



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

*LAS FUNCIONES DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL EN EL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ PARA LA
COMPRENSIÓN DE LA PSICOPATOGÉNESIS DE LA ESQUIZOFRENIA*

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

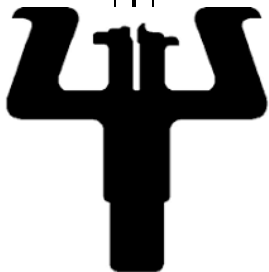
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
BRAULIO RÍOS NAVARRO

DIRECTORA: KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO

SINODALES: PATRICIA PAZ DE BUEN RODRIGUEZ
MARGARITA MOLINA AVILES
GABRIELA ROMERO GARCIA
ESTHER GONZÁLEZ OVILLA

Ciudad Universitaria, Ciudad de México
ENERO 2020





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

A la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad de lograr este sueño, de formarme y crecer dentro de ella.

A mi familia por el apoyo, la confianza, el esfuerzo que tuvieron que hacer para que yo llegara a esta meta, por la compañía, el consuelo y todas las enseñanzas que me han dado, que a pesar de que la vida no ha sido la más sencilla, siempre me enseñaron a esforzarme, a ser mejor y que me dieron una familia con la cual siempre podré contar.

A mis amigos, por todo el apoyo, los ánimos, las risas, los juegos, los regaños, los momentos inolvidables durante estos años, por cada vez que pensé en rendirme y no me dejaron, por cada vez que caí y estuvieron ahí para alentarme, ayudarme a recuperar el aliento y seguir mi camino.

A Jessica por estar a mi lado, por ayudarme, apoyarme, por cruzar esta travesía a mi lado, por todo el cariño que me ha dado y la fe que tuvo en mí.

A la profesora Karina por todo el apoyo, la paciencia, la guía y conocimientos que durante la carrera fui adquiriendo gracias a ella, sin ella esto no sería posible, por esto y más, le tengo un gran respeto, admiración y cariño.

A las maestras Patricia, Gabriela, Esther y Margarita por su apoyo en mi proceso de titulación, ellas me ayudaron a poder llegar hasta este punto.

A todas las personas que me apoyaron, me orientaron, me animaron, estuvieron ahí para mí y me aconsejaron, gracias por ayudarme a llegar a esta meta, por ayudarme a crecer de mil y una formas, por creer en mí, este logro no es mío, es de todos nosotros

“El límite está en el cielo y nosotros podemos elegir cuán alto volar. Aunque a veces creamos fracasar y pensemos en ceder, es cuando más debemos creer en nosotros, probarnos que como en el ajedrez, el juego termina hasta que uno deja de luchar, y en la vida, lo más bello es poderse levantar aún más fuerte de lo que éramos al caer”.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Capítulo 1: El servicio social y su contexto.....	2
El Servicio Social.....	2
Informe Profesional de Servicio Social: (IPPS).....	2
Institución receptora.....	3
Objetivo del Informe Profesional de Servicio Social (IPPS).....	8
Capítulo 2: Soporte teórico metodológico.....	9
Psicopatogénesis.....	9
Esquizofrenia.....	10
Trastorno bipolar.....	14
Trastorno límite de la personalidad.....	18
Entrevista.....	19
Examen mental.....	21
Intervención.....	22
Capítulo 3: Descripción de las actividades realizadas en el servicio social.....	27
Programa de rehabilitación.....	27
Pacientes atendidos.....	32
Capítulo 4: Resultados obtenidos.....	34
Discusión.....	46
Limitaciones y recomendaciones.....	48
Conclusión.....	51
Referencias.....	54

RESUMEN

En el presente documento se presenta la información del Servicio social que fue realizado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez perteneciente a la Secretaria de Salud, se describirá el tipo de población que es atendida aquí, el enfoque utilizado para atender a pacientes, así como los distintos programas de atención que posee. Se mencionarán y dará una descripción de los diferentes programas que se ofrecen en esta institución, un panorama sobre la historia del servicio social en México, así como de la institución receptora.

En los capítulos posteriores se describirá el objetivo del presente Informe Profesional de Servicio social, las actividades realizadas y la finalidad que poseen para el apoyo al paciente hospitalario y ambulatorio, se presentará el soporte teórico-metodológico sobre dichas actividades y los problemas encontrados en su realización.

Para concluir se mostrarán los resultados obtenidos en la duración del Servicio social, las limitaciones que se presentaron para llevarlo a cabo, recomendaciones para la institución y una reflexión sobre la vivencia en este hospital.

Palabras claves: servicio social, hospital psiquiátrico, enfermedad mental, psicopatología

CAPITULO 1: EL SERVICIO SOCIAL Y SU CONTEXTO.

El Servicio Social

El servicio social es un punto de encuentro entre la universidad y la sociedad, en donde la primera enriquece a sus estudiantes con conocimientos y habilidades, mientras que la sociedad tiene contacto directo con estos, siendo así la sociedad, el campo en donde los estudiantes ampliaran su formación, volviendo a ambas indispensables entre sí.

El dato histórico del servicio social en la UNAM se remonta a 1934 con el entonces rector Manuel Gómez Morín, siendo él quien diseñó la primera propuesta para llevar el servicio social a todo el país. En 1936 Gustavo Diaz Prada con su acercamiento a las comunidades rurales, efectuó el primer grupo multidisciplinario con el fin de apoyar a obreros, campesinos y a la comunidad en general de Atlixco. En esto participaron las escuelas de medicina, biología, química, ingeniería, veterinaria, odontología, química, derecho y artes plásticas. En ese mismo año Gustavo Diaz Prada, quien era jefe de la escuela de medicina instauró el servicio social como obligatorio para los pasantes de dicha carrera, ese mismo año, cuando se volvió rector de la UNAM, instituyó el servicio social obligatorio para todas las disciplinas.

Gracias a estos datos se sabe que el Servicio social se estableció en 1936 mediante un convenio entre el entonces Departamento de Salud Pública y la UNAM para así construir un sistema medico social en las comunidades rurales más marginadas del país.

El Servicio social nació en una época conflictiva para el país, teniendo como encomienda atender a la población que estuviera más afectada, actualmente es una labor instituciones como de universidades cubrir con un tiempo de 480 horas de servicio social. (Robles, et al., s/f)

Informe Profesional De Servicio Social (IPPS)

El Informe Profesional de Servicio Social (IPPS) es una de las vías de titulación con las que cuenta la UNAM, la Facultad de Psicología en específico pide a los alumnos cubrir

los 310 créditos del plan de estudios y realizar el IPPS en un lapso máximo de dieciocho meses desde que concluyó el servicio social, es decir, un año y medio para poder titularse por este medio. En el IPPS se documenta cada una de las actividades realizadas en la institución receptora, ya que de esta manera se pueden demostrar y evidenciar las competencias adquiridas, y que, gracias a ello, se desarrollaron y consolidaron habilidades profesionales (Gómez y Graniel, 2008).

Institución receptora

La historia de la psiquiatría en México inicia en el siglo XX, con la construcción del Manicomio General de “La Castañeda” que fue inaugurado en 1910, en donde, se albergaban aproximadamente a 1000 enfermos. Desde su inauguración, “La Castañeda” fue el escenario en donde la psiquiatría mexicana se desarrolló, sin embargo, a finales de la década de los sesenta quedó clausurado. (Alarcón, Mazote y Nicolini, 2005).

La inauguración del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” fue el 9 de mayo de 1967 con el fin de dar tratamiento y atención a pacientes psiquiátricos agudos, a su vez, el 28 de septiembre, se inauguró el Hospital Psiquiátrico Campestre “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, el cual se encargaba de los pacientes subagudos.

En septiembre del 2000, se reorganiza la Coordinación de Salud Mental. Entre las funciones que tenía se encontraba la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental, así como también coordinar a 3 hospitales especializados (“Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno”) y 3 centros de salud mental en el Distrito Federal (“Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”), cambiando de nombre a Servicios de Salud Mental.

El 15 de agosto del 2001, se vincula el Órgano Administrativo Desconcentrado “Servicios de Salud Mental” al Consejo Nacional Contra las Adicciones.

El 19 de enero del 2004, el Órgano Administrativo Desconcentrado “Servicios de Salud Mental” informa su vinculación a la Subsecretaría de Innovación y Calidad por medio de un decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación.

En mayo del 2005, los servicios de Atención Psiquiátrica permanecen compuestos por una Dirección General Adjunta, es decir, cuatro Direcciones de Área, quince Subdirecciones y dos Departamentos. Finalmente, en mayo del 2017 se conmemora el 50 aniversario de Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en donde el entonces Secretario de Salud, José Narro Robles hace énfasis sobre las urgencias en las capacitaciones para el personal médico que atiende a pacientes con enfermedad mental.

El servicio de Atención psiquiátrica se conforma por la confederación de los Hospitales Psiquiátricos “Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro”, “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, y los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) “Cuauhtémoc”, “Iztapalapa” y “Zacatenco”.

Misión

Brindar atención integral con calidad, seguridad y humanismo a la población que requiere servicios especializados en psiquiatría, rehabilitación psicosocial, así como formación de recursos humanos en la materia.

Visión

Ser una Institución Psiquiátrica líder en modelos de prevención, atención, rehabilitación psicosocial, enseñanza e investigación.

Valores del código de ética

- Bien común
- Integridad
- Honradez
- Imparcialidad
- Justicia
- Transparencia

- Rendición de cuentas
- Entorno cultural y ecológico
- Generosidad
- Igualdad
- Respeto
- Liderazgo

Objetivos de la institución receptora

Objetivos Generales

Progresar en la atención comunitaria e integral de las principales enfermedades mentales, argumentada en la demostración científica y con apego a los principios y estándares internacionales de los derechos humanos.

Objetivos específicos

Los pacientes con los que se trabaja en el área de rehabilitación son pacientes hospitalizados, divididos en diferentes pisos y secciones (hombres y mujeres), no existiendo un criterio para su organización en piso excepto en CITEP, que son los pacientes con primer brote psicótico y 6° piso, que son pacientes de psicogeriatría. También se trabaja con pacientes ambulatorios, que son aquellos pacientes que fueron internados, dados de alta y se inscribieron a los talleres de inclusión social.

Los objetivos específicos del programa son:

- Brindar a los pacientes información que sea útil dentro y fuera del hospital con el fin de propiciar una mejor recuperación y disminuir la probabilidad de recaída.
- Favorecer la identificación y expresión de las emociones mediante distintas actividades.
- Monitorear a pacientes externos, así como ayudarlos con sus habilidades sociales.

- Fortalecer procesos cognitivos mediante actividades lúdicas, así como favorecer la reflexión y valores mediante una lectura.
- Ofrecer un mensaje positivo mediante una película, así como volver más amena la estancia en el hospital.
- Fortalecer las habilidades sociales mediante actividades recreativas y deportivas.

Programas de la institución receptora

Dentro de la institución, se cuenta con diferentes servicios para el apoyo a la comunidad, personas que cuenten con alguna enfermedad mental y a los familiares de estos. Se busca la atención, prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales y emocionales.

- Consulta externa.

Atiende a personas que acuden por primera vez y que tengan 18 años cumplidos, ambos sexos. Personal que necesite asistencia especial (edad avanzada, problemas motrices, etc.), debe presentarse con un acompañante.

- Hospitalización

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 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.

- Clínica de intervención temprana en psicosis (CITEP)

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)

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; 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)

Proporciona servicios de psicoterapia a familiares y pacientes del sistema integral de atención psiquiátrica que favorece a 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 patológica 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

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.

Objetivo del Informe Profesional de Servicio Social

Conocer las actividades que el psicólogo lleva a cabo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, y de esta manera, entender la psicopatogénesis en pacientes con esquizofrenia con el fin de poder brindar un servicio de mayor calidad, facilitar una óptima recuperación de la salud mental en los pacientes psiquiátricos en el área de rehabilitación.

En el siguiente capítulo se sustenta teóricamente el trabajo realizado en el área de *rehabilitación*, y por consiguiente, este fue el programa donde se llevó a cabo el servicio social.

CAPITULO 2: SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

En este capítulo se presenta el soporte teórico metodológico de las actividades realizadas durante la prestación del servicio social. Se dará una introducción sobre la psicopatogénesis y se documentan las patologías más presentes en el área de rehabilitación. Seguido a esto, se presenta cómo se llevaban a cabo las intervenciones en las distintas actividades y el enfoque utilizado para poder lograr resultados óptimos.

Psicopatogénesis

Para definir la psicopatogénesis es necesario definir la rama a la cual pertenece que es la psicopatología: esta es el estudio de los fenómenos psíquicos, las organizaciones mentales y los mecanismos psicológicos que están a la base de las alteraciones psíquicas (Restrepo, 2007) Empezando desde este concepto, la psicopatología estudia los trastornos psicológicos en las personas en un momento determinado (cuando se presentan los síntomas), la psicopatogénesis estudia el origen y evolución previa al trastorno, así como los factores que afectan a que este se desarrolle. La psicopatogénesis juega un papel muy importante en el estudio de los trastornos, así como de las posibles rutas de tratamiento que pueden ser posibles para el tratamiento de la enfermedad más allá del tratamiento farmacológico.

Psicopatogénesis de la esquizofrenia

De inicio comúnmente en la adolescencia, se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos, compromete las funciones esenciales que dan a la persona la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma, las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y están dirigidas contra el propio enfermo.

La edad en la que puede suele detonarse la esquizofrenia oscila entre los 16 y 25 años (Megginson, 2010), esto puede ser apoyado por la carga genética existente, por consumo de sustancias (por ejemplo, el tabaco) en donde se muestra un incremento en la probabilidad de desarrollar esquizofrenia.

Los síntomas y signos premórbidos se presentan con anterioridad a la fase prodrómica de la enfermedad, en la que los pacientes presentan una personalidad esquizoide o esquizotípica. Es posible que los adolescentes preesquizofrénicos no tengan amistades cercanas, y buscan evitar las relaciones sociales, en algunos casos, pacientes adolescentes pueden tener un repentino inicio de comportamientos típicos del trastorno obsesivo-compulsivo (Kaplan, Sadock, 2015).

Una vez cuando ya se padece la enfermedad, el paciente presenta una escasa reacción ante las emociones o excesiva actividad emocional. El tratamiento recomendado para la esquizofrenia es antipsicótico y/o tratamientos psicosociales, como lo son la consejería de grupo, terapia cognitivo-conductual, etc. (NIHM, 2011).

Esquizofrenia

Es un trastorno que tiene como característica la presencia de distorsiones de pensamientos (delirios) de la sensopercepción (alucinaciones) y una alteración emocional. Este trastorno posee 2 tipos de síntomas -los síntomas positivos y los síntomas negativos-. Los positivos incluyen los delirios, alucinaciones y bloqueos en el curso del pensamiento, en los síntomas negativos se presenta más un estado similar a la depresión.

La esquizofrenia aparece en pacientes jóvenes y por eso causa disfunciones importantes y duraderas, requieren mucha atención hospitalaria y necesita una atención continua (Kaplan, Sadock. 2015).

La esquizofrenia se presenta en un 1.1% de la población mayor de 18 años, en otras palabras, está presente en 21 millones de personas a través del mundo (OMS. 2018).

Existe una carga genética la que aumenta la probabilidad de padecer esquizofrenia, esto por la cantidad de genes que se comparten con familiares. El riesgo que tiene la población en general de padecer esquizofrenia es de un 1%, esta probabilidad se ve aumentando si hay familiares con este diagnóstico:

- 2% si es un primo o tío
- 4% si es un sobrino
- 5% si es un nieto
- 6% si es un medio hermano o padre
- 9% si es un hermano
- 13% si es un hijo
- 17% si es un gemelo dicigótico
- 48% si es un gemelo monocigótico

Estos porcentajes pueden aumentar si se tiene a más de 1 familiar con este trastorno (Megginson, 2010).

Para el diagnóstico de esquizofrenia, el DSM 5 (2013) considera que debe de existir presencia de los siguientes criterios diagnósticos:

A. Dos (o más) síntomas, cada uno de ellos presentes durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios
2. Alucinaciones
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico y laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el criterio A presentes de forma atenuada.

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maniacos o depresivos mayores de formas concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes solo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (o. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de la esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos de la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Existen diferentes tipos de esquizofrenia. La esquizofrenia paranoide, que como el nombre lo dice, presenta ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes. La esquizofrenia desorganizada tiene alteraciones emocionales, comportamiento irresponsable, desinhibido y tienen un pobre contacto con la realidad. La esquizofrenia catatónica tiene como característica los trastornos psicomotores graves como lo son la hipercinestesia, el estupor, la obediencia automática o el negativismo. La depresión post-esquizofrénica puede concebirse como la transición entre los síntomas positivos y los negativos, en donde, pueden estar convergiendo ambos, la esquizofrenia residual sería

el momento en donde se encuentran los síntomas negativos más activos con nula o mínima presencia de los síntomas positivos y que haya historial de aparición de estos de forma clara con anterioridad. La esquizofrenia simple tiene como característica un comportamiento extravagante y que, por este, no se pueda encajar de forma correcta en la sociedad, hay presencia de síntomas negativos, pero no existen pruebas de la presencia de los síntomas positivos.

Etiología de la esquizofrenia: existe una contribución genética en algunas o quizá en todas las formas de esquizofrenia, y una gran proporción de la varianza en la predisposición a la esquizofrenia se debe a los factores genéticos aditivos. (Kaplan, Sadock. 2015).

Apoyo social en la esquizofrenia

La esquizofrenia, debido a que presenta un deterioro en el aspecto social lo cual deteriora sus redes de apoyo, tiene un pronóstico complicado, ya que los pacientes solo cuentan con la familia para la recuperación, y es posible que en la misma familia exista eventos que puedan propiciar una recaída. El apoyo social es una propiedad del grupo en que el sujeto se siente cuidado, apoyado, amado y estimado como miembro de la red, con obligaciones mutuas relacionadas con la protección que se ejerce sobre las situaciones estresantes que viven las personas. Dentro de la red de apoyo a la cual forma parte el individuo, se encuentra la familia, siendo esta una parte importante capaz de brindar apoyo incondicional, aun con las vicisitudes a que se ve sometida. El apoyo social es lo que el enfermo crónico necesita para afrontar con éxito los problemas que da a lugar la enfermedad y desde esta perspectiva, las redes de apoyo juegan un papel importante en el bienestar de los propios cuidadores, que se ven protegidos contra el estrés generado por la misma enfermedad. Los pacientes con alguna enfermedad mental, por ejemplo la esquizofrenia, tienen deterioradas sus relaciones sociales, lo cual afecta la posibilidad de apoyo social, la cual se divide en dos ámbitos básicos: el estructural (redes o vínculos sociales directos e indirectos que unen a un grupo de individuos en una relación de parentesco familiar o de amistad) y el funcional o expresivo que se divide en los aspectos emocionales (empatía, amor, confianza), recursos instrumentales

(conductas orientadas a la solución de los problemas de la gente receptora) y por último, los apoyos informativos (recepción de información útil para afrontar el problema). Todos estos factores pueden favorecer o dificultar la recuperación de los pacientes, en donde, de no tenerse este apoyo, existe mayor deterioro y probabilidad de recaída. (Casanova, Rascón, Alcántara, Soriano, 2014)

Trastorno bipolar

La definición que se encuentra en el CIE 10 (1992) sobre el trastorno es: trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).

Un 2.4% de la población mundial padece este trastorno (OMS. 2004) en donde la relación es de 1:1, existiendo una prevalencia igual entre hombres y mujeres. Existe una posible carga genética con la cual puede desarrollarse esta enfermedad, una estructura o funcionamiento diferente del cerebro en las personas bipolares en comparación a personas que no tienen trastorno bipolar u otro trastorno psicológico (NIMH 2018).

Existen 2 tipos de bipolaridad (I y II). La diferencia entre ellas es que en el tipo I hay presencia de episodios de manía y depresivos, en el tipo II, hay presencia de hipomanía y de depresión, en sí, es la intensidad de los eventos de alta actividad y vitalidad.

Los criterios que utiliza el DSM 5 (2013) para diagnosticar trastorno bipolar son:

Episodio maniaco

- A. Un episodio bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la

mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, existen tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento en la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de solo 3 horas de sueño).
3. Mas hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencias subjetivas de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
7. Participación excesiva en actividad que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismos o a otros, o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

Episodio hipomaniaco

- A. Un episodio bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
- B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, existen tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:
 - 1. Aumento en la autoestima o sentimiento de grandeza.
 - 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de solo 3 horas de sueño).
 - 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
 - 4. Fuga de ideas o experiencias subjetivas de que los pensamientos van a gran velocidad.
 - 5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
 - 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
 - 7. Participación excesiva en actividad que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característicos del individuo cuando no se presentan síntomas.
- D. La alteración del estado del ánimo y el cambio del funcionamiento son observables por parte de otras personas.

- E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maniaco.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

Episodio de depresión mayor

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.
 - 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
 - 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 - 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 - 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otro, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
 - 6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
 - 7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o de toma de decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevar a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Para el trastorno bipolar I deben de cumplirse los criterios de al menos un episodio maniaco) y aparecer antes o después de un episodio hipomaniaco o episodio de depresión mayor y no tiene explicación por algún otro trastorno.

Para el episodio bipolar II, se deben de cumplir los criterios de al menos un episodio hipomaniaco y al menos uno de depresión mayor, nunca ha habido un episodio maniaco, no se explica por algún otros trastorno y los síntomas de depresión o por la incertidumbre por los cambios entre hipomanía y depresión provocan malestar clínico significativamente o un deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Trastorno límite de la personalidad

En el trastorno límite de la personalidad o de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes) (OMS, 1992).

Cerca del 2% de la población mundial padece trastorno límite de la personalidad, en donde la relación es de 3:1 siendo un padecimiento con mayor frecuencia en mujeres. La etiología de la enfermedad nos dice que puede existir un factor genético, aunque no está del todo claro, aplica una carga los factores ambientales. Se ha observado que las personas con TLP tienen una mayor incidencia de familiares con trastornos depresivos mayores y trastorno por consumo de sustancias (Kaplan, Sadock. 1999).

Los síntomas que deben de presentarse para hacer posible el diagnóstico son:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracterizan por una alternancia entre extremos de idealización y devaluación
3. Alteración de la identidad
4. Impulsividad de 2 o más áreas que son potencialmente autolesivas (p.ej. gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo
7. Sensación crónica de vacío
8. Enfado inapropiado o intenso, o dificultad para manejar la ira
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o con síntomas disociativos graves (American Psychiatric Association, 2013).

Existen diversas técnicas que nos permite reconocer, diagnosticar e intervenir en una gran variedad de trastornos, siendo estas de gran importancia en la labor del psicólogo, otorgándonos la posibilidad de explorar distintos rubros de manera más precisa eficiente y eficaz. A continuación, se presentarán las técnicas utilizadas en el trato de los pacientes, así como las intervenciones realizadas durante el Servicio social.

Entrevista

Es una forma de encuentro, comunicación e interacción humana de carácter interpersonal e intergrupal (esto es, dos o más de dos personas), que se establece con la finalidad, muchas veces implícita, de intercambiar experiencias e información mediante

el diálogo, la expresión de puntos de vista basados en la experiencia y el razonamiento, y el planteamiento de preguntas (Aragón, 2002). Para los psicólogos y los psiquiatras, la entrevista psicológica es una técnica de estudio y observación del comportamiento humano, con el fin de solucionar problemas que incumben a la psicología, la sociología y a la salud mental. Dichos problemas conciernen tanto a individuos como a grupos (Nahoum, 1961).

Localidad para la entrevista: La relevancia de esta parte es que la entrevista debe realizarse en un ambiente en el cual, exista armonía, luz adecuada, el silencio necesario, que sea cómodo para ambas partes.

Una entrevista se divide en las siguientes partes

Rapport: Es una herramienta necesaria para el psicólogo y para toda entrevista, su objetivo es crear una atmosfera cálida y de aceptación, de tal forma que el entrevistado se sienta cómodo, tranquilo, comprendido y a salvo y se comunique de manera abierta sin temor a ser juzgado o criticado.

Desarrollo: Es la parte en donde se recaba la mayor parte de la información, se analiza la información y se confronta, se clarifican los problemas, se toman decisiones sobre distintas soluciones.

Existen distintos formas de entrevistas, entre las que destacan son:

- Entrevista estructurada: En esta entrevista se fijan las preguntas de antemano, con un determinado orden y contiene un conjunto de categorías u opciones para que el sujeto elija.
- Entrevista semiestructurada: En este tipo, se presenta un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados
- Entrevista no estructurada: Este tipo de entrevista es más informal, más flexible y se planea de manera tal, que puede adaptarse a sujetos y a los sujetos

Cierre: Su objetivo fundamental consiste en consolidar los logros alcanzados durante las etapas de cima y cierre. Inicia con la indicación del entrevistador que se acerca el

final, indicación que debe ser seguida por un resumen de los contenidos tratados. Se busca ofrecer al cliente la oportunidad de aclarar algunos malentendidos y se brinda la posibilidad de comunicar cualquier información que hubiera quedado retenida por diversos motivos (Acevedo, 2009).

Examen mental

El examen mental es un procedimiento que se presenta en un formato jerárquico, al que recurre el psicólogo para explorar el estado mental de la persona al valorar las principales áreas de funcionamiento: Orientación (tiempo, espacio y persona), atención, percepción, emociones y afectos, patrones de pensamiento, conducta volitiva y habilidades cognitivas, entre otras. La exploración del estado mental permite detectar signos y síntomas para cada área de funcionamiento. De manera simultánea con la historia clínica nos brinda información para poder dar una impresión diagnóstica (Heredia, Santaella, Somarriba, 2011).

- Aspecto y apariencia: Aliño, higiene, características físicas, edad aparente, estado de alerta.
- Conducta y conación: Comportamiento durante la entrevista
- Lenguaje: Velocidad, volumen, tiempo de respuesta, calidad
- Afecto y humor: Normal, pensativo, articulado, inteligente, rápido, entrecortado, apresurado, divagante, continuo, alto, suave, apenas audible, lento, con pausas.
- Proceso del pensamiento: estructura del pensamiento, se busca si existe progresión del pensamiento (fuga de ideas, retardo del pensamiento, perseverancia, prolijidad, incoherencia y bloqueo).
- Contenido del pensamiento: Se busca la presencia de ideas inusuales y peligrosas, e incluye ideaciones suicidas, homicidas; síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones
- Evaluación de cognición: Nivel de conciencia o estado de alerta, atención y concentración, memoria, juicio e introspección (Carlat, 2017).

Mediante la entrevista y la exploración del estado mental, se evalúa la evolución y el estado actual del paciente. Durante las actividades, constantemente se ve si existe mejoría o si hay presencia de algo irregular en la conducta y/o pensamiento del paciente atendido, logrando no solo mediante la entrevista, también mediante el diálogo ocasional y en la consejería los lunes y viernes.

Intervención

El enfoque que se utiliza en el hospital es el Tratamiento Cognitivo-conductual, con él se busca cambiar los patrones de riesgo para disminuir la probabilidad de recaída, en el transcurso de su internamiento se evalúan las conductas de riesgo que los pacientes poseen, así como las circunstancias que las facilitan. La terapia cognitivo-conductual se centra fundamentalmente en cómo la conducta humana se aprende o se adquiere y abarca los principios y técnicas de la teoría del aprendizaje (Nezu, 2006).

La terapia cognitivo-conductual es un modelo que trabaja ayudando al paciente a que modifique sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas por otras más adaptativas para combatir sus problemas (Tamez, Rodríguez, 2017)

Las intervenciones utilizadas en el hospital se dividen en individuales y grupales; la intervención individual es la consejería psicológica mientras que las grupales son intervenciones con estrategias cognitivo-conductuales.

La consejería es una forma de relación auxiliante, interventiva y preventiva, en donde un consejero, sirviéndose de la comunicación lingüística y sobre la base de métodos estimulantes y corroborantes, intenta en un lapso de tiempo relativamente corto, originar en un sujeto desorientado, sobrecargado o descargado inadecuadamente, promover las potencialidades del individuo y que se orienta a metas nuevas mediante la intervención de ciertos puntos críticos para poder mejorar su capacidad de autoayuda, autodirección y competencia operativa (Hernández, 1994).

Las estrategias grupales utilizadas para el tratamiento de los pacientes fueron: la reestructuración cognitiva, terapia de resolución de problemas y entrenamiento de habilidades sociales/asertividad.

La reestructuración cognitiva consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la reestructuración cognitiva los pensamientos son considerados como hipótesis donde terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles (Clark, 1989).

La segunda estrategia es la terapia de resolución de problemas que ofrece un entrenamiento para resolver ante situaciones estresantes problemas cotidianos (en este caso, sobre cómo afrontar los nuevos retos que tendrán los pacientes saliendo del hospital). Los modelos recientes identifican dos procesos componentes principales: La orientación del problema; siendo las ideas, reacciones y actitudes emocionales de las personas sobre sus problemas cotidianos y la capacidad de afrontarlos con éxito. Si esta es negativa provoca un afecto negativo propiciando la evasión y la inhibición o interrupción de intentos subsecuentes. El estilo de resolución de problemas se refiere a las actividades que realiza la gente para cuando intenta afrontar sus problemas en el día a día. Hay 3 estilos: la resolución racional de problemas es un estilo adaptativo (se hace un proceso de planeación y búsqueda de metas para solucionar los problemas), el impulsivo (realiza intentos impulsivos, sin cuidado para resolver un problema) y el evitativo (evade los problemas, los pospone y depende de los demás) son estilos desadaptativos. El objetivo de esta estrategia es disminuir el estilo impulsivo y evitativo y mejorar la orientación positiva hacia la resolución racional mediante actividades didácticas y buscar la adquisición de habilidades (Nezu, 2006).

En el entrenamiento de habilidades sociales busca dotar o cambiar las habilidades para mejorar su ámbito laboral, académico y social. Las deficiencias de estas pueden provocar deficiencias causantes de problemas psicológicos y problemas en su día a día. El entrenamiento asertivo es una forma específica de entrenamiento de habilidades sociales que busca ayudar al individuo a obtener aquello a lo que tiene derecho sin violar los derechos de los demás y disminuir la forma agresiva en que se consiguen o buscan las cosas, para así, compensar carencias de conocimiento o proeficiencia y disminuir

suposiciones erróneas (entender los derechos que poseen como personas, que no por estar enfermos cambian, que pueden trabajar, etc.) (Nezu, 2006).

La eficacia con la que cuenta este tipo de intervención ha sido estudiada por diferentes autores entre los que se encuentran Cols y Drury (1996), TARRIER (1998), Morrison (2004) y Sensky (2000), los cuales, han realizado estudios con el fin de corroborar la eficacia que tiene este tipo de intervención a pacientes esquizofrénicos y trastornos relacionados.

Se presentarán diversos estudios con la finalidad de mostrar la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales a enfermedades mentales comparadas con pacientes que solo recibieron el tratamiento convencional:

En 1996, Drury y Cols asignaron aleatoriamente a dos grupos cuarenta pacientes con psicosis aguda: uno recibió terapia cognitiva-conductual, mientras que el otro participó en actividades recreacionales y apoyo. Cuando se finalizó el tratamiento, el grupo que recibió las intervenciones cognitivo-conductuales mostró una disminución de las ideas delirantes. Cuando empezó a ser notable el tratamiento fue a las siete semanas, ya que se presentó diferencias en la sintomatología. A los nueve meses, los pacientes con intervenciones cognitivo-conductuales tuvieron un decremento en síntomas positivos (o síntomas leves) de un 95% de los casos, mientras que el grupo control tenía el 44%. Los pacientes que recibieron terapia cognitiva-conductual fueron dados de alta en la mitad del tiempo que el grupo control (Muñoz, Ruiz. 2007).

En 2004, Morrison y Cols realizaron un estudio en donde evaluaron la utilidad de la terapia cognitivo-conductual para la prevención de trastornos psicóticos en pacientes con alto riesgo. Los investigadores dividieron a 60 pacientes con síntomas psicóticos transitorios (episodio psicótico breve) o síntomas psicóticos subsindrómicos en dos grupos: uno recibió terapia cognitivo-conductual y el tratamiento regular (37 pacientes), el segundo recibió solo el tratamiento regular (23 pacientes). Se observó una reducción en la probabilidad de desarrollar un trastorno psicótico en los pacientes del grupo de terapia cognitivo-conductual, así como una menor probabilidad de recibir medicación

antipsicótica durante el período de 12 meses posterior a la intervención (Keegan, Garay, 2007).

De forma específica, se mostrarán estudios sobre la eficiencia de las intervenciones cognitivo-conductuales con pacientes diagnosticados con esquizofrenia comparada con pacientes con un tratamiento común, mostrando la velocidad y disminución de síntomas:

En 1998, Tarrier y cols. realizaron un estudio aleatorizado, controlado y ciego con 87 pacientes con esquizofrenia crónica que recibieron el tratamiento convencional con antipsicóticos y controles por psiquiatras y que fueron repartidos en tres grupos: uno recibió terapia cognitiva-conductual (33 pacientes) y se le enseñaron técnicas para prevenir recaídas; además, recibió entrenamiento en solución de problemas y estrategias para potenciar la adaptación al medio. Un segundo grupo tuvo tratamiento de apoyo (26 pacientes) con consejerías y apoyo emocional. Por último, el tercer grupo, de 28 pacientes, recibió el tratamiento habitual únicamente. Los resultados obtenidos mostraron que los pacientes con tratamiento cognitivo-conductual presentaron menos síntomas positivos, de menor intensidad y con ocho veces más de probabilidad de tener una mejoría del 50% en sus síntomas, además de que alcanzaron esta meta. El grupo con consejería no tuvo una mejoría significativa. El grupo con el tratamiento habitual tuvo una mayor tasa de recaídas y de días hospitalizados (Keegan, Garay, 2007).

En el estudio multicéntrico denominado SoCRATES (Study of Cognitive Reality Alignment in Early Schizophrenia) participaron 315 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos relacionados. Se trata de un estudio controlado, aleatorizado y con evaluadores ciegos, con el objetivo de aumentar la velocidad de recuperación. Para ello, se conformaron 3 grupos: uno recibió un programa de terapia cognitivo-conductual de 15-20 horas durante 5 semanas más tratamiento de rutina (101 pacientes), el segundo recibió consejería de apoyo más tratamiento estándar (106 pacientes), el tercero recibió el tratamiento de rutina solamente (102 pacientes). Se observó una velocidad de resolución mayor de las alucinaciones auditivas en el grupo TC que en el grupo CA. Una importante característica de este estudio es que el grupo TC recibió solamente 5 semanas de tratamiento. En el seguimiento realizado a los 18 meses observaron diferencias en

favor de los grupos terapia cognitivo-conductual y consejería de apoyo sobre el grupo tratamiento estándar (Keegan, Garay, 2007).

En el 2000, Sensky y Cols. llevaron a cabo un estudio aleatorizado, controlado, con 90 pacientes entre los 16 y los 60 años, con diagnóstico de esquizofrenia resistentes al tratamiento farmacológico, durante 18 meses. Los pacientes fueron divididos en dos grupos, ambos recibieron el tratamiento estándar, pero sólo uno se manejó con terapia cognitivo-conductual durante 9 meses (44 pacientes), mientras que el otro tuvo sesiones con un terapeuta que tocaba temas neutrales como pasatiempos, deportes, etc., sin ser directivo ni abordar los síntomas afectivos o psicóticos (46 pacientes).

Los instrumentos de medición fueron la escala de depresión de Montgomery-Asberg, la escala de medición de síntomas negativos (SANS) y la Comprehensive Psychiatric Rating Scale (CPRS). Ambos grupos tuvieron avances en la disminución de las escalas de síntomas positivos y negativos, pero solo el grupo con terapia cognitivo-conductual continuó mejorando después de los nueve meses de seguimiento. (Muñoz, Ruiz. 2007)

Esta información es necesaria ya que en esto se basa el cómo se realizaron las actividades durante el servicio social, es necesario el conocimiento de las psicopatologías, del proceso de entrevista y la forma en que se buscaba intervenir, ya que, con esto, podemos trazar un camino para un posible tratamiento. En el siguiente capítulo se explicará cómo es que se llevaron a cabo las distintas actividades y la población con la que se trabajó.

CAPITULO 3: DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

El presente capitulo tiene la finalidad de describir el procedimiento de cómo fueron llevadas las actividades durante mi prestación de servicio social, así como los objetivos que tiene cada una de estas. Se mostrará también la población con la que se trabajó y cuál era la que predominaba en el hospital,

Programa de rehabilitación

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

Dentro del programa “Atención Psicológica a pacientes con Enfermedad Mental” se realizaron las siguientes actividades:

1. Actividad socio-recreativa (jardín)
2. Pláticas psicoeducativas
3. Inclusión social con pacientes ambulatorios
4. Expresión corporal
5. Estimulación cognitiva
6. Círculo de lectura
7. Seminario
8. Sesiones clínicas

Grupo Psicoeducativo

Se invita a los pacientes que contaban con autorización médica a bajar al área de rehabilitación a recibir una plática psicoeducativa en la que se tocan distintos temas - conciencia de enfermedad, adherencia terapéutica, habilidades sociales y asertividad, autoestima, proyecto de vida y hábitos de higiene y salud-, anotándose previamente con la central de enfermeras de su piso y sección específica, entregándola a los prestadores de servicio social para poder registrar cuántos y qué pacientes bajan, así como registrar si alguno dejaba la actividad por visita familiar, terapia física, o que el paciente sea subido a su piso por dificultad o impedir la realización de ésta. Estas pláticas tienen el objetivo de brindar información a los pacientes que les será útil en su estancia en el hospital y para su vida personal, laboral, así como mejorar su salud con el conocimiento de esta información.

Dinámicas grupales

Durante cada una de las actividades, ya sea a mediados o al terminarla, se les permite a los pacientes compartir alguna reflexión mediante distintas actividades como pueden ser: debate grupal, sesión de preguntas, todo esto siendo llevado y orientado por los psicólogos. Se fomentan estos espacios antes, durante y al finalizar las actividades. La función que tienen estas dinámicas es crear un espacio en donde los pacientes puedan expresar su opinión, apoyar las funciones mentales superiores.

Estimulación cognitiva y círculo de lectura

De igual forma, los pacientes con autorización se anotan en la central de enfermería donde los enfermeros los bajan al área de rehabilitación utilizando las mismas listas en todas las actividades. Durante esta actividad, los pasantes de psicología El taller tiene como objetivo fortalecer las funciones mentales superiores a través de distintos juegos de mesa.

Después de terminar esta actividad, se lleva acabo el *círculo de lectura* en el mismo espacio que estimulación cognitiva. En esta actividad se les lee a los pacientes cuentos

cortos, fabulas o reflexiones con el fin de fomentar los valores e inculcar la lectura en los pacientes, favorecer la comprensión, atención, análisis y síntesis de información, concentración y reflexión mediante preguntas durante la lectura y pidiendo un mensaje que les haya dejado.

Taller de inclusión social con los pacientes ambulatorios

Se llevan a cabo actividades con pacientes ambulatorios con el fin de favorecer su reinserción social y laboral, en donde se realizan trabajos con filigrana y con material de reciclado. El objetivo es desarrollar habilidades que los ayudaran a adquirir herramientas necesarias para una reinserción familiar, social, vocacional y laboral.

En el taller de filigrana, los pacientes realizan diversas figuras con tiras de papel que sirven para decorar diversas cosas como pueden ser: tarjetas, bolsas de papel, invitaciones, separadores o crear figuras con volumen, esto ayuda con la concentración, la motricidad fina y tolerancia a la frustración.

En el taller de reciclaje se realizan diversos trabajos como pueden ser coronas navideñas con rollos de papel, esferas de cartón decoradas, decorar velas, decorar botellas con papel periódico enrollado, estas con el fin de estimular la motricidad fina, tolerancia a la frustración, perseverancia y constancia.

En estos talleres se les evalúa por medio de la escala OTTOS (escala que evalúa dentro del margen de 1 a 10 al paciente donde 1 es completamente inadecuado y 10 es adecuado), los ítems a calificar son: higiene, puntualidad, seguimiento de indicaciones, resolución de problemas, cantidad de trabajos, permanencia en el taller, trabajo en equipo, iniciativa, tolerancia a la frustración, calidad de trabajo, entre otros.

Expresión corporal

Se sube a los pisos en donde, se invita a los pacientes a participar en una actividad que ponen los psicólogos, esta con el fin de fomentar sus funciones mentales superiores como lo son la memoria, la coordinación, la atención, la reflexión y el sintetizar información. Las actividades estaban orientadas a que, con dinámicas, se mencionen y

expliquen las emociones, se expresen sentimientos, todo esto con actividades (crear una historia entre todos los participantes, jugar lotería, lanzar un dado y dependiendo lo que salga se realiza una actividad).

Proyección de película

En el salón de usos múltiples del área de rehabilitación, con los pacientes que tienen autorización de su médico, esto dependiendo de su estado actual y del comportamiento que ha tenido en piso y otras actividades para bajar al área de rehabilitación, los enfermeros los registran en una lista que se nos entrega con el fin de tener un control sobre los pacientes que bajan, los que se van a visita o por malestar, regresan a su piso. Se proyecta una película con el fin de fomentar valores y la reflexión en los pacientes como lo son la amistad, el esfuerzo, la perseverancia, que cada decisión que tomamos nos afecta, que aunque sea complicado, siempre se puede salir adelante, etc., fortalecer las habilidades sociales, así como amenizar su estancia en el hospital, se cierra esta actividad con una reflexión individual y global de la película (sobre el mensaje que les dejó la película, si les ha pasado algo similar, como hubieran actuado en ese circunstancia)

Actividad socio-recreativa (jardín)

En esta actividad, los enfermeros bajan a los pacientes que cuentan con autorización de su médico tratante al área de jardín del hospital, donde entregan lista de los pacientes a los psicólogos. Aquí los pacientes realizan actividades deportivas (futbol, voleibol y basquetbol) y físicas (baile y ejercicio), junto a esto tienen la opción de acercarse con alguno de los pasantes de psicología para dialogar sobre cualquier asunto de su interés. Estas actividades tienen como objetivo fomentar la socialización de los pacientes, así como amenizar su estancia en el hospital.

Seminario

En esta actividad, se realizan exposiciones de diversos temas expuestos por los pasantes de psicología (examen mental, historia clínica, proceso salud-enfermedad, trastornos del estado de ánimo, delirios, esquizofrenia) en donde al final de cada presentación se resolvían las dudas que surgían y dando una retroalimentación referente al tema abordado e intentando identificar lo hablado con lo visto hasta ese momento con los pacientes.

Sesiones clínicas

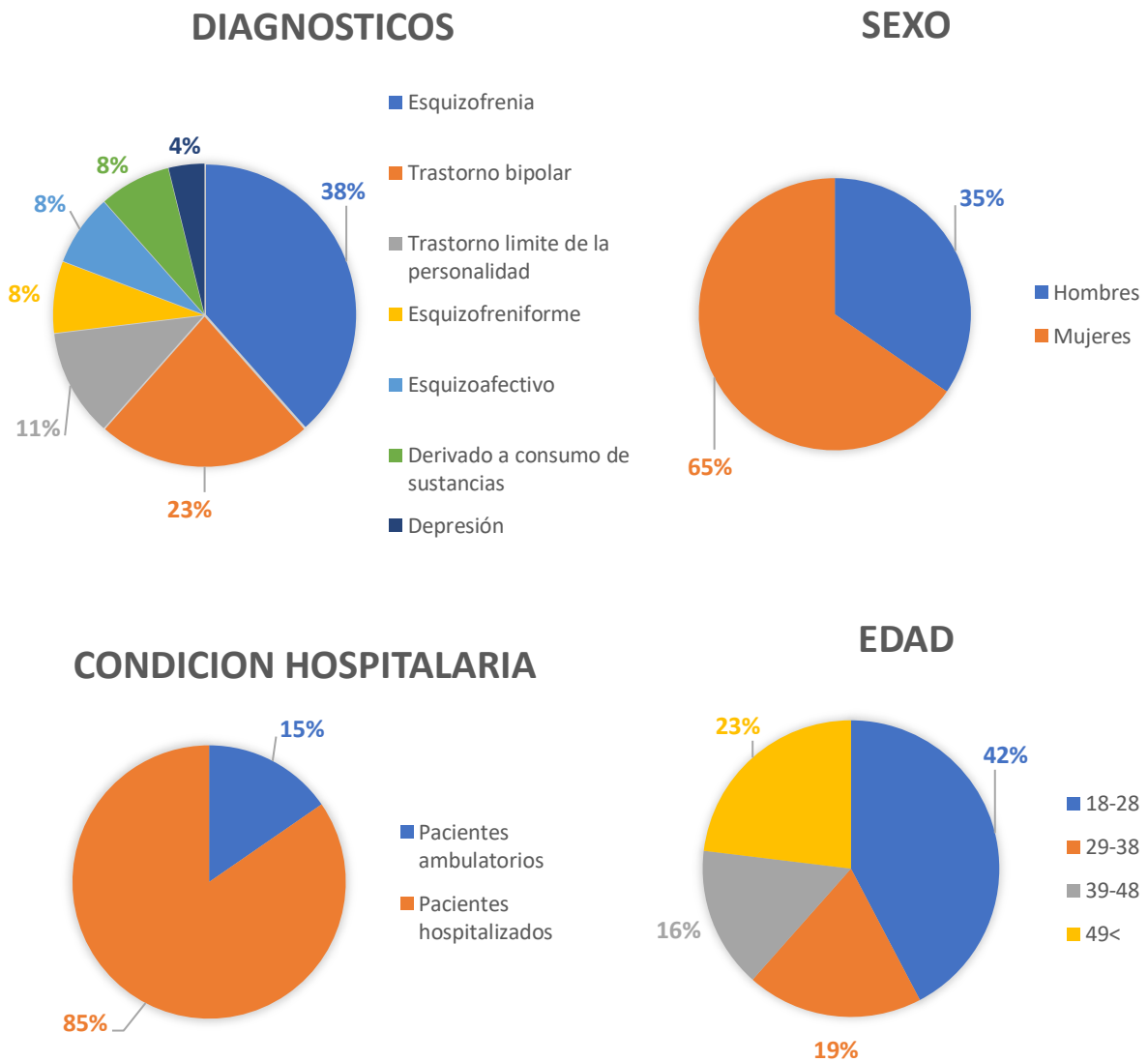
Se seleccionaba a determinados pacientes con quienes, se deseaba indagar más allá sobre su diagnóstico, su historia de vida y el tratamiento que ha llevado hasta ese entonces. Esta actividad se realizaba en equipos que exponían los distintos signos, síntomas y vivencias para que, en grupo, antes de compartir el diagnóstico final, se debatía sobre el diagnóstico que los pasantes de psicología consideraban que era el correcto, después se explicaba las características del diagnóstico para facilitar futuras interpretaciones diagnósticas con otros pacientes.

En todas las actividades, (exceptuando seminario porque era una actividad solo de los prestadores de servicio y el supervisor) se evalúa la conciencia y estado psíquico de los pacientes con los que se trabaja, así como ver el desarrollo de la enfermedad junto al tratamiento que se les ha dado. En la actividad socio-recreativa se brindaba consejería a los pacientes, abordando temas de su estancia, de sus relaciones interpersonales, aclarar dudas sobre su trastorno por mencionar algunos.

En las siguientes graficas se presenta a los pacientes atendidos con base a su diagnóstico, edad, sexo y condición hospitalaria.

Pacientes atendidos

Durante el préstamo de servicio social se atendió a un total de 26 pacientes durante las distintas actividades del área de rehabilitación



Las enfermedades mentales, aunque no se aprecie, tiene una alta prevalencia en la población mexicana, en donde un 17% de la población presentara al menos un trastorno mental y una de cada cuatro lo padecerá como mínimo una vez en su vida. Junto a esto, una de cada cinco recibirá tratamiento (INCyTU, 2018).

Entre los trastornos que presentan una mayor prevalencia según la Encuesta Nacional de Adicciones analizada por la Secretaria de Salud (2001) son:

Depresión: 7.8%

Epilepsia: 3.7

Probable psicosis: 2.8%

Trastorno obsesivo: 2.5

Probables trastornos limítrofes: 1.1%

Trastornos de ansiedad: 1.1%

Probable esquizofrenia: 1%

Psicosis inespecífica: 0.6%

Trastorno bipolar: 0.6%

Manía: 0.2%

CAPITULO 4: RESULTADOS OBTENIDOS

El principal objetivo del presente informe profesional es presentar las labores realizadas por el prestador de servicio social, cómo es que estas nos ayudan a la comprensión de la psicopatogénesis en la esquizofrenia y cómo es que esto ayuda a que los pacientes mejoren. En el presente capítulo se presentarán los resultados obtenidos de las labores realizadas con los pacientes psiquiátricos en el área de *rehabilitación* y ejemplos de la evolución observada en algunos pacientes.

Entrevista

Previo a la entrevista que nosotros realizamos, el proceso del paciente desde su ingreso (normalmente por urgencias) es la evaluación del estado actual, la creación de expediente (en caso de no tener), se queda 1 día en observación y después se le asigna a un piso, los criterios para esto son si es su primer brote, si tiene edad avanzada y el sexo, siendo aquí en donde nosotros tenemos contacto con el paciente. Después de realizar algunas actividades (normalmente plática psicoeducativa y expresión corporal) y ver la condición de algunos pacientes, se procedía a realizar una entrevista para tener mayor conocimiento sobre el paciente en la actividad socio-recreativa. Se realizaba en este espacio debido a que era en donde poseía mayor libertad de acción en cuanto a la forma de interacción con pacientes. Algunos pacientes necesitaron contención emocional en alguna de las actividades, en estos casos (de no existir) después de la contención, se proseguía a una pequeña entrevista. No se poseía un formato en la entrevista que se realizaba, pero siempre se tenía un objetivo: conocer más a fondo los motivos de ingreso del paciente, ya sea compartido en la entrevista por el paciente o que posteriormente se pueda observar su expediente. Se esperaba que la mayoría de las entrevistas tuvieran un desarrollo en donde el entorno propiciara la interacción, sin interrupciones y sin distracciones, pero por factores externos, esto se podía ver alterado por la actividad de los otros pacientes (interrupciones, que fueran subidos a piso), los síntomas se exacerbaran o hubo un cambio en su condición en los últimos días.

En algunas entrevistas, debido a los temas tocados los pacientes se tornaban a la defensiva, incluso en ocasiones violentos, ante esto, se buscaba la opción para tranquilizarlos, de no ser posible, se cancelaba la entrevista o bien, se posponía, algunas medidas que se tomaban en estos casos son:

- Evitar mirar fijamente a los ojos
- No interrogar, no insistir en las cosas
- No perderlo de vista mientras se siga en la entrevista
- Localizar a algún compañero y que permanezca cerca
- No darle la espalda
- No tocarlo

En caso de ser necesario, en las actividades se puede salir del área de talleres y hablar con los pacientes, como varios eran de nuevo ingreso o bajaban por primera vez a las actividades, era necesaria esta entrevista para tener un poco de contexto.

Examen mental

Desde el primer contacto que se tiene con los pacientes, se intenta iniciar un diálogo y gracias a las distintas actividades esto se facilita. En todas las actividades, cuando algún paciente es nuevo, se pide que se presente con los prestadores de servicio social para así tener un trato más cercano, desde que nos mencione su nombre, se indaga si es consciente de quién es, en dónde está y su edad. En el transcurso de las actividades, se interactúa con los pacientes, con lo cual, se puede indagar más a profundidad si existe alguna alteración. A veces no es necesario interactuar directamente, solo observar su diálogo con alguien más. Con muchos pacientes se complicaba realizarlo ya que no eran cooperativos o no tenían la voluntad de realizarlo, no asistían a las actividades, junto a esto también se encontraban muchos pacientes en etapa delirante, así que con ellos no se proseguía a algo más hasta que hubiera un poco de mejoría, debido a esto la gran importancia de realizar el examen mental frecuentemente.

Durante las entrevistas realizadas, se indagaba de manera más específica si existían alteración del pensamiento, a los pacientes que se les podía entrevistar, se hacía una

exploración del estado mental más profundo, a estos pacientes se les monitoreaba en específico ya que, al conocer su situación de una mejor manera, era más efectivo poder descubrir si existía mejoría o no.

La importancia de esta entrevista es conocer su contexto y diagnóstico, ya que, al conocerlo, sabíamos los síntomas y posibles reacciones que los pacientes tendrían, así como el trato que debía de tomar hacia cierto tipo de pacientes.

Consejería psicológica

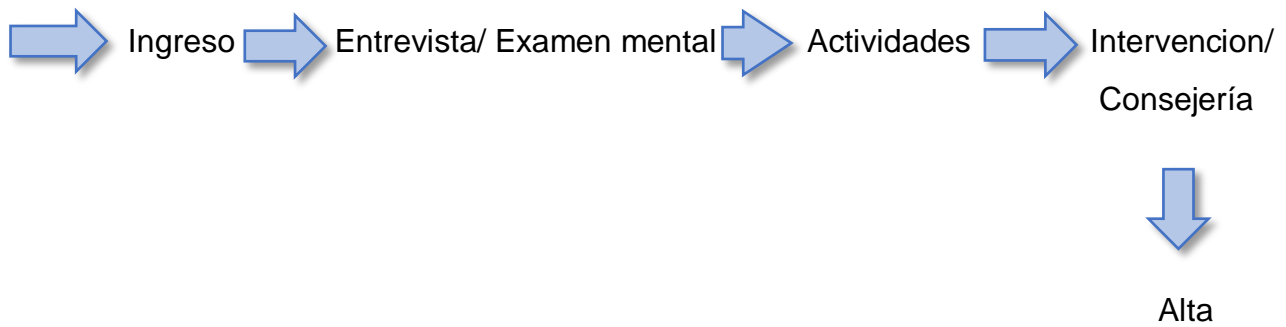
Después de la entrevista inicial y haber realizado el examen mental correspondiente, se inicia un diálogo con el paciente en donde normalmente compartían su situación familiar actual, cómo ha sido su estancia en el hospital y cómo se sienten desde su ingreso. Varios pacientes no conocían o no entendían el diagnóstico que se les había dado, ya que están en su derecho de conocerlo. Algo recurrente en la consejería con los pacientes es la incertidumbre de qué pasará con ellos, si podrán trabajar, si la medicina debía de tomarse siempre, efectos secundarios de los medicamentos, etc. Cuando se tocan temas familiares se trataba de no presionar demasiado al paciente con preguntas, ya que esto podía ser contraproducente (exacerbar síntomas paranoicos, en trastornos depresivos aumentar la tristeza, etc.). Después de que nos comentaba, se le brindaban diferentes opciones y herramientas específicas que podrían ser útiles para su recuperación. Un problema común era ver pacientes en crisis de tipo paranoide, los cuales pensaban que *el mundo estaba en su contra*, que la gente los lastimaba. Al entender que el paciente estaba delirante, no se debía seguir el delirio ni contradecirlo, en estos casos se nos dio la recomendación de evadir el tema en que se basaba el delirio.

Ya que en su discurso se mostraba, pero no se podía apoyar el delirio y tampoco contradecirlo, en estos casos la recomendación que se nos dio fue intentar evadir el tema en que se está basando su delirio, en muchas ocasiones, los pacientes solo deseaban que alguien los escuchara, así que después de hablar un poco, varios solo se retiraban.

Intervención

En todas las actividades, el objetivo principal era fomentar en los pacientes cambios en las conductas que pudieran provocar situaciones de riesgo para él y para la gente cercana a ellos, otorgarles los recursos necesarios para poder reintegrarse al entorno y reducir la probabilidad de una recaída. En la actividad de plática psicoeducativa, se les proporcionaba información relevante, un ejemplo de este es explicarles lo que es una enfermedad mental para de esta forma, cambiar el paradigma que pudiesen tener sobre esta, se mencionaban las formas en que podrían seguir su vida saliendo del hospital, mejorar sus hábitos de higiene, por qué es importante seguir con su tratamiento dentro y fuera del hospital. En estimulación cognitiva su busca la reflexión sobre distintos temas y generar consciencia en los pacientes. En las actividades los prestadores de servicio social otorgan información que se va orientando hacia un fin específico (otorgar herramientas, habilidades, cambiar un pensamiento), aunque también hay problemáticas con la realización de actividades, ya que muchos pacientes no están en disposición y solo acuden a las actividades para salir de su piso, algo bastante recurrente, ya que si bajaban 10 pacientes, solo 3 participaban, mientras tuvieran permitido bajar, podían asistir a las actividades. Se debía de encontrar la forma de incluir a todos, por lo cual al final de las actividades se buscaba que se nos otorgara una retroalimentación de la mayoría de los pacientes, ya fuera alguna reflexión sobre el tema, que vincularan la información con su vida (fuese compartido o no) o que nos dijeran el mensaje que ellos habían captado, y con esto poder hacer intervenciones tanto de manera individual, cómo utilizarlas para dejar en claro puntos que serían de interés grupal.

En la siguiente gráfica se muestra el proceso de interacción que tienen los pacientes con los prestadores de servicio social durante su estancia (1 mes aprox.) y ejemplos sobre la evolución de estos.



Ejemplo 1

Ingreso	6-nov-18, Ingreso involuntario después de intentar agredir a su madre
Entrevista inicial/Examen mental	<p>Paciente masculino 25 años, ingresó por un estresor familiar (pelea entre hermanos), después de la pelea no recuerda nada hasta que lo llevaron al hospital, su familia le dijo que se había comido una víbora y una tarántula, presentaba delirios y alucinaciones, su Dx. es esquizofrenia paranoide, no era su primer internamiento así que conocía su diagnóstico y algunas medicinas que tomaba, entre ellas se encuentra: clonazepam, risperidona, clozapina.</p> <p>Estaba aletargado, con marcas de heridas en su cuerpo debido a tentativa suicida, estaba orientado en persona, tiempo y espacio, fue amable durante la entrevista, presentaba letargo en el pensamiento en momentos, negaba ideas delirantes y alucinaciones.</p> <p>Con el paso del tiempo, su letargo disminuía y convivía más, seguía negando delirios y alucinaciones, su higiene mejoró.</p> <p>Existen antecedentes de familiares con esquizofrenia (tío y tía del lado paterno).</p>
Intervención	En la intervención individual (consejería) se tuvieron 4 sesiones en donde durante la primera sesión, hablamos de la incertidumbre sobre

su familia, ya que no tenía una buena relación y comento que su madre tenía mucho resentimiento hacia él. En esta sesión, la consejería se enfocó en hacer entender que su enfermedad no era algo que deseara, que no estuvo en él adquirirla, pero que si está en él poder tratarse y mejorar su estilo de vida

En la segunda tratamos el tema que tenía un hijo y que quería estar bien para poder criarlo pero que no lo dejaban verlo debido a su enfermedad, y que en una crisis, intentó arrojarlo por la azotea, él no recuerda esto, se le comentó el porqué de la decisión de su familia, que tenía derecho a verlo, pero que debía de buscar formas para no poner en riesgo la salud de su hijo con sus crisis, se recomendó una terapia familiar y que siguiera con su medicación para que de esta forma pudiera convivir con su hijo.

En la tercera el tema fue su deseo para poder estudiar una carrera universitaria, lo cual no pudo hacer ya que desde niño había consumido drogas así que solo terminó la secundaria. Se le comento las diversas opciones existentes para seguir estudiando y que le fuera posible estudiar una licenciatura.

En la cuarta el tema fue cómo mejorar la relación con su familia y cómo dejar de tener los síntomas de la esquizofrenia. Se le recomendó seguir con su tratamiento y no suspenderlo, seguir en monitorización, ya que de hacerlo había una gran posibilidad de recaída, en cuanto a su familia, que hablara con ellos, que tomaran terapia juntos para que así pudieran sanar las diversas heridas que tenían, que no solo era a él a quien afectaba su enfermedad, si no a sus seres cercanos.

Durante el mes que estuvo el paciente, tuvo un total de 6 sesiones, dividiéndose entre grupo psicoeducativo, expresión corporal y estimulación cognitiva, la primera semana no bajó a las actividades por su sintomatología, a la segunda semana acudió a plática psicoeducativa y a estimulación cognitiva, en plática se tocó el tema

de conciencia de enfermedad, en donde se mostró distante y no interactuaba mucho, en estimulación cognitiva, jugó con sus compañeros, pero no dialogaba mucho. En la tercera semana, en expresión corporal participó un poco más e interactuaba con los pasantes de psicología y sus compañeros, en grupo psicoeducativo su atención aumentó y participaba cuando se le invitaba, siendo la plática de esa semana adherencia terapéutica. En la cuarta semana participó por su voluntad e incluso compartía ejemplos de la vida cotidiana para poder ayudar a sus compañeros a entender mejor el tema (proyecto de vida), en estimulación jugaba con sus compañeros y ponía atención a la lectura.

Medicación: Risperidona, clonazepam, clozapina, valproato semisodico

Reajuste: Olanzapina, Lorazepam, fluoxetina, valproato de magnesio

Ejemplo 2

Ingreso	11-feb-19, ingreso involuntario
Entrevista inicial/Examen mental	Paciente femenino de 26 años, no sabe por qué ingreso, conoce su Dx. que es esquizofrenia paranoide, orientada en persona y espacio, no en tiempo, hay presencia de delirios de persecución, ideas de daño y referencia, se ve mayor a la edad referida, aliño inadecuado, el comportamiento ante el entrevistador es amable pero cuidadosa, con problemas atencionales.
Intervención	En la intervención individual (consejería), se tuvieron 3 sesiones en donde, en la primera, hablamos acerca de su estancia en el hospital, hacía mención de una hermana gemela, lo cual generaba conflicto ya que no se podía saber si era cierto o era un delirio, hablaba de que quería mucho a su familia y que quería regresar con ellos. Ante esto, se le aconsejó seguir su tratamiento para que así su duración fuese de

menor duración. En la segunda sesión, se encontraba un poco más lúcida, pero permanecían los delirios de persecución, se habló sobre su familia, en donde comentó que su hermana gemela, una tía, su mamá y su abuelo tenían lo mismo que ella, ante lo cual preguntó si era algo que se “pasaba” en las familias, se le explicó que existe influencia genética que vuelve más fácil padecerla, se le explicó que al seguir su tratamiento podría mejorar su estilo de vida. En la tercera sesión, seguía el estado de alerta, pero ya no exhibía muestras de paranoia, preguntó sobre si su tratamiento tendría que ser de por vida y si no existían efectos secundarios, también si era posible que regresara a la escuela, se le explicó que al ser una enfermedad crónica, debería seguir con su medicación, que una vez se estabilizara y siguiera con este, sería posible que regresara a la escuela, sobre los efectos secundarios, se le explicó que era posible, pero que por eso debía seguir en monitorización para que, ante cualquier efecto adverso, se ajustara su medicación.

En las intervenciones grupales el paciente asistió a grupo psicoeducativo 3 veces, estimulación cognitiva 3 veces y a proyección de película 2 veces. En el grupo psicoeducativo, la 1ª vez que fue tuvo que ser subida a piso por delirios de persecución y agitación, pasó lo mismo en estimulación cognitiva, pero aquí casi agrede a una de sus compañeras porque pensaba que la quería matar, en proyección, estuvo toda la actividad, pero no participó. En la siguiente plática (proyecto de vida) seguía con ideas delirantes, pero pudo controlarse un poco más, su discurso tenía coherencia, pero se alteraba fácilmente, en estimulación participó de forma adecuada, otorgando retroalimentaciones acordes a los temas tocados. En la última plática su interacción fue adecuada, aunque se alejaba de sus compañeros ya que había tenido conflictos con algunos en piso, sus comentarios tenían coherencia y demostraban un nivel de entendimiento adecuado.

En estimulación cognitiva se mostraba un poco más retraída, pero participó de forma adecuada y otorgó buenas retroalimentaciones.

Medicación: Clonazepam, valproato de magnesio, risperidona

Ejemplo 3

Ingreso	21-oct.2018 ingreso involuntario
Entrevista inicial/Examen mental	Paciente femenino de 32 años con Dx. esquizofrenia paranoide debido a heteroagresividad, existen antecedentes de internamientos desde los 22 años, no es consciente de por qué ingresó esta vez, pero piensa que está ahí porque su familia quiere deshacerse de ella. Lleva 7 internamientos, su familia la ha despreciado desde que se enfermó (idea delirante), su forma de hablar y referirse es agresiva, violentadora, impositiva, su apariencia es de una persona mayor a la edad que posee, niega delirios y alucinaciones, pero se observan pruebas de la existencia de ideas de daño y referencia.
Intervención	En la intervención individual (consejería) durante la primera sesión se trató el tema de su internamiento, en donde ella pensaba que había sido una treta de su familia para dejarla encerrada, que la odian y que ellos le dieron lo que la trajo aquí. En la segunda sesión, las ideas de referencia eran menores, pero aun pensaba que su familia la odiaba, esta vez hablamos de su hija, que era muy pequeña y que necesitaba de su madre para crecer, se le explicó que debía de ella estar bien para así poder cuidar y educar a su hija, por lo cual, tenía que cuidarse y seguir el tratamiento, así como tomar una terapia al salir del hospital. En la tercera sesión se trató el tema de que la medicina solo la dañaba, que no le ayudaba, que prefería la marihuana que la ayudaba más a calmar las voces, se le explicó que la marihuana le hacía más daño, que con su consumo era más probable que tuviera una recaída, que lo mejor sería dejar su consumo para estar bien y así sus

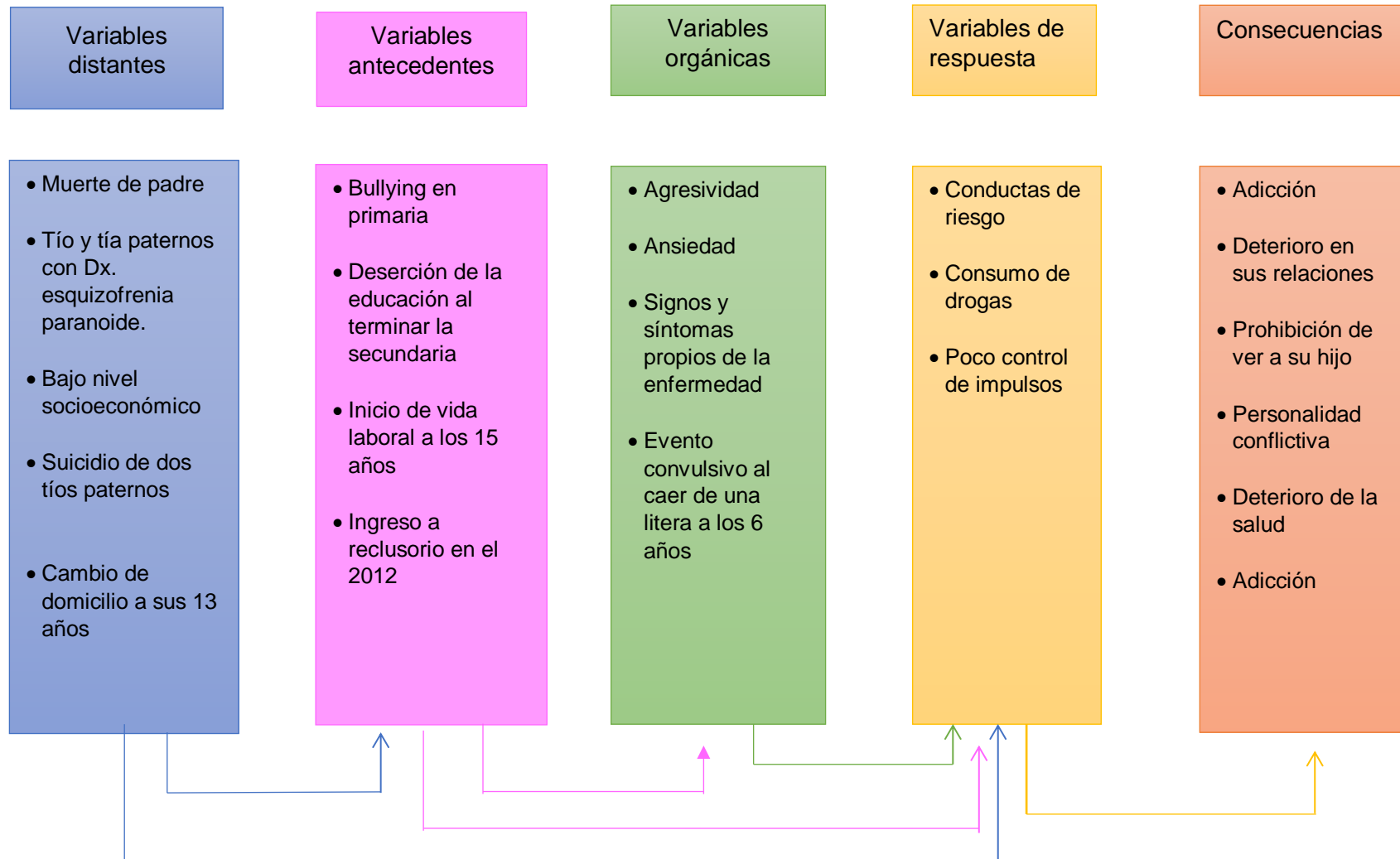
internamientos disminuyeran. En la cuarta sesión se habló sobre que ya se iba a ir, que regresaría con su hija y que la podría cuidar, que esperaba no regresar.

En las intervenciones grupales, el paciente acudió a 3 sesiones de grupo psicoeducativo, 2 proyecciones de película y 1 estimulación cognitiva. En la primera sesión de grupo psicoeducativo, tuvo que ser subida a su piso por agredir verbalmente a sus compañeros y no respetar a los prestadores de servicio social, en proyección de película, se burlaba de cualquier comentario dicho por sus compañeros ante lo cual, se le solicitaba que respetara la opinión de sus compañeros, de seguir así se le pedía que saliera unos minutos para que se tranquilizara y de seguir con su comportamiento, se le retiraba de la actividad. En la segunda sesión de grupo psicoeducativo ante cualquier respuesta se reía, pero si se le preguntaba contestaba acorde al tema, de forma altanera, pero con coherencia, en estimulación cognitiva participó de forma adecuada, aunque sus retroalimentaciones no tenían mucha relación con lo solicitado. En el tercer grupo psicoeducativo, sus opiniones eran mayores, no se burlaba de sus compañeros abiertamente, pero sus contribuciones tenían coherencia y buen contenido referente al tema hablado, en proyección de película, dio una retroalimentación limitada pero acertada, no se burló de sus compañeros.

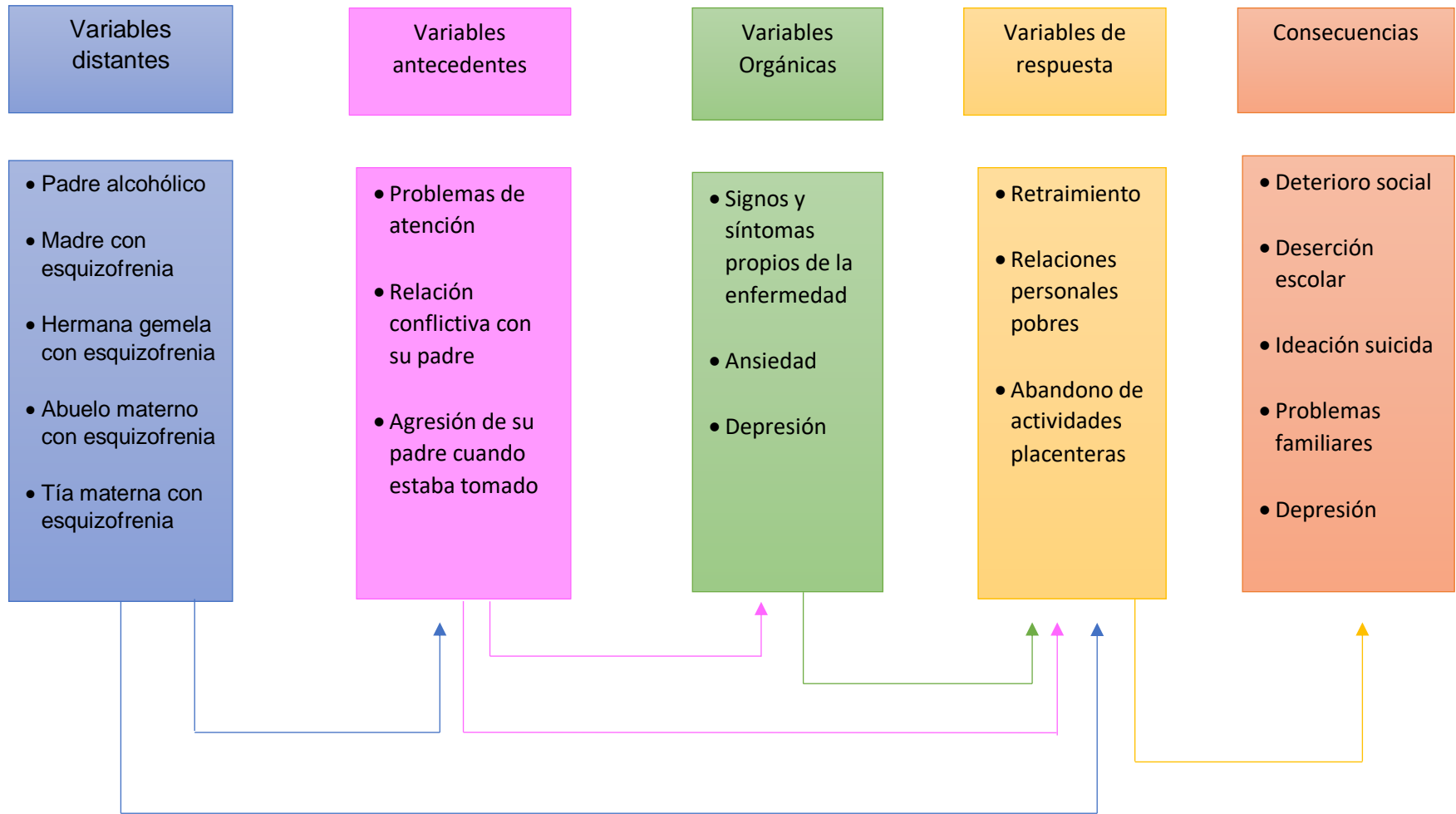
Medicamentos: Quetiapina, oxcarbazepina, valproato de magnesio, alprazolam, fluoxetina, fluopentixol

A continuación, se presentan los mapas psicopatogénicos de los pacientes mostrados:

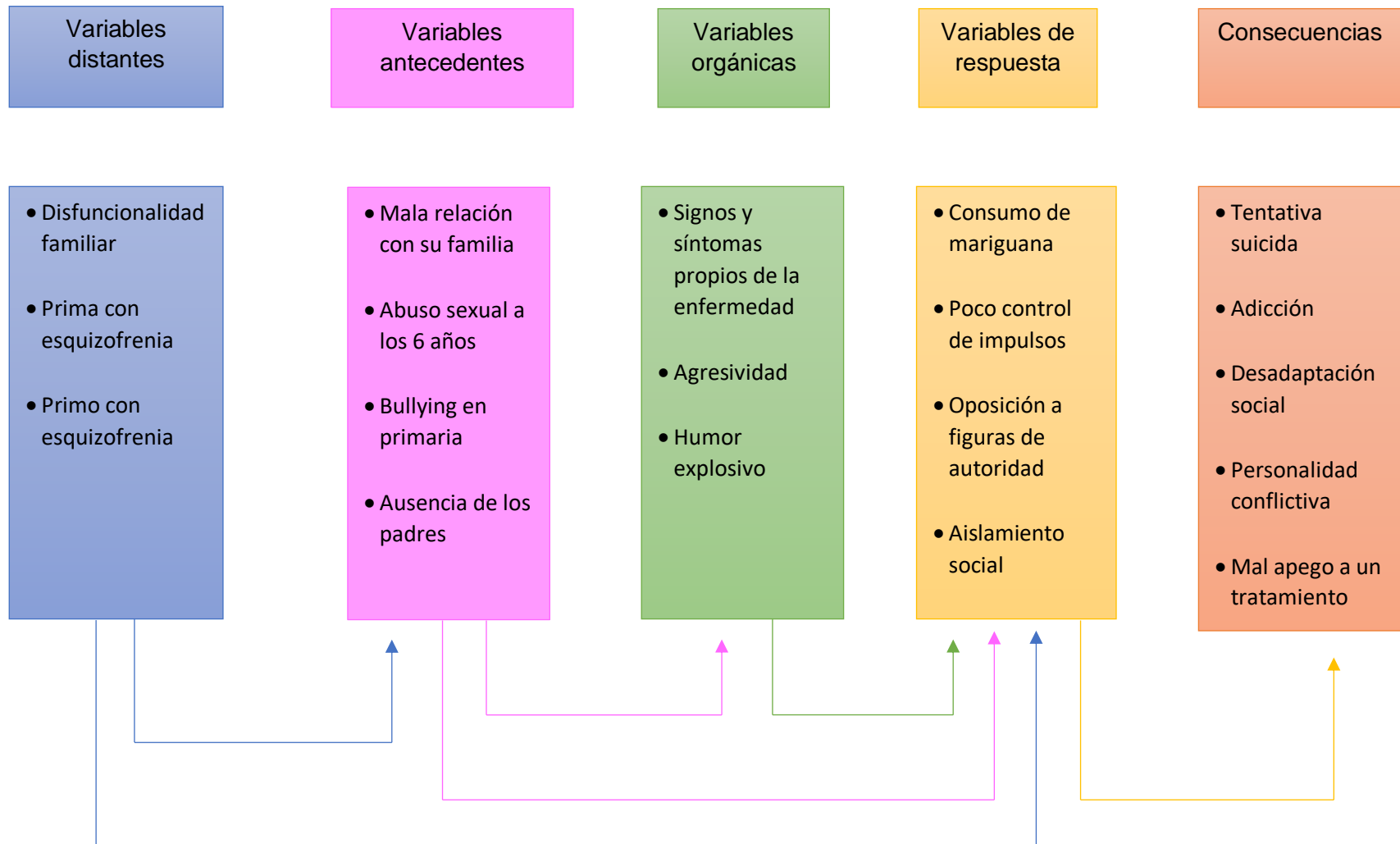
Ejemplo 1



Ejemplo 2



Ejemplo 3



Estos cuadros tienen la función de ayudarnos a entender la evolución del paciente, así como sus antecedentes con y sin la enfermedad mental, esto nos brinda un mayor panorama para así, poder diseñar un plan de intervención que abarque las áreas dañadas en los pacientes. Los mapas de psicopatogénesis no solo recaban la información referente a la enfermedad del paciente, también abarca la vida previa a la enfermedad, considerando que una enfermedad no inicia desde que se posee, sino desde mucho tiempo antes, indicando otras posibles zonas que requieren atención para favorecer la rehabilitación del paciente, siendo otorgada esta información mediante la realización de entrevista, la historia clínica y evaluación psicológica.

Con base en los resultados obtenidos en el apartado anterior, se llevará a cabo una discusión sobre estos, se mencionan las limitantes y sugerencias, así como las conclusiones del préstamo de servicio social en el área de rehabilitación.

Discusión

La población con la cual se trabajó en el hospital fue bastante amplia, encontrando a pacientes agudos, reingresos, varios que era su primer brote, con múltiples diagnósticos, lo cual necesitó una gran apertura y aprendizaje continuo de cada paciente. Aunque la población predominante tenía esquizofrenia paranoide, era necesario de igual forma tener conocimiento sobre los demás trastornos, algo que era complicado ya que no teníamos un fácil acceso a expedientes y teníamos que crear nuestras propias anotaciones. En el área de rehabilitación, no se tiene acceso a los expedientes, ni a las anotaciones de los médicos, la única información con la que se dispone es la que obtiene hablando con el paciente, esto retrasando la posibilidad de diseñar una forma de intervención para cada paciente. La entrevista y el examen mental, más que para el hospital, tienen la función de darnos a nosotros la información necesaria para poder trabajar con los pacientes, de no realizarse, no tendríamos forma de trabajo.

Las entrevistas en el servicio social no tenían un lugar establecido, normalmente era durante la actividad socio-recreativa o cuando los pacientes nos abordaban en las

distintas actividades ya que existía alguna duda o necesitaban hablar. En el jardín, nos acercábamos a los pacientes, no sentábamos o caminábamos con ellos, de preferencia en lugares donde la concurrencia era menor, en el área de rehabilitación, no contábamos con un espacio exclusivo para la entrevista, por eso esta se llevaba a cabo en la actividad socio-recreativa, en donde la actividad mostraba flexibilidad en las actividades a realizar, esto con el fin de poder conocer más sobre su vida, su enfermedad y como ha sido su trayecto dentro y fuera del hospital, algo importante a destacar, es que no todos los pacientes estaban receptivos, aun no se sentían cómodos en las actividades, estaban muy reactivos o con los síntomas muy activos. Mediante la entrevista y pequeños acercamientos, es como los pasantes de psicología podíamos evaluar y conocer que paciente necesitaba apoyo y a quien se le podría brindar.

En las actividades, solo se nos indicaba que hacer, mas no el porqué de estas ni en que estaban basadas (exceptuando plática psicoeducativa y el examen mental), fue con el pasar del tiempo donde empecé a entender el porqué de las actividades, teniendo como objetivo disminuir el deterioro cognitivo lo más posible, apoyar a la memoria, a la atención, otorgar una base de valores y disminuir el deterioro de las relaciones sociales. Los tiempos de estancia no era el adecuado para poder realizar una intervención profunda, así como los tiempos, las actividades ya tenían sus formas, la única flexible era la actividad socio-recreativa, en donde teníamos que aprovechar para hablar con los pacientes. De la misma forma en que no teníamos una guía, tampoco conocíamos todos los formatos que eran necesarios de seguir, lo más que se tenía eran simples indicaciones y qué hacer ante determinada circunstancia, pero no existía un formato el cual seguir. No teníamos conocimiento de los pacientes, no teníamos un fácil acceso a expedientes, por lo cual, era necesario que hiciéramos nuestra entrevista para poder hacer algo. El personal nos dejaba a la deriva, nos indicaban las actividades, pero sin fundamentos, sin bases, sin material para poder apoyar al paciente. El personal de rehabilitación tiene poco acceso a los datos sobre los pacientes, no hay apoyo de los psicólogos de piso y psiquiatras, enfermería a veces es accesible, pero aun así no es de gran ayuda. El trato hacia los pacientes no era el apropiado, no se les prestaba la debida atención en piso, gracias a esto se nos complicaba lograr un plan de intervención adecuado para cada paciente, mientras no fueran agresivos, se les permitía participar en

las actividades, aunque estuvieran delirantes, con alucinaciones, hipersexuales y esto, nos dificultaba aún más realizar cualquier actividad. A pesar de lo anterior mencionado, los pacientes con los cuales se tuvo mayor contacto tuvieron un cambio favorable, la información dada generó un cambio en el cómo concebían la enfermedad mental, el tratamiento, lo que iba a pasar, logrando así en ellos, una mejor percepción de la psicología, y gracias a esto también aumento el deseo de trabajar con el personal de psicología.

Con la creación y utilización de los mapas psicopatogénéticos se puede crear un plan de tratamiento para los pacientes, uno de forma personal en donde la atención hacia cada paciente sea la apropiada, otorgando información suficiente para saber que partes de su vida se encuentran más dañadas, para que el personal de rehabilitación tenga una guía o protocolo en el cual basarse para el tratamiento y que en caso de reingreso, se pueda aprovechar al máximo el tiempo, logrando así tener claro el porqué de esa intervención, tener las bases requeridas para cualquier intervención y no estar actuando sin conocimiento del paciente.

Limitaciones y sugerencias

Las limitaciones encontradas en el préstamo de Servicio social tienen que ver con el papel del psicólogo en la institución, el que era bastante limitado y menospreciado (por lo menos en el área de rehabilitación), en donde, nosotros no teníamos peso en la toma de decisiones referente a pacientes ni a su intervención.

Muchas familias no tienen conocimiento sobre la salud mental o cómo es la vida con un familiar con alguna enfermedad mental, Cortes y Rascón (2010) mencionan que, al existir un paciente con enfermedad mental, hay una alteración en la dinámica familiar. La familia tiende a sobreprotegerlo o a ignorarlo, lo que genera una gran dependencia, incapacitándolo para su reinserción al medio laboral, escolar, a la misma familia. Por esto es necesario que los familiares de los pacientes también conozcan lo que es la enfermedad de su paciente, y puedan ayudarlo a su rehabilitación fuera del hospital y a minimizar las posibilidades de reingresar. Esto afectándonos por el estigma puesto sobre

los pacientes y que ellos interiorizan, complicando las rutas para una rehabilitación y las intervenciones.

En las distintas actividades, la limitación es que existen obstáculos para que los pacientes bajen al área de rehabilitación a realizar alguna actividad: están castigados, con “sujeción terapéutica” (se inmovilizaba a los pacientes con conductas agresivas y que no pudieron ser tranquilizados por el personal de enfermería a sus camas, sujetándolos de piernas, manos y/o cabeza), pacientes sumamente sedados o con los efectos de su medicamento, ya que antes de iniciar nuestras actividades, comen y se les da su medicamento, o porque no tienen el ánimo de bajar y prefieren quedarse a dormir, caminar por los pasillos o ver TV. Otro obstáculo es que los enfermeros permitían que pacientes con síntomas psicóticos bajaran a las actividades obstaculizando todas las dinámicas y alterando a sus compañeros, en caso de que las actividades se realicen en piso esto se vuelve más común ya que se encuentran todos los pacientes de la sección.

Los criterios con los cuales están organizados los pacientes en los distintos pisos del hospital son bastante generales: si poseen edad avanzada, sexo y si es su primer brote, esto ocasionando diversos conflictos psicológicos como pueden ser: Estrés post traumático o ansiedad originado por el contacto con pacientes agudos y cuando los pacientes o ellos mismos tienen que ser sujetados por los guardias de cada piso. Muchos pacientes ingresan por consumos de sustancias, así que no tienen una buena adherencia terapéutica, ya que en el momento en que se les da de alta, consumen y en poco tiempo reingresan.

Esto en cuanto a la relación con los pacientes, otros sectores y con los familiares, en cuanto a las actividades y limitaciones para realizarlas se encuentra que existe poco material para realizar actividades, no existe comunicación con los médicos tratantes que nos den indicaciones referente a los pacientes, muchas veces contradiciéndonos y surgiendo problemáticas, al no tener tanto espacio, se tenía que tratar con varios pacientes a la vez, obstaculizando la interacción entre los pacientes y los prestadores de servicio social. El trabajo institucional interdisciplinario dejó mucho que desear, no solo por la parte de la poca relación existente entre los distintos sectores del hospital, sino por la posición del psicólogo en la institución, en donde la función que aparenta tener es el

de confirmar impresiones diagnósticas y la de un mero cuidador de los pacientes, no se le otorga un lugar acorde a lo que es la psicología, a las aportaciones que esta tiene hacia el tratamiento hacia la salud mental.

A pesar de lo anteriormente mencionado, el Servicio social dejó una gran cantidad de experiencias y habilidades nuevas, como lo fueron el manejo de grupo, una mejora en la capacidad de diagnóstico, reconocimiento de signos y síntomas, contención emocional y manejo de pacientes en crisis. Algo a puntualizar era el lugar que se nos daba, no se nos daba el lugar como pasante o como practicante, se nos daba el lugar de psicólogos, y por lo menos en el área de rehabilitación, existía un apoyo entre los psicólogos y los demás miembros de esta.

Recomendaciones

Durante el servicio social existió un gran aprendizaje, crecimiento personal y profesional, pero también es importante tomar en cuenta las limitaciones existentes y posibles recomendaciones.

Entrevista: Esta solo se queda en entrevista inicial, ya que nosotros no podemos anexar información a los expedientes, (la hacemos con el fin de conocer algo sobre los pacientes) ya que, de no ser así, no tendríamos conocimiento de los pacientes), que se nos facilite un poco de información por parte de enfermería para conocer a los pacientes previamente y un lugar dedicado para poder realizarlas sin que existan interrupciones. Solo se queda en esta entrevista ya que es complicado trazar un tratamiento profundo y específico, no se cuenta con el lugar ni la posibilidad debido a la duración de las actividades, en el único lugar donde se puede realizar una intervención es en la actividad socio-recreativa.

Consejería: Fue la opción que se pudo tomar debido a la limitación de tiempo y espacio, para esto, de igual forma que con la entrevista, se requiere un espacio dedicado a esto, siendo esto algo que no se realiza con todos los pacientes debido a la falta de personal para apoyar a todos. En todas las actividades, las realizábamos solos, no existía un psicólogo que hiciera las actividades con nosotros, en ocasiones estaban como apoyo,

pero no intervenían así que debería de haber un psicólogo en cada actividad para poder apoyar y facilitar las diferentes necesidades.

Intervención: Las intervenciones que podemos realizar y que están destinadas a la mayoría de las actividades (exceptuando jardín) siempre seguían las mismas formas, provocando que los pacientes se aburrieran, que no asistieran a las actividades, sería una buena opción cambiar las actividades, o aumentar la libertad de los prestadores para realizar otras actividades. La realización de mapas psicopatogenéticos es una buena opción para identificar las áreas que presentan mayor deterioro y requieren mayor apoyo y así, crear un plan de intervención específico ante las diferentes necesidades de los pacientes y de esta forma dar un tratamiento integral a la mayoría de los problemas de los pacientes.

Conclusión

El haber realizado mi servicio social en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez fue una experiencia enriquecedora, tanto como profesionista como persona, el ir conociendo durante los 6 meses de duración lo que era vivir la enfermedad de los pacientes, conocer lo que en realidad es padecer y cómo afecta en todos los rubros de la vida, es algo inolvidable, el ver como el psicólogo apoya a este sector y cómo con su intervención, sea mínima o mayor, marca una diferencia en las personas, en la sociedad, y en sí mismos. Aquí surgió el reto de poner a prueba todo lo aprendido durante la carrera, y cosas que aún no se sabían, incluso cosas que solo se saben con la experiencia, viviéndolas, como por ejemplo que no es lo mismo hacer una entrevista ante una problemática escolar, familiar, de pareja a una entrevista con una persona que tiene un trastorno, la forma en que se realizan las actividades, era algo que conocía, pero no como podía adaptarlas en un entorno así, diferente, desafiante, en especial por el poco apoyo otorgado por el hospital, no hubo un curso de inducción, no se nos explicaba el porqué de lo que realizábamos. Tratar con algo a lo que no se está acostumbrado, con la gente, con la multitud, claro, se puede trabajar en grupo, pero que determinadas actividades que yo realizaba de forma individual, ahora había que cambiar la forma, todo esto me enseñó que no importa lo que creamos conocer, siempre habrá más conocimientos y cosas que

podemos adquirir, gente que nos puede enseñar, y circunstancias que nos hacen avanzar, no solo como personas, sino como profesionistas, el cambiar la forma en que se ve a un paciente, que no es como imaginas, cada paciente es un mundo, no hay una forma certera de vivir una enfermedad, y que se debe aprender a ver y entender las peculiaridades de cada uno. A pesar de que el tratamiento formal que se realizó era de forma general (por que no existía el espacio o tiempo para una intervención más profunda) no era el punto solo dar la información, era que alguien se llevara algo, aunque fuera mínimo, era una ganancia, no para nosotros, sino para cada persona, ya que si alguien se quedaba con algo, lo compartiría con los demás, y ellos con más personas. Referente a la consejería, no era algo a lo que estuviera acostumbrado, pero entender el papel del psicólogo en estas circunstancias cambió mi panorama, en un hospital no solo se es un encargado, un evaluador, se es un apoyo, alguien que, dentro de lo esperado en un hospital, te da la posibilidad de sentirse escuchado.

La posibilidad de ver la realidad de las personas, de ver que un paciente no solo es una enfermedad, que hay una gran historia detrás que muchas veces no importa, solo se ve la enfermedad que presenta síntomas, signos, pero cada persona tiene un pasado y nos afecta, no se puede juzgar solo con lo que vemos ahora, y aunque aquí fue complicado poder ver esto, cuando se lograba, no se veía como un requisito, en verdad, se buscaba conocer a la persona, no al enfermo, y eso es algo que considero crucial para cualquier psicólogo, cualquier profesionista, y cualquier persona. Debido a esto es que considero útil la implementación de los mapas de psicopatogénesis, estos nos ayudan a tener un registro de aquellos factores que también afectan a la persona y no solamente lo orgánico, de entender un poco más la realidad de los pacientes, verlos como personas, con problemas familiares, sociales, personales, y no solo como la enfermedad que tienen, y ya con esos datos, saber en dónde se necesita enfocar uno para ayudarlos a mejorar.

Algo importante fue entender cómo es que empieza una enfermedad para que así, se pueda entender su desarrollo, su evolución, ver los patrones que tiene, entender la psicopatogénesis, en una enfermedad mental, si solo se ve el ahora, se pierde todo el trasfondo, es algo reducido, solo se resanaría, es necesario entender el origen y evolución de las enfermedades para así tratarlas, entenderlas, y prevenirlas al fin y al

cabo, porque si se conocen los síntomas prodrómicos, se puede dar un tratamiento oportuno, y al final, lo que como psicólogos y profesionistas de la salud debemos de buscar es la prevención antes que la recuperación, si, es complicado, pero de no ser posible, que el tratamiento inicie lo antes posible y así exista el menor deterioro posible

Como psicólogo, fue una formación increíble, conocer el papel del psicólogo en un hospital, ver a pacientes que pueden irse de alta, que se llevan algo de lo que se intentó darles, me motiva a seguir estudiando, preparándome, apoyar a las personas, a la sociedad, a ser un mejor profesionista para poder dar más, dar algo de lo que la Facultad de Psicología me enseñó y dio durante todo mi trayecto, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, cada profesor, cada texto, práctica, regresar lo que he aprendido en este camino al mundo, y no detenerme aquí, si he aprendido algo de esta estadía es que aunque las cosas se vean difíciles, o no sepas como enfrentarlas, no hay que rendirse, de una u otra forma, encontrar la forma de salir adelante.

Referencias bibliográficas

- Acevedo, A., López, A. (2009). *El proceso de la entrevista* (4ª ed.) México: Limusa.
- APA. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*.
Barcelona: Masson.
- Aragón, L., Silva, A. (2004). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica* (1ª ed.).
México: Pax-Mex.
- Carlat, D. (2017). *La entrevista psiquiátrica y el examen mental* (4ª ed.) España: Wolters
Kluwer.
- Casanova, L., Rascón M. L., Alcántara, H., Soriano-A. (2014). Apoyo social y
funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud mental*, 37(5), 443-
448. Disponible en:
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-
33252014000500011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500011&lng=es&tlng=es).
- Castañeda, C. (2018). *Servicios de Atención Psiquiátrica. Hospital Psiquiátrico Fray
Bernardino Álvarez. Servicios de atención psiquiátrica. Acciones y programas*.
Disponible en: [https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/hospital-
psiquiatrico-fray-bernardino-alvarez](https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatrico-fray-bernardino-alvarez)
- Cortes, M., Rascón, M. (2010). *Factores psicosociales relacionados con la
rehospitalización de pacientes con psicosis orgánica*. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n6/7528.pdf>

Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167, Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3497/349733228009.pdf>

Gómez, M. y Graniel, A. (2008). *Opción de titulación por Informe Profesional de Servicio Social*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Heredia, C., Santaella, G., Somarriba, L.A. (2011). Informe psicológico. Disponible en: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Informe_Psicologico_Heredia_y_Ancona_Santaella_Hidalgo_Somarriba_Rocha_TAD_7_sem.pdf

Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En D.M. Clark. (Ed.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.

Hernández, F. (1994). Aproximación al proceso de orientación psicológica. *Educación y ciencia*, 3(10), 51-61. Disponible en: <https://educacionyciencia.org/index.php/educacionyciencia/article/view/87/pdf>

INCyTU (2018). Salud mental en México. México. Disponible en: https://foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf

Keegan, E., Garay, C. (2007). Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. *Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría*, 18 (76), 423-427. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex76.pdf>

Kaplan, H., Sadock, B. (2015). *Sinopsis de psiquiatría*. (11ª ed.). Madrid: Wolters Kluwer

Megginson, J. (2010). *Schizophrenia Facts and Statistics*. Disponible en: <http://www.schizophrenia.com/szfacts.htm#>

Morga, L. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista* (1ª ed.). México: Red tercer milenio

Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. México: Manual Moderno

Muñoz, F., Ruiz S.L. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, (1), 98-110. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000100008&lng=en&tlng=es.

NIMH. (2011). *La esquizofrenia*. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/index.shtml>

NIMH. (2009). *Trastorno bipolar*. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar-facil-de-leer/index.shtml>

Nezu, A.M. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.

OMS. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid: Méditor.

OMS. (2004). *The global burden of disease*. Estados Unidos. Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/

OMS. (2018). *Esquizofrenia*. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Restrepo, J. (2007). Psicopatología y epistemología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80636110>

Robles, M., Celis, M., Navarrete, C., Rossi, L., Gilardi, M. y Barragan, B. (s/f). *El servicio social*. Disponible en: http://www.planeducativonacional.unam.mx/PDF/CAP_09.pdf

Secretaria de Salud. (2001). Programa de Acción en Salud Mental. México

Tamez, A., Rodríguez, J. C. (2017). Integración de un modelo cognitivo-conductual y terapia centrada en soluciones en un caso de falta de asertividad y baja autoestima. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 338-372. Disponible en: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art19.pdf>