



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

Programa de Regulación de Enojo y Ansiedad en Pacientes Psiquiátricos

**Informe Profesional de Servicio Social para obtener el título de Licenciada en
Psicología**

Macias Bolaños Thanya

Directora: Dra. María Santos Becerril Pérez

Revisora: Dra. María Fayne Esquivel y Ancona

Ciudad de México

Marzo, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

El desarrollo de este proyecto no fue un camino fácil, desde que lo inicie, me ha puesto a prueba a cada instante. Los obstáculos para vencer fueron creciendo conforme me acercaba a la meta, hubo días en que mis emociones estaban al límite, sin embargo, nunca deje de disfrutar cada momento. Al final, todo el esfuerzo ha valido la pena, todo este proceso me enseñó que puedes llegar a dónde te propongas, los límites los pone uno mismo.

Hay varias personas que han formado parte fundamental en mi vida y que, sin saberlo, han sido inspiración y motivo para la realización de este proyecto. Quiero agradecer principalmente a mi madre, quién siempre ha sido el pilar y el motor de mi vida, porque sin su apoyo, esto no hubiera sido posible. Mamá te debo la vida entera, no existen las palabras para agradecerte por todo lo que me has enseñado, eres el ser humano más increíble que existe, y la persona que más amo.

A mi hermana, mi pareja, y a todas aquellas personas que considero parte de mi familia, sin necesidad de que nos una un lazo sanguíneo obligatoriamente, quiero agradecerles por todo lo que han hecho por mí, por todas las veces que me ayudaron, me alentaron, limpiaron mis lágrimas, y me hicieron reír hasta quedarme sin aire. Gracias por recordarme que debo creer en mí tal y como ustedes lo hacen, los adoro y me siento totalmente bendecida de tenerlos en mi vida.

Por último, a mi amada Facultad, mi segunda y a veces primera casa durante toda la licenciatura, en tus aulas encontré cosas inesperadas que me llevo en el corazón para siempre, me diste oportunidades que cambiaron mi vida, gracias a ti pude conocer a grandes personas y a eminencias que tuve el honor de tener como profesores, aquellos que marcaron mi formación

académica con sus brillantes enseñanzas, quienes me transmitieron toda esa pasión hacia la psicología que desde hace tiempo siento hasta los huesos, a ustedes, les debo gran parte de este logro. No cabe duda de que hoy más que nunca tengo la sangre azul y la piel dorada: ¡México, Pumas, Universidad! ¡Goya!

Índice

• Resumen	
• Contexto de la institución y del programa donde se realizó el Servicio Social.....	1
• Descripción de las actividades realizadas en el Servicio Social.....	5
-Actividades socio-recreativas.....	6
-Grupo psicoeducativo.....	8
-Círculo de lectura.....	9
-Estimulación cognitiva.....	10
-Acompañamiento terapéutico.....	10
-Talleres de inclusión.....	11
-Actividades académicas.....	12
-Cronograma de actividades.....	13
• Objetivos del Informe Profesional del Servicio Social.....	17
• Soporte teórico metodológico.....	18
-Enfermedad mental.....	18
-Hospitalización.....	19
-Trastornos mentales.....	20
-Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o sustancias psicotrópicas.....	20
-Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.....	22
-Trastorno del humor.....	26
-Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.....	28
-Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.....	31
• Tratamiento.....	34
-Terapia Conductista.....	45

-Terapia Cognitiva.....	48
-Terapias Grupales.....	52
-Terapia Ocupacional.....	53
-Rehabilitación Integral.....	54
-Ansiedad y Enojo.....	56
-Regulación emocional en el manejo de la ansiedad.....	65
-Enojo.....	66
-Otros tratamientos para enojo y ansiedad.....	71
• Resultados obtenidos.....	74
-Actividades recreativas y deportivas en el jardín.....	79
-Proyección de película.....	80
-Eventos socio-recreativos.....	80
-Círculos de lectura.....	81
-Estimulación cognitiva.....	82
-Talleres de inclusión social.....	82
-Seminario.....	83
-Lecturas de expedientes.....	84
-Grupo psicoeducativo.....	84
• Recomendaciones y/o sugerencias	91
• Propuesta de mejora	94
• Conclusiones.....	114
• Referencias	
• Anexos	

Resumen

El objetivo de este documento es dar a conocer el programa del Servicio Social de la Unidad de Rehabilitación Integral del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez mediante el análisis y descripción de actividades establecidas en su cronograma de trabajo. A partir de esto, se presentan los resultados de las actividades realizadas que permitieron generar una propuesta de intervención sustentada en la regulación emocional de los pacientes psiquiátricos, específicamente en el manejo adecuado de la ansiedad y el enojo. La determinación de trabajar con estas variables fue debido a que, independientemente del diagnóstico por los que fueron hospitalizados, los pacientes presentan de manera recurrente comportamientos tanto agresivos como ansiosos en su rutina diaria, cuyas consecuencias se relacionan con conflictos y reacciones poco asertivas que no contribuyen en su posible alta. El programa está basado en el enfoque cognitivo conductual, donde el objetivo es promover que los pacientes aprendan a autorregularse, mejoren su calidad de vida, así como avances en su proceso de rehabilitación integral.

Contexto de la Institución y programa donde se realizó el Servicio Social

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es perteneciente a la Secretaría de Salud; se encuentra ubicado en San Buenaventura No. 2 delegación Tlalpan, Ciudad de México. Su objetivo es brindar atención a los trastornos mentales y emocionales, así como prevención y rehabilitación psicosocial, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas (Secretaría de Atención Psiquiátrica [SAP], 2017).

La Misión de esta institución de Salud Pública consiste en contribuir a la reducción de la brecha de atención psiquiátrica mediante la prestación de servicios integrales especializados, con enfoque comunitario, de calidad y en pleno respeto a los derechos humanos de los pacientes; así mismo, fortalecer la formación de recursos humanos de excelencia y favorecer el desarrollo de investigación en psiquiatría.

En cuanto a la Visión, para el año 2018 se espera que el hospital sea referente nacional en materia de prestación de servicios psiquiátricos con respeto a los derechos humanos y en la formación de recursos humanos especializados en psiquiatría y paidopsiquiatría.

Actualmente, el Hospital atiende a una población aproximada de 500 pacientes con un mínimo de 18 años, que son distribuidos en diferentes programas y áreas de servicio, acorde a las necesidades de estos. Las áreas de servicio son: **capacitación continua** donde se brinda atención integral de alta calidad y humanista a la población que requiera servicios especializados en Psiquiatría y Salud Mental. Esta área también se encarga de formar recursos humanos, por lo que cuenta con el Programa Anual de Capacitación y Educación Continua, además del

Programa de Residencia Médica en Psiquiatría, Prácticas Profesionales y Servicio Social
(Secretaría de Atención Psiquiátrica [SAP], 2017).

Respecto a los programas de atención se encuentran: **consulta externa** donde se atienden a los pacientes que no requieren hospitalización o que ya han superado la misma, dándole seguimiento al tratamiento establecido, **hospitalización parcial** que se encarga de proporcionar atención psiquiátrica ambulatoria con estancia parcial e incluye diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral, incorporando la intervención familiar a pacientes con trastornos mentales y del comportamiento; en **urgencias** se atiende exclusivamente aquellas emergencias psiquiátricas que afectan la salud mental del paciente y que conlleven riesgos para sí mismo y/o terceras personas.

La **Unidad de Psicogeriatría** se encarga de brindar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral para los trastornos psicológicos y adaptativos del adulto mayor, además de contar con la Clínica de Memoria que ofrece programas de prevención y tratamiento.

La **Clínica de Intervención Temprana en Psicosis (CITEP)** le otorga servicio a personas que cursan por primera vez con un episodio psicótico o aquellas con alto riesgo de psicosis.

En la **Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT)** se le proporciona servicio a personas con trastornos psiquiátricos que a lo largo de su evolución han reportado dificultades importantes en relación con el apego al tratamiento farmacológico mediante la identificación de factores de riesgo individuales, familiares y sociales bajo un programa de intervención individualizada en favor de la adherencia terapéutica.

La **Clínica de Intervención Familiar (CLIFAM)** proporciona servicio de psicoterapia a familiares y pacientes del sistema integral de atención psiquiátrica que favorece una mejor evolución de los padecimientos psiquiátricos al fortalecer el clima y la dinámica familiar, además de brindar atención en la modalidad de grupo-taller a mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja.

La **Clínica de Patología Dual (CLINPAD)** brinda servicio ambulatorio a pacientes con patología dual, es decir, personas que padecen a la vez, un trastorno mental primario y un trastorno por consumo de sustancias, en **Psiquiatría Comunitaria** se encargan de la población general en los tres niveles de atención (promoción y fomento a la salud mental, diagnóstico oportuno y rehabilitación) en el área de la salud mental (Secretaría de Atención Psiquiátrica [SAP], 2017).

Existen dos programas adicionales que fueron de suma importancia durante mi servicio social debido a que mis actividades centrales se realizaban con la colaboración de estos; el programa de **Hospitalización**, en el cual se atiende exclusivamente hospitalizaciones psiquiátricas agudas, es decir, que afecten la salud mental del paciente (trastornos mentales y del comportamiento), que conlleven riesgos para él mismo y/o para terceras personas. El programa cuenta con una población de 280 pacientes, divididos en cuatro pisos (segundo, cuarto, quinto y séptimo), cada uno con sus dos secciones (hombres y mujeres). Los pacientes atendidos presentaron diversas patologías, las más comunes fueron: esquizofrenia, bipolaridad, depresión y las provocadas por el abuso de sustancias. Los tratamientos que ofrece este programa están orientados en ayudar al paciente con su rehabilitación mediante atención Farmacológica, Terapia

Electroconvulsiva, Terapia Ocupacional, Terapia Grupal, Terapia Física y Rehabilitación Integral (Secretaría de Atención Psiquiátrica [SAP], 2017).

Y el programa de la **Unidad de Rehabilitación Integral**, el cual trabaja con los pacientes hospitalizados, además de los pacientes de consulta externa. Tiene como objetivo proporcionar el servicio de rehabilitación psicosocial con un enfoque interdisciplinario orientado a mejorar las capacidades de los usuarios en las esferas cognoscitiva, afectiva y motriz; mejorar la integración familiar, social y laboral; que implica la terapia ocupacional, física, estimulación cognitiva, habilidades sociales, grupos psicoeducativos, actividades socio-recreativas, y talleres de inducción laboral para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento (Secretaría de Atención Psiquiátrica [SAP], 2017).

Estos dos últimos programas son indispensables para las actividades programadas en el servicio que realicé, si bien yo era parte de los pasantes de la Unidad de Rehabilitación Integral, la población con la que trabajamos pertenecía al área de Hospitalización. Por lo que la organización y apoyo entre ambas unidades era fundamental.

Descripción de las actividades realizadas en el Servicio Social

Como se menciona en el apartado anterior, fui parte del servicio social que imparte la Unidad de Rehabilitación Integral del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, el cual recibe estudiantes de diferentes universidades de la Ciudad de México. Éramos aproximadamente 10 pasantes de psicología a cargo de todos los pacientes que participaban en las actividades del Servicio Social que serán descritas más adelante.

Los pacientes con los que trabajábamos estaban distribuidos en 4 pisos, todos habían cumplido la mayoría de edad, pero no llegaban a la edad geriátrica. En tres de ellos sólo estaban clasificados por sexo, ya que debido a que la institución no cuenta con el espacio necesario, no los pueden clasificar por trastorno, por grado de peligrosidad, o cualquier otro factor común. El piso restante se utilizaba para aquellos pacientes (hombres y mujeres) que habían sufrido su primer brote psicótico, contaban con su propio cuarto, podían ser acompañados por sus familiares, entre otros privilegios que los otros pisos no tenían, sin embargo, cuando existía sobrepoblación en los otros pisos, utilizaban el espacio disponible en este piso.

Este servicio llevaba a cabo actividades enfocadas a la intervención con la finalidad de que los pacientes al salir del hospital pudieran incorporarse a la sociedad con mayor facilidad, además de cambiar sus hábitos de vida, tratando de evitar futuras recaídas. Los pacientes que acudían lo hacían por su voluntad con la previa autorización de los psiquiatras, ya que para poder salir de su pabellón y para que nuestras actividades tuvieran el impacto esperado, debían contar con cierta estabilidad, en cambio, las que se realizaban dentro de los pabellones, no necesitaban de estos permisos, cualquier paciente podía participar. Las actividades con mayor demanda estaban relacionadas con la recreación.

Las actividades del programa de Servicio Social de la Unidad de Rehabilitación Integral en las que participé fueron:

Actividades socio-recreativas

Estas actividades se dividen en dos: “Jardín” y “Proyección de película”. La primera actividad se realizaba dos veces por semana; en ella, los pasantes de psicología se dividían en dos grupos de aproximadamente cuatro personas, para cubrir los cuatro pisos (segundo, cuarto, quinto y séptimo) destinados al área de hospitalización; en cada uno, se les invitaba a los pacientes a participar en la actividad a realizar en ese momento. Los pacientes que contaban con autorización de su psiquiatra eran anotados en el formato correspondiente que era firmado por el encargado de enfermería. Antes de trasladarlos, se les pasaba lista y se revisaba su brazalete con la finalidad de asegurarse que coincidiera la información. Cabe señalar que esta secuencia de invitación se realizaba en cada una de las actividades de la Unidad de Rehabilitación Integral.

Posteriormente, salíamos con los pacientes al jardín del hospital, donde podían incorporarse en actividades como: bailar, jugar algún deporte (basquetbol, futbol y voleibol), caminar o simplemente estar en el pasto disfrutando del sol y la música.

La responsabilidad de la actividad quedaba a cargo de uno o dos pasantes, el resto teníamos la obligación de responsabilizarnos de todos los pacientes que se involucraran en la actividad, que por lo general eran de 70 a 120 aproximadamente. Específicamente, nos dedicamos a mantener el orden, a partir de rondines que se llevan a cabo en todo el jardín con la finalidad de estar atento a los pacientes que necesitaran atención de cualquier tipo, acompañamiento emocional, solución a posibles conflictos que pudieran presentarse como

intento de fuga o riña entre los pacientes, y de reproducir música adecuada para el lugar. La finalidad de la actividad era promover la socialización entre los pacientes, la activación física y brindar el apoyo necesario a los pacientes que lo necesitaran.

La segunda actividad socio-recreativa era “Proyección de película” que se realizaba tres veces por semana, en la que cada día se rotaban los pacientes de los diferentes pisos con la finalidad de que todos participaran una vez por semana. La participación era voluntaria y bajo el esquema señalado en el apartado anterior, por lo que general, esta actividad tenía entre 15 a 30 pacientes por sesión. Aquellos que aceptaban eran llevados al área de Unidad de Rehabilitación Integral, donde existe una sala de usos múltiples que servía para proyectar una película; éstas tenían diferentes temáticas, evitando géneros de violencia, lenguaje inapropiado o contenido emocional intenso. Durante la función se les permitía comprar en la tienda alimentos y bebidas para que disfrutaran la actividad. Su objetivo es promover la convivencia, fomentar límites y seguimiento de normas, la reflexión, la atención y concentración, además de la tolerancia y práctica de habilidades sociales. Todos los pasantes éramos responsables de llevarlos al aula, acompañarlos a la tienda y solamente dos de nosotros, se quedaban a supervisar la actividad, manteniendo el orden y armonía.

Otra actividad del área socio-recreativa fueron los eventos especiales acorde a celebraciones conmemorativas de algún mes, por ejemplo, el día del amor y la amistad, el día del padre o el día de la madre. Las cuales, al ser de las favoritas de los pacientes, ocasionaban que la demanda fuera mayor que en la actividad “jardín”, participaban alrededor de 80 a 150 pacientes aproximadamente.

Durante estos eventos se les ofrecía fruta y agua fresca, realizaban murales con tarjetas conmemorativas, concursos de baile, conciertos musicales y actividades físicas o deportivas. Todos los pasantes podíamos contribuir en las actividades físicas, manuales y en la reproducción de la música, además de ayudar a que las celebraciones se llevaran a cabo de manera ordenada, interviniendo para que los pacientes no se salieran de control y ocasionaran daños a su persona o a terceros. Las actividades tenían como finalidad, promover la socialización entre los pacientes, familiares y pasantes, además de brindar relajación y diversión.

Grupo psicoeducativo

Dos días por semana, los pasantes de psicología se dividían en dos grupos. Uno se encargaba de dos pisos (quinto y séptimo), mientras el otro de los restantes (segundo y cuarto). Cada equipo invitaba a los pacientes (hombres y mujeres) que tenían autorización del psiquiatra para bajar a las aulas correspondientes y participar en la plática psicoeducativa que se impartía. Por lo general, participaban de 20 a 45 pacientes por sesión, variando según los pisos a los cuales les impartieras la plática, ya que no contaban con la misma cantidad de población.

Los pasantes de ambos grupos se dividían las actividades: unos se quedaban en la puerta para estar pendiente de visitas que llegaban o por si se presentaba algún tipo de problemática y regresar al paciente a su piso; otros se quedaban en la otra puerta para acompañar a los que necesitaban ir al sanitario y, por último, uno se encargaba de impartir la plática.

Los contenidos temáticos de las pláticas estaban relacionados con: adherencia terapéutica, consciencia de la enfermedad, hábitos de salud, habilidades sociales, autoestima y proyecto de vida; cabe señalar que la temática era elegida a criterio de los pasantes, El

responsable de impartirlo, se encargaba de desarrollar el tema mediante ejemplos y resolviendo dudas existentes. Durante su aplicación, se buscaba utilizar un lenguaje apropiado para la población, sin embargo, el estilo de exposición quedaba a criterio de quien la impartía, aunado a que se encargaba de mantener el control y orden del grupo, contando con el apoyo de los demás miembros del equipo. Al final de cada sesión se establecieron dinámicas grupales que tenían como finalidad permitirles a los pacientes compartir experiencias relacionadas con el tema, aclarar dudas y reforzar la información aprendida.

Los pacientes escuchaban la plática y participaban activamente con dudas, comentarios o reflexiones, por medio de éstas se buscaba que los pacientes recibieran información adecuada y la utilizaran en su proceso de rehabilitación, así como en su vida cotidiana, fomentando, promoviendo y fortaleciendo hábitos y conductas saludables.

Círculo de Lectura

Todos los miércoles, los pasantes de psicología se dividían en dos grupos de cuatro o cinco personas para poder abarcar dos pisos de hospitalización cada uno, una de cada grupo elegía las lecturas que impartiría ese día, éstas contenían moralejas o temas que fomentaban valores y solución asertiva de problemas. Estas lecturas invitaban a los pacientes a participar y reflexionar sobre las mismas, evitando temas de interés político, religioso o violento. Ya en el aula correspondiente, los pasantes se dividían en diferentes actividades: unos se quedaban en la puerta para estar al pendiente de las visitas que llegaban o por si se presentaba algún tipo de problemática, otros se quedaban en la otra puerta para acompañar a los pacientes que necesitaban ir al sanitario, y uno que se encargaba de impartir la lectura, resolver dudas y controlar al grupo. Sin embargo, contaba con el apoyo de los demás miembros del equipo. La actividad duraba

aproximadamente hora y media, y tenía como finalidad, estimular funciones mentales superiores como análisis, concentración y atención, abstracción, además de fomentar la imaginación, la participación, los valores y la reflexión en los pacientes que participaban, los cuales por lo general eran de 15 a 35.

Estimulación cognitiva

Esta actividad se realizaba tres días por semana, los pasantes de psicología se dividían en dos grupos, subían al piso asignado acorde al día de la semana. Ya en los pisos, se les invitaba a los pacientes a pasar al área de comedor para realizar las actividades con los pasantes; estas consistían en juegos de mesa como Uno, Memorama, Dominó, Jenga, Baraja Inglesa con la finalidad de desarrollar y fortalecer funciones cognitivas superiores como; memoria, estrategia, atención, abstracción, planeación. Aunado a actividades como iluminar dibujos de animales, personajes animados y mandalas que los ayudaban a relajarse y a fortalecer su motricidad, así como fomentar la socialización y tolerancia. Durante el desarrollo de estas actividades se les ponía música para contribuir a la relajación.

Los pasantes de psicología podían realizar las actividades con los pacientes con la finalidad de enseñarles cómo se realizaban y a través de la práctica ellos lograrían realizarlas por su propia cuenta.

Acompañamiento Terapéutico

En todas las actividades que realizan en la Unidad de Rehabilitación Integral, los pasantes de psicología les proporcionaban a los pacientes que lo requerían, acompañamiento emocional. Se trataba de una escucha empática en relación con temas triviales, problemas de la vida

cotidiana o cualquier temática que quisieran compartir. Los pasantes teníamos la responsabilidad de escucharlos y dar nuestro punto de vista sobre la situación expuesta con la finalidad de realizar contención y soporte en momentos de crisis, además de tener la oportunidad de escuchar sus pensamientos y emociones.

Talleres de inclusión social

Dentro de la Unidad de Rehabilitación Integral se imparten talleres de inclusión social de papel reciclado y filigrana, dirigidos a los pacientes ambulatorios (consulta externa y de hospital parcial).

En el taller de papel reciclado, los pacientes elaboran cestos de diferentes tamaños y formas con tiras de papel reciclado que podían ser utilizados como lapiceros, canastas, botes de basura, botes de ropa o fundas para macetas. El taller tiene la finalidad de que aprendan la técnica, estimulen habilidades motoras gruesas y finas, además de atención, concentración y persistencia.

En el taller de filigrana, los pacientes elaboraron figuras con tiras de papel para hacer invitaciones, separadores, entre otros; mismas que estimulan habilidades motoras finas, de concentración y persistencia.

En estos talleres se les evaluaba acerca de la higiene, puntualidad, seguimiento de indicaciones, resolución de problemas, cantidad de trabajos, permanencia en el taller, trabajo en equipo, iniciativa, tolerancia a la frustración, calidad de trabajo, entre otros.

Los pasantes de psicología estuvimos realizando las actividades de los talleres durante el último mes del servicio social, durante este tiempo aprendimos a realizar los cestos y las figuras de filigrana.

El objetivo de estos talleres era dotar a los pacientes de herramientas necesarias para lograr reintegrarse a la vida social y laboral, desarrollando un ambiente lo más cercano posible al ámbito laboral, haciéndolos responsables a acatar límites, reglas, también los ayuda a sentirse productivos y aumentar su nivel de funcionalidad.

Actividades académicas

Los seminarios de actualización se llevaron a cabo los lunes y viernes después de la actividad socio-recreativa denominada “jardín”, se trata de exposiciones de casos clínicos que fueron elegidos, supervisados y retroalimentados por la supervisora, con el objetivo de ayudar a aprender, reforzar y actualizar conocimientos sobre psicopatología, examen mental, entrevista, trastornos del ánimo, esquizofrenia, trastornos por sustancias, trastornos de la personalidad, entre otros.

Los expedientes clínicos de los pacientes, se seleccionaron acorde al interés del caso clínico y eran leídos con la asesora. Esto se realizaba con la finalidad de conocer la historia clínica, los síntomas y patología de los pacientes, lo que nos permitía poner en práctica lo aprendido y resolver dudas. Al finalizar de cada día se realizaba una reunión para ver lo acontecido y resolver dudas.

Cronograma de Actividades

A continuación, se presentan el cronograma de las actividades mencionadas (Tabla 1) y un ejemplo de la carta descriptiva de uno de los temas de los grupos psicoeducativos (Tabla 2):

Tabla 1

Cronograma de actividades

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Actividad Socio-recreativa	Grupo Psicoeducativo	Círculo de Lectura	Grupo Psicoeducativo	Actividad Socio-recreativa
Hora: 3:30 pm a 5:00pm.	Hora: 3:30 pm a 4:30 pm	Hora: 3:30 pm a 4:30 pm	Hora: 3:30 pm a 4:30 pm	Hora: 3:30 pm a 5:00pm.
Lugar: Jardín	Lugar: Aula de Hospitalización	Lugar: Aula de Hospitalización	Lugar: Aula de Hospitalización	Lugar: Jardín
Seminario	Proyección de película	Proyección de película	Proyección de película	Seminario
Hora: 5:30 pm a 6:30 pm	Hora: 5:00pm a 6:30 pm	Hora: 5:00pm a 6:30 pm	Hora: 5:00pm a 6:30 pm	Hora: 5:30 pm a 6:30 pm
Lugar: Aula de usos múltiples.	Lugar: Aula de Usos Múltiples	Lugar: Aula de Usos Múltiples	Lugar: Aula de Usos Múltiples	Lugar: Aula de usos múltiples.
Retroalimentación	Estimulación cognitiva	Estimulación cognitiva	Estimulación cognitiva	Retroalimentación
Hora: 6:30 pm a 7:00 pm	Hora: 5:00 pm a 6:30 pm	Hora: 5:00 pm a 6:30 pm	Hora: 5:00 pm a 6:30 pm	Hora: 6:30 pm a 7:00 pm
Lugar: Aula de usos múltiples.	Lugar: Hospitalización	Lugar: Hospitalización	Lugar: Hospitalización	Lugar: Aula de usos múltiples.
	Retroalimentación	Retroalimentación	Retroalimentación	
	Hora: 6:30 pm a	Hora: 6:30 pm a	Hora: 6:30 pm a 7:00	

7:00 pm	7:00 pm	pm
Lugar: Aula de usos múltiples.	Lugar: Aula de usos múltiples.	Lugar: Aula de usos múltiples.

Nota: En esta tabla se presentan las actividades realizadas de manera semanal, así como el horario y el lugar donde se llevaron a cabo.

Tabla 2
Ejemplo de Carta Descriptiva

Programa	Grupo Psicoeducativo			
Objetivo del programa	Brindar a los pacientes información adecuada y útil en su proceso de rehabilitación y en los aspectos de la vida diaria, fomentando, promoviendo y fortaleciendo los valores, capacidades, hábitos y conductas saludables.			
Tiempo total del programa	84 sesiones, cada una de una hora (84 horas)			
Tema	Hábitos de Salud.			
Objetivo del tema	Brindar a los pacientes información acerca de los diferentes componentes de la higiene personal, fomentando hábitos como el lavado de manos, cabello y dientes y ropa, además de mantener un estado físico saludable mediante dieta balanceada y ejercicio.			
Tiempo parcial del tema	14 sesiones, cada una de una hora (14 horas).			
Actividades	Participantes	Técnica de instrucción	Material didáctico	Tiempo parcial
	Pasante de psicología	Paciente		

Dinámica de relajación	Expositor: Da las instrucciones del ejercicio y lo ejemplifica. Equipo de trabajo: Realiza el ejercicio.	Escucha y sigue las instrucciones	-Respiración diafragmática -Tensión y distensión muscular -Ejercicio de estiramiento.		Cinco minutos
Exposición del tema	Expositor: Expone el tema, escucha y retroalimenta los comentarios, resuelve las dudas. Manejo y control de grupo. Equipo de trabajo: Atender las necesidades de los pacientes, recibir a las visitas de estos y entregarlos. Apoyar al expositor con el orden, el control y la participación del grupo.	Escucha la información, realiza comentarios y pregunta sus dudas.	-Expositiva/ Interrogativa - Retroalimentación	-Rotafolios con información del tema -Pizarrón de gises	45 minutos

Dinámica de cierre	Expositor: Realiza una dinámica que refuerce el aprendizaje, retroalimenta y resuelve dudas	Participa en la actividad voluntariamente con dudas o comentarios.	-Dinámica de reforzamiento de los conocimientos y/o de reflexión.	-Pizarrón de gises	10 minutos
	Equipo de trabajo: Apoyar al expositor con el orden, el control y la participación del grupo.				

Nota: El programa mencionado al inicio de la tabla se refiere al nombre que le da la Unidad de Rehabilitación Integral a la actividad del Grupo Psicoeducativo. En la Tabla se describe un ejemplo de los temas impartidos en el grupo de psicoeducación.

Objetivos del Informe Profesional del Servicio Social

En este apartado se describen los objetivos del Informe Profesional del Servicio Social:

1. Dar a conocer el programa del Servicio Social que ofrece la Unidad de Rehabilitación Integral del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
2. Describir las actividades que se realizaron durante el Servicio Social de la Unidad de Rehabilitación Integral del Hospital Fray Bernardino Álvarez bajo un esquema de resultados.
3. Establecer el sustento metodológico asociado a los resultados del reporte de Servicio Social y a la propuesta de mejora.
4. Describir y analizar los resultados a partir de las actividades que se realizaron durante el Servicio Social.
5. Desarrollar una propuesta de mejora al programa de Servicio Social de la Unidad de Rehabilitación Integral del Hospital Fray Bernardino Álvarez enfocado en la regulación de la ansiedad y el enojo, con el fin de enriquecer al programa.

Soporte teórico-metodológico

En este apartado se presentan diferentes ejes temáticos (enfermedad mental, enojo, ansiedad y regulación emocional) que se relacionan con las actividades del Servicio Social y de la propuesta de mejora para la institución.

Enfermedad Mental

En el lenguaje cotidiano, la palabra “enfermedad” se utiliza para conceptualizar todo aquello que le sucede al ser humano que lo priva de bienestar biopsicosocial. Sin embargo, el término de “enfermedad mental” se utiliza de manera relativamente imprecisa en el campo de la psiquiatría, ya que las definiciones desde la medicina en general no abarcan completamente los criterios que viven los pacientes que la padecen. Por lo tanto, en este documento se considera a la enfermedad mental como las anomalías de las funciones psicológicas (psicopatología) que causan incapacidad en quienes las padecen.

Acorde con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la salud mental es -un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus habilidades, pudiendo soportar el estrés normal de la vida, trabajar eficaz y fructíferamente, siendo capaz de hacer una contribución a su comunidad-. Cabe señalar que los trastornos mentales son uno de los problemas de salud crónicos más frecuentes en la mayor parte de sociedades desarrolladas.

Dada la dificultad que representa para los psiquiatras y psicólogos poder definir y diagnosticar la enfermedad mental en un ser humano debido a los diferentes signos y síntomas que presenta, se apoyan en manuales (CIE 10 y el DSM V) como guías de los criterios generales

de diagnóstico, para poder darle un nombre a su padecimiento aunado a la atención terapéutica que necesita (Raheb, 2007).

Hospitalización Psiquiátrica

De manera general, podemos definir a la asistencia psiquiátrica como el conjunto de acciones e instituciones que persiguen la prevención de las enfermedades mentales, su tratamiento, la rehabilitación y participación social de las personas aquejadas por ellas, así como la promoción de la salud mental de la población general (Moruno y Talavera, 2012).

El objetivo de la hospitalización psiquiátrica es la evaluación y tratamiento de pacientes con trastornos psiquiátricos agudos que requieren ingreso hospitalario temporal para poder ser estabilizados por el personal de salud. El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es una institución de salud pública que atiende este tipo de situaciones, esto es: brindan servicio a personas que presenten comportamientos de riesgo para él mismo y/o terceras personas (Secretaría de Atención Psiquiátrica [SAP], 2017).

En términos generales, las instituciones enfocadas en la salud mental cuentan con equipos multidisciplinarios constituidos por psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeras y terapeutas ocupacionales, además del personal administrativo para las tareas de organización y gestión del servicio. El personal de la institución se encarga de la continuidad de cuidados, involucrando, planificando y coordinando la participación del paciente mismo a lo largo de la evolución de la enfermedad. Asimismo, elaboran planes de intervención a corto y largo plazo que contemplen características singulares para cada caso atendido (Moruno y Talavera, 2012).

Los diagnósticos más frecuentemente ingresados en el hospital son la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos como el trastorno bipolar, la depresión grave, el alcoholismo y drogodependencias, los trastornos de personalidad descompensados, los trastornos por ansiedad en fase aguda y otros pacientes con riesgo suicida elevado (HM Hospitales, 2018).

Trastornos Mentales

Un trastorno mental, es un síndrome con relevancia clínica, es decir, una colección de síntomas (que pueden ser conductuales o psicológicos) que causan a la persona discapacidad o malestar en el desempeño social, personal o laboral. Es importante mencionar que el trastorno es el nombre que se le da al proceso de enfermedad y no al individuo, además para diagnosticarlo es necesario tomar en cuenta diferentes factores, entre ellos la cultura del paciente (DSM-5, 2015).

De acuerdo con mi experiencia durante el Servicio Social realizado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se pudieron detectar trastornos que afectan a la población en general de manera recurrente y que a continuación se explican a grosso modo:

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o sustancias psicotrópicas (F10-F19)

Se presenta cuando el paciente (consumidor) ha utilizado algún tipo de sustancia con frecuencia suficiente para que le genere malestar clínico importante o compromiso en su desempeño, para producir o resultar en cierto comportamiento característico. Se identifica con todo tipo de drogas, excepto la cafeína. El trastorno por consumo de sustancias puede desarrollarse de manera accidental, en particular a partir de la utilización de un medicamento para el manejo de dolor crónico.

Los criterios generales de diagnóstico acorde al DSM-5 son los siguientes:

1. El consumo provoca problemas

Si bien, quizá comenzó para permitir la adaptación ante otras dificultades, al final sólo empeora las cosas para el usuario, al igual que para los familiares y quienes se vinculan con el consumidor.

2. Existe un patrón de consumo

La repetición de este consumo forma un hábito con patrón predecible.

3. Los efectos tienen relevancia clínica

El patrón de consumo ha llevado a recibir atención de profesionales o justifica una atención de este tipo.

4. El consumo genera malestar o disfunción

Esto indica que el consumo por sustancia debe tener la intensidad suficiente para interferir de alguna manera con la vida del paciente.

5. La interferencia con la vida del paciente debe demostrarse con por lo menos dos de 11 síntomas: más consumo que el que se pretende, esfuerzos por reducir el consumo, inversión de mucho tiempo para conseguir o consumir la sustancia, comportamiento de búsqueda, descuido de responsabilidades, problemas sociales, disminución de actividades, consumo a pesar de existir riesgo físico, consumo no obstante el desarrollo de algún trastorno físico o psicológico; tolerancia y síntomas de abstinencia. La intensidad se determina a partir del número de síntomas presentes.

Para que la enfermedad esté catalogada en esta sección necesita cumplir con los siguientes criterios del CIE 10:

1. Presencia clara de consumo reciente de una o más sustancias psicoactivas en dosis lo suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación.
2. Síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de la sustancia, y que sean de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, estado cognitivo, percepción, afectividad o comportamiento de relevancia clínica.
3. Los síntomas y los signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia, ni por otro trastorno mental o del comportamiento.

La intoxicación ocurre frecuentemente en personas que presentan otros problemas relacionados con el consumo de alcohol o drogas. Se deben de tomar en cuenta problemas como el consumo perjudicial (F1x.1), el síndrome de dependencia (F1x.2) o el trastorno psicótico (F1x.5): e identificar cuál es la sustancia que está siendo consumida ya que, dependiendo de ésta, serán los síntomas que el paciente tendrá (CIE 10, 1993).

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F20 - F29)

La imagen clásica de un paciente con esquizofrenia es la de una persona joven que ha tenido al menos durante seis meses dos o más de los cinco tipos de síntomas psicóticos descritos por el DSM-5:

1. Ideas delirantes

Creencia falsa que no puede explicarse por medio de la cultura o educación del paciente; donde no es posible persuadir al paciente de que es una la idea es incorrecta, a pesar de la evidencia de lo contrario o del peso de la opinión de otras personas. Existen muchos tipos: Erotománíacas, de grandeza, de culpa, celotípicas, pasivas, de persecución, de pobreza, de referencia, somáticas, de control.

2. Lenguaje desorganizado

La vinculación mental se encuentra gobernada no por la lógica, sino por rimas, juegos de palabras y otras reglas que no son evidentes para el observador. El lenguaje debe estar tan comprometido que interfiera en la comunicación.

3. Alucinaciones

Es una percepción sensorial falsa que tiene lugar en ausencia de un estímulo sensorial relacionado. Pueden afectar cualquiera de los cinco sentidos, las más comunes son de tipo visual y auditivo.

4. Síntomas negativos

Variedad limitada de expresiones de emoción, reducción notable de la cantidad o la fluidez del lenguaje y pérdida del deseo de hacer cosas.

5. Comportamiento anómalo

Comportamiento desorganizado, las acciones físicas parecen carecer de un objetivo, como desvestirse en público, repetir el signo de la cruz, asumir y mantener posturas peculiares y con frecuencia incómodas. Además, deberá tener síntomas reales de catatonía.

Los síntomas descritos se deben de tomar en cuenta en relación a los criterios generales para la esquizofrenia de tipo paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada del CIE 10 considerando al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados en su apartado: 1) que presenten por lo menos dos de los síntomas y los signos listados o 2) deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o algún tiempo durante la mayor parte de los días). Adicionalmente, como criterios para ser hospitalizados se toman en cuenta estos criterios del CIE 10:

1) Por lo menos uno de los siguientes:

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referencias claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, tales como las que se refieren a la identidad religiosa o política, a capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo)

2) Al menos dos de los siguientes:

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o de

ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante al menos un mes.

- b) Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- c) Conducta catatónica, tal como la excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor.
- d) Síntomas negativos, tales como marcada apatía, empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (síntomas que suelen llevar al aislamiento social y a la disminución de los rendimientos). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a la depresión o a medicación neuroléptica.

Cabe señalar que se tienen identificados diferentes tipologías de esquizofrenia que se catalogan en:

- F20.0 Esquizofrenia paranoide
- F20.1 Esquizofrenia hebefrénica
- F20.2 Esquizofrenia catatónica
- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada
- F20.4 Esquizofrenia residual
- F20.6 Esquizofrenia simple
- F20.9 Esquizofrenia sin especificación

A continuación, se presenta los criterios clínicos del tipo de esquizofrenia que es recurrente en los pacientes psiquiátricos atendidos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez.

Esquizofrenia Paranoide F 20. 0

Acorde con el CIE 10, se deben de cumplir los siguientes criterios para ser diagnosticada:

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (F20.0 - F20.3)

- B. En el cuadro clínico no debe predominar el embotamiento o incongruencia afectivos, los síntomas catatónicos o el lenguaje incoherente, aunque pueden hallarse presentes alguno o todos estos fenómenos (CIE 10, 1993).

Trastornos del humor (F30- F39)

Se trata de un episodio afectivo que alude a cualquier periodo en que un paciente se siente feliz o triste en un grado anormal a partir de otros trastornos. La mayoría de los pacientes padece uno o más de estos tres episodios:

1. Episodio depresivo mayor

Por lo menos dos semanas donde el individuo se siente deprimido y tiene problemas para comer y dormir, sentimientos de culpa, poca energía, dificultad para concentrarse y pensamientos en torno a la muerte.

2. Episodio maníaco

Al menos una semana donde la persona se siente eufórica (o en ocasiones sólo irritable), puede tener ideas de grandeza, hablar en exceso, mostrarse hiperactiva y

tender a la distracción. El mal juicio conduce a una disfunción social o laboral marcada; con frecuencia, los pacientes deben ser hospitalizados.

3. Episodio hipo maníaco

Es similar a un episodio maníaco, pero más breve y menos intenso. No se requiere hospitalización.

Un trastorno del estado del ánimo es un patrón de enfermedad que deriva de un estado de ánimo alterado. Casi todos los individuos que tienen un trastorno del estado de ánimo experimentan depresión en algún momento, pero algunos también tienen exaltaciones del estado de ánimo. Muchos trastornos del estado del ánimo, más no todos, se diagnostican con base en un episodio del estado de ánimo.

La mayoría de los pacientes con trastornos del estado de ánimo encaja en una de las categorías codificables a continuación acorde al DSM-5:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento
- Otro trastorno depresivo especificado o no especificado

En cuanto al trastorno bipolar, las estadísticas señalan que alrededor del 25% de la población con trastornos del estado de ánimo experimentan episodios maníacos o hipomaníacos.

Casi todos ellos cursan también con episodios de depresión. La intensidad y la duración de los altibajos determinar el trastorno bipolar específico.

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-F49)

De acuerdo con el DSM-5 los trastornos relacionados con la ansiedad son los siguientes:

- Trastorno de pánico

Estos pacientes experimentan repetidos ataques de pánico, episodios breves de temor intenso acompañados por distintos síntomas físicos y de otros tipos, aunado a la inquietud de desarrollar otras crisis u otros cambios conductuales relacionados.

- Agarofobia

Los pacientes con esta afección temen a situaciones o lugares como ingresar a una tienda, donde pudieran tener dificultad para conseguir ayuda si desarrollaran ansiedad.

- Fobia específica

En esta condición, los pacientes temen a objetos o situaciones específicos. Algunos ejemplos son: animales, tormentas, alturas, sangre, aviones, sitios encerrados o cualquier situación que pudiera causar vómito, asfixia o desarrollo de alguna enfermedad.

- Trastorno de ansiedad social

Estos individuos se imaginan avergonzados cuando hablan, escriben, comen en público, o usan un baño público.

- Mutismo selectivo

Un individuo decide no hablar, excepto cuando está solo o con ciertas personas cercanas.

- Trastorno de ansiedad generalizada

Si bien estas personas no experimentan episodios de pánico agudo, se sienten tensas o ansiosas gran parte del tiempo y se preocupan por muchas cuestiones distintas.

- Trastorno de ansiedad por separación

El paciente desarrolla ansiedad cuando se separa de un progenitor o de alguna figura a la que se siente apegado.

- Trastorno de ansiedad debido a una afección médica

El consumo de una sustancia o medicamento ha desencadenado ataques de pánico u otros síntomas de ansiedad.

- Trastorno de ansiedad específico o no específico

Se utilizan estas categorías para los trastornos con síntomas de ansiedad notables que no corresponden claramente a ninguno de los grupos previos.

- Trastorno obsesivo-compulsivo

Estos enfermos se inquietan por pensamientos o conductas repetidos que pueden parecer sin sentido, incluso para ellos.

- Trastorno de estrés postraumático

Un evento traumático intenso, como un combate o un desastre natural, se experimenta de nuevo una y otra vez.

- Trastorno de estrés agudo

Esta afección es muy parecida al trastorno de estrés postraumático, excepto porque inicia durante o inmediatamente después de un evento estresante un día o más.

- Trastorno de la personalidad por evitación

Estas personas tímidas se sienten heridas muy fácilmente por la crítica que dudan en involucrarse con otras.

- Especificador “con tensión ansiosa” para el trastorno depresivo mayor

Algunos individuos con trastorno depresivo mayor tienen gran tensión y ansiedad.

- Trastorno de síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por enfermedad

Con frecuencia, el pánico y otros síntomas de ansiedad forman parte de algún trastorno de síntomas somáticos y del trastorno de ansiedad por enfermedad.

Todos y cada uno de ellos tienen factores que los diferencian y muchos otros que los unen, se caracterizan por la ansiedad y las conductas con las que los individuos tratan de protegerse de ella. En los trastornos de pánico, las distintas fobias y el trastorno de ansiedad generalizada se encuentran entre los trastornos mentales que se identifican con mayor frecuencia.

Para analizarlos debemos de tomar en cuenta tres hechos adicionales relativos a la ansiedad:

1. Es importante evaluar el grado de ansiedad, ya que ésta tiene niveles de normalidad e incluso adaptativos y vitales para el bienestar y desempeño normal.
2. La ansiedad también es un síntoma que se encuentra en muchos, quizá en casi todos, los trastornos mentales.

3. Es importante enfatizar que los síntomas de la ansiedad pueden revelar en ocasiones la presencia de algún problema por consumo de sustancias, otra afección médica o incluso un trastorno mental distinto.

Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69)

Todos los humanos (y muchas otras especies) tienen rasgos de personalidad. Se trata de vías con engranajes definidos por las que los individuos experimentan, interactúan y analizan todo lo que ocurre en torno a ellos. Sin embargo, cuando el trastorno se desarrolla, existe un patrón de comportamiento y experimentación interna (pensamiento, sentimientos y sensaciones) duradera que difiere con la cultura del paciente. Este patrón incluye problemas del afecto (ansiedad, labilidad, pertinencia), de cognición (el modo en que el individuo mira e interpreta su propia persona y el ambiente), de control de impulsos y de relaciones interpersonales. Este patrón es fijo y encuentra aplicación en la vida social y personal del individuo (DSM-5, 2015).

De acuerdo con el DSM-5, los trastornos de la personalidad se encuentran divididos en tres grupos:

1. Trastornos de la personalidad del grupo A

Las personas con este tipo de padecimiento se pueden describir como retraídas, frías, suspicaces o irracionales. Los tipos son: paranoide, esquizoide y esquizotípico.

2. Trastornos de la personalidad del grupo B

Las personas de este grupo tienden a ser melodramáticos, susceptibles y a buscar atención; sus estados de atención son lábiles y con frecuencia superficiales. En muchas ocasiones tienen conflictos interpersonales intensos. Los tipos son: Antisocial, Límitrofe, Histriónico y Narcisista.

3. Trastornos de la personalidad del grupo C

Estos individuos tienden a mostrarse ansiosos y tensos, con frecuencia con un control extremo. Los tipos son: Evitación, dependiente y obsesivo-compulsivo.

El diagnóstico es un tema complicado ya que frecuentemente se pasan por alto, se sobre diagnostican o se confunden con otros trastornos, por lo que se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Verificar la duración de los síntomas (por lo menos inicio de la edad adulta)
- Verificar que los síntomas afectan varias áreas de la vida del paciente.
- Verificar que el paciente tiene todos los elementos del diagnóstico específico en cuestión
- Si el paciente tiene menos de 18 años, asegurarse que los síntomas han estado presentes durante por lo menos los últimos 12 meses
- Descartar alguna otra enfermedad mental que pudiera ser más aguda y tener un potencial mayor de generar daño
- Buscar otros trastornos
- Deben registrarse todos los diagnósticos mentales de la personalidad y de otros tipos

Aunado a estos criterios de diagnóstico, es importante apoyarse en los del CIE 10, ya que esto hará que el diagnóstico sea más certero y el paciente pueda recibir el tratamiento adecuado:

G1. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y de comportarse, se desvían en su conjunto o se salen de los límites, de las normas aceptadas y esperadas en la propia cultura. Esta desviación debe manifestarse en más de una de las siguientes áreas:

- 1) Cognición (en la forma de percibir e interpretar las cosas, las personas y los acontecimientos del mundo; en la manera de desarrollar las actitudes o crear la imagen propia y de los demás).
- 2) Estado de ánimo: (rango, intensidad y adecuación de la afectividad y de la respuesta emocional).
- 3) Control de los impulsos y de las necesidades de gratificación.
- 4) Relaciones con los demás y estilo de relación interpersonal.

G2. La desviación debe ser persistente, en el sentido de manifestarse como un comportamiento rígido y desadaptativo o interferir con las actividades en una amplia gama de situaciones sociales y personales (es decir, la disfunción no se limita a un estímulo o situación específica desencadenante).

G3. Presencia de malestar personal o una repercusión negativa en el ambiente social, claramente atribuibles al comportamiento.

G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, habiéndose iniciado en la infancia tardía o en la adolescencia.

G5. La desviación no puede ser explicada como una manifestación o una consecuencia de otros trastornos mentales del adulto, aunque puede coexistir o superponerse otros trastornos episódicos o crónicos de las secciones F00 a F59 ó F70 a F79 de esta clasificación.

G6. Se deben excluir como posible causa de la desviación las enfermedades orgánicas cerebrales, traumatismos o disfunciones cerebrales importantes (cuando están presentes, debe usarse el código F07).

Tratamiento

Como lo menciona Lobo (2013), es importante recalcar que no existe un sólo tipo de tratamiento para regular las enfermedades mentales; de hecho, la combinación de 2 o más de estos son de vital importancia en el proceso de adherencia terapéutica y de rehabilitación integral de los pacientes. Para que estos tengan una recuperación favorable es necesario que un grupo multidisciplinar trabaje en conjunto: médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos. Juntos, desempeñan de manera adecuada lo que a cada uno le concierne. En este caso, como psicólogos, nuestra labor es brindar un servicio terapéutico de calidad en donde integremos estrategias y herramientas que tengan la finalidad de escuchar necesidades e inquietudes que tiene el paciente como persona, explicándole la situación por la que está pasando, y al mismo tiempo trabajando los déficits y reforzando las fortalezas, sin dejar de lado el contexto, la familia y sus relaciones interpersonales.

Para poder lograr que el paciente se estabilice, es sumamente relevante contar con un **tratamiento farmacológico** adecuado, dictaminado por el psiquiatra a cargo, ya que, sin esto, la intervención psicológica que hagamos no funcionará debido a que los pacientes no se encuentran (en ese momento) con la capacidad suficiente para poder responder al tratamiento.

Existen muchos tipos de fármacos que sirven para regular cada una de las necesidades que presentan en las diferentes patologías, algunos fungen como estimulantes y otros como sedantes, sin embargo, el propósito o finalidad de todos ellos es estabilizar el humor del paciente. De hecho, gracias a los avances de la ciencia y la investigación, estos fármacos han ido evolucionando y se ha logrado que hoy en día sólo afecten el área que se desea. Sin embargo, también tienen factores negativos que complican la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, ya que los efectos secundarios temporales pueden llegar a ser muy desagradables e incómodos; entre las reacciones más comunes se encuentran; distonías agudas, acatisia, intranquilidad intensa interna (ansiedad), rigidez, lentitud de movimientos, escasa expresividad, irritabilidad, espasmos, temblores involuntarios, reacciones cardiovasculares, gastrointestinales, hepáticas, urinarias, endocrinas, sexuales, oftalmológicas, dermatológicas, aumento o disminución de peso, alteraciones en el sueño y apetito, entre otros, lo que ocasiona que los pacientes en general, pero sobre todo los muy desestructurados o poco colaboradores, no sigan las indicaciones de su psiquiatra de manera sistemática, aumentando el riesgo de futuras recaídas (Lobo, 2013).

Otro de los tratamientos utilizados para beneficiar el proceso de rehabilitación del paciente, es la **terapia electroconvulsiva**, aunque sigue siendo una terapia estigmatizada, pero no bien fundamentada; debido a que fue hace décadas cuando se abusó de esta técnica y se

utilizó de manera equivocada, sin las definidas indicaciones e insuficiente monitorización de sus efectos adversos potenciales; incluso se sospecha que se llegó a utilizar con finalidad punitiva. Sin embargo, con los avances que se dieron en la ciencia a través del tiempo, que este tipo de terapia no es apta para todos los pacientes, de hecho, se comprobó que en realidad no les sirve a las personas que padecen esquizofrenia, pero sí responden bien aquellos que tienen síntomas depresivos y de retardo psicomotor, aunado a que ha sido un brillante tratamiento contra la depresión.

El desarrollo del proceso de la terapia también ha cambiado con el tiempo, la inducción inicial de convulsiones con cardizol o insulina pudo ser una situación muy penosa para el paciente, y por motivos humanitarios, comenzó a utilizarse la inducción eléctrica que después se consagró. Las opiniones acerca de la eficacia y efectividad de la técnica son variadas, la mayoría de los psiquiatras consideran que es una técnica que ayuda en la rehabilitación del paciente, mientras que el otro porcentaje piensa totalmente lo contrario; de hecho, este tipo de tratamiento tiene resultados espectaculares en pacientes que padecen depresión mayor (Lobo, 2013).

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) exige un examen médico completo previo y la firma de un consentimiento informado, la técnica está dirigida a provocar una convulsión tónico-clónica generalizada, que es necesaria para que la efectividad clínica del procedimiento se lleve a cabo, y debe persistir al menos 30 segundos; se intenta conseguir buenos resultados con el mínimo de energía eléctrica y con máxima precaución para evitar efectos adversos. Recientemente se utiliza corriente pulsátil con impulsos breves. Este tipo de terapia requiere normalmente de 6 a 12 sesiones como promedio; aunque varía acorde a las circunstancias, se aplica en días alternos y en casos muy resistentes. Se requieren sesiones de mantenimiento

mensuales y para evitar los efectos adversos se hace la TEC modificada; es decir, se utiliza la anestesia y administración de curarizantes para prevenir fracturas debido a la contracción muscular intensa y atropínicos para evitar arritmias. Actualmente se utiliza la técnica en instalaciones hospitalarias adecuadas y se monitoriza al paciente para mayor seguridad (Lobo, 2013).

Según menciona Lobo (2013) en el Manual de Psiquiatría General, el mecanismo de acción de la terapia electroconvulsiva no es del todo conocido, pero se han documentado importantes cambios fisiológicos generalizados durante y después de la convulsión, entre algunos de los beneficios de la TEC se ha observado un aumento de flujo cerebral y del metabolismo. La indicación principal y casi única de la terapia electroconvulsiva es la depresión mayor endógena o melancólica, donde se ha documentado su eficacia hasta el 80% de los casos; se utiliza sobre todo en pacientes que no responden o toleran mal los antidepresivos y en situaciones que requieren rápida respuesta, por su gravedad y sobre todo porque el paciente se encuentra en peligro. Otra de las indicaciones mucho menos frecuentes es la esquizofrenia aguda o la manía aguda, y sólo se utiliza en estos casos cuando los antipsicóticos no están funcionando o en alguna situación límite; como se mencionó, no es una técnica útil para cualquier persona ni para cualquier trastorno.

Las consecuencias negativas de la TEC han sido exageradas por algunos grupos de opinión, lo que ha contribuido a la estigmatización de la técnica. Sin embargo, las consecuencias asociadas son frecuentes cefaleas y la confusión mental temporales, además puede presentarse hipertensión, arritmias, amnesia pasajera, y en muy raros casos convulsiones prolongadas, aunque, con un buen seguimiento del paciente, éstas se pueden controlar.

Otras de las terapias que ayudan a los pacientes es la **terapia física**, que es definida como la especialidad de la fisioterapia que abarca un amplio número de técnicas dirigidas directamente a mejorar los trastornos mentales, en este sentido, las actividades físicas y recreativas pueden jugar un papel a favor de la salud mental en personas internadas en hospitales psiquiátricos, así como la adquisición de diversas habilidades sociales (Villegas Herrera, 2015).

El manejo de los pacientes con algún trastorno mental implica el consumo de un número elevado de medicamentos que pueden tener efectos adversos sobre el organismo, por tanto, la intervención fisioterapéutica permite mejorar o reducir los problemas físicos propios de la enfermedad mental o los relacionados a ella, tales como los efectos adversos de medicamentos, el deterioro cognitivo, físico y funcional. Los ejercicios aeróbicos, de resistencia, de estimulación muscular progresiva, coordinación, equilibrio, de conciencia corporal e incluso la danza han demostrado tener un efecto positivo en la mejora de las capacidades funcionales, el desempeño mental, físico y social de los individuos con patologías.

Acorde con el DSM-5 (2015), en los trastornos psiquiátricos aparecen frecuentemente una gran cantidad de síntomas físicos o corporales que elevan la estrecha interacción existente entre el cuerpo y la mente. Cada trastorno psiquiátrico presenta un conjunto de síntomas físicos propios asociados, que se manifiestan a partir del proceso de somatización de los síntomas psíquicos, de manera que las alteraciones se perciben también de una manera orgánica.

Las personas que sufren un proceso de somatización presentan una serie de dolencias y síntomas físicos reales pero las pruebas médicas no indican que padezcan enfermedad orgánica alguna o, si hay alguna enfermedad, no pueden explicar sus síntomas, ya que el origen de los mismos es psicológico. Ejemplos de este proceso de somatización son: la atrofia muscular, la

hipotermia, el edema, la hinchazón de tejidos blandos, la osteoporosis, la osteopenia, la fatiga crónica, las alteraciones de la postura, la rotación interna de los hombros, la rectificación cervical, la fatiga crónica, la tensión muscular, los temblores, el hormigueo, la respiración rápida y superficial, entre otras; que aparecen en los estados de ansiedad. Si un trastorno mental afecta directamente al estado físico del paciente se podría establecer la necesidad de una intervención terapéutica física que influya en el estado mental patológico del individuo.

La intervención fisioterapéutica puede ser muy variada, ya que se adapta a la sintomatología de cada paciente. Sin embargo, los abordajes más frecuentemente utilizados en este campo son: terapia de la conciencia corporal basal, fortalecimiento muscular, ejercicio aeróbico, yoga, acupuntura, relajación muscular progresiva y masaje (Ferro, 2015).

Es tarea por parte de las diversas disciplinas y profesionales que incentivan a la población en general a realizar actividad física, sin excluir por su condición a ningún tipo de población, siempre y cuando la práctica de estas actividades sea compatible con la situación o padecimiento como tal; otorgándole de esta forma oportunidades de intercambio y contacto social.

En ocasiones a causa del aislamiento que presenta la población institucionalizada en hospitales psiquiátricos, existe una desarticulación de herramientas que les brindan las pautas de convivencia socialmente aceptadas, y de ahí que se presenten conductas anómalas o incluso agresivas, más allá de ser consecuencia de la patología que padezcan como tal, por lo que este tipo de terapia no sólo se enfoca en aliviar dolores físicos sino también se trata de aliviar ansiedades, corregir comportamientos mal adaptados, enseñando modos alternativos adecuados para comportarse en sociedad, mediante el fortalecimiento de habilidades, logrando la reinserción social (Villegas Herrera, 2015).

Los tratamientos descritos se llevan a cabo por médicos especializados en el área, y ahora, es el turno de describir aquellos en los que nosotros como psicólogos, podemos y tenemos la obligación de intervenir. Por medio de **la psicoterapia**, los psicólogos comprenden, tratan y previenen los problemas de salud mental, así como sus efectos asociados, juegan un papel fundamental en evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de los problemas, además de aplicar procedimientos científicamente válidos para la creación de hábitos más sanos y efectivos. (Álvarez, Escoffié, Rosado y Sosa, 2016). La psicoterapia cuenta con varios métodos como el cognitivo-conductual, el interpersonal y otros tipos de terapia conversacional que ayudan a resolver los problemas. Esta terapia es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo. Como su base fundamental es el diálogo, proporciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial (American Psychological Association [APA] 2019).

Tiene como objetivo tratar de manera específica las necesidades individuales de cada paciente, se utilizan técnicas psicológicas respaldadas por un enfoque teórico que son dirigidas por un profesional calificado, esto se puede llevar a cabo gracias a la confianza y autoridad que se genera en la relación terapeuta-paciente.

Los psicoterapeutas tienen por tarea aliviar el sufrimiento emocional. El cual se da en las formas más diversas (estrés, ansiedad, depresión, problemas de conducta, conflicto interpersonal, confusión, desesperación), siendo el común denominador de todos los diagnósticos clínicos. La causa de nuestras dificultades personales puede incluir el condicionamiento pasado, las circunstancias presentes, las predisposiciones genéticas o cualquier combinación de factores (Germer, Siegel y Fulton, 2017).

Es importante que desde el primer momento se intente obtener la confianza del paciente, comenzando en la primera entrevista que se le hace para conocer acerca de él e indagar información sobre su historia clínica; sin embargo, este proceso se debe continuar durante la recuperación de este, además el experto muestra consideración y transmite autoridad. En este tipo de intervención, no se deben dejar de lado los síntomas y circunstancias de enfermedad que el paciente refiera, así como su relación con acontecimientos vitales o biográficos. En ese contexto se establece la alianza terapéutica, es decir, el compromiso tácito de paciente y profesional para que el primero colabore con el tratamiento y el profesional lo lleve a cabo, y finalmente, en ese mismo contexto se establece una especie de contrato verbal, que trata de concretar todo lo relacionado con las sesiones: tipo, duración, frecuencia y características del tratamiento (Álvarez, Escoffié, Rosado y Sosa, 2016).

Existen mecanismos generales en la psicoterapia, que son elementos que ayudan a que la terapia pueda lograr sus objetivos, estos no sólo abarcan al paciente, también al profesional. La psicología clínica plantea que la intervención en la psicoterapia sigue un rumbo predecible en su desarrollo, el cual se divide en tres fases: inicial (el terapeuta conoce la situación del paciente), de desarrollo (transición y trabajo) y de cierre (consolidación). Independiente del marco conceptual o enfoque teórico que el especialista maneje, la propuesta de la psicoterapia individual es que se conduzca a través de estas tres frases vinculadas entre sí, pero con metas y objetivos diferentes. (Sánchez-Escobedo, 2008; Maier y Boivin, 2011).

Durante el proceso terapéutico, se da la sugestión de manera irracional, como un mecanismo, causado por la autoridad que el profesional representa, éste debe ser muy hábil para aprovechar esta situación a su favor, conservando la buena imagen que tiene el paciente de este,

persuadiendo y apelando a razones lógicas, para convencer al paciente y hacerle ver que quizá sus comportamientos son poco positivos para él mismo, y para convencerle de utilizar estrategias que le ayuden a modificarlo. Finalmente, es importante mencionar que en la terapia hay una especie de docencia, en donde el profesional, enseña las bases mínimas de factores biológicos y psicosociales que le hacen vulnerable, con distinto énfasis según los casos, factores que actúan en su contexto biográfico concreto para poder hacer entendibles los síntomas del paciente.

La psicoterapia básica trata de la existencia de los factores y problemas no totalmente conscientes en los pacientes, que hasta cierto punto intentan ser explorados e intervenidos, permitiendo que los afronte y al mismo tiempo se alivie por la catarsis que se produce. En todo caso hay un intento de que concilie sus elementos racionales con los irracionales, impulsos e instintos que inevitablemente existen en cualquier persona, con la finalidad de que los acepte y se dé cuenta de que hay muchas maneras positivas de reaccionar ante estos, construyendo así un proyecto de vida realista (Lobo, 2013).

Existen dos elementos importantes que el profesional en Psicología debe tomar en cuenta; la transferencia y la contratransferencia. La primera consiste en que el paciente de modo no consciente tiende a atribuir al terapeuta una motivación y una manera de actuar que no son necesariamente realistas, esta atribución está basada en experiencias previas negativas o positivas. El terapeuta tiene que tener la habilidad de reconocer el tipo de atribución que le está otorgando el paciente para entenderla y modificarla durante la terapia; de igual manera el terapeuta debe conocer sus propios mecanismos y las atribuciones que posiblemente está depositando en el paciente, para que al momento de identificarlo lo modifique, evitando que haya una cercanía excesiva o un rechazo por parte del paciente; este fenómeno es llamado

contratransferencia y sólo si el terapeuta lo entiende y lo toma en cuenta, podrá modificar su postura (Lobo, 2013).

La psicoterapia tiene que ser aplicada en todos y cada uno de los trastornos psíquicos, así como en todos y en cada uno de los pacientes, sobre todo en aquellos que padecen trastornos orgánicos, por abuso de sustancias y endógenos, así como los que padecen trastornos somatomorfos, reactivos y de adaptación, psicofisiológicos y psicósomáticos.

La psicoterapia de apoyo se trata de una terapia básica aplicable a todo tipo de enfermos, agobiados a menudo por los problemas de la vida cotidiana y de la enfermedad misma. Es esperado que durante la entrevista clínica y las sesiones en general, exista una actitud adecuada con el enfermo, además de apoyo y profesionalidad, mediante un lenguaje sencillo, claro y comprensible que anime al paciente a que se exprese libremente para poder explorar creencias y necesidades, además de las causas y síntomas de la enfermedad que finalmente permitan dictaminar un diagnóstico y elegir el tratamiento adecuado. El terapeuta se debe asegurar que el paciente está entendiendo, y si no es así resolver todas las dudas y discrepancias que pueda tener durante el tratamiento; aunado a esto, se brindan herramientas que lo ayuden a aceptar su realidad y a resolver los conflictos que se le puedan presentar, tomando en cuenta sus recursos y redes de apoyo. Es importante mencionar que además de los resultados que se dan durante la experiencia clínica, hay datos bibliográficos que apoyan su utilidad y eficiencia (Lobo, 2013).

Dentro de la psicoterapia, en específico en la Cognitivo-Conductual, existen diferentes técnicas breves y eficientes que promueven una mejor calidad de vida para el paciente psiquiátrico. Una de ellas es la de solución de problemas, que consiste en intervenciones destinadas a identificar y tratar de proporcionar estrategias para afrontar problemas que

mayormente son clasificados como cotidianos, que afectan a un gran número de personas, cuando el profesional sospecha de su existencia y son clínicamente relevantes para el cuadro psicopatológico. En la intervención a los problemas, de primera instancia identificarán los problemas concretos, priorizando los más importantes, definiendo los objetivos que se desean conseguir y los pasos que debe realizar para lograrlos; conforme a esto, se acuerdan un número de sesiones y un calendario de actuación. Durante el proceso se identifican las dificultades, se sugieren estrategias para solucionarlas y se repasan las metas alcanzadas (Lobo, 2013).

Asimismo, existen otras técnicas que están dirigidas a la distracción ante temas o conflictos que obsesionan al paciente, se sugieren estrategias para cuando le agobien problemas que considera que no pueden resolverse. Se busca que las estrategias o actividades sean lo suficientemente gratas para que, de este modo, su energía no se centre en el conflicto. De hecho, existen estrategias específicas de afrontamiento, que, por ejemplo, cuando se trata de ansiedad o pánico hacia una situación que no puede evitar, tal vez pueda realizar ejercicios de respiración, de relajación, hacer una llamada telefónica o ayudarse con la medicación adecuada. Además, se deben de tomar en cuenta las medidas de higiene básicas para que el paciente pueda tener una recuperación y una vida saludable, como son el ejercicio, la dieta balanceada, ciclos adecuados de sueño, y evitar sustancias nocivas.

La conclusión general de la eficacia de la psicoterapia es que siempre y cuando cumpla con las indicaciones y se implemente adecuadamente, dará muy buenos resultados. Se debe de generar una alianza terapéutica intensa donde tanto el paciente como el terapeuta estén entregados y convencidos del proceso que están llevando a cabo, debe efectuarse en un ambiente

clínico y el enfoque que emplee el terapeuta tiene que contar con una teoría que la respalde y un propósito concreto (Lobo, 2013).

A pesar de que la psicoterapia se sustenta de diversos enfoques, para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos es esencial la intervención tanto cognitiva como conductual debido a que son de breve duración, focalizadas y con efectos de rápido alcance que les permite llevar una vida relativamente estable.

Terapia Conductista

La terapia conductista mantiene el criterio de que no es posible abordar el mundo interno de las personas, se basa únicamente en la conducta observable y objetivable. Unos de los principios fundamentales de este enfoque es que la conducta patológica ha sido aprendida, por lo tanto, puede ser reaprendida a través de la modificación y el recondicionamiento. Esta terapia presenta dos aspectos distintivos; enfoque ambientalista y evaluación de la eficacia, esto quiere decir que enfatiza el carácter aprendido, de las respuestas neuróticas a estímulos o condiciones del medio y posteriormente, evalúa el impacto que se tiene en el sujeto (Pérez, 2014).

El objetivo central de la terapia es mejorar los síntomas por modificación de conductas patológicas en un número corto de sesiones, estas conductas deben poder localizarse de manera fácil y concreta.

Tal y como lo menciona Pérez (2014), existen diferentes técnicas conductistas, pero lo importante es el análisis funcional de la conducta, eligiendo las conductas relevantes en relación con el problema presentado e identificando los estímulos antecedentes en cuya situación ocurren y los estímulos consecuentes o efectos que producen. Se tratan de tres términos: A (antecedente),

B (conducta), C (consecuencia), lo que lleva a las técnicas de modificación de conducta, las cuales consisten en alterar las condiciones antecedentes y consecuentes. Se requiere identificar con precisión las dianas terapéuticas, explicar el proceso al paciente y negociar su colaboración, trazar objetivos y monitorizar el curso del proceso de mejora, además de identificar los factores externos que están influyendo en el proceso patológico y finalmente, negociar y decidir una estrategia terapéutica concreta. Algunas de las técnicas que se utilizan en este enfoque son: relajación, desensibilización sistemática, implosión, terapia de refuerzo, terapia aversiva, modelado, mejora de la asertividad y relaciones interpersonales, economía de fichas, entre otras. A continuación, se presenta la descripción de algunas de ellas:

1. Técnica de desensibilización sistemática

Propuesta por Wolpe, se fundamenta en principios de contra-condicionamiento y la inhibición recíproca, es decir, consiste en una exposición progresiva imaginaria, o en vivo, si es posible, a los estímulos o situaciones que suscitan respuesta de miedo tratando de mantener una respuesta incompatible con la ansiedad, generalmente se utiliza la relajación previamente aprendida. Es por esto por lo que primero se le enseña al paciente a utilizar las técnicas de relajación para regularse y ya en un estado de relajación se introduce de modo gradual (de menor a mayor importancia) el objeto o situación ansiógena, hasta que el paciente es capaz de tolerarla sin ansiedad, lo que ocasiona que quede descondicionado y pueda permanecer sin problemas en la situación fóbica o ansiógena.

2. Técnica de exposición prolongada

Sigue principios similares a la técnica anterior, pero en ésta no hay un lento proceso sistemático, al contrario, consiste en exponerse a los síntomas ansiógenos

de forma plena, sin escapar o hacer algo para evitarlo, durante el tiempo necesario hasta que la respuesta se extingue o entra en fase de rebajamiento (Pérez, 2014).

3. Técnica de implosión

Es la exposición simbólica ante el estímulo o situación temida, a través de representaciones mentales, visuales o estímulos auditivos. El objetivo es conseguir la habituación y eventual extinción de la respuesta fóbica al estímulo (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

4. Técnica del modelado

Se refiere al reforzamiento de los pequeños pasos o aproximaciones que conducen hacia una conducta meta. Se utiliza tanto para instaurar conductas simples como conductas o acciones complejas (Ruiz et al., 2012).

5. Técnicas aversivas

Estas también se utilizan para modificar una conducta no deseada, para lograrlo utilizan estímulos aversivos cada que se realiza la conducta problema, lo que ocasiona inhibición y posteriormente su extinción.

Es importante mencionar que las técnicas que se mencionan no son utilizadas exclusivamente en la gente que padece de alguna patología, se utilizan con pacientes en general con la finalidad de ayudarlos. En términos generales, se trata de identificar cuál es la problemática que padecen, negociar con ellos la estrategia que van a utilizar y la manera en que la van a afrontar, siempre supervisando la respuesta (Lobo, 2013).

Terapia Cognitiva

Esta psicoterapia se caracteriza por la importancia dada a los aspectos cognitivos para regular las conductas, por esto, para poder lograr un cambio en las conductas, son necesarias la identificación y la modificación de los aspectos cognitivos subyacentes. Así, para unos lo cognitivo son estructuras, creencias, o supuestos básicos, principales entidades causales de las emociones y la conducta (Ellis, 1962; Beck, 1976). Para otros lo cognitivo son contenidos del pensamiento, autoinstrucciones, pensamientos automáticos (Meichenbaum, 1977; Beck, 1976).

Los tratamientos están diseñados para ayudar al paciente a identificar, a probar la realidad y corregir concepciones o creencias disfuncionales. Se ayuda a los pacientes a que reconozcan las conexiones entre las cogniciones, el afecto, y la conducta, junto con sus consecuencias para hacerles conscientes del conflicto. Las cogniciones denotan cómo el individuo se ve a sí mismo y el mundo que lo rodea; y en relación con eso, moldeará su mundo afectivo y su conducta, además de la manera en que afrontará los problemas de la vida de acuerdo con los principios personales. El problema surge cuando las cogniciones no son del todo adecuadas y lo llevan a decisiones o conductas que son negativas para él mismo (Labrador, 2001).

En terapia, esta característica se suele exponer mediante un modelo A-B-C, introducido por Ellis y utilizado ampliamente por la terapia cognitiva de Beck. En este modelo A son los acontecimientos o eventos que ocurren en la vida, B son las creencias, cogniciones o pensamientos que se tienen acerca de A, y C son las consecuencias emocionales y conductuales, es decir, para este caso, los “síntomas” que definen un trastorno clínico. El modelo supone que hay una predisposición aprendida, automática e inconsciente, a pesar de determinada manera consistente en pensamientos automáticos y sesgos cognitivos que terminan por producir las

emociones y conductas que se tienen. El objetivo no es sólo modificar sesgos cognitivos y pensamientos erróneos, sino realizar una reestructuración cognitiva de los esquemas básicos de pensamiento y creencias irracionales (Pérez, 2014).

La terapia cognitiva es la suma de técnicas y estrategias que conforman un sistema de psicoterapia, tiene una serie de características que la diferencian en su aplicación de otras formas de intervención:

- a) Enfatiza la relación entre cogniciones, conducta y emociones. Enfatizando las primeras.
- b) Considera que la formulación individual de cada caso es fundamental para establecer los objetivos terapéuticos y el tratamiento a seguir.
- c) Destaca la necesidad de una buena relación terapéutica.
- d) Proporciona al paciente una nueva forma de comprender sus problemas.
- e) Se centra en los factores actuales que contribuyen a mantener los problemas.
- f) Supone una participación entre paciente y terapeuta.
- g) Ayuda al paciente a adquirir recursos y habilidades que le permitirán manejar sus problemas.
- h) Tiene una duración breve, con sesiones establecidas relativamente estructuradas.
- i) Las actividades entre sesiones se consideran una parte fundamental del tratamiento.

- j) Utiliza una diversidad de técnicas cognitivas y conductuales y algunas tomadas de otros enfoques.

El objetivo de la terapia es reducir el malestar emocional y las conductas contraproducentes de los pacientes mediante la identificación de posibles cogniciones disfuncionales (Labrador, 2001), y mostrarlas al individuo de tal forma que se haga conscientes de ellas y pueda modificar las que sean negativas para él. En este tipo de terapia, el paciente tiene que aprender la lógica errónea de sus cogniciones y cómo éstas le llevan tanto a los sentimientos anómalos como a las conductas derivadas. Lo que se busca es ensayar cogniciones más realistas y positivas con y para los pacientes, tras corregir las anteriores, que eran erróneas, así como negativas. Para este proceso suelen utilizarse distintos procedimientos como: asignación de tareas, técnicas de role playing en el entorno clínico, tareas de distracción para redirigir la cognición negativa (Lobo, 2013).

Aunque en sus inicios la terapia cognitiva se desarrolló en el contexto de la depresión (Beck et al., 1979/1983), posteriormente, su empleo se ha extendido a otras condiciones clínicas, como los trastornos de ansiedad, problemas de pareja, abuso de sustancias, ira y violencia y trastornos de la personalidad. Este tipo de terapia ha demostrado una eficacia mayor que la ausencia de tratamiento o que otros tratamientos en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno de alimentación, trastornos somatomorfos, trastorno por abuso de sustancias, juego patológico, algunos trastornos de personalidad, conflictos de pareja, problemas de salud y esquizofrenia. Al menos en los trastornos de ansiedad y en los trastornos de depresión mayor, la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico parecen igual de eficaces a corto

plazo, en cambio, en seguimientos a un año, el porcentaje de caídas es mucho menor en la terapia cognitiva.

Otra de las intervenciones que se utilizan en pacientes psiquiátricos es el **Modelo de Reatribución en Somatizaciones**, que fue desarrollado para afrontar problemas de somatización que son frecuentes en clínica diaria de Atención Primaria. Los pacientes suelen presentarse ante su médico con síntomas que no corresponden a ninguna enfermedad física concreta, pero el paciente atribuye los síntomas a un problema somático, a pesar de las numerosas visitas al médico y las pruebas interminables. Por lo que, para sacar al paciente del error, se utiliza la técnica de reatribución, que consiste en varias fases:

La primera consiste en ganar la confianza del paciente y conseguir que se sienta comprendido, una vez que se haya asegurado de que no se trata de alguna enfermedad física se reformulan los síntomas del enfermo, mencionando otros síntomas probablemente psicopatológicos y otros acontecimientos vitales que puedan estar relacionados; posteriormente se señala el vínculo de unión entre síntomas y situaciones vitales estresantes, redefiniendo el problema y explicando la psicopatología.

La segunda fase es la de internalización, en la que se busca que el paciente acepte el diagnóstico psicológico y su responsabilidad en la búsqueda de soluciones. La tercera fase se trata de intervenir de manera psicológica/psicoterapéutica (Lobo, 2013).

Las terapias descritas se realizan de manera individual con los pacientes, sin embargo, también existen terapias que se dan de manera grupal y que son altamente beneficiosas.

Terapias grupales

La terapia de grupo centra su trabajo terapéutico en las interacciones interpersonales, de modo que puedan abordarse problemas personales e interpersonales, tienen como objetivo que los pacientes aprendan a confiar en sí mismo y en los demás, logren un autoconocimiento y desarrollen la sensación de una identidad propia, reconozcan las similitudes de las necesidades que tienen los demás participantes con la propia, aumenten la autoconcepción, la autoconfianza y el respeto a sí mismos y busquen formas alternativas para solucionar sus conflictos aprendiendo habilidades sociales más efectivas (Bernard et al., 2008).

Las fases generales por las que la intervención grupal lleva a cabo el proceso terapéutico son muy similares que la psicoterapia grupal, estas son: exploración, transición y trabajo y fase de consolidación. La primera fase se centra en construir un espacio en el que la cohesión y la confianza del grupo permitan un desarrollo continuo, los participantes aprenden a funcionar en grupo, la segunda fase es dónde los participantes empiezan a hablar sobre sus problemáticas y las posibles soluciones, y en el cierre, es la consolidación de lo logrado durante todas las sesiones (Corey, 1995; Bernard et al., 2008).

Se requiere que los terapeutas dirijan al grupo de la manera adecuada, creando una atmósfera terapéutica, de cambio positivo. Este tipo de terapia les sirve a los terapeutas para manejar los muchos tipos de trastornos y problemáticas, por ejemplo: a los trastornos de personalidad, problemas de adicciones, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimenticia, entre otros. Obviamente se realizan modificaciones especiales, tomando en cuenta de las limitaciones de los pacientes según el tipo de grupo.

Terapia ocupacional

La existencia de un trastorno psicótico y la sintomatología relacionada con éste influyen en el funcionamiento ocupacional de la persona, sin embargo, dejando a un lado la patología hay otros factores que influyen, como los valores culturales o los modelos familiares. No existe un método de intervención ocupacional único y exclusivo con relación a cada tipo de trastornos o a cada sintomatología concreta, por lo que es recomendable tener un amplio repertorio de estrategias de intervención, de manera que en cada caso se puedan usar las más eficaces (Sánchez, Polonio y Pellegrini, 2013).

Consiste en la provisión de servicios, programas e intervenciones específicos relacionados con el dominio de la disciplina. Los terapeutas ocupacionales, están formados para evaluar y tratar dificultades en el desempeño de las actividades de la vida diaria, de ocio, lúdicas, educativas, laborales y de participación social que presentan las personas que padecen enfermedades mentales.

El objetivo principal de la terapia es recabar y analizar información sobre el funcionamiento ocupacional del paciente en relación con los roles que configuran su identidad y el equilibrio que existe entre ellos, teniendo en cuenta las diferentes áreas de la ocupación humana. Con la finalidad de que participe socialmente y logre su autonomía, impulsando que realice actividades de la vida diaria, mediante el uso de los recursos disponibles en su comunidad y su persona en los momentos de mayor estabilidad y en los momentos críticos ayudarle a restarle importancia a la sintomatología, generando oportunidades gratificantes que le exijan cierta concentración. (Sánchez, Polonio y Pellegrini, 2013).

Para conseguir lo anterior (Sánchez, Polonio y Pellegrini, 2013), el terapeuta debe centrarse en los siguientes puntos:

1. Adquirir y mantener las destrezas asociadas con el desempeño de las actividades de la vida diaria básicas (higiene, aseo, alimentación, vestido o administración de la medicación) e instrumentales que posibiliten la vida independiente del sujeto en la comunidad.
2. Entrenamiento y adquisición de habilidades sociales que mejoren las relaciones interpersonales en el desempeño de sus roles ocupacionales en la comunidad.
3. Favorecer la implicación activa en actividades significativas mediante el diseño y/o adaptación y desarrollo de actividades corporales, artísticas, lúdicas, o deportivas, que favorezcan la participación social y ocupación del tiempo libre.
4. Asesoramiento vocacional y entrenamiento en destrezas laborales.
5. Dar asesoramiento sobre la enfermedad tanto al paciente como a sus familiares.
6. Buscar la colaboración de la familia en el proceso de intervención.
7. Colaborar en la gestión de grupos de descarga familiar.

Rehabilitación Integral

Las intervenciones psicosociales pretenden reducir el impacto que tienen los síntomas negativos de las patologías en la vida de los sujetos que las padecen, además de aumentar el conocimiento sobre el trastorno que pueda tener tanto el propio sujeto como su familia y relaciones más cercanas, así como favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y la red social del paciente, y proporcionar estrategias

de afrontamiento del estrés en los enfermos y sus familiares. Se trata de mejorar la autoestima, la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de personas con discapacidad mental (Lobo, 2013).

Sin embargo, no sólo debemos fijarnos en los aspectos de recuperación o afrontamiento, sino que también deben complementarse con una intervención que fortalezca recursos y capacidades de los sujetos, así como una intervención sobre el propio entorno. Esta intervención promueve y fomenta la participación responsable del sujeto en el control de su vida y del proceso de rehabilitación, es por ello que debe potenciarse la motivación del sujeto.

Las distintas técnicas terapéuticas en Rehabilitación integral deben contar con un respaldo de una práctica clínica considerable, éstas deben ayudarle al paciente a comenzar desde lo más básico como mantener su higiene personal y la organización de sus actividades diarias hasta lo más complejo, enseñarle a identificar sus emociones, manejar el estrés y solucionar sus problemas, de igual manera se debe de considerar en la reinserción laboral y social, empezando por cumplir y mantener la actividad que requiera por cortos periodos de tiempo, hasta llegar a la meta (Lobo, 2013).

El proceso de rehabilitación debe ir avanzando de manera gradual desde un apoyo intenso, hasta el mínimo posible, maximizando la autonomía e independencia, basándose siempre en las capacidades del paciente, es por esto que el apoyo debe ser adecuado a las necesidades de manera individualizada y durante el tiempo que se requiera (Lobo, 2013).

El objetivo de la Rehabilitación Integral, tal y como apunta Rodríguez (1997) es el ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a

mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles, mediante la adquisición o recuperación de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en comunidad. Una vez que se logran estas conductas, se puede pasar a la siguiente fase, es decir, potenciar la integración social del paciente dentro de su comunidad. Al mismo tiempo se debe trabajar con los familiares de los enfermos mentales crónicos de modo que puedan ser más competentes para manejar los problemas que les puedan surgir.

Los temas mencionados anteriormente son muy importantes ya que son necesarios para sustentar y poder entender el enfoque de mi propuesta de mejora, al ser un programa de regulación de enojo y ansiedad en pacientes psiquiátricos. A continuación, se explicarán las dos emociones bases con las que se propone trabajar (Rodríguez, 1997).

Ansiedad y Enojo

En los padecimientos psiquiátricos existen síntomas asociados que cuando son regulados de manera adecuada, los pacientes pueden tener una mejor calidad de vida, en especial en sus relaciones interpersonales.

Dos de los síntomas reconocidos en las diferentes psicopatologías son la ansiedad y el enojo. Cabe señalar que, a pesar de que pertenecen a trastornos específicos, también son parte de las manifestaciones clínicas de otros, y son muy frecuentes en los pacientes de hospitalización.

El término de ansiedad se define como un estado emocional prolongado y complejo que se da cuando una persona anticipa que cierta situación, acontecimiento o circunstancia futuros implican una amenaza personalmente catastrófica, impredecible e incontrolable para sus

intereses vitales. Esto afecta a las personas en los planos físicos, emocionales, conductuales y por supuesto, cognitivos, por lo que es importante utilizar estrategias de terapia cognitiva que le ayude al paciente a reducir la ansiedad, esto a partir, del descubrimiento del miedo base y de la evaluación de la amenaza que subyace en los episodios de ansiedad. (Clark y Beck, 2016).

El modelo de ansiedad de Beck (1976) enfatiza el papel que juegan las creencias subyacentes del individuo y la interpretación que realiza de los estímulos a los que teme, incluyendo sus propias reacciones fisiológicas, en los problemas de ansiedad. Mientras que en los trastornos depresivos las creencias y esquemas son negativos, girando en torno a la derrota, pérdida o privación, en los trastornos de ansiedad tienen que ver con peligro o amenaza.

Las respuestas de ansiedad se mueven en un continuo que va desde las reacciones fisiológicas normales hasta las reacciones exageradas ante la percepción de peligro. Las distorsiones cognitivas que se producen en el procesamiento de estímulos internos o externos son las mismas que la percepción, solo que con pensamientos automáticos diferentes. Las creencias subyacentes de peligro predisponen a los individuos a: 1) restringir su atención a posibles amenazas en su entorno, 2) interpretar catastróficamente los estímulos ambiguos, 3) subestimar los propios recursos de afrontamiento, 4) subestimar la probabilidad de que otras personas puedan ayudarle si se encuentra en peligro, 5) llevar a cabo conductas de seguridad disfuncionales como la evitación o huida (Beck, 2005; Beck, Emery y Greenberg, 1985).

Existen variaciones en las creencias, dependiendo del tipo de trastorno de ansiedad y de la naturaleza del peligro o la amenaza. Es así como cuando una persona experimenta un estado fuerte de ansiedad busca medidas conducentes para reducirla, evitarla o prevenir su aparición.

Sin embargo, la generación incesante de ansiedad constituye un mecanismo persistente, ineficaz, destinado a hacer que se reduzca un supuesto peligro, no obstante, cuando el problema no es un peligro real sino una falsa percepción o exageración del mismo, la experiencia de la ansiedad es inapropiada. Esto es, sí el peligro no existe o se ha exagerado, el individuo no podrá bloquearlo. Por lo tanto, el problema principal, no es la generación de ansiedad sino los modelos cognitivos hiperactivos respecto al peligro que constantemente se están estructurando a partir de experiencias externas y/o internas que son consideradas de peligro (Beck, 1971).

De acuerdo con Barlow (2002), el fenómeno de la ansiedad representa una “estrategia” para hacer frente a la amenaza, y, por tanto, debería analizarse como un marco global de respuestas en un organismo. Entre las respuestas automáticas cabe citar: la protección contra la entrada de sustancias nocivas o su expulsión, la defensa contra un golpe externo, la inhibición de las propias acciones, el desmayo, el recurrir a los demás en busca de ayuda, la reacción de “lucha o huida” y los reflejos, como; parpadeo, jadeo, tos, espasmos, vómitos y diarrea, agacharse, esquivar, encogerse y tensarse. Cabe señalar que los síntomas de la ansiedad en relación a los diferentes trastornos se dividen en:

1. Sensorio-perceptuales

Mente confusa, nublada, aturdida, los objetos parecen borrosos y/o distantes, el entorno parece diferente/irreal, con sensación de irrealidad, timidez e hipervigilancia.

2. Dificultades para pensar

No se recuerdan cosas importantes, confusión, incapacidad para controlar el pensamiento, dificultad para concentrarse, se distraen con facilidad, bloqueo, dificultad para razonar, pérdida de objetividad y de perspectiva.

3. Conceptual

Distorsión cognitiva, miedo a perder el control, miedo a no ser capaz de hacer frente, miedo a una lesión física ó a la muerte, miedo a un trastorno mental, miedo a evaluaciones negativas, imágenes visuales atemorizantes, ideación temerosa repetitiva.

4. Afectivos

Irritable, impaciente, inquieto, nervioso, tenso, con los nervios de punta, ansioso, temeroso, asustado, atemorizado, alarmado, aterrorizado, agitado, excitado.

5. Conductuales

Inhibición, inmovilidad tónica, huida, evitación. disfluencia del habla, coordinación defectuosa, agitación, colapso, hiperventilación.

6. Fisiológicos

Cardiovasculares (palpitaciones, corazón acelerado, aumento o disminución de presión sanguínea, desmayo o mareo), respiratorios (respiración rápida, dificultad para tomar aire, falta de aire, presión en el pecho, respiración poco profunda, nudo en la garganta, sensación de ahogo, espasmo bronquial, jadeo), neuromusculares (aumento de reflejos, reacción sobresaltada, parpadeo, insomnio, espasmo,

temblores, rigidez, no estarse quieto, ir de un lado a otro, expresión contraída, vacilante, debilidad generalizada, flojera de piernas, movimientos torpes), gastrointestinales (dolor abdominal, pérdida de apetito, repulsión hacia la comida, náuseas, ardor estomacal, molestias intestinales, vómitos), tracto urinario (presión para orinar, frecuencia de micción) y epidermis (sonrojo, cara pálida, sudor localizado, sudor generalizado, rachas de frío y calor, picores).

Cabe señalar que, antes de implementar cualquier intervención, se debe realizar una evaluación de la situación por la que está pasando el paciente, además de conocer los recursos con que cuenta para poder solucionar su problemática. La estrategia terapéutica más eficiente se sustenta en estrategias cognitivo-conductuales que ayudan a las personas que padecen ansiedad, ya sea como un trastorno o como parte de la sintomatología (Barlow, 2002).

La terapia cognitivo - conductual en el manejo de la ansiedad, es un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado, que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales. No sólo se centra en los problemas del paciente, sino también en los problemas externos relacionados con el malestar, el terapeuta colabora con el paciente para conseguir la modificación de sus patrones cognitivos disfuncionales, además de enseñarle a tomar decisiones y buscar soluciones a sus problemas. La terapia cognitiva pretende cubrir dos puntos fundamentales a corto y largo plazo. A corto plazo, eliminar los síntomas y creencias disfuncionales y a largo plazo, que adquiera las habilidades necesarias que le permitan en un futuro, corregir las distorsiones que se puedan

presentar, y ayudarle a incorporar, actitudes y formas de funcionamiento más adaptativos y racionales (Ruiz et al., 2012).

La mayoría de los pacientes con síntomas, signos o trastornos de ansiedad tienen imágenes visuales de peligro antes y durante un ataque de ansiedad. Las observaciones clínicas sugieren que una persona que visualiza una escena puede reaccionar como si ésta estuviera ocurriendo realmente, aunque carezca o tenga pruebas en contra. En la terapia cognitiva, se utilizan intervenciones relacionadas con imágenes cuyo contenido apunta a distorsiones cognitivas asociadas a un problema concreto e imágenes inducidas que pueden ayudarle a modificar fantasías espontáneas, a verificar la realidad y a poner distancia respecto de la ansiedad (Beck y Emery, 2014).

La experiencia de la ansiedad suele ser tan desgastante, que a menudo genera un miedo mayor; en un contexto de terapia, el paciente aprende a reducir las sensaciones desagradables corrigiendo cogniciones distorsionadas, aunque se necesita tiempo, práctica y asesoramiento. El objetivo es proporcionarle alivio de los síntomas. Acorde con Beck y Emery (2014), los métodos empleados pueden dividirse en cinco estrategias:

1. Aceptación de las sensaciones

Es fundamental que el paciente acepte la presencia de ansiedad, ya que casi siempre la desea evitar o combatir. Aprender a vivir con ella sin resignarse, abandonar el control para comenzar a regular los síntomas.

2. Estrategias de acción

Promover que el paciente actúe de la manera más normal posible, es decir, que continúe con sus actividades cotidianas, lo que ayuda a disminuir los síntomas de ansiedad.

3. Auto observación

Para que el paciente reduzca la ansiedad, se utiliza la autoconsciencia donde se enfoca al paciente en el presente, evitando que piense en proyectos futuros “peligrosos”. Durante el proceso se utilizan estrategias de relajación como apoyo.

4. Revisión emocional

Es un método que consiste en pedirle al paciente que imagine una situación temida y que diga después cómo se siente al respecto. El hecho de hablar de la situación ansiógena a menudo proporciona alivio emocional.

5. Posesión de las propias emociones

Consiste en hacerle ver al paciente que es responsable de sus propias emociones, debido a que la mayoría cree que la ansiedad es causada por estímulos externos y no por sus pensamientos; al aprender a corregir esto, obtendrá un doble beneficio: se encontrará en mejores condiciones para hacer frente a su problema y será capaz de aprender a aprender.

Una manera de abordar el problema de la evitación en la ansiedad es animar al paciente a revisar en la consulta las situaciones ansiógenas, a fin de registrar sus pensamientos e imágenes y

practicar técnicas específicas de afrontamiento, si se requiere modificar pensamientos y creencias disfuncionales, se utilizan las siguientes técnicas:

- Identificación de los mecanismos protectores del paciente
- Identificación de los bloques de aprendizaje del paciente
- Técnica de aproximación gradual de manera jerárquica (de menor a mayor), exponiéndolo a la situación u objeto ansiógeno
- Auto instrucciones verbales
- Apoyo de las redes sociales del paciente

Asimismo, para reestructurar suposiciones desadaptativas, se deben tomar en cuenta los siguientes puntos: aceptación (miedo a que su imperfección sea inaceptable para los demás), competencia (teme no estar a la altura de la situación) y regulación (miedo a ser dominado por acontecimientos o pensamientos que están fuera de su control). Todos ellos se derivan en su sensación de vulnerabilidad. Cabe recalcar que las suposiciones del paciente están corroboradas por su experiencia familiar y personal, por tanto, es poco probable que pueda identificar y corregir sus pensamientos erróneos (Beck y Emery, 2014).

Por otra parte, las manifestaciones severas de ansiedad se asocian de manera cercana con el uso de drogas; en el DSM 5 (2015) se establece que los síntomas característicos incluyen: el síndrome de abstinencia, el consumo continuo a pesar del deseo de dejarlo, así como la pérdida de control. De hecho, se propone que el papel de la intoxicación aguda por drogas, es usado como un medio para decrementar la ansiedad así como para la regulación de las emociones, argumentando específicamente, que las personas al usarlas logran regular su estado emocional.

Asimismo, se ha establecido que la falta de regulación emocional en la infancia y la adolescencia parece ser un factor de riesgo temprano y / o un factor causal distal en el desarrollo posterior de diferentes trastornos incluyendo el consumo de sustancias.

Ante los abusos de sustancias e inclusive trastornos por consumo donde el síntoma relevante es la ansiedad, las terapias cognitivo-conductuales se consideran el tratamiento más efectivo debido a que tienen dos componentes críticos: el análisis funcional y el entrenamiento de habilidades. El análisis funcional se utiliza para identificar y evaluar las circunstancias individualizadas que pueden conducir al consumo de drogas y proporciona información sobre algunas de las razones por las que el individuo las puede estar usando. Estas situaciones, consideradas de alto riesgo, son aquéllas en las que puede aplicar nuevas habilidades para evitar su ansiedad y por ende el uso de drogas durante y después del tratamiento. El entrenamiento de habilidades es individualizado y sirve para ayudar a desaprender viejos hábitos asociados con el abuso y aprender hábitos más saludables, estas habilidades incluyen regular la ansiedad y manejar situaciones relacionadas con oportunidades de uso de drogas. Las sesiones de tratamiento posteriores se centran en la resolución de problemas, la tolerancia, la regulación del afecto negativo y la mejora de las habilidades sociales en general (Ruiz et al., 2012).

Otro de los tratamientos que se utilizan ante este tipo de situaciones, son los que tienen un enfoque de atención plena, de hecho, son funcionales para una gran variedad de condiciones psiquiátricas (Bishop, Duncan, Brett y Lawtence, 2004). La atención plena a menudo se practica a través de la meditación, debido a que consiste en enfocar la atención en la experiencia inmediata y considerarla sin prejuicios. La meditación se ha asociado con efectos benéficos sobre la ansiedad, el bienestar psicológico, el funcionamiento cognitivo, entre otros (Gross, 2014).

Regulación emocional en el manejo de la ansiedad.

Barlow (1988, 2002) menciona que el término de regulación emocional se refiere a procesos que influyen en la ocurrencia, intensidad, duración y expresión de la emoción, estos procesos pueden apoyar la regulación positiva o la baja regulación de las emociones tanto positivas como negativas que se pueden colocar en un continuo automático.

Cabe señalar que la regulación emocional en pacientes con ansiedad se deriva de la vulnerabilidad biológica y psicológica, por tanto se puede presentar un incremento en la reactividad emocional, sesgos atencionales hacia la amenaza u otra información negativa, una tendencia global para experimentar las emociones como algo aversivo así como comportamiento evitativo. Las personas que padecen ansiedad reportan que tienen dificultades para lograr regularse emocionalmente debido a lo complicado que les resulta adaptarse para manejar la angustia subjetiva. De hecho, Barlow (1988, 2002) propuso que de la ansiedad surgen de una doble vulnerabilidad: la biológica que se generaliza hacia una mayor reactividad emocional, aunado a una psicológica generalizada que surge de los primeros eventos de desarrollo que engendran un sentido del mundo como incontrolable o impredecible.

En cuanto a las estrategias que se utilizan para la regulación emocional, es importante destacar las tres principales: supresión, reestructuración cognitiva y aceptación. La supresión es una estrategia centrada en la respuesta que ocurre en el desarrollo temporal de la respuesta emocional, puede dirigirse específicamente hacia la inhibición de la expresión conductual de la emoción y / o hacia la disminución de los sentimientos subjetivos. La reestructuración ó reevaluación cognitiva implica pensar en los estímulos de manera que disminuya la intensidad, su uso genera mejor regulación ante las emociones negativas. La aceptación implica que el

paciente se permita experimentar emociones sin intentar alterarlas o suprimirlas. El concepto de aceptación comparte características con el concepto de atención plena, donde se promueve la conciencia sin prejuicios, en el momento en el que están presente las emociones y otras experiencias internas. La aceptación y la atención plena pretenden aumentar la conciencia de las emociones, lo que puede proporcionarles una mayor oportunidad de responder ante ellas de manera adaptativa (Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault, 2008; Hill y Updegraff, 2012).

Enojo

Respecto al enojo, Reilly y Shopshire (2007) mencionan que muchos pacientes que sufren de trastornos de la salud mental presentan dificultades al comunicar y / o expresar asertivamente aquellas cosas que les desagraden o le generen incomodidad, de hecho, su reacción es mediante enojos poco controlados e incluso violentos.

En términos generales, el enojo es una emoción que abarca desde la irritación leve hasta la furia y rabia intensas. Es una respuesta natural ante situaciones donde las personas se sienten amenazadas, creen que están en riesgo de sufrir daño, o piensan que otra persona les ha causado algún daño. También puede ocurrir cuando sienten que una persona cercana está siendo amenazada o sufriendo algún daño. Aunado a que puede ser resultado de la frustración cuando sus necesidades no están siendo satisfechas o que sus metas no se están cumpliendo acorde a lo esperado. Y cuando el enojo está desregulado, las personas que se enojan pierden la paciencia y actúan de manera impulsiva, agresiva o violenta.

La mayoría de las personas confunden con frecuencia el enojo de la agresión. La agresión es una conducta dirigida a causar daño a otra persona o a una propiedad. Esta conducta puede

incluir abuso verbal, amenazas o acciones violentas. Mientras que el enojo, es una emoción que no necesariamente conduce a la agresión. Por lo tanto, una persona puede enojarse sin llegar a actuar de manera agresiva. Un término relacionado con estos conceptos es la hostilidad. La hostilidad comprende una compleja colección de actitudes y juicios que suscitan conductas agresivas. Mientras que el enojo es una emoción y la agresión es una conducta, la hostilidad es una actitud que implica desagrado por los demás y una evaluación negativa de ellos (Reilly y Shopshire, 2007).

Es por ello por lo que el enojo se convierte en un problema cuando se siente con demasiada intensidad, frecuencia y se expresa de manera inapropiada. El sentirse enojado frecuentemente causa estrés físico en el cuerpo durante episodios prolongados.

Otra poderosa razón para regular el enojo se relaciona con las consecuencias negativas que resultan de una expresión inapropiada que puede conducir a la violencia o agresión física, ocasionando un sinnúmero de consecuencias negativas. A pesar de lo anterior, existen personas que consideran al enojo como recompensa, esto es: la persona se percibe capaz de manipular y controlar a los demás mediante conductas amenazadoras o agresivas; otra recompensa negativa, se asocia con el alivio de tensión que se produce cuando se pierde el control y se actúa con agresividad a pesar de que estas recompensas conducen a consecuencias no favorables. De hecho, existen varios mitos que se relacionan con el manejo inapropiado del enojo como una forma de justificarlo, entre ellos se encuentran (Reilly y Shopshire, 2007):

1. Hay que considerar que el enojo es hereditario
2. Que conduce automáticamente a la agresión
3. Que es necesario ser agresivo para conseguir lo que se quiere

4. Siempre es deseable expresarlo de manera exacerbada

Cabe señalar que los tratamientos para el manejo adecuado del enojo están basados en la psicoterapia cognitiva-conductual y son considerados eficaces debido al tiempo limitado de duración. Existen cuatro intervenciones basadas en la psicoterapia cognitiva-conductual, unificadas teóricamente por los principios de la teoría del aprendizaje social, que son frecuentemente utilizadas (Beck y Fernandez, 1998; Deffenbacher, 1996).:

1. Las intervenciones fundamentadas en la relajación, enfocadas en los componentes emocionales y fisiológicas.
2. Las intervenciones cognitivas, enfocadas en procesos cognitivos tales como evaluaciones y atribuciones hostiles, las creencias y pensamientos irracionales.
3. Las intervenciones fundadas en las habilidades de comunicación, que se enfocan en deficiencias relacionadas con la asertividad y en habilidades para la resolución de conflictos.
4. Las intervenciones combinadas, que integran dos o más intervenciones basadas en la terapia cognitiva-conductual y están dirigidas al múltiple dominio de respuestas (Deffenbacher, 1996,1999).

Este último enfoque (intervenciones combinadas), ofrece opciones que se derivan de distintas intervenciones para crear planes individualizados en el manejo del enojo; aunque cabe señalar que, no todos los participantes utilizan todas las técnicas e intervenciones existentes. Lo real es que la mayoría de los tratamientos, utilizan más de una técnica en sus planes de trabajo.

Teóricamente, se espera que mientras más técnicas e intervenciones estén integradas en un plan

de tratamiento, mejor equipado estará el paciente para responder a situaciones que le provoquen enojo (Reilly y Shopshire, 2007).

Para superar el hábito del enojo, se debe tomar conciencia de las situaciones, circunstancias y conductas de los demás que lo desencadenan. Esta toma de conciencia también involucra la comprensión de las consecuencias negativas asociadas. Por ello, los pacientes necesitan desarrollar estrategias para manejarlo eficazmente; entre las estrategias inmediatas se incluye el “tiempo fuera”, la práctica de ejercicios de respiración profunda y la detención de pensamientos y la modificación de creencias irracionales (Reilly y Shopshire, 2007).

El tiempo fuera, es considerado una estrategia básica para regular el enojo. Se recomienda incluirlo en todos los planes de tratamiento. El “tiempo fuera” consiste en abandonar la situación que está causando la intensificación del enojo o simplemente detener la conversación que lo está provocando.

Otras de las estrategias es la relajación por medio de la respiración; mediante esta actividad, el sistema nervioso se oxigena y es probable que disminuya su escala de enojo. Debido a que es físicamente imposible estar agitado y relajado al mismo tiempo, si una persona logra relajarse, puede contrarrestar la respuesta de enojo evitando que llegue a la fase de explosión, esto se logra mediante el entrenamiento de ejercicios de respiración y de relajación muscular progresiva.

Una vez que el paciente aprendió a regular la parte conductual de sus acciones, se procede al trabajo cognitivo. Para poder lograrlo, se recomienda utilizar el modelo ABCD de Albert Ellis (Ellis, 1979, Ellis y Harper, 1975). En este modelo, la “A” representa un evento que

activa la emoción, la “B” representa las creencias que se tienen sobre el evento que activa el enojo, es decir, las interpretaciones y creencias con respecto a los eventos, la “C” representa las consecuencias emocionales de los eventos, es decir, los sentimientos que se experimentan como resultado de las interpretaciones o creencias relacionadas al evento y la “D” es el debate interno cuya finalidad es analizar la situación tomando en cuenta los puntos anteriores, refutando las creencias irracionales y decidiendo cómo se va a actuar. Este modelo tiene como objetivo enseñarle al paciente a detectar, detener y reestructurar pensamientos, además de ofrecer una estrategia directa e inmediata para ayudar a modificar las creencias que causan la intensificación del enojo.

Una vez que los pacientes aprenden a regularse de mejor manera, es importante que aprendan a comunicarse y resolver sus conflictos de manera correcta. La asertividad es una destreza fundamental en las interacciones interpersonales y en el manejo del enojo, actuar asertivamente implica defender los derechos de manera respetuosa. El mensaje básico de la asertividad es que los sentimientos, pensamientos y creencias son importantes así como los sentimientos, pensamientos y creencias de otras personas.

Al actuar asertivamente, se expresan emociones, pensamientos, creencias y consecuencias negativas asociadas con pasividad. El método para actuar asertivamente es el Modelo de Resolución de Conflictos, que consta de cinco pasos (Reilly y Shopshire, 2007):

1. Identificar el problema que está causando el conflicto.
2. Identificar los sentimientos asociados al conflicto.
3. Identificar el impacto específico del problema que está causando el conflicto.
4. Decidir si se debe resolver el conflicto o abandonarlo.

5. Enfrentar el conflicto y resolverlo.

Otro aspecto relevante para considerar durante el tratamiento es tomar en cuenta que tanto los eventos y las situaciones asociadas al enojo varían de una persona a otra dependiendo de su cultura o sexo; es por ello, que cada persona necesita identificar los eventos que le provocan enojo, reconocer las señales asociadas, así como desarrollar e implementar estrategias de orden cognitivo-conductual para su regulación ante diferentes eventos provocadores.

Otros tratamientos para el manejo del enojo y la ansiedad

Terapias de técnicas de exposición

Las intervenciones basadas en la exposición son consideradas esenciales en todas las intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos de ansiedad y se encuentran entre los tratamientos cognitivos mejor estudiados. Realmente pocas técnicas o programas de intervención han mostrado este grado de efectividad (Barlow, 2002, Farmer y Chapman, 2008, Richard y Lauterbach, 2007).

Ruiz et al. (2012), estipulan que el uso de la exposición tiene como objetivo, poner al individuo en contacto con el estímulo temido para así producir la habituación, la extinción de la respuesta de miedo y así proveer oportunidades de establecer nuevas asociaciones, facilitando un nuevo aprendizaje en relación con el estímulo temido. Existe evidencia empírica que sustenta que la exposición sistemática y continua al estímulo temido, permite la reducción más o menos gradual de la respuesta de ansiedad o miedo, facilitando la disipación de la conducta de evitación o escape ante la aparición real o simbólica del estímulo.

Debido a que la evitación es el rasgo central de los desórdenes de ansiedad, las técnicas de exposición suelen constituir el elemento terapéutico nuclear de los programas de tratamiento

diseñados para este tipo de problemas. En general, las intervenciones mediante técnicas de exposición van a estar indicadas en dos tipos de casos: 1) En personas que padecen ansiedad, independientemente de que cumplan los criterios diagnósticos para un trastorno de ansiedad, y 2) en personas que mantienen una conducta de evitación o escape (generalmente por miedo a las consecuencias), teniendo esta evitación o escape un impacto negativo en su vida.

Las técnicas de exposición que se utilizan en la Terapia Cognitivo Conductual tienen como elemento en común la exposición al estímulo pero difieren en cuanto a alguno de estos parámetros: a) la forma de presentación del estímulo (real o simbólica), b) la intensidad de la presentación (inundación de frente o exposición gradual), c) la duración de la presentación, d) la frecuencia de las presentaciones (masiva o espaciada), y e) la ayuda o apoyo para la presentación del estímulo (Ruiz et al., 2012).

Exposición en grupo

Ruiz et al. (2012), refieren a la terapia de grupo como la planeación y evaluación de las sesiones de técnicas de exposición en un contexto grupal, manteniendo el proceso de la exposición de forma individual. Este formato permite optimizar el tiempo de la intervención al poder manejar conjuntamente a aquellos pacientes con problemas similares y que pueden beneficiarse de la experiencia y retroalimentación de otros participantes. El sistema de exposición en grupo es especialmente útil cuando el paciente carece de apoyo social y/o mantiene relaciones conflictivas con sus allegados. En este caso, el efecto motivador del grupo puede ser determinante a la hora de ejecutar las tareas individuales de exposición. A partir del análisis anterior y debido a las condiciones, así como rasgos característicos de la población que se atiende en el hospital psiquiátrico, se recomienda utilizar las estrategias mencionadas como parte de un tratamiento eficiente en la salud mental.

Haciendo una recopilación de todos los temas explicados durante este apartado, podemos concluir que son fundamentales para poder explicar y sustentar la propuesta de mejora de este Informe Profesional del Servicio Social. Como se puede observar, elegí el enfoque cognitivo-conductual porque según la información que recaudé y mi experiencia personal en el psiquiátrico, me hizo dar cuenta de que es el adecuado por su rápida intervención y sus modificaciones a corto plazo, la población con la que trabajé necesita intervenciones urgentes, por lo que, si hubiera escogido otros enfoques, no se hubieran adaptado a las necesidades de los pacientes en cuestión. En cuanto a las emociones elegidas, son solo algunas de todas las que se presentan en los pacientes día con día, en mi experiencia personal, el enojo y la ansiedad, son emociones muy comunes y desbordantes entre este tipo de población, debido al sufrimiento causado por el mismo trastorno, más los problemas personales y el ambiente de la hospitalización.

Resultados

A continuación, se presenta una tabla con el resumen de los resultados de las actividades realizadas durante el servicio social; posteriormente se encuentra la información complementaria:

Tabla 4

Resultados de las actividades del servicio social:

Actividad	Descripción de la actividad	Tipo de participantes/ Cantidad Aproximada	Sesiones	Observaciones clínicas
Actividades recreativas y deportivas en jardín.	Los pacientes eran invitados a salir al jardín, dónde podrían incorporarse en actividades como: bailar, jugar algún deporte, caminar, relajarse en el pasto, platicar o simplemente escuchar la música. Promoviendo la socialización entre los pacientes y la actividad física.	90- 110 pacientes hospitalizados con autorización psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> • 34 sesiones de hora y media . • Total: 74 horas 	Esta actividad era de las favoritas de los pacientes porque les permitía convivir entre ellos, relajarse y distraerse.

<p>Proyección de película.</p>	<p>Los pacientes eran invitados a bajar a la sala de usos múltiples de la Unidad de Rehabilitación, para ver una película reflexiva. Promoviendo la convivencia, establecimiento de límites, seguimiento de las normas, la reflexión, atención y tolerancia.</p>	<p>15-25 pacientes hospitalizados con autorización psiquiátrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 62 sesiones de hora y media . • Total: 93 horas. 	<p>En esta actividad algunos de los pacientes no podían tolerar la duración total de la película, les generaba ansiedad, inquietud y deseos de volver a su pabellón. Otros lo utilizaban como un momento de reflexión y de distracción</p>
<p>Eventos socio-recreativos.</p>	<p>Los pacientes recibían la invitación de elaborar cartas conmemorativas durante la semana, y el día del festejo se exhibían en un mural, mientras ellos disfrutaban en el jardín, de la música, fruta picada y del agua fresca. Promoviendo la socialización, relajación y diversión.</p>	<p>150- 200 pacientes hospitalizados con autorización psiquiátrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 3 sesiones de hora y media . • Total: 4 horas y media . 	<p>Esta era otra de las actividades favoritas de los pacientes, ya que disfrutaban de la música, concursos de baile, pequeños conciertos, de actividades al aire libre; las cuales siempre causaban un impacto positivo.</p>

Círculos de lectura.	Los pacientes eran invitados a discutir las lecturas reflexivas que previamente los pasantes de psicología elegíamos, con la finalidad de estimular sus funciones mentales, concentración, atención, abstracción, fomentando la imaginación, la participación y reflexión.	20-50 pacientes hospitalizados con autorización psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> • 22 sesiones de una hora. • Total: 22 horas. 	No muchos pacientes acudían a esta actividad, dependía del pasante que impartiera las lecturas. Ya que muchas veces les aburría.
Estimulación cognitiva.	Todos los pacientes eran invitados a pasar al comedor a iluminar mandalas o jugar juegos de mesa, los cuales fomentaban la socialización y tolerancia, además de ayudarles a relajarse y a fortalecer su motricidad.	20-30 pacientes hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> • 62 sesiones de hora y media . • Total: 93 horas. 	Esta era la única actividad en que todos los pacientes podían participar, por lo que la demanda era buena. Sin embargo, al ser de libre acceso, muchas veces los pacientes que no estaban estabilizados provocaban tensión o interrumpían el flujo de las actividades.

Talleres de inclusión social.	Los pacientes acudían al hospital para aprender a realizar manualidades que les permitieran subsistir (filigrana y papel reciclado). Además de estimular habilidades motoras gruesas y finas, fomentar la atención y concentración, así como la persistencia.	8- 13 pacientes ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> • 25 sesiones de hora y media • Total: 37 horas y media 	Durante el último mes del servicio social, trabajé con pacientes ambulatorios, mientras realizábamos cestos con papel reciclado o figuras de filigrana, dialogaba con ellos e incluso me enseñaban como hacerlos.
Grupo psicoeducativo.	Los pacientes eran invitados a las pláticas de psicoeducación impartidas por los pasantes de psicología sobre temas relacionados con la modificación de hábitos de vida, estos eran: adherencia terapéutica, conciencia de la enfermedad, hábitos de salud, habilidades sociales, autoestima y proyecto de vida.	15 a 60 pacientes hospitalizados con autorización psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> • 42 sesiones de una hora. • Total: 42 horas. 	<p>Por lo general las pláticas psicoeducativas tenían buena demanda. Los pacientes acudían a la mayoría, lo cual no era muy usual.</p> <p>Algunas veces los temas que se trataban se volvían problemáticos porque los pacientes no estaban de acuerdo con lo que les estábamos sugiriendo, e incluso metían temas personales, de religión, política o creencias en general, con las cuales los pasantes teníamos que lidiar.</p>

Lectura de expedientes.	Los pasantes de psicología nos reuníamos para leer algunos expedientes clínicos de pacientes de nuestro común interés, con la finalidad de conocer su padecimiento y así poder entenderlo mejor.	10-12 pasantes de psicología	<ul style="list-style-type: none"> • 3 sesiones de una hora. • Total: 3 horas. 	Esta era una actividad muy interesante porque me permitió conocer más sobre algunos pacientes que normalmente resaltaban, comprendiéndolos mejor y haciendo práctico mi conocimiento sobre las patologías.
Seminario.	Los pasantes de psicología nos reuníamos para que cada uno de nosotros expusiera un tema relacionado con los pacientes, desde cómo hacer una entrevista clínica hasta los tipos de trastornos y su sintomatología, con la finalidad de aprenderlos o entenderlos mejor.	10-12 pasantes de psicología	<ul style="list-style-type: none"> • 15 sesiones de una hora. • Total: 15 horas. 	Durante esta actividad reforcé conocimientos que ya había adquirido en el semestre y en los pasados, aprendí a relacionar la teoría con la práctica y me fue de mucha utilidad mientras estuve en el psiquiátrico.

En este apartado se presentan los principales resultados a partir de la prestación de Servicio Social en la atención a pacientes psiquiátricos adultos con diferentes trastornos y que se encuentran internados en una institución de salud pública en la Ciudad de México.

El Servicio Social en el que participe, tuvo lugar en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en la Unidad de Rehabilitación Integral, con una duración de seis meses, es

decir, 480 horas, divididas en cinco días a la semana, cuatro horas por día. El tipo de trabajo desempeñado fue de intervención y de prevención mediante actividades que tuvieron como finalidad impactar en el Sector Salud y sobre todo en apoyar a la población, es decir, brindando herramientas sociales y fortaleciendo capacidades cognitivas superiores en pacientes para que lleven un proceso de rehabilitación satisfactorio, evitando futuras recaídas, y con esto beneficiar de manera global en su salud. Los reportes específicos acorde a las actividades programadas fueron:

1. Actividades recreativas y deportivas en jardín

Esta actividad se llevó a cabo los lunes y viernes, a lo largo de 34 sesiones de hora y media cada una, con aproximadamente 110 pacientes (mayores de edad), de los diferentes pisos de hospitalización. Para su implementación se contó con diez pasantes de psicología a cargo de la actividad, seis pasantes de Terapia Física, cinco elementos de seguridad y en ocasiones algunas pasantes de enfermería.

Sin duda, esta actividad es de las preferidas de los pacientes, debido a que tienen la oportunidad de salir de su pabellón y distraerse. Nuestra función en esta actividad era asegurarnos de que todos los pacientes pudieran realizar las actividades de manera adecuada, sin poner en riesgo a sus compañeros ni a sí mismos, con la finalidad de que pudieran disfrutar de ellas (bailar, escuchar música, jugar, realizar actividades de psicomotricidad, etc.), esto lo conseguíamos trabajando en equipo, distribuyéndonos por todo el jardín, para poder tener visión panorámica de los pacientes y sus necesidades e intervenir si fuese necesario.

2. Proyección de película

Esta actividad se llevó a cabo los martes, miércoles y jueves, a lo largo de 62 sesiones de hora y media cada una. En cada sesión asistieron aproximadamente 20 pacientes de hospitalización del piso correspondiente, los cuáles se iban rolando para que todos pudieran participar en la actividad. El equipo de trabajo estaba conformado por dos pasantes de psicología responsables apoyados por un elemento de seguridad y la asesora de los pasantes. Nuestra función consistía en cuidar a los pacientes que realizaban la actividad, promoviendo el orden e interviniendo en las posibles situaciones de descontrol.

Las películas que se proyectan evitan temas de violencia, emociones fuertes, religión, política y terror. Las que se presentan fomentan valores y enseñanza respecto a la solución de problemas. Sin embargo, al término de éstas no se fomenta una discusión que promoviera la reflexión y la participación de los pacientes, por lo que la enseñanza adquirida en la película no se reforzaba.

3. Eventos socio-recreativos

Se realizaron tres eventos socio-recreativos; el del día del amor y la amistad, día de la madre y día del padre, que se llevaron a cabo en el jardín, así como en los pisos de hospitalización, con una duración de dos horas con todos los pacientes que quisieron participar. Se trabajó con aproximadamente 200 pacientes de hospitalización en cada fecha conmemorativa. Los pasantes de psicología, dos psicólogos adscritos, un fisioterapeuta, pasantes de Terapia Física y elementos de seguridad estuvieron a cargo de las actividades. La función de los pasantes de psicología fue darles el material necesario para elaborar cartas conmemorativas según la

festividad celebrada, además de ayudarlos en la elaboración de estas, como algunas actividades se realizaron en el jardín, se les pudo dar agua de sabor y fruta rayada para que disfrutaran de dicha fecha, mientras los pasantes los supervisábamos y manteníamos el orden.

Los eventos tuvieron un impacto positivo en los pacientes debido a que salieron de la rutina cotidiana, lo que permitió distracción, alegría y diversión, además de que se perciben incluidos, motivados y escuchados.

4. Círculos de lectura

Esta actividad se llevó a cabo los miércoles, a lo largo de 22 sesiones de una hora cada una, con un rango de diez a 50 pacientes de hospitalización de todos los pisos, en cada sesión se dividió a los pacientes en dos grupos que estaban acompañados por cinco pasantes responsables de la actividad. Uno o dos de los pasantes se encargaba de escoger las lecturas que se iban a impartir en la sesión, mientras los demás los apoyaban con la contención y necesidades de los pacientes. En esta actividad se pretendía que los pacientes, a partir de una lectura, reflexionaran sobre los temas seleccionados, los pasantes nos encargábamos de fomentar dicha participación, además de aclarar dudas.

Las lecturas que se impartieron tuvieron contenido reflexivo, fomentaron valores, soluciones de problemas, toma de decisiones y responsabilidad de sí mismo, al igual que en el grupo psicoeducativo, el impacto en los pacientes es variado, pues provoca desde la reflexión y participación, hasta aburrimiento, agresión y ansiedad, que se ve reflejado en el comportamiento de los pacientes, así como en los comentarios que realizan. De hecho, los pacientes que tienen pensamiento y emociones negativas no reciben contención. Cuando la situación se tornaba

negativa, era nuestro deber revertirla y rescatarla, usando otra lectura, parando la actividad un momento para realizar ejercicios de respiración o retirando al paciente saboteador.

5. Estimulación cognitiva

Esta actividad se llevó a cabo los martes, miércoles y jueves, a lo largo de 62 sesiones de una hora y media cada una, con aproximadamente 30 pacientes de hospitalización de todos los pisos divididos en dos por día. En cada sesión ocho pasantes de psicología eran los responsables de la actividad, apoyados por el personal de enfermería.

Esta actividad es la única en la que cualquier paciente (autorizado o no) puede realizarla, es decir, en las actividades mencionadas anteriormente, los pacientes debían tener autorización de su psiquiatra para poder salir del pabellón. La actividad consiste en iluminar y jugar juegos de mesa, cuyos objetivos son fortalecer funciones motrices finas y gruesas, de atención, estrategias de solución de problemas, memoria, habilidades sociales y tolerancia a la frustración. Durante esta actividad, los pasantes de psicología nos encargábamos de vigilar que todo estuviera en orden e incluso participábamos en los juegos o iluminando dibujos. Acorde con mi experiencia, considero que esta actividad podría ajustarse, para que se implementen otras estrategias que desarrollen nuevas habilidades y capacidades en los pacientes.

6. Talleres de inclusión social

Esta actividad se llevó a cabo de lunes a viernes el último mes del servicio social, a lo largo de 25 sesiones de hora y media con aproximadamente 13 pacientes ambulatorios por sesión divididos en los dos talleres (papel reciclado y filigrana). En cada sesión colaboraban dos psicólogos adscritos y un fisioterapeuta responsable de la actividad, acompañados de ocho

pasantes de psicología y ocho pasantes de terapia física. La función de los pasantes era realizar las canastas con papel reciclado o las figuras con filigrana, mientras platicabas con los pacientes ambulatorios sobre lo que te quisieran compartir, ya que por lo general eran muy reservados; en algunas ocasiones les ayudabas a realizar la actividad e incluso ellos a ti.

Estos talleres tienen un impacto positivo en relación con las habilidades manuales y sociales del paciente, debido a que se les enseña a realizar manualidades bajo reglas y límites preestablecidos, simulando las normas de cualquier empleo. Sin embargo, sería importante que además de lo mencionado, los pacientes contaran con un mayor apoyo psicológico y familiar, para que tuvieran mayores avances y, por ende, logran emprender un posible negocio que les brinde un ingreso, así como su inclusión en la sociedad.

7. Seminario

Esta actividad se llevó a cabo los lunes y viernes, a lo largo de 15 sesiones de una hora, con la asesora supervisando la actividad y diez pasantes de psicología. Los temas que se revisaron fueron expuestos y previamente preparados por cada uno de los pasantes, según se le fueran asignados, estos estaban relacionado con la evaluación, diagnóstico y la explicación de la sintomatología de las patologías más comunes que se encuentran en los pacientes del hospital. Esta actividad tuvo un impacto positivo en los pasantes porque al pertenecer a diferentes universidades y áreas de la psicología, no cabía la certeza de que se tuvieran los conocimientos necesarios para realizar de manera óptima el servicio social, así que se realizó un repaso general de los temas mencionados anteriormente, aunado al aprendizaje respecto a temas relacionados con el manejo adecuado de pacientes durante la intervención en crisis.

8. Lectura de expedientes

Esta actividad se llevó a cabo los lunes y viernes, a lo largo de tres sesiones de una hora, con la asesora de la actividad y diez pasantes de psicología. Los pasantes seleccionaron expedientes que fueran de mayor interés debido a la patología presentada; durante la actividad se leía el historial y tratamiento, posteriormente se comentaba y analizaba las mejores estrategias para atenderlo. Esto nos ayudaba a conocer mejor la situación de algunos de los pacientes de hospitalización, así como comprender lo que les sucedía, además de aprender la variedad de síntomas y manifestaciones según el trastorno en cuestión.

9. Grupo psicoeducativo

Esta actividad se llevó a cabo los martes y jueves, a lo largo de 42 sesiones de una hora cada una, con un rango de 15 a 60 pacientes de hospitalización de todos los pisos. En cada sesión, el grupo estaba conformado por cinco pasantes responsables de la actividad.

Las temáticas del grupo psicoeducativo fueron seleccionadas con la finalidad de ayudar a los pacientes en su proceso de rehabilitación, enfocándose en la higiene personal, la autoestima, sus habilidades sociales, la adherencia terapéutica, su conciencia respecto a las enfermedades psiquiátricas, así como su proyecto de vida. El impacto que tuvieron estos temas en cada paciente fue variado: en muchas ocasiones hubo participación positiva, donde los pacientes expresaron lo aprendido. Sin embargo, en otras, los temas les generaron negación, ansiedad o enojo; que se reflejaron mediante agresiones verbales, llanto, abandono del aula e indiferencia; un aspecto relevante a señalar es que los pacientes no cuentan con contención profesional, por lo que se van de las sesiones presentando mayor inestabilidad y desregulados.

A continuación, se presentan los temas impartidos en el grupo psicoeducativo, los cuales se iban rotando, de manera que todos los pasantes los expusieran durante su estancia más de una vez:

- **Hábitos de Salud:** Este tema tuvo como objetivo brindar a los pacientes información acerca de los diferentes componentes de la higiene personal, fomentando hábitos de lavado de manos, cabello y dientes y ropa, aunado a mantener un estado físico saludable mediante dieta balanceada y ejercicio. Este tema se expuso durante 14 sesiones de una hora.
- **Habilidades Sociales y Asertividad:** Este tema tuvo como objetivo brindar a los pacientes información acerca de qué son, cuándo, dónde y cómo se desarrollan las habilidades sociales a partir de la comunicación asertiva. Lo anterior, con la finalidad de que los pacientes pudieran comunicarse y relacionarse de manera esperada. Este tema se expuso durante 20 sesiones de una hora.
- **Autoestima:** Este tema brindaba a los pacientes información acerca de qué es y cómo se desarrolla la autoestima, los tipos que existen y los elementos que la componen. La finalidad es que aprendieran sobre el tema, así como diferenciarlo de otros estados de ánimo. El tema se expuso durante 18 sesiones de una hora. Este tema resultó ser el favorito de los pacientes debido a su participación asertiva y activa.
- **Proyecto de vida:** Se brinda a los pacientes información acerca de los pasos a seguir en la creación de un proyecto de vida, mediante metas a largo, mediano y corto plazo; con la finalidad de que puedan ordenar prioridades, valores y expectativas a partir de decisiones asertivas. Este tema se expuso durante 4 sesiones de una hora.

- **Conciencia de la enfermedad:** Se ofrece a los pacientes información acerca de los niveles que existen para llegar a la aceptación de una enfermedad (incluyendo las psiquiátricas). La finalidad del tema es que el paciente comprenda su enfermedad y pueda prevenir futuras recaídas. Este tema se expuso durante 14 sesiones de una hora.
- **Adherencia terapéutica:** Se les enseñan a los pacientes estrategias que les ayuden a seguir su tratamiento de forma más fácil y práctica. La finalidad es que logren responsabilizarse de sí mismos, mejoren su calidad de vida y eviten futuras recaídas. Se expuso durante 14 sesiones de una hora. Este tema y el anterior (Conciencia de enfermedad) fueron los más polémicos debido a que muchos aún no aceptan su enfermedad, por lo que estas temáticas les resultan incómodas e invasivas.

Para complementar los resultados observados a partir de cada actividad se consideraron los comentarios de los pacientes, así como las observaciones personales.

Adicionalmente, todos los pasantes después de terminar las actividades de cada día, las cuales fueron mencionadas anteriormente, realizábamos reuniones con la asesora del servicio para compartir las experiencias del día con la finalidad de brindar retroalimentación, buscar mejorar las actividades y resolver problemáticas que se presentaron. Por ejemplo, respecto al manejo del grupo o de algún paciente en específico, resolver problemáticas con enfermería, psiquiatría y seguridad o la intervención en situaciones de crisis o de fugas.

En cuanto al impacto que tiene el programa en los pacientes, considero que cada una de las actividades son muy importantes como parte de su rehabilitación, porque le brindan al paciente información de diferente tipo, algunas sobre temas relevantes de hábitos de vida

saludables que deberían de tomar en cuenta, invitándolos siempre a reflexionar sobre los cambios favorables que pueden hacer en su vida, otras se encargan de estimular su atención, su concentración, sus funciones motrices, su memoria, su participación y otras tantas fomentan la incorporación a la sociedad, enseñándole al paciente a seguir normas, a convivir con los demás.

Claro que esta transmisión de conocimientos no es nada sencilla, el tipo de población con la que trabajé en este servicio es muy complicada, no solo por el trastorno que padecen, sino también por sus historias de vida, sus personalidades y la situación de “encierro” que viven. Si para un profesional con experiencia es difícil, para mí, que era una pasante novata sin experiencia, fue un reto enorme.

El sistema de enseñanza que maneja el psiquiátrico consiste en aprender de los pasantes anteriores a ti, los cuales te dan algunos consejos de cómo manejar esta población, pero en realidad depende de lo que uno aprenda por su cuenta. Por supuesto que al principio sentía miedo e inseguridad, no por los pacientes sino por no ser capaz de reaccionar correctamente a las situaciones que se presentaran, ya que no existe un manual o algún libro que lo indique con precisión.

Es por ello por lo que, lo que yo pude aprender durante el servicio social, dependió de mi formación académica, además de lo que mis compañeros pasantes con mayor experiencia me transmitieron, de la información y conocimientos del supervisor, así como la implementación y reforzamiento de mis capacidades, sobre todo para solucionar conflictos.

Cada día fue un reto enorme, ya que no sabía lo que iba a suceder, manejar grupos tan grandes con emociones al límite para cada una de las actividades no era nada sencillo, no

solamente tenía que captar su atención, al mismo tiempo tenía que resolver distintos contratiempos que se pudieran presentar como riñas entre ellos, discusiones sobre temas controversiales (religión, política, creencias de vida), intentos de fuga, intentos de suicidio, irritabilidad por no poder hacer lo que quieren o porque no vinieron a visitarlos, la sintomatología de su enfermedad, el lívido exacerbado de los hombres, las confusiones de los pacientes hacia tu persona, la falta de elementos de seguridad, el poco apoyo de enfermería, el mal mantenimiento de los elevadores, hacían que uno tuviera que resolver para que las actividades se llevaran a cabo lo mejor posible.

Todos estos contratiempos, me volvieron mucho más ágil y perceptiva, con capacidad de respuesta instantánea, adaptando las actividades a las necesidades del momento, estimularon mi ojo clínico para prevenir aquellas situaciones que fueran a salirse de control o que simplemente interrumpieran la fluidez de las actividades, utilice estrategias cognitivo conductuales para reducir la ansiedad o irritabilidad de los pacientes, como el tiempo fuera, respiración y relajación, apartándolos de la actividad si no podían controlarse, dialogando sobre la importancia de no abandonar la actividad que estuviéramos realizando, centrándolos en la realidad, haciéndoles ver que las creencias que defendían muchas veces eran irracionales y lo que sucedía realmente tenía solución, siendo firme y poniendo siempre límites pero siendo empático con sus necesidades. Uno tenía que ingeniárselas para poder acercarse a los pacientes sin que se sintieran agredidos, construyendo una relación profesional de respeto, haciéndoles saber que podían contar contigo.

Durante mi estancia en el servicio social de la Unidad Integral de Rehabilitación, como lo mencioné anteriormente, pude aprender muchos elementos que me servirían en mi formación

personal y profesional. Al estar cara a cara con el sufrimiento mental, siendo el dolor más agudo que podemos sentir los seres humanos, mis habilidades y capacidades respecto a la empatía, tolerancia y escucha activa se fortalecieron, siempre intenté ponerme en el lugar del paciente, comprendiendo lo difícil que era la situación para él y que por lo mismo ya la estaba pasando bastante mal como para que nosotros como pasantes no tuviéramos la capacidad de manejarlo.

Esta experiencia me hizo mucho más responsable de lo que ya era, debido a que muchas veces fui la encargada de transportarlos a las actividades fuera de su pabellón, y debía asegurarme de que todos estuvieran sanos y salvos mientras estuvieran a mi cargo, su situación hizo que esto no fuera nada fácil, poniéndome a prueba a cada instante, lo que me hizo darme cuenta de lo que soy capaz.

Durante todo el servicio social, el trabajo en equipo era fundamental, no sólo para que las actividades que teníamos programadas para los pacientes pudieran funcionar, sino también por seguridad de ellos y de nosotros mismos, tener una buena comunicación, organización y paciencia entre nosotros no fue fácil, sin embargo, aprendí a expresarme de manera asertiva y a dejar las diferencias personales de lado, es decir, a ser profesional.

En cuanto a la parte académica, simplemente quede encantada y asombrada de cómo se manifiestan los síntomas de los trastornos en las personas, pudiendo variar muchísimo, aunque se trate de la misma enfermedad, ver los efectos secundarios de los medicamentos, los cuales son tan irritantes, haciendo que muchos de los pacientes los dejen y por lo mismo recaigan, me hizo darme cuenta de lo importante que es la psicoeducación y la psicología para evitar que esto suceda, modificando los hábitos de vida. Todo lo que aprendí en mis clases de patología en la facultad, pude verlo de manera práctica, lo que hizo que ese aprendizaje creciera y lo

comprendiera de una manera única. No fue nada sencillo, en ningún momento, muchas veces tuve que tomar decisiones importantes ante situaciones de crisis, aplicando conocimientos previos de relajación, contención, negociación, entre otros, que al ser pasante no sabía realmente si iban a funcionar como yo pensaba, ya que me hace falta muchísima experiencia.

No hay duda de que el éxito del tratamiento de los pacientes depende del trabajo multidisciplinario que se requiere para la atención oportuna y eficaz de la salud mental de los adultos con padecimientos psiquiátricos en México.

Recomendaciones y/o sugerencias

En cuanto a las actividades socio-recreativas, considero que los pasantes de Psicología deberían tener una mejor organización, es decir, llegar temprano para poder bajar a los pacientes lo antes posible y puedan disfrutar las actividades el mayor tiempo. Agilizar el registro de los pacientes en la lista de control, así como todo lo relacionado con los trámites administrativos que abarcan buena parte del tiempo.

En relación con la actividad “proyección de película”, considero que se debería abrir un pequeño espacio al terminar la película para poder discutir acerca de ella, reforzando las enseñanzas que se pretenden transmitir.

Como recomendación para las pláticas psicoeducativas considero que el expositor del tema debe informarse previamente, para que en la plática se desarrolle de mejor manera, provocando la atención sostenida por parte de los pacientes, pues en términos estrictos, resulta complicado lograrlo. Estas exposiciones se pueden apoyar con ejemplos de la vida cotidiana que ayuden a los pacientes a identificar los aprendizajes adquiridos. Respecto a Círculo de lectura, el expositor también debería investigar previamente las lecturas que va a presentar para que pueda hacerlo de manera entretenida, fluida y evitando así la improvisación.

Respecto a la estimulación cognitiva recomiendo que los juegos se cambien cada determinado tiempo, al igual que los dibujos que se les da para iluminar. El uso de los mismos materiales no permite que los pacientes desarrollen sus funciones cognitivas más complejas y limita su creatividad. Implementar nuevas actividades de papiroflexia, pintura y otro tipo de

manualidades les ayudará a fortalecer su motricidad fina, su capacidad de organización, su atención, su tolerancia ante la frustración, entre otras habilidades.

En cuanto al acompañamiento emocional, el cual consistía en escuchar a los pacientes y dar nuestro punto de vista recomendándoles siempre buscar ayuda terapéutica, sugeriría que todos los pasantes de psicología se entrenen previamente para poder brindar un apoyo más completo, cumpliendo con la demanda que los pacientes solicitan. Aunado a que es necesario contar con mejor apoyo de la institución o de la facultad respecto a la contención y apoyo psicológico a los pasantes, ya que se han dado casos de inestabilidad al entrar a este de servicio social, ocasionando que lo abandonen, esto ayudará a que el pasante cuente con la regulación emocional necesaria, lo cual le permite realizar las actividades de manera óptima y guiar al paciente para que pueda lograr los objetivos de la Unidad de Rehabilitación.

Es importante mencionar que el trabajo que realizan los pasantes de psicología con los pacientes ambulatorios en los talleres de inclusión se realiza de manera esporádica, lo que merma la oportunidad de brindar apoyo a los propios pacientes y/o familiares.

Para finalizar, en cuanto al programa, considero que se deben especificar las actividades que cada área realiza, ya que realmente los pasantes no las sabemos hasta que asistimos por primera vez a la institución, aunado a de que dependen del turno en el que te inscribas y de los superiores que tengas. También es importante mencionar que influye de manera significativa, el trato preferencial que las autoridades tienen con algunos pasantes, lo que genera que en el grupo de trabajo diferencias, separación y conflicto.

Es por esto por lo que considero que se podrían realizar mejoras en el programa integrando otras actividades que cubran las necesidades psicológicas de los pacientes, generando un cambio real en sus hábitos de vida, con la finalidad de evitar las constantes recaídas. Mi propuesta, está integrada por sesiones cortas que fomentan la regulación de la ansiedad y el enojo con el objetivo de que los pacientes aprendan a identificar sus emociones, regularlas y buscar la solución conveniente a sus problemas utilizando la comunicación asertiva. Siempre con la finalidad de favorecer el bienestar integral de los pacientes psiquiátricos atendidos.

Propuesta de mejora

La propuesta que se presenta pretende mejorar la calidad de estancia y vida de los pacientes que se encuentran hospitalizados; está basada en el enfoque cognitivo conductual adaptado a pacientes psiquiátricos. Se trata de una propuesta que se sugiere integrar en el cronograma de actividades de la Unidad de Rehabilitación Integral del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, es un programa enfocado en la promoción de la autorregulación emocional, con especial énfasis en el enojo y la ansiedad. La propuesta está sustentada en artículos científicos e investigaciones que señalan que es posible llevarla a cabo durante mes y medio. La duración estipulada es de seis sesiones de una hora y media en donde se trabajarán dos temas principales de manera paralela acorde a los perfiles poblacionales y del espacio físico disponible.

En términos generales, se espera que los pacientes puedan asistir a todas las sesiones del programa para obtener un mejor resultado; sin embargo, los pacientes pueden integrarse en cualquier sesión debido al propio esquema de trabajo donde se buscó de manera preferencial que las temáticas y actividades no sean necesariamente secuenciales sino más bien individualizadas. Asimismo, se espera que al finalizar el programa, se pueda reiniciar de manera inmediata debido a que estaría a cargo del psicólogo adscrito correspondiente, quien será el encargado de capacitar a los pasantes cuya función requiere su participación constante.

Cabe señalar que, como requisito de implementación, será necesario que la población participante sean pacientes hospitalizados que cuenten con la estabilidad necesaria para que el programa sea efectivo, con base en la autorización de su psiquiatra y del psicólogo de piso. Las sesiones están diseñadas para atender 20 pacientes por sesión aproximadamente, con dos pasantes de psicología impartiendo, y de tres a cuatro pasantes como apoyo.

El objetivo general del programa implica aprender sobre las emociones y el manejo adecuado tanto de la ansiedad como del enojo mediante estrategias de regulación emocional sustentadas desde el enfoque cognitivo-conductual señaladas previamente en el marco teórico que sustenta este programa.

Como se mencionó, el programa está dividido en seis sesiones en las que se les enseñará a los pacientes a identificar, comprender, regular y comunicar de manera asertiva sus emociones, mediante una propuesta de trabajo psicoeducativo, de acompañamiento y de solución de problemas asociados.

Se estableció que el programa debería ser corto debido a la población cambiante e intermitente que se atiende en el hospital. Asimismo, se utilizarán técnicas y estrategias que permitan trabajar la regulación de la ansiedad y el enojo desde una modalidad paralela grupal.

Cada sesión estará dividida en las siguientes actividades, las cuales están descritas más detalladamente en las cartas descriptivas que se encuentran más adelante: la bienvenida, en donde los pasantes y pacientes se presentarán, se establecerán las reglas y se brindarán instrucciones respecto a la dinámica de cada sesión. Posteriormente se dará a conocer el tema de cada sesión considerando siempre como ejes transversales a: la ansiedad y el enojo.

La actividad siguiente consiste en implementar dinámicas que permitan recordar y fortalecer los conocimientos adquiridos en la sesión anterior, incorporar a los participantes nuevos (si fuera el caso) y dar paso a la actividad central de la sesión.

Esta actividad central consiste en la enseñanza de diversas técnicas y estrategias de regulación emocional enfocadas en el manejo adecuado de la ansiedad y el enojo. La enseñanza

estará a cargo de los pasantes quienes serán dirigidos por un pasante seleccionado con anterioridad y con el responsable.

Una vez concluido el tiempo para la actividad central, se promoverá la participación plenaria y de debate por parte de los pacientes quienes compartirán los productos esperados, los aprendizajes de la sesión, compartirán pensamientos y emociones hacia otras personas. La principal finalidad es la empatía, el acompañamiento empático y el respeto por el otro.

Por último, los pasantes darán un cierre retomando las ideas principales. A continuación, se presenta una breve reseña de las actividades del programa de regulación emocional adulta, la descripción detallada se encuentra después de este apartado:

1. Sesión 1 (Identificación de emociones básicas): Es la sesión inicial del programa, tiene que ser impartida por pasantes que cuenten con experiencia previa o que la hayan obtenido gracias a una previa capacitación del supervisor del servicio social y se conviertan al mismo tiempo en el ejemplo y modelamiento de los nuevos pasantes. En esta primera sesión, se habla acerca de las emociones básicas y su identificación, como estrategia de apoyo se realizan dos dinámicas (ver carta descriptiva) cuya finalidad es que el paciente sea capaz de identificar, así como distinguir las emociones mediante ejemplos de la vida cotidiana y en las expresiones faciales.
2. Sesión 2 (Identificación el enojo y la ansiedad de forma física, comportamental y sus consecuencias asociadas): En esta sesión se busca que los pacientes reciban información acerca del enojo y la ansiedad para que puedan diferenciar la sintomatología física y de comportamiento junto con las consecuencias que

pueden tener ante la baja regulación de las emociones. Las dinámicas (ver carta descriptiva) consisten en que clasifiquen los síntomas físicos y los comportamientos asociados a la ansiedad y el enojo, además de realizar un dibujo donde expliquen cómo expresan estas emociones y qué es lo que se las detona.

3. Sesión 3 (Aprender el Modelo ABC): En esta sesión se les explicará a los pacientes sobre el Modelo ABC, para que aprendan a utilizarlo, comprendan mejor sus emociones y logren resolver sus problemas de manera asertiva. La dinámica de esta sesión consiste en que los pacientes identifiquen mediante ejemplos de la vida cotidiana, los pasos a seguir del modelo enseñado (descrito en la carta descriptiva) y posteriormente, lo transfieran a situaciones personales.
4. Sesión 4 (Aprender a regularse emocionalmente): En esta sesión se les enseñará a los pacientes sobre la regulación emocional, sus estrategias y técnicas como el mindfulness, la respiración y la relajación, con la finalidad de que puedan tener las bases para empezar a regular su ansiedad y enojo. La dinámica es una adaptación del Modelo de Gross (Barret y Gross, 2001): que consiste en que puedan aprender acerca de sus emociones, permitiéndose percibir las y evaluarlas, distanciarse si es lo más benéfico para la situación, distrayéndose con alguna actividad que le genere tranquilidad para que posteriormente cuando vuelva a estabilizarse y reformule acerca de lo sucedido y su posible solución.
5. Sesión 5 (Aprender a comunicarse asertivamente): Durante esta sesión se les explicará a los pacientes acerca de la comunicación asertiva, centrándose en las habilidades sociales. La dinámica consiste en una representación utilizando títeres donde los pacientes tienen que resolver un problema basándose en historias

breves, usando los conocimientos adquiridos en esta sesión y en la anteriores, una vez hecho el ejercicio se buscará que lo puedan trasladar a su vida personal.

6. Sesión 6 (Aprender el modelo de solución de problemas): Siendo la última sesión del programa, se escogió el tema de solución de problemas porque al parecer ya cuentan con las bases previas para analizar situaciones y encontrar alternativas remediales. Posterior a la explicación del tema, las dinámicas (ver carta descriptiva) reforzarán lo aprendido mediante dos ejercicios: el primero consta de la aplicación del modelo mediante ejemplos de la vida cotidiana y el segundo, es una lluvia de ideas que los pacientes construirán a partir de problemas frecuentes que serán analizados y se resuelvan utilizando la comunicación.

Este programa está pensado para una población de 20 pacientes por sesión, impartida y supervisada por 5 pasantes de psicología. Todo el programa está basado en las capacidades y necesidades de los pacientes psiquiátricos, por lo que se hicieron las adaptaciones correspondientes tanto en la parte de psicoeducación como en las dinámicas que están pensadas a partir de ejemplos de la vida cotidiana que no sean identificados como personales, para evitar que los desbordamientos intervinieran en los objetivos de la sesión, de ser así los pasantes tendrían que contar con la capacitación previa dada por su supervisor, para contenerlos y superarlos, y al mismo tiempo que poco a poco los lleve a expresar su cotidianidad. A continuación, se presentan las cartas descriptivas de cada sesión (Tabla 3):

Tabla 3

Cartas descriptivas de las sesiones del programa de regulación de enojo y ansiedad en pacientes psiquiátricos.

Sesión 1				
Objetivo: Identificar emociones básicas				
Temas	Tiempo	Procedimiento/Actividad	Material	Coordinadores
<p>Actividad 1</p> <ul style="list-style-type: none"> El grupo conoce a los pasantes de psicología, quiénes serán los encargados de la sesión. Establecer reglas e instrucciones. Dar una breve introducción de lo que trata el programa y de lo que se hablará en la sesión. 	5 minutos	<p>Presentación de los pasantes: Los pasantes líderes se presentan y presentan a su equipo de trabajo, le dan la bienvenida al grupo, agradecen la asistencia de los presentes, y establecen las reglas e instrucciones a seguir durante la sesión. Además, darán una breve introducción sobre el programa y sobre el tema de la sesión.</p>	Ninguno	Pasantes de psicología
<p>Actividad 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Explicar que son las emociones básicas. Explicar sobre la inteligencia emocional 	30 minutos	<p>Psicoeducación: Los pasantes líderes explicaran a grandes rasgos el tema de las emociones; ¿qué son?, ¿Cuáles son las emociones básicas?, ¿Para qué sirven?, ¿Cómo se ven? Y ¿Cómo podemos aprender a controlarlas?</p>	Computadora, proyector, presentación en PowerPoint, Paletas con emoticones/caras con las 6 emociones básicas.	
<p>Actividad 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover un clima de confianza entre los participantes y el coordinador de las sesiones, que facilite la interacción, 	15 minutos	<p>Dinámicas para identificar emociones: Los pasantes entregaran a los pacientes una hoja impresa con frases cortas incompletas para que los pacientes las completen con la emoción correcta.</p>	Hojas (ver anexos), lápices, plumas.	

integración y participación activa de todas las personas que forman parte de la sesión.		Dinámicas para comprender las emociones: Los pasantes le entregaran una hoja con las 6 emociones básicas expresadas con un emoticón, con la finalidad de que los pacientes escriban que les causa cada emoción.	
Actividad 4 <ul style="list-style-type: none"> Preparar a los pacientes para compartir lo aprendido. 	20 minutos	Discusión: Los pasantes líderes invitan a los pacientes a compartir lo aprendido durante la sesión y las dinámicas realizadas.	Lo utilizado en las dinámicas anteriores.
Actividad 5 <ul style="list-style-type: none"> Dar un breve resumen de las actividades realizadas en la sesión. 	20 Minutos	Cierre: A partir de un resumen, los pasantes líderes hablarán con los pacientes acerca de la importancia del reconocimiento y comprensión de emociones para su bienestar. Se les dará las gracias por su participación y se les invitará a asistir a las sesiones siguientes del programa.	Ninguno

Sesión 2

Objetivo: Identificar el enojo y la ansiedad de forma física y comportamental y sus consecuencias.

Temas	Tiempo	Procedimiento/Actividad	Material	Coordinadores
<p>Actividad 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El grupo conoce a los pasantes de psicología, quiénes serán los encargados de la sesión. ● Establecer reglas e instrucciones. 	5 minutos	<p>Presentación de los pasantes: Los pasantes líderes se presentan y presentan a su equipo de trabajo, le dan la bienvenida al grupo, agradecen la asistencia de los presentes, y establecen las reglas e instrucciones a seguir durante la sesión.</p>	Ninguno	Pasantes de psicología
<p>Actividad 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hacer un breve resumen sobre los temas y objetivos de la sesión anterior. ● Dividir al grupo en dos subgrupos (ansiedad y 	5 minutos	<p>Repaso: Se les pedirá a los pacientes que retomen los aprendizajes obtenidos en la sesión pasada, ayudados por los pasantes líderes.</p> <p>Posteriormente, dividirán al grupo en dos subgrupos según la emoción con la que se sientan más identificados (ansiedad o enojo).</p>	Ninguno	

enojo)			
Actividad 3 <ul style="list-style-type: none"> Explicar el enojo y la ansiedad con sus respectivas consecuencias. 	30 minutos	Psicoeducación: Los pasantes líderes darán una explicación sobre el enojo y la ansiedad de manera general. En dónde describan; ¿Qué son?, ¿Para qué sirven?, ¿Cómo se ven?, ¿Cómo se sienten físicamente? ¿Qué consecuencias tienen?	Computadora, proyector, presentación PowerPoint.
Actividad 4 <ul style="list-style-type: none"> Promover un clima de confianza entre los participantes y el coordinador de las sesiones, que facilite la interacción, integración y participación activa de todas las personas que forman parte de la sesión. 	20 minutos	Dinámica ¿Es enojo o ansiedad?: Los pasantes líderes repartirán en los subgrupos unas hojas con una tabla en dónde los pacientes tienen que acomodar los síntomas físicos y los comportamientos en la columna correcta, según la emoción del subgrupo. Dinámica “Mi monstruo”: Los pasantes líderes repartirán hojas en blanco donde los pacientes tienen que dibujar un monstruo que represente su ansiedad o enojo (según el subgrupo en el que estén), posteriormente explicarán su dibujo al	Hojas (ver anexos), crayolas, lápices, plumas.

		grupo.		
Actividad 5 <ul style="list-style-type: none"> Preparar a los pacientes para compartir lo aprendido. 	20 minutos	Discusión: Los pasantes líderes invitan a los pacientes a compartir lo aprendido durante la sesión y las dinámicas realizadas.	Lo utilizado en las dinámicas anteriores.	
Actividad 6 <ul style="list-style-type: none"> Dar un breve resumen de las actividades realizadas en la sesión. 	10 minutos	Cierre: A partir de un resumen, los pasantes líderes hablarán con los pacientes acerca de la importancia de la identificación del enojo y la ansiedad, así como sus consecuencias, y como un buen manejo de estas, contribuye para su bienestar. Se les dará las gracias por su participación y se les invitará a asistir a las sesiones siguientes del programa.	Ninguno	

Sesión 3

Objetivo: Aprender el Modelo ABC

Temas	Tiempo	Procedimiento/Actividad	Material	Coordinadores
<p>Actividad 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • El grupo conoce a los pasantes de psicología, quiénes serán los encargados de la sesión. • Establecer reglas e instrucciones 	5 minutos	<p>Presentación de los pasantes: Los pasantes líderes se presentan y presentan a su equipo de trabajo, le dan la bienvenida al grupo, agradecen la asistencia de los presentes, y establecen las reglas e instrucciones a seguir durante la sesión.</p>	Ninguno	Pasantes de psicología.
<p>Actividad 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer un breve resumen sobre los temas y objetivos de la sesión anterior. • Dividir al grupo en dos subgrupos (ansiedad y enojo) 	5 minutos	<p>Repaso: Se les pedirá a los pacientes que retomen los aprendizajes obtenidos en la sesión pasada, ayudados por los pasantes líderes.</p> <p>Posteriormente, dividirán al grupo en dos subgrupos según la emoción con la que se sientan más identificados (ansiedad o enojo).</p>	Ninguno	
<p>Actividad 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el modelo ABC 	30 minutos	<p>Psicoeducación: Los pasantes líderes explicarán el modelo ABC; hecho activador, pensamientos y creencias erróneas, consecuencias emocionales.</p>	Computadora, proyector, presentación PowerPoint.	

		Con la finalidad de que en la actividad puedan identificarlo.		
Actividad 4 <ul style="list-style-type: none"> Promover un clima de confianza entre los participantes y el coordinador de las sesiones, que facilite la interacción, integración y participación de todas las personas que forman parte de la sesión. 	15 minutos	Dinámica ABC: Los pasantes líderes repartirán hojas con ejercicios sobre ejemplos de la vida real en donde los pacientes tienen que identificar lo aprendido en la actividad anterior, ya sea enfocado al enojo o a la ansiedad según el subgrupo en el que estén.	Hojas (ver anexos), lápices, plumas.	
Actividad 5 <ul style="list-style-type: none"> Preparar a los pacientes para compartir lo aprendido. 	20 minutos	Discusión: Los pasantes líderes invitan a los pacientes a compartir lo aprendido durante la sesión y las dinámicas realizadas.	Lo utilizado en las dinámicas anteriores.	
Actividad 6 <ul style="list-style-type: none"> Dar un breve resumen de las actividades realizadas en la sesión. 	15 minutos	Cierre: A partir de un resumen, los pasantes líderes hablarán con los pacientes acerca de la importancia de aprender el Modelo ABC. Se les dará las gracias por su participación y se les invitará a asistir a las sesiones siguientes del programa.	Ninguno	

Sesión 4

Objetivo: Aprender a regularse emocionalmente

Temas	Tiempo	Procedimiento/Actividad	Material	Coordinadores
<p>Actividad 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El grupo conoce a los pasantes de psicología, quiénes serán los encargados de la sesión. ● Establecer reglas e instrucciones 	5 minutos	<p>Presentación de los pasantes: Los pasantes líderes se presentan y presentan a su equipo de trabajo, le dan la bienvenida al grupo, agradecen la asistencia de los presentes, y establecen las reglas e instrucciones a seguir durante la sesión.</p>	Ninguno	Pasantes de psicología
<p>Actividad 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hacer un breve resumen sobre los temas y objetivos de la sesión anterior. ● Dividir al grupo en dos subgrupos (ansiedad y enojo) 	5 minutos	<p>Repaso: Se les pedirá a los pacientes que retomen los aprendizajes obtenidos en la sesión pasada, ayudados por los pasantes líderes.</p> <p>Posteriormente, dividirán al grupo en dos subgrupos según la emoción con la que se sientan más identificados (ansiedad o enojo).</p>	Ninguno	

<p>Actividad 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Explicar la regulación emocional 	<p>30 minutos</p>	<p>Psicoeducación: Los pasantes líderes hablarán sobre la inteligencia emocional, la coherencia entre pensamiento-emoción-acción y les enseñarán estrategias y técnicas de autocontrol, de mindfulness, respiración y relajación.</p>	<p>Computadora, proyector, presentación PowerPoint.</p>	
<p>Actividad 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promover un clima de confianza entre los participantes y el coordinador de las sesiones, que facilite la interacción, integración y participación activa de todas las personas que forman parte de la sesión. 	<p>15 minutos</p>	<p>Dinámica: ¡Hakuna Matata!: Basada en el Modelo de Gross (Barret y Gross, 2001)</p> <p>Aprender: mi estado físico y comportamental</p> <p>Permitir: percibir la emoción y evaluar la posibilidad de enfrentarla</p> <p>Distanciarse</p> <p>Implica estrategias de respiración diafragmática, distraerse con otra actividad</p> <p>Reformular</p> <p>Si puedo enfrentar la situación al instante o posteriormente.</p> <p>Los pasantes líderes serán los encargados de llevar a los</p>	<p>Hojas (ver anexos), lápices, plumas.</p>	

		pacientes de ambos subgrupos, les enseñarán cómo combinar la respiración con la relajación profunda para que la apliquen cuando sea necesario.		
Actividad 5 <ul style="list-style-type: none"> Preparar a los pacientes para compartir lo aprendido. 	20 minutos	Discusión: Los pasantes líderes invitan a los pacientes a compartir lo que aprendieron y cómo se sintieron durante la sesión y las dinámicas realizadas.	Lo utilizado en las dinámicas anteriores.	
Actividad 6 <ul style="list-style-type: none"> Dar un breve resumen de las actividades realizadas en la sesión. 	15 minutos	Cierre: A partir de un resumen, los pasantes líderes hablarán con los pacientes acerca de la importancia de tener una buena regulación emocional, apoyándose en las técnicas y estrategias enseñadas. Se les dará las gracias por su participación y se les invitará a asistir a las sesiones siguientes del programa.	Ninguno	

Sesión 5

Objetivo: Aprender a comunicarse asertivamente

Temas	Tiempo	Procedimiento/Actividad	Material	Coordinadores
<p>Actividad 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • El grupo conoce a los pasantes de psicología, quiénes serán los encargados de la sesión. • Establecer reglas e instrucciones 	5 minutos	<p>Presentación de los pasantes:</p> <p>Los pasantes líderes se presentan y presentan a su equipo de trabajo, le dan la bienvenida al grupo, agradecen la asistencia de los presentes, y establecen las reglas e instrucciones a seguir durante la sesión.</p>	Ninguno	Pasantes de psicología
<p>Actividad 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer un breve resumen sobre los temas y objetivos de la sesión anterior. • Dividir al grupo en dos subgrupos (ansiedad y enojo) 	5 minutos	<p>Repaso: Se les pedirá a los pacientes que retomen los aprendizajes obtenidos en la sesión pasada, ayudados por los pasantes líderes.</p> <p>Posteriormente, dividirán al grupo en dos subgrupos según la emoción con la que se sientan más identificados (ansiedad o enojo).</p>	Ninguno	
<p>Actividad 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar la comunicación asertiva. 	30 minutos	<p>Psicoeducación: Los pasantes líderes explicarán a los pacientes lo que es la comunicación asertiva a grandes rasgos, rescatando temas como las habilidades sociales. Además, se hablará de la manera óptima para poder</p>	Computadora, proyector, presentación PowerPoint.	

		expresar las emociones.	
<p>Actividad 4</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover un clima de confianza entre los participantes y el coordinador de las sesiones, que facilite la interacción, integración y participación activa de todas las personas que forman parte de la sesión. 	15 minutos	<p>Dinámica “Déjame explicarme”: Los pasantes líderes repartirán a los subgrupos títeres para que entre todos hagan una representación en dónde creen una situación del enojo o ansiedad (según sea el caso) y cómo lo expresarían a las demás personas de forma asertiva.</p>	<p>Hojas (ver anexos), plumas, lápices, títeres de caletín.</p>
<p>Actividad 5</p> <ul style="list-style-type: none"> Preparar a los pacientes para compartir lo aprendido. 	20 minutos	<p>Discusión: Los pasantes líderes invitan a los pacientes a compartir lo que aprendieron y cómo se sintieron durante la sesión y las dinámicas realizadas.</p>	Ninguno
<p>Actividad 6</p> <ul style="list-style-type: none"> Dar un breve resumen de las actividades realizadas en la sesión. 	15 minutos	<p>Cierre: A partir de un resumen, los pasantes líderes hablarán con los pacientes acerca de la importancia de poder comunicarse de forma asertiva.</p> <p>Se les dará las gracias por su participación y se les invitará a asistir a las sesiones siguientes del programa.</p>	Ninguno

Sesión 6

Objetivo: Aprender el modelo de solución de problemas.

Temas	Tiempo	Procedimiento/Actividad	Material	Coordinadores
<p>Actividad 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • El grupo conoce a los pasantes de psicología, quiénes serán los encargados de la sesión. • Establecer reglas e instrucciones 	5 minutos	<p>Presentación de los pasantes: Los pasantes líderes se presentan y presentan a su equipo de trabajo, le dan la bienvenida al grupo, agradecen la asistencia de los presentes, y establecen las reglas e instrucciones a seguir durante la sesión.</p>	Ninguno	Pasantes de psicología
<p>Actividad 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer un breve resumen sobre los temas y objetivos de la sesión anterior. • Dividir al grupo en dos subgrupos (ansiedad y enojo) 	5 minutos	<p>Repaso: Se les pedirá a los pacientes que retomen los aprendizajes obtenidos en la sesión pasada, ayudados por los pasantes líderes.</p> <p>Posteriormente, dividirán al grupo en dos subgrupos según la emoción con la que se sientan más identificados (ansiedad o enojo).</p>	Ninguno	
<p>Actividad 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el modelo de solución de problemas. 	30 minutos	<p>Psicoeducación: Los pasantes líderes explicarán a grandes rasgos el modelo de solución de problemas, enseñándoles a identificar el problema, y a desarrollar las</p>	Computadora, proyector, presentación PowerPoint.	

		soluciones alternativas.		
<p>Actividad 4</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover un clima de confianza entre los participantes y el coordinador de las sesiones, que facilite la interacción, integración y participación activa de todas las personas que forman parte de la sesión. 	15 minutos	<p>Dinámica: Los pasantes líderes repartirán a los subgrupos ejemplos cotidianos relacionados con ansiedad o enojo, con la finalidad de que los pacientes apliquen el modelo de solución de problemas.</p> <p>Lluvia de Ideas: Los pasantes les preguntarán a los pacientes sobre problemas cotidianos que les gustaría analizar, los más repetidos, se expondrán y se resolverán mediante el modelo de solución de problemas.</p>	Hojas (ver anexos), plumas, lápices.	
<p>Actividad 5</p> <ul style="list-style-type: none"> Preparar a los pacientes para compartir lo aprendido. 	20 minutos	<p>Discusión: Los pasantes líderes invitan a los pacientes a compartir lo que aprendieron y cómo se sintieron durante la sesión y las dinámicas realizadas.</p>		
<p>Actividad 6</p> <ul style="list-style-type: none"> Dar un breve resumen de las actividades realizadas en la sesión. 	15 minutos	<p>Cierre: A partir de un resumen, los pasantes líderes hablarán con los pacientes acerca de la importancia saber utilizar el modelo de solución de problemas, además se hablará a grandes rasgos de</p>	Ninguno	

		<p>todo lo que aprendieron durante el programa.</p> <p>Se les dará las gracias por su participación y se les invitará a seguir asistiendo a todas las actividades del área de rehabilitación integral.</p>		
--	--	--	--	--

La finalidad de mi propuesta es poder enseñarles a los pacientes las estrategias necesarias para lidiar con las emociones tan extremas con las que viven, las cuales no solo son parte de su sintomatología, sino que también son producto de la combinación con sus historias de vida y sus personalidades. La falta de autocontrol en estas dos emociones en específico les genera muchas dificultades en la convivencia con las personas en general, dejando que muchas veces sus creencias irracionales los dominen, y afecten aún más sus juicios de realidad, causando mayor sufrimiento. Mi contribución con esta propuesta es intentar quitarles ese problema de encima para que se enfoquen en aquellos que pueden ser más importantes.

Conclusiones

Este informe está basado en mi experiencia personal en el Servicio Social de la Unidad de Rehabilitación Integral del Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. En una primera parte se describen las actividades que se realizan en este lugar con los pacientes hospitalizados cuya duración fue de 480 horas. Elegí este Servicio Social porque consideré que era el más atractivo para el área que sigo estudiando, es decir, el área clínica, además de que quería probarme a mí misma y descubrir si era realmente lo que me apasiona y no me equivoqué. Sin embargo, durante mi estancia en el hospital, pude notar que el sistema bajo el cual operan necesita varias modificaciones para poder brindar a los pacientes un mejor servicio y una verdadera rehabilitación bio-psico-social, es por eso por lo que decidí proponer un programa de regulación de enojo y ansiedad basado en la teoría de artículos científicos y libros mencionados en el marco teórico, así como en mi experiencia. La selección de estas emociones se sustenta a partir de mi observación naturalista en la que percibí que son las emociones que se presentan con frecuencia en los pacientes y no se les enseña a identificarlas, comprenderlas y manejarlas.

Se busca que el programa propuesto sea incorporado en las actividades que la Unidad de Rehabilitación Integral coordina, para enseñarle a los pacientes acerca de la regulación emocional mediante estrategias y técnicas sencillas que les permitan lograrlo.

El programa que propongo es de corta duración debido a las necesidades del propio psiquiátrico pues no es factible que dure mucho tiempo pues la población está en constante rotación aunado a que no todos los pacientes tienen el interés o la capacidad para seguir un programa extenso. Adicionalmente, se optó por sesiones independientes para que puedan incorporarse pacientes en el momento que se desee, sin que esto afecte al grupo o al paciente en

sí. Las sesiones tienen diferentes objetivos a los que se pretende que mediante la psicoeducación y de la aplicación de conocimientos propios, los pacientes aprendan a identificar su enojo y ansiedad aunado a que utilicen las estrategia o técnicas que mejor les funcione para poder modular estas emociones, beneficiando así su bienestar integral.

Este proyecto además de ayudar en la rehabilitación de los pacientes también va a funcionar como un programa de enseñanza para los pasantes inscritos en este servicio social, buscando que aprendan a impartir talleres de regulación emocional, dándoles una herramienta más para que puedan defenderse en el mundo laboral.

Se pretende que se tome en cuenta este informe en futuras investigaciones como opción bibliográfica o práctica, para poder mejorar la atención en salud mental de los pacientes psiquiátricos en México, ya que, si bien se ha tenido un avance significativo a lo largo de la historia, aún necesita ajustes importantes para poder brindar un mejor servicio.

Referencias

- Álvarez Cuevas, S.M., Escoffié, E.M., Rosado y Rosado, M., & Sosa Correa, M. (2016). *Terapia en contexto; una aproximación de ejercicio terapéutico*. Mérida, Yucatán: Manual Moderno, S.A. de C. V.
- American Psychological Association (2019). *Entendiendo la psicoterapia*. Recuperado de: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia.aspx>
- Ante-Chaves, C., Choperena-Ramírez J., Cordona-Agudelo C., & Salazar Villegas, A. (2016). *Rol del fisioterapeuta en un equipo multidisciplinar de salud mental*. Universidad CES. Recuperado de http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/bitstream/10946/2201/2/Rol_Fisioterapeuta.pdf
- Barlow, D.H. (1998). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (1st ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barret, L.F., & Gross, J.J. (2001). Emotional Intelligence. A process model of emotion representation and regulation. En T. J. Mayne & G.A. Bonano (Eds.). *Emotions. Current issues and future directions*. New York: The Guilford Press
- Beck, A.T. (1971). *Cognition, affect, and psychopathology*, *Archives of General Psychiatry*, 24, 1971, 495-500.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive-therapy: a 40-year retrospective. *Archives of general psychiatry*, 62, 953-959.

- Beck, A.T., & Emery, G. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias, una perspectiva cognitiva*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Beck, A.T., Emery G., & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: a cognitive perspective*. NY: Basic Books.
- Beck, A.T., & Fernandez, E. (1998). Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: A metaanalysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63-74.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Bernard H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J.C., Leszcz, M., ... Ferman, D. (2008). Clinical practice guide lines for group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58 (4), 455-542.
- Bishop, S., Duncan, J., Brett, M., & Lawrence, A.D. (2004). Prefrontal cortical function and anxiety; Controlling attention to threat-related stimuli. *Nature Neuroscience*, 7, 184-188.
- Clark, D.A., & Beck, A.T. (2016). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. España: Desclée de Brouwer.
- Chóliz Montañés, M. (1999). *Técnicas para el control de la activación: relajación y respiración*. Facultad de psicología; Universidad de Valencia.
- Deffenbacher, J.L. (1996). Cognitive behavioral approaches to anger reduction. Dobson, K.S., and Craig, K.D. (Eds.), *Advances in Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 31-62). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Deffenbacher, J.L. (August,1999). *Anger reduction interventions as empirically supported intervention programs*. Paper presented at the 107th Annual Convention of the American Psychological Association, Boston.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle and Stuart (trad. Cast., Declée de Brouwer).

- Ellis, A. (1979). Rational-emotive therapy. En: Corsini, R. (Ed.) *Current psychotherapies*. Itasca, II: Peacock Publishers.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1975). *A New Guide to Rational Living*. N. Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Farmer, R.F., & Chapman, A.L. (2008). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: practical guidance for putting theory into action*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Ferro Garrido, A. (2015). *Fisioterapia en Salud Mental*. Universidad de la Coruña. España.
- García-Grau, E., Fusté Escolano, A. y Bados López A. (2008). *Manual de entrenamiento en respiración*. Universidad de Barcelona.
- Germer, C., Siegel, R.,& Fulton, P. (2017). *Mindfulness y psicoterapia*. Desclée de Brouwer, S.A.
- Gross, J. (2014) Handbook of emotion regulation. 2ª edición. Estados Unidos: The Guilford Press.
- HM Hospitales (2018), *Hospitalización psiquiátrica*. Recuperado de: <https://www.hmhospitales.com/servicios-al-paciente/servicios-medicos/psiquiatria-psicologia-clinica/servicios-psicologicos-psiquiatricos/hospitalizacion-psiquiatica>
- Hill, C. L., & Updegraff, J.A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12, 81-90.
- Labrador Encinas, F.J. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Edición Pirámide.
- Lobo Satúe, A. (2013). *Manual de Psiquiatría General*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5; guía para el diagnóstico clínico*. 1ª Edición, México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Meichenbaum, D. (1997). *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.

- Moruno Miralles, P., & Talavera Valverde, M.A. (2012). *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. Elsevier Masson. Barcelona, España.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud Ginebra (1993). *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Editorial Síntesis, S.A. Madrid, España.
- Raheb, C. (2007). Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques. Sistema de clasificación: DSM-IV, ICD-10. *Master en paidopsiquiatría*. Universidad de Barcelona. Recuperado de: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/sistemas_clasificacion_dsm-iv_cie-10.pdf
- Reilly, P.M., & Shopshire, M.S. (2007). *Programa para el manejo del enojo en clientes con problemas de abuso de sustancias y trastornos de salud mental: un manual de psicoterapia cognitivo-conductual*. Recuperado de: <https://store.samhsa.gov/system/files/sma07-4188.pdf>
- Richard, D.C., & Lauterbach, D. (2007). *Handbook of exposure therapies*. Boston: Elsevier/Academic Press.
- Rodríguez, A. (1997). A modo de epílogo. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Madrid: Pirámide
- Roemer, L., Orsillo, S., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and Clinical Psychology, 76*, 1083-1089.

Ruiz, M.A., Díaz, M.I., & Villabolas, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.

Sánchez Escobedo, P. (2008). *Psicología clínica*. México: El Manual Moderno.

Sánchez, O., Polonio, B., & Pellegrini, M. (2013). *Terapia Ocupacional en Salud Mental; teoría y técnicas para la autonomía personal*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP) (2017). *Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. Recuperado de: <http://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programa/hospital-psiquiatrico-fray-bernardino-alvarez>.

Villegas Herrera, I. (2015). Importancia de la ejecución de actividades físicas y recreativas en personas internadas en Hospitales Psiquiátricos. *Revista Cúpula*, 29 (1), 64-72.

Anexos

Sesión 1

Actividad 1.

Instrucciones: Completa las siguientes frases con la emoción que consideres correcta.

Alegría **Enojo** **Sorpresa** **Miedo** **Asco** **Tristeza**

1. Cuando hago actividades al aire libre, siento _____.
2. Cuando discuto con algún miembro de mi familia, siento _____.
3. Cuando no me gusta la comida que me sirvieron, siento _____.
4. Cuando estoy en una situación de peligro, siento _____.
5. Cuando me regalan algo que no esperaba, siento _____.
6. Cuando las cosas no salen como esperaba, siento _____.
7. Cuando mi familiar viene a visitarme, siento _____.
8. Cuando no me dejan hacer lo que yo quiera, siento _____.
9. Cuando tengo que tomar medicina, siento _____.
10. Cuando hago actividades fuera de mi piso, siento _____.
11. Cuando no me dejan hablar por teléfono, siento _____.
12. Cuando ponen la música que me gusta en alguna actividad, siento _____.
13. Cuando hago amistades nuevas, siento _____.
14. Cuando alguien no me cae bien, siento _____.
15. Cuando alguien me comparte, siento _____.
16. Cuando alguien me molesta, siento _____.
17. Cuando los doctores me escuchan, siento _____.

18. Cuando alguien huele mal, siento _____.

19. Cuando estoy en el hospital, siento _____.

20. Cuando mejora mi salud, siento _____.

Actividad 2.

Instrucciones: Escribe la emoción correcta a lado de cada cara, y describe brevemente qué te hace sentir así.













Sesión 2

Instrucciones: Clasifica en el cuadro correspondiente.

Ansiedad	
Síntomas físicos	Comportamientos

Enojo	
Síntomas físicos	Comportamientos

Sesión 3

Instrucciones: Describe el Modelo ABC usando el ejemplo.

Ansiedad

Jesús es un joven con poco dinero que le encanta el fútbol, lo ha practicado durante toda su vida y no deja que nada lo detenga, sin embargo, pronto entrará a la universidad, y necesita una beca deportiva para poder continuar sus estudios. Se entera que el próximo fin de semana vendrán visores de universidades internacionales que otorgan becas a los jugadores con mayor talento. Jesús está muy nervioso porque hace poco tuvo una lesión que lo dejó fuera de las canchas por un largo tiempo, por lo que considera que sus habilidades deportivas no se encuentran en el mejor momento, sin embargo, es su única oportunidad para conseguir lo que quiere. Durante toda la semana Jesús entrenó todo lo que pudo para prepararse, pero la preocupación no lo dejó descansar lo suficiente, cada noche se la pasaba pensando en que iba a fallar en las pruebas, quedándose sin universidad. El día de las pruebas llegó y Jesús estaba muy cansado y nervioso, hizo su mejor esfuerzo, pero, las cosas no le salieron bien, no logró quedarse con una beca ese año, pero eso no lo desalentó, lo volverá a intentar el año siguiente.

A (acontecimiento activador):

B (pensamientos y creencias):

C (consecuencias emocionales):

Enojo

Laura está estudiando la preparatoria, todos los días se encuentra con Paco, quien estudia en el mismo salón que ella desde cuarto grado. Laura ha estado enamorada de Paco, desde que lo conoció, anhela el momento en que puedan ser algo más que amigos. Paco es el chico más guapo y popular de la prepa, y Laura se siente insegura porque muchas niñas quieren ser su novia, sin embargo, un buen día Paco le declara su amor. Todo iba muy bien hasta que Laura empieza a celarlo, se enoja muchísimo de que Paco tenga otras amigas, porque cree que todas le tiran la onda y teme que engañe. Paco ha demostrado con hechos que Laura está equivocada, sin embargo, cada que Laura ve que Paco habla o está con una mujer, se enoja muchísimo y empiezan las discusiones, esto se vuelve cada vez más desgastante para la relación, hasta que se rompe.

A (acontecimiento activador):

B (pensamientos y creencias):

C (consecuencias emocionales):

Sesión 4

Instrucciones: Describe el Modelo de Gross usando el ejemplo.

Ansiedad

Ana vive en un pueblo muy pequeño al sur de México, en donde no hay muchas oportunidades para desarrollarse académicamente, por lo que para estudiar la universidad tiene que mudarse a la capital. Está muy nerviosa y preocupada porque nunca ha vivido una experiencia de ese tipo y es muy apegada a su familia, además sus padres tienen otros planes para ella. Ellos quieren que después de terminar la preparatoria, Ana busque esposo y tenga una familia, ella no está de acuerdo y cada vez que lo expresa termina en una fuerte pelea en donde no se llega a nada. Ana no sabe cómo decirles a sus papás que se ganó una beca para la universidad fuera del pueblo, hace días que esto le da vueltas en la cabeza y no la deja dormir de lo angustiada que está, tiene mucho miedo de cómo van a reaccionar sus papás. ¿Qué crees que debería hacer?

Aprender:

Permitir:

Distanciarse:

Reformular:

Enojo

Pedro trabaja en una agencia de autos muy reconocida a nivel mundial, tiene un puesto importante, y trabaja mano a mano con el dueño de la empresa. Pero Pedro tiene un problema, el hijo del dueño, llamado Mario, casi nunca hace lo que le corresponde, y siempre le dice a Pedro que lo cubra, lo que quiere decir es que Pedro tiene que hacer el trabajo de Mario sin remuneración alguna, lo que lo tiene bastante enfadado porque diario sale tardísimo de la oficina y no puede disfrutar de su vida privada y su salud, aunque ha intentado hablar con Mario del asunto, éste no le hace caso y sigue poniéndolo en la misma situación. ¿Qué debería de hacer Pedro?

Aprender:

Permitir:

Distanciarse:

Reformular:

Actividad 2

Ejercicio de respiración y relajación profunda:

-Manual de entrenamiento en respiración. Recuperado de:https://www.ttmib.org/documentos/ENTRENAMIENTO_EN_RESPIRACION.pdf

-Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Recuperado de: <https://www.uv.es/=cholz/RelajacionRespiracion.pdf>

Sesión 5

Para la realización de los títeres se recomiendan materiales caseros que no sean peligrosos para los pacientes.

Instrucciones: Con ayuda de los títeres representa la situación y solución del problema del ejemplo mediante la comunicación asertiva.

Ansiedad

Ximena y Lola son amigas desde hace mucho tiempo, por lo que decidieron hacerse un tatuaje juntas, pero Ximena no les pidió permiso a sus papás y ahora no sabe cómo informarles, porque sabe que no estarán de acuerdo y que las consecuencias serán negativas.

Enojo

Elizabeth fue a recoger a su hermana de la escuela un martes por la tarde, el tráfico de la ciudad estaba insoportable y ella necesitaba llegar rápido a su casa, por lo que al querer cambiarse de carril un autobús por no dejarla pasar, le chocó la puerta trasera. Ella se paró y le pidió al conductor del autobús que hiciera lo mismo, pero este se negó y se dio a la fuga, Elizabeth enfurecida intentó alcanzarlo, pero sólo logró anotar las placas.

Sesión 6

Instrucciones: Describe el Modelo de Solución de Problemas utilizando el ejemplo.

Ansiedad

Rodolfo y Mariano son amigos desde la infancia, hace poco Mariano salió con Lisa, y aunque no tuvieron nada serio, es una de sus más recientes relaciones. Por azares del destino, esa relación nunca se culminó, pero como Lisa y Mariano tienen muchos amigos en común, un día en una fiesta, Mariano llegó con sus amigos, entre ellos Rodolfo, y pasó lo inesperado, Rodolfo y Lisa empezaron a entenderse a espaldas de Mariano, comenzaron a salir, y las cosas avanzaron. Rodolfo está muy nervioso porque no sabe cómo decírselo a Mariano, teme perder su amistad.

Enojo

Susana, Samantha, José y Jorge, son compañeros de clase que se unieron para formar un equipo. El profesor les dejó un trabajo muy importante que evaluará la mitad de la calificación del curso, es un trabajo extenso y complejo por lo que les dio bastante tiempo para prepararlo. Susana, Samantha y José se reúnen cada sábado para adelantar el trabajo, pero Jorge nunca puede asistir y siempre dice que se pondrá al corriente y mandará su parte después, los días pasan y la fecha de entrega se acerca, Samantha, José y Susana están muy enojados con Jorge porque no les ha ayudado en nada, de hecho, quieren sacarlo del grupo, pero tienen un pequeño problema, Jorge es de los alumnos favoritos del profesor.