



01981
12/2/84

Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOSOCIAL
PARA PACIENTES PSICOTICOS AGUDOS
HOSPITALIZADOS"**

T E S I S

Que para optar por el grado de:
DOCTOR EN PSICOLOGIA
CLINICA

P R E S E N T A :

Marcelo Valencia Collazos

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

NOMBRE

Marcelo Valencia Collazos

TITULO DE LA TESIS

**Un programa de tratamiento psicosocial para
pacientes psicóticos agudos hospitalizados.**

RESUMEN

Se presenta un programa piloto de tratamiento llevado a cabo en un hospital mental en la ciudad de México.

Para implementar el programa se utilizó un enfoque psicosocial cuyo objetivo consiste en que los pacientes desempeñen satisfactoriamente sus roles ocupacionales, sociales, familiares, etc., tanto en el hospital como en la comunidad. El programa comprende las siguientes áreas de tratamiento: 1) autocuidado, 2) control de síntomas y medicamentos, 3) habilidades sociales, 4) orientación ocupacional, 5) orientación familiar y 6) actividades recreativas y deportes.

Los pacientes participan en sesiones de grupo durante 4 semanas de tratamiento. El programa está organizado en actividades coordinadas de acuerdo a las áreas mencionadas, implementadas por el equipo de tratamiento conformado por: psiquiatras, psicólogos, trabajadora social, enfermeras, etc.

La estructura del programa comprende tres etapas: 1) canalización, 2) tratamiento y 3) seguimiento. Los pacientes son evaluados en tres puntos en tiempo: ingreso, egreso y seguimiento. Se utilizó un diseño cuasi-experimental de grupos no-equivalentes, sin embargo ambos grupos: experimental y control fueron apareados de acuerdo a variables sociodemográficas.

Se encontró que los pacientes que participaron en el programa de tratamiento psicosocial: grupo experimental, lograron mayores mejorías que los pacientes del grupo control, en sintomatología y funcionamiento psicosocial, durante su estancia en el hospital, así como en su funcionamiento post-hospitalario. De la misma forma los pacientes experimentales presentaron un menor nivel de recaídas durante el seguimiento comunitario de 6 meses, en comparación con los pacientes controles.

Se discuten las dificultades de implementar un programa de esta naturaleza, así como las ventajas que representa una nueva alternativa para el tratamiento del paciente psicótico hospitalizado.

NOMBRE**Marcelo Valencia Collazos****TITULO DE LA TESIS****A psychosocial treatment program for acute psychotic hospitalized patients.****ABSTRACT**

A pilot program of treatment is presented which was carried out as a research project in a mental hospital located on the outskirts of Mexico city.

The program's main objective is to enable the patients to develop role performance, so they could function adequately in the community. The activities are carried out according to six major areas of treatment: 1) symptoms control and use of medication, 2) self-care, 3) social skills, 4) occupational skills, 5) handling of family problems, 6) recreational activities and sports.

The patients participate in daily group sessions (5 times a week) and stay an average of a month in the program after which they would return to the community. The program is organized according to the six major areas of treatment which are implemented and coordinated by an interdisciplinary treatment and research team integrated by psychiatrists, clinical psychologists, social workers, nurses, etc.

A quasi-experimental non-equivalent group design was utilized; however, the two groups under study: experimental and control, were matched according to the sociodemographic characteristics of the two samples. The patients were assessed at three points in time: admission, discharge, and at six months follow-up.

It was found that the patients who participated in the treatment program: the experimental group, experienced a significantly greater number of symptom reduction in comparison with the control group. The same occurred in the area of psychosocial functioning, where the experimental group improved their level of functioning to a significantly greater extent than did the control patients during the course of their hospital stay, as well as, at six months after they left the hospital. The frequency of relapse in the control group was also much greater than the experimental group, during the six months follow-up period.

The difficulties referring to the implementation of a program of this type are discussed, as well as the advantages about developing a treatment program with this characteristics which could be considered as a new alternative for the treatment of acute hospitalized psychotic patients.

INDICE

1. Introducción

Consideraciones acerca del tratamiento del enfermo mental

El Síndrome del Hospitalismo

Psicosis: Proceso histórico

Tratamientos psicosociales: revisión bibliográfica

Antecedentes - Planteamiento del Problema - Objetivos -

Hipótesis - Definición de Población y Lugar de Estudio

3. Consideraciones Teóricas

Modelo custodial - modelo terapéutico

Características del hospital

Síndrome de pobreza clínica

El tratamiento psicosocial: definición y características

3. Descripción del programa de tratamiento

3.1 Método de observación y conformación de las áreas

3.2 Características del programa

3.2.1 Descripción de las áreas del programa

3.2.2 Estructura del programa

3.2.3 Criterios de admisión

3.2.4 Funcionamiento del programa

3.2.5 Manejo del paciente en el programa

3.2.6 Equipo de tratamiento

3.3 Descripción del hospital

- 4. Metodología de investigación
 - 4.1 Diseño y selección de la muestra
 - 4.2 Instrumentos de investigación
 - 4.2.1 Características demográficas: Hoja de datos básicos, demográficos (Ryan y Valencia)
 - 4.2.2 Sintomatología: Escala breve de apreciación psiquiátrica (Overall y Corham)
 - 4.2.3 Funcionamiento Global Psicosocial: Escala de Valoración Global (Spitzer, Gibbon y Endicott).
 - 4.3 Procedimientos
 - 4.3.1 Etapa pre-experimental (o de preparación)
 - 4.3.2 Etapa experimental (o de implementación del programa de tratamiento)
- 5. Resultados
 - 5.1 Características demográficas
 - 5.2 Diagnóstico
 - 5.3 Sintomatología
 - 5.4 Funcionamiento psicosocial
 - 5.5 Resultados adicionales
- 6. Conclusiones y recomendaciones
 - Tablas
 - Apéndices
 - Bibliografía

1. INTRODUCCION

1

Una de las áreas de mayor interés en el campo de la psicología clínica es la que se refiere al estudio de la psicosis, especialmente cuando se trata de pacientes psicóticos hospitalizados. El trabajo institucional del psicólogo clínico se puede dividir en dos áreas importantes: tratamiento y evaluación.

Como parte del tratamiento del paciente, el psicólogo clínico puede participar no solamente como miembro activo del equipo interdisciplinario de tratamiento, sino también elaborando y creando programas de acuerdo a las necesidades de los pacientes y de las características de la institución.

En lo que se refiere al área de evaluación, el psicólogo clínico por su formación, puede involucrarse, en la planeación de algún método que permita evaluar ciertos aspectos del programa o el programa en su conjunto, de manera que dicho programa pueda contar con un diseño y metodología adecuada, siendo por lo tanto importante que el trabajo del psicólogo clínico esté basado en la combinación de la práctica clínica hospitalaria, así como de la investigación científica.

Cuando se habla de modelos de intervención clínica o programas de tratamiento es preciso aclarar que se debe partir de una visión amplia de este tema de estudio. Para el trabajo con pacientes hospitalizados no solamente se debe considerar un modelo, sino una variedad de modelos de tratamiento.

A lo largo de la historia se han realizado un sinnúmero de

intentos de intervención en personas que presentaban lo que podríamos llamar algún tipo de enfermedad mental, así tenemos en la época antigua a Hipócrates (460-375 A.C.), quien le da a la medicina un carácter científico utilizando conceptos como agudo o crónico y se preocupa por seguir el curso de la enfermedad introduciendo lo que se conoce como la historia clínica. También podemos mencionar a Asclepiades (1 A.C.), quien daba tratamiento en base a baños continuos, masajes, actividad física, la música y el canto.

En la edad media, se realizan algunas intervenciones a nivel institucional. En Europa, por ejemplo en 1377 se utilizó el Hospital de Bethlem para acoger enfermos mentales. En 1728 el Guys Hospital tenía una sala para "lunáticos" y en América en 1756 el Hospital General de Pennsylvania tenía salas para "locos".

Hasta esta época la enfermedad mental se atribuía a fuerzas espirituales extrañas, malignas y misteriosas, así como a posesiones diabólicas y a la brujería.

Al enfermo mental no se le consideraba como una persona que presentaba un padecimiento, sino como a alguien especial, un ser extraño, poseído por demonios, un sujeto que debía ser temido, aislado de la comunidad y en la mayoría de los casos, alguien a quien había que castigar.

No fue hasta la época del renacimiento alemán, y gracias a la influencia de Paracelso (1600), que estos conceptos cambiaron y se

otorgó a las personas que sufrían estos padecimientos el status o la condición de "individuos enfermos". Paracelso planteaba una filosofía básica de tratamiento al enfermo mental que refiere a un procedimiento: "fundado en el sentido común y en la comprensión intuitiva de la naturaleza humana". Frieda Fromm-Reichman a su vez añade: "que el hombre afectado puede ser auxiliado mediante diversos tipos de contactos curativos por otros hombres, adiestrados y supuestamente sanos" (1974).

La era del tratamiento humano se inicia con Pinel, en el Hospital Bicêtre de París en 1798, quien promueve el "tratamiento moral" consistente en un trato más humano al paciente. Esto propicia en parte la eliminación del encadenamiento del paciente, la sustitución de los castigos y el confinamiento solitario y la abolición del encierro.

Sin embargo a pesar de estos logros importantes, otros problemas se presentaron a nivel institucional.

La creación de los hospitales mentales era algo necesario para el supuesto tratamiento del paciente, así como para protegerlo de la sociedad. Inicialmente el hospital mental tenía una función "custodial", que hoy en día en algunos hospitales prevalece, que consiste en que "el paciente es víctima de una enfermedad psiquiátrica y que éste tiene una capacidad limitada de manejar su vida y que por lo tanto un cuidado profesional debe ser impuesto por la sociedad, para su protección y para el bienestar de otros" Korchin (1974).

Este modelo custodial trajo una consecuencia fatal conocida

con el nombre de "hospitalismo" o "institucionalismo". Si se considera que el modelo custodial funciona bajo la fórmula de: autoridad-sumisión como lo plantea Sainsbury (1978) donde "la marcha satisfactoria de los hospitales dependía de la sumisión de los pacientes a la autoridad con un mínimo de resistencia", aún así utilizando medidas terapéuticas legítimas pero concebidas y presentadas al paciente como punitivas, los pacientes se llegan a encontrar en una difícil y temible situación quedando como único recurso el sometimiento a esa autoridad. Martín (1955) discute los resultados del institucionalismo en estos términos: "la expresión de bien institucionalizado implica que el paciente ha cesado de liberarse o de poner en tela de juicio su posición dentro de un hospital psiquiátrico; se ha rendido, más o menos totalmente a la vida institucional. Cuando el personal auxiliar es interrogado acerca de los avances realizados por un paciente institucionalizado su habitual respuesta es la siguiente: "no ocasiona molestias doctor, colabora muy bien". El paciente bien institucionalizado, resignado y cooperativo, que ha cesado de interrogarse acerca de su posición como paciente, se ha convertido en demasiado pasivo para presentar problema alguno en su trato; ha perdido durante este proceso gran parte de su individualidad e iniciativa. Barton (1959) desarrolló el concepto de "neurosis institucional" y explica que los pacientes institucionalizados se caracterizan por una "pérdida de individualidad, apatía, falta de iniciativa y una aceptación resignada de todo alrededor de ellos".

El síndrome del hospitalismo y sus consecuencias ha sido

abordado por diversos autores (Meyerson, 1964; Etzioni, 1961; Goffman, 1961). Pucheu (1981) menciona que: "diversos análisis sociales han mostrado que con demasiada frecuencia el Hospital Psiquiátrico presenta una estructura social que favorece entre los pacientes, un síndrome caracterizado por la apatía, el aislamiento, la resignación y la pérdida de la individualidad. Los factores que propician esta situación son la pérdida de contacto con el mundo externo, la inactividad forzosa, el personal autoritario, la pérdida de pertenencias personales, el exceso de psicofármacos y la ausencia de perspectivas futuras".

A causa de estos aspectos dentro del Hospital mental se han realizado una serie de intentos consistentes en proveer un mejor tratamiento al paciente o por otro lado que sirvan como alternativas al crítico problema del hospitalismo.

Antes de ver estos modelos de intervención clínica es preciso explicar brevemente el proceso histórico de lo que hoy día conocemos como los trastornos psicóticos, que según se tiene conocimiento, se atribuyeron en algún tiempo como un tipo de deterioro mental.

Morel (1860) utilizó por primera vez al término Demencia Precoz para describir un tipo de enfermedad mental que padecía un muchacho de 13 años de edad, quien había sido un alumno brillante y que progresivamente empezó a mostrar un serio deterioro en la inteligencia, personalidad y conducta, manifestando deseos de matar a su

padre, cayendo en la inactividad y aislamiento social, llegando hasta la demencia. Morel consideró que en este paciente había un deterioro intelectual, moral y orgánico y que esto se debía a problemas hereditarios y que por lo tanto la enfermedad era irreversible.

Kraepelin (1896) adoptó del latín el término *dementia praecox* para determinar un grupo de síndromes que incluía la hebefrenia propuesta por Hecker (1871), la catatonía (Kahlbaum, 1874) y la demencia precoz simple (Diem, 1903). Kraepelin igual que Morel consideraba que las características de estos síndromes consistían en el deterioro mental a una edad temprana y la progresión a la demencia permanente e irreversible.

Bleuler (1911) por su parte modificó los criterios anteriores señalando que este tipo de trastornos no tenían como característica un comienzo temprano o la demencia irreversible y utilizó por primera vez el término *esquizofrenia* que significa escisión o división de la personalidad o también fragmentación de la mente. Esta fragmentación ocurre debido a la incongruencia entre varias funciones psicológicas como el afecto, pensamiento, conducta, etc., Bleuler describió a la esquizofrenia como un trastorno en el que existía una desorganización en los procesos del pensamiento, una falta de coherencia entre el pensamiento y el afecto y una tendencia a apartarse de la realidad.

Actualmente la esquizofrenia es un término descriptivo que

forma parte del grupo de trastornos psicóticos que se caracterizan por una pérdida de contacto con la realidad, distorsiones del pensamiento y de la percepción, aplanamiento afectivo, trastornos de la conducta y aislamiento social (Coleman, 1977). La Organización Mundial de la Salud (1978) define la psicosis como un: "trastorno mental en el cual el menoscabo de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o para mantener un adecuado contacto con la realidad. No es un término exacto ni bien definido, excluye el retraso mental". El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM III (1983) considera que los trastornos esquizofrénicos se componen de: ideas delirantes, alucinaciones, incoherencias, notable pérdida de la capacidad asociativa, pensamiento ilógico notable o notable pobreza del contenido del lenguaje, conducta desorganizada, pérdida de contacto con la realidad, deterioro del nivel previo de actividad laboral, de las relaciones sociales y del cuidado personal.

Con estas consideraciones en mente, que de alguna forma sirven para ubicarnos conceptualmente en nuestro tema de estudio, relacionado a la población de pacientes psicóticos que se utilizaron en esta investigación, podemos proceder a revisar los diversos intentos de intervención clínica que se han realizado en pacientes con estas características.

Entre los enfoques de tratamientos psicosociales podemos mencionar a la comunidad terapéutica (Jones, 1968) economía de fichas (Ayllon, 1965), Terapia Milieu (Paul, 1977), los grupos autónomos; (Fairweather, 1969), Socioterapia, etc. Rutter y Bugle (1969) han logrado con bastante éxito la eliminación de alucinaciones en pacientes esquizofrénicos utilizando la terapia conductual. Bandura (1969) por su parte ha concluido que la esquizofrenia puede ser tratada con mayor efectividad en situaciones grupales o de sistema social que a nivel individual. Esta conclusión está apoyada por el hecho de que la terapia de grupo, que ha sido ampliamente usada, en pacientes psicóticos provee al paciente de un ambiente adecuado, mediante el cual puede reintegrarse a la realidad y desarrollar una mayor efectividad en su desempeño de roles y relaciones interpersonales.

Un aspecto de relevancia en el tratamiento del enfermo mental fue la aparición de los neurolepticos, en la década de los 50's, su aplicación permitió la salida a la comunidad de los pacientes hospitalizados en lo que se ha llamado el proceso de desinstitucionalización. Los medicamentos producían una rápida remisión de sintomatología mejorando notablemente el cuadro clínico del paciente, sin embargo, aspectos importantes como el funcionamiento psicosocial, la conducta del paciente, sus relaciones interpersonales y familiares no eran tomadas en cuenta.

Durante las dos últimas décadas, ha habido la tendencia a

considerar los neurolépticos como la única forma de tratamiento para la psicosis, sin embargo, después de la experiencia adquirida a lo largo de todos estos años las limitaciones de los neurolépticos es cada vez más aparente (Mosher y Meltzer, 1980).

Para el psicólogo clínico los neurolépticos aparecen como un elemento importante que sirve como una llave que da acceso al trabajo con los pacientes mediante la aplicación del tratamiento psicosocial. Mosher y Keith (1979), han acumulado evidencias que indican que los tratamientos psicosociales, no solamente son de utilidad, sino que producen efectos diferentes que los neurolépticos en pacientes esquizofrénicos y que por lo tanto pueden complementar su uso.

Wallace (1980), ha demostrado que programas de habilidades psicosociales incrementan el funcionamiento social del paciente psicótico, Gunderson (1980) considera que la disponibilidad de un programa de tratamiento psicosocial sirve para reforzar, mantener y apoyar las ganancias logradas por otro tipo de tratamientos, entre los cuales la psicofarmacología aparece como un aspecto fundamental. Schwartz, Nyers y cols. (1973) encontraron que el tratamiento a nivel grupal, después de la alta, estaba asociado con mejores resultados en ajuste social, a diferencia del tratamiento a nivel individual que no presentaba esta característica.

Sabin (1978) recomienda tomar una actitud optimista, en la implementación de un programa, ya que ésta incrementa la eficacia

terapéutica del tratamiento y expresa que ésta debe realizarse a nivel grupal.

Wing y Brown (1970) en su famoso estudio realizado en tres hospitales demostraron el impacto que un simple programa de estimulación social puede tener al reducir el nivel de pobreza clínica (apatía, aislamiento social, etc.) en un grupo de pacientes esquizofrénicos. Desde el punto de vista teórico consideran la importancia de contar con un óptimo ambiente terapéutico para el desarrollo de todo programa, ya que la carencia de éste, puede producir el desarrollo de sintomatología psicótica, postulando que la carencia de estimulación puede llevar al paciente a la apatía, desinterés, aislamiento social, etc., y la excesiva estimulación puede estar relacionada con la aparición de síntomas psicóticos clínicos como alucinaciones, trastornos del pensamiento, etc.

Rogers y cols (1967) estudiaron a tres grupos de pacientes: psicóticos crónicos, agudos y pacientes normales, de ambos sexos con un promedio de edad de 35 años. La mitad de cada grupo de pacientes recibió psicoterapia centrada en el cliente, 2 horas por semana, el tratamiento estaba a cargo de psicólogos con experiencia clínica. Se encontraron resultados tentativamente positivos debido a que la combinación del tratamiento usual del hospital y psicoterapia producen mejoras clínicas en los pacientes, a diferencia de que éstos recibieran solamente el tratamiento usual de la institución.

Grinspoon, Ewalt y Shader (1972) realizaron una investigación utilizando a 41 pacientes hombres hospitalizados con un rango de edad de 18 a 35 años. Se utilizaron tres grupos de estudio; un grupo recibió psicoterapia y drogas, el otro grupo solamente psicoterapia y el tercero el tratamiento usual del hospital. Se utilizó un enfoque analítico, llevado a cabo por analistas experimentados, 2 veces por semana, durante 2 años, se concluyó que el tratamiento psicoterapéutico y los medicamentos en conjunto son más efectivos que la aplicación exclusiva de la psicoterapia.

Un estudio muy amplio y muy conocido es el que realizó May (1968) quien comparó 5 tipos de tratamiento: 1) psicoterapia individual; 2) uso de medicamentos; 3) psicoterapia individual y medicamentos; 4) terapia electroconvulsiva; y 5) terapia Milieu (ambiental). Utilizó pacientes psicóticos, hombres y mujeres, con un promedio de edad de 28 años. El estudio se realizó en el pabellón de un hospital, considerando el lugar como muy bueno o adecuado para este tipo de tratamientos. El tipo de tratamiento consistió en terapia de apoyo y la duración hasta la terminación satisfactoria del mismo, o con un año de duración sin probabilidades de alta o por lo menos 6 meses de intentar lograr mejorías. Se encontró que lo más efectivo es el tratamiento psicoterapéutico en combinación con los medicamentos, lo menos efectivo al tratamiento: 1) psicoterapia individual, combinado con el número 5) terapia Milieu y que finalmente la terapia electroconvulsiva

produce resultados intermedios, es decir, se encuentra en medio de lo más efectivo y de lo menos efectivo.

Karon y Vandenbos (1972) utilizaron a 33 pacientes diagnosticados como psicóticos agudos, de clase baja, hospitalizados por primera vez con rango de edad de 16 a 49 años. Se formaron 3 grupos de pacientes: el grupo A, que recibía solamente psicoterapia psicoanalítica, el grupo B, que recibía psicoterapia psicoanalítica y drogas y el grupo C, que servía como grupo control y recibía el tratamiento medicamentoso usual del hospital. Se evaluó el estado clínico de los pacientes al principio, a los 6, 12 y 20 meses. Se encontró que la combinación del tratamiento A+B producía un menor tiempo de hospitalización que el tratamiento C usual de la institución. Asimismo, el tratamiento A+B lograba un mejor funcionamiento clínico incluyendo trastornos del pensamiento en comparación con el tratamiento C.

Un estudio considerado sumo elegante es el realizado por Hogarty et al. (1973, 1974, 1976) quien llevó a cabo un programa de tratamiento muy distinto a las diversas intervenciones de tipo psicossocial tradicionales como la psicoterapia de apoyo, reconstructiva, etc.

Al tratamiento se le llamó "major role therapy" (MRT), es decir; terapia con énfasis en el desempeño de roles, que como su nombre lo indica está enfocada principalmente en ayudar a los pacientes esquizofrénicos a reasumir y mantener sus roles en la comunidad una vez que son dados de alta. El tratamiento contiene los ingredientes

que permitan el ajuste del paciente y su supervivencia afuera del hospital.

Hogarty et al. (1974) describe el programa de la siguiente forma: "El tratamiento "major role therapy" (MRT) es visto como un método para resolver problemas psicosociales y diseñado para responder a las necesidades interpersonales, personales, sociales y de rehabilitación de los pacientes y de sus familias". También explica que la meta principal del equipo de tratamiento se aboca a la "resolución de problemas personales o medio ambientales, que afectan directamente el desempeño del paciente en el hogar y en la obtención de ingresos económicos. Los objetivos terapéuticos varían desde mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y disminuir el aislamiento social hasta el manejo del cuidado personal, obtener ayuda económica y mantenimiento del uso de medicamentos. Los principios de la práctica incluyen: aceptación, clasificación y apoyo material y emocional".

Se formaron cuatro grupos de tratamiento: pacientes que recibían únicamente medicamentos, pacientes que recibían medicamentos y la terapia de roles (MRT), aquéllos que estaban únicamente con placebo y finalmente pacientes con placebo y terapia de roles (MRT).

Se encontró que al cabo de 24 meses, el 60% de los pacientes con placebo habían recaído en comparación con el 48% de los pacientes que recibieron únicamente medicamentos. Las recaídas de los pacientes que recibieron medicamentos y terapia de roles (MRT)

disminuyó a un 37% en 2 años de seguimiento. También se observó que mientras más tiempo estuviese el paciente fuera del hospital es mayor la probabilidad de recaída: por ejemplo, a los 18 meses, 44% de los pacientes en terapia de roles (MRT) recayeron en comparación con el 58% de pacientes que recibieron otro tipo de tratamiento. Como resultado final se encontró que los pacientes que recibieron medicamentos y la terapia de roles (MRT) tuvieron un mejor ajuste social que los pacientes que recibieron solamente los medicamentos.

Otro estudio del mismo grupo de investigadores Hogarty et al. (1979) investigaron si existían diferencias en la aplicación de medicamentos en combinación con dos tipos de tratamiento psicosocial. El primer tratamiento que comprendía un alto nivel de terapia social era esencialmente igual a la terapia de roles (MRT) pero incluía un programa adicional de recreación social de un club formado por los pacientes; el segundo tratamiento comprendía un bajo nivel de estimulación de terapia social ya que consistía básicamente en un sistema de evaluar y analizar pacientes sin ningún tipo de intervención comunitaria ni de seguimiento.

Después de 2 años de estudio se encontró una ligera tendencia en mejor funcionamiento comunitario y menor porcentaje de recaídas en los pacientes que recibieron medicamentos y la terapia social de mayor estimulación, aunque las diferencias no fueron significativas probablemente debido a que la muestra de pacientes era muy pequeña.

En otro tipo de estudios se ha utilizado otra técnica psico-social mejor conocida como la psicoterapia de grupo. Esta forma de tratamiento apareció como resultado de observar que pacientes con problemas médicos y psicológicos similares se podían beneficiar teniendo contacto entre ellos y también no solamente con un doctor, como ocurre en terapia individual, sino con varios doctores, es decir, con los miembros del equipo de tratamiento.

Se ha investigado intensamente el uso de las técnicas grupales en pacientes esquizofrénicos, (Altshuler, 1940; Klapman, 1946; Boisen, 1954; Wender, 1936; Schilder, 1936; Abrahams, 1948; Powdermaker y Frank, 1953; Bewkenkamp, 1958), etc. Los objetivos han estado encaminados por lo general a ofrecer apoyo al paciente, crear un ambiente en el que el enfermo pueda desarrollar sus habilidades sociales, iniciar amistades y el mantenimiento de éstas.

Un aspecto que todavía no se esclarece es la distinción entre psicoterapia de grupo y grupos terapéuticos, aunque ambas técnicas tienen un contenido terapéutico que beneficia positivamente al paciente, el logro de metas se realiza por medios un tanto distintos que pueden ir desde conversaciones casuales grupales hasta la psicoterapia grupal profunda, como el psicoanálisis. Las técnicas grupales no deben ser vistas como las reemplazantes del tratamiento individual, sino más bien como una alternativa efectiva para tratar los problemas de los pacientes a nivel grupal. Hasta el momento la distinción y los límites

entre la psicoterapia de grupo y grupos terapéuticos han sido manejados en una forma arbitraria.

En estudios de este tipo, se puede mencionar a Boe, Gocka y Kogan (1966) quienes compararon dos grupos de pacientes esquizofrénicos. El grupo experimental además de recibir el tratamiento usual del hospital, participó durante 6 semanas en psicoterapia de grupo con un enfoque centrado en el paciente. El grupo control recibió únicamente el servicio usual del hospital. Se encontró que en ambos grupos hubo un 32% de disminución de recaídas. Los pacientes controles reportaron mejorías en contacto social, mientras que los pacientes experimentales manifestaron sentirse más seguros, más positivos y más tolerantes con la gente.

Lipton, Fields y Scott (1968) utilizaron 180 pacientes hospitalizados con rangos de edad de 20 a 65 años y los dividieron en un grupo experimental que recibía terapia de grupo orientada hacia la obtención de introspección y socialización, dos veces por semana, y 2 grupos control en los cuales los pacientes participaban en una sesión semanal en la que no se permitía la discusión de problemas personales. Después de 9 meses de tratamiento los pacientes experimentales presentaron menores porcentajes de ser canalizados a pabellones o secciones donde se encontraban pacientes con mayor patología y enfermedad. No se encontraron otras diferencias significativas, ya que tanto el logro de introspección y socialización no fueron evaluadas en

una forma directa, sin explicar los autores las causas de este inconveniente.

Con el objetivo de evaluar los efectos terapéuticos de 10 a 12 semanas de psicoterapia de grupo psicoanalítica, (Pattison, Brissenden y Wohl, 1967) dividieron a 24 pacientes esquizofrénicos en 2 grupos: un grupo recibía psicoterapia individual y el otro grupo psicoterapia de grupo. Se encontró que los pacientes de ambos grupos obtuvieron mejoras a un mismo nivel y que los pacientes experimentales que recibieron psicoterapia de grupo mejoraron en menor grado en aceptación de sí mismos y también mostraron menos cambios positivos de personalidad, en comparación con los pacientes controles. Dos conclusiones importantes se lograron de este estudio: Primero: que los pacientes que recibieron psicoterapia individual probablemente eran considerados como potencialmente mejores en obtener beneficios terapéuticos y por lo tanto en tener un mejor pronóstico, y segundo: que la psicoterapia de grupo psicoanalíticamente orientada no es la técnica apropiada para pacientes con hospitalizaciones breves, ya que la meta inmediata de tratamiento es la recuperación del paciente y su pronto retorno a la comunidad.

Haven y Wood (1970) compararon el nivel de recaídas de 68 pacientes, de los cuales la mitad recibió psicoterapia de grupo con orientación ecléctica, 2 veces por semana y cada sesión con duración de 1 hora, la otra mitad de pacientes recibió el tratamiento usual del

hospital. La duración del tratamiento se determinaba de acuerdo al aprovechamiento y capacidad del paciente de ser dado de alta. El promedio de sesiones para los 34 pacientes que recibieron psicoterapia de grupo, fue de 16 con un rango de 8 a 22 sesiones. A los 12 meses de seguimiento los pacientes experimentales mostraron un menor grado de recaídas que los pacientes controles.

Vitalo (1971) se propuso medir el impacto de 3 tipos de tratamiento: 1. Psicoterapia de grupo sin un enfoque específico; 2. Terapia Milieu (ambiental) es decir, el tratamiento usual del hospital que sirvió como grupo control, y 3. Un programa especial de tratamiento con orientación Rogeriana con énfasis en las relaciones interpersonales, empatía, actitudes positivas y originalidad personal.

Al término del tratamiento se encontró que los pacientes del programa especial con orientación Rogeriana presentaban un nivel inferior de patología clínica en comparación con los otros grupos. Sin embargo, a pesar de que se obtuvieron efectos inmediatos al cabo de 15 horas de participación en el programa, dichos efectos no se reflejaron en cambios de personalidad de los pacientes.

Utilizando a 74 pacientes esquizofrénicos, (Olson y Greenberg, 1972) compararon tres tipos de tratamiento: al primero de ellos denominado como experimental: psicoterapia de grupo con un enfoque "incentivo", fueron canalizados 28 pacientes quienes eran incentivados por asumir responsabilidad en el desarrollo de tareas específi-

cas. En el segundo tratamiento que consistía en grupos de interacción, discusión de problemas actuales y ayuda mutua participaron 18 pacientes. El tercer grupo de 28 pacientes recibió el tratamiento "usual" del hospital que consistía en una sesión de terapia grupal semanal a cargo de una enfermera. Como un elemento extra de tratamiento los pacientes de la terapia incentiva y del grupo de interacción recibieron una hora de terapia adicional, dos veces por semana, durante 4 meses. Los pabellones donde se realizaron los 3 tipos de tratamiento fueron apareados en cuanto a características y configuración física.

No se encontraron diferencias significativas entre los 3 tipos de tratamiento en cuanto a interacción se refiere. En ajuste hospitalario, las enfermeras describieron a los pacientes del grupo de interacción y del tratamiento usual como mejor ajustados. Inclusive se reportó que el nivel de ajuste hospitalario de los pacientes de la terapia incentiva había empeorado, sin embargo, estos pacientes presentaron un mejor nivel de involucración en actividades específicas con gratificaciones como salir de vacaciones, obtener permisos, etc.

En otros estudios, también en pacientes psicóticos hospitalizados, se ha tratado de comparar la variable: psicoterapia de grupo versus otro tipo, también de terapia grupal, combinada con alguna forma de tratamiento psicosocial.

Entre estos podemos mencionar a Truax et al (1966) quien comparó los efectos de la terapia grupal con otra terapia grupal com-

binada con sesiones alternadas de grupo que no eran supervisadas por ningún terapeuta. Para cada grupo se utilizaron 40 sujetos con la diferencia de que un grupo estaba compuesto de delinquentes juveniles y el otro de pacientes esquizofrénicos. Ambos grupos se reunían dos veces por semana por un periodo de 3 meses, completándose un total de 24 sesiones y 12 reuniones alternadas de grupo.

Los resultados indican que los pacientes que participaron en las sesiones alternadas de grupo desarrollaron en un menor nivel una adecuada imagen yoica y también del ideal del yo. Asimismo, mostraron menores mejorías en las escalas de Paranoia y Esquizofrenia evaluadas por el Inventario Multifasético de la Personalidad (MMPI) antes y después del tratamiento. Se concluyó que las sesiones alternadas de grupo pueden tener un efecto perturbador y nocivo en vez de terapéutico en pacientes esquizofrénicos.

Roback (1972) comparó un tratamiento de terapia grupal que promovía la interacción entre pacientes con otro tratamiento con las mismas características pero que tenía como elemento adicional que los pacientes lograsen introspección de su problemática y un tercer grupo que no recibió ningún tratamiento y fue utilizado como grupo control. Participaron 24 pacientes del sexo masculino con diagnóstico de esquizofrenia y con un promedio de 8 años de estar hospitalizados. Las sesiones de grupo se realizaban 3 veces por semana con un mínimo de 16 y un máximo de 30 sesiones de tratamiento, cada sesión

con duración de una hora.

No se encontraron diferencias importantes en la conducta de los pacientes entre los 2 tipos de tratamiento. Sin embargo, el tratamiento combinado de interacción entre pacientes y el logro de introspección produjo un nivel superior de funcionamiento personal en los pacientes en comparación con los otros dos tipos de tratamiento.

Utilizando a 56 pacientes, la mayoría de ellos esquizofrénicos (Coons y Peacock, 1970) realizaron un estudio en el que canalizaron a los pacientes a 4 formas de tratamiento: 1) terapia de grupo más interacción no-organizada entre pacientes en la sección donde se realizaba el tratamiento; 2) terapia de grupo e interacción organizada; 3) interacción no-organizada, y 4) interacción organizada. Se dieron un total de 30 horas de terapia durante 6 semanas. Un aspecto importante consistía en que los pacientes dejaban de tomar los medicamentos 48 horas antes de cada evaluación. La terapia grupal tenía como meta el promover la interacción entre pacientes en una atmósfera cálida, permisiva y de aceptación al paciente. El personal del hospital estaba a cargo de la planeación, organización y supervisión del trabajo solamente en las sesiones donde se realizaban las actividades de interacción organizadas.

Se encontró que los pacientes que participaron en terapia grupal incrementaron su nivel de inteligencia según la Escala de Inteligencia para Adultos, Wechsler (WAIS) independientemente de cualquier

forma de interacción organizada o no-organizada. También se encontraron cambios positivos asociados con la combinación de terapia de grupos y cualquiera de los dos tipos de interacción de acuerdo a la prueba de Rorschach. A diferencia de los otros grupos de tratamiento, los pacientes que participaron en terapia de grupo y actividades de interacción organizadas mejoraron considerablemente en su ajuste hospitalario; Escala de Ajuste Hospitalario (HAS).

Considerando los tres criterios de evaluación: WAIS, RORSCHACH y HAS, se concluyó que la combinación de terapia grupal y actividades de interacción organizadas producen cambios significativos importantes a diferencia de los otros tipos de tratamiento.

En un estudio sofisticado (Robinson, 1970) trató de probar si la psicoterapia de grupo combinada con retroalimentación, utilizando el sistema de video, sería de mayor utilidad en pacientes agudos hospitalizados, a diferencia de utilizar exclusivamente psicoterapia grupal. De una muestra de 119 sujetos, el personal del hospital seleccionó a 40 pacientes que tenían buen contacto con la realidad, facilidad de interactuar verbalmente y que no estuvieran hospitalizados más de 18 meses. Los pacientes fueron divididos en seis grupos: tres experimentales y tres controles, cada grupo estaba compuesto de 6 ó 7 pacientes. Los pacientes experimentales recibían psicoterapia de grupo, la cual era filmada y retroalimentada en forma de video a los pacientes, durante una hora, después de cada sesión de psicoterapia. Los pa-

cientes controles también recibían psicoterapia y participaban en sesiones de discusión con una hora de duración, después de las sesiones de grupo, estos pacientes no recibían retroalimentación por medio de la técnica del video.

Los resultados indican que los pacientes que recibieron retroalimentación a través del video mostraron cambios significativos en conductas adaptativas que previamente habían sido estimuladas negativamente por el terapeuta. No hubieron diferencias significativas en ambos grupos, en la disminución de conductas consideradas como desajustadas o desadaptadas por el terapeuta.

Corder, Corder y Hendricks (1971) utilizaron a pacientes mujeres con un promedio de edad de 28 años, hospitalizadas por primera vez y con una estancia de dos meses de internamiento, para probar la eficacia de dos tipos de tratamiento: a) psicoterapia de grupo y b) psicoterapia de grupo combinada con un tratamiento de interacción social en diada, que consistía en que cada paciente debía pasar 30 minutos al día discutiendo sus problemas personales con otro paciente asignado que interactuaba como su compañero, formándose de esta forma una diada terapéutica. Las sesiones de grupo se realizaban 2 veces por semana y el tratamiento tuvo una duración de 3 meses. Se filmaron las sesiones de los dos grupos de pacientes y se compararon los resultados que indicaban que los pacientes del grupo experimental (psicoterapia de grupo combinada con interacción social) mani-

festaron un mayor contacto con la realidad, más intimidad y mayor involucración emocional que los pacientes del grupo control quienes recibieron solamente psicoterapia grupal.

Como resumen se puede comentar que de los 5 estudios de terapia de grupo revisados, por lo menos 4 de ellos presentaban resultados positivos en lo que se refiere a la superioridad de la combinación de terapia grupal con otro tipo de tratamiento psicosocial.

Dentro de esta línea de investigación existen una serie de estudios en los que existe un vínculo entre el tratamiento hospitalario y comunitario y que es importante incluirlos en virtud de que el programa de tratamiento psicosocial que aquí se presenta comprende una etapa de seguimiento que guarda una relación con este tipo de estudios.

Shattan et al (1966) estudiaron a 90 pacientes en su mayoría diagnosticados como esquizofrénicos y que habían sido dados de alta condicionalmente para continuar con el seguimiento de un año de duración. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: experimental y control, 45 sujetos en cada grupo y apareados en variables como sexo, edad, estado civil, raza y diagnóstico. Los pacientes experimentales recibieron una hora de psicoterapia de grupo al mes, los pacientes controles no recibieron ningún tratamiento. Asimismo, 41 pacientes experimentales y 37 controles recibieron medicamentos durante este tiempo. Se encontró que los pacientes experimentales que recibieron psicoterapia de grupo presentaron un número significativa-

mente menor de rehospitalizaciones y fueron dados de alta en forma definitiva en mayor proporción después de un año de seguimiento. Aparentemente los medicamentos no produjeron diferencias importantes, aunque beneficiaron en mayor grado a los pacientes experimentales no se registraron cambios positivos en ambos grupos en las actividades ocupacionales de los pacientes.

Borowski y Tolwinski (1969) realizaron un estudio en 80 pacientes, 65 de los cuales eran hombres y 15 mujeres, con edades comprendidas entre los 25 y 50 años, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, un promedio de 4 hospitalizaciones previas y 5 años de duración de la enfermedad. Los pacientes fueron divididos en dos grupos 40 en cada grupo. El grupo experimental recibió clorpromazina y psicoterapia de grupo de 1 hora de duración, 2 veces por semana por un periodo de 2 meses y consideraba la persuasión, reafirmación, discusión y clasificación de la problemática del paciente y en algunos casos se manejaba la conflictiva familiar. El grupo control recibió solamente clorpromazina.

Los pacientes experimentales tratados con psicoterapia de grupo y clorpromazina mostraron un alto nivel de mejoría en sintomatología y una rápida reducción en patología clínica. Después de 4 semanas de tratamiento, la disminución de delirios fue de un 61% en los pacientes experimentales, mientras que solamente un 14% en los pacientes controles.

Claghorn et al. (1974) probaron los efectos de un tratamiento basado exclusivamente en medicamentos (clorpromazina y tiotixeno) en comparación con otro tratamiento en el que se utilizaban los mismos medicamentos en combinación con psicoterapia de grupo con un enfoque estructurado en la discusión de problemas prácticos, una vez por semana, durante 6 meses.

Se utilizaron 49 pacientes esquizofrénicos: 29 hombres y 20 mujeres, con edades entre los 17 y 59 años y un promedio de edad de 39 años y que tuvieran una hospitalización previa. Se encontró que los medicamentos produjeron el mismo nivel de cambios positivos de síntomas en ambos grupos. La psicoterapia de grupo no ayudó a reducir la sintomatología en combinación con los medicamentos. Sin embargo, los pacientes que estuvieron en psicoterapia lograron en mayor grado apreciar su incapacidad debido a la enfermedad ya que percibían a otras personas como más sanas en comparación con ellos. También se encontraron intentos en los pacientes de ser más dominantes y tener mayor necesidad de pertenencia de acuerdo a la prueba aplicada (MMPI.)

Levene et al. (1970) aplicaron psicoterapia individual (15-30 minutos) o psicoterapia grupal (60 minutos) una vez al mes a 31 pacientes esquizofrénicos que recibían tratamiento con fenotiazinas y habían sido dados de alta en forma indefinida. La mayoría de estos pacientes habían estado hospitalizados 3 veces anteriormente, tenían un pro

medio de edad de 35 años, 31% eran solteros, 49% casados y su nivel de educación de 12 años o más de escolaridad. No se encontraron diferencias en rehospitalización ni en el nivel de funcionamiento social en los pacientes tratados individualmente o en forma grupal. En este estudio ningún método, terapia individual o grupal demostró ser más efectivo que el otro.

Purvis y Miskimins (1970) realizaron un estudio de seguimiento en 152 pacientes dados de alta, los cuales fueron canalizados aleatoriamente en tres tipos de tratamiento: 1) Sesiones semanales grupales conducidas por dos terapeutas en rehabilitación vocacional que requieran la participación activa de los pacientes; 2) Sesiones individuales a cargo de un consejero en rehabilitación vocacional (no se especifica la frecuencia de las sesiones) que requiere una participación moderada de parte del paciente; y 3) Grupo control, al que solamente se evaluaba periódicamente y no requería ninguna participación de los pacientes.

Se encontraron diferencias significativas en el nivel de contacto con el hospital en los tres grupos de pacientes. Los pacientes del tratamiento individual tuvieron un 56% y los controles 54%, en comparación con el 35% de los pacientes grupales en la cantidad de contactos con el hospital. Se supone que a menor contacto mayor salud mental. También se encontró que los pacientes de terapia individual (participación moderada) fueron rehospitalizados en mayor propor-

ción que los pacientes del tratamiento grupal (participación activa). Los datos acerca de las recaídas contemplan un 50% para pacientes en terapia individual, 34% para pacientes controles y 16% para pacientes en terapia grupal activa. Aunque ninguno de los tratamientos afectó al éxito o fracaso de la rehabilitación vocacional, los pacientes en terapia grupal reportaron mayor satisfacción laboral.

O'Brien et al (1972) canalizaron aleatoriamente 100 pacientes a dos tipos de tratamiento: terapia individual o grupal. Los pacientes recibían medicamentos y por lo general, presentaban un pronóstico pobre, debido al promedio de 2.85 años de hospitalización psiquiátrica. Se utilizaron pacientes de ambos sexos con una media de 27 años de edad. Se evaluó a los pacientes a los 12 y 24 meses de que fueron dados de alta y cuando empezaran el tratamiento individual o grupal. El promedio de permanencia en tratamiento fue de 13 meses.

A los 12 y 24 meses de tratamiento no se encontraron diferencias significativas en los dos grupos en lo que se refiere al índice de rehospitalizaciones, aunque éstas favorecieron al tratamiento grupal. En la evaluación global, a los 24 meses, los pacientes del tratamiento grupal habían mejorado en sintomatología de acuerdo a la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica y también en efectividad social.

Denton, Rada y Knight (1973) examinaron los logros obte-

nidos por 24 pacientes esquizofrénicos que recibían medicamentos y que fueron canalizados en forma aleatoria a tratamiento individual o grupal. El tratamiento se prolongó por 9 semanas con dos sesiones semanales de 30 minutos de duración, para los pacientes grupales, después de las cuales eran vistos por aproximadamente 5 minutos por el terapeuta. Las sesiones de los pacientes individuales duraban entre 10 y 20 minutos. Se encontró que la terapia grupal produjo mayores beneficios en los pacientes antes y después del tratamiento, en mayores niveles de asistencia a las sesiones, en socialización y en bajo costo del tratamiento. El problema metodológico y de interpretación de resultados en este estudio se refiere a la probable no aplicación de un tratamiento "puramente" individual o grupal, ya que los pacientes grupales también recibían, aunque por un periodo breve de tiempo (5 minutos) terapia individual y los pacientes individuales también participaban en sesiones informales de grupo, por lo que no se puede es
ta
re
ce
r con precisión cuál tratamiento influyó más en los pacientes.

Herz et al (1974) estudiaron a 144 pacientes esquizofrénicos con edades comprendidas entre 18 y 65 años con una media de 32 años de edad, la mayoría eran solteros y con una hospitalización previa, el 92% de los pacientes estaban tomando medicamentos.

Se canalizaron aleatoriamente 68 pacientes a terapia individual y 76 a terapia grupal que era básicamente de apoyo y orientada hacia la realidad, promovía la socialización y el manejo de aspectos

interpersonales. De la muestra inicial, $n = 144$, 36 de éstos nunca entraron en contacto con sus terapeutas asignados, por lo que la muestra se redujo a 108 pacientes. Residentes de primer año estaban a cargo de los grupos compuestos de 12 pacientes cada uno. La terapia de grupo se realizaba semanalmente por lo general, dos terceras partes de los pacientes asistieron a tratamiento semanalmente 6 dos veces por semana. El 75% de los pacientes en terapia individual fueron vistos una o dos veces al mes por periodos de 15 a 30 minutos. Los pacientes fueron evaluados después de la primera sesión y a los 4, 7 y 11 meses de tratamiento.

No se encontraron diferencias en readmisiones, psicopatología, ni ajuste vocacional entre los dos grupos de pacientes, la única diferencia importante consistió en que los terapeutas favorecieron la terapia grupal como un método más adecuado de trabajo.

La familia del paciente psicótico también ha sido estudiada y considerada como un aspecto vital para entender la problemática del paciente y su familia en forma global. Actualmente se considera que el problema no reside solamente en el paciente, sino que el contexto familiar y ambiental juegan un rol importante, por lo tanto, no se puede tratar al paciente aislado de la familia y viceversa.

Son muy pocos los estudios que se han realizado con familias, por una parte debido a la increíble cantidad de variables que influyen en la familia y en el paciente psicótico hospitalizado y por otra

parte a razón de que no se ha podido desarrollar una metodología adecuada con un control aceptable de variables para este tipo de pacientes.

Langsley et al (1968) utilizaron a 300 familias de pacientes que asistieron a consulta debido a una crisis aguda. La mitad de las familias fueron canalizadas aleatoriamente a algún tipo de tratamiento hospitalario: terapia individual, grupal, Milieu (ambiental) o medicamentos y la otra mitad a una terapia de intervención en crisis familiar, manejada a nivel de consulta externa, con el objetivo de reducir rápidamente el nivel de tensión de manera que la familia adquiriera recursos para enfrentarse y manejar efectivamente la situación de crisis. La terapia comprendía 5 sesiones en el hospital, una visita domiciliaria y conversaciones telefónicas durante el transcurso de 3 semanas de tratamiento. Si se consideraba que las familias requerían un tratamiento prolongado después de resolver la situación de crisis, se les canalizaba a algún servicio del hospital.

Se realizó un seguimiento entrevistando a las familias, a los 6, 12 y 18 meses después del tratamiento. Se encontró que los pacientes que recibieron la terapia de intervención en crisis tenían menos posibilidades de ser hospitalizados nuevamente y permanecieron un menor número de días en el hospital, por lo que parece que este tipo de tratamiento más bien sirve para prevenir que para posponer la hospitalización. No se encontraron diferencias en ajuste social y funcio-

namiento personal entre los dos tipos de tratamiento.

Goldstein et al (1978) consideraron a 104 pacientes esquizofrénicos, de los cuales el 69% fueron internados por primera vez, 62% eran solteros con promedios de 23 años de edad y con 12 días de hospitalización. Los pacientes fueron canalizados aleatoriamente a uno de cuatro tipos de tratamiento: 1) Dosis baja de neurolépticos y terapia familiar; 2) Dosis baja de neurolépticos sin terapia familiar; 3) Dosis moderada de neurolépticos y terapia familiar; y 4) Dosis moderada de neurolépticos sin terapia familiar. El tratamiento se orientó hacia la intervención en crisis con cuatro objetivos principales: 1) Aceptación de la ocurrencia de la psicosis; 2) Identificación de los estresantes precipitantes de la enfermedad; 3) Consideración de la ocurrencia de eventos similares estresantes; 4) Desarrollo de estrategias para evitar, disminuir y manejar los eventos estresantes. La terapia familiar tuvo una duración de 6 semanas, con 2 horas semanales iniciándose al momento que el paciente era dado de alta.

Se evaluó a los pacientes antes y después del tratamiento y a los 6 meses de seguimiento. Se encontró que la terapia familiar tuvo efectos positivos a las 6 semanas de tratamiento. A los 6 meses de seguimiento los pacientes con dosis moderadas y terapia familiar no presentaron recaídas a diferencia de un 48% de los pacientes con dosis bajas de neurolépticos y sin intervención del tratamiento familiar. El efecto de la terapia familiar se mantuvo a los 6 meses de segui-

miento solamente en pacientes con este tratamiento y con dosis moderadas de medicamentos.

Ro-Trock, Wellisch y Schoolar (1977) utilizaron una pequeña muestra de 28 pacientes, la mayoría con diagnóstico de esquizofrenia; 18 hombres y 10 mujeres, a quienes canalizaron aleatoriamente a dos tipos de tratamiento: terapia familiar o terapia individual. En cada tratamiento participaron 14 pacientes quienes recibieron 10 sesiones terapéuticas. El objetivo de la terapia individual consistía en ayudar al paciente a desarrollar soluciones y habilidades para resolver sus conflictos de la vida diaria. Por su parte la terapia familiar pretendía promover un mejor nivel de comunicación buscando cambiar las relaciones de desadaptación en la familia por nuevas y mejores formas de adaptación.

A los 3 meses de seguimiento, los porcentajes de rehospitalización favorecieron al tratamiento familiar, ya que ningún paciente de este grupo fue hospitalizado nuevamente. Sin embargo, 6 de los 14 pacientes del tratamiento individual regresaron al hospital para ser internados. También se encontró que los pacientes que participaron en la terapia familiar necesitaron un menor número de días para regresar a funcionar satisfactoriamente en la comunidad.

Tomando en cuenta estos estudios podemos llegar a las siguientes conclusiones importantes acerca del tratamiento del paciente psicótico hospitalizado.

En primer lugar, que la aplicación de los medicamentos neurolépticos, son un elemento esencial y universal en el tratamiento del paciente esquizofrénico y que pacientes con estas características que no estuvieran expuestos a este tipo de tratamiento, serían casos muy aislados en el sistema actual de salud mental (Moshier y Keith, 1980).

En segundo lugar que en ambientes hospitalarios existe la alternativa de aplicar una gran variedad de modalidades de tratamiento por ejemplo: terapias ocupacionales, recreativas, tratamientos psicosociales, familiares, medicamentos, etc.

Finalmente, que lo más indicado es aplicar la combinación de varias modalidades de tratamiento(May ,1974) y que un tratamiento sirva como complemento del otro y viceversa: por ejemplo la aplicación de un tratamiento psicosocial como complemento de los medicamentos neurolépticos. Para el paciente que se encuentra en su fase psicótica aguda la aplicación de los medicamentos es fundamental (Young y Meltzer ,1980). Una vez que el paciente ha salido de esta fase aguda estaría en condiciones de ser sometido a un tratamiento psicosocial.

El tratamiento del paciente psicótico hospitalizado requiere de consideraciones especiales. Cuando la hospitalización es involuntaria se puede dar el caso que el paciente considere que no existe un problema y por lo tanto no acepte el tratamiento. La separación de su familia, amigos, trabajo, etc., puede ser algo difícil de manejar e in-

crementar la ansiedad y sintomatología en el paciente. Asimismo, debe enfrentarse a una nueva situación, la de ser un paciente hospitalizado, siendo importante la atmósfera hospitalaria para que el paciente se adapte o rechace a la institución, por lo tanto, es fundamental dar el tratamiento adecuado para que el paciente regrese y funcione satisfactoriamente en la comunidad.

Antecedentes

Como antecedente a esta investigación se realizó un estudio para evaluar el funcionamiento del hospital a través del cual se detectaron los siguientes aspectos:

a) un enfoque excesivamente reducido en la provisión del servicio caracterizado por la utilización exclusiva de un modelo orgánico-biológico en el tratamiento del paciente y por lo tanto con la consecuente aplicación de psicofármacos. Por lo general no se tomaban en cuenta aspectos sociales o psicológicos del paciente en lo que se podría llamar los factores psicosociales necesarios para el tratamiento. Los pacientes eran dados de alta solamente tomando en cuenta la remisión de sintomatología, sin considerar aspectos familiares, ocupacionales, sociales y de funcionamiento en la comunidad.

b) falta de trabajo en equipo que se manifestaba por la estratificación de los distintos campos profesionales de trabajo. Cada campo (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales),

tienen su propia autonomía, no existiendo la debida comunicación entre éstos y por lo tanto la imposibilidad de realizar un trabajo en equipo.

c) desvinculación entre los distintos turnos del hospital.

A pesar de que la mayor parte del trabajo clínico se realizaba durante el turno de la mañana, no existía el suficiente contacto con los otros turnos para transmitir el estado de los pacientes, habiendo por lo tanto, problemas de comunicación entre los distintos turnos y por lo mismo entre los diferentes campos (profesiones) de trabajo en el hospital.

d) desvinculación entre el hospital y la comunidad. Considerando que todo hospital mental debe mantener vínculos estrechos con la comunidad a la que presta servicio, ésta no era la situación del hospital, así por ejemplo, no se tenía contacto con las familias de los pacientes, de manera que un objetivo futuro consistió en conseguir la cooperación de los familiares para que se involucraran en el tratamiento de su familiar hospitalizado.

Planteamiento del problema

Tomando en consideración que una de las áreas de mayor interés en el campo de la psicología clínica es el tratamiento de pacientes en instituciones, se planteó como problema principal el realizar una investigación que consistió en implementar un programa de tratamiento psicosocial en pacientes psicóticos agudos hospitalizados.

Objetivos

Para implementar el programa de tratamiento se plantearon los siguientes objetivos:

1. Conformación del programa que comprende las siguientes áreas: autocuidado, control de síntomas y medicamentos, área ocupacional, habilidades sociales, área familiar y actividades recreativas y deportes.
2. Trabajo en equipo: que implica la integración de un equipo interdisciplinario conformado por psiquiatras, residentes en psiquiatría, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, estudiantes de servicio social e investigadores.
3. Capacitación al equipo interdisciplinario acerca de las técnicas de tratamiento para la aplicación del programa, así como de los instrumentos de investigación para la evaluación del programa.
4. Determinar los instrumentos de investigación para evaluar la sintomatología y el funcionamiento psicosocial de los pacientes de manera que se puedan realizar mediciones periódicas acerca del estado de los pacientes en distintos puntos en tiempo: ingreso, egreso y seguimiento.
5. Conformación de dos grupos: experimental y control a los cuales los pacientes se canalizan aleatoriamente. Los pacientes del grupo experimental además de recibir el

tratamiento tradicional (biológico) de la institución, participarán en el programa psicosocial. Los pacientes del grupo control solamente reciben el tratamiento usual (biológico) de la institución.

6. El programa además de consistir en la prestación de un servicio debe comprender todos los requisitos de una investigación que incluye un marco teórico, diseño y metodología de investigación, así como la evaluación periódica de los pacientes en lo que se refiere a las metas de tratamiento, tomando como base las áreas del programa.

7. Continuidad de cuidado: se plantea como una etapa importante del programa realizar el seguimiento de los pacientes para determinar su funcionamiento en la comunidad. En ciertos casos el seguimiento consiste en la continuación del tratamiento y en otros casos en la aplicación de técnicas de intervención para regularizar el funcionamiento psicosocial del paciente durante su permanencia en la comunidad.

Hipótesis

Para el planteamiento de la hipótesis es preciso esclarecer que se formarán dos grupos de pacientes: un grupo experimental y un grupo control en los cuales se utiliza como una variable constante

al factor biológico, es decir, el tratamiento psiquiátrico tradicional de la Institución. En esta investigación se maneja como variable in dependiente, en el grupo experimental, el programa de tratamiento psicosocial y como variable dependiente al cambio que puede produ cir el programa en cuanto a funcionamiento psicosocial, sintomatología y funcionamiento en la comunidad de los pacientes.

En este sentido como planteamiento de la hipótesis se espera, que con la aplicación del tratamiento psicosocial, se produz can resultados diferentes en remisión de sintomatología y mejor nivel de funcionamiento psicosocial en los pacientes del grupo experimental en comparación con los pacientes del grupo control.

Definición de la población y lugar de estudio.

Para la realización de esta investigación se utilizan únic amente a pacientes adultos del sexo masculino quienes son hospitalizados debido a la manifestación de sintomatología psicótica.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la Secretaría de Salubridad y Asistencia ubicado en la zona de hospitales en Tlalpan, al sur del Distrito Federal.

2. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Cada sociedad desarrolla métodos espontáneos de identificar a las personas peculiares, especiales o a las que de alguna forma llaman la atención porque presentan características diferentes a la mayoría de la gente. Individuos con deformaciones físicas, daño orgánico, amputaciones, parálisis, retardados mentales, etc., son fácilmente identificados.

Antiguamente los leprosos por ejemplo, por su condición eran separados de la sociedad y colocados en lugares específicos conocidos como leprosarios donde se quedaban hasta el final de sus días. Existía el peligro y el miedo de parte de la gente al contagio de la enfermedad, por lo tanto, los leprosos eran segregados en sitios lejanos a la comunidad.

Un problema parecido ocurrió con otro tipo de personas quienes eran identificadas como diferentes o extrañas por su forma de ser y por la conducta que exhibían. El planteamiento inicial del problema partió de una demanda social basada nuevamente en el miedo al contagio o adquisición de estas conductas. Para que esto no ocurriera se consideró que "algo" había que hacer con estos individuos que aparecían como seres extraños o diferentes al resto de la gente, ese "algo" consistió en crear y buscar lugares donde pudieran ser reclusos.

Inicialmente estos lugares de confinamiento fueron instituidos como una forma de castigo. El punto de vista que prevalecía entonces se refería a que estos individuos eran: "bestias demones que sólo podían ser controlados con cadenas y disciplinados con castigos físicos", Korchin (1974). Esta visión inicial fue cambiando en el sentido de que los lugares de reclusión debían servir como refugio para la protección y cuidado de estos individuos.

Algunos personajes importantes como Hipócrates, Asclepiades y Galeno, buscaron explicaciones naturalísticas acerca de las enfermedades de la mente y de la conducta psicótica, sugirieron que los enfermos debían recibir un tratamiento más humano y que también debían ser hospitalizados. Pinel (1795), decía que a los "enfermos mentales, en vez de considerarlos como personas culpables que merecían castigo, se debía pensar en ellos como personas enfermas que por su estado miserable merecían toda consideración causada por el sufrimiento humano. Uno debería, con los métodos más simples, intentar que recuperaran la razón".

La aparición de hospitales de este tipo sirvió para que los enfermos mentales tuvieran un lugar donde pudieran recibir atención y tratamiento a su padecimiento con bases y causas que científicamente podían ser entendidas y tratadas. Se consideraban aspectos como las formas y variedades de la enfermedad mental, descripción de las cau

sas y el curso de la enfermedad, los resultados y los métodos de tratamiento.

Hasta ese momento la situación del enfermo mental consistía en que éste llegaba a la institución y se quedaba ahí para siempre, es decir que prevalecía el modelo custodial, el cual todavía existe en algunos hospitales mentales tradicionales.

Bajo este modelo algunos pacientes son admitidos en contra de su voluntad, aún en los que piden admisión voluntaria, el hospital se hace cargo total del paciente. Generalmente, se aplican psicofármacos y en ciertos casos tratamiento electroconvulsivo, el padecimiento del paciente es visto como una enfermedad de origen biológico. Por lo regular no se aplican tratamientos psicológicos y sociales. En el modelo custodial prevalece el modelo médico tradicional.

Con la creación de nuevas técnicas de tratamiento para el enfermo mental el modelo custodial ha sido sustituido en gran parte por el modelo terapéutico en el cual los pacientes generalmente son admitidos en forma voluntaria y permanecen en el hospital por una estancia temporal, es decir, durante el periodo de tratamiento. Al paciente se le da un trato humano, el trabajo se realiza en contacto directo con el paciente y el tratamiento es llevado a cabo por un equipo interdisciplinario debidamente entrenado.

En el modelo terapéutico se busca conjugar el origen de la

enfermedad mental desde el punto de vista orgánico, personal, psicológico, ambiental y social; de manera que el énfasis del tratamiento se basa en estos factores. Al utilizar el modelo biopsicosocial se pueden aplicar psicofármacos así como terapias psicológicas y sociales, existiendo por lo tanto una variedad de actividades clínicas y hospitalarias aplicadas desde distintos enfoques. En el modelo terapéutico también se utilizan técnicas de rehabilitación a diferencia o como complemento del tratamiento. Se consideran todas las alternativas posibles para que el paciente pueda continuar con su tratamiento al salir del hospital buscando de esta forma la recuperación total del paciente.

El objetivo de considerar el modelo custodial en comparación del modelo terapéutico como parte de las consideraciones generales sirve para esclarecer el proceso de elaboración del marco teórico que nos concierne en relación a la ubicación del programa de tratamiento para pacientes psicóticos que se decidió implementar.

Características del hospital

Antes de plantear el modelo teórico es preciso describir brevemente las características o la situación de la institución donde se llevó a cabo el programa.

Se trata de un hospital psiquiátrico que presta atención exclusivamente a pacientes psicóticos agudos. El periodo de interna-

miento es de breve estancia, por lo general entre 4 a 6 semanas, aunque algunos pacientes permanecen más tiempo antes de ser dados de alta. Ciertos pacientes que por su condición clínica, no pueden recuperarse, son referidos a alguna granja psiquiátrica para pacientes crónicos. Por las características de la institución se puede considerar que en ésta prevalece el modelo custodial, ya que los pacientes hospitalizados permanecen en custodia por un tiempo, recibiendo solamente tratamiento médico psiquiátrico consistente en la administración de psicofármacos.

Los pacientes que están próximos a ser dados de alta, como parte de sus actividades y previa autorización del médico tratante, asisten a los talleres ocupacionales que tiene el hospital, así como al jardín. Estas actividades se realizan en unas cuantas horas diarias. Las familias por su parte visitan a los pacientes en días específicos y solamente después de 15 días de que el paciente ingresó al hospital.

Entre otras características se podía percibir que los pacientes se encontraban en una situación de encierro, ya que las puertas de cada sección o piso se encontraban cerradas con llave, impidiendo que los pacientes pudieran entrar y salir libremente, haciendo de esta forma, que estos se sientan encerrados o recluidos en la institución. Solamente el personal estaba autorizado para mobilizarse dentro y fuera del piso y del hospital.

El contacto social era limitado tanto entre pacientes como entre éstos, y el personal (Valencia, Rascón y Otero, 1983)

Se observaba también una excesiva manifestación de sintomatología psicótica: risas y pláticas consigo mismo, manifestación de delirios, etc. Algunos pacientes se encontraban impregnados por el medicamento, siendo casi imposible que pudieran realizar algún tipo de actividad, incluyendo el caminar. Esto se podía deber a la prescripción de dosis inadecuadas o a problemas en la administración del medicamento.

La rutina diaria de los pacientes en el hospital se podía resumir en: dormir, comer y tomar los medicamentos. La mayor parte del tiempo los pacientes no realizaban ninguna actividad dando como resultado lo que Wing (1978) ha denominado el "síndrome de pobreza clínica" en el que se presentan características de: aislamiento social, lentitud, un bajo nivel de actividad, pobreza en el lenguaje, aplanamiento afectivo, falta de motivación, etc, que puede llevar al paciente, desde un estado de letargo severo a una evitación pasiva de interacción social.

Esta situación incrementaba la angustia de los pacientes, la que se manifestaba en conductas agresivas y demandantes hacia el personal o hacia otros pacientes, o por otro lado caían en una situación de pasar a ser pacientes institucionalizados presentando características

de: apatía, indiferencia, retracción de manifestaciones emocionales, falta de cooperación en su tratamiento, aislamiento, resignación y so-
metimiento al ambiente institucional.

El síndrome del hospitalismo produce en los pacientes abu-
rrimiento, molestia, inconformidad, no involucración en el tratamien-
to y finalmente deseos de salir del hospital, ya sea por las buenas,
es decir esperar su alta, o someterse y asumir el rol del buen pa-
ciente, haciendo creer en su mejoría para poder ser dado de alta; o
por las malas, no aceptando esta situación, rebelándose y fugándose.

Al salir el paciente del hospital ya sea por alta o por fu-
ga, se notaba una serie discontinuidad entre los roles que el paciente
debía desempeñar en el hospital y en la comunidad. No se considera-
ban por ejemplo los roles de autocuidado, ocupacionales, sociales, fa-
miliares, la actitud hacia la enfermedad, así como la utilidad de to-
mar los medicamentos para el paciente.

Asimismo, se consideraba al paciente aislado de su fami-
lia ya que ésta era excluida de participar y por lo tanto, de coope-
rar en el tratamiento del paciente.

Concluyendo, podemos notar obviamente que tanto en la
institución como en los pacientes existían una serie de carencias y
que éstas producían un vacío, el cual debía ser llenado con activi-
dades que cubrieran estas necesidades.

Planteamiento del problema

Considerando lo expuesto anteriormente, se originó la necesidad de plantear un modelo teórico que sirviera como marco de referencia para la realización del trabajo hospitalario.

Tomando en cuenta la enfermedad mental como un vasto y complejo problema, se consideró necesario para abordar este fenómeno, partir de un enfoque amplio que comprenda e incluya todas las características propias de la enfermedad mental. En este sentido se precisó considerar los factores biológicos, psicológicos y sociales como importantes en el estudio y la comprensión del padecimiento mental, y que de la misma forma éstos sean tomados en cuenta en el tratamiento del paciente.

La investigación científica ha sido de bastante utilidad ya que a lo largo del tiempo ha ido aclarando y contribuyendo a tener un mejor conocimiento acerca del fenómeno de la enfermedad mental. Lo que anteriormente se consideraba como un problema unicausal, ha sufrido un cambio fundamental. Schwartz (1982) comenta que los modelos de salud y enfermedad que proponen : "una-categoría, una-causa o un-efecto, han sido reemplazados por modelos multicategoricos, multi-causales y de efecto múltiple, que reflejan un mayor cambio en la ciencia en general".

Agras (1982) a su vez añade que: "un aspecto importante de este desarrollo es el resurgimiento del interés acerca de cómo los factores ambientales y psicológicos se relacionan con los procesos fisiológicos y bioquímicos, en determinar los resultados de la historia y el tratamiento de la enfermedad".

Se puede afirmar con seguridad que una sola perspectiva, sea ésta biológica, psicológica o social, no ofrece una visión completa del fenómeno por sí mismo, por lo tanto se debe considerar a las diferentes perspectivas como inseparables e interrelacionadas. Esta situación permitió tomar en cuenta estos aspectos en un enfoque que incluyera los factores biológicos, psicológicos y sociales en un cuadro clínico integral, que a su vez contempló tratar al paciente bajo este enfoque interdisciplinario.

El primer planteamiento del problema por lo tanto consistió en considerar el modelo biopsicosocial como un acercamiento inicial para nuestro trabajo hospitalario.

Este modelo interdisciplinario tiene su mejor contribuidor en A. Mäyer (1866-1950) quien realizó sus formulaciones bajo la rúbrica de la psicobiología, que a pesar del título plantea una visión multidimensional donde los factores biológicos, psicológicos y sociales deben ser considerados como los determinantes de la enfermedad mental. Este enfoque, de alguna forma ha modificado la situación del modelo médico

que por mucho tiempo ha estado sometido a constantes ataques. Coleman (1972), comenta al respecto que: "se debe enfatizar que las críticas no han cuestionado la utilidad del enfoque médico en los programas de tratamiento para enfermedades de tipo orgánico. La oposición ha sido dirigida, más bien, al uso del modelo médico como el único esquema para conceptualizar la enfermedad mental". (p.12).

Con el tiempo, los límites entre cada uno de los modelos han ido disminuyendo, permitiendo la aparición e integración de nuevas áreas interdisciplinarias que conforman el moderno enfoque biopsicosocial (Engel, 1977; Leigh y Reiser, 1980). Para Schwartz (1982) "el hecho de que los límites que separan a las disciplinas se hayan vuelto menos rígidas, hace posible que se realicen nuevas conexiones entre éstas, por lo tanto, los complejos problemas de la salud y enfermedad, pasan a tener una naturaleza multidimensional por lo que los investigadores y clínicos de las diversas disciplinas se han visto motivados a buscar nuevas formas de construir puentes entre las disciplinas y establecer una serie de términos y principios en común". (p.14).

El considerar inicialmente el modelo biopsicosocial impli
ca de alguna forma el analizar cada factor por separado.

En lo que se refiere al primer factor, es decir al bioló-
gico, brevemente podemos comentar las conclusiones que aparecen
en el compendio de Psiquiatría de Freedman Kaplan y Sadock. (1980)

La investigación indica que existen alteraciones de tipo or
gánico en los padecimientos psicóticos y que en respuesta a esto los
medicamentos antipsicóticos aparecen como una forma de tratamien-
to. La aplicación de medicamentos disminuye y controla inicialmente
la sintomatología psicótica, pero no modifica ni enseña al paciente
un desempeño más efectivo de sus roles afectivos y sociales, por lo
tanto, los medicamentos antipsicóticos son solamente una solución
parcial al problema del paciente psicótico.

El factor psicológico incluye una serie de aspectos que ca
racterizan al paciente psicótico como ser: el aislamiento social, ola
namiento afectivo, cambios de humor y de conducta, depresión, ansie
dad, el contenido de las alucinaciones, delirios, dificultad en la con -
centración, preocupaciones continuas, problemas al dormir, pérdida
de interés y energía, etc.

El factor social, por su parte, comprende aspectos

como la situación familiar, condiciones de vivienda, el nivel socio-económico, valores socioculturales, el medio ambiente, etc.

Si el modelo biológico ya tiene una respuesta (aunque sea parcial) al tratamiento del paciente, que como se mencionaba anteriormente consiste en el uso de medicamentos, el factor psicológico íntimamente relacionado con el factor social, se pueden agrupar en lo que llamamos los factores psicosociales, de esta forma el tratamiento psicosocial aparece como una técnica más que se puede utilizar en el paciente como una alternativa independiente o como complemento importante de otro tipo de tratamiento.

Es importante considerar la sintomatología psicótica en contraste con la incapacidad psicosocial del paciente de desempeñarse satisfactoriamente en sus roles de autocuidado, sociales, económicos, familiares, ocupacionales, etc. Mosher y Keith (1980) afirman que: "el paciente psicótico tiene una extraordinaria dificultad en establecer y mantener relaciones humanas o interpersonales. Como una forma de modificar este aspecto del paciente psicótico es que el tratamiento psicosocial adquiere importancia". (p.10)

El tratamiento psicosocial

Así como el primer planteamiento del problema consistió

en "considerar" el modelo biopsicosocial como un acercamiento inicial a nuestro tema de estudio, el segundo planteamiento se refiere a "utilizar" y aplicar el tratamiento psicosocial con un enfoque funcionalista, en la población de pacientes.

Después de una exhaustiva revisión bibliográfica, en esta área de estudio, sorprendentemente no se cuenta con una definición clara y precisa acerca de qué es un tratamiento psicosocial. Así como los últimos estudios revelan que todavía no está esclarecido que es la psicosis (Strauss, Bowers y Keith, 1982; Meltzer, 1982 y Liberman, 1982), lo mismo ocurre al buscar la definición acerca de los tratamientos psicosociales.

Se asume que un tratamiento psicosocial es aquel que engloba los factores psicológicos y sociales del paciente que puede ser manejado independientemente como una forma de tratamiento o como complemento del tratamiento con medicamentos neurolépticos. En estudios con pacientes psicóticos hospitalizados, los tratamientos psicosociales han sido aplicados más bien como una técnica adicional, que como una forma exclusiva de tratamiento (Haven y Wood, 1970; Vitalo, 1971; Olson and Greenberg, 1972; Coons and Peacock, 1970).

La dificultad para conceptualizar con precisión una definición acerca de qué es un tratamiento psicosocial se puede explicar en

parte debido a los distintos tipos de pacientes psicóticos; por ejemplo, agudos, pre-crónicos, crónicos, etc., a la diversidad de los lugares de tratamiento: hospital mental, centro de salud, consulta externa, hospital parcial, servicio de hospitalización, etc., y también al personal o equipo interdisciplinario, o multidisciplinario que aplica el tratamiento. En base a esto se puede concluir más bien de que existe un consenso acerca de lo heterogéneo de este tipo de tratamientos. Es importante por lo tanto que el investigador decida el tipo de pacientes que va a utilizar y también que pueda explicar y definir el tipo o modelo de tratamiento psicosocial que piensa aplicar para lo cual se sugiere también la formulación de objetivos esclarecidos y precisos.

Entre los objetivos de algunos programas de tratamiento psicosocial se pueden mencionar aquellos que han consistido en promover el ajuste hospitalario del paciente, en lograr un mayor contacto con la realidad, una mejor involucración emocional, un mayor incremento en interacción verbal, el ajuste pos hospitalario, mejorías en sintomatología, en funcionamiento global personal, cambios positivos de conducta, disminución de rehospitalizaciones, promoción de situaciones de amistad, apoyo grupal, etc. Como se puede observar, cada programa persigue objetivos distintos y estos fueron determinados obviamente tomando en consideración las características de cada grupo de pacientes de los programas arriba mencionados.

Los tratamientos psicosociales, para una mejor comprensión teórica, han sido divididos o agrupados en 4 categorías: individual, grupal, tratamiento familiar y terapia de apoyo al paciente en la comunidad (Mesher y Keith, 1980). Es importante reconocer que dentro de cada una de las categorías, existen numerosas variaciones tanto en la teoría como en la práctica, por ejemplo; las ventajas clínicas que ofrece la combinación de los efectos neurolépticos y la intervención psicosocial (Grupo para el avance de la psiquiatría 1975).

Frank (1961) considera que los tratamientos psicosociales deben tener cuatro elementos en común, primero; el establecimiento de una relación clínico-paciente, luego, el ofrecer explicaciones plausibles acerca del padecimiento del paciente, en tercer lugar, considerar las posibilidades de que la experiencia del tratamiento sea favorable y finalmente que el clínico pueda demostrar sus habilidades terapéuticas para incrementar las expectativas de recuperación por parte del paciente.

En lo que se refiere a los aspectos teóricos específicos del programa que se implementó, las consideraciones parten de las observaciones realizadas a los pacientes, en los que se encontró el síndrome de pobreza clínica (Wing 1978) explicado anteriormente, siendo

por lo tanto el objetivo principal el combatir este síndrome, buscando lograr mejorías clínicas en los pacientes por medio de un programa integrado de actividades terapéuticas.

En este sentido definimos el modelo de tratamiento psicosocial como: "la aplicación de procedimientos y técnicas en el paciente para la adquisición y/o recuperación de sus habilidades o capacidades, afectadas por su padecimiento, de manera que al reintegrarse en la comunidad pueda funcionar en una forma efectiva y satisfactoria!"

Para una mayor comprensión acerca del significado del concepto de tratamiento, es necesario explicar cada componente desglosando el concepto de la siguiente forma; tratamiento es:

La aplicación de procedimientos y técnicas ...,entendiéndose como procedimientos la configuración o estructura del programa y las técnicas; la forma como se van a desarrollar o implementar los procedimientos. Es necesario que el paciente esté enterado en qué consiste el programa en el que va a participar y cómo se va a llevar a cabo la realización de éste. Cuando hablamos de la estructura del programa nos referimos obviamente a aspectos como criterios de admisión, áreas del programa, etapas de evaluación, etc. Aquí estamos hablando de un programa integrado que no puede ser enfocado desde un sólo pun

to de vista estático, el énfasis debe ser multivariado y dinámico.

En el paciente... , que se refiere a un individuo quien al llegar al hospital es caracterizado con esta denominación. Este individuo es un ser humano y debe ser tratado como tal. Se convierte en paciente porque tiene un problema o una serie de problemas que le aquejan; le producen sufrimiento, y por lo tanto, requiere atención. El paciente presenta una demanda , la cual puede ser satisfecha a través del tratamiento psicosocial.

Para la adquisición y/o recuperación de sus habilidades o capacidades... , algunos pacientes tal vez nunca tuvieron la oportunidad de adquirir algunas habilidades o capacidades en algunas áreas de su vida; sean éstas ocupacionales, sociales, familiares, etc. Otros pacientes si las adquirieron, probablemente las perdieron debido a su padecimiento. Lo más probable es que se dé la combinación de adquisición y recuperación de habilidades. Esto dependerá obviamente de cada paciente y de su problemática, así por ejemplo: un paciente que vuelve a ser hospitalizado, tal vez deba entender no solamente que tiene que tomar sus medicamentos porque su médico le dice que lo haga, porque se los da la enfermera, o porque al ser dado de alta tiene una receta que comprar en la farmacia, sino más bien que entienda el significado del medicamento, su utilidad y sus implicaciones en rela-

ción a su padecimiento, éste sería un caso de adquisición. Otro paciente que por ejemplo; estuvo sin trabajar durante el año previo a su internamiento y que antes tenía las habilidades suficientes como para desempeñar un trabajo u oficio, en este caso el paciente debe intentar recuperar sus habilidades o capacidades para regresar a trabajar, adquiriendo la motivación y autoconfianza de poder hacerlo. Cada uno de estos pacientes podrá presentar, a sí mismo, problemas en otras áreas lo que significa algo mencionado anteriormente, que la implementación de un programa debe ser llevado a cabo en base a diversas áreas de tratamiento, contando de esta forma con un enfoque integrado.

Afectadas por su padecimiento..., es innegable que el padecimiento tiene un efecto parcial o total en el funcionamiento global del paciente y por lo tanto en sus habilidades o incapacidades psicosociales.

Este efecto hace que el paciente vea disminuidas sus facultades y por lo tanto resienta el no poder funcionar en una forma adecuada.

De manera que al integrarse en la comunidad..., este aspecto adquiere suma importancia especialmente cuando se trata de la población de pacientes a que nos referimos: pacientes psicóticos agudos hospitalizados.

Uno de los objetivos principales del paciente psicótico hospitalizado, es su regreso a la comunidad, esto implica el retorno a su familia, a sus actividades sociales, al trabajo, etc., es decir a desempeñar sus roles en la sociedad.

Para el paciente psicótico no es fácil después de un periodo de hospitalización, regresar a la comunidad. Su retorno requiere de una preparación especial, que implica un reajuste global de su vida, así como de nuevas y mejores formas de adaptación. Esta preparación especial se puede manejar durante la participación del paciente en el programa de tratamiento.

Pueda funcionar en una forma efectiva y satisfactoria... , El tratamiento del paciente no se termina cuando éste es dado de alta y regresa a la comunidad, la efectividad del programa depende del funcionamiento que realizar el paciente fuera del hospital, el tratamiento puede continuar durante la etapa de seguimiento, es decir cuando el paciente se encuentra en la comunidad. En este sentido es importante que el paciente pueda funcionar en una forma efectiva y satisfactoria para consigo mismo y para con todos los que le rodean.

Así como se ha explicado y descrito la utilización de un modelo psicosocial de tratamiento, el último aspecto teórico a considerar se refiere a comentar las características del enfoque funcionalista.

Este enfoque está basado en la "teoría de roles" (Newcomb 1976; Neiman y Hughes, 1951; Biddle, 1966; Sarbin y Allen, 1969), que se refiere a las actividades o formas específicas de conducta conceptualizadas como roles que realiza el paciente en las distintas áreas de su vida y que incluyen el desempeño de roles familiares, ocupacionales, sexuales, económicos, sociales, etc.

Cada sociedad tiene expectativas de roles que los individuos que la componen deben desempeñar. Para el paciente psicótico el desempeñar sus roles apropiadamente es un aspecto fundamental inicialmente en el hospital y posteriormente en la comunidad.

Al desempeñar sus roles, al paciente se le presentan una serie de dificultades o problemas a los que se tiene que enfrentar. La solución de estos problemas depende y varía de acuerdo a la situación de cada paciente y esto obviamente influye en su funcionamiento psico-social.

Por medio del enfoque funcionalista se puede poner un énfasis especial, no solamente en evaluar el desempeño de roles por parte del paciente, sino que este desempeño se realice en una forma satisfactoria, con la ayuda del tratamiento, ya sea durante su permanencia en el hospital, así como cuando sea dado de alta, siendo importante, por lo tanto, el funcionamiento pos-hospitalario del paciente el cual puede ser evaluado mediante el seguimiento comunitario.

El enfoque funcionalista engloba los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad mental y permite por lo tanto determinar el funcionamiento psicosocial del paciente, que sirve como complemento al modelo biológico mencionado anteriormente, integrándose de esta forma el planteamiento del problema teórico-práctico consistente en la "consideración" del modelo biopsicosocial como acercamiento inicial global al tema de estudio y la "aplicación" del programa de tratamiento psicosocial en el que se utiliza un enfoque funcionalista. El programa de tratamiento psicosocial se describe en el siguiente capítulo.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

3.1 Conformación de las áreas

Siendo uno de los objetivos principales de esta investigación la implementación del programa de tratamiento era necesario conformar un programa que además de contar con un marco teórico, explicado anteriormente, incluyera características como las áreas del programa, estructura, sistema de funcionamiento, criterios de admisión, así como la integración del equipo de tratamiento en cuyos miembros caería la responsabilidad de implementar el programa.

Es preciso comentar brevemente que como paso previo al programa se llevó a cabo un estudio operacional en el mismo hospital, denominado como: "Evaluación del uso de servicios de un hospital psiquiátrico". Los objetivos de este estudio eran: determinar el patrón de ingresos y egresos de los pacientes, conocer las características demográficas, sintomatología, diagnóstico, así como las características de conducta hospitalaria que presentaban los pacientes. Los resultados de este estudio aparecen en otros reportes elaborados por Ryan, Valencia et al. (1980, 1981); y publicaciones Ryan, Valencia et al. (1982); Valencia, Rascón et al. (1982); Valencia et al. (1983).

Como complemento del estudio operacional se realizaron observaciones a los pacientes con el hospital. La pregunta inicial era: ¿cómo y por dónde empezar el programa? Es decir,

era de vital importancia saber cuál era la situación de los pacientes en el hospital. Se determinó utilizar un método de observación directa que nos permitiera conocer la situación real de los pacientes durante su permanencia en el hospital.

Nuestras actividades se dirigieron a observar tres aspectos importantes: a los pacientes, al personal y el ambiente hospitalario.

En lo que refiere a los pacientes nos interesaba saber: qué hacían, cómo pasaban el día, en qué consistía su período de hospitalización, cómo se relacionaban entre ellos, qué actividades tenían, etc.

Lo primero que nos llamó la atención fueron las condiciones de aseo y cuidado personal de los pacientes. Cada paciente andaba como quería o como podía, algunos pacientes no se habían bañado o aseado por días, otros no se habían rasurado o lavado los dientes. Estos aspectos se podían detectar por el olor de los pacientes.

La vestimenta que traían era variada. Unos vestían la ropa del hospital, otros ropa de calle, algunos combinaban ropa del hospital con ropa de calle. Otros pocos traían calcetines, lo mismo que zapatos. Algunos que traían zapatos no tenían calcetines, muchos caminaban descalzos. Otros estaban semidesnudos y varios, solamente traían una bata de hospital.

Algunos no se habían peinado y la mayoría ni siquiera rasurado.

Platicando con los pacientes, éstos comentaban que algunos se ponían su propia ropa durante una semana o durante todo el tiempo de hospitalización que podía ser uno o dos meses. Esto se debía a que no tenían otra ropa o que la familia no les traía ropa para cambiarse, o porque no tenían familiares que les trajeran ropa. Otros al no tener ropa se prestaban una camisa o un pantalón de otro paciente. Muchos se quejaban de que les habían robado su ropa y para evitar esto, algunos dormían con ropa de calle e inclusive con los zapatos puestos ya que si por ejemplo dejaban los zapatos junto a la cama durante la noche, era muy probable que para el día siguiente los zapatos hubieran desaparecido con la consecuencia de que al intentar recuperar los zapatos robados, inclusive al detectando a quien los había tomado, se podían iniciar agresiones, pleitos, e inclusive situaciones de pelear con otro u otros pacientes.

Analizando este aspecto un poco más en detalle resulta un tanto complicado, ya que para el paciente que desaparecían sus cosas, las consideraba como si hubieran sido robadas. Por otro lado el paciente que no tenía ropa o zapatos consideraba solamente que estaba tomando algo que no tenía pero que de alguna forma necesitaba.

En lo que refiere al aseo, algunos no se aseaban porque no querían, otros porque no estaban acostumbrados a esto. Unos, cuando alguna enfermera les sugería que se fueran a bañar, lo hacían, otros simplemente no hacían caso. Los pacientes recién ingresados generalmente no se bañaban ya que en la mayoría de los casos por la condición de su enfermedad, no podían hacerlo y se quedaban en cama todo el día.

Algo importante sobre los recursos para el aseo, es decir: jabón, cepillo de dientes, rasuradora, etc., la provisión de estos era muy escasa. Algunos pacientes buscaban cualquier pedazo de jabón para poderse bañar.

Podríamos decir en términos generales que no había un patrón establecido de lo que era deseable para el hospital y para el paciente como un adecuado nivel de vestimenta y aseo. El problema era en parte porque los pacientes no recibían estimulación para llevar a cabo estas tareas y también porque aún teniendo la voluntad de hacerlo, no contaban con los medios para efectuarlas o finalmente porque tal vez antes nadie les había hablado o explicado la necesidad e importancia del aseo y cuidado personal.

No se pretende por otro lado, buscar cierta uniformidad en el aseo y cuidado personal de todos los pacientes. Es importante considerar que cada paciente tiene sus necesidades y su forma de hacer las cosas y esto es algo que debe ser atendi-

do en el sentido de que tanto el aseo como el cuidado personal repercuten en la autoestima del paciente y si esto no es manejado adecuadamente puede influir en el funcionamiento del paciente en el hospital así como en la comunidad. Considerando estos aspectos se determinó crear el área de autocuidado.

En lo que refiere al contacto social entre pacientes y entre los pacientes y el personal observamos que este era limitado. El contacto entre los pacientes y el personal era mínimo y este se reducía a contactos ocasionales consistentes en un breve intercambio de palabras. Esto ocurría ya sea cuando los pacientes o cuando el personal iniciaban el contacto.

La comunicación entre pacientes era a un mayor nivel ya que ocasionalmente había entre ellos breves intercambios de ideas o pequeñas frases, aunque esto no implicaba que tuvieran conversaciones completas o algún tipo de comunicación permanente.

Se pensó que las capacidades de los pacientes para iniciar y establecer contacto social en lo que refiere a relacionarse con otros, estaban disminuidas ya sea porque nunca habían adquirido estas habilidades o si las tenían, de alguna forma las habían perdido a causa de su enfermedad. Era, por lo tanto, necesario que los pacientes recibieran estimulación de manera que se pudiera incrementar su nivel de contacto

social, de esta forma se vio la necesidad de establecer el área de habilidades sociales.

Algo que se podía ver con frecuencia era una serie de manifestaciones de sintomatología psicótica.

Algunos pacientes presentaban alteraciones de la percepción como alucinaciones auditivas, visuales, táctiles, etc. Trastornos del pensamiento como delirios, asimismo problemas en orientación, en persona, espacio y tiempo. También problemas en el afecto como apatía, aplanamiento afectivo, depresión, preocupación, desconfianza, etc.

En relación a la sintomatología mencionada y al conversar con los pacientes acerca del uso de medicamentos, éstos no sabían con certeza cuál o cuáles medicamentos estaban tomando ni tampoco los efectos que tenían los medicamentos. Algunos pacientes creían en la cura mágica de su padecimiento por el solo hecho de tomar pastillas. Otros, con varias hospitalizaciones previas, tenían dudas acerca de la efectividad de los medicamentos y por esto, al ser dados de alta habían dejado de tomarlos.

Algunos pacientes presentaban problemas de sobremedicación y por lo tanto no podían opinar acerca del medicamento, solamente comentaban que se sentían mal. Otros comentaban sentirse "muy bien", y al observarlos y escucharlos uno

se podía dar cuenta que éste era un intento de negar sintomatología con el propósito de ser dados de alta lo antes posible.

En términos generales podemos decir que no estaba esclarecido para los pacientes la importancia de tomar los medicamentos, más aún tratándose de pacientes psiquiátricos agudos hospitalizados. Tampoco se comprendían las concepciones que tenían los pacientes acerca de la enfermedad mental y de las causas de su hospitalización. Las respuestas más comunes eran: "soy muy nervioso" o "estaba enfermo de los nervios por eso me trajeron", "estaba mal de la cabeza", "dormía todo el día", "no hacía nada durante el día", "me desesperaba y me ponía agresivo", "escuchaba voces", "no sé por qué me trajeron, no sé por qué estoy aquí", "es que mi familia no me quiere", "me decían loco y por eso me trajeron", otros pensaban que estando en el hospital se iban a "componer" y que cuando salieran se terminaría su padecimiento.

Todos estos aspectos nos hicieron pensar en la necesidad de un área de control de síntomas y medicamentos donde todos los aspectos mencionados anteriormente serían tratados y explorados con los pacientes.

En lo que refiere a las actividades hospitalarias, se observó que los pacientes en general no tenían ningún tipo de actividades. Solamente los que ya estaban próximos a ser da-

dos de alta, podían asistir a alguno de los talleres del hospital, lo que implicaba que podían salir del piso, con autorización del médico tratante y con supervisión hasta llegar a los talleres, de alguna enfermera.

Otros pacientes ayudaban en algunas tareas como la limpieza del piso, tender las camas y recoger las charolas después de las comidas. Sin embargo, la mayoría de los pacientes estaban todo el día sin hacer nada. Generalmente se dedicaban a caminar y deambular sin sentido por el piso. Otros se la pasaban durmiendo. En sus rostros se notaba el aburrimiento, el encierro, la reclusión y la falta de estimulación.

Esta situación de estar la mayor parte del tiempo sin hacer nada ha sido considerada por Wing (1978) con el término de "pobreza clínica", aspecto considerado en el marco teórico, y la pregunta inmediata a esto era: si habría un incremento de actividades en los pacientes con la presencia de un programa. Esta falta de actividad considerada como aspecto global clave del programa, también sirvió para decidir la creación de un área de actividades y orientación ocupacional, donde los pacientes podrían hablar acerca de su historia ocupacional, así como participar en las actividades del programa, de manera que los pacientes además de participar en el área de orientación ocupacional podían participar también en otra área denominada

como "actividades recreativas" creada así inicialmente y que con el tiempo se le añadió actividades deportivas en las que los pacientes podían salir del piso a los jardines del hospital y desarrollar actividades deportivas bajo la supervisión de algunos miembros del equipo integrándose de esta forma el área de actividades recreativas y deportes.

Otro aspecto importante era el referente a las familias de los pacientes. En el estudio operacional se encontró que las familias en general sí visitaban a los pacientes. Sin embargo, existía una desvinculación entre la familia y el hospital. Las familias además de visitar a los pacientes, solamente venían un momento para enterarse acerca del estado del paciente. Se pensó que sería interesante invitar a las familias a involucrarse más con el hospital y a participar activamente en el tratamiento del paciente, de manera que la involucración familiar sirviera como complemento o como una parte importante del tratamiento del paciente. Cuando se habla de padecimientos psiquiátricos, resulta a veces difícil separar la patología del paciente de "cierta" o "supuesta" patología familiar, por lo tanto se consideró que una área vital del programa debía ser el área familiar.

De esta forma quedaron conformadas las seis áreas del programa, las cuales serán descritas posteriormente.

En el segundo aspecto de observación referente al am-

biente hospitalario podemos comentar que una característica importante era la situación de encierro. Las puertas de cada sección donde estaban hospitalizados los pacientes permanecían cerradas todo el tiempo de manera que éstos no pudieran salir. Solamente el personal que tenía llaves podía entrar y salir en cualquier momento. El ambiente de cada sección era un tanto oscuro, por lo que requeriría utilizar la luz eléctrica durante una gran parte del día. Las ventanas pequeñas con rejas y generalmente sin vidrios. En el hospital hacía frío la mayor parte del tiempo y en el invierno hacía mucho más frío. Las camas estaban sujetas al piso por medio de tornillos. La única distracción para los pacientes en cada piso era un aparato de televisión, el cual por el uso que se le daba a veces no funcionaba. Algunos pacientes intentaban reparar el televisor mientras otros, en estado de agresividad o rabia le aventaban objetos. A veces llegaban grupos de estudiantes de enfermería, quienes organizaban eventos para distraer a los pacientes.

Acerca de la comida, las opiniones de los pacientes estaban divididas, mientras que unos se quejaban, otros comentaban que la comida era buena, y esto tal vez estaba relacionado con el tipo de alimentación que cada paciente tenía en su familia, la cual era comparada con la comida del hospital y de esta forma cada paciente sacaba sus conclusiones.

Otro aspecto importante era el deseo que manifestaban los pacientes de querer salir del hospital, esto tal vez causado por la situación de encierro en la que se encontraban. Ante esta situación, algunos pacientes respondían con conductas agresivas y otros con resignación al no poder hacer nada.

En el tercer aspecto de observación que se refiere al personal del hospital, solamente podemos comentar que éste se encontraba dedicado al desempeño de sus actividades, la rutina diaria de acuerdo a sus roles, los médicos valorando pacientes de reciente ingreso, determinando la evolución de los pacientes con algún tiempo de permanencia y decidiendo las altas de los que estaban próximos a salir y además participando en la visita médica semanal.

Las enfermeras se dedicaban a seleccionar y a organizar la toma o aplicación de los medicamentos a los pacientes en los tres horarios establecidos: en la mañana, tarde y noche. El contacto informal entre el personal y los pacientes era ocasional y éste se reducía a breves intercambios de palabras o cuando había que pedirles algo esto se hacía con una simple sugerencia.

El período de observación tuvo una duración de cuatro semanas, tiempo suficiente como para tener una idea esclarecida y precisa acerca de lo que ocurría en el hospital, con los pa-

pacientes y con el personal.

Nuestras observaciones fueron de suma importancia, ya que nos permitieron determinar la integración del programa.

3.2 Características del programa

3.2.1 Descripción de las áreas del programa

1. Autocuidado

Esta área consiste en promover que los pacientes tengan un nivel de autocuidado satisfactorio durante su permanencia en el hospital, es decir, que se levanten a la hora indicada cada mañana, tiendan su cama, tengan una apariencia adecuada: se bañen, rasuren, se peinen, cepillen los dientes y se vistan limpia y apropiadamente, de manera que este nivel de autocuidado continúe y se mantenga en la comunidad. También ayudar en algunas tareas o actividades de limpieza en su sección.

2. Control de síntomas y medicamentos

El énfasis en esta área consiste en que los pacientes entiendan la importancia del uso de medicamentos, de manera que acepten la responsabilidad de tomarlos cuando sean dados de alta. También considerar los efectos y consecuencias que trae tomar alcohol o drogas mientras se permanece bajo tratamiento psicofarmacológico.

Los pacientes reciben orientación acerca de cuáles medicamentos están tomando, para qué sirven y los efectos secundarios de éstos.

El control de medicamentos se lleva a cabo por medio de

un programa efectivo de quimioterapia. Para el control de los síntomas se utilizan técnicas psicosociales con el objetivo de disminuir la frecuencia y la intensidad de la manifestación de síntomas.

3. Area ocupacional

Consiste en orientar a los pacientes acerca de las diversas actividades ocupacionales que éstos puedan desempeñar cuando se encuentren en la comunidad. Haciendo una revisión de la historia ocupacional o escolar de cada paciente considerando aspectos como: qué ha hecho el paciente, qué quisiera y qué podría hacer ocupacionalmente cuando sea dado de alta.

Algunos pacientes por su situación social no adquirieron las capacidades laborales necesarias para desempeñar o mantener un trabajo. Otros como consecuencia de su padecimiento perdieron su actividad ocupacional, por eso una meta del programa consiste en orientar al paciente para que cuando este sea dado de alta, pueda desarrollar efectivamente sus actividades laborales, buscando todas las alternativas posibles de ocupación, de manera que el paciente pueda establecer un plan para conseguir trabajo o por el contrario, buscar la forma de regresar al trabajo que desempeñaba antes de ingresar al hospital, si éste era el caso.

Se buscaba también que los pacientes asistieran a los diferentes talleres ocupacionales disponibles en el hospital.

4. Habilidades sociales

Algunos pacientes por su padecimiento psicótico, pierden una serie de habilidades sociales básicas. Es importante que los pacientes puedan recuperar o adquirir estas habilidades, mediante la comunicación y al compartir experiencias puedan aprender aspectos como el poder mantener una conversación, evitar aislarse socialmente, actuar apropiadamente en contextos grupales, participar en actividades recreativas, etc.

En esta área se intenta promover la comunicación entre los pacientes y de acuerdo a la capacidad de cada uno buscar incrementarla, de manera que puedan expresar sentimientos, carencias, traumas, pérdidas; eventos significativos en sus vidas. etc.

Al participar en esta área del programa los pacientes cuentan con un espacio para "hablar" y ser escuchados tratando temas como el motivo de ingreso al hospital, su permanencia, consideraciones al ser dados de alta, implicaciones de fugarse, cómo se sienten en el hospital, conciencia de enfermedad, etc.

5. Area Familiar

El objetivo de esta área consiste en involucrar a la familia del paciente, durante el periodo de hospitalización, así como en la etapa de seguimiento comunitario.

Si el paciente no tiene familia, se trata de involucrar a la gente con quien vive o que tiene más contacto con él. Se plantea establecer una cooperación y comunicación estrecha con la familia de manera que a través de ella se puedan detectar los problemas básicos del paciente y su familia.

La participación de la familia en el tratamiento del paciente consiste en que ésta pueda venir periódicamente al hospital, de esta forma los problemas son manejados entre el paciente y su familia, tomando en cuenta las metas específicas de tratamiento de cada paciente.

6. Actividades recreativas, físicas y deportes

Esta área comprende actividades recreativas, físicas y deportes. Consiste en proveer a los pacientes de una variedad de actividades recreativas, de manera que puedan mantener su tiempo ocupado y no se queden sin hacer nada especialmente en las tardes durante el periodo de internamiento.

Asimismo, se promueve que los pacientes realicen deportes y ejercicios físicos en un espacio abierto que ayude a la conservación de su salud física y a que tengan un rato de diversión.

Los ejercicios físicos se realizan en la mañana y algunas tardes los pacientes con supervisión bajan al jardín del hospital para practicar deportes.

Las actividades recreativas, físicas y deportes son importantes ya que permiten al equipo de tratamiento tener un contacto informal con los pacientes, promoviendo un acercamiento distinto a diferencia de las otras áreas del programa, logrando de esta forma un complemento entre las distintas áreas del programa.

3.2.2 Estructura del programa

El programa estaba dividido en tres etapas:

1. Canalización.- Que consistía en la valoración de los pacientes considerados como candidatos a participar en el programa. Los pacientes eran aceptados en base a los criterios de admisión y cuando existía una remisión de sintomatología, de manera que ya estuvieran en condiciones de ser integrados al programa.

2. Programa de tratamiento.- En esta etapa se implementaban los objetivos considerados en cada una de las áreas del programa, en las cuales los pacientes participaban. Se planteaban las metas básicas de tratamiento de cada paciente, revisando semanalmente el progreso realizado por el paciente hasta el momento de su alta. Al mismo tiempo se involucraba a la familia en el proceso de tratamiento del paciente.

3. Seguimiento.- Una vez que el paciente era dado de alta se continuaba en contacto con él y con su familia en la etapa de

seguimiento.

Esta etapa consistía en que los pacientes asistían periódicamente al hospital para evaluar su funcionamiento. Si por alguna razón el paciente no llegaba al hospital, se intentaba ponerse en contacto con él, inicialmente por teléfono o telegrama; si esto no era posible, el equipo de seguimiento asistía a la casa del paciente para continuar con el seguimiento y con el objetivo de rescatar al paciente para que éste pudiera venir al hospital y reanudar la etapa de seguimiento, la cual tuvo una duración de 6 meses.

3.2.3 Criterios de admisión

Se consideraron los siguientes criterios para la admisión de los paciente al programa:

Edad: 18-50 años

Sexo: masculino

Condición actual: solamente pacientes hospitalizados

Estado clínico: remisión de sintomatología

Duración: permanencia de cuatro semanas en el programa.

Diagnóstico: cualquier diagnóstico con excepción de retardo mental severo.

Procedencia: preferentemente pacientes de México, D.F., y zona metropolitana.

3.2.4 Funcionamiento del programa

El funcionamiento del programa comprendía tanto las actividades de los pacientes, así como las que realizaban el equipo de tratamiento. El funcionamiento estaba basado en las áreas del programa de las que se derivaban las actividades, coordinadas y organizadas por lo miembros del equipo de tratamiento, en quienes caía la responsabilidad de implementar el programa.

Las actividades empezaban a las 8:00 a.m. y terminaban a las 6:00 p.m., de lunes a viernes ya que los sábados y domingos servían para que los pacientes descansaran o recibieran la visita de sus familias.

Se buscó integrar las actividades del hospital con las actividades propias del programa de manera que hubiera un complemento entre ambas. Una vez que los pacientes hubieron realizado su aseo personal, tomado su medicamento, así como el desayuno, pasaban a integrarse a las actividades del programa, cada día se empezaba con una sesión de grupo que duraba aproximadamente una hora. El tema de cada sesión, variaba de acuerdo a las áreas del programa, y se realizaban en días establecidos.

La sesión de grupo de los lunes abarcaba los problemas acerca del uso de medicamentos así como el uso de drogas no médi-

cas. Muchos pacientes resentían el hecho de tener que tomar medicamentos, sin entender claramente las razones de esto y continuamente comentaban el hecho de dejar de tomar los medicamentos cuando salieran del hospital.

Las sesiones de los lunes, permitían explorar las actitudes de los pacientes hacia los medicamentos, y también comprender la importancia de éstos en lo que se refiere a evitar nuevas hospitalizaciones. Asimismo, se trataban los problemas que habían experimentado los pacientes acerca del uso y abuso de inhalantes, marihuana, alcohol, etc.

Las sesiones de grupo de los martes y jueves trataban el área de orientación ocupacional que comprendían las actividades laborales y educacionales de los pacientes. En algunos casos debido a la hospitalización los pacientes habían interrumpido su actividad ocupacional, pero podían regresar a ella al ser dados de alta. Otros pacientes se encontraban en la situación de tener que buscar trabajo al salir del hospital, y otros admitían que no tenían la menor intención de trabajar en el futuro. En cada caso se examinaban todas las alternativas posibles de manera que cada paciente pudiera elegir la opción más adecuada.

Los miércoles y viernes tenía lugar el grupo de habilidades sociales en el que se trataban problemas interpersonales que los

pacientes experimentaban con la familia y con los amigos, buscando la forma más efectiva de que estas dificultades puedan ser manejadas cuando el paciente se encuentre en la comunidad.

Las técnicas utilizadas en el manejo de los grupos consistían en sesiones grupales en las que participaban por lo general seis pacientes, se promovía la discusión y comunicación, retroalimentación y en algunos casos se realizaba role playing.

Después de las sesiones de grupo cotidianas, los pacientes realizaban ejercicios físicos por un lapso de media hora, en el jardín del hospital. El desarrollo de esta actividad permitía un libre intercambio entre los pacientes y los miembros del equipo de tratamiento que estaban a cargo de esta tarea. La participación de los pacientes llegó a ser tan activa que generalmente un paciente dirigía cada día la realización de los ejercicios.

Posteriormente los pacientes asistían a los diversos talleres de terapia ocupacional existentes en el hospital, luego pasaban al jardín donde podían socializar con pacientes de otros pisos o practicar deportes, después regresaban al piso donde recibían sus medicamentos y la comida.

Mientras los pacientes estaban dedicados a estas actividades el personal del programa se encontraba abocado al contacto con

las familias, entrevistando a nuevos pacientes candidatos a participar en el programa, aplicando los instrumentos de evaluación, realizando tareas acerca de la administración del programa o manteniendo contacto con otros servicios del hospital ya sea para canalizar pacientes, como el hospital parcial, o con la consulta externa para en ciertos casos rescatar a los pacientes que no asistieran a seguimiento.

Por la tarde después de la siesta, los pacientes participaban en el grupo de actividades recreativas y deportes, que se iniciaba con la planificación de las tareas diarias que duraban aproximadamente 2 horas, seguidas de la retroalimentación. Un día a la semana los pacientes bajaban al jardín donde podían practicar algún deporte, siendo esto de bastante ayuda para salir aunque temporalmente de la situación de encierro en que se encontraban. Las actividades diarias terminaban a las 6 de la tarde, intentando de esta forma que los pacientes mantuvieran su tiempo ocupado la mayor parte del día en comparación con los pacientes que no participaban en el programa quienes se la pasaban durmiendo toda la tarde, o caminando nerviosos por los pasillos del piso, sin saber qué hacer, ni con quién hablar.

Las actividades de la tarde estaban a cargo de un equipo de estudiantes de psicología, quienes realizaban el trabajo bajo la supervisión del equipo de tratamiento que participaba en la implemen-

tación del programa durante la mañana.

3.2.5 Manejo del paciente en el programa

El proceso de manejo del paciente comenzaba cuando se consideraba que éste llenaba los requisitos de admisión al programa y por lo tanto era canalizado para una valoración inicial que se realizaba por medio de una entrevista funcional, que estaba compuesta de tres partes: establecimiento de rapport con el paciente, exploración de su problemática en cada una de las áreas del programa y retroalimentación, que consistía en darle una devolución al paciente acerca de su problemática detectada a través de la entrevista, explicarle en qué consistía el programa, así como la necesidad e importancia de su participación e involucración.

La entrevista funcional al paciente era realizada por dos miembros del equipo de tratamiento quienes después de la entrevista intercambiaban opiniones para determinar las metas de tratamiento del paciente.

Una vez que se llegaba a un acuerdo con el paciente acerca de su aceptación para participar en el programa, se solicitaba la presencia de la familia del paciente para una evaluación inicial.

En la entrevista a la familia, después de establecer el

rapport, se hacía una descripción breve del programa y luego se procedía a indagar la problemática del paciente desde el punto de vista familiar; posteriormente se lograba un acuerdo que consistía en que la familia se comprometía a venir semanalmente para involucrarse en el proceso de tratamiento del paciente, darle apoyo y tratar la problemática familiar.

El realizar la entrevista funcional tanto al paciente como a la familia tenía como objetivo el obtener datos desde dos perspectivas distintas, que bien podían ser diferentes o similares, de manera que se pudiera contrastar y verificar la información para tener un cuadro clínico completo, siendo posible de esta forma detectar las dificultades del paciente en cada una de las áreas del programa de manera que esto permitiera determinar las metas de tratamiento.

El siguiente paso consistía en integrar al paciente al programa de tratamiento por medio de su participación en los grupos que abarcaban las distintas áreas del programa. El trabajo por lo general se realizaba con un grupo de seis pacientes, aunque a veces se contaba con 7 pacientes y otras veces solamente con 5, dependiendo de la disponibilidad de que los pacientes fueran canalizados al programa.

Cada paciente debía participar en todos los grupos y actividades del programa, de manera que permaneciera activo la mayor

parte del día.

Algunas veces cuando un paciente se sentía imposibilitado de participar se permitía que no lo hiciera ya fuera a petición del paciente o a sugerencia de algún miembro quien se encontraba en ese momento a cargo de las actividades del programa. Lo más importante en cada caso era dialogar con el paciente para comprender cabalmente su situación.

Mientras el paciente se encontraba en el programa, un aspecto de importancia, consistía en evaluar el progreso de tratamiento por medio de la sesión clínica semanal de los martes, donde se presentaba cada caso y se veía los avances y logros así como los factores por los cuales no había una evolución satisfactoria en el paciente. La sesión clínica servía como un termómetro que permitía medir y regular el proceso de tratamiento del paciente.

Conforme la hospitalización del paciente seguía su curso, así como su participación en el programa, paralelo a esto se realizaba el trabajo con la familia con la cual se trataban los problemas que aquejaban tanto al paciente como a la familia de manera que se diera la combinación del tratamiento a ambas partes.

La etapa de pre-alta tenía como objetivo concretizar las metas de tratamiento, trazadas por el equipo, en combinación con el paciente así como con su familia. Así como durante el proceso

de tratamiento nuestro interés principal era el funcionamiento de paciente en el hospital, en la etapa de pre-alta el objetivo consistía en buscar y enfatizar el futuro funcionamiento del paciente en la comunidad, es decir de que el programa tuviese su efecto en un funcionamiento satisfactorio por parte del paciente en la comunidad, lo que sería evaluado por medio del seguimiento.

Cuando se consideraba que el paciente se encontraba en condiciones de regresar a la comunidad y habiendo logrado un acuerdo entre el programa, el paciente y su familia se procedía a dar de alta al paciente, no sin antes enfatizar y esclarecer la importancia de que el paciente pudiera regresar periódicamente al hospital para realizar el seguimiento que en algunos casos servía como continuación del tratamiento iniciado con la hospitalización y, en otros casos como proceso regulador que ayudaba al paciente en su funcionamiento en la comunidad. Si el paciente no regresaba al hospital se procedía a su rescate por medio del equipo de seguimiento, aspecto explicado anteriormente en el punto 3.2.2.

3.2.6 Equipo de tratamiento

El equipo de tratamiento estuvo compuesto de psiquiatras, residentes de psiquiatría, psicólogos, enfermeras, trabajadora social, rehabilitadora e investigadores.

Considerando el modelo teórico de trabajo hospitalario, cada profesión estaba representada, abarcando de esta forma los - aspectos biológicos, psicológicos y sociales, intentando que cada especialidad fuese tomada en cuenta en una forma igualitaria.

Se integró al grupo de investigadores con el personal del hospital formándose de esta forma el equipo de tratamiento. Asimismo, se impartió capacitación a los miembros del equipo acerca de los nuevos roles que iban a desempeñar, tanto en la aplicación de los instrumentos de investigación, así como en el manejo de los pacientes.

Durante el tiempo en el que se llevó a cabo el programa hubo ciertos cambios en el personal del equipo ya que algunos miembros fueron enviados a otro servicio, a otro piso, o a otro hospital, otros a pesar de su compromiso inicial, no pudieron continuar en el programa debido a que tenían suficiente trabajo con las actividades propias del hospital y participar en el programa requería de un esfuerzo extra; algunos miembros fueron promovidos a cargos de mayor importancia, situación que les impidió seguir cooperando con el programa. De todas formas siempre se contó con un equipo completo que realizara las actividades tanto en las mañanas como en las tardes.

3.3 Descripción del hospital

El programa se llevó a cabo en lo que podríamos llamar un escenario profesional: un hospital psiquiátrico, ubicado en la zona de hospitales, al sur de la ciudad de México, en el Distrito Federal.

El hospital se caracteriza por tener una estructura vertical de nueve pisos de altura. Tiene un cupo de 600 camas y presta atención básicamente a pacientes agudos. El hospital cuenta con los siguientes servicios: consulta externa, hospitalización, urgencias y hospitalización parcial.

Departamentos médicos: psiquiatría, neurología, medicina interna, cardiología y oftalmología.

Departamentos quirúrgicos: cirugía general y bucodentomaxilar.

Departamentos auxiliares de diagnóstico y tratamiento: rayos "x", EEG, ECG, anatomía, patología, psicología, terapia intensiva, anestesia, recuperación postoperatoria y laboratorios.

Departamentos paramédicos: enfermería, nutrición, archivo clínico, admisión, trabajo social, bioestadística, terapia ocupacional, y cuerpo de voluntarias.

Departamento de enseñanza: que comprende la especialidad

(residencia) en psiquiatría, internado, postgrado, pregrado y bibliohemeroteca.

Departamentos administrativos, de aprovisionamiento y generales: mantenimiento, intendencia, lavandería, etc.

Dadas las características de institución psiquiátrica se puede considerar al hospital como el más grande de Latinoamérica ya que no se conoce un hospital psiquiátrico con estas características en esta parte del mundo.

El hospital fue creado como resultado de estudios y análisis realizados en 1965 en lo que se denominó como operación "La Castañeda" más conocida como el Manicomio General, que "fue construido a principios del siglo cuando prevalecía el criterio de que el establecimiento psiquiátrico tenía como objetivo único el aislar al paciente con el objeto de proteger a la sociedad en que vive", Calderón (1966).

Las autoridades de ese entonces decidieron suprimir el manicomio, creando nuevas y mejores instituciones para el enfermo mental y que éstas vayan de acuerdo con los avances de la psiquiatría moderna.

Una de las decisiones consistió que de los 2,800 pacientes del Manicomio General, 550 deberían ser atendidos en un hospital

para agudos y el resto acomodados en otro tipo de instituciones: hospitales granjas, hospitales psiquiátricos infantiles, etc.

El hospital fue construido durante 1965 y empezó a funcionar en 1966.

En la planta baja del lado derecho se encuentran la dirección, subdirección, el departamento de enfermería, servicios administrativos y la cafetería. En el lado izquierdo se ubica la consulta externa, el departamento de psicología y el archivo clínico. Al centro en frente de la puerta principal se encuentra un módulo de información.

Caminando hacia los elevadores se encuentran los consultorios para atender a los pacientes de urgencia, así como una área para la llegada de las ambulancias.

En la parte posterior se encuentra el servicio de hospitalización parcial, así como los distintos talleres con los que cuenta el hospital: pintura, costura, encuadernación, tejido y bordado, carpintería y trabajos manuales. En la parte de atrás se encuentra el jardín y algunos espacios para que los pacientes puedan practicar actividades deportivas.

Los pisos, donde se encuentran los pacientes hospitalizados, todos se encuentran distribuidos de la misma forma. Una sección para

hombres y otra para mujeres. En medio de las secciones se encuentra la oficina del jefe del piso, así como una oficina de psicología. También se dispone de un cuarto que puede ser utilizado para entrevistar alguna familia o en otros casos en el cuarto se realizan actividades administrativas.

Cada sección cuenta con consultorios, una oficina de enfermería, los dormitorios para los pacientes, algunos de seis y otros de tres camas, la cocina comedor, que a veces es utilizado como sala de recreación donde se encuentra un televisor y finalmente los baños. Cada piso tiene también una sala de espera para los familiares de los pacientes y un auditorio donde se imparten clases, conferencias, etc.

En el quinto piso solamente existe una sección para hombres, el resto es ocupado por el servicio de cirugía. En el octavo piso se encuentra una área para los residentes, el departamento de enseñanza, etc.

En el sótano se encuentra la cocina del hospital, así como los servicios de mantenimiento, lavandería, etc.

Frente a la entrada del hospital se encuentra el estacionamiento y a un lado el auditorio, en el que se realizan las sesiones clínicas semanales, conferencias, eventos científicos, mesas de discusión.

4. METODOLOGIA Y DISEÑO DE INVESTIGACION

4.1 Diseño experimental y selección de la muestra

Antes de empezar la implementación del programa se realizó una etapa pre-experimental que sirvió para realizar una serie de consideraciones acerca del diseño, selección de los pacientes, así como de los instrumentos a utilizar, para luego tomar resoluciones definitivas acerca de estos aspectos.

La decisión acerca del diseño experimental se realizó en virtud de que otro tipo de diseños que se consideraron, no se pudieron llevar a cabo debido a incontables problemas administrativos.

El intentar canalizar a los pacientes en forma aleatoria desde el servicio de urgencias a cada piso (grupo) fue sumamente difícil. Se intentó probar este sistema pero lamentablemente no resultó, ya que para su funcionamiento se hubiera requerido tener personal permanente en esa situación, lo cual era más que imposible.

Por otro lado la elaboración de una lista que incluyera a todos los pacientes de cada piso y que ésta sirviera como sistema de canalización; no fue posible debido a que no todos los residentes de los pisos estudiados participaban en la investigación, por lo tan-

to no se podía tener acceso a toda la población de pacientes.

En base a estas consideraciones se decidió utilizar un diseño cuasi-experimental de grupos no equivalentes.

Existen una variedad de escenarios sociales en los que se pueden realizar investigaciones utilizando un diseño cuasi-experimental debido a que no se tiene un control completo de todas las variables, por lo tanto, es importante darse cuenta de este tipo de escenarios, por ejemplo: un hospital mental, donde se pueda realizar este tipo de diseño (Campbell y Stanley, 1963).

Toda investigación experimental requiere de la formación de un grupo experimental y un grupo control, de manera que se pueda canalizar aleatoriamente sujetos a ambos grupos, cuando se utiliza un diseño cuasi-experimental el psicólogo puede manipular la variable independiente, (el tratamiento) pero no puede asignar sujetos aleatoriamente a los grupos (Lewin, 1979).

Quando se presenta esta situación, una técnica que se puede usar, es la de aparear a los sujetos utilizando distintas variables, de esta forma se consigue que el diseño de investigación mejore considerablemente (Plutchik, 1974).

La decisión de utilizar un diseño cuasi-experimental de grupos no-equivalentes se debió más que a todo a como se presentaban

las condiciones de la institución, de manera que se pudiera tomar ventaja de esta situación y adaptar el diseño a la situación real del hospital. Era virtualmente imposible tener un control de todas las variables para tener una rigurosa y aleatoria canalización de los pacientes a los grupos bajo estudio. Esto obviamente implicaba el no contar con dos grupos equivalentes de sujetos. Para resolver este problema, como se verá posteriormente, se aparearon los dos grupos de pacientes utilizando variables como: sexo, edad, escolaridad, estado civil, etc., de manera que se pudiera contar con dos muestras homogéneas.

Utilizando la población del hospital se formaron dos grupos de pacientes: el grupo experimental al que se aplicó el tratamiento biopsicosocial, y el grupo control, que recibió únicamente el tratamiento usual (biológico) de la institución.

Cada grupo se constituyó en un piso distinto del hospital, siendo ambos pisos totalmente idénticos en lo que se refiere a la distribución y configuración física.

Para captar los sujetos que participarían en la investigación se decidió que los residentes, tanto del grupo experimental como del grupo control, tendrían la tarea de canalizar los pacientes a cada grupo de acuerdo a los criterios de admisión.

Se utilizó el mismo procedimiento para ambos grupos:

Los residentes del grupo experimental canalizaban a los pacientes quienes participaban en el programa de tratamiento, mientras que los residentes del otro grupo bajo estudio, referían a los pacientes quienes servirían como sujetos controles.

Para obtener el número total de pacientes se utilizó el método de diseño secuencial (Hamilton, 1974) en el cual se decide de antemano, cuántos sujetos se van a incluir en la investigación, de manera que cuando se logra el número requerido, se termina la canalización de pacientes y se procede a analizar los resultados.

Se decidió canalizar un total aproximado de 60 pacientes a cada grupo, de manera que después de todas las pérdidas, deserciones o fugas de los pacientes se pudiera contar con 35 sujetos en cada grupo. Un total de 63 pacientes fueron admitidos al grupo experimental y 58 al grupo control.

Los sujetos utilizados en la investigación fueron pacientes agudos hospitalizados, únicamente del sexo masculino.

4.2 Instrumentos de Investigación

Para el presente trabajo se consideró utilizar tres instru-

mentos de investigación que aplicados en combinación, permitieran determinar los siguientes aspectos: características demográficas, sintomatología y el nivel de funcionamiento global psicosocial de los pacientes.

4.2.1. Características demográficas

Para determinar las características demográficas de los pa
cientes se elaboró un instrumento de investigación denominado :
Hoja de Datos Básicos Demográficos (HDBD), que incluía los siguien
tes aspectos: nombre, domicilio particular, lugar de trabajo y teléfo
no del paciente; nombre del familiar responsable y dirección donde
podría ser localizado; número de expediente; número del paciente;
sexo, edad, fecha de nacimiento, estado civil, nivel socio-económi-
co, escolaridad, ocupación, lugar de procedencia y residencia; nú-
mero de piso en el que se encontraba internado, fecha de ingreso y
egreso, tiempo de permanencia, número y duración de hospitalizacio
nes previas; cómo vino el paciente al hospital: 1) traído por familia-
res, 2) transferido de otro hospital, 3) remitido de alguna casa de pro
tección social, 4) traído por la policía, 5) traído por amigos o conoci-
dos, 6) vino por sí mismo, 7) otro; motivo de alta: 1) por remisión de
sintomatología, 2) transferido a otro hospital psiquiátrico, 3) por peti
ción familiar, 4) transferido a otro hospital debido a necesidades médi
cas del paciente, 5) por fuga, 6) salíó con permiso del hospital y no re

gresó, 7) defunción, 8) otro; diagnóstico (s), fecha de la obtención de datos y entrevistador: 1) médico-psiquiatra, 2) psicólogo, 3) residente, 4) trabajadora social, 5) enfermera, 6) otro. (Apéndice 1)

Forma de aplicación:

Para la obtención de datos demográficos se utilizaba el expediente clínico del paciente y en algunos casos, cuando la información estaba incompleta, se obtenían los datos directamente del paciente. La obtención de datos estaba a cargo de algún miembro del equipo, por lo general de un psicólogo. En la Hoja de Datos Básicos Demográficos se contaba con los espacios correspondientes en cada pregunta, para codificar la información, lo que facilitaba el cómputo final de los datos.

4.2.2 Sintomatología

Para evaluar la sintomatología se utilizó la escala Breve de Apreciación Psiquiátrica más conocida como BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), elaborada por Overall y Gorham (1962). La escala fue diseñada teniendo como base a dos escalas de sintomatología: MSRPP y IMPS, desarrolladas previamente por Lorr (1953).

La escala comprende 21 reactivos: 1) preocupaciones somáticas, 2) ansiedad, 3) pobreza emocional, 4) desorganización conceptual

5) sentimientos de culpa, 6) tensión, 7) manierismo y posturas extrañas
 8) grandiosidad, 9) depresión, 10) hostilidad, 11) suspicacia, 12) alucinaciones, 13) retardo motor, 14) falta de cooperación, 15) contenido del pensamiento, 16) aplanamiento afectivo, 17) excitación, 18) desorientación, 19) alteraciones de la atención, 20) alteraciones de la memoria, 21) demencia. (Apéndice 2)

Para cada reactivo existe una explicación que sirve para orientar al entrevistador acerca de la forma de calificar la escala, así por ejemplo:

- 1) Preocupaciones somáticas.- Preocupaciones o temores en relación con su salud física. Hipocondriasis.
- 2) Ansiedad.- Inquietud, miedo o preocupación exagerada por el presente o futuro. Se valora en base al informe del paciente.
- 11) Suspiciona.- Desconfianza, creencia que otros tienen intenciones maliciosas o discriminatorias hacia él. Ideas persecutorias y de referencia. Valórese sólo la suspicacia presente o sostenida.
- 16) Aplanamiento afectivo.- Tono emocional bajo, reducción de la intensidad normal de los sentimientos y de las reacciones emocionales.
- 18) Desorientación.- Confusión o desorientación de personas. lugar y tiempo.

Cada reactivo se califica utilizando una escala de 6 puntos:
 Ausente = 0, Muy leve = 1, Leve = 2, Moderado = 3, Moderado Intenso = 4, Intenso = 5, Muy intenso = 6, con los que se evalúa la presencia

cia de sintomatología.

La escala permite una rápida evaluación del paciente por medio de una entrevista estructurada que dura aproximadamente 20 minutos y que puede ser aplicada por psiquiatras o psicólogos clínicos. La escala ha sido utilizada generalmente en pacientes psiquiátricos hospitalizados, especialmente en pacientes esquizofrénicos.

Diferentes estudios han encontrado que la escala presenta adecuados niveles de validez y confiabilidad (Gorham y Overall, 1960) y (Overall y Gorham, 1962).

Las escalas fueron aplicadas por los psiquiatras y psicólogos que participaron en la investigación tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

4.2.3 Funcionamiento Global Psicosocial

El funcionamiento Global Psicosocial fue evaluado por medio de la Escala de Valoración Global de Spitzer, Gibbon y Endicott (1976).

La Escala, como su nombre lo indica, sirve para valorar el funcionamiento global del paciente utilizando un continuo salud-enfermedad psicológica o psiquiátrica, que incluye los síntomas así como el funcionamiento psicosocial de aspectos específicos, eventos y circunstancias de conducta observable del paciente.

La calificación de la escala comprende un rango de valores del 1, que representa al individuo más enfermo, al 100, es decir, al individuo hipotéticamente más sano.

La escala está dividida en 10 intervalos iguales, (1-10, 11-20, 20-30, etc.), y las características de cada intervalo, que a su vez comprende 10 puntos, (1,2,3,4,10), aparecen definidos para facilitar la calificación de la escala. (Apéndice 3)

Para obtener mediciones periódicas y uniformes es preciso de terminar al periodo de evaluación, en este caso se decidió evaluar a los pacientes semanalmente ya que este parámetro de tiempo permite ver los cambios en el tratamiento con mayor frecuencia.

Para calificar la escala, el clínico debe evaluar el nivel más bajo de funcionamiento del paciente durante la última semana, seleccionando el intervalo que corresponde a la descripción de su funcionamiento. Por ejemplo, un paciente que presenta preocupaciones o intento de suicidio, obsesiones rituales graves, ataques de ansiedad, etc. debe ser clasificado en el intervalo 41-50 que comprende: "Cualquier sintomatología, serio deterioro en funcionamiento, de tal forma que la mayoría de los clínicos pensarían claramente que requiere tratamiento". Para determinar en que nivel de este intervalo se encuentra el paciente; por ejemplo, 42, 44, 49, etc. el clínico debe examinar el intervalo superior que corresponde a 51-60 y el intervalo inferior 31-40

y determinar hacia cuál el paciente se encuentra más cercano y en base a esto efectuar la calificación.

Entre las ventajas que presenta la Escala de Valoración Global, se pueden mencionar a su facilidad de calificación ya que se requiere menos de un minuto para determinar el nivel de funcionamiento de un paciente. Asimismo, la utilidad que se puede lograr de la escala evaluando el impacto de programas de tratamiento, así como realizar comparaciones acerca del efecto global de diversos sistemas terapéuticos.

La escala presenta niveles aceptables de validez y confiabilidad así como de sensibilidad, para medir cambios en el paciente a lo largo de un tratamiento y también en el periodo pos-hospitalario. La escala puede ser aplicada en una variedad de escenarios hospitalarios y dadas sus características es un instrumento ampliamente aceptado por la mayoría de los clínicos.

La escala fue aplicada por lo general, por psicólogos, tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

4.3 Procedimientos

En esta parte se explican los procedimientos utilizados para llevar a cabo esta investigación, los que se dividen en dos partes:

etapa pre-experimental o de preparación y etapa experimental o de implementación del programa.

4.3.1 Etapa pre-experimental

La experiencia nos indica que la tarea de iniciar un programa de tratamiento no es nada fácil más aún si el intento se realizaba a nivel experimental, lo que implicaba que no existían antecedentes acerca de un programa de esta naturaleza, con este tipo de pacientes y por lo tanto se tenía que realizar un trabajo original.

Con el objetivo de ser originales se consideró que antes de implementar el programa era preciso pasar por una fase de preparación que sirviera como etapa de prueba y entrenamiento al trabajo próximo a realizar. En virtud de esto se decidió realizar una etapa pre-experimental durante la cual se probaron una serie de técnicas de tratamiento, así como los instrumentos de investigación que se iban a utilizar.

El primer aspecto a considerar consistió en buscar un lugar de trabajo. A pesar de que se disponía de toda una sección de un piso, era necesario contar con un espacio específico para poder trabajar con los pacientes. Inicialmente se utilizó el comedor de la sección que tam

blén servía como espacio donde los pacientes pasaban gran parte del día. Este lugar tenía capacidad para 50 pacientes y el mobiliario comprendía mesas y sillas.

Muy pronto se pudo comprobar lo inadecuado del lugar ya que no se podía trabajar con tranquilidad por las interferencias de otros pacientes quienes permanentemente se acercaban a preguntar, demandar e interrumpir el trabajo que se realizaba con los pacientes del programa.

Dadas las circunstancias se solicitó al jefe del piso, nos facilitara un espacio para trabajar con los pacientes, quien amablemente accedió a nuestra petición y de esta forma se pudo habilitar un cuarto del piso que servía como depósito de objetos inservibles. Este cuarto que hace algunos años había sido utilizado como "lugar de aislamiento" para pacientes agresivos o violentos, se encontraba ubicado junto a los otros consultorios de la sección, es decir enfrente de los dormitorios de los pacientes.

El cuarto se convirtió en un cubículo multifuncional ya que servía como consultorio para realizar las entrevistas de admisión, así como el centro administrativo del programa y finalmente como el lugar donde se realizaban las sesiones de grupo con los pacientes. El consultorio tenía capacidad para aproximadamente 10 personas: 6 u 8 pacientes y dos personas del equipo que manejaban al grupo de pacientes.

Contaba con un escritorio, un archivero, sillas y un espacio para guardar el material de trabajo.

El piso globalmente incluía dos secciones: una de hombres y otra de mujeres. Cada sección comprendía varios consultorios, un área de enfermería, el comedor o espacio donde los pacientes estaban la mayor parte del tiempo, la cocina, baños y los dormitorios de los pacientes.

Las secciones estaban cerradas con llave permanentemente. En medio de las secciones se encontraban la oficina del jefe del piso, y de la secretaria, así como el cubículo de psicología, la cámara de Gesell, la sala de juntas y hacia afuera un espacio que servía como sala de espera para los familiares de los pacientes. Junto a la sala de espera se encontraba un cubículo que se utilizó para entrevistar a las familias de los pacientes que participaban en el programa.

Durante la etapa pre-experimental también se llevó a cabo el proceso de capacitación para el personal del equipo de tratamiento para lo cual se elaboró un manual de procedimientos.

En la primera fase de capacitación participaron todos los miembros del equipo ya que en esta parte se explicaron los objetivos, lineamientos y aspectos generales del programa. En la segunda fase se dividió al personal en grupos ya que cada uno realizaría actividades diferentes pero que globalmente se complementaban.

Se formó un grupo de pacientes con los cuales se realizaba las diferentes áreas del programa y al mismo tiempo se iba capacitando al personal acerca de las técnicas del tratamiento y el manejo de los pacientes.

La etapa pre-experimental también sirvió para probar una serie de instrumentos de investigación, aproximadamente veinte en total, para posteriormente decidir cuales utilizar en forma definitiva, de esta forma se consideró evaluar los siguientes aspectos: psicopatología clínica (sintomatología), funcionamiento psicosocial, conducta hospitalaria, cohesividad grupal y el índice de satisfacción con el servicio de parte del paciente, así como de la familia de éste. También se capacitó al personal acerca del uso, aplicación y calificación de los instrumentos de investigación.

La etapa pre-experimental sirvió en resumen para buscar y conseguir un lugar específico para el programa, capacitar al personal tanto en lo que refiere al tratamiento, entrevistas iniciales y de alta, como en el manejo de los instrumentos de investigación, así como en algunos momentos se trabajaba con el grupo de pacientes en el área de habilidades sociales, orientación ocupacional, control de medicamentos, etc., parte de las actividades consistían en ver a las familias de los pacientes, de manera que el equipo también se encontraba preparado para el trabajo con las familias cuando se iniciara el programa, pero sobre todo la etapa pre-experimental sirvió para probar y definir un

sistema de trabajo con los pacientes, y esto para el buen funcionamiento del programa era de vital importancia.

Cuando se consideró que se habían cubierto todos los aspectos prácticos del programa y por lo tanto nos encontrábamos en condiciones óptimas de realizar el trabajo, se decidió empezar el programa (etapa experimental) y que todos los problemas que se presentaran se solucionarían sobre la marcha. La etapa pre-experimental tuvo una duración de 9 meses.

4.3.2 Etapa Experimental

El trabajo de investigación comprendía dos aspectos importantes: 1.- la administración del programa y 2.- el trabajo con los pacientes. El segundo aspecto ya fue explicado ampliamente en el capítulo anterior en el punto 3.2.4 Funcionamiento del programa y 3.2.5 Manejo del paciente en el programa.

Los procedimientos de la etapa experimental o de implementación abarcaban por lo tanto la administración del programa así como la aplicación de los instrumentos de investigación.

La implementación se inició con la canalización del primer grupo de pacientes a quienes se evaluó para admisión por medio de la entrevista funcional para luego decidir su aceptación al programa.

Los instrumentos de investigación se aplicaban al paciente en tres puntos en tiempo: ingreso, egreso y seguimiento.

Una vez que el paciente ingresaba al programa se obtenían los datos sociodemográficos, del expediente clínico, los cuales eran traspasados a la Hoja de Datos Básicos Demográficos (HDBA). Asimismo se le aplicaba la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS) para evaluar psicopatología clínica (síntomatología) y la Escala de Valoración Global (EVG) para evaluar el nivel de funcionamiento psicosocial global.

Para cada paciente se surtía un expediente interno del programa que incluía su nombre, apellidos, y su número correspondiente. En el expediente se iban adjuntando los instrumentos aplicados durante el periodo de hospitalización, así como en el seguimiento.

Todos los pacientes que participaban en el programa eran registrados en una hoja de control que como su nombre lo indica servía para tener un "control" de que todos los instrumentos fueran aplicados en su debida oportunidad. Para los pacientes del grupo control incluidos en el estudio se siguió el mismo procedimiento ya que a ambos grupos de pacientes (experimental y control) se les aplicaron los mismos instrumentos de investigación.

Al momento de ser dado de alta se aplicaban al paciente la Escala de Valoración Global y la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica y durante la etapa de seguimiento solamente la Escala de Valoración Global, de manera que se pudiera tener una secuencia del funcionamiento psicosocial del paciente, tanto durante su permanencia en el hospital, así como en la comunidad.

Cuando el paciente iba a ser dado de alta se hacía hincapié en la importancia de que viniera periódicamente al hospital para evaluar su estado.

A cada paciente se le entregaba su carnet de seguimiento, donde venía indicada la fecha de su próxima cita. Después de cada seguimiento se le volvía a dar una cita al paciente de manera que este supiera cuando tenía que venir exactamente. Esta información también era de importancia para el personal del equipo de tratamiento ya que permitía elaborar un rol de seguimiento que aparecía semanalmente de manera que se tenía la información para cada día, acerca de cuáles pacientes iban a venir a seguimiento.

Un aspecto que se consideró en la etapa pre-experimental y que se implementó en la etapa experimental fue acerca del seguimiento. Se decidió que era necesario continuar evaluando al paciente una vez que éste fuera dado de alta para determinar su funcionamiento en la comunidad, por lo tanto el seguimiento aparecía como un elemento de vital im-

portancia para determinar las diferencias de funcionamiento entre el grupo experimental y el grupo control.

Un problema que se presentó fué que a pesar de haber considerado realizar el seguimiento de los pacientes, realmente no se decidió como llevar esto a cabo ya que todo nuestro trabajo previo había sido básicamente hospitalario, es decir considerando al paciente durante el periodo de internamiento. No se pudo probar realmente lo que sería realizar el seguimiento, por lo tanto este problema se tuvo que solucionar sobre la marcha, es decir que cuando los primeros pacientes fueron dados de alta, se empezó a trabajar con un sistema de segumiento hospitalario.

Los pacientes venían al hospital, previa cita, donde se realizaba el seguimiento. Sin embargo habían algunos pacientes, que por diversas causas no asistían a la cita que tenían en el hospital. Con estos pacientes se seguía el procedimiento explicado en el capítulo anteriores: 3.2.2 Estructura del programa; etapa de seguimiento, si esto no funcionaba la alternativa más adecuada consistió en salir a la comunidad para rescatar a los pacientes.

En vista de esto, se diseñó un sistema de seguimiento comunitario inicial, el cual fue corroborado y afinado cuando se fue a las casas de los pacientes, de manera que existiera un sistema que incluyera todos los aspectos para valorar al paciente en la comunidad, rescatarlo para que continuara su seguimiento en el hospital, o en el último ca-

so si el paciente se encontraba en malas condiciones invitarlo para que considerara regresar al hospital y una vez que se encontrara ahí buscar la mejor alternativa para su recuperación.

5. Resultados

Los resultados se presentan comparando las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control considerando los siguientes aspectos de evaluación: características demográficas, diagnóstico, sintomatología y funcionamiento psicosocial.

5.1 Características demográficas

Las características demográficas incluyen las siguientes variables: edad, escolaridad, estado civil, procedencia, ocupación, tiempo máximo de ocupación en el mismo empleo, tiempo de desempleo en los últimos dos años, número de hospitalizaciones previas y cómo llegó el paciente al hospital, que aparecen en las tablas: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 respectivamente.

En lo que se refiere a edad (tabla 1) se observa que la mayoría de los pacientes experimentales (71.4%) y controles (54.2%) se encuentran comprendidos en el rango de 21 a 30 años, siguiéndole en importancia los pacientes con edades entre 31 a 41 años, 11.4% grupo experimental y 22.8% grupo control, respectivamente, y en menor cantidad los pacientes de 18 a 20 años de edad; 3 pacientes (8.5%) por cada grupo. El porcentaje de pacientes con edades mayores a los 40 años es mínimo, 2.8% grupo experimental y 5.7% grupo control. En algunos pacientes no se pudo indagar la edad, siendo los porcentajes en esta categoría muy reducidos.

Considerando los criterios de edad de admisión al programa como bastante amplios; 18 a 50 años la población de pacientes aparece como muy joven, la mayoría entre 21 y 30 años con una media de ($\bar{x}=25.3$) para el grupo experimental y ($\bar{x}=27.8$) para el grupo control.

En escolaridad los porcentajes de algunas categorías presentan características interesantes (tabla 2). A nivel primaria no existen diferencias importantes, por el contrario, se observa una equivalencia entre ambos grupos: (22.8%) grupo experimental y (20.0%) grupo control. Los pacientes que no terminaron primaria aparecen en mayor proporción en el grupo control (22.8%) a diferencia del (17.1%) del grupo experimental. Lo mismo ocurre a nivel secundaria, donde los porcentajes en el grupo control (25.7%) son mayores que en el grupo experimental (20.0%). Algo distinto ocurre a nivel preparatoria donde un mayor número de pacientes: 5 en total (14.2%) experimentales llegaron a este nivel en comparación con solamente un paciente (2.8%) del grupo control. El nivel universitario también favorece a los pacientes experimentales 11.4% a diferencia del 5.7% de los pacientes controles.

A nivel global se observa que las diferencias en escolaridad entre ambos grupos de pacientes no son muy marcadas, ya que los mayores porcentajes se encuentran distribuidos en una forma equivalente en los niveles de: primaria incompleta, primaria y secun-

daria. Es importante hacer notar que 6 pacientes controles (17.1%) desconocían su nivel de escolaridad a diferencia de solamente 3 pacientes experimentales (8.5%).

Considerando que el promedio de escolaridad a nivel nacional es de 3 años, la escolaridad de los pacientes estudiados aparece como aceptable, ya que en forma global se observan porcentajes considerables que llegan hasta el nivel de secundaria.

En cuanto al estado civil, los resultados indican que la mayoría de los pacientes experimentales (91.4%) y controles (71.4%) son solteros y en menor proporción casados (8.5%) grupo experimental y (5.7%) grupo control. Solamente 3 pacientes controles (8.5%) están divorciados o separados y 5 pacientes de este mismo grupo (14.2%) no reportaron o desconocen su estado civil. Los datos acerca del estado civil coinciden con la edad de los pacientes, que como se mencionó anteriormente, es una población sumamente joven (tabla 3).

En lo que refiere a la procedencia de los pacientes, se encontró que la mayoría provienen del Distrito Federal y Zona Metropolitana: 77.1% grupo experimental y 85.7% grupo control, y en menor número de provincia. Estos resultados se deben a que un requisito para participar en el programa consistió en aceptar pacientes preferentemente del D.F. y Zona Metropolitana para poder realizar el seguimiento comunitario (tabla 4).

La ocupación de los pacientes se presenta en la tabla 5 ,

en la que se observa que un 28.5% de pacientes experimentales y un 45.7% de pacientes controles se encontraban desempleados antes de ingresar al hospital. Los pacientes que tenían algún tipo de trabajo fueron 7 experimentales (20%) y 9 controles (25.7%). De la misma forma el 25.7% de los pacientes experimentales realizaban trabajos eventuales, mientras que solamente el 5.7% de los pacientes controles desempeñaban estos trabajos.

Un porcentaje considerable de pacientes experimentales (17.1%) no tenían ninguna ocupación, lo que implica que también se encontraban desempleados. Sumando esta cantidad al porcentaje de pacientes sin empleo, se obtiene la misma proporción de pacientes desempleados, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, aproximadamente el 45%. Es importante mencionar que un 20% de los pacientes controles no pudieron informar ningún tipo de ocupación.

En la tabla 6 se presenta el tiempo máximo de ocupación en el mismo empleo, donde el 14.2% de los pacientes experimentales y el 22.8% de los pacientes controles, mantuvieron un empleo durante un periodo de 1 a 5 años. En menor proporción aparecen los porcentajes en las categorías de menos de 6 meses, de 6 meses a 1 año, y de más de 5 años. Llama mucho la atención que los mayores porcentajes se encuentran en la categoría de no aplicable y desconocido, lo que implica de alguna forma la dificultad de los pacientes de mani-

festar sus carencias ocupacionales y también lo complicado de obtener información confiable en lo que a ocupación de los pacientes se refiere. A pesar de que los porcentajes de mantener un trabajo en la categoría de uno a cinco años son los más elevados, éstos, en comparación con las otras categorías y con los porcentajes en forma global, indican una inestabilidad ocupacional de la población de pacientes estudiados.

Los datos acerca del tiempo de desempleo en los últimos dos años (tabla 7), indican que los porcentajes más altos de pacientes (11.4%) grupo experimental y (25.7%) grupo control, estuvieron desempleados por un tiempo mayor a un año antes de ingresar al hospital. En menores porcentajes se distribuyen los pacientes en las categorías de menos de 6 meses y de 6 meses a un año respectivamente.

De la misma forma que en los datos acerca del tiempo máximo de ocupación en el mismo empleo (tabla 6), los mayores porcentajes del tiempo de desempleo en los últimos dos años (tabla 7) aparecen en las categorías de no-aplicable; (22.8%) grupo experimental y control y (34.2%) y (25.7%) en la categoría de desconocido para ambos grupos. Esto de alguna forma corrobora lo mencionado anteriormente acerca de los inconvenientes de lograr obtener datos confiables de las características ocupacionales de los pacientes.

En forma global se puede resumir que el nivel ocupacional de los pacientes estudiados es muy pobre, ya que los mayores por-

centajes indican que estos se encontraban desempleado antes de ingresar al hospital y con serias dificultades para mantener un trabajo en distintos periodos de tiempo (6 meses, un año, etc.). Algunos autores como Wing (1974; Fairweather et al 1969; Creer, 1975), etc., han mencionado las dificultades ocupacionales del paciente psicótico no solamente en mantener un trabajo, sino en conseguir empleo y desempeñar un rol ocupacional satisfactorio. Existen algunos factores que el paciente psicótico no puede controlar; por ejemplo, la incapacidad de trabajar a un mismo nivel y velocidad requeridas, la tendencia a cometer errores cuando es necesario tomar algunas decisiones un tanto complejas, la situación de estar sometido a mucha presión, sobre todo cuando las habilidades ocupacionales son mínimas e influenciadas gran parte del tiempo por la enfermedad, así como también la dificultad de relacionarse con los compañeros de trabajo y con supervisores, y finalmente, la sensación de tener que aceptar que la enfermedad produce cierto grado de incapacidad, y por lo tanto, decidir realizar un trabajo de menor nivel con complicaciones de ajustes económicos, sociales, personales, familiares, etc.

El número de hospitalizaciones previas se presenta en la tabla 8, donde se observa que el porcentaje más alto de pacientes; 7 en cada grupo, es decir, el 20% no tuvieron ningún internamiento antes de ser hospitalizados. Los restantes porcentajes se dividen en pacientes que tuvieron de una a cuatro hospitalizaciones previas, a excep

ción de los pacientes que presentan una hospitalización, donde se observa una equivalencia entre los grupos experimental y control, esto no ocurre en las siguientes categorías, ya que los porcentajes se encuentran dispersos entre los pacientes de dos, tres y cuatro hospitalizaciones previas. Sin embargo, si existe cierta paridad sumando los pacientes de las cuatro categorías (1 a 4 hospitalizaciones); 15 pacientes experimentales (42.8%) y 14 pacientes controles (40%).

Se podría explicar inicialmente que la variación de los datos se puede deber a los problemas durante el proceso de canalización, explicados en el capítulo de metodología, donde se comentaba las dificultades encontradas al tratar de tener un control estricto de todas las variables. El considerar acumular una muestra aceptable de pacientes, solamente con una, dos, tres o ninguna hospitalización previa, hubiera sido un proceso interminable y de larga duración. Estos problemas son característicos de la investigación clínica, donde un problema fundamental es lograr patrones adecuados de canalización y como consecuencia muestras aceptables de pacientes sobre todo cuando se comparan dos grupos de pacientes.

Un aspecto de importancia acerca del número de hospitalizaciones previas es que además de todo lo considerado, los mayores porcentajes aparecen en la categoría de desconocido; 37.1% grupo experimental y 40% grupo control, lo que refleja, al igual que los otros datos demográficos, que no es fácil obtener información

confiable en este tipo de pacientes.

La última tabla de características demográficas incluye datos acerca de cómo llegó el paciente al hospital (tabla 9). Se encontró que la mayoría de los pacientes; (91.4%) experimental y (82.8%) control, fueron llevados por sus familiares y en porcentajes mínimos por amigos o conocidos; un paciente (2.8%) en cada grupo, un paciente (2.8%) control fue llevado por la policía y un paciente experimental (2.8%) llegó por sí mismo.

5.2 Diagnóstico

Como paso inicial al manejo de los datos de diagnóstico, se elaboró un listado que incluyó los diagnósticos de los pacientes experimentales y controles. Posteriormente se agruparon los diagnósticos en tres categorías: condiciones orgánicas, condiciones psicóticas funcionales y dependencia de drogas, de manera que se pudiera comparar la distribución de los pacientes en cada una de estas categorías y también en una forma global.

El resumen y presentación de diagnósticos aparece en la tabla 10, donde se observa cómo se distribuyen los diagnósticos en los pacientes experimentales y controles.

No aparecen diferencias importantes en la categoría de condiciones orgánicas, sin embargo, el mismo número de pacientes: 7 en cada grupo (19.9%) tuvieron diagnósticos con estas características.

En la categoría de condiciones psicóticas funcionales, los mayores porcentajes se presentan en la psicosis de tipo paranoide (25.7%) grupo experimental y (22.8%) grupo control, distribuyéndose un total de 17 pacientes experimentales (48.5%) y 16 controles (45.6%) con diagnósticos de psicosis funcionales.

En dependencia de drogas, los porcentajes más elevados aparecen en los pacientes con intoxicación patológica por drogas; 4 pacientes (11.4%) en cada grupo. Al igual que en las anteriores categorías, alrededor del mismo número de pacientes: 11 experimentales (31.4%) y 12 controles (34.2%) se distribuyeron en la categoría de dependencia de drogas.

En forma global se puede encontrar la equivalencia que existe en el número y porcentaje de pacientes experimentales y controles para las tres categorías consideradas, presentándose por lo tanto, un apareamiento sumamente aceptable en cada categoría y también en forma global.

5.3 Sintomatología

Los resultados de sintomatología aparecen en las tablas 11, 12, 13 y en la gráfica 1, respectivamente.

En la tabla 11 se presenta la comparación de sintomatología que incluye los 21 reactivos que comprenden la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica. Para cada reactivo se obtuvo la media (\bar{x})

y desviación estandar (D.S) en ingreso y egreso, así como la diferencia entre estas instancias en el grupo experimental y control. En la (tabla 12) aparecen los mismos resultados presentados en una forma más específica, ya que solamente se incluyen las medias obtenidas por los pacientes en ingreso y egreso en cada uno de los reactivos, así como la media (\bar{x}) total para cada grupo. También se incluyeron las diferencias, es decir, la puntuación de ganancia lograda como resultado de los tratamientos aplicados, en cada reactivo y la diferencia total, así como el análisis estadístico utilizado (Prueba t de student) para determinar la existencia de diferencias significativas, en sintomatología, entre los pacientes experimentales y controles.

Analizando los resultados de sintomatología, el primer aspecto que se puede comentar es la comparación de la media de egreso (.68) del grupo experimental, que de acuerdo a la escala aplicada corresponde al nivel de "ausencia" de síntomas, y la media del grupo control (1.01) que se refiere a la presencia de síntomas en el nivel de "muy leve", lo que indica que los pacientes experimentales salieron del programa con un nivel menor de síntomas que los pacientes controles.

En lo que se refiere a las diferencias entre ingreso y egreso, es decir, a las ganancias de puntuación entre los dos grupos de pacientes, se encontró que de los 21 reactivos, en 19 de ellos los pacientes experimentales obtuvieron mayores ganancias que los pacientes

controles. En los reactivos donde los pacientes experimentales obtuvieron mayores puntajes se encuentran: ansiedad (1.63), aplanamiento afectivo (1.57), pobreza emocional (1.54), contenido de pensamiento raro (1.42), suspicacia (1.38), depresión (1.37), grandiosidad (1.32), desorganización conceptual (1.28), falta de cooperación (1.23), etc. Solamente en dos reactivos: alucinaciones (1.22) y desorientación (1.17) los pacientes controles obtuvieron mayores mejorías que los pacientes experimentales (.95) y (.91), respectivamente. Sin embargo, en ambos reactivos el nivel de egreso fue con menor sintomatología para los pacientes experimentales: alucinaciones (.45) y desorientación (.40), en comparación con los pacientes controles: alucinaciones (.78) y desorientación (1.00).

Esta situación se puede deber a que en el área de control de síntomas y medicamentos, en las sesiones de grupo, se trataba y se cuestionaba ampliamente la presencia de alucinaciones y debido a esto se puede explicar que los pacientes experimentales necesitaban de un proceso más largo de elaboración, entendimiento, explicación y manejo de las alucinaciones, a diferencia de los pacientes controles, donde el objetivo básico era controlar la sintomatología, para posteriormente ser dados de alta.

Llama mucho la atención en los pacientes del grupo control que en los reactivos como: retardo motor (0), demencia (.04), tensión (.14), manierismos y posturas extrañas (.15), depresión (.25) y

grandiosidad (.29), donde los puntajes de ganancia son mínimos, los pacientes del grupo experimental, en estos mismos reactivos, obtuvieron ganancias mayores. El resultado más interesante se da en el reactivo de ansiedad, en el que los pacientes controles salieron con un nivel mayor de ansiedad (-.22) al que manifestaron cuando ingresaron al hospital, y coincidentemente en el reactivo de ansiedad los pacientes experimentales es donde lograron mayores mejorías (1.63). Comparando los reactivos del grupo experimental en los cuales se obtuvieron menores mejorías: demencia (.43), sentimientos de culpa (.72) y retardo motor (.88), en todos estos reactivos los puntajes de ganancia son mayores que los del grupo control: demencia (.04), sentimientos de culpa (.29) y retardo motor (0).

El resultado global de sintomatología se puede analizar comparando las diferencias totales entre ingreso y egreso y la puntuación de ganancia logrado por los pacientes de cada grupo. Los pacientes experimentales ingresaron con una $\bar{x} = 1.82$; $DS = .51$ y salieron del programa con una $\bar{x} = .68$; $DS = .30$, logrando una puntuación de ganancia de 1.14, mientras que los pacientes controles ingresaron con una $\bar{x} = 1.52$; $DS = .60$ y salieron del hospital con una $\bar{x} = 1.01$; $DS = .42$ obteniendo una ganancia de solamente .51. Estos resultados son significativos de acuerdo a la prueba estadística aplicada (t de Student): grupo experimental ($t = 5.664$, $gl = 40$, $p < .05$) y grupo control ($t = 2.258$, $gl = 40$, $p < .05$) (tablas 11 y 12).

Se puede concluir, por lo tanto, en base a los resultados obtenidos, que los pacientes experimentales que participaron en el programa de tratamiento presentaron una mayor disminución de sintomatología en comparación con los pacientes controles, quienes recibieron el tratamiento usual de la institución, lo que indica de alguna forma que el programa de tratamiento psicosocial tuvo un efecto positivo, en lo que se refiere a logros importantes y significativos en la reducción de sintomatología.

El puntaje total de ganancia en sintomatología se ilustra en la gráfica 1, donde se observa claramente el mayor nivel de ganancia obtenido por los pacientes del grupo experimental en los distintos reactivos y también en la distribución global.

En la tabla 13, se presentan datos que corroboran lo anteriormente encontrado. Comparando los totales de sintomatología de los dos grupos, se observa que los pacientes experimentales al ingresar obtuvieron un total de 38.36 y al egresar 14.33 con una diferencia de 24.03, mientras que los pacientes controles lograron un total de 31.92 en ingreso y 21.41 en egreso, con una diferencia de solamente 10.51. Los pacientes experimentales obtuvieron más del doble de ganancia que los pacientes controles, aspecto que se relaciona con las medias de sintomatología logradas por cada grupo: 1.14 grupo experimental y .51 grupo control, donde la diferencia es también mayor al doble en ganancia para el grupo experimental.

En lo que se refiere a la puntuación mínima y máxima obtenida en ingreso y egreso en cada grupo de pacientes se observa en el grupo experimental un rango de (.77 - 2.84) en ingreso y (.17 - 1.31) en egreso. Calculando las diferencias entre ambos se encuentra una ganancia mínima de .60 y máxima de 1.54, en comparación con el grupo control donde la ganancia mínima es de solamente .25 y máxima de .93 a razón de los rangos (.78 - 3.10) en ingreso y (.53 - 2.17) en egreso. Nuevamente se puede apreciar mayores ganancias (mínimas y máximas) en los pacientes experimentales.

También es importante referirse a la puntuación máxima de egreso en cada grupo: (1.31) grupo experimental y (2.17) grupo control, que de acuerdo a la escala aplicada se refiere a un nivel de sintomatología "muy leve" para el grupo experimental y "leve" para el grupo control, lo que indica un mejor nivel de sintomatología en el rango mínimo-máximo en los pacientes del grupo experimental.

Se puede concluir que comparando todas las características del área de sintomatología en los dos grupos de pacientes, los resultados indican claramente una mayor disminución de sintomatología en los pacientes del grupo experimental que en los pacientes del grupo control. Las diferencias encontradas entre ambos grupos son altamente significativas de acuerdo a la prueba estadística aplicada en esta área de estudio.

5.4 Funcionamiento psicosocial

De la misma forma que en los resultados anteriores, los datos del área de funcionamiento psicosocial se presentan comparando las características entre los pacientes experimentales y controles.

Se presenta un resumen de los datos de funcionamiento psicosocial en las tablas: 14, 15, 16 y 17 y en la gráfica 2, respectivamente, donde básicamente se comparan los resultados en tres puntos en tiempo: ingreso-egreso y seguimiento.

En la tabla 14 aparecen los resultados globales que incluyen todos los datos estadísticos que se obtuvieron en ingreso-egreso y durante el primer y segundo seguimiento. De esta tabla se derivan las tablas subsecuentes: 15, 16 y 17, en las que se presentan resultados más específicos.

El primer análisis que se realiza consiste en comparar las diferencias de funcionamiento psicosocial hospitalario en los dos grupos de pacientes estudiados. En la tabla 15 se observa que los pacientes experimentales ingresaron al programa con un promedio (\bar{x}) de 52.05 puntos y después de 4 semanas de internamiento participando en las actividades del programa fueron dados de alta, logrando un promedio de 72.61 puntos con una puntuación de ganancia total de 20.56 puntos. Los pacientes controles, por su parte, obtuvieron 55.24 en ingreso y 59.44 en egreso, considerando el mismo parámetro de tiempo (4 semanas de recibir el tratamiento usual de la institución), logrando una

ganancia total de solamente 4.20 puntos. Las diferencias de promedio (\bar{x}) en ingreso para el grupo experimental y control no fueron significativas, ($t = -3.441$, gl. 61, n.s.) lo que indica que los pacientes de ambos grupos, en esta primera evaluación, se encontraban en el mismo nivel de funcionamiento psicosocial que de acuerdo a la escala aplicada (Escala de Valoración Global) comprende el rango de 51-60 que incluye: "Síntomas moderados o generalmente funcionando con algo de dificultad (por ej; pocos amigos, afecto aplanado y patológica duda de sí mismo, humor eufórico, etc., moderadamente severo comportamiento antisocial)". Las diferencias en egreso entre los dos grupos fueron estadísticamente significativas, ($t = 15.496$ gl. 61 $p. < 001$) (tabla 14).

Los puntajes de ganancia indican que los pacientes experimentales al ser dados de alta se encontraban funcionando a un nivel superior que los pacientes controles, este nivel corresponde al rango de 71-80 que considera: "Síntomas mínimos pueden estar presentes, pero no hay más que un ligero deterioro en funcionamiento, hay una variante en graduación de las preocupaciones y problemas diarios que a veces están fuera de control".

Mientras que el puntaje de ganancia logrado por los pacientes experimentales (20.56) se puede considerar como muy alto, el puntaje de los pacientes controles se puede determinar como demasiado bajo (4.20), ya que los pacientes controles ingresaron y egresaron

con el mismo nivel de funcionamiento psicosocial. Estas diferencias nos permiten concluir que el programa de tratamiento psicosocial tuvo un impacto positivo y logros notables en los pacientes experimentales inicialmente a nivel hospitalario.

En lo que se refiere a la etapa de seguimiento, es decir, a la evaluación del funcionamiento psicosocial de los pacientes en la comunidad, se encontró que a los tres meses después de salir del hospital (primer seguimiento), los pacientes experimentales seguían funcionando al mismo nivel (73.23) que cuando fueron dados de alta (72.61). Por su parte, los pacientes controles disminuyeron el nivel de funcionamiento: de 59.44 en egreso a 58.44 en el primer seguimiento. A pesar de que cada grupo se mantuvo en el mismo nivel de egreso - 1er seguimiento; es importante hacer notar que los pacientes experimentales (nivel 71-80) se encontraban a dos niveles superiores de funcionamiento psicosocial que los pacientes controles (nivel 51-60), diferencias significativas ($t = 16.669$ gl. 81 $p. < .001$). (tabla 14).

Se realizó una segunda evaluación de seguimiento comunitario, a los 6 meses después de que los pacientes de ambos grupos fueron dados de alta (2do seguimiento). Se encontró que los pacientes experimentales disminuyeron su nivel de funcionamiento psicosocial de 73.23 en el (primer seguimiento) a 66.35 en el (segundo seguimiento), mientras que los pacientes controles se mantuvieron al mis-

mo nivel (58.44 primer seguimiento) y (58.51 segundo seguimiento).

Resultados significativos ($t = 7.589$ gl. 61, $p. < .001$).

De la misma forma que en el primer seguimiento, en la segunda evaluación en esta etapa los pacientes experimentales (66.35), se encontraban funcionando a un nivel superior que los pacientes controles (58.51).

En la tabla 16 se presentan los niveles de funcionamiento en ingreso-egreso y el promedio (\bar{X}) global de seguimiento, donde se observa nuevamente que los pacientes experimentales, a los 6 meses de salir del hospital presentaban un mayor nivel de funcionamiento psicosocial (69.79) que los pacientes controles (58.47). Subrayando que considerando los parámetros de evaluación de la escala aplicada, los pacientes experimentales se encontraban a un nivel superior de funcionamiento psicosocial (categoría 61-70), que los pacientes controles (categoría de 51-60). Las diferencias de funcionamiento psicosocial en ingreso-egreso y seguimiento en los grupos experimental y control se ilustran en la gráfica 2.

La comparación final de los niveles de funcionamiento entre ingreso-egreso y el puntaje de ganancia; el seguimiento y el puntaje de ganancia egreso-seguimiento; y el puntaje de ganancia total: ingreso-seguimiento en el grupo experimental y control se presentan en la tabla 17 donde se observa la secuencia de los niveles de funcionamiento en cada una de estas instancias en los dos grupos de pa-

cientes estudiados.

El aspecto más importante de análisis en esta tabla, se refiere a la comparación de lo que podríamos llamar desde el principio hasta fin, es decir, considerar el puntaje de ganancia total desde el momento que los pacientes fueron evaluados por primera vez (ingreso), hasta la última medición, es decir, a los 6 meses después de que fueron dados de alta (seguimiento).

Lo encontrado corrobora todos los resultados previamente considerados, ya que el puntaje de ganancia total entre ingreso y seguimiento es de 17.74 para los pacientes experimentales y solamente de 3.23 para los pacientes controles.

Tomando en consideración que una de las mayores preocupaciones acerca del programa consistía en ver cómo funcionaban los pacientes en la comunidad, después de haber pasado por el programa de tratamiento psicosocial, tal vez la conclusión más importante se pueda dar en este punto, donde los resultados indican que los pacientes controles funcionaban a un nivel inferior (58.47) que los pacientes experimentales (69.79).

La importancia de esto radica en el hecho de que los pacientes controles se encontraban en el nivel comorendido entre 51-60 que de acuerdo a los niveles o categorías de la escala, quiere decir que en su funcionamiento presentaban síntomas moderados y dificultades como por ejemplo: tener pocos amigos, aplanamiento afectivo,

tendencias a la depresión, humor eufórico, comportamiento antisocial, etc. Los pacientes experimentales, por su parte, se encontraban en el nivel de 61-70, donde la presencia de síntomas es más bien leve y a pesar de ciertas dificultades por lo general, el paciente funciona muy bien, además de tener algunas relaciones interpersonales significativas. El aspecto más importante consistiría en que para la mayoría de la gente, sin entrenamiento clínico, al paciente no se le consideraría como un "enfermo". Esto se puede tomar en cuenta como un aspecto sobresaliente, ya que la mayoría de la gente por lo general, puede detectar cuando una persona presenta problemas serios y determinar si está enferma o no, aunque no sepan exactamente las características de la psicosis.

En base a los resultados encontrados en esta área de estudio se puede comentar la influencia y el impacto que el programa de tratamiento tuvo, en lograr un mejor nivel de funcionamiento psicossocial hospitalario y comunitario en los pacientes experimentales, ya que éstos, después de participar en el programa y a los 6 meses de seguimiento, no solamente presentaban un mejor nivel de funcionamiento, sino que funcionaban a un nivel superior que los pacientes controles, por lo que se debe enfatizar la importancia y eficacia, que un programa de esta naturaleza puede tener en el funcionamiento psicossocial hospitalario y comunitario en este tipo de pacientes.

5.5 Resultados adicionales

En esta parte se incluyen algunos resultados adicionales que sirven como complemento a los datos de sintomatología y funcionamiento psicosocial anteriormente presentados.

El primer aspecto a considerar se refiere al análisis factorial que se realizó utilizando la escala breve de apreciación psiquiátrica, con el objetivo de reducir o resumir los datos de manera que por medio de este análisis se pudiera determinar la distribución y agrupación de los factores de sintomatología.

Overall, Hollister y Pichot (1967) comparan los resultados obtenidos por distintos grupos de investigadores en el hospital de Texas en Galveston, en Palo Alto, California, en el Instituto Nacional de Salud Mental en Bethesda, Maryland y en París, Francia y proponen un modelo conceptual compuesto de cuatro dimensiones o factores de síndromes de la escala: trastornos del pensamiento, retardo psicomotor, hostilidad-sospecha paranoide y depresión ansiosa aunque en el estudio realizado en París por el Dr. Pichot, se encontró que la sintomatología se dividió en 5 factores principales.

Según se tiene conocimiento en México no se ha utilizado la técnica del análisis factorial como en otras partes del mundo. Solamente se cuenta con dos estudios realizados por Valencia

y Ryan (1980) en pacientes esquizofrénicos agudos de ambos sexos hospitalizados en los que se encontraron cinco factores. En el otro estudio en pacientes psiquiátricos hospitalizados en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (De la Parra, De la Fuente y Gómez Mont 1982), se encontraron 4 factores: síndrome de organicidad, síndrome de retardo-retraimiento, síndrome psicótico y síndrome depresivo.

En la tabla 18 se presenta el análisis factorial de sintomatología que como se observa arrojó una distribución de 5 factores o síndromes: orgánico, melancólico, hostil-excitado, afectividad aplazada, y síndrome psicótico. Estos resultados son similares a lo encontrado por Valencia y Ryan (1980) en la misma población de pacientes.

A diferencia de lo encontrado a nivel internacional, la aparición de un factor adicional en la población de pacientes mexicanos se puede deber a que el número de reactivos es mayor, es decir que la escala original comprende un total de 18 reactivos, pero con el objetivo de obtener mayor variedad de sintomatología se añadieron tres síntomas: alteraciones de la atención, desórdenes de la memoria y demencia (De la Fuente, 1982) y por lo general la escala de 21 reactivos es la que se ha venido utilizando en pacientes mexicanos. A nivel internacional la aplicación de la escala se ha realizado utilizando 14, 16, 18 ó 23 reactivos debido a las constantes modificaciones por las que ha pasado este instrumento de evaluación de sintomatología. Sin em-

bargo, queda como constancia la presentación del análisis factorial y la distribución de síntomas en pacientes mexicanos. En la tabla 18 se observa los cinco síndromes o factores encontrados con los reactivos que se agruparon en cada síndrome y el peso respectivo de cada reactivo habiéndose considerado el peso de inclusión de ≥ 50 . Será necesario en el futuro continuar realizando este tipo de análisis en pacientes mexicanos para observar si los resultados son consistentes a lo largo del tiempo y, que tal vez por ahora nos encontremos solamente en el comienzo de utilizar nuevas, distintas y sofisticadas técnicas de investigación.

El siguiente aspecto se refiere a la comparación del número de recaídas de los pacientes experimentales y controles.

Se decidió considerar un periodo específico de tiempo: 14 meses; es decir desde el inicio hasta la terminación del programa en su fase hospitalaria para determinar las recaídas (rehospitalizaciones) de los pacientes estudiados.

Los resultados se presentan en la tabla 19 donde se observa que de 35 pacientes experimentales solamente 9 de ellos recayeron lo que equivale a un total de 25.7% de recaídas de pacientes experimentales. En el grupo control que comprende también un total de 35 pacientes, 18 de estos tuvieron que ser hospitalizados nuevamente, lo que corresponde a un (51.4%).

Como se puede observar, existe una gran diferencia entre el porcentaje de recaídas de los pacientes experimentales y controles. El número de recaídas es mucho menor en los pacientes experimentales, por el contrario, el número y porcentaje de recaídas de los pacientes controles es el doble (51.4%) que los pacientes experimentales.

El otro dato importante es acerca del número total de recaídas. Como se observa en la tabla 19 y en la gráfica 3, de los 9 pacientes experimentales que recayeron, 2 de ellos fueron hospitalizados 2 veces, lo que hace un total de 11 rehospitalizaciones que equivale a un 31.4%. Sin embargo, los pacientes controles de los 18 que recayeron algunos lo hicieron en 2, 3 y hasta 4 oportunidades con un total de 38 recaídas lo que equivale a un 108.5% de número de recaídas totales.

Estos resultados indican de alguna forma la importancia y la efectividad terapéutica del programa, no solamente en lo que a tratamiento se refiere, sino también en términos preventivos, es decir que, un programa de esta naturaleza aparentemente puede evitar que los pacientes sean rehospitalizados tentativamente en un 75%, mientras que en el otro tipo de tratamiento usual de la institución (grupo control) el nivel preventivo es menor al 50%.

Comparando lo encontrado en pacientes mexicanos, se

puede mencionar algunos datos de recaídas que se encuentran en la literatura a nivel internacional.

Orlinsky (1964) encontró en pacientes de Chicago una frecuencia de recaída de 40% después de un año de seguimiento. Miller (1976), Salvino y Schlamp (1976) han encontrado recaídas en California de 40%, 40%, 48% y 53% respectivamente en los años de 1966, 1973, 1975 y 1976. Bloom (1970) en Cleveland encontró el 50% de recaídas después de un año de seguimiento, Lewinshon (1967) el 30% y Wilder (1966) el 45%.

Se ha encontrado también que la probabilidad de recaída tiene variaciones culturales. Murphy y Roman (1977) realizaron un seguimiento de 12 años en pacientes esquizofrénicos de la Isla Maurizio y encontraron solamente el 11% de recaídas en comparación con el 34% de pacientes esquizofrénicos ingleses estudiados por Brown (1977). Kulhara y Wing (1970) informan que la población esquizofrénica hindú en Chandigarh, India no presenta recaídas en solamente el 29% después de cinco años. Otros estudios han encontrado que la probabilidad de recaída se incrementa con el tiempo. Después de 3 años la frecuencia de recaída llega hasta el 65%(Fairweather, 1964), y después de 5 años entre 67%(Brankmann, 1975), 70%(Brown 1977) y 75%(Cheney, 1978). Hault (1983) reporta frecuencias de 32% y 50% en pacientes esquizofrénicos australianos después de un año

de seguimiento.

Estos datos no permiten comparar con precisión los porcentajes de recaídas que presentan los pacientes mexicanos a diferencia de pacientes psicóticos de otras culturas debido a que los parámetros de evaluación de recaídas son distintos para cada uno de los estudios mencionados. Sin embargo, se puede considerar que el pronóstico de recaídas del grupo experimental aparece como bueno o aceptable, solamente el 25.5% de recaídas en 6 meses de seguimiento y si estimamos que un porcentaje igual, es decir un 25% de los pacientes podrían recaer en los 6 meses siguientes, esto daría un total de 50% de recaídas en un año lo que coincide con los resultados reportados a nivel internacional.

El pronóstico de recaídas del grupo control aparece como más complicado, si consideramos que en 6 meses de seguimiento el 51.4% de los pacientes controles recayeron, este porcentaje aparece como muy elevado ya que realizando la misma estimación que para el grupo experimental, se tendría que considerar que en los 6 meses siguientes, es decir en un año de seguimiento el porcentaje de recaídas de los pacientes controles sería el 100%, lo que significa que un año después de haber sido de alta, todos los pacientes controles deberían ser hospitalizados nuevamente.

Se puede concluir que los resultados de recaídas que fa-

vorecen al grupo experimental, de alguna forma corroboran los resultados también favorables encontrados en sintomatología y funcionamiento psicosocial en este grupo de pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al principio de esta investigación solamente existía la idea de realizar un programa de tratamiento o algún tipo de actividades terapéuticas para los pacientes, a causa de esta idea surgió la pregunta inicial: ¿Cómo empezar el programa? y después de haberlo llevado a cabo la pregunta actual se puede formular en el sentido de: ¿Cómo concluir todo esto? acerca de un programa de tratamiento en pacientes psicóticos agudos hospitalizados.

Es preciso recapitular los aspectos más importantes del programa planteados al principio de este trabajo de manera que se pueda ver si existe una congruencia entre lo programado y los logros obtenidos.

El primer aspecto; es decir, el planteamiento del problema se cumplió satisfactoriamente ya que realmente se realizó una investigación a través de la cual se implementó un programa de tratamiento psicosocial, el cual se presenta a lo largo de este trabajo.

En lo que refiere a los objetivos planteados al inicio de este estudio se puede mencionar que cada uno de ellos se cumplió en su totalidad ya que se conformó el programa con sus áreas respectivas: autocuidado, control de síntomas y medicamentos, área ocupacional, habilidades sociales, área familiar y actividades recreativas y deportes. Se determinaron los criterios de admisión así como la estructura del programa con sus tres etapas: 1) Canalización, 2) Tratamiento, y 3) Seguimiento, el funcionamiento y el manejo clínico del paciente en el programa.

ma y también se integró un equipo interdisciplinario de tratamiento a cuyos miembros se capacitó para la realización del trabajo hospitalario

Los aspectos metodológicos comprendieron la utilización de un diseño cuasi-experimental y la conformación de dos grupos: Experimental y Control, a los cuales los pacientes fueron canalizados. Se seleccionaron los instrumentos de investigación para determinar las características demográficas, para evaluar la sintomatología y el funcionamiento psicosocial de los pacientes estudiados. Se explicaron los procedimientos de la investigación que incluyó dos etapas: La etapa pre-experimental de preparación del programa en la que se explicaron los problemas y decisiones acerca de que la tarea de implementar un programa no es nada fácil, y la etapa experimental que comprendió la administración del programa y el trabajo con los pacientes.

La continuidad de cuidado planeada como un objetivo importante del programa se cumplió satisfactoriamente ya que se realizó el seguimiento comunitario para determinar el nivel de funcionamiento psicosocial de los pacientes durante 6 meses después de que fueron dados de alta. El tratamiento del paciente no se terminaba cuando éste salía del hospital, sino que por medio del seguimiento se estableció un sistema de vigilancia que permitió continuar en contacto con los pacientes creando de esta forma una situación de continuidad de cuidado, de manera que los pacientes pudieran recurrir y acudir al hospital en cualquier momento.

Después de la experiencia de realizar 6 meses de seguimiento se puede comentar que el sistema de continuidad de cuidado produjo las

siguientes ventajas: 1) mantener el contacto entre el hospital y los pacientes; 2) realizar evaluaciones periódicas para determinar el estado clínico del paciente, así como su nivel de funcionamiento psicosocial; 3) si se presentaba cierto deterioro en la evolución del estado del paciente, decidir cómo intervenir oportunamente; 4) cada caso se trataba en forma individual y la intervención dependía del estado del paciente; 5) en algunos casos la oportuna intervención ayudaba a prevenir rehospitalizaciones, ya que cuando los pacientes no asistían al hospital se realizaban visitas comunitarias.

En lo que refiere a los resultados de esta investigación se puede mencionar que los datos obtenidos indican la existencia de una relación directa entre la presencia de un programa de tratamiento psicosocial y la disminución de sintomatología: los pacientes experimentales presentaron una mayor reducción en su sintomatología en comparación con los pacientes del grupo control. Esta diferencia se puede deber a la aplicación del programa de tratamiento psicosocial en los pacientes del grupo experimental.

El otro resultado de importancia es que el funcionamiento psicosocial de los pacientes del grupo experimental mejoró considerablemente durante su estancia en el hospital, manteniendo un nivel similar de funcionamiento en la comunidad; por otro lado, los pacientes del grupo control lograron una mejoría menor en su funcionamiento dentro del hospital, permaneciendo en el mismo nivel de funcionamiento durante

el seguimiento comunitario. Es importante enfatizar que el nivel de funcionamiento psicosocial de los pacientes experimentales fue superior al logrado por los pacientes controles, tanto en el hospital como en la comunidad, por lo que se concluye que el programa de tratamiento psicosocial produjo mejoras significativas en el funcionamiento hospitalario y posthospitalario de los pacientes que participaron en el programa .

Estos resultados confirman la hipótesis que se planteó al inicio de esta investigación en el sentido de que con la aplicación del tratamiento psicosocial se produjeron resultados diferentes en remisión de sintomatología y un mejor nivel de funcionamiento psicosocial en los pacientes experimentales en comparación con los pacientes del grupo control.

Las consideraciones teóricas presentadas en esta investigación también ameritan un comentario especial. Inicialmente se observó la existencia de un modelo custodial hospitalario en el que se detectó el "Síndrome de Pobreza Clínica" concepto desarrollado por Wing (1978) que comprende características como: aislamiento social, bajo nivel de actividad, pobreza en el lenguaje, lentitud, falta de motivación, aplanamiento afectivo, etc. , condición que puede llevar al paciente desde un estado de letargo severo a una evitación pasiva de interacción social.

Una meta clave de esta investigación consistió en combatir el "Síndrome de Pobreza Clínica" planteando un modelo terapéutico llevado a la práctica a través de la aplicación del programa de tratamiento psicosocial, el cual por los resultados obtenidos no produjo definitivamente

un síndrome de riqueza clínica, pero sí "mejoras clínicas" considerables en la reducción de sintomatología y un mejor nivel de funcionamiento psicosocial en los pacientes quienes participaron en el programa. Estos logros fueron a nivel hospitalario y comunitario incluyendo un menor índice de recaídas de los pacientes del programa psicosocial.

La definición del modelo de tratamiento psicosocial que consistió en: "La aplicación de procedimientos y técnicas en el paciente para la adquisición y/o recuperación de sus habilidades o capacidades, afectadas por su padecimiento, de manera que al reintegrarse en la comunidad pueda funcionar en una forma efectiva y satisfactoria". Se probó ser efectiva y operacional a razón de que aplicando los procedimientos y técnicas, es decir el programa, se pudo lograr de acuerdo a los resultados obtenidos que los pacientes que participaron en el programa funcionaban en una forma más efectiva y satisfactoria, tanto en el hospital como en la comunidad. Estos logros teórico-prácticos correlacionan positivamente con el enfoque funcionalista a través del cual se puede concluir que si el nivel de funcionamiento psicosocial de los pacientes del programa es efectivo y satisfactorio, el desempeño de los roles sociales, familiares, ocupacionales, etc. que éstos presentan indican un aceptable índice de funcionalidad. Este aspecto para el paciente psicótico es fundamental en el sentido de que probablemente el programa esté ayudando a que el paciente desempeñe sus roles apropiadamente, inicialmente en el hospital y también en la comunidad.

Los resultados encontrados coinciden con las conclusiones reportadas por otros autores como Wing y Brown (1970; Masher y Keith, 1980; Schwartz, Nyers et al 1973; Wallace, 1980; Gunderson, 1980; May, 1968; Jones, 1968; Ruthen y Budge, 1969; Hult, 1983) etc., en el sentido que la aplicación de un simple programa de tratamiento puede producir resultados positivos y de mejor pronóstico en los pacientes, reduciendo el nivel de pobreza clínica especialmente en pacientes psicóticos hospitalizados.

Es importante enfatizar que el marco teórico de esta investigación fue elaborado única y exclusivamente para la población de pacientes estudiados después de realizar observaciones que sirvieron como indicadores para pensar en un esquema teórico operacional y que pueda ser llevado a la práctica clínica.

No se puede concebir un programa de tratamiento y mucho menos la implementación de éste, sin un planteamiento teórico consistente que sirva como marco de referencia para la aplicación de los aspectos teóricos en la práctica clínica.

El planteamiento debe incluir una definición operacional del programa cuya formulación esté estrechamente relacionada con el trabajo clínico a realizar, de manera que exista una congruencia entre la teoría y la práctica y como en el caso de esta investigación permita confirmar la validez del continuo teórico-práctico, para esto fue necesario que el clínico pasara por una instancia de internali-

zación del encuadro teórico, es decir, por un proceso de aprendizaje y capacitación formal para posteriormente utilizar y aplicar los conocimientos teóricos en la práctica clínica

Después de la experiencia adquirida a lo largo de todo este tiempo de trabajo clínico institucional es preciso comentar que la decisión de implementar un programa de tratamiento no es una tarea fácil. Es como embarcarse en una aventura en la cual el clínico se va encontrando con una serie de problemas y contratiempos a los que se les debe dar una pronta solución, sin embargo, el trabajo clínico produce también muchas satisfacciones y experiencias agradables que pasan a la memoria y se quedan ahí para siempre.

Desde el punto de vista de lo que es la investigación clínica y su aplicación en la práctica hospitalaria, es preciso analizar algunos aspectos o problemas que se presentaron a lo largo de esta investigación y ver cuáles serían sus probables soluciones.

En primer lugar es importante tomar en cuenta la situación real de la institución donde se va a implementar el programa. Como acercamiento inicial se pueden realizar estudios de evaluación total de la institución que permitan detectar los problemas, dar un diagnóstico global y con base a esto tomar las decisiones acerca de cómo implementar un programa. Es necesario también observar a los pacientes, al personal y tomar en cuenta el medio ambiente institucional en el que interactúan los pacientes y el personal, el apoyo de las autoridades y de las

personas que tienen a su cargo la toma de decisiones, es fundamental para poder realizar un programa . Este apoyo no debe basarse únicamente en órdenes, decisiones unilaterales, o la implantación de un sistema coercitivo y de obediencia a la autoridad, sino en el establecimiento de un diálogo que permita la toma de decisiones, donde todos los miembros del personal, sientan que sus opiniones son tomadas en cuenta como útiles y valiosas. La investigación indica que un programa puede tener mayor éxito si la participación es igualitaria y democrática entre los miembros del personal, (Hage y Aike, 1970; Fairweather, 1977; Boyer y Trice, 1977; y Tornatzky, 1980)

Es importante definir un sistema adecuado de canalización de los pacientes de manera que esto permita conformar un diseño experimental con un grupo experimental y un grupo control. En nuestro caso debido a todos los problemas que se presentaron durante el proceso de canalización se decidió utilizar un diseño cuasi-experimental de grupos no equivalentes que, sin embargo, se aparearon de acuerdo a las características (variables) demográficas de la población de pacientes. Es imprescindible también contar con un grupo control que permita establecer comparaciones entre dos o más tipos de tratamientos, la carencia de un grupo control le resta validez y méritos a cualquier investigación. Muchos tratamientos psicosociales han sido criticados precisamente por no contar con los recursos de un grupo control, (Rog y Raush, 1975 ; Mosher y Keith, 1980)

El número de pacientes que van a participar en la investiga-

ción también es importante. Uno de los problemas en la investigación clínica es contar con el número apropiado de pacientes para poder realizar comparaciones y en consecuencia los análisis estadísticos pertinentes. Algunas investigaciones de tratamientos psicosociales no han sido tomadas en cuenta como tales, debido a la utilización de muestras muy pequeñas (Mosher y Keith, 1980). Se requiere por lo menos contar con dos grupos de pacientes que incluyan 25 sujetos de investigación en cada grupo. En nuestro caso se canalizaron aproximadamente 60 pacientes a cada grupo quedando una muestra final de 35 pacientes por grupo.

La duración del tratamiento es otro aspecto importante. Un tratamiento breve o de corta duración coloca al paciente en una situación de haber sido expuesto en una forma insuficiente al tratamiento para que éste haga efecto. Por otro lado, someter al paciente psicótico a un régimen de tratamiento psicosocial sobreestimulante e intenso puede traer consecuencias demasiado adversas. Para el paciente psicótico agudo, es preciso considerar un tiempo aproximado de 2 semanas para la remisión de sintomatología. Estando el paciente en la fase aguda de su enfermedad, es prácticamente imposible pretender realizar cualquier trabajo clínico efectivo. Mental y emocionalmente el paciente se encuentra en un estado confusional agudo que le impide comprender, entender y aceptar su involucración en cualquier tipo de tratamiento. En este estudio la aplicación de los medicamentos neuro-

lépticos tuvieron un valor fundamental ya que ayudaron a los pacientes a salir de la fase aguda y les permitieron posteriormente integrarse al programa de tratamiento.

El tiempo óptimo de duración del tratamiento psicosocial debe ser tentativamente de 4 semanas. En algunos casos es necesario ser flexibles y dependiendo del paciente conceder una o dos semanas más de tratamiento. Algunos pacientes menos dañados, en dos o tres semanas ya que están en condiciones para ser dados de alta y en ese momento se debe tomar una decisión realizando una evaluación clínica de su estado

Contando con un programa integrado de tratamiento, en 4 semanas es posible elaborar y seguir un buen plan terapéutico considerando y abocando el trabajo clínico a las áreas problemáticas del paciente. Retener al paciente por más tiempo en el hospital producirá en éste aspectos como el síndrome del hospitalismo, tratado anteriormente en el capítulo de consideraciones teóricas.

En algunos casos cuando el paciente había terminado su tratamiento, se presentaba el problema de que la familia no asistía al hospital y por lo tanto el paciente no podía ser dado de alta. En estos casos se consideraban todas las posibilidades de contactar a la familia, o buscar algún acomodo temporal para el paciente en la comunidad.

Un grave error es pensar que el tratamiento concluye cuando el paciente ha sido dado de alta del hospital. Esto traerá como consecuencias, futuras y repetitivas hospitalizaciones cuando lo que se

conoce en el paciente psicótico como el "Síndrome de la Puerta Giratoria" (Bellak ,1969) en el cual, los pacientes se encuentran en una constante situación de entrar y salir del hospital, sin recibir un tratamiento adecuado.

El tratamiento se inicia en el hospital pero debe proseguir en la comunidad en lo que hemos llamado: continuidad de cuidado, es preciso tener al paciente bajo un sistema de terapia de mantenimiento y que esto signifique una vigilancia y supervisión clínica constante, para lograr esto, únicamente se requiere la cooperación voluntaria del paciente y además contar con sistema organizado de seguimiento. En lo que se refiere al programa, nuestras aspiraciones fueron modestas y reales. No se pretendió realizar un seguimiento como el utilizado en otros programas de tratamiento psicosocial que van desde los tres hasta los seis meses, un año, dos años y hasta cinco años. Cuando se realiza este tipo de seguimientos, es debido a que existe un sistema totalmente establecido de trabajo hospitalario y los programas que se realizan son más bien a largo plazo, donde ya existe una línea de investigación definida.

El seguimiento de 6 meses que se utilizó para el programa se debió a dos factores: el tiempo y el personal. No fue posible realizar un seguimiento mayor de 6 meses ya que no se contaba con los recursos suficientes en virtud de que algunos miembros del equipo de tratamiento tuvieron que dejar parcialmente sus actividades hospitalarias para

dedicarse a realizar el seguimiento de los pacientes. Esto produjo una reorganización y reacomodo de los roles del personal. Por un lado se continuaba con el trabajo hospitalario y al mismo tiempo se realizaba el seguimiento a los pacientes que habían sido dados de alta.

El diseño de la etapa de seguimiento se realizó sobre la marcha, es decir como se presentaban las circunstancias. Inicialmente se estableció un horario para atender a los pacientes, sin embargo, este horario fue muy difícil de mantener ya que no todos los pacientes venían al hospital cuando tenían cita y lo que más se presentó fue que los pacientes llegaban en cualquier momento por lo tanto se estableció un sistema de guardia, donde todo el personal estaba alerta a la llegada de cualquier paciente, manteniendo contacto con el servicio de urgencias, la consulta externa, el hospital parcial y obviamente con los pacientes de los dos grupos bajo estudio.

Mientras que una parte del trabajo hospitalario consistió en esperar la llegada de los pacientes, los procedimientos del seguimiento comunitario consistieron básicamente en localizar las direcciones de los pacientes en el mapa y elaborar un plan de seguimiento para cada día. Por lo general debido a las distancias y al tráfico del Distrito Federal solamente se podía visitar a dos pacientes por día.

Los problemas que se presentaron durante la etapa de seguimiento fueron los siguientes no siempre se encontraba al paciente, por lo tanto esto implicaba que se tenía que regresar para evaluar su nivel de funcionamiento.

En algunos casos cuando no se encontraba al paciente se tenía que decidir a cual familiar entrevistar y la información que se recibía dependía obviamente de la relación que tenía el paciente con el familiar entrevistado. A veces se ocultaba la patología del paciente, en algunos casos se exageraba y otras veces el familiar no estaba en condiciones de dar información, ya que no había visto al paciente en los últimos días o por otro lado manifestaba una sensación de indiferencia hacia todo lo que ocurría con el paciente. Debido a esto la información no era muy confiable por lo tanto se decidió que toda evaluación debería ser observando y realizando una entrevista directa al paciente y para esto se tuvo que regresar muchas veces al domicilio o al lugar donde se podía localizar a los pacientes para evaluarlos apropiadamente.

Al momento de llegar a los domicilios, algunos pacientes se sorprendían de vernos positivamente y accedían sin mayores inconvenientes a platicar con nosotros. En otros pacientes especialmente los del grupo control inmediatamente surgía la duda de ¿a qué vinieron? ¿me van a llevar otra vez al hospital? manifestaban que estaban bien y que no requerían ayuda. El objetivo del seguimiento de ninguna manera consistió en perseguir a los pacientes, sino en que una vez que se los localizaba se trataba de establecer un diálogo para saber como se encontraban y si requerían algún tipo de ayuda. Todas las decisiones en ese momento se tomaban de común acuerdo entre el paciente, su familia y los miembros que realizaban el seguimiento. En ningún momento se trató de persuadir, obligar o engañar al paciente para que este regresara al hospital. Nuestro modelo terapéutico

consistió en siempre respetar las opiniones y decisiones de los pacientes, haciéndoles ver que el programa ofrecía una alternativa de dialogo y ayuda y que si ellos consideraban necesario, todo lo que tenían que hacer era ponerse en contacto con algún miembro del programa para ver las posibilidades de resolver los problemas que se presentaran.

En cierta ocasión se intentó organizar un club de pacientes con el objetivo de que pudieran comentar sus experiencias y apoyarse mutuamente. Después de dos semanas de funcionamiento se tuvo que interrumpir este intento debido principalmente al factor horario. No se pudo lograr un acuerdo en buscar un horario específico de reunión, debido a la variedad de actividades y ocupaciones de los pacientes.

En conclusión se puede comentar que el periodo de seguimiento tal vez no fue el óptimo en cuanto a un seguimiento prolongado de evaluación, sin embargo, dentro de nuestras modestas pretenciones el solo hecho de contar con una etapa de seguimiento fue un logro importante. Clínicamente y metodológicamente ya que sirvió como complemento a las dos etapas previas de la estructura del programa: la canalización y el tratamiento de los pacientes.

En relación a la pregunta de , cuánto debe durar el seguimiento? esta interrogante se puede contestar en función de cada institución, de cada programa, de los individuos que estén a cargo del diseño, de los recursos humanos, materiales y del tiempo que se disponga para efectuar esta tarea que todo programa de intervención clínica debe incluir como parte importante de sus actividades.

Otro factor que se presentó durante el desarrollo del programa es el que se refiere a los problemas de mantener el mismo equipo de tratamiento por un periodo prolongado de tiempo. Por diversas razones administrativas, institucionales, personales, etc, se daba la situación de la salida de un miembro del personal del programa y por lo tanto el ingreso de otro, a quien habfa que capacitar y esperar un proceso de adaptación e integración con el resto de los integrantes del equipo.

Todos estos aspectos indican que ciertas variables en la investigación clínica no son constantes y que además existen muchas variables difíciles de controlar. Es preciso por lo tanto definir y especificar cada elemento o variable como se hizo con los aspectos que se consideraron en esta investigación y cuando aparecieron variables adicionales se les dió una pronta solución, siendo esta una característica cotidiana de la práctica clínica institucional; la aparición de problemas y su inmediata resolución por parte del clínico.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación se puede mencionar su aplicabilidad a solamente pacientes del sexo masculino, surgiendo la interrogante de como funcionarfa un programa de esta naturaleza en pacientes mujeres. Por otro lado, la población de estudio fueron pacientes psicóticos agudos por lo que el programa no es aplicable a otro tipo de poblaciones de pacientes. De la misma forma los resultados no se pueden generalizar ni comparar con otros programas realizados en México ya que es la primera vez que se lleva a cabo un programa de tratamiento psicosocial en pacientes psicóticos agudos hospitalizados.

En programas de tratamiento en otras poblaciones de pacientes, según la información disponible, actualmente en México se cuenta con el grupo de Macías-Valadez y cols (1982) quienes realizan un programa de intervención terapéutica en niños y adolescentes, y el grupo de Ayala y cols (1982) que trabajan con poblaciones de pacientes psicóticos crónicos en las granjas y hospitales campestres de la ciudad de México y alrededores.

Otra limitación de este estudio fue la imposibilidad de establecer para metros de confiabilidad para cada uno de los instrumentos de investigación utilizados. Sin embargo un aspecto importante fue lograr las evaluaciones de los pacientes en cada uno de los puntos de medición establecidos. Debido al tiempo y a la incapacidad de contar con mayores recursos humanos, no se pudo visualizar ni la más remota posibilidad de que dos miembros del equipo pudieran entrevistar y evaluar a un mismo paciente para lograr parámetros de confiabilidad. Si esto no se pudo lograr en el periodo de tratamiento hospitalario, en la etapa del seguimiento comunitario, la situación se presentaba mucho más difícil ya que se hubiera requerido que dos personas tuvieran que asistir a la casa de cada paciente estableciéndose un proceso demasiado lento de evaluación el cual no hubiera sido posible continuar por el factor tiempo y el de no contar con personal suficiente para realizar esta tarea.

En lo que refiere a los alcances de este estudio se puede mencionar que el programa puede ser generalizado y aplicado en todo el hospital donde se realizó el programa ya que los pacientes de cada piso presentan las

mismas características de manera que no solamente se beneficie un grupo de 35 pacientes sino la totalidad de la población de pacientes del hospital es decir 600 pacientes.

Una vez que se ha probado la efectividad terapéutica del programa la recomendación inmediata sería la implementación de este en la institución.

El programa también sirvió para dar una mejor atención a los pacientes, realizar aportaciones teóricas, y avances clínicos importantes en el tratamiento del paciente psicótico. Asimismo, el establecimiento y la constancia de lo que podría ser la creación y el inicio de una línea de investigación, instrumentos de evaluación y una metodología definidas.

El programa puede también producir logros importantes a nivel preventivo, en lo que refiere a dar un tratamiento oportuno y evitar recaídas en los pacientes. Es importante que en países en vías de desarrollo como México, se lleven a cabo programas de acuerdo a nuestras necesidades, en este sentido, esta investigación ha estado dirigida hacia el desarrollo de un mejor entendimiento y conocimiento del paciente psicótico hospitalizado.

Otro alcance importante de esta investigación es acerca del rol del psicólogo clínico en su trabajo con pacientes hospitalizados. En el hospital donde se realizó esta investigación, el rol del psicólogo es muy reducido ya que este solamente se dedica a la aplicación de pruebas psicológicas, de manera que su trabajo tentativamente se utiliza como información adicional para el expediente del paciente. En ningún momento se considera la información del reporte psicológico como necesaria y de utilidad

para el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc. y en el estudio integral del caso. Por otro lado, no se realizan evaluaciones psicológicas a todos los pacientes sino solamente aquellos que el médico tratante considera necesario. Al psicólogo se lo considera como un ayudante, o como un técnico pero no como a un profesional que pueda realizar aportaciones valiosas en su trabajo con pacientes hospitalizados.

En esta investigación sobre todo a nivel doctorado, para el psicólogo se propició un cambio en el sentido de que tuvo que salir de su rol tradicional de mero aplicador de pruebas y pasar a una situación de mayor involucración y participación integral en la evaluación clínica, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente. Además asumió un rol adicional de investigador, en lo que se refiere al diseño, metodología y utilización de instrumentos de investigación. En el estricto sentido de la palabra el desempeño del psicólogo clínico en el programa se manejó dentro de la línea de la investigación clínica aplicada que de acuerdo a Fairweather (1977) tiene como objetivo principal la elaboración y evaluación de programas y comprende las siguientes etapas: 1) La evaluación de servicios de salud con el objetivo de analizar su nivel de efectividad y de acuerdo a este análisis, diagnosticar y detectar las necesidades y limitaciones de dicho servicio. 2) Considerando este análisis y diagnóstico previo, implementar nuevos modelos de atención o servicio (programas de tra-

tamiento) con el objetivo de mejorar la calidad y efectividad de estos servicios. 3) Evaluar la efectividad de los nuevos modelos a través de métodos científicos experimentales. 4) Implementar los nuevos modelos en una forma más amplia, siempre y cuando los resultados demuestren ser más efectivos que el servicio tradicional.

En nuestra opinión, el psicólogo en el programa desempeña un rol ideal, no muy común en la práctica clínica en México. Además de cumplir sus funciones clínicas asumió un rol adicional y complementario como investigador. Personalmente, consideramos que esta debe ser la situación, no solamente ideal sino real del psicólogo clínico en su trabajo institucional: la combinación de la práctica clínica con la investigación científica, en lo personal es lo que más nos atrae, lo que más nos gusta y lo que más nos ha llenado de experiencias enriquecedoras profesionalmente y de satisfacciones como ser humano.

La oportunidad de participar en un programa como el que se ha presentado en este trabajo, nos ha permitido ganar experiencias valiosas, únicas e inolvidables. No ha sido simplemente leer y aprender la teoría que es importante pero a la vez sin utilidad si ésta no se la prueba en la práctica clínica. Dicho de otra forma, podría afirmar que la satisfacción es muy grande por haber estado en el "campo de batalla" en el lugar preciso de aprendizaje, en un escenario profesional: un hospital mental. En introducirnos en el mundo del

paciente psicótico, el cual a veces es de terror y de fantasía pero fascinante a la vez. Sabemos que no se ha ganado la guerra total que resuelva el problema del paciente psicótico hospitalizado, pero tal vez se hizo la lucha y se ganó una pequeña batalla, de crear un programa que ayudó y produjo mejorías clínicas en los pacientes.

El trabajo que se realizó ha sido un programa original de tratamiento y también pionero ya que es la primera vez que se realiza un programa en pacientes psicóticos agudos mexicanos. El programa se realizó de acuerdo a nuestras posibilidades y capacidades y sobre todo tomando en cuenta nuestra realidad hospitalaria y los valores culturales de los pacientes. El programa no es una copia, ni réplica de modelos implementados con éxito en otras culturas, es simplemente un programa nuevo, distinto, diferente, solamente una alternativa más de tratamiento.

Después de todo este tiempo de trabajo hospitalario hemos podido darnos cuenta que los programas no aparecen por arte de magia, que es mejor la actividad a la inactividad de los pacientes, siempre buscando un trato más personalizado y humano. El programa no resuelve todas las interrogantes que existen en esta área de estudio. Todavía no se tienen todas las respuestas al tratamiento de este tipo de pacientes. Frieda Fromm en 1954 mencionó: "Todavía hay mucho que aprender acerca del tratamiento del paciente psicótico", a pesar de que han transcurrido 30 años de esta aseveración y se han producido algunos cambios

es preciso continuar con este proceso de aprendizaje, todavía persisten muchas dudas, por lo que es necesario seguir investigando.

Para finalizar este trabajo hay dos aspectos más que quisieramos tratar, aunque brevemente, que para nosotros son los más importantes. El primero se refiere a la ética en la práctica clínica y el segundo al factor humano del trabajo con pacientes.

La ética en el desempeño profesional debe ser considerada como un factor de suma importancia. El psicólogo debe estar consciente de que ciertos principios éticos deben regir su trato y el manejo de los pacientes de manera que pueda asumir con responsabilidad su trabajo como clínico y como investigador.

En este sentido, es importante que la participación del paciente sea voluntaria, una vez que se le da a conocer la opción de la existencia de un programa, solamente el paciente deberá decidir su participación e involucración en el tratamiento. Esto se exceptúa en el momento de considerar la hospitalización del paciente ya que cuando éste se encuentra en un estado confusional agudo, la decisión del internamiento más bien depende del criterio del clínico. No es aconsejable presionar al paciente por medio de la familia, amigos o condicionar su salida del hospital siempre y cuando se someta al tratamiento. El paciente debe estar convencido de que siente la necesidad de recibir tratamiento, no de someterse a él porque alguien se lo pide, o se lo exige. Es importante, explicarle al paciente los objetivos, metas, alcances,

molestias, riesgos, consecuencias y beneficios del tratamiento.

En lo que refiere al aspecto científico asociado a la ética y con el conocimiento de que todo trabajo de investigación requiere de ciertos parámetros teóricos y metodológicos, se debe considerar el caso de que a veces es necesario sacrificar algunos aspectos metodológicos o probar ciertos postulados teóricos con el fin de evitar someter al paciente a una metodología con excesivo rigor científico y teórico. Antes que el seguimiento de un ordenado procedimiento científico, está el paciente, quien es un ser humano sobre todas las cosas, que merece respeto y que tiene derecho a su intimidad inclusive rehusando al tratamiento. Por otro lado, la comunicación de los resultados se debe realizar en una forma veraz y honesta. Los datos encontrados sean estos buenos o malos, deben ser presentados en su totalidad con integridad y honestidad profesional.

El factor humano del trabajo con pacientes en la práctica clínica se refiere a que el individuo, por el problema que le aqueja es hospitalizado, y se convierte en paciente, sin embargo, no se debe olvidar que el paciente es siempre un ser humano y debe ser tratado como tal no como un sujeto de laboratorio y experimentación a quien se puede manipular a nuestro antojo. El trabajo clínico debe ser realizado con seriedad y responsabilidad, uno debe sentir que tiene la libertad para asumir un compromiso. No se puede exigir que el paciente tenga "consciencia de enfermedad" sin que el psicólogo adopte un rol

equivalente de "consciencia clínica", que comprenda un alto grado de aptitud y capacitación así como una actitud consistente en un buen trato profesional y humano al paciente.

Muchas veces el paciente psicótico puede asustar o provocar desaliento en el clínico por las fluctuaciones de su enfermedad o la lentitud en el progreso de su padecimiento. Esto produce en el clínico un cierto nivel de angustia, sabemos que todo ser humano siente angustia de vez en cuando, De la Fuente (1980) comenta: "La angustia es una experiencia humana". Desde el punto de vista profesional lo importante es poder manejar la situación de angustia ya que cierto grado moderado de ésta ayuda al clínico a percibir y comprender la problemática del paciente y por lo tanto involucrarse con este desde el punto de vista profesional y humano.

De alguna forma todavía no está esclarecido si el objetivo es lograr que el paciente pueda expulsar su sintomatología psicótica de la mente como si esta fuera un cuerpo extraño o aprender por medio del tratamiento a vivir y manejar su psicosis. Todavía no se tienen todas las respuestas al tratamiento del paciente psicótico. Es importante por lo tanto que el clínico posea una fina sensibilidad para detectar y entender la problemática psicótica y por otro lado cierta humildad para reconocer sus limitaciones al tratar a este tipo de pacientes. Una actitud profesional y humana deben ser los factores vitales en el tratamiento del paciente psicótico hospitalizado que de alguna forma

es el encuentro entre dos seres humanos, el clínico y el paciente, Sullivan (1953) en este sentido nos recuerda que: "Todos somos simplemente seres humanos más que cualquier cosa".

Es necesario crear programas de tratamiento, ya que estos de alguna manera producen cambios. Es bueno saber que las camisas de fuerza, baños de agua fría, cuartos de reclusión y aislamiento y una serie de castigos tentativamente han quedado en el pasado y que esto ha cambiado en el sentido de buscar un "diálogo" con el paciente y para que este diálogo se establezca es necesario crear nuevas y mejores técnicas de tratamiento y por lo tanto es preciso seguir investigando.

Lo que se presenta en este trabajo es cuanto aprendimos a través de nuestra participación en el programa, en estos cuatro años de práctica clínica institucional con paciente psicóticos hospitalizados. Consideramos esto solamente el principio, todavía queda un largo camino por recorrer. El compartir nuestras experiencias ha sido sin afanes de presumir o impresionar, sino con mucha humildad y también con el deseo de aportar algo nuevo, original y distinto al tratamiento del paciente psicótico.

Los logros que un programa de tratamiento puede producir dependen del nivel del padecimiento del paciente y también de la habilidad y actitud del clínico, en el sentido de que el tratamiento preste el mejor servicio posible y que éste siempre sea a favor y en beneficio del paciente.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

TABLA 1

EDAD

	Experimental		Control	
	Total		Total	
	F	%	F	%
18 - 20 años	3	8.57	3	8.57
21 - 30	25	71.42	19	54.28
31 - 40	4	11.42	6	22.85
41 - 50	1	2.85	2	5.71
Desconocido	2	5.71	3	8.57
	N = 35		N = 35	
	$\bar{X} = 25.3$		$\bar{X} = 27.8$	

TABLA 2

ESCOLARIDAD

	Experimental		Control	
	TOTAL		TOTAL	
	F	%	F	%
No terminó primaria	6	17.14	8	22.85
Primaria	8	22.85	7	20.00
Secundaria	7	20.00	9	25.71
Preparatoria	5	14.28	1	2.85
Carrera técnica	2	5.71	2	5.71
Universidad	4	11.42	2	5.71
Desconocido	3	8.57	6	17.14
	N = 35		N = 35	

TABLA 3

ESTADO CIVIL

	Experimental		Control	
	TOTAL		TOTAL	
	F	%	F	%
Soltero	32	91.42	25	71.42
Casado	3	8.57	2	5.71
Unión Libre	0	0	0	0
Viudo	0	0	0	0
Divorciado/ Separado	0	0	3	8.57
Desconocido	0	0	5	14.28
	N = 35		N = 35	

TABLA 4

PROCEDENCIA

	Experimental		Control	
	TOTAL		TOTAL	
	F	%	F	%
Distrito Federal y Zona metropolitana	27	77.14	30	85.71
Provincia	8	22.85	5	14.28
Desconocido	0	0	0	0
	N = 35		N = 35	

TABLA 5

OCCUPACION

	Experimental		Control	
	TOTAL		TOTAL	
	F	%	F	%
Empleado	7	20	9	25.71
Desempleado	10	28.57	16	45.71
Trabajos eventuales	9	25.71	2	5.71
Estudiante	3	8.57	1	2.85
Ninguna	0	17.14	0	0
Desconocido	0	0	7	20
	N = 35		N = 35	

TABLA 6

TIEMPO MAXIMO DE OCUPACION EN EL MISMO EMPLEO

	Experimental		Control	
	TOTAL		TOTAL	
	F	%	F	%
Menos de 6 meses	4	11.42	2	5.71
6 meses a 1 año	3	8.57	2	5.71
1 a 5 años	5	14.28	8	22.85
más de 5 años	3	8.57	6	17.14
No aplicable	8	22.85	8	22.85
Desconocido	12	34.28	9	25.71
	N = 35		N = 35	

TABLA 7

TIEMPO DE DESEMPLEO EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS

	Experimental		Control	
	TOTAL		TOTAL	
	F	%	F	%
Menos de 6 meses	3	8.57	5	14.28
6 meses a 1 año	2	5.71	2	5.71
Más de un año	4	11.42	0	25.71
No aplicable	13	42.85	11	48.57
Desconocido	10	28.57	8	22.85
	N = 35		N = 35	

TABLA 8

NUMERO DE HOSPITALIZACIONES PREVIAS

	Experimental		Control	
	TOTAL		TOTAL	
	F	%	F	%
Una	5	14.28	6	17.14
Dos	6	17.14	3	8.57
Tres	3	8.57	1	2.85
Cuatro o más	1	2.85	4	11.42
Ninguna	7	20	7	20
Desconocido	13	37.14	14	40
	N = 35		N = 35	

TABLA 9

COMO VINO EL PACIENTE AL HOSPITAL

	Experimental		Control	
	TOTAL		TOTAL	
	F	%	F	%
Traído por familiares	32	91.42	29	82.85
Traído por amigos o conocidos	1	2.85	1	2.85
Transferido de otro hospital	0	0	0	0
Traído por la policía	0	0	1	2.85
Por sí mismo	1	2.85	0	0
Desconocido	1	2.85	4	11.42
	N = 35		N = 35	

TABLA 10

	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	F	%			F	%		
CONDICIONES ORGANICAS								
Condiciones orgánicas transitorias	2	5.71			3	8.57		
Demencia presenil	0	0			3	8.57		
Trastornos no psicóticos secundarios o daño orgánico cerebral	1	2.85			-	0		
Otras	3	8.57			1	2.85		
Sin especificación	1	2.85			0	0		
TOTAL DE CONDICIONES ORGANICAS	7	19.04	19.04		7	19.04	19.04	
CONDICIONES PSICOTICAS FUNCIONALES								
Tipo simple	1	2.85			2	5.71		
Tipo heterométrico	0	0			1	2.85		
Tipo paranoide	9	25.71			8	22.85		
Tipo esquizoide	3	8.57			2	5.71		
Tipo maníaco-depresivo	1	2.85			0	0		
Psicosis esquizoalucinóscas; no especificas	1	2.85			2	5.71		
Psicosis esquizoalucinóscas; otras	1	2.85			1	2.85		
Psicosis afectivas no especificas	1	2.85			0	0		
TOTAL DE CONDICIONES PSICOTICAS FUNCIONALES	17	48.53	48.53		14	37.14	37.14	
DEPENDENCIAS DE DROGAS								
Alucinosis alcohólicas	2	5.71			2	5.71		
Intoxicación psicótica por drogas	4	11.42			4	11.42		
Psicosis por drogas	1	2.85			1	2.85		
Dependencia alcohólica	0	0			2	5.71		
Dependencia a drogas; excluyendo morfina	2	5.71			1	2.85		
Dependencia a drogas; no especificadas	2	5.71			2	5.71		
TOTAL DE DEPENDENCIA DE DROGAS	11	31.40	31.40		12	34.29	34.29	
TOTALES	35	99.01	99.01		35	99.01	99.01	

Tabla 11

COMPARACION DE SINTOMATOLOGICA UTILIZANDO LOS 21
 REACTIVOS DE LA ESCALA BREVE DE APRECIACION
 PSIQUIATRICA (BPRS) EN LOS DOS GRUPOS DE PACIENTES:
 EXPERIMENTAL Y CONTROL AL INGRESO Y EGRESO DE TRATAMIENTO

REACTIVOS	EXPERIMENTAL					CONTROL				
	INGRESO		EGRESO		DIF.	INGRESO		EGRESO		DIF.
	\bar{x}	D.S.	\bar{x}	D.S.	ING- EGR.	\bar{x}	D.S.	\bar{x}	D.S.	ING- EGR.
1. Preocupaciones somáticas	2.14	1.41	1.05	.96	1.09	1.21	1.19	.92	1.11	.29
2. Ansiedad	2.85	1.30	1.22	1.13	1.63	1.35	1.49	1.57	1.23	-.22
3. Pobreza emocional	2.85	1.66	1.31	1.23	1.54	3.10	1.22	2.17	1.30	.93
4. Desorganización conceptual	2.05	1.58	.77	1.13	1.28	1.75	1.71	1.03	1.13	.72
5. Sentimientos de culpa	1.54	1.33	.82	.85	.72	.96	1.34	.67	.90	.29
6. Tensión	2.09	1.31	.97	.92	1.11	.78	1.03	.92	1.15	.14
7. Manerismos y Posturas extrañas	1.45	1.35	.25	.50	1.20	.82	1.30	.67	1.09	.15
8. Grandiosidad	2.14	1.61	.82	1.29	1.32	1.32	1.63	1.03	1.40	.29
9. Depresión	1.91	1.54	.54	.78	1.37	.78	1.29	.53	.74	.25
10. Hostilidad	1.48	1.52	.42	.89	1.09	1.32	1.46	.60	.99	.72
11. Suspiciacia	2.00	1.53	.62	.97	1.38	1.57	1.85	.78	1.16	.79
12. Alucinaciones	1.40	1.53	.45	1.09	.96	2.00	1.95	.78	1.34	1.22
13. Retardo motor	1.65	1.37	.77	.97	.88	1.29	1.30	1.29	1.21	0.00
14. Falta de cooperación	1.97	1.77	.74	1.01	1.23	1.57	1.77	.92	1.18	.31
15. Contenido de pensamiento raro	2.02	1.59	.60	1.00	1.42	1.67	1.88	.78	1.03	.89
16. Aplanamiento afectivo	2.45	1.78	.89	1.15	1.57	2.50	1.00	1.92	1.27	.58
17. Excitación	1.20	1.60	.17	.45	1.03	1.10	1.54	.64	1.12	.46
18. Desorientación	1.31	1.40	.40	.91	.91	2.17	1.38	1.00	1.12	1.17
19. Atracciones de la atención	1.66	1.47	.54	.85	1.11	1.64	1.54	1.03	1.03	.61
20. Alteraciones de la memoria	1.45	1.12	.65	.93	.80	2.14	1.40	1.32	.94	.82
21. Demencia	.77	.97	.34	.59	.43	.89	1.16	.85	1.04	.04
\bar{x} Total	1.82	.51	.88	.30	1.14	1.52	.60	1.01	.42	.51
n = 35 (experimental)										
n = 28 (control)										

Tabla 12

DIFERENCIA DE PUNTAJE EN SINTOMATOLOGIA DE LOS
GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL EN RELACION AL INGRESO Y EGRESO
DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO
I

REACTIVOS	EXPERIMENTAL			CONTROL		
	INGRESO	EGRESO	DIFERENCIA INGR-EGRESO	INGRESO	EGRESO	DIFERENCIA INGR-EGRESO
1 Preocupaciones somáticas	2.14	1.05	1.09	1.21	.92	.29
2 Ansiedad	2.85	1.22	1.63	1.35	1.57	- .22
3 Pobreza Emocional	2.85	1.31	1.54	3.10	2.17	.93
4 Desorganización conceptual	2.05	.77	1.28	1.75	1.03	.72
5 Sentimiento de culpa	1.54	.82	.72	.96	.67	.29
6 Tensión	2.08	.97	1.11	.78	.92	.14
7 Manerismos y posturas extrañas	1.45	.25	1.20	.82	.67	.15
8 Grandiosidad	2.14	.82	1.32	1.32	1.03	.29
9 Depresión	1.91	.54	1.37	.78	.53	.25
10 Hostilidad	1.48	.42	1.06	1.32	.80	.72
11 Susplicacia	2.00	.62	1.38	1.57	.78	.79

Tabla 12

DIFERENCIA DE PUNTAJE EN SINTOMATOLOGIA DE LOS
GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL EN RELACION AL INGRESO Y EGRESO
DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO
II

REACTIVOS	EXPERIMENTAL			CONTROL		
	INGRESO	EGRESO	DIFERENCIA INGR-EGRESO	INGRESO	EGRESO	DIFERENCIA INGR-EGRESO
12 Alucinaciones	1.40	.45	.95	2.00	.78	1.22
13 Retardo motor	1.65	.77	.88	1.28	1.28	0
14 Falta de cooperación	1.97	.74	1.23	1.57	.92	.31
15 Contenido de pensamiento raro	2.02	.60	1.42	1.67	.78	.89
16 Aplanamiento afectivo	2.45	.88	1.57	2.50	1.92	.58
17 Excitación	1.20	.17	1.03	1.10	.84	.46
18 Desorientación	1.31	.40	.91	2.17	1.00	1.17
19 Alteraciones de la atención	1.65	.54	1.11	1.64	1.03	.61
20 Alteraciones de la memoria	1.45	.65	.80	2.14	1.32	.82
21 Demencia	.77	.34	.43	.89	.85	.04
\bar{X} Total	1.82	.68	1.14	1.52	1.01	.51

Grupo Experimental (n=35) : t = 5.664 gl 40 $p < .05$
 Grupo Control (n=28) : t = 2.258 gl 40 $p < .05$

Tabla 13

CUADRO COMPARATIVO DE DIFERENCIAS DE PUNTAJE EN
SINTOMATOLOGIA EN LOS PACIENTES EXPERIMENTALES Y CONTROLES

	EXPERIMENTAL			CONTROL		
	INGRESO	EGRESO	DIFERENCIA ING - EGRESO	INGRESO	EGRESO	DIFERENCIA ING - EGRESO
TOTAL	38.35	14.33	24.03	31.92	21.41	10.51
MEDIA	1.82	.68	1.14	1.52	1.01	.51
DESV. ESTANDARD	.51	.30	-	.60	.42	-
PUNTAJE MINIMO-MAXIMO	.77 - 2.85	.17 - 1.31	-	.78 - 3.10	.53 - 2.17	-

$t = 5.664$ $p < .05$ gl 40

$t = 2.258$ $p < .05$ gl 40

Tabla 14

RESULTADOS GLOBALES DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL
DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL EN INGRESO, EGRESO
Y SEGUIMIENTO A LOS 3 Y 6 MESES

		INGRESO	EGRESO	1er. Seguimiento (3 meses)	2o. Seguimiento (6 meses)
EXPERIMENTAL	TOTAL	1 770.00	2 469.00	2 490.00	2 258.00
	Media	52.05	72.61	73.23	66.35
	Desviación Stándard	14.84	11.07	11.80	20.62
	Rango	55.00	45.00	45.00	73.00
	Mediana	17.00	17.00	17.00	17.00
	Semirango	52.50	72.50	72.50	61.50
	Sesgo	-.19	-.31	-.21	-.24
	Curtois	2.15	2.73	2.03	1.20
	Mínimo	25.00	50.00	50.00	25.00
	Máximo	30.00	95.00	95.00	93.00
CONTROL	TOTAL	1 602.00	1 724.00	1 695.00	1 697.00
	Media	55.24	59.44	58.44	58.51
	Desviación Stándard	10.39	10.80	12.08	10.85
	Rango	45.00	40.00	49.00	54.00
	Mediana	15.00	15.00	13.00	15.00
	Semirango	52.50	55.00	55.50	59.00
	Sesgo	-.06	-.72	-.42	-.33
	Curtois	2.54	2.48	2.52	3.85
	Mínimo	30.00	35.00	31.00	31.00
	Máximo	75.00	75.00	30.00	35.00
		t = -3.44 gl 61 n.s.	t = 15.496 gl 61 p < .001	t = 16.669 gl 61 p < .001	t = 7.589 gl 61 p < .001

Tabla 15

COMPARACION DEL PUNTAJE DE GANANCIA EN
FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL ENTRE INGRESO Y EGRESO EN
LOS PACIENTES EXPERIMENTALES Y CONTROLES

GRUPO	INGRESO	EGRESO	PUNTAJE DE GANANCIA
EXPERIMENTAL	52.05	72.61	20.56
CONTROL	55.24	59.44	4.20

NIVELES DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN LOS
PACIENTES EXPERIMENTALES Y CONTROLES EN INGRESO, EGRESO
Y SEGUIMIENTO

GRUPO	INGRESO	EGRESO	SEGUIMIENTO
EXPERIMENTAL	52.05	72.61	69.79
CONTROL	55.24	59.44	58.47

Tabla 17

CUADRO COMPARATIVO DE NIVELES DE FUNCIONAMIENTO
PSICOSOCIAL Y PUNTAJE DE GANANCIA DESPUES DEL TRATAMIENTO
Y DURANTE EL SEGUIMIENTO EN LOS PACIENTES EXPERIMENTALES Y
CONTROLES

GRUPO	INGRESO	EGRESO	PUNTAJE DE GANANCIA ING-EGRESO	SEGUIMIENTO	PUNTAJE DE GANANCIA EGR-SEGUM.	PUNTAJE DE GANANCIA TOTAL ING - SEGUIMIEN.
EXPERIMENTAL	52.05	72.61	20.56	69.70	- 2.62	17.74
CONTROL	55.24	59.44	4.20	58.47	- .97	3.23

Tabla 18

ANÁLISIS FACTORIAL DE SINTOMATOLOGÍA
 (ESCALA BREVE DE APERCIACIÓN PSIQUIÁTRICA)
 PARA LA POBLACIÓN DE PACIENTES ESTUDIADOS
 (ROTACIÓN VARIANX)

I.	SINDROME ORGANICO	
20*	Alteraciones de la memoria	.83**
18	Desorientación	.78
19	Alteraciones de la atención	.61
21	Demencia	.55
II.	SINDROME MELANCOLICO	
1	Preocupaciones somáticas	.81
9	Depresión	.72
2	Ansiedad	.71
6	Tensión	.69
5	Sentimientos de culpa	.68
III.	SINDROME HOSTIL-EXCITADO	
10	Hostilidad	.80
11	Suspición	.64
8	Grandiosidad	.63
17	Excitación	.58
14	Falta de cooperación	.58
IV.	SINDROME DE AFECTIVIDAD APLANADA	
13	Retardo motor	.81
3	Pobreza emocional	.55
16	Aplanamiento afectivo	.52
V.	SINDROME PSICOTICO	
15	Contenido del pensamiento raro	.80
12	Alucinaciones	.74
4	Desorganización conceptual	.67

* Número de reactivo

** Peso del reactivo

Peso Σ .59

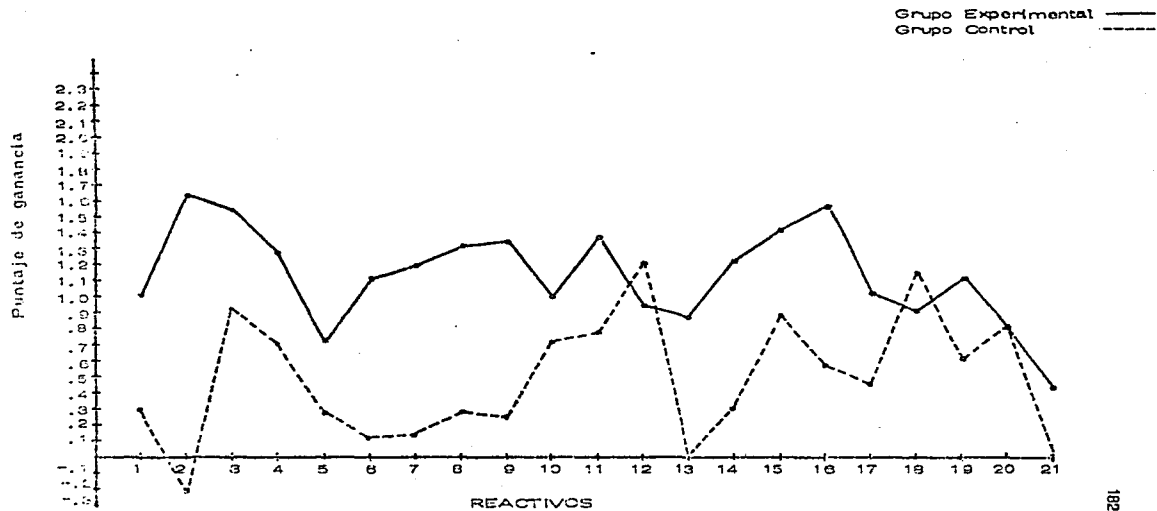
Tabla 19

RECAIDAS DE LA POBLACION DE PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y
CONTROL DURANTE UN PERIODO DE 14 MESES

	número de pacientes con recaída	%	número total de recaídas	%
Grupo Experimental n= 35	9	25.7	11	31.4
Grupo Control n= 35	18	51.4	38	108.5

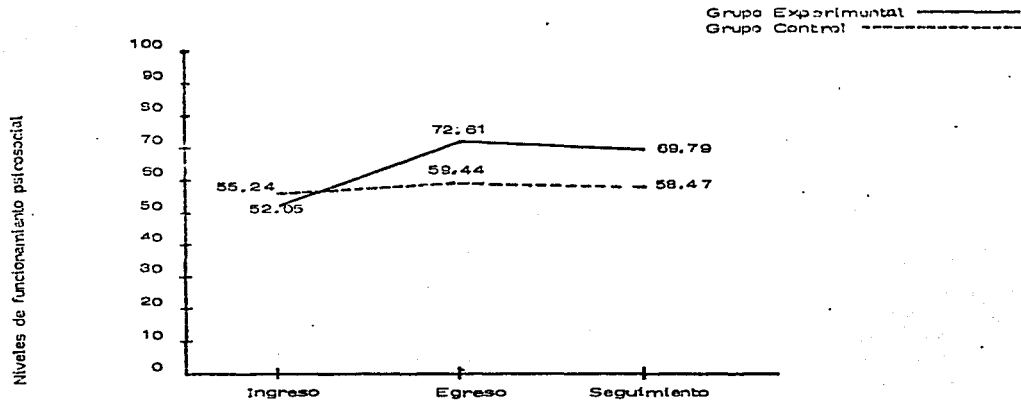
GRAFICA 1

PUNTAJE TOTAL DE GANANCIA EN SINTOMATOLOGIA
ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL GRUPO CONTROL



Grafica 2

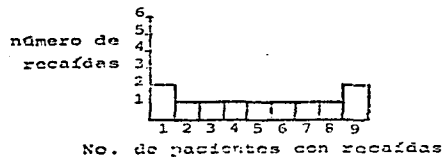
DIFERENCIAS DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL
EN LA ESCALA DE VALORACION GLOBAL (EVG) EN INGRESO, EGRESO Y
SEGUIMIENTO EN LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL



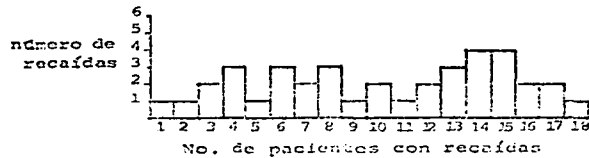
GRAFICA 3

NUMERO DE RECAIDAS DE LOS PACIENTES EXPERIMENTALES Y
CONTROLES EN UN PERIODO DE 14 MESES

Grupo
Experimental



Grupo
Control



APENDICE 1
HOJA DE DATOS BASICOS DEMOGRAFICOS
P. RYAN - M. VALENCIA
1980

Nombre;	Número de Proyecto:	1	2	3	4	5	6
Domicilio Particular:		Teléfono:					
Domicilio Trabajo:		Teléfono:					
Familia Responsable; Nombre:		Teléfono:					
Domicilio Particular:		Teléfono:					
Domicilio Trabajo:		Teléfono:					
Otras Referencias:							

186

Subgrupo de:	1) IGGTE	2) IMSS	3) PEMEX	4) OTRO	5) NO APLICABLE	7							
SEXO:	EDAD:	Número de Paciente	Número de Expediente										
M F	0 10	11 12 13 14	15 16 17 18 19 20 21 22										
1 2													
Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:	Nivel Socioeconómico											
DIA MES AÑO	1. Soltero 3. 4. Viudo 5. Divorciado/ Separado 6. Atado 7. Otro	25 26 27 28 29											
Escolaridad:	1. No terminó Primaria		2. Primaria completa	3. Secundaria o Prevocacional	4. Preparatoria	5. Carrera Técnica	6. Universidad	7. Ninguna	27	1. No sabe leer ni escribir	2. Sabe leer y escribir	3. Otro	28
Ocupación:	1. Empleado		2. Desempleado	3. Trabajos eventuales				29					
1. Empleado	2. Desempleado	3. Trabajos eventuales				29							
4. Estudiante	5. Area de casa	6. Desconocido				30							
Tiempo máximo de ocupación en el mismo empleo:	1. Menos de 6 meses		2. Seis meses a 1 año	3. Uno a 5 años				31					
1. Menos de 6 meses	2. Seis meses a 1 año	3. Uno a 5 años				31							
4. Más de 5 años	5. No aplicable				32								
Tiempo de desempleo en los últimos dos años:	1. Menos de 6 meses		2. 6 meses a 1 año	3. Más de 1 año	4. No aplicable			32					
1. Menos de 6 meses	2. 6 meses a 1 año	3. Más de 1 año	4. No aplicable			32							
Precedencia:	1. Médico, D.F. y Zonas Metropolitanas		2. Privada/ Otro (Especificar)	3. Lugar donde reside				33					
1. Médico, D.F. y Zonas Metropolitanas	2. Privada/ Otro (Especificar)	3. Lugar donde reside				33							
Localización del paciente:	1. Internado		2. Consulta externa	3. Hospital parcial		4. Preconsulta		34					
1. Internado	2. Consulta externa	3. Hospital parcial		4. Preconsulta		34							
Fecha de ingreso:	Fecha de Egreso	Tiempo de Permanencia	Tiempo de Hospitalización los Últimos 2 años										
MES AÑO	MES AÑO	MES AÑO	MES AÑO										
Número de hospitalizaciones previas:	Tiempo total de Hospitalización												
1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____	7. _____	8. _____						
1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____	7. _____	8. _____						
7. _____	8. _____	9. _____	MESES										
Cómo vino el paciente al hospital?	1. Traído por familiares		2. Traído de casa de protección social	3. Traído por amigos o conocido	4. Remisión de otro hospital	5. Remisión de casa de protección social	6. Remisión de amigos o conocido	7. Por sí mismo	35				
1. Traído por familiares	2. Traído de casa de protección social	3. Traído por amigos o conocido	4. Remisión de otro hospital	5. Remisión de casa de protección social	6. Remisión de amigos o conocido	7. Por sí mismo	35						
Motivo de Alta; (para pacientes internados):	1. Remisión de la sintomatología		2. Remisión Familiar	3. Fuga	4. Defunción	5. Defunción	6. Defunción	7. Defunción	36				
1. Remisión de la sintomatología	2. Remisión Familiar	3. Fuga	4. Defunción	5. Defunción	6. Defunción	7. Defunción	36						
Diagnósticos	1. Médico Psiquiatra		2. Psicólogo	3. Residente	4. Trabajadora Social	5. Enfermera	6. Otro	36					
41 42 43 44 45	46 47 48 49 50	51 52 53 54 55	Fecha de la obtención de datos:		DIA MES AÑO								
1. _____	2. _____	3. _____											
Entrevistador:	1. Médico Psiquiatra		2. Psicólogo	3. Residente	4. Trabajadora Social	5. Enfermera	6. Otro	36					
1. Médico Psiquiatra	2. Psicólogo	3. Residente	4. Trabajadora Social	5. Enfermera	6. Otro	36							

APENDICE 2
ESCALA BREVE DE APRECIACION PSIQUIATRICA
OVERALL J.E.- GORHAM d D.R.

1962

A continuación se adjunta la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS), para la valoración del estado mental actual del paciente.

Marque con un X la calificación del síntoma, de acuerdo como se ha presentado durante el mes anterior a la entrevista con el paciente.

	Ausente	Muy leve	Leve	Moderno	Mod. Intenso	Intenso	Muy Intenso
	0	1	2	3	4	5	6
1. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS. Preocupaciones o temores en relación con su salud física. Hipocondriasis.	0	1	2	3	4	5	6
2. ANSIEDAD. Inquietud, miedo o preocupación exagerada por el presente o futuro. Valórese en base a reporte del paciente.	0	1	2	3	4	5	6
3. POBREZA EMOCIONAL. Deficiencia en la relación con el entrevistador. Grado en que el paciente no está en contacto emocional con otras personas.	0	1	2	3	4	5	6
4. DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL. Procesos de pensamiento desintegrados o desorganizados. Fragmentación, bloques, confabulación y autismo. Valórese en base a integración de las producciones verbales del paciente.	0	1	2	3	4	5	6
5. SENTIMIENTOS DE CULPA. Preocupación, remordimiento o vergüenza por conducta pasada. NO INFERIR culpa a través de depresión o ansiedad.	0	1	2	3	4	5	6
6. TENSION. Nerviosismo, temblor, sudoración, cambios frecuentes de postura, aumento del tono muscular, hipertonia de movimientos. Valorar en base a observación y no en experiencias subjetivas del paciente.	0	1	2	3	4	5	6
7. MANERISMOS Y POSTURAS EXTRAÑAS. Conducta motora anormal, poco usual. Movimientos repetitivos y posturas. Hace que el enfermo destaque entre personas normales. No valorar aumento de actividad motora, ni tics.	0	1	2	3	4	5	6
8. GRANDIOSIDAD. Opinión exagerada de sí mismo. Convicción de poseer habilidades o poderes poco usuales. Valórese en base a la discrepancia entre la opinión que tiene de sí mismo y la realidad.	0	1	2	3	4	5	6
9. DEPRESIÓN. Abatimiento, tristeza, desaliento, pesimismo. No se valore retardo motor ni preocupaciones somáticas.	0	1	2	3	4	5	6
10. HOSTILIDAD. Amargura, ira, odios. Ligereza. Desprecio a personas. No inferir hostilidad a partir de la falta de cooperación. No de delirios neuróticos.	0	1	2	3	4	5	6

	Ausente.	Muy leve	Leve	Moderao	Mod. Intenso	Intenso	Muy Intenso
11. SUSPICACIA. Desconfianza, creencia de que otros tienen intenciones maliciosas o discriminatorias hacia él. Ideas persecutorias y de referencia. Valórese sólo la suspicacia presente o sostenida.	0	1	2	3	4	5	6
12. ALUCINACIONES. Percepciones sin estímulo externo. Diferencia claramente de las imágenes mentales vividas.	0	1	2	3	4	5	6
13. RETARDO MOTOR. Reducción en el nivel de energía física evidenciada por lentitud, debilidad de movimientos y discurso. Tono muscular disminuido. Reducción del número de movimientos.	0	1	2	3	4	5	6
14. FALTA DE COOPERACION. Resistencia, poca voluntad para colaborar con el entrevistador. No valorar en base a resentimientos.	0	1	2	3	4	5	6
15. CONTENIDO DEL PENSAMIENTO RARO. Contenido extraño, poco usual, grotesco, bizarro. No valorar aquí el grado de desorganización conceptual.	0	1	2	3	4	5	6
16. APLANAMIENTO AFECTIVO. Tono emocional bajo. Reducción de la intensidad normal de los sentimientos y de las reacciones emocionales.	0	1	2	3	4	5	6
17. EXCITACION. Aumento del tono emocional. Aceleración, agitación, reactividad aumentada.	0	1	2	3	4	5	6
18. DESORIENTACION. Confusión o desorientación de personas, lugar y tiempo.	0	1	2	3	4	5	6
19. ALTERACIONES DE LA ATENCION. El paciente se muestra distraído, por los estímulos externos, incapaz para centrar su atención.	0	1	2	3	4	5	6
20. ALTERACIONES DE LA MEMORIA. Se encuentra incapacitado para recordar hechos presentes o pasados. Valórese memoria anterógrada y memoria retrógrada.	0	1	2	3	4	5	6
21. DEMENCIA. Detrimiento de las facultades de memoria, comprensión, cálculo, juicio, lenguaje y de la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas. Valórese también la conducta espontánea que sea de naturaleza clínica y cronológica.	0	1	2	3	4	5	6

APENDICE 3

ESCALA DE VALORACION GLOBAL

SPITZER R.L- GIBBON J.- ENDICOTT J.

1976

CONFIDENCIAL

ESCALA DE VALORACION GLOBAL (EVG)

Número de proyecto

1	2	3	4	5	6

Número de paciente

7	8	9

Número de tarjeta

10	11

Nombre del paciente: _____

Informante:

12

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1. Psiquiatra | 4. Enfermera |
| 2. Residente | 5. Dos informantes |
| 3. Psicólogo(a) | 6. Otro |

Instrucciones al informante:

Evalúe el nivel más bajo de funcionamiento del paciente durante la última semana, seleccionando la clasificación más baja que describe su comportamiento, basándose en la escala hipotética continua del estado de salud-enfermedad mental. Por ejemplo, un paciente cuyo comportamiento está considerablemente influenciado por delirios (escala 21-30) debe dársele una evaluación en aquella escala aunque tenga "síntomas de mayor gravedad en algunas áreas" (escala 31-40). Use niveles intermedarios cuando esté indicado (p.e. 35, 38, 42). Evalúe el funcionamiento actual independientemente de si el paciente está recibiendo o no medicación y pueda ser ayudado por medicación o alguna otra forma de tratamiento.

- 100** No síntomas, funcionando superior en una amplia escala de actividades, los problemas de la vida están bajo control, es buscado por otros por su cordialidad e integridad.
- 91**
- 90** Pueden ocurrir síntomas transitorios, pero el funcionamiento es bueno en todas las áreas, interesado y envuelto en amplia escala de actividades, efectivo socialmente, generalmente satisfecho con la vida, preocupaciones "claras" que sólo ocasionalmente están fuera de control.
- 81**
- 80** Síntomas mínimos pueden estar presentes pero no hay más que un ligero deterioro en funcionamiento, hay una variante en graduación de las preocupaciones y problemas diarios que a veces están fuera de control.
- 71**
- 70** Algunos síntomas leves (p.e. humor deprimido e insomnio leve) o alguna dificultad en varias áreas de funcionamiento, pero generalmente está funcionando bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas y la mayoría de la gente sin entrenamiento no lo consideraría "enfermo".
- 61**
- 60** Síntomas moderados o generalmente funcionando con algo de dificultad (p.e. pocos amigos, afecto aplanado y patológica, duda de sí mismo, humor eufórico y presión del lenguaje, moderadamente severo comportamiento antisocial).
- 51**
- 50** Cualquier sintomatología sería deterioro en funcionamiento es tal forma que la mayoría de los clínicos pensarían claramente que requiere tratamiento o atención (p.e. preocupación o intento de suicidio, obsesiones rituales graves, ataques de ansiedad, comportamiento antisocial serio, bebedor compulsivo).
- 41**
- 40** Daño más extenso en varias áreas, tales como trabajo, relaciones familiares, juicio, pensamiento o estado de ánimo (p.e. mujer deprimida que evita los amigos, descuida la familia, es incapaz de hacer los trabajos de la casa) o algo de empeoramiento en las pruebas que evalúan el contacto con la realidad o comunicación (p.e. a veces el lenguaje es confuso, ilógico o irrelevante) o un solo intento de suicidio serio.
- 31**
- 30** Incapaz de funcionar en casi todas las áreas (p.e. está en cama todo el día) o el comportamiento está considerablemente influenciado por delirios o alucinaciones o serio deterioro en comunicación (p.e. algunas veces incoherente o indiferente) o juicio (p.e. actúa de una forma inapropiada excesivamente).
- 21**
- 20** Necesita alguna supervisión para evitar que se haga daño a sí mismo o a otros, o para mantener mínima higiene personal (p.e. repetidos intentos de suicidio, frecuentemente violento, excitamiento mínimo, se embadurna con las heces) o excesiva dificultad en comunicación (p.e. extremadamente incoherente o mudo).
- 11**
- 10** Necesita supervisión constante por varios días para evitar que se haga daño a sí mismo o a otros, o no procura mantener mínima higiene personal (p.e. requiere una unidad de cuidado intensivo con observación especial por personal).
- 1**

Nivel de clasificación del paciente internado:

Semana 1	Fecha: _____	13 14 □ □
Semana 2	Fecha: _____	15 16 □ □
Semana 3	Fecha: _____	17 18 □ □
Semana 4	Fecha: _____	19 20 □ □
Semana 5	Fecha: _____	21 22 □ □
Semana 6	Fecha: _____	23 24 □ □
Semana 7	Fecha: _____	25 26 □ □
Semana 8	Fecha: _____	27 28 □ □
Ultima semana antes de cada de alta.	Fecha: _____	29 30 □ □

Clasificación del paciente en la etapa de seguimiento:

Seguimiento:

Primer seguimiento	Fecha: _____	31 32 □ □
Segundo seguimiento	Fecha: _____	33 34 □ □
Tercer seguimiento	Fecha: _____	35 36 □ □
Cuarto seguimiento	Fecha: _____	37 38 □ □
Quinto seguimiento	Fecha: _____	39 40 □ □

BIBLIOGRAFIA

Abrahams, J.

Preliminary report of an experience in the group
psychotherapy of schizophrenics.
American Journal of Psychiatry
104: 613-617, 1948

Agras, W.S.

Behavioral medicine in the eighties: Non-random connections.
Journal of Consulting and Clinical Psychology.
Vol. 50(6): 797-803, 1982.

Altshuler, J.M.

One year's experience with group psychotherapy.
Mental Hygiene, 24: 193-195, 1940

Ayala, H.E.; Chism, S.K.; Cárdenas, L.G. y Cols.

Una alternativa al tratamiento y rehabilitación de enfermos
mentales crónicos.
Salud Mental 5(1) Primavera, 1982.

Ayllon, T.; Roberts, N.

Behavior modification and prison rehabilitation
Wiley, 1978

Bandura, A.

Principles of behavior modification
New York. Holt. Rinehart & Winston, 1969

Barton, R.
Institutional Neurosis
Bristol, Wright and Sons, 1959

Bellak, L.
The schizophrenic syndrome
Edit. Grune & Stratton. New York, 1969.

Beuken Kamp, C.F.
Fortunate strangers. Holt, Rinehart
& Winston, Inc. New York, 1958.

Beyer, J.M.; Trice, H.M.
Implementing change: Alcoholism policies in work
organizations. Free Press, New York, 1977.

Bleuler, E.
Dementia praecox or the group of schizophrenias.
J. Zinkin (trad) International Universities
Press, Inc. New York, 1950.

Bloom, L.S.
Factors associated with accuracy of prediction of post-hospital
adjustment.
J. Abnormal Psychology. 28: 243-249, 1970.

Boo, E.E.; Gocka, E.F.; Kogan, W. S.
The effects of group psychotherapy on interpersonal
perceptions of psychiatric patients.
Multivariate Behavioral Research 1: 177-187, 1966.

Brown, G.W.
The Mental hospital as an institution
British J. of Psychiatry 130:1-18, 1977.

Braukmann, C.J.
 Behavior modification with adolescents in: Progress
 in behavior modification
 Ed. M. Hersen Academic Press, 1975

Boison, A.T.
 Group therapy: the Elgin plan.
 Pastoral Psychology, 5: 33-38, 1964

Borowski, T.; and Tolwinski, T.
 Treatment of paranoid schizophrenic with chlor-
 promazine and group therapy
 Diseases of the Nervous System, 30: 201-202, 1969

Brey, K.H.
 The mental Hospital Revisited: A program.
 Schizophrenia Bulletin Vol. 7, No. 3: 522-526, 1981

Calderon, C.
 Hospitales psiquiátricos de México. Desde la Colonia
 hasta la actualidad
 Revista Mexicana de Neurología y Psiquiatría,
 Vol. 7(3): 111-136, Septiembre, 1966

Campbell, D.; Stanley, J.
 Experimental and quasi-experimental designs for research
 Rand McNally College Publishing Company, Chicago, 1963

Choney, M.T.
 Job Development in a V.A. Hospital
 The Vocational Guidance Quarterly 3 : 61-65, 1978.

Claghorn, J.L.; Johnston, E.E.; Cook, T.H.
and Itschner, L.
Group therapy and maintenance treatment of schizophrenics
Archives of General Psychiatry. 31: 361-366, 1974

Coleman, J.C.
Abnormal psychology and modern life (Fourth Edition)
Scott, Foresman and Company
Glenview, Illinois, London, 1972

Coons, W.H.; Peacock, E.P.
Interpersonal interaction and personality change in
group psychotherapy
Canadian Psychiatric Association Journal 15:347-355, 1970

Corder, B.F.; Corder, R.F.; Hendriks, A.
An experimental study of the effect of paired-patient
meetings in the group therapy process.
International Journal of Group Psychotherapy,
21: 310-318, 1971.

Creer, C.
Living with schizophrenia.
Social Work Today: 6: 2-8, 1975

De la Fuente, R.
Angustia normal y angustia patológica
Salud Mental Vol. 3(4): 13-17, Invierno, 1980.

De la Parra, A.; De la Fuente, R.; Gómez-Mont, F.
Análisis multivariado del BARS en los pacientes del
"Censo de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en la
Secretaría de Salubridad y Asistencia"
(Manuscrito en fase final de preparación), 1982.

Diem (1903) en Gregory I.
Psiquiatría Clínica. Cap. 18, Trastornos esquizofrénicos.
417-457
Edit. Interamericana, 1970.

Dixon, P.T.; Rada, R.T.; Knight, S.W.
A therapeutic aftercare setting for refractory chronic
schizophrenic patients.
Am. J. Psychiatry. 130: 682, 1973.

Engel, G.L.
The need for a new medical model: A challenge for
biomedicine. Science, 195: 129-136, 1977.

Etzioni, A.
A comparative analysis of complex organizations.
Glencol, The Free Press, 1961.

Fairweather, G.W.
Social Psychology in treating mental illness.
New York, Wiley Sons, 1954.

Fairweather, G.W.; Sanders, D.H.; Maynard, H.
Community life for the mentally ill.
Al dine, 1969.

Frank, J.D.
Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy
Baltimore, Md. Johns Hopkins
University Press, 1961.

Fromn-Reichmann Frieda
Psicoterapia de la esquizofrenia,
American Journal of Psychiatry
Vol. II No. 6: 410-419, Dic. 1964.

Fromn-Reickman, F.
Psicoanálisis y psicoterapia
Edit. Horme, 1976

Goffman, E.; Asylums Essay
On the social situation of mental patients and other inmates.
Anchor Book, Edit. 1961.

Crinspoon, L.; Ewalt, JR. and Shader, R.J.
Schizophrenia: Pharmacotherapy and psychotherapy
The Williams and Wilkins Company,
Baltimore, Md. 1972.

Goldstein, M.J.; Rodnick, E.H.; Evans, J.R.; May, P.R.A.
and Steinberg, M.R.
Drug and family therapy in the after care of acute
schizophrenics.
Archives of General Psychiatry, 35: 1169-1177, 1973

Golstein, M.J.; Rodnick, E.H.;
Evans, J.R.; May, P.R.A. and
Long acting phenothiazine and social therapy in the
community treatment of acute schizophrenia
En: Drugs in combination with other therapies.
Greenblatt, M. Grune & Stratton Inc.
New York, 1975.

Group for the advancement of psychiatry.
Pharmacotherapy and psychotherapy: Paradoxes,
problems, and progress.
Vol. 9(93), March, 1975.

Gunderson, J.G.
A reevaluation of milieu therapy for nonchronic
schizophrenic patients
Schizophrenia Bulletin, Vol. 6(1): 64-69, 1980

Hage, J.; Aiken, M.
Social change in complex organizations.
Random House. New York, 1970

Hamilton, M.
Lectures on the methodology of clinical Research
Churchill Livingstone, Edinburgh and London, 1974

Haven, G.A.; Wood, B.S.
The effectiveness of eclectic group psychotherapy in
reducing recidivism in hospitalized patients
Psychotherapy: Theory, Research and Practice
7: 153-154, 1970

Hecker, E. (1971) on Freedman, A.M.; Kaplan, H.I.; Sadeck, B.J. Modern synopsis of psychiatry/ II. 2a. Edit. The Williams y Wilkins Company, Baltimore, Maryland, 1976.

Herz, M.I.; Spitzer, R.L.; Gibbon, M.; Greenspan, K.; and Reibel, S. Individual versus group after care treatment. American Journal of Psychiatry 131: 808-812, 1974

Hogarty, G.E.; Goldberg, S.C. and the Collaborative Study Group. Drug and socio therapy in the aftercare of schizophrenic patients. One-year relapse rates. Archives of General Psychiatry 28: 54-64, 1973.

Hogarty, G.E.; Goldberg S.C.; Schooler, N.R.; Ulrich, R.F.; and the Collaborative Study Group. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: II Two year relapse rates. Archive of General Psychiatry 31: 603-603, 1974 a.

Hogarty, G.E.; Ulrich, R.F.; Goldberg, S.C.; and Schooler, N.R. Socioterapy and the prevention of relapse among schizophrenic patients: An artifact or drug? In: Spitzer, R.L. & Klein, D.F. Editors. Evaluation of Psychological Therapies: Psychotherapies, Behavior Therapies and their Interactions. Johns Hospkins University Press; 285-293. Baltimore, Md. 1976

Hogarty, G.E.; Ulrich, R.F.
Temporal effects of drug and placebo in delaying
relapse in schizophrenic out patients
Archive of General Psychiatry
34: 297-301, 1977

Hoult, J.
Psychiatric Hospital versus Community treatment, a
controlled study
Department of Health, N.S.W.
Sydney, Australia, Mayo, 1933.

Jones, M.
Social Psychiatry in Practice:
The Idea of the therapeutic community.
Penguin, 1953

Karon, B.P. Vandenbos, G.R.
The consequences of psychotherapy for schizophrenic
patients. Psychotherapy: Theory, Research and Practice,
9: 111-119, 1972.

Kahlbaum, K.L. (1874) en Gregory, I.
Psiquiatría clínica. Cap. 18, Trastornos Esquizofrénicos
pp. 417-457. Edit. Interamericana, 1970

Klappman, J.
Group Psychotherapy: Theory and Practice.
Grune and Stratton Inc. New York, 1946.

Kraepelin, E.
Dementia Praecox and Paraphrenia
Edit. Edinburgh y Livingston, 1919.

Korchin, L.
Modern Clinical Psychology
Prentice-Hall Inc., 1974

Kulhara, P.; Wing, J.
The chronicity of schizophrenia in north-west India:
results of a follow-up study
British J. Psychiatry 132: 180-190, 1970.

Langsley, D.G.; Machotka, P.; & Flomenhaft, K.
Family crisis therapy - Results and implications.
Family Process, 7: 145-158, 1968.

Leigh, H.; Reiser, M.F.
The patient: Biological, psychological and social dimensions
of medical practice.
New York: Plenum Press, 1970.

Levano, M.I.; Patterson, V.; Murphy, B.G.;
Overbeck, A.L. and Veach, T.L.
The aftercare of schizophrenics: An evaluation of group and
individual approaches.
Psychiatric Quarterly, 44: 296-304, 1970.

Lewin, M.
Understanding psychological Research
John Wiley and Sons, inc. 1979

Lipton, S.M.; Fields, R.J. & Scott, R.A.
Effects of group psychotherapy upon types of patient
movement. Diseases of the Nervous System.
29: 603-605, 1968.

Marcas-Valadez, T.G.
Modelo psiquiátrico de intervención terapéutica en niños
y adolescentes.
Salud Mental 5(2): 18-22, Verano, 1982.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
DSM III. Criterios Diagnósticos.
Edit. Masson, S.A., 1983

Martin, A.
Institutionalism
Lancet, 1955

May, P.R. A.
Treatment of schizophrenia.
Science House, New York, 1963

May, P.R.A.
Psychotherapy research in schizophrenia-Another view
of present reality.
Schizophrenia Bulletin, 9: 126-132, 1974

Meyer, A. (1942) en: Theories of Personality and
Psychopathology: Other Psychoanalytic and Related Schools.
Modern Synopsis of Psychiatry II. The Williams and
Wilkins, Co. Baltimore, 1977

Meyerson, A.
Theory and principles of the total push program for
regressed schizophrenia.
Am. J. Psychiatry, 95: 1193-1204, 1954

Miller, D.
Alternatives to mental patients' rehospitalization.
Community Mental Health Journal
2: 124-128, 1976

Mosher, L.; Meltzer, H.
Drugs and psychosocial treatment: Editor's introduction
Schizophrenia Bulletin Vol. 6(1): 8-9, 1980

Mosher, L.; Keith, S.
Psychosocial treatment: individual, group, family and
community support approaches
Schizophrenia Bulletin Vol. 6(1): 10-41, 1980

Murphy, H.B.; Roman, A.C.
The chronicity of schizophrenia in indigenous tropical
people: results of a twelve year follow-up study in mauritius.
British J. Psychiatry 118: 489-497, 1977

O'Brien, C.P.; Hamlin, K.B.; Ray, B.A.
Group versus individual treatment with schizophrenics:
A controlled outcome study.
Arch. Gen. Psychiatry, 27: 474-478, 1972

Olson, R.P.; Greenberg, D.J.
Effects of contingency-contracting and decision-making
groups with chronic mental patients.
Journal of Consulting and Clinical Psychology
38: 376-383, 1972

Organización Mundial de la Salud
Glosario y Cufa para su Clasificación según la 9a. Re-
visión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.
Ginebra, 1973

Orlinsky, N.
Rehospitalization of the schizophrenic patient.
Archives of Gen. Psychiatry
35: 1047-1054, 1964

Overall, J.E.; Gorham, D.R.
The brief psychiatric rating scale
Psychological Reports 10: 799-812, 1952

Overall, J.E.; Hollister, L.; Pichot, P.
Major Psychiatric Disorders
Arch. Gen. Psychiatry
Vol. 16: 146-151, Febrero, 1967.

Pattison, E.M.; Brissenden, A.; and Wohl, T.
Assessing specific affects of inpatient group psychotherapy
International Journal of Group Psychotherapy
17: 283-297, 1967

Paul, S.L.; Lentz, L.
Psychosocial treatment of chronic mental patients
Harvard, 1977

Plutchik, R.
Foundations of experimental research.
Harper Row, Publishers, inc., 1974.

Powdermaker, F.; Frank, J.
Group Psychotherapy
Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1963

Pucheu, C.
Conceptos y alternativas para la rehabilitación del
enfermo mental.
Salud Mental Vol. 4, Año 4(3): 4-12, Otoño 1981

Purvis, S.A.; Miskimins, R.W.
Effects of community follow up on post hospital
adjustment of psychiatric patients.
Community Mental Health Journal
6: 374- 382, 1970.

Roback, H.B.
Experimental comparison of outcomes in insight and
non-insight-oriented therapy groups
Journal of Consulting and Clinical Psychology
58: 411-417, 1972

Robinson, M.B.

A study of the effects of focused video-tape feed back
in group counseling.

Comparative Group Studies

1: 47-75, 1970

Rog, D.J.; Rush, H.L.

The psychiatric half way house. How is it measuring up?

Community Mental Health Journal,

11: 155-162, 1975

Rogers, C.R.; Gendlin, E.G.; Kiesler, D.J.; Thax, C.S.

The therapeutic Relationship and its Impact.

University of Wisconsin Press, Madison, 1967

Ro-Trock, G.K.; Wellisch, D.K. and Schollar, J.C.

A family therapy outcome study in an inpatient setting.

American Journal of Ortho psychiatry

47:514-522, 1977

Rutner, J.; Bugla, C.

An experimental procedure for the modification
of psychotic behavior J. Cons.Clin. Psychol.

33(6): 651-653, 1959

Sabin, J.E.

Researchs findings on chronic mental illness; a model for
continuing case in the health maintenance organization.

Comprehensive Psychiatry

Vol. 19(1): 83-96, Jan-Feb. 1978

Sainsbury, M.J.
Introducción a la psiquiatría
Edit. Morata, 1978

Salvino, M.T.; Shlomp, T.
The use of nonprofessional rehabilitation aides in
decreasing rehospitalization
Journal of Rehabilitation 34(3) 28-31, 1976

Schilder, P.
The analysis of ideologies as a psychotherapeutic method,
especially in group treatment.
American Journal of Psychiatry,
93: 601-617, 1936

Schwartz, G.
Testing the Biopsychosocial model: The ultimate challenge
facing behavioral medicine?
Journal of Consulting and Clinical Psychology
Vol. 50(6): 1040-1053, December, 1982.

Schwartz, C.C.; Myers, J.K.; Astrachan, B.M.
The outcome study in psychiatric evaluation research
Arch. Gen. Psychiatry 29: 98, 1973

Shattan, S.P.; Deamp, L.; Fujii, E.
Group psychotherapy of conditionally discharged patients
in a mental health clinic.
Am. J. Psychiatry 122: 793, 1966

Spitzer, R.L.; Gibbon, J.; Endicott, J.
The global assessment scale
Arch. Gen. Psychiatry,
Vol. 4(33): 766-771, 1976

Sullivan, H.S.
Conceptions of modern psychiatry
W. W. Norton & Co., New York, 1933

Tornatzky, L. y Cols.
Innovation and social process: A national experiment
in implementing social technology
Pergamon: Elmsford, New York, 1980

Truax, S.B.; Wargo, A.G.; Carkhuff, R.R.;
Kodman, R.; and Males, F.A.
Changes in self-concepts during group psychotherapy as a
function of alternate sessions and vicarious therapy pretraining
in institutional mental patients and juvenile delinquents
Journal of Consulting Psychology
30: 309-314, 1938

Valencia, M.; Ryan, P.
Evaluación del uso de servicios de un hospital psiquiátrico
Reporte Interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1980.

Valencia, M.

**Tratamiento y rehabilitación de pacientes psiquiátricos:
Formulación de principios de rehabilitación**

Salud Mental (En consideración para publicación)

Marzo, 1983

Valencia, M. y cols.

Un modelo de intervención clínica en un hospital mental

Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina

(En consideración para publicación) Junio, 1983

Valencia, M., Otero, B.R., Rascón, M.L.

**Consideraciones teóricas para implementar un programa de
tratamiento en pacientes psiquiátricos hospitalizados**

Salud Mental (En consideración para publicación)

Octubre, 1983.

Valencia, M., Rascon, M.L., Otero, B.R. y Ryan, P.

Características de conducta en pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Salud Mental (En consideración para publicación)

Diciembre, 1983

Vitalo, R.L.

**Teaching improved interpersonal functioning as a preferred
mode of treatment**

Journal of Clinical Psychology 27:165-177, 1971

Wallace, C. J.; Nelson, C. J.; Liberman, R. P.;
Aitchison, R. A.; Lukoff, A.; Elder, J. P.; Ferris, C.
A review and critique of social skills training with
schizophrenic patients
Schizophrenia Bulletin, Vol. 6(1): 42-63, 1980.

Wender, L.
Dynamics of group therapy and its application.
Journal of Nervous and Mental Disease,
84: 54-60, 1936

Wing, J. K.; Brown, G. W.
Social treatment of chronic schizophrenia: A comparative
Survey of three mental hospitals. En
Institutionalism and schizophrenia:
847-861 Cambridge University Press, 1970

Wing, J.
A pilot experiment on the rehabilitation of long-hospitalized
male schizophrenic patients
British Journal of Preventive and Social Medicine 114: 173-
180, 1975

Young, M. A.; Maltzer, H. Y.
The relationship of demographic, clinical and outcome
variables to neuroleptic treatment requirements.
Schizophrenia Bulletin, 6:88-101, 1980