parroquial de la Clavería, S.A. de C.V.
Alemania, 1960.

- VEJEZ. Años de plenitud (14)
Robert Kastenbaum
Ed. Tierra firme, S.A. de C.V. México, 1980.

- EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA (15)
Carl R. Rogers
Ed. Paidós México, 1983.

- ENVEJECER Y CRECER EN LA VEJEZ (16)
Carl R. Rogers
Ed. Paidós México, 1986.

I N D I C E

	Páginas.
CAP. I INTRODUCCION: EL PROBLEMA	1
1.1. Título	2
1.2. Formulación del Problema	2
1.3. Objetivos	3
1.4. Justificación	4
1.5. Limitaciones	4
1.6. Definición de términos básicos	5
1.7. Síntesis del trabajo	8
 CAP. II ALGUNAS DE LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN LOS PACIENTES PSICOTICOS CRONICOS DE- ESTANCIA PROLONGADA.....	10
Fenomenología de la senectud.	14
Psicosis funcionales:	
- Psicosis maniaco depresiva tipo maniaco..	13
- Parafrenia	15
- Esquizofrenia.....	16
Psicosis Orgánicas:	
- Arteriosclerosis cerebral	25
- Demencias Preseniles:	
Enfermedad de Alzheimer	28
Enfermedad de Pick	29
- Demencias seniles	31
- Retardo Mental	33
 CAP. III LA VEJEZ DESDE UN PUNTO DE VITA HUMANIS- TA	36
 CAP. IV GENERALIDADES DE LA TERAPIA DE GRUPO ..	47
Grupos y membresía de grupos	48

- Factores que aumentan el atractivo de la membresía del grupo	49
- Factores que disminuyen el atractivo de la membresía del grupo	50
- Procesos motivacionales en el grupo	50
- El efecto del condicionamiento en el grupo	51
- Factores que inhiben la comunicación dentro del grupo	52
- Que causa problemas en el grupo	52
- Factores que influyen en el proceso de solución del problema	53
- El grupo de trabajo con éxito	53
- El tiempo como variable dinámica	53
- Múltiples maneras de formar los grupos	54
- La retroalimentación	54
Formación del adiestrador	54
- Presentación del sí mismo	55
- Tareas del adiestrador	55
- Estilo, estrategias y pautas	56
- La búsqueda del estar con otros	56
- Las intervenciones del adiestrador	57
Psicoterapia grupal	57
- El psicoterapeuta	61
- Técnica	62
CAP. V METODOLOGIA	64
Modelo de Ferrandes, Sarramona y Tarín	65
CAP. VI EL PROGRAMA	70
Psicomotricidad	72
Relajación	74
Memoria	75

	Páginas
Orientación	77
Conocimiento del medio ambiente	78
Relaciones Interpersonales y familiares ...	79
Autoconcepto y conocimiento físico y mental de sí mismo	81
Distracción	83
CAP. VII CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	84
CAP. VIII ANEXOS	86
Canciones	89
Receta para hacer plastilina NO tóxica	90
BIBLIOGRAFIA	91