



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**ACTIVIDADES DE PSICOLOGÍA EN EL PROCESO DE
REHABILITACIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

ROSA CINTHYA PALACIOS SEGURA

DIRECTORA: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

REVISORA: LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA

SINODALES: MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA

MTRA. GUADALUPE MEDINA HERNÁNDEZ

LIC. LUZ MARÍA GONZÁLEZ SALAZAR





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

Mamá y papá, gracias por su apoyo incondicional, por su dedicación, tiempo, cariño y confianza; por sus palabras de aliento, por siempre estar ahí apoyándome, por tenerme paciencia en todos los aspectos, por aguantar mis días malos y hacerlos mejorar, y por darme ánimos para acabar este proyecto, gracias.

A mi **hermano**, por ser un ejemplo a seguir, gracias por apoyarme y tenerme mucha paciencia, también por apresurarme para que ya acabara de escribir. Muchas gracias por estar ahí para mí, hermanito.

A mis **amigos**, que durante años me han dado su apoyo, me han compartido de sus conocimientos y experiencias, gracias por motivarme y por alentarme a hacer lo que me propongo.

A la **U N A M**, me siento muy orgullosa de pertenecer a la máxima casa de estudios, gracias por aceptarme y darme las herramientas para formarme como profesionista.

A la **Facultad de Psicología**, por abrirme las puertas y aceptarme, por brindarme conocimientos, por motivarme, por hacer que yo misma me exigiera para ser mejor personal y profesionalmente, gracias Facultad.

A cada uno de los **profesores** que contribuyeron en mi formación, brindándome su conocimiento y su apoyo, por su disposición y dedicación.

A la **Dra. Mariana Gutiérrez Lara**, por aceptar ser mi directora de trabajo, brindarme su tiempo y apoyo durante todo este proceso, por su disposición, conocimiento, y comprensión. Gracias por sus valiosas clases, que tanto aprendí de ellas, y me alentaban a conocer, leer y aprender.

Lic. Luz María González Salazar, por su disposición, entrega y entusiasmo para llevar a cabo este proyecto, por darse el tiempo de leer cada una de mis páginas, apoyándome y ayudándome a aclarar mis ideas, por sus clases que me enriquecieron y me motivaron a aprender más y más, gracias.

Lic. Damariz García Carranza, gracias por interesarse en mi trabajo, por darle un orden a mis ideas y por compartirme de su conocimiento que tanto me enriqueció.

Mtra. Guadalupe Medina Hernández, le agradezco el haberme apoyado durante todo este proceso, gracias por compartir sus conocimientos, interesarse en el tema y tener la paciencia de leer y aclarar mis ideas.

Mtra. Laura Somarriba Rocha, gracias por interesarse, por el apoyo, por sus correcciones y sugerencias para perfeccionar este trabajo, y por su conocimiento y experiencia compartida.

Sobre todo gracias a los **pacientes** que formaron parte de este trabajo, sin ellos esta hermosa experiencia no hubiera sido posible, gracias a cada uno por la enseñanza, los aprendizajes y por enriquecerme personal y profesionalmente. Espero que esta aportación muestre lo que se hace actualmente en el hospital, y lo que se pretende mejorar en cuanto al tratamiento del paciente psiquiátrico.

Así mismo doy gracias al **Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez**, por permitirme aprender y brindarme experiencia. Sin duda fue uno de los mejores momentos que he vivido, gracias por abrirme las puertas.

A los adjuntos que estuvieron presentes durante el servicio social, **Lic. Catalina Aguilar**, **Mtro. Francisco Peña** y **Mtro. Alberto Romo**, gracias por compartir sus conocimientos, por sus consejos, su disposición, su entusiasmo por enseñar y confianza. También por hacer que me exigiera para aprender más, contribuyeron personal y profesionalmente,
¡muchas gracias!

Por último, doy gracias a mis compañeros por compartir sus conocimientos, sobre todo a mis amigas y colegas **Narda, Cirina, Berenice y Nancy**, por alentarme, enseñarme y compartir experiencias no solo profesionales, porque con ellas, disfruté más el servicio social, gracias.

INDICE

| | |
|--|----|
| Resumen | 5 |
| Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social | 6 |
| Descripción de las actividades realizadas en el servicio social | 12 |
| Objetivos del informe de servicio social | 15 |
| Soporte teórico metodológico | 16 |
| Capítulo 1. ¿Quién es el paciente psiquiátrico? | 16 |
| 1.1 Breve historia del paciente psiquiátrico | 18 |
| Capítulo 2. Los trastornos mentales en el hospital psiquiátrico | 23 |
| 2.1. ¿Quiénes trabajan con el paciente psiquiátrico? | 26 |
| Capítulo 3. Los trastornos mentales en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez | 28 |
| Capítulo 4. La intervención psicológica | 33 |
| Capítulo 5. La rehabilitación como proceso terapéutico | 40 |
| 5.1. Principales conceptos desarrollados en el proceso de rehabilitación. | 44 |
| Capítulo 6. Psicoeducación | 49 |
| Resultados obtenidos | 53 |
| Recomendaciones y/o sugerencias | 87 |
| Referencias | 92 |

RESUMEN

El trabajo del Psicólogo, a través de los años, ha tomado mayor importancia y reconocimiento por parte de otras disciplinas y ámbitos. Se ha demostrado que su intervención es fundamental cuando se trata de conducta. Por ello, va a ser importante que se reporten las actividades que se realizan dentro de las áreas en las que se encuentra inmersa, es decir, los avances que ha tenido la disciplina.

Y para esto, en el presente documento, se muestra el rol del Psicólogo en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", específicamente el área de Rehabilitación en fin de semana. Se integra de los siguientes elementos: 1) El contexto en el cual se llevó a cabo el servicio social, además de los diferentes servicios que brinda el hospital. 2) El soporte teórico metodológico que resume el sustento conceptual en el cual descansan las actividades desarrolladas. 3) Las actividades que se realizaron con los pacientes, tanto individuales como grupales, mencionando todo el campo de intervención. 4) Los resultados obtenidos que describen el impacto de la prestación del servicio social en la institución receptora, así como las habilidades y aprendizajes obtenidos en la sustentante. 5) La propuesta de mejora que se ofrece a la institución receptora y que pretende integrar la formación en la licenciatura por parte de la sustentante, además de brindar un mejor servicio al paciente.

Palabras clave: *psicopatología, actividades de psicología, rehabilitación, pacientes, habilidades, intervención.*

CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

“Hombre soy y nada humano es ajeno a mí”

Bernardino Álvarez

Bernardino Álvarez (1514-1584)

Era un joven español que anhelando glorias y riquezas se alistó como soldado y embarcó para la Nueva España. Después de luchar en Zacatecas contra los chichimecas, y de vuelta en la Ciudad de México, se dedicó a la vida licenciosa, hasta que por orden de las autoridades fue condenado a servir como forzado en la flota que navegaba a las islas Filipinas, Japón y China. En Acapulco logró huir de la prisión y se encaminó a Perú, donde hizo cuantiosa fortuna. Años más tarde regresó a la Nueva España, donde por exhorto de su madre, residente en Sevilla, emplea su riqueza en el servicio de Dios, y durante diez años sirve a los enfermos en el hospital de la Purísima Concepción (Eguiara y Eguren, 1998, en Villanueva, 2004, p.118).

En 1566 Fray Bernardino Álvarez funda el hospital de San Hipólito, primero en su género dedicado al cuidado de los enfermos mentales en las Américas (De la Fuente & Heinze, 2014).

“El hospital recibió desde su comienzo a los pacientes que sufrían trastorno mental y funcionó siempre como manicomio de la Ciudad de México (López, 1990 en Tateiwa, 2017, pp.131-132) pues muchos no tenían dónde convalecer y morían desasistidos” (Tateiwa, 2017, p.132).

No solo fundó el San Hipólito, sino también realizó labores importantes en varios hospitales de Latinoamérica, “estableció la que se puede considerar la primera red hospitalaria en la Nueva España, con una cadena de establecimientos destinados para la recuperación, curación o convalecencia de los navegantes que llegaban a la Nueva España (...)” (Villanueva, 2004, p.118).

Además, “instituyó la Congregación de la Caridad en San Hipólito, constituida como la primera orden religiosa mexicana en el año 1700” (Villanueva, 2004, p.118).

Esta obra de Bernardino Álvarez es tan importante, que condensa el quehacer psiquiátrico de su época, considerado como el precursor de la psiquiatría moderna (Pavón-Cuellar, 2013).

Operación Castañeda

En 1910, Porfirio Díaz inauguró el Manicomio General *la Castañeda*, el cual logró albergar alrededor de tres mil pacientes. Principalmente se dedicó un espacio social específico para vigilar, aislar, observar y clasificar a la locura y adoptó una propuesta terapéutica de tipo moral. Con el paso del tiempo, esta propuesta se convirtió en insuficiente e inadecuada para la atención de enfermos mentales (Rosas, 2004), ya que se presentaban condiciones de abuso, insalubridad, y malos tratos.

Posteriormente, debido al periodo por el que estaba atravesando el país, se generó sobredemanda por los estereotipos que se tenían respecto a la locura, además, era visto como un lugar donde abandonaban a las personas pues, “sus instalaciones eran deficientes y sus sistemas obsoletos, que poco habían variado desde el año 1910 (...)” (Calderón, 2014, p.500).

Finalmente, en los años 60's, se llevó a cabo la *Operación Castañeda*. Consistió en redistribuir a los pacientes en otros hospitales, esto, para modernizar la atención psiquiátrica para la región del país. Junto con ello, se dio cierre a la Castañeda en 1968.

Las instalaciones que sustituyeron al Manicomio de la Castañeda según Rosas (2004) fueron:

- Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", con 600 camas para enfermos mentales agudos. México, D.F.
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" con 200 camas. México, D.F.
- Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno" con 519 camas. Estado de México.
- Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano" con 495 camas. Estado de Puebla.
- Hospital Psiquiátrico "Dr. Adolfo M. Nielo" con 524 camas. Estado de México.
- Hospital Psiquiátrico "Fernando Ocaranza" con 620 camas para enfermos crónicos. Estado de Hidalgo.

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Como resultado de la “Operación Castañeda” se inaugura el 9 de mayo de 1967 (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, 2017) con una capacidad de 600 camas y 11 pisos. Posteriormente, en 1992 se remodeló, quedando con 10 pisos y 300 camas para pacientes.

A partir de la Norma Oficial Mexicana 025, desde fines del decenio de 1990 ha tenido la oportunidad de evitar el internamiento prolongado de sus pacientes. De este modo, los usuarios del servicio de hospitalización continua permanecen, en promedio, 30 días (Freyre & Castañeda, 2012).

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA) es una Institución de referencia que depende de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y en forma directa de los Servicios de Atención Psiquiátrica (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, 2017), es decir; otorga atención en salud mental a personas con problemas psiquiátricos y del comportamiento (Servicios de atención psiquiátrica, 2017a).

Población atendida

Atiende a una población con edad mínima de 18 años cumplidos, de ambos sexos con padecimientos psiquiátricos agudos, como: diferentes tipos de esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos secundarios por drogas, etc. (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, 2017).

Tiene como misión “Brindar atención integral humanista y de alta calidad a la población que requiera servicios especializados en psiquiatría y salud mental así como formar recursos humanos en la materia” (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, 2017).

Visión: Ser una institución psiquiátrica líder en modelos de prevención, atención, rehabilitación psicosocial, enseñanza e investigación Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, 2017).

Se divide en 3 vertientes (Servicios de atención psiquiátrica, 2017a):

1. Subdirección de enseñanza, capacitación e investigación.

Se trata de un hospital-escuela, que se encarga de la formación y actualización constante del personal.

- CAPACITACIÓN CONTINUA

Es una institución de vanguardia en el campo de la Salud Mental en México; entre sus principales intereses se encuentran brindar atención integral de alta calidad y humanista a la población que requiera servicios especializados en Psiquiatría y Salud Mental, así como formar recursos humanos en la materia, por lo que cuenta con el Programa Anual de Capacitación y Educación Continua.

- PROGRAMA DE RESIDENCIA MÉDICA EN PSIQUIATRÍA

El HPFBA invita, a través de la Jefatura de Enseñanza, a los interesados en realizar la residencia en Psiquiatría a ponerse en contacto.

- PRÁCTICAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL

El HPFBA invita, a través de la Coordinación de Servicio Social y Prácticas Profesionales, a los interesados en realizar prácticas profesionales y/o servicio social a ponerse en contacto.

2. Subdirección de los servicios ambulatorios (Servicios de atención psiquiátrica, 2017a)

En estos servicios, no se requiere permanecer en el hospital, sólo se asiste regularmente para su atención.

- CONSULTA EXTERNA DE PRIMERA VEZ

La Consulta psiquiátrica de primera vez permite a los especialistas valorar si el solicitante del servicio requiere atención psiquiátrica, o si amerita atención en otra instancia de salud.

- CONSULTA EXTERNA SUBSECUENTE

- CLÍNICA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS (CITEP)

Se otorga servicio a personas que cursan por primera vez con un episodio psicótico o aquellas con alto riesgo de psicosis.

- **CLÍNICA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA (CAT)**

Se otorga servicio a personas con trastornos psiquiátricos que a lo largo de su evolución han reportado dificultades importantes en lo relacionado con el apego al tratamiento farmacológico y que, a través de la identificación de los factores de riesgo individuales, familiares y sociales se diseña un programa de intervención individualizada en favor de la adherencia terapéutica.

- **CLÍNICA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR (CLIFAM)**

Se proporciona servicio de Psicoterapia a familiares y pacientes del sistema integral de atención psiquiátrica que favorece una mejor evolución de los padecimientos psiquiátricos al mejorar el clima y la dinámica familiar. Además, brinda atención en la modalidad de grupo-taller a mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja.

- **CLÍNICA DE PATOLOGÍA DUAL (CLINPAD)**

Proporciona 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.

- **REHABILITACIÓN**

En este servicio fue en el que se trabajó durante los 6 meses con los pacientes psiquiátricos.

Proporciona el servicio de rehabilitación psicosocial con un enfoque interdisciplinario orientado a mejorar las capacidades remanentes de los usuarios en las esferas cognoscitiva, afectiva y motriz para una mejor integración familiar, social y laboral; que incluye terapia ocupacional, física, estimulación cognitiva, habilidades sociales e inducción laboral para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

- **PSIQUIATRÍA COMUNITARIA**

Proporciona el servicio de Psiquiatría Comunitaria extramuros a 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.

3. Subdirección de hospitalización (Servicios de atención psiquiátrica, 2017a)

- HOSPITALIZACIÓN

Se atiende exclusivamente hospitalizaciones psiquiátricas agudas, es decir, que afecten la salud mental del paciente (trastornos mentales y del comportamiento) y que conlleven riesgos para el mismo y/o para terceras personas.

- HOSPITAL PARCIAL (DE DÍA Y DE FIN DE SEMANA)

Proporciona atención psiquiátrica ambulatoria con estancia parcial que incluye diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral y que incorpora la intervención familiar a pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

- URGENCIAS

Atiende exclusivamente urgencias psiquiátricas, es decir, que afecten la salud mental del paciente (trastornos mentales y del comportamiento) y que conlleven riesgos para el mismo y/o para terceras personas.

- UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

Brinda el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral para los trastornos psicológicos y adaptativos del adulto mayor. La Unidad cuenta también con la Clínica de Memoria que ofrece programas de prevención y tratamiento.

Esta información permitió conocer parte de la historia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, además de mostrar cuáles son los servicios que brinda, esto para dar una idea de las herramientas que se emplean en el cuidado del paciente psiquiátrico.

Enfocándose en la Psicología, se podrá observar el rol que juega el Psicólogo dentro del hospital psiquiátrico en las siguientes páginas.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

A continuación se muestran las actividades que se realizaron en el área de Rehabilitación en fin de semana (sábado y domingo).

El trabajo con los pacientes psiquiátricos se dividió en cuatro secciones (segundo, cuarto, quinto y séptimo piso, de acuerdo con la estructura del hospital), en cada una, un equipo de pasantes de Psicología junto con un adscrito trabajaban con los pacientes. Las secciones fueron asignadas al comienzo del servicio social, en este caso, las actividades y los resultados del presente informe pertenecen al cuarto piso.

Las actividades realizadas se dividieron en dos: individuales y grupales. *Las actividades individuales* se planeaban y realizaban para exponerlas ante los prestadores de servicio social, o mejor dicho, en un seminario se exponían y discutían los siguientes:

1) Presentación de caso clínico.

Se elegía a un paciente, se realizaba entrevista y con la información obtenida, se hacía la presentación, incluyendo aquí: ficha de identificación, examen mental, familiograma, historia clínica, diagnóstico, posible tratamiento, y pronóstico. La primera exposición se hizo sólo con entrevista (tanto a paciente como a familiares) y la segunda con ayuda del expediente clínico.

2) Presentación del libro “Dinámica de grupos: técnicas y tácticas” de González, Monroy y Kupferman (1994).

Para esta actividad, se dividió el libro entre el total de pasantes de Psicología, cada uno presentó un tema o diferentes técnicas y tácticas. Se expusieron técnicas grupales, las cuales fueron: actividades recreativas, asamblea, conferencia, congresos, técnica demostrativa y diálogo. Durante la presentación se resolvían dudas y se daban ejemplos para que quedara más claro el tema. Al terminar, se realizaba retroalimentación y la coordinadora de prestadores de servicio social hacía preguntas.

3) Presentación de algún tema relacionado con Psicopatología.

Se expuso: expediente clínico y trastornos neurológicos. En cada uno, en un total de 50 minutos se explicó en qué consistía, cuál era la importancia de conocer estos

temas y cuál era el impacto que tiene en la Psicología. Al finalizar, se daba retroalimentación y el adscrito de Psicología, resolvía dudas o realizaba preguntas.

- 4) Elaboración de nota de evolución (nota SOAP, que se refiere a Subjetivo, Objetivo, Análisis y Propuesta).

Para realizar esta nota de evolución, se seleccionaba a algún paciente para entrevistar y observar. Junto con ello, hacer la nota de lo referido y observado del paciente. En total se realizaron tres con diferentes pacientes cada una.

En cuanto a *las actividades grupales*, éstas se planeaban y llevaban a cabo con los pacientes. Al ser prestadores de servicio social, cada psicólogo adjunto tenía conformado a un grupo de 2-5 pasantes. Con ese grupo, se realizaban las dinámicas y pláticas para los pacientes. Estas actividades estaban compuestas por:

- 1) Estimulación cognitiva.

En un total de 50 minutos, se trabajaba un tema seleccionado por el grupo de Psicología y a su vez, en estas actividades estaba inmerso estimular la memoria, atención, percepción, inteligencia, creatividad, etc.

- 2) Entrenamiento en habilidades sociales.

Éstas se enfocan en que el individuo actúe de una manera apropiada ante una situación particular, por ello, los temas laborados estaban dirigidos a trabajar: control de impulsos, autoestima, higiene, comunicación no verbal, entre otros.

- 3) Psicomotricidad.

Aquí se realizaban ejercicios enfocados al cuerpo como: equilibrio, elasticidad, y flexibilidad. De esta manera, los ejercicios se vinculaban con el pensamiento y emociones. Las dinámicas las ejemplificaban los psicólogos para que los pacientes posteriormente pudieran realizarlas.

- 4) Psicoeducación.

En esta parte se daban pláticas y se planeaban dinámicas enfocadas a la conciencia de enfermedad, al tratamiento psicológico, al farmacológico, y las consecuencias de las enfermedades mentales. Además, se hablaba sobre la importancia de asistir a las actividades que se llevan a cabo en el hospital.

Es importante mencionar que estas primeras 4 actividades se realizaban una vez a la semana en un total de 50 minutos, bajo la supervisión del psicólogo adscrito.

5) Actividades lúdicas y Socio-recreativas

Eran efectuadas para complementar el proceso de rehabilitación, ya que se daba un intercambio social entre sus compañeros. A su vez, se estimulaban los procesos cognitivos y la inteligencia, la regulación de emociones y la psicomotricidad. Se incluían juegos como: jenga, damas chinas, dominó, caras y gestos, ajedrez, memorama, etc.

6) Acompañamiento, apoyo en actividad y reforzamiento verbal en talleres de neuro-estimulación.

Se daban 3 tipos de taller: artes plásticas, lectura y dibujo. En cada taller se brindaba la ayuda necesaria a los pacientes (material y ayuda en los trazos de los dibujos), para realizar las actividades que se estaban llevando a cabo en cada uno. Además se reforzaba e informaba sobre la importancia de que realizaran los ejercicios.

7) Acompañamiento y entrevista en jardín

Se realizaba entrevista con los pacientes en la hora de jardín y en la hora de visita de sus familiares. Además, se atendían dudas sobre su rehabilitación, y se estaba alerta por si surgía algún problema con los pacientes (por ejemplo, que se atacaran verbal o físicamente). Cuando esto surgía, se daba aviso a los enfermeros, psicólogos adscritos y guardias.

8) Acompañamiento durante proyección de cine y eventos especiales.

Durante estas actividades se les brindaba la atención a los pacientes que lo necesitaban, e incluso, se les regresaba a su piso cuando no se encontraban aptos. Para los eventos especiales, se realizaba acompañamiento, y se atendía algún problema si surgía.

Las actividades grupales se planearon con el objetivo de que los pacientes pudieran desarrollar habilidades necesarias para una adecuada reinserción en la sociedad y a su vez para fomentar su funcionalidad dentro de ésta. Pues, en ocasiones, la enfermedad del individuo afecta las esferas en las cuales se desenvuelve: familiar, social, laboral y/o escolar, e incluso personal, en esta última, se ve afectada la higiene, imagen y percepción de sí mismo.

Una vez mencionadas las actividades que se llevaron a cabo durante los seis meses, se mostrarán los objetivos generales del informe profesional de servicio social.

OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

- Mostrar las actividades que se llevaron a cabo durante el servicio social.
- Mostrar los resultados y aprendizajes que se obtuvieron durante este periodo.
- Realizar una propuesta al programa de servicio social.

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

Capítulo 1. ¿Quién es el paciente psiquiátrico?

Cuando un sujeto empieza a manifestar una serie de conductas incoherentes, consideradas como inesperadas, perturbadoras o incomprensibles para la mayoría de la gente, se trata de una emergencia que requiere que el mismo sujeto, un observador o un familiar solicite ayuda (Valencia, Rascón, Otero & Ryan, 1987, p.2).

Knox (1968 en Valencia, Rascón, Otero & Ryan, 1987) define al paciente en esta situación como “aquel que se da cuenta de que su capacidad de adaptación ha sido reducida a tal punto, que no puede manejar sus problemas sin ayuda profesional” (p.2). A esto hay que agregar el término “psiquiátrico”, que se refiere a la atención de las enfermedades psiquiátricas, es decir, un paciente psiquiátrico será un individuo el cual requiere de atención psiquiátrica especializada, puesto que, por sí solo no puede hacer frente a lo que le está sucediendo. En la mayoría de ocasiones esta persona no sabe qué le está pasando y no sabe cómo reaccionar a ello.

Uno de los motivos de consulta que puede conducir al internamiento del paciente psiquiátrico son las conductas incoherentes, inesperadas, perturbadoras e incomprensibles, lo cual reduce su capacidad de adaptación, pues los síntomas se relacionan con la conducta social (Valencia, Rascón, Otero & Ryan, 1987).

De acuerdo con González (2004), hay que hacer énfasis en cinco puntos clave cuando se evalúa a un paciente psiquiátrico:

- Actitud, en la cual se observe si está cooperando, es amable, hostil, si mantiene el contacto ocular, si lo evita, etc.
- Conducta, observar los movimientos expresivos, como complemento del lenguaje verbal; manos, brazos, piernas, cabeza, postura, etc.
- Lenguaje: es una ventana a su pensamiento y afectividad, tomando en cuenta el tono, la velocidad, volumen, tiempo de reacción, etc.

- Pensamiento, ya que se transmite mediante el lenguaje, si es lento, rápido, desorganizado, si hay comprensión.
- Afecto, ya que es la manifestación de las respuestas emocionales frente a los acontecimientos, a través de la postura de los movimientos faciales y del tono de voz.

Normalidad

¿Cuántas veces se ha escuchado que una persona le llame a otra *loca/demente/neurótica/mal*? Esto sucede en la sociedad, las mismas personas son las que etiquetan a estos individuos que son “diferentes”, que no se ajustan al prototipo de persona, que no actúan ante una situación como se debería, que su comportamiento no se ajusta a los demás, que tiene una conducta “rara”, que piensa de una manera distinta, etc. Este tipo de situaciones hacen que la sociedad reaccione de manera diferente ante estas personas, discriminándolas, teniéndoles miedo e inclusive alejándose. Lo que genera en las personas con algún trastorno mental, es que de igual manera se alejen de la sociedad y que incluso se vaya reduciendo su nivel de funcionalidad.

Concepto de trastorno mental

Para entender mejor qué es un trastorno mental, a pesar de que no se cuenta con una definición que abarque todos los aspectos de todos los trastornos, se retomarán dos definiciones, la primera de ellas de la Organización Mundial de la Salud, que lo define como “una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás” (OMS, 2017b). Así mismo, la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013) lo define como:

Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van

asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente (p.20).

Concepto de salud mental

Con lo anteriormente señalado, también es importante hacer mención del concepto de salud mental puesto que se relaciona con el bienestar y funcionalidad de la persona en sociedad. De acuerdo con la OMS (2017a) se refiere a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, a ello se le agrega la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Así mismo, se va a referir a “un equilibrio persona-entorno socio-cultural, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés” (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017).

1.1 Breve historia del paciente psiquiátrico

Anteriormente no se hablaba de personas enfermas psiquiátricamente o trastornos mentales, sino de personas con locura, que eran poseídas por diablos o demonios y que en ocasiones eran consideradas brujas, por comportarse de manera “extraña”, hablar desorganizado, sin auto-cuidado físico, etc.

En la antigua civilización hebrea, si estas personas amenazaban la paz o el orden público, la sociedad reaccionaba de manera cruel, los condenaban a muerte o los expulsaban de la comunidad, puesto que los demonios se habían apoderado de ellos, el concepto que se tenía por enfermedad mental era el de “castigo del cielo” (Postel & Quérel, 1987). Posteriormente, en el siglo XIII, surgió la teoría de que la luna tenía

influencia en el origen de la enfermedad mental, esto dio como resultado el nombre de “lunáticos” (Salaverry, 2012).

Es entonces cuando la iglesia toma mucha importancia aquí, ya que las mismas personas religiosas eran las que consideraban a estos individuos como poseídos y que su tratamiento debía ser brindado por un sacerdote, incluso se hablaba de curación por medio de la plegaria. Otros tratamientos que se daban en estos tiempos eran las torturas y el confinamiento, ya que no se tenían lugares dedicados a estos individuos y su cuidado (Salaverry, 2012).

Trepanaciones craneales

La trepanación, de acuerdo con Quispe (1999) consiste en la extracción de un fragmento óseo del cuerpo, en este caso de la cabeza. Se realizaba mediante un instrumento llamado “trepano” que perforaba el cráneo de la persona. Las trepanaciones se realizaban con la finalidad de que se liberara ese espíritu que estaba dentro de la persona (Guillén, 2015). Pues en el Antiguo Egipto, la práctica médica estaba muy relacionada con los conceptos mágicos-religiosos (Collado-Vázquez & Carrillo, 2014).

De acuerdo con esto, la locura se producía por la formación de piedras dentro del cráneo. Incluso había curanderos que practicaban incisiones en la cabeza para extraerlas. Tras su intervención, mostraban a los curiosos una piedra que tenían oculta y que afirmaban haber extraído de la cabeza del paciente (Cano de la Cuerda & Collado-Vázquez, en Collado-Vázquez & Carrillo, 2014).

Todo esto que sucedía en la sociedad, hizo que se llevaran a cabo las trepanaciones craneales, estas fueron practicadas desde la prehistoria para tratar la epilepsia, cefaleas, traumatismo craneoencefálico (TCE) y enfermedades mentales (Collado-Vázquez & Carrillo, 2014). Por lo tanto representan un fenómeno importante en la historia de la medicina, ya que eran consideradas en primera instancia con el propósito de expulsar espíritus malignos, pero también estas intervenciones quirúrgicas eran realizadas con fines terapéuticos (Collado-Vázquez & Carrillo, 2014).

Ya en el siglo XV, a pesar de que aún se creía a la enfermedad como una influencia demoniaca, empezaron a darse explicaciones y terapias naturales por parte del médico, principalmente en Grecia que fue donde se estudiaron las enfermedades desde un punto de vista científico. En este momento al “loco” se le resguardaba en la ciudad o en la casa de los familiares, sin embargo se le mantenía a distancia ya que era muy poco lo que se sabía a cerca de la locura y la sociedad (Postel & Quérel, 1987). Así mismo, empezaron las torres de los recintos a ser lugares para detención de los “locos”, en los que se daba castigo y privación de la libertad si la persona dañaba a otras, se presentaban homicidios, o cuando se encontraba en estado de agitación (Postel & Quérel, 1987).

Durante este tiempo, a pesar de que ya se contaban con lugares destinados para estas personas, la situación de los enfermos era pésima, pues no se les brindaba la atención que ellos necesitaban, no se estudiaba al individuo y mucho menos se les trataba como una persona enferma, sino como alguien “anormal”, que recibía burlas y maltratos de los demás.

Es entonces cuando el médico francés Philippe Pinel (León, 2005) decide cambiar la actitud de la sociedad hacia el enfermo mental para que obtuvieran un tratamiento médico estándar, llamando a su labor “tratamiento moral”. En 1793, libera a los pacientes de sus cadenas en Bicêtre. Además de explicar que la enfermedad mental tenía su origen en la herencia y en las influencias ambientales.

Ahora, se estudiaba al enfermo, se le escuchaba, y a pesar de que no se tenían los conocimientos necesarios de las enfermedades mentales, ya se estaba adquiriendo información acerca de cómo se manifestaba en el individuo. Un ejemplo de ello es en el siglo XVIII, las alucinaciones eran consideradas enfermedades (Berrios, 2008), es decir, ya se hablaba de enfermedad y no de un espíritu diabólico, ya se hablaba de síntomas, aunque en ese entonces no se conocía con ese término. Posteriormente en el siglo XIX, muchos “síntomas mentales” fueron definidos en términos de datos introspectivos de la conciencia (alucinaciones, despersonalización, *deja vú*) (Berrios, 2008).

Para el siglo XX, el término enfermedad mental había cambiado, ahora se tenía una concepción orgánica y biologicista y además se dio introducción a los fármacos como tratamiento necesario para las enfermedades psiquiátricas (León, 2005). El paciente, pasó a ser de una persona con un demonio dentro, a una persona con una enfermedad que requiere atención por parte de especialistas. Un punto importante aquí, ya que es en este mismo siglo cuando surge la Bioética, ahora el propósito era brindar el respeto y la atención necesaria a los pacientes (Becerra-Partida, 2014).

Sin embargo, el trato en los psiquiátricos tradicionales, no era del todo funcional pues se les recluía a los enfermos en espacios cerrados, bajo vigilancia médica y psiquiátrica, y con el uso de medicamentos para tratar de contrarrestar los efectos físicos. Esto trajo como consecuencia, “internamiento casi de por vida (dependiendo la enfermedad), condiciones miserables de subsistencia de estos hospitales (comúnmente llamados manicomios o “casa de la risa”) por bajos presupuestos y la casi nula rehabilitación” (Secretaría de Salud, 2017a, p.10).

La Castañeda

Como ya se ha mencionado, durante el año 1910 fue inaugurado el Manicomio General “La Castañeda”, siendo el primer hospital en México que “tenía una doble función: hospital y asilo para la atención psiquiátrica de enfermos mentales de ambos sexos, de cualquier edad, nacionalidad y religión” (Becerra-Partida, 2014, p.240). En ese entonces, “sería el espacio en el que la sociedad porfiriana reuniría sujetos extraños en los cuales reconocerse a sí misma a través de la alteridad” (Ríos, 2008, p.78).

Ríos (2008) menciona que no fueron los psiquiatras acompañados de los policías quienes recorrían las calles en busca de personas que amenazaran el proyecto de la nación, sino eran las propias familias, que “tomaban la decisión de cederle al Estado el control y cuidado de sus locos” (p.81) es decir; “los locos” eran abandonados en “La Castañeda”.

Posteriormente en el año 1968, cuando se dio cierre al manicomio, se brindó atención en otros hospitales dedicados a la atención del enfermo. El modelo actual es proporcionar un servicio integral que tenga como finalidad la prevención,

hospitalización y reintegración social de estas personas (Secretaría de Salud, 2017a). De acuerdo con Avalos (2004) ahora se brinda terapia, aprendizaje y rehabilitación, la institucionalización es parte de la terapia, la relación médico-paciente se da de manera horizontal y no vertical como lo era antes, es decir; ahora hay intercambio, integración y relación directa, la hospitalización es transitoria y sobretodo se enfocan en los programas de rehabilitación. Además, han cambiado las actitudes hacia la enfermedad, ahora hay una visión más humana, menos restrictiva y menos autoritaria (Campo, Yllá, González-Pinto, & Bardají, 2010).

Hasta este punto se ha visto cómo es que ha cambiado el trato y la percepción hacia el paciente psiquiátrico, el capítulo siguiente se enfocará en mencionar algunas cifras de los trastornos mentales que mayormente se presentan en la población mexicana y cuáles son los profesionales que trabajan con el paciente psiquiátrico.

Capítulo 2. Los trastornos mentales en el hospital psiquiátrico

Actualmente, la información que se tiene acerca de la salud mental no es la esperada, ya que a pesar de que se cuenta con estudios realizados en hospitales psiquiátricos, estos son pocos (aunque se ha ido aumentando esta cifra). En adición a ello, la población no se encuentra informada sobre qué son los trastornos mentales y cómo se manifiestan en el individuo. Pues, como se sabe, la gente en la mayoría de ocasiones sólo atiende la parte física, y no la parte psicológica. Sin embargo, es de mencionar, que hay una relación estrecha entre la enfermedad mental y la física. Entre las enfermedades físicas que generan trastornos mentales se encuentran: endocrinológicas, cardiopatías, inmunológicas y neurológicas (Secretaría de Salud, 2017a).

De acuerdo con un estudio de Zuniga & Vásquez (2014) llevado a cabo con pacientes pediátricos con lupus eritematoso, ellos presentaron manifestaciones psiquiátricas después de 20.47 meses en promedio tras el diagnóstico de la enfermedad, como: trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo y depresión. Va a ser importante atenderlo pues como refieren Castellanos & Hunter (1999, en Román, Santibáñez & Vinet, 2016) los trastornos de ansiedad en la infancia aumentan aproximadamente dos veces el riesgo de trastornos de ansiedad en la adultez.

Un último dato, es que en los hospitales psiquiátricos, debido a los diferentes conocimientos que se tienen, a la formación académica, a los parámetros que se tienen acerca de cuáles son los síntomas que se presentan en determinada enfermedad e incluso a la falta de observación y experiencia, se presentan errores de diagnóstico, es decir; la gente está mal diagnosticada. Ello puede repercutir en dos vertientes, la primera de ellas es que, entre especialistas la información que se trasmite de uno a otro es errónea y por lo tanto, la segunda vertiente es que, el tratamiento que se recibe no va a ser el indicado o el mejor para la persona, pues, de acuerdo con la OMS (2011), sólo el 50% de las personas que buscan atención especializada en salud mental, reciben un tratamiento adecuado.

La atención de la salud mental es fundamental

Hay factores que resultan en una mayor prevalencia, incidencia y magnitud de los problemas, teniendo impacto psicosocial, además del incremento en el consumo de drogas y violencia, estos son: disfuncionalidad familiar, carencias afectivas, falta de redes de soporte social, proliferación de estilos de vida nocivos y entornos no saludables, aunados a la pobreza y a la exclusión social (OMS, 2011, p.5).

A estos se le agregan, el desempleo, bajo nivel educacional, mujeres trabajadoras, población rural, personas con discapacidad, situación de calle, menores farmacodependientes, madres adolescentes, adultos en plenitud, población indígena, entre otros (Secretaría de Salud, 2017a).

Retomando, aquí lo que se pretende es describir los trastornos mentales que mayormente se trabajan en un hospital psiquiátrico. De acuerdo con el Informe sobre Sistema de Salud Mental en México (2011), “se atiende a 47 usuarios por cada 100,000 habitantes, la mayoría de los pacientes son adultos” (p.6). Los trastornos más recurrentes entre adolescentes son problemas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de ansiedad y por déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intentos de suicidio (Benjet y cols; 2009, en OMS, 2011).

Entre los principales diagnósticos en adultos en establecimientos ambulatorios fueron: “trastornos afectivos (28%), neuróticos (25%) y otros (26%) que engloban epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retraso mental y desordenes psicológicos del desarrollo” (OMS, 2011, p.15). Anteriores datos, brindados en 1994 por la Secretaría de Salud (2017a), coinciden, ya que la prevalencia de los trastornos mentales se encuentra entre el 15% y 18% de la población en general, siendo la depresión el trastorno más frecuente en hombres y mujeres y que además se contempla que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial (Secretaría de Salud, 2017b).

En la Ciudad de México,

El índice para los trastornos afectivos es de 9% en la población adulta entre los 18 y los 65 años de edad, con un 7.8% correspondiente a episodios depresivos mayores, y 2.5 mujeres por hombre, distimia 1.5% con un rango similar entre mujeres y hombres (2.6:1) y un porcentaje menor de episodios de manía alcanzando 1.3% con una diferencia similar entre géneros 1.2:1 (Secretaría de Salud, 2017a, p.17).

Otros de los diagnósticos más comunes en la población son los trastornos de ansiedad –fobia simple, fobia social, agorafobia, ansiedad en general y pánico- (Secretaría de Salud, 2017a).

Como se ha mencionado hasta ahora, la depresión y la ansiedad han sido considerados dentro los principales trastornos que afectan a la población en general, ya que estos trastornos tienen un impacto negativo en diversas áreas de funcionamiento, afectando su desempeño general y predisponiéndolos a otros (Román, Santibáñez & Vinet, 2016).

Uno de los instrumentos que se encarga de detectar la presencia de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés es: “Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)”. Consta de tres escalas de autorreporte dimensional que evalúan la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés con el objetivo de permitir la detección temprana de los síntomas y su derivación al tratamiento (Román, Vinet, & Alarcón, 2014; Román, Santibáñez & Vinet, 2016) pues, es considerado un aporte en la detección de estos trastornos en el ámbito universitario (Antúnez & Vinet, 2012).

Algunas cifras en los hospitales psiquiátricos

Existen 46 hospitales psiquiátricos en México, de los cuales 13 corresponden al sector privado y 33 al sector público. Un 63% de estos, están integrados con establecimientos de salud mental ambulatorios (OMS, 2011).

Hay 5 camas por cada 100,000 habitantes y únicamente el 3% están reservadas para niños o adolescentes. En los últimos 5 años, la cantidad de camas ha disminuido

en un 3% (OMS, 2011). En esta parte, se debe considerar un factor importante que se relaciona directamente con la atención de la salud mental: la economía. De acuerdo con la OMS (2011), en México “del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% está orientado a la salud mental” (p.6).

Es decir, muy poco se destina a la salud mental, tomando en cuenta que es esencial en el individuo. Las personas incluso invierten poco en este ámbito, además, en una enfermedad mental, el precio del tratamiento suele ser elevado, a eso hay que sumarle la condición en la que se encuentran estas personas, pues muchas de ellas, su ingreso económico es bajo o dependen aún de sus familiares; aunado a esto, “los trastornos mentales con frecuencia arrastran a los individuos y las familias a la pobreza y desintegración por el costo de los tratamientos y el acceso a los servicios” (Secretaría de Salud, 2014, p.29).

Otro de ellos son los costos no económicos como el valor de la productividad, la mortalidad y el tiempo de los cuidadores (Souza & Cruz, 2010), por ello, es importante que se prevenga y se atienda la problemática, pues hay muchos factores que intervienen con la atención de la salud mental.

2.1. ¿Quiénes trabajan con el paciente psiquiátrico?

El paciente psiquiátrico es una persona que requiere de varias disciplinas para poder llevar a cabo un buen tratamiento y que éste a su vez, produzca buenos resultados. Algunas de ellas son la psiquiatría, psicología, trabajo social, medicina, enfermería, entre otras.

Cuando se trabaja con el paciente psiquiátrico no sólo se habla de cuidado formal, que se refiere a la atención que brindan los profesionales de manera especializada (Rogero, 2009) como los mencionados anteriormente y en los que se va a enfocar el capítulo 4, sino también, hay agentes que comparten este cuidado, éstos son los cuidadores informales (la familia). De esta manera, “el cuidado compartido, formal e informal, es un punto clave para la evolución favorable de la persona en comunidad” (Porcar, Guillamón, Pedraz & Palmar, 2015, p.353).

De acuerdo con la OMS (2011)

En establecimientos de salud mental se cuenta con más de 10,000 trabajadores. La tasa por cada 100,000 habitantes se distribuyó en: 1.5 psiquiatras, 1 médico no especializado, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajador social, 0.19 terapeuta y 2 profesionales/técnicos de salud (p.26).

Y en las unidades de internamiento psiquiátrico, en hospitales generales, hay por cada cama 0.23 psiquiatra y 0.36 trabajador de la salud (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etcétera); en los hospitales psiquiátricos, la tasa es de 0.09 psiquiatra y de 0.48 trabajador de la salud. Así mismo, “la distribución de recursos humanos en áreas urbanas y rurales es inequitativa, con una relación de 2.8/1 para psiquiatras y de 3/1 para enfermeros” (p.27).

A pesar de que ahora las diferentes disciplinas han ido multiplicándose, e incrementado el número de especialistas, aún se cuenta con pocos profesionales en hospitales psiquiátricos, que atienden de una manera integral a los pacientes.

Es importante conocer las cifras que se tienen tanto de pacientes psiquiátricos, hospitales y población atendida, como de especialistas en el hospital. En este capítulo se habló de los datos que se tienen en México. Las siguientes páginas se enfocarán en las cifras que se tienen específicamente en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por ser el hospital en el que se realizó el trabajo con los pacientes.

Capítulo 3. Los trastornos mentales en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Como refieren Freyre & Castañeda (2012) el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el año 2010 contaba con 871 trabajadores, de los cuales el 11.3% eran médicos y el 33.98% pertenecía a enfermería. Hasta el mismo año brindó hospitalización a 32,180 pacientes, siendo 48.2% hombres y 51.8% mujeres.

La principal causa para requerir internamiento fueron los cuadros psicóticos que involucraban manifestaciones de agresividad, siendo:

- 1) Esquizofrenia paranoide.
- 2) Trastorno delirante esquizofreniforme orgánico.
- 3) Trastorno de la estabilidad emocional.
- 4) Trastorno bipolar en episodio maniaco con síntomas psicóticos.

Por cada mil pacientes atendidos, 363 tenían un diagnóstico relacionado con la esquizofrenia. Algo muy similar ocurre para consulta externa ya que se ha incrementado la demanda de atención, siendo:

- 1) Esquizofrenia paranoide.
- 2) Trastorno límite de la personalidad.
- 3) Esquizofrenia indiferenciada y trastorno bipolar en remisión (en los últimos 2 años).

La atención en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

De acuerdo con el Anuario Estadístico (Servicios de Atención Psiquiátrica, 2017b), el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez presenta diferencias de recursos humanos entre los años 2016 y 2017, como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. *Comparación de recursos humanos en la unidad de atención*

| Personal | Cantidad 2016 | Cantidad 2017 |
|--------------|---------------|---------------|
| Trabajadores | 968 | 994 |
| Psiquiatras | 85 | 85 |
| Psicólogos | 36 | 36 |

| | | |
|------------------------------|-----|-----|
| Medicos generales/familiares | 5 | 7 |
| Odontólogos | 7 | 10 |
| Internistas | 4 | 4 |
| Neurólogo | 1 | 0 |
| Médicos residentes | 100 | 108 |
| Trabajadores sociales | 9 | 9 |
| Anátomo-patólogos | 4 | 4 |
| Otros* | 3 | 4 |

* Anestesiólogo, cirujano, genetista, ginecólogo, pediatra y radiólogo.

Información obtenida de Servicios de Atención Psiquiátrica, 2017b y 2018.

Cómo se puede observar en la tabla 2, se compara el presupuesto ejercido en la unidad de atención por año, es decir; 2016 y 2017.

Tabla 2. Comparación de presupuesto en la unidad de atención

| Presupuesto | Cantidad 2016 | Cantidad 2017 |
|--|------------------|------------------|
| Servicios de salud mental | 99.73% | 99.76% |
| Investigación en materia de salud mental | 0.15% | 0.12% |
| Formación en materia de salud mental | 0.10% | 0.10% |
| Total | 100% | 100% |

Información obtenida de Servicios de Atención Psiquiátrica, 2017b y 2018.

Siendo que en el 2016, el 35.23% del presupuesto se destinaba para materiales y suministros, y el 64.76% para servicios generales. A diferencia del 2017, que el 21.13% fue para materiales y suministros y el 78.79% para servicios generales.

En cuanto a los recursos materiales, no se obtuvieron diferencias, ya que tanto en el año 2016 como en el 2017 se tenían: 68 consultorios, de los cuáles 22 están destinados para Psicología y salud mental, y 34 para Psiquiatría, además de contar con 300 camas registradas, aunque únicamente 270 se encuentran en servicio (Servicios de Atención Psiquiátrica, 2017b).

Siguiendo con los rangos de edad, la población atendida, como ya se ha mencionado, es a partir de los 18 años.

En Psicología y Psiquiatría es donde se concentran el mayor número de consultas, siendo Psicología la primera con 60,571 y Psiquiatría con 41,114 en el 2016, mientras que en el 2017 fueron 59,324 y 39,078 respectivamente. Tomando en cuenta que en Psiquiatría, se dan consultas tanto de primera vez como subsecuentes; en el caso de Psicología, sólo se brindan consultas subsecuentes (Servicios de Atención Psiquiátrica, 2017b).

Los trastornos mentales

Respecto a los egresos hospitalarios, se obtienen diferencias entre el año 2016 y 2017. Siendo que en el 2016 se obtuvieron 3797, de los cuales 1843 eran hombres y 1954 mujeres. Mientras que en el 2017 fueron 3709 egresos; 1929 hombres y 1780 mujeres (Servicios de Atención Psiquiátrica, 2017b).

En la tabla 3 se presentan los egresos hospitalarios por afección principal, de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades, y en la tabla 4 se muestran los egresos hospitalarios por motivo de egreso.

Tabla 3. Comparación de egresos hospitalarios por afección principal

| Afección principal | Cantidad 2016 | Cantidad 2017 |
|---|------------------|------------------|
| F00-F09 T. Mentales orgánicos | 370 | 404 |
| F10-F19 T. Mentales debido al consumo de sustancias | 458 | 450 |
| F20-F29 Esquizofrenia, T. Esquizotípico y de ideas delirantes | 1519 | 1509 |
| F30-F39 T. del humor (afectivos) | 849 | 839 |
| F40-F49 T. Neuróticos y somatomorfos | 111 | 119 |
| F50-F59 T. Asociado a disfunciones fisiológicas | 2 | 5 |
| F60-F69 T. De la personalidad | 315 | 259 |
| F70-F79 Retraso mental | 153 | 104 |
| F80-F89 T. Del desarrollo psicológico | 0 | 1 |
| F90-F98 T. Del comportamiento en la infancia y adolescencia | 1 | 0 |
| Otras | 19 | 19 |
| Total | 3797 | 3709 |

Información obtenida de Servicios de Atención Psiquiátrica, 2017b y 2018.

Tabla 4. *Comparación de egresos hospitalarios por motivo de egreso*

| Motivo de egreso | Cantidad 2016 | Cantidad 2017 |
|----------------------|------------------|------------------|
| Mejoría | 3626 | 3561 |
| Voluntario | 152 | 129 |
| Pase a otro hospital | 17 | 19 |
| Defunción | 2 | 0 |
| Otro motivo | 0 | 0 |
| Total | 3797 | 3709 |

Información obtenida de Servicios de Atención Psiquiátrica, 2017b y 2018.

En cuanto a las actividades de Psicología Clínica, en el año 2016 se dieron 60,571 y en el 2017 bajó a 59,324 (Servicios de Atención Psiquiátrica, 2017b).

Como se observa, el diagnóstico de Esquizofrenia, T. Esquizotípico y de ideas delirantes, sigue siendo la causa principal de internamiento, seguido de los trastornos del humor (afectivos). Por ser las que presentan mayor frecuencia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, son las que se describirán a continuación, tomando la información de la Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 (2000):

Esquizofrenia

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción, y por los afectos embotados o inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservadas por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. Los fenómenos psicopatológicos más importantes incluyen eco, inserción, robo o difusión del pensamiento: percepciones delirantes o ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad; voces alucinatorias comentando o discutiendo sobre el paciente en tercera persona; trastornos del pensamiento y síntomas negativos (p.71).

Trastorno esquizotípico

Trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y anomalías en el pensamiento y la afectividad que se parecen a las vistas en la esquizofrenia,

aunque no se producen en ningún momento las anomalías esquizofrénicas características y definitorias. Los síntomas pueden incluir afectividad fría o inapropiada; anhedonia; comportamiento raro o excéntrico; tendencia al retraimiento social; ideas paranoides o extrañas que no llegan a ser delirantes; rumiaciones obsesivas; trastorno del pensamiento y alteraciones de la percepción; episodios ocasionales y transitorios casi psicóticos con ilusiones intensas, alucinaciones auditivas o de otro tipo, e ideas similares a las delirantes, que normalmente se producen sin provocación externa (p.77).

Trastorno de ideas delirantes

Trastorno caracterizado por el desarrollo de una idea delirante o una serie de ideas delirantes relacionadas entre sí, que habitualmente son persistentes y a veces persisten toda la vida (p.78).

Trastornos del humor (afectivos)

Es un grupo de trastornos cuya alteración fundamental es un cambio en el humor o en la afectividad hacia la depresión (con o sin ansiedad asociada) o la euforia. El cambio en el humor se suele acompañar de un cambio en el nivel general de actividad; los demás síntomas, en su mayoría, son secundarios a, o fácilmente comprensibles en el contexto del cambio en el humor y la actividad (p.89).

Con ésta información, se observa cuáles son las psicopatologías por las que acude el paciente al hospital, ya sea por voluntad propia o por decisión de sus familiares. Además se mostraron los egresos que son parte fundamental para conocer los servicios que brinda el hospital, uno de ellos es el servicio de Psicología, por ello, el siguiente capítulo abordará la intervención que se da en los pacientes psiquiátricos desde ésta disciplina.

Capítulo 4. La intervención psicológica

Primeramente, es necesario hacer referencia a la psiquiatría, entendida como la “rama de la medicina que se ocupa del tratamiento de la conducta patológica” (Pancheri, 1979, p.17), o bien, como menciona Sanjuán (2009) “es la rama de la medicina que se especializa en la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales” (p.23).

Ello es importante pues de esta manera, para elaborar y llevar a cabo un tratamiento no sólo farmacológico sino también psicológico se debe de definir ¿cuándo se trata de una conducta patológica? y ¿cuándo se dice que una conducta es normal? Esta disciplina es la que hace una separación entre lo normal y anormal, entre personas sanas y personas enfermas. De este modo, cuando se habla de conducta patológica se refiere a las distorsiones de conductas adaptativas ante el ambiente natural (Demaret, 1983).

Esto va a ser fundamental, pues será la base de la intervención psicológica, que es definida como:

La aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aún en ausencia de problemas (Bados, 2008. p.2).

Intervenciones psicosociales para personas con enfermedad mental

De acuerdo con la OMS (2010a, pp. 82-83), existen intervenciones psicológicas y sociales que se pueden dar de manera individual o grupal en pacientes con enfermedad mental, y algunas son las siguientes:

- Terapia cognitivo-conductual, las personas con trastornos mentales tienden a tener pensamientos distorsionados que si no se controlan pueden conducir a conductas perjudiciales.

- Terapia de manejo de contingencias, es un método estructurado de recompensar ciertas conductas deseadas.
- Terapia familiar, debe ser ofrecida a la familia o grupos de familias. Tiene funciones de apoyo y educativas o de tratamiento.
- Terapia de refuerzo motivacional, tiene la finalidad de ayudar a las personas dependientes de sustancias. Abarca un método para motivar al cambio utilizando técnicas de entrevistas motivacionales.
- Terapia de resolución de problemas, se identifican y se aíslan las áreas problemáticas claves que pudieran estar contribuyendo a los problemas de salud mental, para desglosarlas en tareas manejables y para resolver problemas y desarrollar estrategias de afrontamiento para problemas específicos.
- Capacitación en relajación, capacitar a la persona en técnicas tales como ejercicios de respiración y relajación progresiva para producir la respuesta de relajación.
- Terapia de habilidades sociales, reconstruye las habilidades y la capacidad de afrontar situaciones sociales para reducir las aflicciones de la vida diaria y mejorar la capacidad de comunicación y las interacciones sociales.

Como se ha mencionado anteriormente, la intervención o el tratamiento que se le brinde al paciente tiene que ser integral, es decir; que varias disciplinas se integren para mejorar la vida de los pacientes, y de su entorno tanto social y psicológico como biológico. Así mismo, se conoce que de acuerdo con cada patología, el tratamiento va a variar tanto en la parte biológica (farmacológico) como en la psicológica (psicoterapia), pues son diversos síntomas los que se presentan en cada una de ellas. Por ejemplo, en la esquizofrenia, Rascón, Hernández, Casanova, Alcántara & Sampedro (2011) consideran cuatro aspectos:

- Farmacológico
- Psicosocial
- Terapia familiar
- El manejo del paciente en la comunidad

El tratamiento farmacológico

La OMS (1985, en OMS, 2010b) menciona que el uso racional de los medicamentos hace hincapié en que “los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, en dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo de tiempo adecuado y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad” (p.7), ya que el tratamiento es fundamental en el control de la sintomatología del trastorno (Silva, Lovisi, Verdolin, Cavalcanti, 2012 en Giacchero & Inocenti, 2014).

La terapia psicosocial

Valencia, Murow & Rascón (2006) encontraron que la terapia psicosocial, la musicoterapia y las terapias múltiples en pacientes con esquizofrenia, proporcionaban una mejoría en el funcionamiento psicosocial, en la actividad global, y en la disminución de recaídas. Siendo la terapia psicosocial y la musicoterapia las más efectivas, presentando un nivel mayor de adherencia terapéutica y un menor grado de deserción.

La terapia familiar

Desde la perspectiva de la terapia familiar sistémica, específicamente del modelo estructural desarrollado por Salvador Minuchin, los problemas psicológicos se analizan de manera familiar, no individual. La intervención entonces se dirige a los cambios en la estructura familiar disfuncional para entonces eliminar el síntoma en alguno de los miembros de la familia (Soria, Montalvo & Herrera, 1998), así mismo

Proporcionar información sobre la enfermedad, modificar ciertas respuestas familiares, proporcionar apoyo en situaciones de crisis o de dificultad especial, competencias para mejorar la comunicación con el familiar afectado, y aprendizaje de habilidades de resolución de problemas y afrontamiento de conflictos, que la continuada convivencia con la enfermedad puede generar (Rodríguez y Pélaz, 2013, p.76).

Todo ello, con la intención de disminuir el sufrimiento que los ha llevado a buscar ayuda (Schlanger, Moratalla, Pérez, Cáceres & Macris, 2010).

Además, el trabajo terapéutico con las familias influye en un mejor pronóstico de la enfermedad mental y previene la aparición de trastornos adicionales en los familiares (Gunderson, 2002, en Rodríguez y Pélaz, 2013).

Por su parte, Gutiérrez, Saldarriaga & Gómez (2008) mencionan que las terapias más utilizadas han sido: 1) terapias psicoanalíticas, 2) terapias conductuales, 3) terapias de familia, 4) terapia de apoyo, 5) terapias cognitivas, y 6) terapia cognitiva-conductual. Sin embargo, refieren que las terapias psicoanalíticas no han demostrado su eficacia y que incluso se encuentran contraindicadas.

La terapia psicoanalítica

Desde el punto de vista psicoanalítico, la asociación libre va a ser lo primordial para la comprensión de la psicosis y la posibilidad de cambio, tomando en cuenta que desde este enfoque los síntomas no hacen al psicótico sino su estructura (Báez, 2007). Es decir, con este tipo de pacientes, las funciones que deben desarrollar los diferentes sistemas psíquicos no están adecuadamente establecidos, por lo tanto, no hay distinción entre lo interno y lo externo, entre el pasado y el presente, entre el yo y el objeto (Ingelmo, Ramos & Muñoz, 1997).

Un estudio realizado por Cruz, Muñoz & Rojas (2014) muestra que la intervención psicoanalítica funciona como prótesis temporal para pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia y depresión, trae consigo: 1) que no se presenten recaídas (en cuanto al internamiento), 2) que haya constancia (tomando en cuenta que se trataba de un servicio ambulatorio), 3) compromiso, 4) que no se presenten dificultades a la hora de tomar los medicamentos, y 5) que los pacientes mismos puedan identificar situaciones que los posicionan en vulnerabilidad. Lo principal fue asumirse como sujetos de lenguaje y de relación transferencial.

Terapia humanista

Es un tipo de terapia, “basada en el fundamento de que las personas tienen control de su comportamiento, pueden hacer elecciones sobre su vida y son esencialmente responsables de resolver sus propios problemas” (Feldman, 2017, p.510). Carl Rogers (1987, en Torres, 2006) enfatizó en que el hombre posee una tendencia innata e inconsciente a la autorrealización, que puede ser obstaculizada pero no destruida.

De acuerdo con esta postura “los trastornos psicológicos son resultado de la incapacidad de los individuos para hallarle sentido a su vida y de su sentimiento de soledad y desconexión con los demás” (Cain, 2002; Watson, Goldman y Greenberg, 2011; Lewis y Umbreit, 2015, en Feldman, 2017, p.510). Sin embargo, “no toma en cuenta el diagnóstico psiquiátrico (a no ser simplemente como referencia) para no etiquetar, ni limitar al ser humano (...) básicamente, la persona es responsable de su salud mental” (Carrazana, 2003, p.5).

A su vez, plantea la salud mental como una necesidad de todas las personas, sin importar el nivel al que llegan sus capacidades, ya que todo ser humano se puede realizar en la medida de sus potencialidades y posibilidades (Carrazana, 2003) pues “se encuentra en una constante actualización, tiene una tendencia innata hacia los niveles superiores de su salud y realización personal” (Carrazana, 2003, p.6).

Por último, “la psicología humanista-existencial basó sus investigaciones especialmente en la adecuada relación terapéutica, en la observación de personas autorrealizadas, en la relación del hombre autorrealizado con la sociedad y con la naturaleza” (Carrazana, 2003, p.17).

Terapia Cognitiva-Conductual

Pasando a otro enfoque en la Psicoterapia. La Terapia Cognitiva-Conductual, se define como la aplicación de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos cuidados empíricamente, se enfoca en la detección y cambios de conductas, pensamientos y respuestas emocionales desadaptadas (Plaud, 2001, en Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Presenta cuatro partes según Ruiz, Díaz & Villalobos (2012, p. 33):

- Trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas de carácter aprendido. El individuo tiene la responsabilidad en los procesos que le afectan y pueden ejercer control sobre ellos.
- Cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, la aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo.
- Tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita.
- Posee un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos.

De acuerdo con Fullana, Fernández, Bulbena & Toro (2011), refieren que “la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de primera elección para un número importante de trastornos mentales no psicóticos (...) aunque su eficacia es variable según el trastorno y el procedimiento de comparación escogido” (p.217)

La psicoterapia, tiene como finalidad la mejoría de la salud del paciente. Por ello, es fundamental que el paciente conozca todas las alternativas con las que cuenta (Korman, 2006), es decir; el paciente tiene el derecho de obtener información acerca de cuál es el enfoque que se está manejando y cuál es el mejor tratamiento para su problemática. Pues, de esta manera conocerá todo lo que implica el proceso terapéutico.

Por último, es importante aclarar, que, no hay un tratamiento universal para todas las patologías, ni todas las psicoterapias obtienen los mismo resultados en distintos lugares (Korman, 2006). Esto dependerá de cada caso único como paciente, pues, no todos contarán con las mismas herramientas para poder hacer frente a su enfermedad, algunos otros, no contarán con el apoyo de sus redes, en general, cada individuo reaccionará de manera diferente a su enfermedad, y por ello, reaccionará de manera diferente a la psicoterapia.

Haciendo énfasis en que la psicoterapia no es excluyente, más bien complementaria, los diferentes modelos deben ser adaptados a la situación de cada individuo para encontrar soluciones (García, 2008).

Esto no solo debe ocurrir en la psicoterapia, sino con su tratamiento en general. Las diferentes disciplinas que trabajan con el paciente psiquiátrico deben estar en constante actualización de sus herramientas/conocimientos. Por ello, en las páginas siguientes se hablará sobre la rehabilitación, tomando en cuenta que en ésta área se trabaja de manera multidisciplinar.

Capítulo 5. La rehabilitación como proceso terapéutico.

La rehabilitación como uno de los procesos terapéuticos, se presentó como una nueva forma de tratar de integrar a pacientes de hospitales de la comunidad y ampliar sus derechos (Onocko, Costa, Barbosa, Ricci, Tavares, Janeth, Chavez, Reis & Davidson, 2017).

¿Qué es la rehabilitación?

Entendida como “el restablecimiento de los roles sociales e instrumentales a través de procedimientos de aprendizaje y provisión de soportes sociales; la recuperación supone incrementar la participación de la persona en áreas significativas de la vida social” (Sáiz, Fernández & González, 1998, en Muñoz, Manzano, De la Hera, Rivera, Chamorro & Plaza, 2011, p.626). Ha ido tomando importancia para el tratamiento del paciente psiquiátrico puesto que es eficaz en los procesos de desinstitutionalización, recuperación e inclusión social (Hernández, 2011). Tiene como objetivo reducir las limitaciones cognitivas y sintomáticas del paciente, que dificultan su proceso de socialización y ocupacional a través de la administración de psicofármacos y el aprendizaje de habilidades para mejorar los déficits en el ámbito social, familiar y ocupacional (Herraiz, 1999), además de devolverle autonomía, que sea capaz de funcionar independientemente de su familia, sin ser individualista, que pueda establecer relaciones con los demás de manera que él mismo pueda hacer sus actividades, etc.

Aquí se hace referencia a la rehabilitación integral ya que se lleva a cabo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. De acuerdo con González, Bustamante, Jiménez & Gámez, (2014), “la combinación de la psicofarmacología y la psicoterapia, en sus diferentes modalidades, para el tratamiento de los trastornos mentales ha mostrado una efectividad superior que con el manejo aislado” (p.148), es entonces que el tratamiento integral va a ser necesario en el cuidado del paciente psiquiátrico.

La rehabilitación va a mejorar el área de funcionamiento psicosocial, pues como refieren Díaz, Rascón, Valencia, Unikel, Murow, Rascón, Leños & Ortega (1999) en un

programa de rehabilitación y seguimiento a 1 y 2 años con pacientes esquizofrénicos (y familiares) de consulta externa, disminuyó el número de recaídas y rehospitalizaciones, se presentó una mejoría en las habilidades de socialización y empleo del tiempo libre, hubo mayor satisfacción y conciencia de enfermedad, y mejor nivel de adaptación, además, disminuyeron los trastornos emocionales en los familiares. Más tarde, en 2005 con el mismo programa interdisciplinario integral, se obtuvo un nivel superior de adaptación clínica y apego terapéutico, en el que el auto-cuidado, las relaciones familiares, interpersonales y el área laboral presentaban cambios significativos (Díaz, Ortega, Leños, Rodríguez, Rascón, Valencia, Gutiérrez, Mares & Sánchez, 2005). Cabe señalar que el área social, tal como su nombre lo dice, incluye otros aspectos más que del individuo mismo, es decir; tanto la familia, como la comunidad y sus personas más cercanas (amigos, vecinos, etc.) van a tener un rol muy importante pues el objetivo es que se realicen adaptaciones para que las personas con trastornos mentales vivan como ciudadanos independientemente de los síntomas que puedan manifestar (Onocko, Costa, Barbosa, Ricci, Tavares, Janeth, Chavez, Reis & Davidson, 2017).

Una de las adaptaciones que propone Ávalos (2004) es la arquitectura, pues menciona que ésta no ha logrado la satisfacción y la necesidad de que los sujetos puedan reinsertarse a la sociedad. En cambio, su propuesta es la de una instancia intermedia entre el hospital y la comunidad que le otorgue herramientas para reinsertarse en la misma, es decir, que el paciente realice proyectos por los cuales se sienta capaz de hacer algo por sí mismo para que después los exponga a la comunidad, de esta manera, se va a realizar un intercambio social con personas “normales”. La reinserción del individuo a la sociedad se dará de manera efectiva, pues se habla de una relación del centro con la sociedad, de rehabilitación psicomotora y de rehabilitación laboral.

En cuanto a esta última, es donde el paciente requiere mayor autonomía e independencia. Se ha visto que para un paciente psiquiátrico esta área puede verse afectada, ya sea por la discriminación que presenta, la baja funcionalidad del individuo e incluso pueden sufrir violaciones de sus derechos humanos y de estigma social

(OMS, 2004). Para ello, se ha creado entre otros modelos laborales en España, el Modelo CRL (Centro de rehabilitación laboral), éste al darse de un modo individualizado se va a enfocar en preparar y apoyar a la inserción en el mundo laboral a personas con problemas psiquiátricos (Hernández, 2011).

Es necesario que se cuente con este tipo de rehabilitación ya que no solo se interviene en el ámbito familiar y/o social, sino en la parte laboral, para que el individuo cuente con las habilidades necesarias para realizar otras actividades encaminadas a la funcionalidad e independencia.

La terapia ocupacional

La terapia ocupacional ha sido de vital importancia para la rehabilitación del paciente psiquiátrico, es definida como:

El uso terapéutico de actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 1986 en Alegre, 2010, p.11).

Además, se considera un método revolucionario capaz de devolverles su dignidad, independencia y cordura a las personas (Heredia, 2017), es decir, va a fomentar la calidad de vida para que el individuo pueda realizar sus actividades diarias de manera independiente, por ejemplo: una lesión, una discapacidad, o en este caso una enfermedad mental (Terapia Ocupacional, 2013). Ésta, como menciona Rueda, Valdebenito & Lolas (2005), va a adquirir un rol determinante con sus funciones de ajuste de los comportamientos desadaptativos, entrenamiento de las habilidades socio-laborales, evaluación de los niveles de discapacidad, establecimiento de las desventajas culturales, integración de la familia y redes de apoyo. Pues la atención debe estar centrada en el paciente y en los cambios que se presentan para que se logre la funcionalidad.

En un estudio realizado por Rodríguez, Martínez, González, Rodríguez, Zamora, Sierra & Muñoz (2015) se determinó la utilidad de la terapia ocupacional en pacientes psiquiátricos de larga estadía. Para ello, se establecieron niveles de rehabilitación (I-V), que indicaban cierto grado de complejidad. Se obtuvo que al inicio del tratamiento, la mayoría de los pacientes se encontraban en el nivel I. Al final de dicho estudio, los pacientes ascendieron a los niveles II, III, IV, y V, esto independientemente de la patología que presentaban. Como se puede observar, la terapia ocupacional va a ser necesaria para el paciente psiquiátrico, pues de esta manera, tanto su funcionalidad como su independencia van a aumentar, además de potencializar sus habilidades para mejorar su reinserción social y familiar. Agregándole a ello la autonomía y la competencia ya que en un tratamiento psiquiátrico se deben de promover estos dos elementos en el paciente (León, 2010), además de la independencia –como ya se ha mencionado anteriormente– ya que van a ser factores esenciales para que el individuo pueda desarrollar una mejor reinserción.

Así mismo, un estudio realizado en Madrid, por Muñoz, Manzano, Hera, Rivera, Chamorro & Plaza (2011) se planteó un posible modelo de reorganización de pacientes provenientes de cuatro unidades de salud mental. Para ello, identificó 4 grupos de pacientes en la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados, los cuales eran: Dependiente Institucionalizado (DI), Independiente Institucionalizado (II), Dependiente No Institucionalizado (DNI) e Independiente No Institucionalizado (INI), esto se obtuvo con la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y los años de institucionalización. El objetivo fue clasificar a los pacientes según su funcionamiento psicosocial, para mejorar su tratamiento adaptándolo a las necesidades que presentara. Se encontró que los pacientes que fueron ubicados dentro de los grupos: II e INI presentaron mayores probabilidades de desarrollar una adecuada reinserción, esto por el nivel de independencia. Además el grupo DNI, también presentaba posibilidades, ya que los años en la institución eran menores. Esto da cuenta de que, en las diferentes disciplinas, se deben implementar estrategias terapéuticas que favorezcan para que el paciente pueda tanto disminuir la dependencia como favorecer la reinserción.

Un concepto muy importante durante este proceso es el de flexibilidad cognitiva, considerada como una habilidad para cambiar pensamientos o acciones, que además de otros, en el paciente psiquiátrico se encuentran alterados, ello repercute en las actividades de la vida diaria. Un estudio llevado a cabo por Ramírez & Ostrosky (2012) dónde se evaluó el desempeño en tareas de flexibilidad cognitiva en pacientes con Traumatismo Craneoencefálico muestra los procesos que se encuentran alterados: aprendizaje, regulación de pensamiento y acciones, esto es importante puesto que, en los pacientes psiquiátricos las funciones cognitivas también se encuentran alteradas.

Por ello, será fundamental que se empleen estrategias o programas de intervención cognitiva y conductual para que los pacientes mejoren su reinserción social, académica y laboral (Ramírez & Ostrosky, 2012).

5.1. Principales conceptos desarrollados en el proceso de rehabilitación.

A lo largo del servicio social, se planearon actividades individuales y grupales en torno a temas o conceptos, para entenderlo, a continuación se mencionarán en que consiste cada uno.

La entrevista

Para esta definición, se retomará a Sullivan (1964), pues, la definición que brinda sobre el término ha sido la mayormente usada por los especialistas. Ésta, se refiere a:

Una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado (...) a lo cual éste espera obtener algún beneficio (p.26).

La entrevista se realiza con el fin de conocer al paciente, a ello se le agregan los objetivos de evaluar, diagnosticar e investigar, ya que estos aspectos permiten una dirección de trabajo (Colín, Galindo & Saucedo, 2012). El trabajo del entrevistador, entonces, consiste en facilitar la comunicación con el entrevistado, pues como menciona Rojas (2017), el paciente psiquiátrico aprende que es más seguro no

comunicar a otros lo que le es importante, sea por temor al rechazo, burlas, etiquetas, e incluso a que aumenten las dosis o los medicamentos. Por lo tanto, para que la comunicación se dé entre estas personas, primeramente se debe establecer una buena relación interpersonal, de esta manera el entrevistado se sentirá comprendido y libre de expresar lo que quiere.

Otra definición viene de Díaz, Torruco, Martínez & Varela (2013), ellos refieren que la entrevista, es una técnica de investigación cualitativa, que brindará información profunda y detallada de la persona, en la cual se pueden aclarar dudas y ampliar. Como mencionan, hay 3 tipos de entrevista, los cuales son:

- Estructuradas o enfocadas, preguntas que tienen un orden ya establecido y se presentan bajo una forma rígida. Una de las ventajas es que con ellas se facilita la clasificación y el análisis. Sin embargo presenta baja flexibilidad, no se adapta al entrevistado, y hay menor profundidad.
- Semiestructuradas, éstas presentan una mayor flexibilidad ya que tiene preguntas planeadas que pueden ajustarse a las características de los entrevistados, por lo tanto, hay mayor adaptación y se pueden esclarecer las dudas.
- Entrevistas no estructuradas, éstas son informales, flexibles, y se planean para que se adapten al sujeto, además presentan mayor libertad para el entrevistado. Sin embargo, una desventaja es que se pueden presentar lagunas de información, puesto que no hay un orden establecido.

Por último, de la entrevista, se sabe que:

Requiere de técnicas [son los procedimientos subjetivos que la perfilan bajo cierto marco teórico y herramientas (como genogramas, formularios, etc.)], que se utilizan para analizar eventos específicos de la vida del sujeto y transformarla en información pertinente para el caso en cuestión (Colín, Galindo & Saucedo, 2012, p.18).

Estimulación cognitiva

En los pacientes psiquiátricos suele presentarse algún deterioro cognitivo (alteración de las capacidades mentales superiores) ya sea por la enfermedad, algún accidente o en ocasiones pueden darse alteraciones en las cogniciones por efectos secundarios de los medicamentos, por ello es necesario contar con tareas que le sean estimulantes a los pacientes y que les beneficien para un mejor rendimiento, puesto que, por ejemplo, cuando se tiene una enfermedad, se deterioran las actividades a medida que progresa, ahora el individuo ya no puede realizar actividades que antes hacía, se presentan cambios en su vida diaria incidiendo de forma desigual en cada individuo y su grupo familiar.

Se tienen como objetivos: restaurar habilidades cognitivas, enlentecer la progresión de deterioro y el mejorar el estado funcional del enfermo, procurar su estabilización en el mayor tiempo posible, controlar los síntomas y prevenir las complicaciones y problemas de salud más prevalentes (Tárraga, Boada, Morera, Doménech, & Llorente, 1999). Cabe señalar que se trata de intervenciones no farmacológicas en personas con este tipo de deterioro, es decir; complementan al tratamiento farmacológico, ya que son actividades y estrategias de intervención dirigidas a potenciar la neuroplasticidad, estimulando las funciones y procesos cognitivos preservados (Martínez, 2002).

Entrenamiento en habilidades sociales

La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas de los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986 en Caballo, 2007, p.6).

Algunos de los elementos más utilizados han sido: la mirada/contacto ocular, las cualidades de la voz, la expresión facial y corporal, la apariencia física, los gestos, el tiempo de conversación y el contenido verbal de la misma, etc. (Caballo, 2007).

Ballesteros (1994 en Betina & Contini, 2011, p.163) señala las características que presentan las habilidades sociales:

- Heterogeneidad, ya que el constructo habilidades sociales incluye una diversidad de comportamientos en distintas etapas evolutivas, en diversos niveles de funcionamiento y en todos los contextos en los que puede tener lugar la actividad humana.
- Naturaleza interactiva del comportamiento social, al tratarse de una conducta interdependiente, ajustada a los comportamientos de los interlocutores en un contexto determinado, el comportamiento social aparece en una secuencia establecida y se realiza de un modo integrado.
- Especificidad situacional del comportamiento social, por lo que resulta imprescindible la consideración de los contextos socioculturales.

Psicomotricidad

La psicomotricidad se debe comprender a partir de una concepción unitaria, una unidad psico-afectiva-motriz en la que el tono muscular es esencial. En su función motriz ese tono mantiene la postura y posibilita el movimiento, en su función cognitiva confirma las actitudes volviéndose intermediario entre el acto y la situación que lo desencadena y en su función afectiva conserva una estrecha relación con la vivencia y la expresión de las emociones (Quirós & Arraéz, 2005). Es decir, la psicomotricidad estudia e interviene en el desarrollo motor en vinculación con el pensamiento y emociones.

Algunos elementos de la psicomotricidad son: la respiración, sensación, percepción, tono muscular, equilibrio, coordinación, esquema corporal, espacio, lateralidad, etc. (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010).

Actividades lúdicas y recreativas

Éstas se refieren a la posibilidad de que se dé un aprendizaje significativo de manera activa y agradable, ya que es una herramienta didáctica que desarrolla integralmente, genera gozo y libera al individuo a cambio de controlarlo. Así mismo, se refiere a la búsqueda de la formación de sujetos activos, capaces de tomar decisiones

y emitir juicios de valor. Requiriendo la participación activa de instructores (Posada, 2014). Dentro del hospital se realizan estas actividades para que los pacientes puedan desenvolverse e interactuar con sus compañeros, a su vez que estimula los procesos cognitivos como la memoria, el pensamiento, la atención, la psicomotricidad, etc. Se emplean juegos como: jenga, caras y gestos, dominó, damas chinas, realizar dibujos, colorear, entre otros, para estimular su creatividad.

Acompañamiento terapéutico

Una de las actividades que se realiza es el acompañamiento terapéutico, en ésta el terapeuta creará un espacio de confianza y calidez para generar bienestar en el paciente. Es sumamente importante pues, como reportan Rosique, González de Vega & Sanz (2014) es una “técnica que debe encuadrarse dentro del trabajo más amplio de un equipo multiprofesional que atienda todas las necesidades del paciente pero que, a su vez, se pretenda desinstitucionalizarlo” (p.584). Esta técnica fue llevada a cabo con una paciente con trastorno mental grave durante un año, con ello se logró establecer un vínculo tanto con el terapeuta como con su familia, se impulsó el proyecto vital a través de las necesidades y los deseos de la paciente (Rosique, González de Vega & Sanz, 2014).

Dentro del acompañamiento terapéutico, es imprescindible que el personal; tanto enfermeros, como psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos, brinden la atención necesaria a los pacientes, pues como menciona Stephenson (2016) en experiencia propia, al estar en una unidad psiquiátrica, la atención hacia los pacientes y hacia él fue escasa, por otro lado, refiere que una gran ayuda fue el estar en contacto con otros pacientes y con su médico.

La rehabilitación como proceso terapéutico, va a ayudar al paciente a reincorporarse a la sociedad, esto, proporcionándole herramientas y dotándolo de habilidades que le ayudarán a llevar una mejor calidad de vida fuera del hospital. Son brindadas por diferentes profesionales de la salud, lo que lo hace enriquecedor para el paciente. Un ejemplo de ello es la Psicoeducación, la puede brindar cualquier profesional de la salud que posea un entrenamiento en el tema, y experiencia con este tipo de población, el siguiente capítulo se enfocará en ello.

Capítulo 6. Psicoeducación

La psicoeducación, consiste en la explicación en forma breve del modelo teórico de trabajo, dándole al paciente información sobre sus problemas y padecimientos, siendo el principal efecto la adherencia al tratamiento (Camacho, 2003), en otras palabras, se trata de un proceso para que el individuo desarrolle sus capacidades con ayuda de la información para afrontar su situación, a su vez, el paciente se sentirá comprendido por lo que le ocurre.

En el hospital psiquiátrico, lo que se pretende es brindar esta información al paciente y aplicarla para un posterior tratamiento. Consta de una explicación detallada de la enfermedad, de sus posibles causas, de sus manifestaciones, de la prevención de las recaídas y de cada una de las estrategias psicoterapéuticas (Díaz, et al., 1999) pues

Enriquece y aclara la opinión de las causas y efectos de la enfermedad, el entendimiento disminuye el riesgo de recaídas y de rehospitalizaciones. También permite reducir el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento, entre otros aspectos (Rascón, et al., 2011, p.1).

Al entender la enfermedad y la información de: cómo se manifiesta, los síntomas, las consecuencias, etc., la persona de alguna manera sabrá qué es lo que le está sucediendo, y en el caso de los familiares, además de saber qué hacer, la psicoeducación va a contribuir a la desculpabilización que se tiene de ser responsable de la etiología de la enfermedad, y a la identificación de síntomas de recaída, a la identificación de factores estresantes, importancia del tratamiento farmacológico, entrenamiento en habilidades comunicativas y de solución de problemas, así como en el diseño de estrategias de afrontamiento ante el estrés personal y familiar (Ribes, 2001), también va a contribuir en la modificación de prejuicios y estigmas sociales que se le tienen a enfermos psiquiátricos (Rosas, 2015).

¿Quiénes lo pueden brindar?

La psicoeducación, la brinda la persona que sea integrante del equipo de salud mental, esto es; trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, médicos/psiquiatras, ya que ellos son los que tienen experiencia directa con los pacientes. Y para que sea más efectiva la información que se brinda a los familiares y pacientes, como plantean Rascón, et al. (2011) en su Guía Psicoeducativa, es necesario que al menos sean dos personas las que llevan a cabo cada sesión, para que roten o alternen las funciones de cada clase, éstas deben tener experiencia en el manejo de grupos y trato con pacientes y familiares, además de ser empáticos y cordiales. Pues al estar frente a una audiencia que posiblemente desconoce sobre las enfermedades, las personas expositoras deben ser claras y precisas al brindar la información, además de responder a preguntas, pues en la mayoría de casos, los familiares están completamente llenos de dudas, que con ayuda de los profesionales de salud van a poder esclarecer y entender la enfermedad.

Algunos de los objetivos de la psicoeducación que mencionan Rascón, et al., (2011, p.7) son:

- Que el participante adquiera información y conocimientos sobre los trastornos mentales.
- Mejorar la 'adherencia al tratamiento' con el fin de cumplir con el régimen terapéutico prescrito (toma de medicamentos, citas clínicas, controles terapéuticos, etc.).
- Reconocer los síntomas de alerta en caso de recaídas.
- Elaborar estrategias realistas de enfrentamiento a situaciones de crisis.
- Reconocer la importancia del autocuidado y desarrollar las aptitudes necesarias para procurar una mejor calidad de vida.
- Comprender las creencias y los prejuicios ante la enfermedad mental y encontrar la mejor manera de enfrentar el estigma.
- Y promover estrategias de formación de redes de apoyo social.

¿En qué momento es conveniente brindar la psicoeducación?

En todo momento, pues es necesario que la población esté informada acerca de ¿qué son los trastornos mentales? De esta manera se atendería el individuo, le darían mayor importancia a la salud mental, podrían identificar alguna conducta “no normal”, identificar los síntomas, además, no se tendrían tantos prejuicios y discriminación a este tipo de población e incluso a la familia que lo rodea.

Rascón, et al., (2011) hacen referencia al proceso de enfermedad en donde se van dando modificaciones, éstas son las siguientes:

- Fase I, en la que se experimenta el síntoma o malestar.
- Fase II, en la que se asume el papel de enfermo.
- Fase III, en la que se toma contacto con el personal de salud.
- Fase IV, en la que el enfermo asume el tratamiento médico y las opciones terapéuticas.
- Fase V, en la que tiene lugar la aceptación de la condición de enfermedad si ésta es crónica, seguida de la recuperación.

En cada una de estas fases va a ser importante que se brinde psicoeducación, incluso antes, desde la prevención. Cuando las personas cuentan con esta información, podrán identificar síntomas que se estén manifestando, tanto en ellos mismos como en sus familiares o amigos, además, como refiere Ribes (2001) las preguntas y comentarios que se tengan de la enfermedad, y sobre todo la comunicación de experiencias tanto personales como familiares van a cumplir un papel muy importante en la psicoeducación.

En un estudio realizado por Herraiz (1999) se realizó un programa de intervención psicoeducativo dirigido a internos residentes en el departamento de psiquiatría. Las sesiones abarcaban temas como: aspectos de la enfermedad y medicación, aprendizaje de habilidades sociales, recursos disponibles a nivel psiquiátrico dentro y fuera del establecimiento, educación para la salud, información de drogas, etc. Para ello, se basaron en la evaluación por medio de instrumentos antes y después del programa. En aspectos de la enfermedad, medicación, y habilidades sociales, se

presentó un incremento en la puntuación, además, el programa fue bien recibido por los internos. Esto pudiera ser un factor decisivo ya que se tiene contacto con los profesionales y por lo tanto, la psicoeducación va a ser relevante y necesaria en el tratamiento con el paciente. Sin embargo, hay que considerar que la psicoeducación debe ser complementaria a algún tratamiento, pues como refiere Rosas (2015), al comparar una intervención cognitivo-conductual y otra de tipo psicoeducativo en pacientes psiquiátricos ambulatorios con esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad (TLP) y trastornos del estado de ánimo, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las dos técnicas, ya que ninguna de ellas es más eficaz que la otra. Por otro lado, la combinación de ambas podría traer mayores beneficios para el paciente y para sus familiares, ya que la psicoeducación es considerada efectiva en la reducción de malestares.

La psicoeducación va a tener un papel muy importante en la enfermedad, ya que el paciente y la familia contarán con la información y podrán aplicarla a lo que acontece. No obstante, debe considerarse como una herramienta que debe de ir acompañada de otras, mas no aislada. Es por ello, que en las siguientes páginas se mostrarán los resultados obtenidos durante el servicio social, tomando en cuenta que son diferentes actividades las que se planean y llevan a cabo con los pacientes, es decir; son integradoras puesto que abarcan temas que son necesarios trabajar durante el proceso de rehabilitación. Posteriormente, se mencionarán las recomendaciones/sugerencias en torno a las actividades realizadas y a la propuesta hacia el programa de servicio social.

RESULTADOS OBTENIDOS

Aquí se presentarán los resultados obtenidos de las actividades realizadas en el servicio social, que consisten en 4 individuales y 8 grupales. En las individuales se mencionarán:

- 1) Presentación de caso clínico
- 2) Presentación del libro “Dinámica de grupos: técnicas y tácticas”
- 3) Presentación sobre algún tema relacionado con Psicopatología
- 4) Elaboración de nota SOAP

En cuanto a las actividades grupales son:

- 1) Estimulación cognitiva
- 2) Entrenamiento en habilidades sociales
- 3) Psicomotricidad
- 4) Psicoeducación
- 5) Actividades lúdicas y sociorecreativas
- 6) Acompañamiento, apoyo en actividad y reforzamiento verbal en talleres de neuro-estimulación
- 7) Acompañamiento y entrevista en jardín
- 8) Acompañamiento durante proyección de cine y eventos especiales

A continuación se desglosará cada una de las actividades empezando por las individuales.

Actividades individuales

- 1) Presentación de caso clínico.

Estas exposiciones se realizaron con el objetivo de conocer y reforzar los conocimientos de la psicopatología, ya que al trabajar con pacientes psiquiátricos la observación es directa. Junto a ello, la aplicación y técnica de la entrevista ya que repercute en la información que se obtenga del paciente.

Otro punto importante es la discusión que se realiza en el seminario, donde los pasantes de Psicología, hacen preguntas y aclaran sus dudas sobre el caso, pues no todos tienen la misma percepción del paciente.

Todas estas actividades serán herramientas fundamentales en el Psicólogo, ahora no sólo se tienen los conocimientos teóricos sino también prácticos.

Continuando con las presentaciones, se realizaron dos. La primera de ellas con el nombre de "ISA" una paciente que presentaba los síntomas de esquizofrenia indiferenciada. Se expuso la ficha de identificación, el motivo de consulta, examen mental, familiograma, antecedentes (de enfermedad, familiares, psicosexuales, marital y de relaciones, escolar, y ocupacional), tiempo libre/hobbies, cuadro clínico, diagnóstico y recomendaciones.

Esta información fue recabada en 5 entrevistas de 40 minutos aproximadamente (del 4 al 18 de Marzo del 2017), en las que ella se presentó accesible y cooperadora.

En la siguiente tabla se presenta más detalladamente la información.

| CASO CLÍNICO "ISA" | |
|---------------------------|---|
| EDAD | 46 años |
| OCUPACIÓN | Ama de casa |
| RELIGIÓN | Católica |
| ESCOLARIDAD | Universidad trunca |
| NIVEL SOCIOECONÓMICO | Medio-bajo |
| MOTIVO DE CONSULTA | "Me quieren meter por cualquier cosa, es que mi hermana es abogada" sic. pac. |
| HISTORIA DE LA ENFERMEDAD | A los 4-5 años empezó a escuchar voces y veía cosas "veía gente de otros mundos" sic. pac., se describe como una persona antisocial. Durante la adolescencia, menciona que no tenía amigos. A los 18 años refiere "veía hombres que me querían sacar los ojos" sic. pac. Tiempo después menciona que se intentó suicidar "tuve uno, pero ¿sabes con qué fue? me tomé 5 pastillas, yo jamás me voy a quitar la vida" sic. pac. |

| | |
|-------------|---|
| SÍNTOMAS | <ul style="list-style-type: none"> • Refiere no sentir placer al tener relaciones sexuales. No se relaciona con hombres. • Ataques de agresividad. • Delirios. Presenta ideas de que su hermana la dejó ahí para deshacerse de ella. Ideas místico-religiosas. • Aplanamiento afectivo. • Alteraciones en las relaciones interpersonales y cuidado de sí misma (hábitos). • Alucinaciones auditivas, refiere no querer que se las quiten. • Alteraciones en la marcha (catatonia). |
| DIAGNÓSTICO | Esquizofrenia Indiferenciada. |

El segundo caso, fue una paciente llamada “NAN” con intento de suicidio reciente, ella refería haberse sentido ansiosa y estresada. Durante la primera entrevista se presentó accesible y con llanto fácil, aunque en las siguientes se mostró evasiva y poco cooperadora, además presentaba alteraciones en las funciones mentales superiores y alteraciones en las relaciones interpersonales. De acuerdo con el seminario y asesoría posterior, se le diagnosticó: Retraso mental leve y trastorno límite de la personalidad con síntomas dependientes. Para esta presentación, se realizaron 4 entrevistas con la paciente el 28 de Mayo, 3, 4 y 11 de Junio del 2017, cada una de 25 a 30 minutos aproximadamente, y una entrevista de 40 minutos con 3 familiares, éstos brindaron información adicional e incluso la contradijeron. Aquí, se observó la dinámica y los roles que tenían como familia.

En la siguiente tabla, se presenta la información.

| CASO CLÍNICO "NAN" | |
|----------------------|---|
| EDAD | 27 años |
| OCUPACIÓN | Sin ocupación actual →desempleada (en ese momento) |
| ESCOLARIDAD | Carrera técnica |
| NIVEL SOCIOECONÓMICO | Bajo |
| MOTIVO DE CONSULTA | “tuve una crisis de nervios, e intente ahorcarme, me sentía muy estresada y con ansiedad” sic. pac. |

| | |
|----------------------------------|---|
| <p>HISTORIA DE LA ENFERMEDAD</p> | <p>Refiere haber sufrido una violación a los 4 años "era la pareja de mi mamá, me sentía triste" sic. pac. Asistió a preescolar de educación especial, presentaba problemas de aprendizaje y conducta. Menciona que la molestaban en la primaria y en la secundaria. Empieza a consumir sustancias desde los 12 años. A los 15 años se embaraza de una persona de 62 años de edad "yo lo veía como si fuera mi padre" sic. pac. Intenta suicidarse a los 27 años cuando se entera de que una vecina se ahorcó, durante ese periodo refieren sus familiares que en el trabajo le notificaron a su madre que había cambiado mucho "la veían rara". Refiere tener miedo a quedarse sola.</p> |
| <p>SÍNTOMAS</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad en las relaciones interpersonales. • Alteraciones cognitivas (en la memoria y percepción). • Alteración en el comportamiento. • Juicio pobre. • Interferencia en el funcionamiento personal. • Alteración en la regulación emocional. • Dependencia. • Autolesiones |
| <p>DIAGNÓSTICO</p> | <p>Retraso mental leve (C.I. 68). Trastorno límite de la personalidad con síntomas dependientes.</p> |

Claro está que cuando se expone dentro de un seminario, el presentar un caso clínico, así como el diagnóstico y el tratamiento de un paciente, van a enriquecer el conocimiento por parte de los pasantes, ya que posiblemente no se tenían ideas contempladas, además, cuando se realiza esta revisión, los conocimientos se amplían y complementan, e incluso se esclarecen dudas sobre el caso.

2) Presentación del libro "Dinámica de grupos: técnicas y tácticas".

Para ello, se dividió todo el libro entre los pasantes de psicología, quedando: a) definición de grupo desde diferentes autores, b) técnicas, y c) tácticas.

En este caso, se expusieron técnicas grupales las cuáles son: a) actividades recreativas, b) asamblea, c) conferencia, d) congresos, e) técnica demostrativa y f) diálogo. A continuación se explicará brevemente cada una de ellas.

- a) Actividades recreativas, estas ayudan a la integración del grupo ya que facilita la comunicación entre los miembros, por lo tanto, se utilizan en grupos recién

formados. 1) El grupo elige una actividad, 2) si alguien del grupo la desconoce, se explica, 3) se realiza un juego de “prueba”, y 4) finaliza cuando el tiempo o el juego hayan concluido.

- b) Asamblea, se compone de un auditorio, mesa directiva y proyectistas, en la que los miembros de la mesa directiva toman decisiones y tienen el control del tema que se va a discutir. 1) Se elige a la mesa directiva para presentar el material, 2) se elige un moderador, 3) el auditorio recibe la información de manera activa, y 4) se obtienen conclusiones del debate.
- c) Conferencia, permite la presentación de la información de manera completa y detallada del tema, en donde el expositor requiere un alto grado de competencia. 1) Se selecciona a la persona capacitada, 2) la exposición debe ser clara y completa, 3) el resto permanece atento, 4) el moderador interviene y da algunos minutos para que el expositor responda las preguntas que realizó el auditorio.
- d) Congresos, es una reunión con el propósito de impartir e intercambiar información entre especialistas. Los participantes hacen sugerencias para el mejoramiento. 1) Se elige una comisión encargada de la organización y dirección, 2) selecciona el tema, los invitados y el lugar, 3) cada participante prepara su tema y lo expone, 4) se realizan talleres, y 5) archivan los trabajos y los resultados para elaborar una memoria.
- e) Técnica demostrativa, se emplea cuando el trabajo requiere algo manual, un instructor ejecuta y explica una operación frente al grupo. 1) El instructor explica en qué consiste la operación, 2) muestra y ejecuta la operación mientras el grupo observa, 3) repite y señala los detalles, 4) cuando termina, los participantes realizan por si solos la operación, y 5) cuando el trabajo ha finalizado, el instructor evalúa individualmente.
- f) Diálogo, se asigna a dos integrantes del grupo la responsabilidad de pensar y obtener datos de un tema para la reunión. Ayuda a que los expositores con pocas actitudes puedan presentar sus ideas. 1) El grupo escoge a dos personas quienes exponen su trabajo frente al auditorio, 2) la exposición se realiza a

manera de diálogo, 3) el auditorio obtiene la información, y 4) las conclusiones se hacen en colaboración con todo el grupo.

En cada una de las técnicas se dieron algunos ejemplos para que quedara más claro el tema. Al finalizar, se concluyó ¿para qué nos sirve conocer estas técnicas?

Debido a que se trabaja con grupos, es importante que se tengan los conocimientos necesarios para aplicar una técnica o adaptarla de acuerdo con el grupo que se trabaja, también, el ver las diferencias y función de cada una de ellas.

3) Presentación de algún tema relacionado con Psicopatología

Se realizaron dos: estructura del expediente clínico y trastornos neurológicos.

En el primero de ellos se explicó: ¿qué es un expediente?, ¿quién lo realiza? ¿cuáles son los datos que contiene?, y ¿en qué área está presente el psicólogo?.

Los siguientes datos se tomaron de un expediente clínico del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, las secciones que lo conforman son tres: área médica, área administrativa y egreso.

El área médica se divide en:

- a) hoja frontal de problemas
- b) hoja de conciencia de medicamento
- c) indicaciones médicas
- d) notas de evolución
- e) perfil farmacoterapéutico
- f) nota de ingreso
- g) historia clínica
- h) nota de referencia/traslado
- i) resultados de estudios de laboratorio/gabinete
- j) hoja de solicitud de interconsulta
- k) hoja de enfermería
- l) hoja de envío o terapia
- m) pruebas psicométricas
- n) estudio socioeconómico y familiograma

El área administrativa:

- a) solicitud de internamiento
- b) consentimiento informado
- c) carta responsiva
- d) solicitud de admisión
- e) hoja de autorización de salida al egreso
- f) recibo de pago

Egreso:

- a) hoja de egreso y de ISSSTE
- b) hoja de atención domiciliaria

Para el segundo tema, trastornos neurológicos, se explicó: ¿qué es un padecimiento?, ¿qué es un trastorno?, ¿qué es un trastorno neurológico? Y los 10 trastornos más comunes o conocidos: 1) demencia, 2) epilepsia, 3) cefaleas y sus tipos, 4) esclerosis múltiple, 5) infecciones neurológicas, 6) trastornos neurológicos asociados con malnutrición, 7) dolor asociado con trastornos neurológicos, 8) enfermedad de Parkinson, 9) enfermedad cerebrovascular, y 10) lesión traumática cerebral.

Para cada uno de ellos se presentó de manera breve: ¿en qué consiste la enfermedad?, ¿cuáles son los síntomas principales?, ¿cuál es el tratamiento?, y en ocasiones, se brindaron algunos datos estadísticos. Cabe señalar que también se abordaron las consecuencias que traen consigo para la familia, para el ámbito económico, la atención necesitada (incluyendo la Psicológica), y el poco conocimiento que se tiene sobre las enfermedades.

Estas presentaciones permitieron adquirir conocimientos e incluso ampliarse. Un ejemplo muy claro, es el expediente clínico, es decir, teóricamente o conceptualmente se conoce (¿para qué es?, ¿qué elementos contiene?, etc.), pero, todos tienen acceso a él.

4) Elaboración de nota de evolución (nota SOAP)

La Psicóloga que coordinaba al grupo de pasantes explicó ¿en qué consiste?, ¿cuáles son los elementos que contiene? y ¿a qué se refiere cada uno de ellos? Posteriormente mencionó en qué paciente se enfocaría la nota, esto para después elaborar una con los datos que se obtuvieran del paciente.

Al término de ésta, dió la explicación de manera extensa, empezando por las partes que la conforman: S: subjetivo, O: objetivo, A: análisis, P: plan de acción, y qué contenía cada una. S: lo que verbaliza el paciente, O: examen mental, A: explicación desde cualquier corriente teórica que es lo que sucede con el individuo, y P: elaboración de un plan de tratamiento.

En lo que más se ahondó fue en el examen mental, ya que anteriormente no se tenían los conocimientos suficientes y específicos para realizar uno. En total, se obtuvieron tres notas SOAP, con diferentes pacientes cada una.

Es necesario mencionar que la psicóloga coordinadora eligió a los 3 pacientes en los que se enfocarían las notas de evolución.

El saber realizar una nota de evolución es fundamental, ya que como Psicólogo, se debe conocer todo el campo de intervención, de esta manera, se está adquiriendo tanto conocimientos teóricos como prácticos, al realizar entrevista y al observar, además de la explicación de la psicopatología y la elaboración de un plan de intervención.

Actividades grupales

Pasando a las actividades, en dónde eran planeadas por grupos de psicólogos, es decir: 1) estimulación cognitiva (EC), 2) entrenamiento en habilidades sociales (EHS), 3) psicoeducación (PE) y 4) psicomotricidad (PM).

Se realizaron en el piso asignado al inicio del servicio, en este caso 4to, con una cantidad de 5 a 20 pacientes por sesión aproximadamente. Se trabajaba sólo con pacientes que tenían autorización de salir a actividades, por lo tanto, se trataba de grupos abiertos. La edad oscilaba entre los 18 y 50 años y en su mayoría mujeres, debido a que eran las que más se interesaban y tenían más permisos de tomar las actividades.

Los sábados se trabajaba estimulación cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales, cada una en 50 minutos; los domingos psicoeducación y psicomotricidad en solo 50 minutos, es decir, una sola sesión para los dos temas. Al inicio del servicio, alrededor de 3 o 4 fines de semana se abordó el tema: integración y comunicación. Para ello, se llevaron actividades como: sopa de letras, tripas de gato, teléfono descompuesto, jenga, pantomima, etc. Para las siguientes semanas, se trabajaron diferentes temas, éstos se elegían de acuerdo a cómo se comportaba el grupo y las necesidades que presentaba la semana anterior, una vez elegido el tema, se buscaba una dinámica que fuera acorde a lo que se proponía trabajar, se daban propuestas por los integrantes del grupo de pasantes de Psicología y se elegía la que estuviera más completa o fuera la más adecuada. Posteriormente de que se realizaban las dinámicas, junto con el Psicólogo adscrito se hacía un análisis grupal para saber las necesidades que presentaban los pacientes, por ejemplo, si un fin de semana se encontraban muy distraídos o exaltados, a la siguiente sesión se proponían actividades en torno a la atención, conciencia de enfermedad, relajación, etc.

Otros temas abordados fueron: control de impulsos, autoestima y autoconcepto, respeto, tolerancia, asertividad, conciencia de enfermedad, metas a corto y largo plazo, higiene, compañerismo, amistad, y emociones, esto para que se trataran de abarcar todos los temas que surgían durante su estancia y al egreso del hospital, con el objetivo de que el paciente, al egresar, pudiera relacionarse con los demás, ser funcional y dar atención a su enfermedad.

En actividades como control de impulsos, conciencia de enfermedad, compañerismo y emociones, se lograron observar cambios. En el primero de ellos, a la siguiente semana de haberlo trabajado en las actividades grupales que se enfocaban a esos temas, se respetaron las reglas dichas al inicio de la actividad, además de respetar las opiniones de sus compañeros (aunque no se observó en todos los pacientes).

Como se mencionó anteriormente, al trabajar con grupos abiertos, no todos los pacientes van a presentar cambios, pues si el grupo realizó una actividad sobre control

de impulsos, y a la siguiente semana se integran otros pacientes que no estuvieron presentes en la actividad, estos últimos pudieran estar agresivos e impulsivos.

Pero al contrario, los pacientes que llevaban un seguimiento con las actividades, se observaba que presentaban un mejor control y se relacionaban con más compañeros del hospital. Cabe mencionar que este cambio no sólo se puede deber a las actividades de Psicología, sino también a otros factores como: la dosis del medicamento, la frecuencia, algún evento, el tiempo que llevan en el hospital, etc.

Para ahondar más en la planeación de las actividades, la sesión se dividía en 4 partes, más la actividad y la retroalimentación. Y son las siguientes:

- Introducción al taller: se hablaba del tema de la actividad y se presentaban los psicólogos.
- Mención de reglas: se nombraban las reglas que se tenían dentro de las actividades, esto para tener un control y llegar a los objetivos de la actividad.
- Orientación espacio-tiempo: se realizaban preguntas como ¿qué día es hoy? ¿dónde nos encontramos? ¿cuál es la hora aproximada?
- Actividad física: se daban aproximadamente 10 minutos de calentamiento, esto para que los pacientes se encontraran más atentos durante la actividad y con mayor energía.

En cuanto a la retroalimentación, se hablaba de: ¿para qué realizar las actividades?, ¿cuáles fueron los objetivos que se llevaron a cabo?, además de dar un pequeño resumen acerca de lo que se vió en la sesión.

A continuación se presentan las actividades realizadas por día, tema, número de pacientes y actividad.

DÍA: 18/02/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: No se tienen datos. M: No se tienen datos

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en equipos de 3 personas, un miembro de cada grupo pasaba al frente, tomaba un papel (que anteriormente habían hecho los psicólogos del equipo y escrito una palabra al azar), veía la palabra y tenía que encontrar una canción que la llevara e interpretarla a sus compañeros.

DÍA: 18/02/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: No se tienen datos. M: No se tienen datos

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en equipos de 4 personas para realizar "caras y gestos" de películas. Por medio de la comunicación no verbal, los pacientes imitaban una película y su equipo tenía que adivinarla.

DÍA: 19/02/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 6 M: 9

ACTIVIDAD: Llamada "ahorcado", se dividió al grupo en equipos de 4 personas, en el que cada participante debía descifrar la palabra expuesta, esto para tener acceso a jugar "boliche", pero cuando no se adivinaba, se le ponía un castigo en el que tenía que realizar ejercicios físicos como: sentadillas, lagartijas, abdominales, etc.

DÍA: 25/02/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: No se tienen datos. M: No se tienen datos.

ACTIVIDAD: Se colocaron tarjetas en el pizarrón para el juego "memorama", cada tarjeta presentaba alguna figura, en la cual los participantes debían encontrar el par. Para poder destapar tarjetas, antes debían contestar una operación matemática sencilla (suma, resta, multiplicación o división de no más de 2 cifras).

DÍA: 25/02/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: No se tienen datos. M: No se tienen datos.

ACTIVIDAD: Esta actividad se realizó de manera individual, consistía en pasar al frente y

presentarse, respondiendo a preguntas como: nombre, edad, ocupación, gustos/hobbies, etc. Esto para generar y fortalecer el compañerismo e interés por las otras personas.

DÍA: 26/02/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 8 M: 9

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 3 equipos para realizar 2 circuitos. El primero consistió en 5 estaciones, 1) en 1 minuto meter todos los aros dentro de un palo, 2) 5 saltos de estrella, 3) patear un balón en zig-zag, 4) saltar de acuerdo a como estaban acomodados los aros, 5) atrapar con una caña 3 peces. En el segundo circuito se realizó: 1) patear un balón en zig-zag guiado por conos, 2) pasar por un aro todo su cuerpo empezando por la cabeza.

DÍA: 04/03/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 10 M: 10

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 3 equipos, a cada uno de ellos se les realizaba alguna pregunta (de historia, matemáticas o capciosa), se discutía con su equipo la respuesta y si era correcta se daba acceso a jugar "gato". En total 2 jugadores (uno de cada equipo ganador) competían por el punto final.

DÍA: 04/03/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 10 M: 10

ACTIVIDAD: El grupo se dividió en 4, cada integrante de un equipo pasaba a dibujar lo que imaginaran cuando escuchaban la palabra "ciudad". Se les daba un minuto para dibujar y al final cuando habían pasado todos los del equipo, explicaban su dibujo.

DÍA: 05/03/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 10 M: 8

ACTIVIDAD: A cada paciente se le brindó una hoja de color para realizar "papiroflexia". Se siguieron las instrucciones dadas por un psicólogo, la meta fue que realizaran una rana.

DÍA: 11/03/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 11 M: 15

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 3 equipos, un integrante de cada equipo debía pasar al frente a tomar un papel que contenía una palabra. En un lapso de 30 segundos tenía que encontrar la misma en una sopa de letras que estaba plasmada en el pizarrón (esto, sin ayuda de su equipo).

DÍA: 11/03/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 11 M: 15

ACTIVIDAD: Todo el grupo tenía que formar una fila acomodándose conforme su fecha de nacimiento, sin utilizar sonido alguno, solo con gestos y señas podían comunicarse hacia sus compañeros, después se realizó de acuerdo a su nombre tomando como orden el abecedario.

DÍA: 12/03/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 9 M: 8

ACTIVIDAD: Se le brindó a cada paciente material para realizar una flor de papel crepé. Un psicólogo iba dando las instrucciones al grupo y a las personas que necesitaban mayor atención, se les daba. Al final se dio la retroalimentación y se hizo hincapié en la importancia de las actividades.

DÍA: 18/03/2017

ACTIVIDAD: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 8 M: 8

ACTIVIDAD: Se leyó una fábula ante todo el auditorio, esto para después hacerles preguntas en torno a ella, es decir: identificar la moraleja y ¿cómo se aplicaría en su situación?, ¿ellos qué hubieran hecho?, ¿les ha pasado?, etc.

DÍA: 18/03/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 8 M: 8

ACTIVIDAD: Se colocaron hojas blancas en el pizarrón y a los pacientes se les brindó un color. Después, cada uno debía elegir una hoja y ponerle su nombre. Posteriormente los compañeros

(que pasaban de 4 en 4) tuvieron que escribirle una cualidad a otros 3 compañeros que ellos quisieran. Para finalizar, cada uno pasó a leer lo que le escribieron en su hoja y se les preguntó a los demás ¿qué le agregarían?

DÍA: 19/03/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 5 M: 8

ACTIVIDAD: El grupo se dividió en 2 equipos y cada uno realizó las siguientes actividades: 1) pasarse un resorte por todo el cuerpo, 2) tomarse de las manos con su equipo y pasarse un aro por todo el cuerpo sin soltarse, 3) sentarse y poner los pies en el aire para pasarse un balón sin que este se cayera. Finalmente se realizó el juego "abecedario" en el que cada paciente debía decir algún objeto, nombre, animal etc. de acuerdo con el orden del alfabeto.

DÍA: 25/03/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 10 M: 7

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 2 equipos, a cada equipo se les brindó una serie de tarjetas que conformaban una frase a cerca de la higiene personal. La tarea consistía en que tenían que ordenar la frase para que tuviera sentido, después se dio la respuesta, se hizo hincapié y se explicó la importancia de llevarlas a cabo.

DÍA: 25/03/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 10 M: 7

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 2 equipos, los pacientes tuvieron que elegir a un representante de cada equipo, esto para que los demás pudieran jugar "tripas de gato". La tarea del representante fue desenredar a su equipo haciéndolo lo más rápido posible. Después, con esos mismos equipos, se realizó una actividad llamada "teléfono descompuesto sensorial" en el cual, los participantes tuvieron que adivinar la figura que le dibujaban en la espalda.

DÍA: 26/03/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 3 M: 4

ACTIVIDAD: Se le brindó a cada participante una hoja y un lápiz. Ellos tuvieron que dibujar lo que quisieran al escuchar la palabra "enfermedad". Esto para después pasar al frente y explicar

su dibujo. Al final se hizo retroalimentación acerca de la conciencia de enfermedad, cuidados al salir del hospital, tratamiento farmacológico y psicológico, además de realizar ejercicios tanto físicos como de rehabilitación.

DÍA: 01/04/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 11 M: 10

ACTIVIDAD: El grupo se dividió en 2 equipos, a cada uno se le dieron papeles que contenían pedazos de refranes (2 papeles= 1 refrán). La tarea consistió en completarlos y explicarlos dando un ejemplo de la vida cotidiana. Mientras un equipo explicaba su refrán, el otro tenía que poner atención, pues de igual manera tenían que explicar o completar la idea del otro equipo. La sesión finalizó mencionando las metas que se lograron.

DÍA: 01/04/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 11 M: 10

ACTIVIDAD: Se continuó con la dinámica de la anterior actividad.

DÍA: 02/04/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 6 M: 7

ACTIVIDAD: A cada paciente se le brindó un globo que tuvieron que inflar. Se dio la instrucción de que lo lanzaran al aire y no lo dejaran caer. Al final, se hizo retroalimentación, que consistió en que el globo representaba un deseo o meta al salir del hospital y el no dejarlo caer eran todas esas motivaciones, pensamientos y acciones que tiene la persona.

DÍA: 08/04/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 8 M: 8

ACTIVIDAD: El grupo se dividió en 3 equipos, la tarea de cada equipo fue ordenar palabras para formar oraciones que tuvieran sentido. Se continuó con preguntas y respuestas, los pacientes tuvieron que elegir la respuesta correcta de acuerdo a la pregunta.

DÍA: 08/04/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 8 M: 8

ACTIVIDAD: Se inició con la lectura de un cuento en equipo y después se realizaron preguntas en torno a ésta, cómo: ¿cómo aplica esta lectura a tu vida? ¿qué consideras importante del texto?, etc.

DÍA: 09/04/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 3 M: 8

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 2 equipos. A cada uno se le brindó una hoja. El equipo 1 debía escribir características o adjetivos de personas que les agradaría tener como amigos. Mientras que el equipo 2, escribir adjetivos de personas que no les gustaría tener como amigos. Esto para identificar y compartir ¿con que personas les gusta convivir? y si son las mismas características que buscan todos en los demás. Al final, se realizaron algunos ejercicios motrices para estimular el equilibrio y la coordinación.

DÍA: 15/04/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 11 M: 18

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 3 equipos. Se eligió a una persona para pasar al frente, mientras a los demás integrantes del equipo se les repartió una hoja con una figura. La tarea de estos últimos fue indicarle a su compañero de enfrente ¿qué dibujar?, es decir, le dieron las instrucciones o descripción de cómo era la figura y el participante que se encontraba al frente tenía que dibujar lo que se le indicaba. El objetivo fue que los participantes atendieran las instrucciones de sus compañeros, se generara comunicación entre ellos y sobre todo que se apoyaran viéndose como equipo.

DÍA: 15/04/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 11 M: 18

ACTIVIDAD: Un paciente voluntariamente pasaba al frente, mientras que sus compañeros (auditorio) le realizaban preguntas a cerca de sus actividades, gustos, habilidades, hobbies, etc., todos los pacientes participaron, esto para poder conocerse y compartir intereses e ideas.

DÍA: 16/04/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 4 M: 10

ACTIVIDAD: Los pacientes se sentaron en círculo, a un primer participante se le dio la punta de un estambre, éste tenía que presentarse ante los demás (decir nombre, edad y habito higiénico que tiene), se realizó con los demás compañeros, cada uno de ellos tomando una parte del estambre, de tal manera que se formara una telaraña. Después se tuvo que realizar al revés, mencionando un hábito que le gustaría implementar, con el objetivo de que se deshiciera la telaraña.

DÍA: 22/04/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 9 M: 8

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 2 equipos, a cada uno se le dio una imagen que tuvieron que memorizar, posteriormente se les realizaron preguntas, como: ¿Cuántas personas usaban tenis en la imagen? ¿Cuántas lámparas había?, etc. Esto con ayuda de su equipo para observar la funcionalidad, comunicación y recursos con los que contaba.

DÍA: 22/04/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 9 M: 8

ACTIVIDAD: A cada paciente se le brindó una hoja y un lápiz, en el que tuvieron que dibujar un árbol y en cada parte escribir: 1) en las raíces, las fortalezas; 2) en el tronco, las habilidades; 3) en la copa, sus logros. Al final lo compartieron con todos sus compañeros.

DÍA: 23/04/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 1 M: 10

ACTIVIDAD: El primer ejercicio consistió en formar una fila y pasarse un balón con las manos, para después regresarlo pasándolo entre las piernas. En el segundo ejercicio se utilizó un periódico doblado que representaba una "isla", se ponía música, y cuando ésta finalizaba tenían que desdoblar el periódico y pararse en ella, el último en realizarlo se le quitaba su "isla" y tenía

que pararse en otra de algún compañero, esto hasta que solo sobrarán 3.

Finalmente se realizó un barco con las hojas de papel, se les contó una anécdota en torno a la figura que se iba haciendo, al final se obtuvo un chaleco. Estas actividades con el fin de estimular la motricidad fina y gruesa, y la atención.

DÍA: 29/04/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 10 M: 19

ACTIVIDAD: Se leyó una fábula ante el auditorio para después hacerles preguntas en torno a ¿cuál fue la moraleja?, ¿han pasado por una situación similar? ¿Cómo se aplica en su vida cotidiana? ¿Se relaciona a lo que están pasando ahora?, etc. Después, se les dejó redactar una experiencia vivida parecida a la de la fábula para compartirla con sus compañeros.

DÍA: 29/04/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 10 M: 19

ACTIVIDAD: Se continuó con la dinámica de la anterior actividad.

DÍA: 30/04/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 3 M: 12

ACTIVIDAD: Inició la sesión con la lectura de una metáfora acerca de la integración de una persona, es decir: sus pensamientos, actitudes, sentimientos, conductas, ideas, etc. Esto para hacer énfasis en lo positivo que se tiene y como todos esos recursos van a cumplir un papel importante dentro del hospital. En la segunda parte de la sesión se realizaron 3 ejercicios: 1) armar un círculo y aventar una pelota sin dejar que ésta cayera haciendo que todos participaran, 2) se utilizaron aros para hacer "hula-hula", 3) se colocaron conos en un tramo de forma recta, se les brindó una pelota a los participantes para que la patearan en forma de "zig-zag", este último fue en forma de relevos.

DÍA: 06/05/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 5 M: 11

ACTIVIDAD: El grupo se dividió en 3 equipos, un voluntario de cada equipo tuvo que competir escribiendo lo más rápido que pudiera en el pizarrón, palabras que empezaran con determinada letra en un lapso de tiempo. Es decir, 3 participantes (uno de cada equipo) escribían palabras que fueran positivas, por ejemplo: honestidad, humildad, alegría, etc. Esto para después explicar el por qué eran positivas.

DÍA: 06/05/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 5 M: 11

ACTIVIDAD: Se realizaron papelitos en los que se encontraban escritas emociones o valores. Los pacientes tuvieron que elegir uno y pasarlo a representar por medio de la actuación, esto sin emitir sonido alguno. La tarea de los demás fue adivinar la palabra.

DÍA: 07/05/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 1 M: 9

ACTIVIDAD: Se puso música y se indicó que al momento en que parara, ellos debían agruparse de acuerdo a la cantidad de personas dichas anteriormente. Para cada ronda, se cambiaba el número de personas. Posteriormente, los pacientes se acomodaron en una fila de acuerdo con la letra inicial de su primer nombre, es decir; por orden alfabético debían formarse, comunicándose solo con gestos y señas. Así como estaban acomodados, se dio paso a la última actividad que consistió en pasarse un globo inflado empujándolo con diferentes partes del cuerpo (manos, brazos, hombros, pies, etc.) para no dejar que se cayera. Al final se explicó que el globo representaba una meta, el aventarlo eran todas esas pequeñas acciones que se hacen para alcanzarla, y las partes del cuerpo, las dificultades por las cuales se atraviesa para conseguir la meta.

DÍA: 13/05/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 9 M: 15

ACTIVIDAD: Se elaboraron papelitos con descripciones acerca de las emociones y se le entregó a cada paciente un esquema de la figura humana. El grupo se dividió en 3 equipos. En orden, un integrante de cada equipo debía leer la descripción y adivinar de qué emoción se trataba, esto para después escribirlo en un crucigrama y con ayuda del esquema, identificar donde sentían esa emoción, por ejemplo: enojo, un paciente lo sentía en el corazón, y otro en la piel, etc. Esta actividad fue para que identificaran sus emociones y dónde se manifiestan.

DÍA: 13/05/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 9 M: 15

ACTIVIDAD: Se llevó una figura "el número 6" dibujada en una cartulina. Se formaron 2 equipos, y se acomodó la cartulina de tal manera que un equipo lo viera desde la perspectiva del "6" y otro del "9". Al final de observar cada quién la figura, se discutió como es que cada uno percibe de manera diferente, incluso si se trata de un mismo objeto, pues hubo personas que manifestaron haber observado la letra "G".

DÍA: 14/05/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 4 M: 8

ACTIVIDAD: La actividad consistió en realizar una rosa con material de papelería. A cada paciente se le repartió el material para hacer 2, para después seguir las indicaciones del psicólogo y llegar a la meta.

DÍA: 20/05/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 8 M: 17

ACTIVIDAD: El grupo se dividió en 2 equipos, cada uno elegía a un integrante para que jugara "memorama" en el pizarrón, esto hasta que todos los integrantes pasaron al frente. El equipo que obtuvo más tarjetas ganó.

DÍA: 20/05/2017

TEMA: Entrenamiento en Habilidades Sociales

PACIENTES: H: 8 M: 17

ACTIVIDAD: Se continuó con la dinámica de la anterior actividad.

DÍA: 21/05/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 2 M: 8

ACTIVIDAD: Los participantes se reunieron en parejas para realizar la actividad, a cada una de ellas se les asignó una situación (ésta podía estar relacionada con la estancia en el hospital o bien, fuera de), la cual tuvieron que representar. En cada situación, una persona representaba a la persona "mala influencia" o que realizaba la acción, mientras que la otra tenía que controlar la situación (mantener el control). Después de cada representación se les brindó un poco de retroalimentación, haciendo preguntas en torno a la situación tanto a los que pasaban al frente como al auditorio.

DÍA: 27/05/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 8 M: 8

ACTIVIDAD: Se realizaron papelitos en los que se encontraban escritas películas. Esta dinámica se realizó de manera individual, pues, una persona voluntariamente pasaba al frente, tomaba un papelito y actuaba la película para que el auditorio pudiera adivinar de cuál se trataba.

DÍA: 27/05/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 8 M: 8

ACTIVIDAD: Se le repartió a cada paciente una hoja y un lápiz, en el que debían completar una historia leída anteriormente, es decir, ellos terminaban el relato y daban su opinión al respecto. Posteriormente se hizo una pequeña discusión para escuchar el punto de vista que tenía cada paciente.

DÍA: 28/05/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 1 M: 9

ACTIVIDAD: Se llevó el juego "jenga". Se formaron 2 equipos, a cada uno se les puso una torre de jenga ya construida. Cada participante tuvo que sacar piezas y colocarlas en la parte de arriba sin que se cayera la torre, y cuando esto sucedía, tenían que arrojar un dado para hacer los ejercicios que se encontraban en éste. Los dos equipos competían entre sí para ver quién tenía la torre más alta. Al final, los equipos se juntaron, se armó una torre más alta, y cada integrante iba participando. Cuando ésta cayó, todos hicieron los ejercicios indicados.

DÍA: 03/06/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 6 M: 14

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 2 equipos. Se realizó el juego "ahorcado", en el que todo el equipo tenía que participar para adivinar cuál era la palabra oculta, ésta estaba relacionada con el "autoestima", por ejemplo: seguridad, sonrisa, valoración, etc.

DÍA: 03/06/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 6 M: 14

ACTIVIDAD: Siguiendo con el tema anterior, los pacientes, en orden pasaban a observar qué había dentro de una caja (ésta caja contenía un espejo), cuando terminaron en pasar se preguntó ¿quién es la persona más importante para ti? Al responder se dio retroalimentación y se armó un pequeño debate. Finalmente, se leyó una lectura y se hizo énfasis en el bienestar y la aceptación, esto para dar el cierre, que consistió en la explicación de la autoestima.

DÍA: 04/06/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 8 M: 10

ACTIVIDAD: El grupo se dividió en 3 equipos. La actividad consistió en un circuito de 4 estaciones: 1) tomados de las manos tuvieron que pasarse un aro por todo el cuerpo, 2) resolver operaciones matemáticas, 3) patear una pelota para que cayera dentro de un aro y 4) encontrar diferencias en 2 imágenes. Esto se hizo midiendo el tiempo para ver qué equipo lo hacía más rápido y de manera correcta.

DÍA: 10/06/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 7 M: 8

ACTIVIDAD: Se plasmó una sopa de letras en el pizarrón que contenía palabras relacionadas con el autoestima, la tarea se realizó en equipos (3). En orden, un paciente pasaba al frente y tomaba un papel que contenía una palabra, la tarea fue encontrarla en la sopa de letras (sin ayuda de sus compañeros de equipo). Al final, se preguntó ¿por qué se relaciona con el autoestima esta actividad?

DÍA: 10/06/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 7 M: 8

ACTIVIDAD: Los pacientes formaron un círculo, mientras que un psicólogo le entregaba una pelota a un paciente, cuando recibía la pelota, se presentaba diciendo su nombre y lo que le gustaba hacer, después sus compañeros le comentaban algo positivo, así sucesivamente.

DÍA: 11/06/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 9 M: 8

ACTIVIDAD: Se inició explicando los conceptos de "autoestima" y "autoconcepto" además de mencionar las diferencias y los errores que se tienen al confundir una palabra con la otra. Después se les brindó una hoja y un lápiz donde dibujaron un árbol, y en cada una de sus partes tenían que escribir: 1) raíces-características positivas personales, 2) ramas-actividades en las que destacaban y 3) frutos-éxitos logrados. Al terminar, tuvieron que caminar por toda el aula escuchando música, cuando esta paraba, se juntaban con la persona que tuvieran más cerca para compartir su dibujo.

DÍA: 17/06/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 12 M: 7

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 3. Un integrante de cada equipo (en orden) pasó a frente a tomar un papel que contenía una palabra, sin embargo, ésta se encontraba desordenada, por ejemplo: blrhaa → hablar. La tarea fue que en equipo tenían que ordenar la palabra (estas estaban relacionadas con el tema de comunicación) de manera correcta.

DÍA: 17/06/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 12 M: 7

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 2 equipos, se dieron las instrucciones y un voluntario pasó al frente para ejecutar una acción (la que él/ella quisiera) sin emitir ningún ruido, después pasaba otro voluntario para seguir realizando otra acción relacionada con la anterior, por ejemplo: la primera persona cortó el pasto, la segunda recogía la basura, y así sucesivamente. En la segunda actividad, se construyó una historia de manera colectiva y en orden, al final se realizó un resumen y se dio retroalimentación.

DÍA: 18/06/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 7 M: 10

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 4 equipos. Un integrante voluntariamente pasaba al frente y elegía un papelito que contenía una palabra. Al descubrir de cuál se trataba, tenía 10 segundos (con ayuda de su equipo) para interpretar una canción que contuviera la palabra. Si no encontraban una canción, se daba la oportunidad a otro equipo.

DÍA: 24/06/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 12 M: 9

ACTIVIDAD: La actividad consistió en que los pacientes tenían que escribir en una hoja de papel algún momento en el que no lograron tener control de impulsos, después se leía ese texto ante sus compañeros. Con ayuda de todos, se brindaron alternativas de acuerdo con la situación. Esto se complementó con la reflexión de una lectura sobre el mismo tema.

DÍA: 24/06/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 12 M: 9

ACTIVIDAD: Se leyó una lectura, después, se dictaron algunas preguntas en relación al texto, para contestarlas de manera individual y compartirlas con el grupo. Posteriormente, y para finalizar la sesión se dictaron preguntas para conocer mejor a sus compañeros, por ejemplo: ¿cuál es tu comida favorita? ¿cuál es tu deporte favorito?, etc. Después, cada paciente participaba con su respuesta y se observaba en cuáles tenían similitud con sus compañeros.

DÍA: 25/06/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 7 M: 9

ACTIVIDAD: Se le brindó a cada paciente una hoja y un lápiz, para que escribieran una carta a quién ellos quisieran, preferentemente con quién hayan tenido algún problema o dificultad recientemente. Al terminar, realizaron "papiroflexia" con la hoja para hacer un "corazón" siguiendo las instrucciones del psicólogo, después compartieron como se sintieron durante la actividad.

DÍA: 08/07/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES:H: 11 M: 10

ACTIVIDAD: Se realizaron papelitos que contenían emociones. En parejas elegían un papel y dramatizaban la emoción. La tarea del resto del grupo fue adivinar de cuál se trataba. Al finalizar se hacían preguntas y se daban recomendaciones para mejorar su dramatización o se mencionaban otras situaciones en las que se manifestaba la emoción.

DÍA: 08/07/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 11 M: 10

ACTIVIDAD: En parejas se les entregaba dos papelitos, uno que contenía una emoción positiva y otro que contenía una negativa. Esto para después elaborar una historia que contuviera ambas, empezando por la negativa y terminando por la positiva, es decir, se daba una solución ante una emoción negativa. Posteriormente se leía a sus compañeros y se realizaba una pequeña discusión.

DÍA: 09/07/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 1 M: 6

ACTIVIDAD: Se elaboraron tarjetas que contenían dibujos de emociones. Antes de que los pacientes entraran al aula, se escondieron por todo el espacio. Después, se dividió al grupo en 2 equipos, la tarea de cada uno fue encontrar una tarjeta y decir en equipo de qué emoción se trataba. Si no la acertaban, no podían acceder a buscar otra. Trabajando aquí la integración grupal y el reconocimiento de emociones.

DÍA: 15/07/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 13 M: 11

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 2, cada equipo eligió a un integrante para que pasara al frente y realizara un ejercicio. Los ejercicios eran: 1) unir con 3 rayas 9 puntos, 2) saber para qué lado va el camión, etc. esto para estimular las cogniciones y la comunicación con el equipo, pues se podían apoyar de ellos para resolver el ejercicio.

DÍA: 15/07/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 13 M: 11

ACTIVIDAD: A cada paciente se le dio un pequeño papel y un lápiz, en el tuvieron que escribir el nombre de alguna figura pública, un animal o un elemento que todos conocieran. Después, se entregaron los papeles doblados a los psicólogos para revolverlos. Más adelante, un voluntario pasaba al frente y elegía uno (tratando de no elegir el que había escrito), sus compañeros sí podían ver lo que estaba escrito en el papel, pero el participante no. Para saber de quién se trataba, el auditorio le daba información para adivinarlo. Por ejemplo: Mickey Mouse: es un ratón, es de Disney, etc. hasta que el paciente voluntario acertara. Esto fortaleció bastante la comunicación, el trabajo en equipo, además de manifestar agrado.

DÍA: 16/07/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 4 M: 7

ACTIVIDAD: El grupo se dividió en 3 equipos. Se explicó que había 3 tipos de tarjetas, las cuales contenían preguntas culturales. En orden, un participante elegía una, leía la pregunta en voz alta, y con ayuda de su equipo daba la respuesta. Si era correcta se les asignaba un punto, pero si se equivocaban lanzaban un dado que contenía ejercicios físicos.

DÍA: 22/07/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 3 M: 9

ACTIVIDAD: Un voluntario pasaba al frente y un psicólogo le mencionaba la palabra que tenía que interpretar por medio de la actuación y las señas. La tarea de los demás fue descubrir qué es lo que intentaba decir el compañero con sus comunicación no verbal.

DÍA: 22/07/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 3 M: 9

ACTIVIDAD: Se le brindaba a los pacientes hoja y lápiz, en la cual debían escribir un adjetivo o una característica positiva que observaban de su compañero de al lado, hasta que juntaran 7 opiniones. A final, cada uno pasaba el frente a leer lo escrito y agregaba algunas otras propias.

DÍA: 23/07/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 7 M: 7

ACTIVIDAD: Todos los pacientes conforme se encontraban sentados, se les realizó una pregunta ¿cuál es el recuerdo más agradable que has tenido?, esto para después mencionarlo ante el grupo. Algunos de ellos se repetían como: el nacimiento de un hijo, el cumpleaños, un viaje, etc., en consenso se eligieron 2. Posteriormente, el grupo se dividió en 2 equipos, cada uno de ellos debía representar el recuerdo asignado (1 equipo representaba un recuerdo, mientras que el otro, el resultante). Se les dejó un momento para que planearan de la mejor forma su actuación repartiendo los roles de cada integrante e interpretarlo. Al final se dio retroalimentación.

DÍA: 29/07/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 10 M: 12

ACTIVIDAD: Se realizaron tarjetas de memorama que tenían escritos nombres de trastornos mentales. El grupo se dividió en 4 equipos. Cada participante de cada equipo iba pasando en orden a tomar las cartas, y encontrar el par, la tarea fue decir en qué consistía el trastorno que había descubierto, o lo que pensaba o sabía de la enfermedad. Después, el auditorio preguntaba o mencionaba las dudas que se tenían del trastorno. Esto para que después los psicólogos que estuvieran llevando la actividad respondieran o dieran información adicional.

DÍA: 29/07/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 10 M: 12

ACTIVIDAD: Se continuó con la dinámica de la anterior actividad.

DÍA: 30/07/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 10 M: 6

ACTIVIDAD: El grupo se dividió en 3 equipos, a cada equipo se les brindó una hoja y un lápiz en la que tenían que representar de manera gráfica lo que pensaban de la palabra "enfermedad", después, cada equipo explicó su dibujo. Al final, se dió retroalimentación y se realizaron preguntas referentes a la actividad y a su concepción de la palabra.

DÍA: 05/08/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 11 M: 9

ACTIVIDAD: Se les brindó información acerca de los trastornos mentales más relevantes incluyendo: síntomas, prevalencia, ¿cómo identificar?, y ¿en qué momento se puede hablar de trastorno?, esto atendiendo las inquietudes y dudas que se iban presentando.

DÍA: 05/08/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 11 M: 9

ACTIVIDAD: A cada paciente se le brindó una hoja y un lápiz, en el que tuvieron que escribir cualidades o adjetivos que los describieran. Después, cada uno pasaba al frente a compartirlo, y los demás agregaban otros elementos a esa persona.

DÍA: 06/08/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: No se tienen datos. M: No se tienen datos.

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 3 equipos para realizar 1 circuito que consistía en: resolver un crucigrama, tomarse de las manos y pasarse un aro por todo el cuerpo, aventar pequeños aros para encestarlos en un palo, agrupar palabras de acuerdo con diferentes categorías (flores, ciudades, etc.). Después, con ese mismo equipo, tenían que inventar un producto para venderlo a sus demás compañeros, haciéndole promoción y anuncio. Al final, se hizo la pregunta al auditorio ¿comprarían ese producto?

DÍA: 12/08/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 6 M: 11

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 3 equipos para realizar el juego "ahorcado", para adivinar la palabra se les otorgó una pista (una letra). Las palabras estaban relacionadas con el control de impulsos, como: respiración, contención, explosividad, etc.

DÍA: 12/08/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 6 M: 11

ACTIVIDAD: A cada paciente se le dio un pequeño papel y un lápiz, en el, tuvieron que escribir una emoción, después lo doblaron y entregaron al psicólogo encargado. Se revolvieron los papeles. Posteriormente, un voluntario pasó al frente, eligió un papel (sin ver) y sus compañeros (que si pudieron ver el papel) le dieron pistas acerca de la palabra que tenía que adivinar. Esto hasta que el paciente diera la respuesta correcta.

DÍA: 13/08/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: No se tienen datos. M: No se tienen datos.

ACTIVIDAD: Se dividió al grupo en 3 equipos. Se colocó un circuito con diferentes actividades: 1) caminar en medio de los aros colocados en el suelo siguiendo el orden y tomados de la mano, 2) resolver una actividad encontrando las diferencias que hay en 2 figuras, 3) tirar de un intento todos los pinos del boliche, y 4) leer en voz alta una lectura para responder las preguntas en relación a la memoria y atención. Para estas actividades se tomó el tiempo, se anunciaron los resultados y se hizo una pequeña reflexión.

DÍA: 19/08/2017

TEMA: Estimulación cognitiva

PACIENTES: H: 11 M: 12

ACTIVIDAD: Se leyó una metáfora relacionada a ¿cómo afrontar la enfermedad?, se dio retroalimentación y diversos puntos de vista de los pacientes. Después se realizó pantomima con animales, para ello, cada paciente eligió un animal y tuvo que imitarlo para que los demás lo adivinaran.

DÍA: 19/08/2017

TEMA: Entrenamiento en habilidades sociales

PACIENTES: H: 11 M: 12

ACTIVIDAD: Se dividió en 2 la sesión. En la primera de ellas, se realizó una dinámica de comunicación en la que se puso música, cuando esta se detenía, los pacientes se juntaban en parejas y respondían algunas preguntas para conocerse cómo: ¿cuáles son tus hobbies? ¿a dónde te gustaría ir de vacaciones? ¿cuál es una de tus metas?, etc. Esto se repitió 4 veces, de tal manera que no les tocara con la misma persona, y obtuvieran más información de sus compañeros.

En la segunda parte de la sesión, se realizó "teléfono descompuesto sensorial", los pacientes se colocaban en una fila, a la persona de atrás se le enseñaba una figura y él debía dibujarla en la espalda de su compañero, esto hasta terminar con el último paciente, el cual pasaba al pizarrón a dibujar lo que percibía. Al final se dieron conclusiones y retroalimentación.

DÍA: 20/08/2017

TEMA: Psicomotricidad y Psicoeducación

PACIENTES: H: 9 M: 7

ACTIVIDAD: A cada paciente se le brindó una hoja y un lápiz, en el que tenían que escribir las respuestas a las siguientes preguntas: 1) ¿qué quiero hacer?, 2) ¿qué quiero ser?, 3) ¿qué quiero compartir?, ¿cuál es mi meta a corto plazo? ¿cuál es mi meta a largo plazo? Después, cada paciente voluntariamente pasaba al frente a compartir sus respuestas y sobre todo, a mencionar sus metas. Así mismo, se les realizaban preguntas cómo: ¿cómo piensas lograr esa meta? ¿qué has hecho para conseguir tu meta? ¿con quién la compartirías?, etc. Al final se dio una pequeña retroalimentación y se resolvieron dudas.

Estas actividades se deben planear, pues la dinámica influye en cómo se comporta el grupo, y para beneficio de los pacientes, deben plantearse objetivamente, ya que, lo que se pretende, es generar un cambio en ellos. De esta manera, a los pacientes les será beneficioso, y lo esperado, es que estos aprendizajes que obtienen dentro del hospital los puedan aplicar a su vida diaria. Para llevarlo a cabo, en cada una de las actividades se les hizo énfasis en la importancia del tratamiento farmacológico y psicológico, el hacer deporte o ejercicio, el relacionarse con los demás, el aspecto de la

higiene, hacer actividades que les agraden y les ayuden a su rehabilitación, además de brindarles estrategias que les contribuyan a su bienestar y sobre todo que les sean funcionales para su vida diaria.

5) Actividades lúdicas y socio-recreativas

Se llevaban a cabo con una sección de pacientes (hombres o mujeres) del 4to piso del hospital, que tuvieran el interés en realizar dinámicas y juegos, con un aproximado de 5-10 pacientes que no tenían visita ese día. Su duración era de 2 horas.

Así mismo, en la hora de jardín se hacían actividades deportivas como: futbol, basquetbol y volibol. Básicamente, para complementar el proceso de rehabilitación, pues, los juegos y dinámicas estimulan las funciones cognitivas superiores, la motricidad y el compañerismo con las personas del hospital. En el 50% de las ocasiones jugaban entre ellos mismos y el otro 50% lo hacían con los Psicólogos.

Un dato importante aquí, es; se observaba que las dinámicas de EHS, sí cumplían con su función. Es decir, entre los mismos pacientes se ayudaban con los juegos/deporte si alguno no entendía, había más comunicación, y presentaban un mejor control de impulsos al no reaccionar agresivamente cuando perdían.

6) Acompañamiento, apoyo en actividad y reforzamiento verbal en talleres de neuro-estimulación

El grupo de psicólogos daba apoyo en las actividades que se les asignaban a los pacientes, éstas tenían un tiempo aproximado de 50 minutos y se llevaban a cabo después de la actividad grupal (EC, EHS, PE, y PM), es decir; con los mismos pacientes. Aquí se les ayudaba en las tareas, se daba retroalimentación y reforzamiento verbal; este último era de gran ayuda, pues los pacientes, se motivaban a sí mismos, reconocían su esfuerzo y el de sus compañeros, se exigían para realizar mejor las actividades, mostraban interés, expresaban entusiasmo al ser reconocidos y sobre todo, mencionaban que era parte de su rehabilitación.

7) Acompañamiento, entrevista en jardín, y 8) acompañamiento durante proyección de cine y eventos especiales

Aquí solamente se acompañaba a los pacientes durante esa hora, personalmente el 80% de las ocasiones se realizó entrevista con diferentes pacientes y se resolvieron algunas dudas sobre su rehabilitación. El acompañamiento y observación se realizaba para complementar la entrevista y para de alguna forma, estar atentos si pasaba alguna situación como ataques hacia otros compañeros. Esto último se hacía también durante la proyección de cine y eventos especiales.

Así mismo, se regresaba a pacientes a su dormitorio (en el 100% de las ocasiones se regresaban al menos a tres) ya que no se encontraban aptos para ver la película o mencionaban no tener interés. Se estaba atento para dar contención ante escenas emocionales y también para atender crisis, aunque solo en una ocasión se presentó agresión de un paciente hacia otro.

En cuanto a los eventos especiales, se realizaron dos en fechas importantes, la primera celebrando el día de las madres en la que se llevó a un DJ. Todos los pacientes salieron al jardín; durante 50 minutos que fue lo que duró el evento, sólo se hizo acompañamiento. En la segunda fecha, día de los padres, se llevó a un grupo de baile, su duración fue de dos horas y sólo se realizó acompañamiento.

En estas últimas cuatro actividades podemos observar el papel del psicólogo, y sobre todo, el proceso de rehabilitación. Ya que se brindó de una manera integral, donde participaban psicólogos, terapistas, enfermeros e incluso los mismos compañeros de los pacientes hacían una labor importante, pues, cuando se presentaban conflictos, los mismos pacientes eran los que sujetaban a sus compañeros, diciéndoles que se tranquilizaran y que no agredieran a los demás.

Como se recordará, el proceso de rehabilitación es primordial en el hospital psiquiátrico ya que al ser integral, se enfoca en todas las esferas en las que está inmerso el individuo: familiar, social, y escolar/laboral, además de prestar la atención necesaria a su enfermedad, todo esto con el objetivo de la adecuada reinserción del paciente a su vida cotidiana.

Además de lo anterior mencionado, se obtuvieron aprendizajes profesionalmente hablando. Para empezar; con los casos clínicos se fortalece la técnica de la entrevista, la elaboración de preguntas, el *rapport* y la observación. Ya que al estar en un escenario real, es importante que se cuente con las herramientas para poder realizar un diagnóstico y posteriormente un tratamiento, es decir; tener los conocimientos de la psicopatología, la experiencia de estar frente a un paciente que la presenta, el observarla, el examen mental, la historia clínica y el cuadro psicopatológico.

En un hospital, al tener a los pacientes enfrente, se aprende más sobre la psicopatología y cómo se manifiesta, además de que, en cada paciente, aunque presente la misma enfermedad, su comportamiento o síntomas se manifestarán de manera diferente.

Otro de los conocimientos que se adquirieron fue la elaboración de nota de evolución (SOAP) ya que anteriormente no se habían realizado con un paciente.

El manejo de grupos, la elaboración de dinámicas, la aplicación de las técnicas para el trabajo en grupo, incluso el trabajo en equipo con los pasantes de Psicología pues, al principio no todos contaban con habilidades para pararse frente a un grupo y dirigirlo, el hecho de que los integrantes del equipo se dieran retroalimentación fue muy útil tanto para los pasantes de Psicología como para los pacientes.

En cuanto a las exposiciones que se presentaron tanto de los casos clínicos, como de los temas de Psicopatología, se ampliaron los conocimientos que se tenían, pues no todos los pasantes de Psicología contaban con ellos, o se tenían diferentes perspectivas de una persona, esto último en los casos clínicos, es decir; se ampliaba el análisis que se le realizaba al paciente.

Otra de las habilidades adquiridas fue el dar contención. En ocasiones, no se sabe cómo actuar ante una situación similar, y el hecho de que una especialista pueda intervenir de esta manera, va a ser beneficioso para el paciente, ya que se evitarán conflictos con sus compañeros a la par de que, desarrollarán habilidades para su vida diaria.

Y esto, no sólo ocurre de manera personal, sino, grupalmente durante las actividades. Por ello, es importante que se conozca al grupo, los roles que tienen, las necesidades que presentan, cómo se encuentran, cuáles son los miembros que benefician o exaltan a los demás, etc. pues, cuando se presenta una situación particular, algunos de los pacientes son los que apoyan y controlan a sus compañeros. También por esto la importancia de conocer y manejar a los grupos.

Hasta este punto se han mencionado las actividades, los aprendizajes y los logros obtenidos durante el servicio social, sin embargo, se han observado algunas limitaciones que presenta, por ello, en las siguientes páginas se mencionará la propuesta de mejora al programa de servicio social, tomando en cuenta los recursos con los que cuenta el hospital y las condiciones en las que se encuentran tanto los pacientes como los familiares de los mismos.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Haciendo un análisis de lo anteriormente mencionado, se pudieron encontrar algunas limitaciones durante el servicio. En primera instancia, todas las actividades realizadas se llevaban a cabo en grupos, claro que esto presenta beneficios a los pacientes, ya que, se relacionan con sus compañeros, sin embargo, también debería darse atención individualizada. De esta manera, se observarían cambios significativos en los pacientes, es decir; el trabajo se enfocaría a las necesidades del individuo y la terapia se adaptaría de acuerdo a sus características. Por lo tanto, los cambios se harían más notorios.

Aunado a esto, uno de los aspectos más importantes en cuanto a las actividades grupales, es que no todos los pacientes muestran el mismo interés, incluso no salen de sus secciones, o bien, no están dispuestos a realizar ejercicios que les ayuden a complementar su rehabilitación, y aunque los profesionales se interesen por el paciente, no se les obliga a que asistan a las actividades. Por ello, sería necesario que se planeen actividades individuales, posteriormente, actividades grupales en las que el paciente pueda participar y las reconozca como parte de su rehabilitación.

Las actividades individuales, donde los pasantes eran los que presentaban los casos clínicos y temas, en algunas de las presentaciones no se profundizaba o no se le daba el debido interés, siendo que, en un hospital psiquiátrico, se debe prestar mucha atención tanto a la psicopatología como al tratamiento, todo en función del bienestar del paciente.

Y claro que, tanto las exposiciones de temas, como los casos clínicos, brindan información elemental, elevan el conocimiento del pasante, pues, no todos los casos clínicos son iguales, y debido a que no todos provienen de las mismas universidades, no se tienen los mismos conocimientos. Por ello, es enriquecedor que se realicen estas actividades, o bien, que tanto los psicólogos pasantes como los adscritos de piso se interesen o le den el espacio suficiente para comprender más fácilmente la psicopatología.

Un aspecto muy importante es que se tiene contacto directo con los pacientes en todas las labores, en la entrevista, elaboración de nota SOAP, actividades grupales, lúdicas, talleres de neuroestimulación, jardín y proyección de cine. Durante la realización de éstas, profesionalmente se puede dar cuenta de las habilidades y de los conocimientos que tiene el psicólogo, pero también en lo que se debe trabajar o mejorar para su desarrollo como profesional. Ya que el estar en un escenario, y frente a un paciente, es completamente diferente a lo que se lee en un libro. El libro no menciona que hacer cuando sucede algo inesperado, cómo comportarse ante determinada situación, o reaccionar ante algo con lo que el profesional se siente identificado, etc.

Para finalizar, es fundamental hacer énfasis en una deficiencia que se encontró durante el servicio social. Debido a que en el hospital muchos pacientes refieren no saber el por qué se encuentran ahí, sería necesario que, cuando ingrese el individuo y cuando se encuentre disponible para trabajar, se le brindara psicoeducación de manera individual, para que de esta manera, tenga el conocimiento del por qué se encuentra ahí e incluso sería parte del proceso de conciencia de enfermedad, pues al realizarlo en grupo, los pacientes cuando recién ingresan no se encuentran aptos para llevar a cabo actividades que impliquen a otras personas, por ello la importancia de que se realice de manera individual. Además de que, de esta manera la atención sería más focalizada y entendida por el paciente. Para realizarlo, lo sugerido es que se cuente con la información necesaria para brindársela al paciente, anteriormente se puede entrevistar a los familiares y tener contacto con el expediente clínico.

Con lo anterior mencionado, se presenta la propuesta de mejora al programa de servicio social en la cual se brindará psicoeducación. Consta de dos partes, en la primera de ellas se propone trabajar con el paciente que se encuentra en el hospital, mientras que en la segunda sesión, será únicamente con los familiares o personas que se encargan de su cuidado, ya que de la misma manera que sucede con los pacientes, los familiares no saben qué es lo que le ocurre a la persona, o no saben cómo actuar cuando se enfrentan a una situación desconocida.

Va a ser importante brindarles la información acerca de lo que pasa con su familiar (paciente), tanto de la importancia del tratamiento farmacológico, psicológico y los cuidados, como de las consecuencias que pueden surgir durante la no atención de la enfermedad mental.

Para que se pueda brindar psicoeducación al paciente, es necesario que se encuentre estable en cuanto a su comportamiento (cooperador, tranquilo y en estado de alerta), y que cuente con el permiso del psiquiatra para salir de la sección, pues de esta manera, los objetivos se cumplirán; el paciente obtendrá la información y lo esperado es que la utilice para su cuidado.

Es necesario mencionar, que las sesiones o la información que se le brinde tanto al paciente como a los familiares se basará en la psicopatología que se presente, para esto, anteriormente se tuvo que discutir el caso clínico en el seminario donde los pasantes y el adscrito de Psicología hayan dado retroalimentación.

Las sesiones tendrían lugar en el consultorio de Psicología, con una duración de 60 minutos cada una, las cuales serían dadas en fin de semana por 2 psicólogos, ya que, la mayoría de familias no cuenta con el tiempo suficiente para asistir entre semana, o bien, presentan complicaciones para llegar al lugar. De esta manera, sería necesario que se realicen en fin de semana, siendo la primera sesión el sábado y la segunda sesión el domingo.

A continuación se presentan las cartas descriptivas.

PSICOEDUCACIÓN A PACIENTE

Sesión 1
Duración: 60 minutos
Sesión individual con el paciente

Lugar: Consultorio de Psicología

Objetivo:
El paciente conocerá su motivo de consulta y obtendrá información de su enfermedad, con ello podrá identificar sus síntomas.

| TIEMPO | ACTIVIDAD |
|------------|--|
| 10 minutos | Presentación de los psicólogos. |
| | Presentación de la actividad: ¿Por qué nos encontramos aquí? |
| | Mención de los objetivos. |
| 10 minutos | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo llegaste aquí? • ¿Qué consideras que fue lo que te trajo aquí? • ¿Cómo ha sido tu experiencia dentro del hospital? • ¿Sabes qué es una enfermedad mental? • ¿Tú consideras que tienes una enfermedad mental? |
| 30 minutos | Explicación de los trastornos mentales ¿Cómo se manifiestan? ¿Cuáles son los síntomas? (en esta parte solo se explicará de manera general la psicopatología y se hará énfasis en el diagnóstico que presenta el paciente), ¿has experimentado esto? ¿Cómo te has sentido? |
| | Mencionar la importancia del tratamiento psicológico, así como otros tipos de terapia como: ocupacional, de arte, etc. |
| | Se resuelven dudas que el paciente manifieste. |
| 10 minutos | ¿Cómo te sientes ahora? |
| | Técnica de relajación: respiración profunda/técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. |
| | Retroalimentación y despedida. |

| PSICOEDUCACIÓN A FAMILIARES | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">Sesión 2 Duración: 60 minutos Sesión con familiares</p> | |
| <p style="text-align: center;">Lugar: Consultorio de Psicología</p> | |
| <p style="text-align: center;">Objetivo: Los familiares obtendrán información de la enfermedad que presenta el paciente. Los familiares obtendrán estrategias y herramientas para el cuidado del paciente.</p> | |
| TIEMPO | ACTIVIDAD |
| 10 minutos | Presentación de los psicólogos. |
| | Presentación de la actividad: ¿Por qué nos encontramos aquí? |
| | Mención de los objetivos. |
| 10 minutos | <ul style="list-style-type: none"> • Anteriormente ¿les han brindado información acerca de los trastornos mentales? • ¿Qué conocen de los trastornos mentales? • ¿Han observado algún cambio en su familiar? |
| 10 minutos | <p>Indagación acerca de la dinámica familiar ¿Cómo es su relación con cada uno de los familiares más cercanos/con los que vive?, roles dentro de la familia, ¿Cuenta con apoyo?, ¿Tiene algún problema (el paciente) con un familiar?, etc. Estas preguntas se realizan a todos los familiares.</p> |
| 25 minutos | Breve explicación de los trastornos mentales y sus síntomas. Haciendo énfasis en el diagnóstico del paciente. |
| | ¿Cuáles son las consecuencias de no tomar su medicamento? Aquí incluso se podría diseñar una estrategia para que tanto el familiar a cargo como el paciente puedan llevar a cabo. Es decir, que el paciente tome sus medicinas a la hora y dosis adecuada. |
| | Mencionar la importancia del tratamiento psicológico, así como otros tipos de terapia como: ocupacional, de arte, etc. |
| | Se resuelven dudas. |
| 5 minutos | Retroalimentación y despedida. |

REFERENCIAS

- Alegre, J. (2010). Cap. 2 Fundamentos teóricos de la terapia ocupacional. La ocupación en la vejez. En *Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología*. (pp. 10-18). Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).
- Antúnez, Z., Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30 (3), 49-55.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastornos de personalidad. *Manual diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (5ª ed.). Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Avalos, E. (2004). *Centro de integración social para pacientes psíquicos en la ciudad de Talca*. Universidad de Chile.
- Bados, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Universidad de Barcelona.
- Báez, J. (2007). Intervención en la Psicosis desde el Psicoanálisis. *Tesis Psicológica*, (2), 103-110.
- Becerra-Partida, O. (2014). La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética. *Persona y Bioética*, 18 (2), 238-253.
- Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Betina, A., & Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, XII (23), 159-182.
- Caballo, V. (2007). Cap. 1 Las habilidades sociales: un marco teórico. En *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales* (pp. 1-16). España: Siglo XXI.
- Calderón, G. (2014). La salud mental y los hospitales psiquiátricos de México. *Salud Pública de México*, 9 (4), 499-501.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Recuperado el 15 de Agosto de 2017 de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

- Campo, I., Yllá, L., González-Pinto, A. & Bardají, P. (2010). Actitudes de la familia hacia el enfermo mental. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(1), 57-64.
- Carrazana, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 1(1), 1-19.
- Colín, M., Galindo, H. & Saucedo, C. (2012). Cap 1. Introducción a la entrevista. En *Introducción a la entrevista psicológica* (pp. 11-21). México: Trillas.
- Collado-Vázquez, S. & Carillo, J. (2014). Cranial trepanation in The Egyptian. *Neurología*, 29(7), 433-440.
- Consejo Nacional de Fomento Educativo (2010). *Guía de psicomotricidad y educación física en la educación preescolar*. Recuperado el 3 de Septiembre de 2017 de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/106811/guia-edu-preescolar.pdf>
- Cruz, L., Muñoz, N. & Rojas, M. (2014). Implementación de un dispositivo psicoanalítico para la intervención de un instituto de Psiquiatría. *Trivium - Estudios Interdisciplinarios*, 6(2), 33-48.
- De la Fuente, J. & Heinze, M. (2014). La enseñanza de la Psiquiatría en México. *Salud mental*, 37(6), 523-530.
- Demaret, A. (1983). *Etiología y psiquiatría*. España: Herder.
- Díaz, L., Ortega, H., Leños, C., Rodríguez, M., Rascón, M., Valencia, M., Gutiérrez, M., Mares M. & Sánchez, A. (2005). La rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en México: el modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, grupo III. *Salud Mental*, 28(6), 9-19
- Díaz, L., Rascón, M., Valencia, M., Unikel, C., Murow, E., Rascón, D., Leños, C. & Ortega, H. (1999). El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años. *Salud Mental*, 28(6), 104-113.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2 (7), 162-167.
- Feldman, R. (2017). Cap 41. Psicoterapia: modelos de tratamiento humanista, interpersonal y de grupo. En *Psicología con aplicaciones de América Latina* (pp. 510-517). México: Mc Graw Gill.

- Freyre, J., Castañeda, C. (2012). Aspectos epidemiológicos de la práctica hospitalaria en México: la morbilidad atendida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez 2003-2010. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11(3), 90-96.
- Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A. & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Med Clin*, 138(5), 215-219.
- García, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 9-25.
- Giacchero, K. & Inocenti, A. (2014). El significado del tratamiento farmacológico para la persona con esquizofrenia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(4), 670-678.
- González, I., Bustamante, J., Jiménez, U. & Gámez, C. (2014). Psiquiatría de Enlace. Experiencia en el Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 77(3), 142-149.
- González, J., Monroy, A. & Kupferman, E. (1994). *Dinámica de grupos: técnicas y tácticas*. México: Pax.
- González, M. (2004). Pacientes psiquiátricos. *Offarm*, 23(4), 104-109.
- Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 (2000). (2ª ed., Vol. 4). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Guillén, M. (2015). Cráneos prehistóricos con evidencia de trepanación en Andalucía. *Revista Atlántica-Mediterránea*, 17(25), 105-112.
- Gutiérrez, C., Ocampo, M. & Gómez, J. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1), 164-174.
- Heredia, M. (2017). Terapia ocupacional. Aquí y ahora. *TOG*, 14(25), 32-37.
- Hernández, M. (2011). Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. *Estudios en Psicología*, 16(3), 295-303.
- Herraiz, G. (1999). *Programa de intervención psicoeducativo en el departamento de psiquiatría del centro penitenciario de hombres de Barcelona*. 1(2).
- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. (2017). Recuperado el 15 de Septiembre de 2017 de <http://hospitalfraybernardino.blogspot.mx/2017/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Salud Mental*. Recuperado el 13 de Octubre de 2017 de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/salud-mental>

- Ingelmo, J., Ramos, I. & Muñoz, F. (1997). Psicoterapia psicoanalítica y psicofármacos en el tratamiento de pacientes psicóticos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 63(7), 393-401.
- Korman, G. (2006). Psicoterapias para el tratamiento de los trastornos mentales. Deconstruyendo mitos sobre exclusividades teóricas del psicoanálisis. *Mitológicas*, XXI, 93-102.
- León, F. (2010). Deber ético de promover la autonomía y competencia del paciente psiquiátrico. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(1), 13-20.
- León, H. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6 (1), 33-42.
- Martínez, T. (2002). *Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención*. Recuperado el 6 de Septiembre de 2017 de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/estimulacioncognitiva.pdf>
- Muñoz, J., Manzano, J., Hera, M., Rivera, A., Chamorro, L. & Plaza, P. (2011). Rehabilitación psiquiátrica en un hospital de cuidados psiquiátricos prolongados. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 31 (112), 615-629.
- OMS (2004). *Invertir en Salud Mental*. Recuperado el 31 de Octubre de 2017 de http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- OMS (2010a). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017 de <http://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
- OMS (2010b). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Recuperado el 13 de Julio de 2018 de http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf
- OMS (2011). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México*. Recuperado el 30 de Octubre de 2017 de http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- OMS (2017a). *Salud mental*. Recuperado el 13 de Octubre de 2017 de http://www.who.int/topics/mental_health/es/

- OMS (2017b). *Trastornos mentales*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2017 de http://www.who.int/topics/mental_disorders/es/
- Onocko, R., Costa, M., Barbosa, M., Ricci, E., Tavares, G., Janeth, L., Chavez, E., Reis, G. & Davidson, L. (2017). Recovery, citizenship, and psychosocial rehabilitation: A dialog between Brazilian and American mental health care approaches. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(3), 311-326.
- Pancheri, P. (1979). Cap 1 Bases del comportamiento normal y patológico. En *Manual de Psiquiatría clínica*. México: Trillas.
- Pavón-Cuellar, D. (2013). La psicología novohispana: defensores de indios, filósofos escolásticos, religiosos hipólitos e intelectuales ilustrados. *Revista de historia de la psicología*, 34(2), 75-94.
- Porcar, M., Guillamón, L., Pedraz, A. & Palmar, A. (2015). Cuidado familiar de la persona con trastorno mental grave: una revisión integradora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(2), 352-60.
- Posada, R. (2014). *La lúdica como estrategia didáctica*. Recuperado el 3 de Septiembre de <http://www.bdigital.unal.edu.co/41019/1/04868267.2014.pdf>
- Postel, J., Quérel, C. (1987). *Historia de la Psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Quirós, V. & Arraéz, J. (2005). Juego y psicomotricidad. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (8), 24-31.
- Quispe, E. (1999). Las trepanaciones craneanas “una expresión médica de la cosmovisión andina”. *Boletín del Museo de Arqueología y Antropología*. pp. 12-14. Recuperado el 29 de Octubre de 2017 de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/antropologia/1999_n08/a05.pdf
- Ramírez, M. & Ostrosky, F. (2012). Flexibilidad Cognitiva después de un Traumatismo Craneoencefálico. *Acta de investigación psicológica*, 2 (1), 582-591.
- Rascón, M., Hernández, V., Casanova, L., Alcántara, H. & Sampedro, A. (2011). *Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y*

- Personas con Trastornos Mentales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Ribes, J. (2001). *Desarrollando un programa psicoeducativo dirigido a las familias de pacientes bipolares*. Recuperado el 5 de Noviembre de 2017 de https://www.psiquiatria.com/trastorno_bipolar/desarrollando-un-programa-psicoeducativo-dirigido-a-las-familias-de-pacientes-bipolares/
- Ríos, A. (2008). Locura y encierro psiquiátrico en México: el caso del manicomio la Castañeda, 1910. *Antípoda*, (6), 73-90.
- Rodríguez, L. & Peláez, J. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 75-84.
- Rodríguez, O., Martínez, O., González, Y., Rodríguez, L., Zamora, E. & Sierra, M. (2015). Rehabilitación integral del paciente con trastorno mental grave. Hospital Psiquiátrico de Matanzas. *Revista Médica Electrónica*, 37(5), 479-487.
- Rogero, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405.
- Rojas, Z. (2017). *El examen psiquiátrico del paciente*. Recuperado el 16 de Octubre de 2017 de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/examenpsiquiatria.pdf>
- Román, F., Santibáñez, P. & Vinet, E. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2325-2336.
- Román, F., Vinet, E. & Alarcón, A. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIII (2), 179-190.
- Rosas, F. (2015). *Efectos de la Psicoeducación y la Terapia Cognitivo Conductual sobre los índices de sobrecarga percibida, afrontamiento y sintomatología asociada al estrés en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos*. Tesis de Doctorado. Universidad Veracruzana.
- Rosas, M. (2004). *Actitudes hacia la enfermedad mental en estudiantes de psicología que inician su servicio social en un hospital psiquiátrico*. Reporte Laboral de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Rosique, M., González de Vega, C. & Sanz, T. (2014). Acompañamiento terapéutico: práctica y clínica en un hospital psiquiátrico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 583-587.
- Rueda, L., Valdebenito, C. & Lolas, F. (2005). La ocupación: ciencia y técnica de terapia ocupacional para la intervención en psiquiatría. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(1), 33-40.
- Ruiz, A., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). Cap. 1 Historia de la Terapia Cognitivo-Conductual. En *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. (pp. 29-49). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Salaverry, M. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (1), 143-148.
- Sanjuán, J. (2009). Cap. 1 Bases de la Psiquiatría. En *Manual de Psiquiatría* (pp. 21-144). España: Ene Life Publicidad S.A. y Editores.
- Schlanger, K., Moratalla, T., Pérez, A., Cáceres, J. & Macris, P. (2010). La Terapia Familiar Sistémica en el Trastorno Mental Grave: Una Experiencia en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. *Clínica Contemporánea*, 1(3), 203-217.
- Secretaría de Salud (2014). *Programa Sectorial de Salud Mental 2013-2018*. Recuperado el 30 de Octubre de 2017 de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Secretaría de Salud (2017a). *La Salud Mental en México*. Recuperado el 30 de Octubre de 2017 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Secretaría de Salud (2017b). *Salud Mental*. Recuperado el 30 de Octubre de 2017 de <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/309>
- Servicios de Atención Psiquiátrica. (2017b). *Anuario Estadístico*. Recuperado el 4 de Enero de 2018 de <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/estad%C3%ADsticas/anuario-estad%C3%ADstico.aspx>
- Servicios de Atención Psiquiátrica. (2017a). *Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. Recuperado el 14 de Septiembre de 2017 de

- <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez.aspx>
- Servicios de Atención Psiquiátrica. (2018). *Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. Recuperado el 29 de Mayo de 2018 de <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatrico-fray-bernardino-alvarez>
- Soria, R., Montalvo, J. & Herrera, P. (1998). Terapia familiar sistémica en un caso de esquizofrenia. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1 (1), 87-104.
- Souza, M. & Cruz, D. (2010). Salud Mental y Atención Psiquiátrica en México. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 53(6), 17-23.
- Stephenson, R. (2016). Informe sobre una experiencia de ingreso en una Unidad Psiquiátrica de un Hospital General. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36 (129), 239-243.
- Sullivan, H. (1964). Cap. 1 Definición de la entrevista psiquiátrica. En *La entrevista psiquiátrica* (pp. 25-48). Argentina: Psique.
- Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Doménech, S. & Llorente, A. (1999). *Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. España: Glosa Ediciones.
- Tateiwa, R. (2017). Cap. 3 Los gastos de la fiesta. En *El cabildo de la ciudad de México y la fiesta de San Hipólito, siglos XVI y XVII* (pp. 107-133). México: LXIII Legislatura de la H. Cámara de Diputados.
- Terapia Ocupacional (2013). *Federación Sueca de Terapia Ocupacional*. Recuperado el 7 de Noviembre de 2017 de http://www.arbetsterapeuterna.se/Global/Forlag/Arbetsterapi%20det%20du%20behover%20veta/arbetsterapi_detdubehoverveta_spanska.pdf
- Torres, G. (2006). Modelo de intervención Psicológica en personas enfrentadas a psicotraumas. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*, 54 (4), 330-337
- Valencia, M., Murow, E., & Rascón, M. (2006). Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (3), 535-549.

- Valencia M., Rascón M., Otero B. & Ryan P. (1987). Descripción de la conducta de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Salud Mental*, 10(3), 81-89
- Villanueva, L. (2004). El sistema hospitalario en la Nueva España del siglo XVI. Un tema para la reflexión en el siglo XXI (2ª parte). *Rev Fac Med UNAM*, 47(3), 117-120.
- Zuniga, Y. & Vásquez, R. (2014). Trastornos psiquiátricos en pacientes pediátricos con lupus eritematoso sistémico en un hospital de referencia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(2), 73-79.